



### Résumé

Favorisée par les conséquences, les forces et le contexte de la globalisation, la circulation des personnes à l'échelle planétaire rebondit sous la forme de préoccupations dans le champ de la santé. Elle questionne notamment la façon dont les réalités et les expériences de santé des migrants sont lues et abordées par les intervenants de santé, et les stratégies de soins et de promotion de la santé qui en découlent. À cela, les réponses concernent une manière de penser la différence, de comprendre la culture, de faire voir comment des notions d'interculturel et/ou de transculturel peuvent conduire et teinter l'agir de l'intervenant-soignant. Dans cet article, nous revenons sur ces réponses en soulevant certaines de leurs limites, et en soulignant qu'on ne peut prétendre saisir l'expérience et la trajectoire des migrants sans se soucier de leur vécu singulier. En nous engageant dans une réflexion critique à l'endroit de la manière dont on conçoit l'altérité dans le champ de la santé, et suivant les travaux d'Alfred Schütz, nous proposons une lecture de la souffrance identitaire vécue chez des personnes migrantes.

**Mots clés** altérité, identité, migration, récit, santé, souffrance

## Expérience migratoire et santé : ou comment penser l'altérité et la souffrance identitaire

**VALÉRIE DESGROSEILLIERS &  
NICOLAS VONARX**

### Introduction

Bien que les migrations ne soient pas l'apanage exclusif de nos sociétés, on n'a jamais observé dans le monde, un phénomène migratoire d'une telle ampleur. Le contexte mondial actuel étant profondément ordonné et animé par les divers processus liés à la mondialisation, on assiste à l'émergence d'une sorte d'espace-monde, dominé par des marchés économiques internationaux et transnationaux (nés et profitant le plus souvent de rapports coloniaux), et à la mise en place de réseaux globalisés. Sur cette toile de fond,

de manière intrinsèquement liées, les migrations se profilent et deviennent une réalité désormais incontournable.[1] Influencé par cette dynamique mondiale, le phénomène migratoire devient pour ainsi dire l'une des dimensions centrales et structurantes des sociétés contemporaines, voire la « condition de l'homme moderne ».[2] Davantage, cette condition est nécessairement appelée à s'intensifier et à se complexifier, comme en témoignent la rapidité et la facilité avec lesquelles les nombreux flux migratoires se produisent à l'heure actuelle dans cet espace-monde.[1] Les multiples pressions occasionnées par la mondialisation génèrent ainsi de nouveaux caractères propres au phénomène migratoire. Telles qu'elles se déploient actuellement, les migrations se présentent sous des canevas de mobilité de plus en plus multiformes, donnant lieu à autant de types migratoires que de trajectoires et d'histoires de migrations (migrations nationales, internationales, forcées; trafic humain; refuge, ...). Par ailleurs, la globalisation des marchés a pour effet de stimuler une diversité des provenances des migrants, tout en monopolisant, pour des motifs économiques principalement, des

destinations de pays dits développés.[1,3]

On le sait, cette dynamique mondiale rebondit nécessairement au niveau local. Elle produit ici des paysages sociaux pluriels, du métissage, et confronte parfois le fonctionnement des institutions sociales de par la multiplication et la différence de normes, d'attentes et d'habitudes véhiculées par ceux qui composent dorénavant le portrait démographique. Dans le champ de la santé, elle accentue la difficulté de connaître ceux et celles à qui s'adressent les soins et les interventions, en même temps qu'elle renforce l'importance de cette connaissance et compréhension des expériences de santé et de maladie. Car, ici, les enjeux sont toujours de faire correspondre les « gestes » et stratégies de l'intervenant à ce qui est vécu, de se soucier du vécu qu'on aura essayé de saisir au préalable pour engager son intervention. Quand cette démarche manque et que l'écart entre ce qui est compris de l'un et expérimenté par l'autre est trop grand, les effets ne sont guère difficiles à imaginer.

Parce que ce constat et ces problèmes sont trop souvent rapportés,[4-7] que la migration est en soi une expérience et trajectoire qui impose d'emblée l'idée qu'il y a ici de la différence, qu'on ne peut prétendre la saisir avec des cadres de lecture empruntés sans se soucier du vécu singulier du migrant, nous proposons de revenir dans cet article sur ces aspects. Plus précisément, nous proposons d'engager une réflexion critique à l'endroit de la manière dont on conçoit l'altérité dans le champ de la santé, et de revenir notamment sur des lectures qui sont à la mode ici. Dans un second temps, profitant des défauts soulevés en premier lieu et des apports d'une sociologie phénoménologique inspirée par les travaux de Schütz, nous proposons une lecture de la souffrance telle qu'elle pourrait être vécue chez des personnes migrantes: lecture qui nous semble utile aux soins et aux interventions.

### **Migration et santé : les lectures courantes du risque et de l'altérité**

Nombre d'études ont porté sur la santé des personnes en contexte migratoire. À l'heure d'aujourd'hui, la plupart le font en se concentrant sur les multiples effets que l'ensemble du processus migratoire peut entraîner sur la santé physique et mentale des migrants (voir par exemple Baubet et Moro [8] et Suárez-Orozco et Suárez-Orozco[9]). Ainsi, en vue de dresser des portraits de santé en relation avec la migration, on a privilégié des lectures épidémiologiques et de santé publique, ou des lectures issues de la psychopathologie et de la psychiatrie. Ce faisant, on a identifié des facteurs de risque et dégagé des déterminants sociaux de la santé qui seraient à l'œuvre dans la vie des migrants, ou au sein des

différents environnements qu'ils fréquentent et qui compromettraient pour ainsi dire leur santé. On a par ailleurs établi des indicateurs de santé en vue de mieux saisir la santé des migrants.[10]

Dans cette optique et toujours en vue d'évaluer les effets variés de la migration sur la santé, de nombreuses études ont réalisé des comparaisons d'états de santé entre migrants et natifs de leur pays d'origine ou encore, entre différents groupes dits « ethniques » au sein d'un même pays.[11,12] D'autres se sont penchés sur les différents temps de la migration et sur ses expériences afférentes.[12] On s'est par exemple intéressé à documenter les effets sur la santé d'un vécu pré-migratoire comportant des violences extrêmes ou encore, d'un climat d'accueil hostile, pouvant générer l'expérience du racisme.[9] D'autres études ont par ailleurs porté sur les nouvelles conditions de vie (sous-emploi), des habitudes de vie changées (alimentation plus riche en gras), ou encore sur tout un ensemble de facteurs sociaux (séparation familiale), culturels (barrières linguistiques), psychosociaux (stress acculturatif) et environnementaux (accessibilité aux services de santé) susceptibles de générer un certain nombre d'obstacles et de difficultés au cours de la phase dite d'intégration des migrants, et d'influencer de ce fait l'état de santé des personnes concernées.[4,12]

En définitive, ces travaux ont surtout permis de mettre au jour et de documenter les différentes pathologies qui apparaissent dans la vie des personnes migrantes.[12,13] Autrement dit, il s'agirait de pathologies de migrants que Fassin[13] décline en trois classes : 1) les « pathologies d'importation », en référence aux maladies parasitaires et héréditaires qui émigrent avec les personnes comme les thalassémies, le paludisme, les amibiases, la tuberculose, le VIH-SIDA, la drépanocytose et le saturnisme. Ensuite, 2) les « pathologies d'acquisition » liées aux nouvelles conditions environnementales qui peuvent favoriser le développement de certaines maladies infectieuses, cardio-vasculaires ou même chroniques et de dépendance. À cet effet, on peut penser aux cardiopathies, au tabagisme, à l'obésité ainsi qu'à la consommation de drogues et d'alcool. Et enfin, 3) les « pathologies d'adaptation » qui seraient liées à un ensemble de difficultés, réelles ou perçues, pouvant être rencontrées par les personnes migrantes alors qu'elles s'établissent dans leur nouveau milieu de vie. À cet effet, on peut penser à différentes formes de détresse psychologique comme la dépression ou le stress acculturatif, ainsi qu'à certaines formes de délinquance et de violence.

C'est ainsi qu'une préoccupation socio-sanitaire et d'ordre public a progressivement vu le jour à l'endroit des personnes

migrantes. Préoccupation qui a graduellement pris une ampleur multidisciplinaire, étant donné l'importance croissante du phénomène migratoire et de la complexité de ses enjeux sur les plans de la santé. Désormais, un savoir couramment employé est né de ce champ multidisciplinaire: 1) pour appréhender et comprendre d'une part, les risques et les conditions de vulnérabilité soit disant associés à la migration [14] ; et d'autre part, 2) en vue de saisir les facteurs de protection et les facteurs dits « culturels », qui sont soit disant associés à certains comportements de santé. À cet effet, il est commun de se référer à la « problématique santé-immigration » qui a donné naissance à un dispositif de soins et de services, lequel désigne a priori la santé des migrants comme un objet autonome.[13] Avec le bagage culturel qu'ils transportent et la différence qu'ils paraissent incarner, les migrants, constitueraient pour ainsi dire une clientèle en soi. Et cette différence semble être largement établie et organisée autour de tout caractère qui nous apparaît étonnant, marquant, voire étranger. Ce faisant, la différence est définie et instituée autour de caractéristiques qui sont évidentes et qui se démarquent en quelque sorte d'une norme comme l'apparence physique, certaines pratiques langagières et corporelles, certaines conduites sociales, certaines pratiques religieuses, etc.[13]

### **Des soins et de l'intervention fondés sur la différence**

Au vu de cette différence et parce qu'il faut « dorénavant » respecter des droits et libertés (quels que soient l'appartenance religieuse, l'origine ethnique, l'appartenance culturelle, la couleur de la peau, ou d'autres critères identitaires), énoncés dans des articles de lois réservés aux services de santé, à l'accessibilité et à la qualité des soins (voir la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* au Québec,[15] ou l'Article R4312-25 du *Code de la santé publique* en France[16]), on privilégie de plus en plus des approches de soins, des activités de promotion de la santé et d'accompagnement dites interculturelles et transculturelles. Celles-ci se rencontrent dans certaines écoles d'ethnopsychiatrie et de psychiatrie transculturelle qui offrent des services cliniques spécialisés pour les migrants, fondés principalement sur le décentrage de soi et sur l'idée de s'approprier et de mettre en action des cadres de références Autres. Ces approches mettent de l'avant des démarches fondées sur une logique d'altérité, dont le souci est de saisir et de comprendre l'Autre dans toute sa complexité et dans le respect de ses assises culturelles. On les retrouve encore dans des disciplines professionnelles comme les sciences infirmières où l'on constate un manque de considération du fait dit culturel dans la pratique, cher-

che à établir des stratégies pour transformer la situation,[17] même si les articulations entre culture et soins infirmiers (entendues sous l'angle d'un « nursing transculturel ») sont élaborées depuis les années 1970.[18]

À cet effet, d'une approche à une autre, on développe des modèles de soins dont la visée est de tenir compte de la spécificité culturelle de la personne en face du thérapeute ou du soignant, en considérant un certain nombre de facteurs culturels qui auront été soigneusement relevés lors du recueil de données cliniques.[19] Ces facteurs culturels doivent permettre de mettre au jour un certain nombre de valeurs, de croyances et de pratiques qui semblent être importantes à connaître.[20] Au final, l'objectif est d'adapter des prestations de soins en fonction des données culturelles pertinentes.

Certains de ces modèles sont un peu comparables à des lunettes puisqu'au moyen de données dites culturelles, ils nous amènent à visualiser une personne dans sa réalité culturelle. Le modèle en sciences infirmières de Leininger (voir Leininger et Farland[21]) illustre très bien cette orientation en suggérant aux soignants de s'intéresser à un ensemble de dimensions qui structureraient de manière universelle toutes les réalités de soins. Il fait apparaître notamment l'influence de diverses dimensions sociales sur les situations de santé, comme les facteurs économiques, religieux, politiques, les valeurs, des savoirs soignants domestiques et populaires... Dans le même champ et tout aussi populaire, celui de Purnell et Paulanka propose de resituer la personne dans ses différents cercles d'appartenance, tout en considérant 12 différents « domaines culturels » qui traverseraient l'être humain (voir Coutu-Wakulczyk[22]). Et à ces lunettes se greffent encore l'idée de préparer et travailler le regard de ceux et celles qui les portent, en développant chez eux une certaine compétence culturelle. Compétence culturelle selon Campinha-Bacote,[20] qui propose de regarder l'Autre en s'outillant de dispositions qui permettent d'être conscient de l'existence de différences culturelles, d'avoir la motivation de comprendre l'autre, d'être en mesure d'entrer en contact avec des personnes issues de « groupes ethniques différents », d'être capable de reconnaître l'existence d'autres valeurs culturelles et enfin, de les recueillir et de les interpréter.

En somme, le soignant ainsi « constitué » lors de sa formation devrait pouvoir négocier intelligemment des situations de soins où il est question de relations interculturelles. La plupart de ces approches s'articulent donc autour de démarches qui stimulent des efforts de décentrage, d'ouverture, de communication sensible à l'autre, d'appropriation de ses cadres de références, de même que des efforts de médiation et de négociation culturelles.[23] Le décentrage de soi permet de

s'écarter par exemple des stéréotypes, des préjugés et des visions ethnocentriques qui font couramment irruption dans la conscience des uns et des autres avec pour conséquences, l'émergence de regards dévalorisants, réducteurs et généralisant. L'appropriation des cadres de référence autres permettent de pénétrer d'autres rationalités et d'accéder ainsi à une variété d'interprétations, de traditions soignantes et de logiques de recours aux soins qui visent à aller dans le sens de l'Autre. Par ailleurs, on valorise des stratégies de communication sensibles à l'Autre et des démarches de négociation et de médiation en vue de se rapprocher d'une compréhension mutuelle et de permettre un espace de soins ouvert à la co-construction et aux partenariats.

Dans cette préoccupation à l'endroit de l'Autre et toujours avec le souci d'assurer la continuité et la permanence d'une certaine identité dite culturelle dans le pays hôte, on s'affaire, parfois maladroitement, à déployer des dispositifs de soins que l'on dit adaptés à des besoins spécifiques, voire culturels, de migrants. En fait, considérer les coulisses culturelles des expériences de santé et de maladie requiert nécessairement du temps et de l'intérêt. Or, on peut très bien se simplifier la tâche en recourant à des énoncés généralistes relatifs à des groupes sociaux, ethniques, religieux et culturels (comme les Jeunes, les Maghrébins, les Juifs, ...), et utiliser les modèles précédents en défiant toute singularité, et en considérant les domaines culturels des uns (Purnell et Paulanka)[24] ou les influences structurelles de l'autre (Leininger) à l'identique chez les soignés. C'est ainsi que certains auteurs comme Phaneuf[25] pensent l'intervention de soins en faisant par exemple allusion à la douleur telle qu'elle est vécue chez « les islamistes », chez « les bouddhistes » et dans « la religion juive ». D'autres, comme Tison[26] évoquent des thèmes de santé tels « les conduites à risque chez les adolescents d'Afrique Noire » ou encore « la sexualité en Islam ». C'est aussi sur la base d'un tel savoir que des instituts de soins spécialisés comme l'Institut Paoli-Calmettes,[27] un centre de lutte contre le cancer, établit des lignes directrices de soins aux défunts en fonction de leur appartenance religieuse.

De cette manière, on constate que des efforts sont mobilisés en vue de faciliter la reprise de pratiques ou de conceptions dites traditionnelles autour de la religion, du corps, d'habitudes de vie, de relations sociales et de certains temps forts de la vie comme la grossesse, la naissance, l'adolescence et la mort, etc. En privilégiant cette approche fondée sur l'altérité, on prétend se référer à certains savoir-faire dit traditionnels ... quitte à réifier la culture, et à nier du coup, les transformations et les contestations identitaires pouvant s'opérer dans un contexte de mondialisation partagée.

## Critique et limites de ces lectures : l'enfermement identitaire

Bien que le souci central de ces approches réside dans une fine compréhension de l'Autre et qu'il est fondé sur le respect et la tolérance à l'endroit de la différence, il n'en demeure pas moins qu'au nom de cette différence, voire de la culture, elles présentent un risque réductionniste majeur : celui d'emmurer toute la complexité de l'expérience migratoire vécue dans une « catégorie grossière d'identité ethnique ».[28] Ainsi, dans l'univers des soins et de la clinique des migrants, le risque s'annonce lorsque la condition de santé de la personne migrante (voire son expérience de souffrance et de bien-être) est réduite à sa seule altérité culturelle, comme si son état s'expliquait et s'interprétait a priori au moyen d'un savoir ethnomédical, concentrant un certain nombre de données culturelles issues d'une culture d'origine.[29]

Cette opération intellectuelle conduit à penser la culture comme une chose, voire un déterminant, extérieur au soi, figé, objectivé, que l'on va imposer à, et poser sur l'Autre. À ce titre, Fassin[13] parle de « surinterprétation culturelle » pouvant faire violence aux soignés. Effectivement, ces discours véhiculent l'idée de logiques collectives culturelles, qui donneraient lieu à l'existence de productions culturelles prétendument cohérentes et homogènes, et qui, tantôt territorialisées, tantôt mondialement partagées, conserveraient toujours leur caractère uniforme. Or, sous le prétexte de ces logiques collectives, on gomme, voire sacrifie, toute la dimension subjective et singulière de la personne qui forge une large part de son expérience.

Outre le risque de violence identitaire, demeure encore l'idée de cette impossible tâche de définir avec justesse et finesse ce qu'est précisément la « culture »; tout comme, il nous paraît difficile de l'opérationnaliser en des termes relativement précis, concis et concrets qui puissent transcender le domaine de la subjectivité et des valeurs comme on le fait dans le but ultime d'établir des correspondances toutes faites, entre des prétendus besoins et problèmes (d'un côté), et des soins prétendument appropriés (de l'autre). Imposer cette surinterprétation culturelle correspond aussi à l'idée de nier que la migration invite par ailleurs à opérer un certain nombre de choix sélectifs. Ces choix témoignent d'une part d'un certain degré d'adhésion aux valeurs d'origine ayant bercé le migrant, s'apparentent d'autre part à ce qu'Appadurai[30] nomme la déterritorialisation des identités, largement influencée par tout le processus de créolisation à l'œuvre au cœur de la mondialisation. De ce fait, user d'une surinterprétation culturelle, c'est aussi ignorer toute l'existence de localités qui meublent les nouveaux paysages « culturels »,

et qui se forment au gré des imaginaires non plus seulement territoriaux, mais aussi transnationaux.[30]

En définitive, en privilégiant la dimension culturelle dans les soins et comme déterminant de la santé des personnes, on en vient à concevoir la migration ou le statut de migrant comme un risque en soi.[13,31] On ethnicise encore des états d'être et des pathologies que l'on croit exclusives à la réalité de certains migrants. C'est ainsi qu'à partir de ces risques, il importe selon nous d'éviter de se cantonner dans un paradigme de « santé des migrants », car cet « usage inflationniste de la culture » ou ce que l'on nomme cet « essentialisme de l'Autre »[13,28] a pour effet de l'enfermer dans sa culture, de le couler dans des moules identitaires,[32] en le privant de tout le caractère dynamique et processuel qui relève, en fait, de toute construction de soi : autrement dit de l'identité.

Par conséquent et en dépit du souci de l'Autre qu'elles véhiculent, nous avançons que ces lectures, fondées sur l'altérité, ont leurs limites. En fait, elles méritent un regard complémentaire en vue de considérer toute la complexité à l'œuvre dans la vie quotidienne des personnes migrantes, en privilégiant notamment une lecture du singulier et de l'individuel. Toutefois cette lecture devra encore être replacée dans ses conditions d'existence actuelles sans jamais oublier que ces dernières s'inscrivent dans un contexte de mondialisation où il est question de métissages, d'hybridation et de créolisation.

### De l'expérience migratoire à la rupture identitaire

D'un point de vue anthropologique, la migration suppose plus qu'un simple déplacement géographique. De fait, elle donne lieu à des trajectoires spatiale et temporelle toutes plus différentes les unes que les autres. Ces trajectoires peuvent comprendre plusieurs points de transit et comporter du reste un grand nombre de situations d'échanges, d'interactions et d'emprunts. D'un cas à l'autre, les migrations peuvent viser une installation définitive, temporaire ou encore inconnue. Elles peuvent comporter de ce fait des situations d'attente et d'incertitude, comme générer des conditions de vulnérabilité et de fragilité.

Malgré leur horizon planifié de bien-être, toutes les histoires migratoires possèdent leur lot de ruptures. La première correspond certainement à un déracinement. Derrière elles, les personnes migrantes laissent tout un univers de références et de repères, soit un système de représentations, de communication, de croyances, de valeurs, de pratiques, mais aussi des liens sociaux, voire un réseau d'identification qui donnait sens à leur vie, qui participait en quelque sorte à

leur inscription dans le monde. Certes, nombre de ces éléments migreront avec les personnes. Mais, d'autres seront tout simplement oubliés ou encore délaissés. De manière volontaire ou involontaire, ces choix seront bien souvent opérés en raison d'impératifs liés à l'intégration et en vue de prévenir des formes de stigmatisation ou de marginalisation à l'endroit d'un soi visant la réinscription.

Arrivées dans leur nouveau pays, les personnes pénètrent en fait ce que Schütz[33] nomme un nouvel « ordre du monde social ». Meublé de structures et d'institutions, cet ordre s'avère en fait un lieu de repères pouvant se traduire par des pratiques sociales, autrement dit par des manières d'être, des manières d'agir et des savoir-faire qui sont en fait le produit d'une tradition sociale. Issues d'un stock de connaissances intériorisées, répétées et transmises par des acteurs au fil d'une histoire sociale, ces pratiques donnent en quelque sorte lieu à des règles d'actions et de conduites partagées qui se voient structurer et baliser la vie quotidienne des personnes ayant grandi dans cet espace/temps. On pourrait comparer ce stock à un système de recettes éprouvées qui agit comme repère pour les membres du groupe, et qui leur permet de s'orienter et de guider leurs actions actuelles et celles des possibles.

Alors que ces savoirs permettent aux personnes qui les maîtrisent de se définir et de signer leur projet de vie, ils ne soutiennent pas encore l'agir de l'Étranger, de celui qui a perdu ses repères sociaux dans la banalité du quotidien et que Schütz qualifie encore de « social-bègue».[34] Alors qu'ils sont des vecteurs de cohérence et d'unité pour les familiers des lieux, ils peuvent être pour l'Étranger de l'ordre de la nébulosité et de la complexité, et figurer comme des objets d'appréhension, d'interrogation et de compréhension qui sont portés à la conscience. Par exemple, baignant dans un nouveau monde, il pourrait émerger chez l'Étranger des questionnements aussi banals que « comment et où voir un médecin? », « comment m'adresser aux thérapeutes et aux soignants? », « Pourquoi est-ce que la présence de ma famille semble déranger ou ne pas convenir dans ma chambre d'hôpital? » En bref, pour la personne familière de ces lieux, « tout va de soi ».[33] Mais pour l'Étranger, tout est à reconquérir dans ce « monde-autre » : c'est bien là une condition d'existence ébranlant l'identité des personnes.

Dans cette perspective, la migration peut être comprise comme un événement majeur de l'histoire personnelle, voire une rupture biographique. Et comme toute rupture, elle peut donner lieu à une crise et susciter un moment de transition qui peut être marqué par une perte de repères, ou pour le dire dans les termes de Schütz, qui peut être marqué

par la non-connaissance, voire, par le brouillé. Ainsi, dans ces lieux où le nouveau venu aura rencontré une certaine discontinuité et incohérence, le défi sera de trouver des éléments qui lui permettent de rechercher une unité des soi(s) et de reconsolider les assises à partir desquelles s'élabore et s'édifie tout projet de vie. Il devra alors opérer entre négociations, choix et efforts en vue de se réinscrire dans ce nouvel ordre de références. On comprend alors au même titre que Messu[35] que la migration s'accompagne d'un certain nombre de transformations et de reconfigurations identitaires. Celles-ci peuvent ainsi donner lieu à des conditions sociales d'existence potentiellement génératrices de souffrance qui invitent justement à une reconstruction de soi. De fait, ce qui est mis à rude épreuve lors du parcours migratoire, c'est justement le mouvement identificatoire.

### **Des conditions d'existence à la souffrance identitaire**

Toujours vécue dans une dialectique avec autrui, la rupture identitaire peut engendrer des sentiments d'identité subjectifs marqués par 1) la discontinuité. À cet effet, on peut par exemple avoir le sentiment de ne plus être le même, de ne plus trouver ce qui nous permet d'être ce qu'on est d'habitude, ou encore, de penser que rien ne nous permet plus d'exister comme à l'habitude; 2) par l'incohérence. Ainsi, on peut avoir le sentiment de ne plus se reconnaître, de ne plus agir en correspondance avec nos repères familiaux, de s'être perdu en cours de route; 3) par une dévalorisation de soi. Suite à ce sentiment, on peut par exemple, ne plus s'aimer comme on se retrouve, sentir qu'on ne convient plus dans le rapport aux autres ou encore sentir que les autres nous considèrent toujours comme étant différent.

Ces sentiments de discontinuité, d'incohérence et de faible estime de soi peuvent en réalité faire écho à certains manques et carences. Ils peuvent aussi correspondre à une perte de référents, voire un effondrement de repères, qui permettraient aux personnes de s'inscrire dans un ordre du monde social et de mener tant bien que mal leur projet de vie. Dans ce sens, on peut comprendre que c'est l'identité qui est en souffrance et que ces sentiments traduisent alors une souffrance identitaire, entendue sous l'angle de pertes, d'attentes, de ruptures, d'incertitudes, en dépit du fait que les migrants sont encore appelés à se reconstruire et à reconduire un projet de vie.

Par conséquent, dans le cadre des soins et de l'accompagnement des personnes migrantes, nous proposons de comprendre les effets que la migration peut avoir sur la santé, en resituant les personnes ayant migré dans leur trajectoire de vie. D'autre part, il s'agit aussi de penser la

santé en termes de souffrance et de bien-être qui émergent au gré des conditions d'existence des personnes et en relation avec les ruptures et les déplacements, les manques et les pertes, les transformations et les remaniements qui surgissent au cours de la trajectoire de vie, notamment sur le plan de l'identité.

La trajectoire réfère en quelque sorte à une trame temporelle et spatiale où le projet de vie des personnes se dessine, prend forme et s'édifie aux confluent des circonstances et des conditions concrètes et subjectives d'existence – qui peuvent être matérielles, politiques, sociales, économiques, psychologiques, etc. Ainsi, tout parcours migratoire devient singulier et donne lieu à une expérience personnelle en soi. Pour sa part, bien qu'elle soit « vécue et ressentie dans l'intimité d'un corps/esprit individuel », la souffrance s'avère une expérience profondément sociale étant donné qu'elle révèle une altération du rapport à soi[36] et des différents rapports qui unissent les personnes à leur monde, soit le rapport aux autres, au temps, à l'espace et au corps.

Plus précisément, les différentes carences ou pertes identitaires peuvent émerger au sein de ces différents rapports au monde qui, dans la vie quotidienne, organisent la pensée et l'action des personnes. Concrètement, ces pertes peuvent référer à des bouleversements de rôles et de statuts sociaux ou encore à des rapports de genre à redéfinir en fonction de nouvelles valeurs dominantes : à cet endroit, les personnes feront alors face à une perte d'images sociales ou encore à un brouillage des modèles sociaux qui alimentaient pourtant une image de soi dans le temps pré-migratoire. C'est ainsi qu'une personne n'occupant plus les rôles sociaux qui la définissaient dans son rapport aux autres avant la migration, peut ressentir une dévalorisation de soi et une perte d'image sociale en face des autres. Il pourrait aussi s'agir de pertes d'habitudes quotidiennes précieuses dans le temps pré-migratoire comme de se rendre au café à la fin de chaque journée de travail, pour causer de choses et d'autres avec des ami(e)s et prendre le thé : dans ce cas-ci, les personnes seraient alors confrontées à une perte de repères spatiaux et relationnels qui alimentaient pourtant leur réflexion, leur bien-être et leur relations amicales. En définitive, la souffrance identitaire est celle d'un soi qui n'est plus celui qui, jusqu'à hier, permettait à une personne de s'inscrire dans le quotidien.

### **Intervenir au cœur de la souffrance identitaire : le récit de soi**

Cette lecture nous montre que la question identitaire occupe une place considérable dans l'expérience de santé des

personnes migrantes. Mais par-dessus tout, elle nous permet de comprendre comment la souffrance et le bien-être méritent d'être compris hors des sentiers organisés autour d'une pensée purement biomédicale, ou encore au-delà d'approches de soins fondées sur la différence culturelle. Ainsi, pour mettre au jour les conditions sociales d'existence qui président à l'émergence de souffrance et de bien-être, notamment sur les plans identitaires, et particulièrement lors de transitions majeures de l'existence, nous pensons que, dans l'antre des soins et de l'accompagnement, il s'avère profitable de faire écho au vécu des personnes en leur permettant tout simplement de se raconter.[37] Comme nous l'avons dit au début de ce texte, en pensant qu'il est impératif de se soucier du soigné plutôt que du soignant, de ses savoir-faire, de ses propres recettes et cadres de lecture déracinés de toute expérience, et en ajoutant qu'il est impératif de faire ainsi correspondre nos interventions à une expérience vécue et complexe, la mise en récit d'une trajectoire et de ses rebondissements dans des rapports au monde nous semble très utile.

Pour le soigné, le récit de vie permet explicitement un retour sur soi, de se dire et de se faire. Il offre une opportunité de mieux se comprendre, de chercher d'où on vient et où l'on va, de faire le point et de s'approprier de nouvelles données, tout en procédant à des réconciliations.[38] Tout en permettant à la personne de ne pas rester cantonnée dans le cercle de sa souffrance,[38] le récit offre aussi une portée émancipatoire. Pour le soignant, cette approche permet de mettre en œuvre une partie de son art trop souvent négligée : celle d'être témoin de la souffrance du patient[37] et de mieux comprendre comment peuvent être vécues les différentes ruptures sur les plans de l'existence.

Dans l'espace de soins, cette démarche requiert pour le soignant une écoute attentive de l'Autre, principalement pour saisir et recueillir, toujours au cœur du récit, les lieux où émerge la souffrance identitaire des personnes. Tous ces lieux qui dessinaient un schème de vie et qui procuraient d'habitude, des sensations de refuge (selon Schütz)[33] dans leur trajectoire de vie et dans les différents rapports qui les lient au monde du quotidien. Ainsi, comprendre ce qu'est la souffrance identitaire invite le soignant à aborder les conditions d'existence en menant son entendement au-delà d'une catégorie prédéfinie de ce que c'est que la souffrance, la maladie et la santé. À cet effet, Clément[39] rappelle de laisser aux personnes nous exprimer elles-mêmes leur souffrance, de ne pas les enfermer dans des catégories qui ne sont pas les leurs et dans lesquelles elles ne se reconnaissent pas. Ensuite, il s'agit d'aller au-delà de la sphère individuelle,

parce que la souffrance est toujours sociale, qu'elle se trame dans ce rapport à l'autre et par extension à l'espace, voire l'espace soignant, qu'elle est reçue, entendue, légitimée, interprétée et traitée.[36]

Ainsi, le principe fondamental de reconnaissance à l'endroit de la souffrance pourra émerger dans ce souci d'entendre l'autre à travers sa propre voix. En termes d'intervention soignante, il est du ressort du soignant et du soigné, toujours sous l'angle d'un partenariat, de chercher des solutions qui permettent d'apaiser la souffrance vécue, en correspondance avec les besoins soulevés et les lieux identitaires identifiés qui sont sources de difficultés et de mal-être. Autrement dit, en projetant sur la personne un regard attentif à ce qui lui manque, à ce qui lui fait mal sur les lieux de l'identité, sans présupposer au préalable du moindre contenu à l'aide d'un prêt-à-penser inspiré d'une soi-disant appartenance ethno-culturelle.

De cette manière, au moment où il est question de laisser parler la personne à propos des ruptures et des décalages qu'elle vit dans l'ordre de son quotidien, s'entendront dans certains cas des énoncés qui font référence à des relations interpersonnelles, des relations amicales, des réseaux d'entraide et d'écoute, et peut-être des liens avec des humains comme des non-humains qui ne sont pas plus à l'ordre du jour. Dans d'autres, on verra se déployer à travers le sujet de l'esthétique, de l'habillement, de la gestuelle et de la parole un rapport au corps mis à l'épreuve d'un changement impératif. Et se discuteront encore et pourquoi pas, le rythme de la vie quotidienne et un agenda qui s'imposent aux migrants, les déplacements dans des espaces nouveaux, trop étroits pour les uns, trop encombrés ou trop aérés pour les autres, impliquant nécessairement une nouvelle mobilisation du corps, de nouvelles cartes de navigation, et une nouvelle esthésie (nouvel ensemble de sensations et de perceptions, de courant sensoriel qui meublent les conditions de vie ordinaires[40]).

Au fil de la découverte de ces lieux de souffrance et de négociations déjà opérées, le récit peut participer encore à la reconstruction d'un soi. Cette approche peut permettre la réinscription des personnes dans une « Histoire plus large », et le cas échéant, produire de nouvelles fondations. [38] Au-delà de l'intervention concrète, elle peut s'avérer bénéfique lorsqu'il s'agit de paver de re-co-naissance les chemins que les personnes migrantes emprunteront alors qu'elles sont appelées à se redéfinir. Car il est bien question 1) d'aboutir à une nouvelle naissance, sociale et symbolique, à prendre sa place dans un nouvel ordre du monde, et à se redéfinir dans l'apprentissage du familial; 2) de découverte

et de redéfinition de soi qui ne se passent pas d'un Autre, soignant et accompagnant, qui sert d'éclaireur dans le monde des soins et de la maladie, et qui collabore en partie à cette naissance (co-naissance); 3) d'un soignant qui se rend disponible pour une reconnaissance de ce qui est à l'œuvre chez le migrant, de ce à quoi il adhère, veut et ne veut plus adhérer, ce qu'il affirme et valorise à propos de lui-même, de ses détachements, ses émancipations, ses résistances et ses choix à propos de ce qu'il ne veut et ne peut pas entretenir comme rapports au monde.

## Références

- 1.Sassen S. La globalisation. Une sociologie. Paris: Gallimard, 2009.
- 2.Mahieu E, Reca M. Exil et migration. *L'information psychiatrique* 2007; 83(9):733-5.
- 3.Piché V. Immigration, mondialisation et diversité culturelle: comment « gérer » les défis? *Les Cahiers du GRES* 2005; 5(1):7-28.
- 4.Battaglini et al. L'intervention de première ligne à Montréal auprès des personnes immigrantes : Estimé des ressources nécessaires pour une intervention adéquate. Disponible sur: [www.accesss.net/documents/File/ressources%20immigrants.pdf](http://www.accesss.net/documents/File/ressources%20immigrants.pdf); Mars 2007.
- 5.Anderson LM et al. the Task Force on Community Preventive Services. Culturally competent healthcare systems : a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine* 2003; 24:68-76.
- 6.Aries NR. Managing Diversity: the Differing Perceptions of Managers, Line Workers, and Patients. *Health Care Manage Review* 2004 29(3):172-180.
- 7.Donnely PP. Ethics and Cross-cultural Nursing. *Journal of Transcultural Nursing* 2000; 11(2):119-126.
- 8.Baubet T, Moro MR, editors. *Psychiatrie et migrations*. Paris: Masson, 2003.
- 9.Suarez-Orozco C, Suarez-Orozco MM. *Children of Immigration*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2001.
- 10.Kandula NR, Kersey M, Lurie N. Assuring the health of immigrants: what the leading health indicators tell us. *Annual Review of Public Health* 2004; 25:357-76.
- 11.Stronks K. Public Health research among immigrant populations: still a long way to go. *European Journal of Epidemiology* 2003; 18:841-42.
- 12.Hyman I. Immigration et santé, Série de documents de travail sur les politiques de santé. In: Santé Canada, 2001; 101.
- 13.Fassin D. Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration. *Hommes et migrations* 2000; 1225:5-12.
- 14.Crenn C. Une consultation pour les migrants à l'hôpital. *Hommes et migrations* 2000; 1225:39-45.
- 15.Loi sur les services de santé et les services sociaux. L.R.Q., chapitre S-4.2 Gouvernement du Québec. Disponible sur: [www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S\\_4\\_2/S4\\_2.html](http://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html). Consulté le 1er mars 2010.
- 16.Code de la santé publique. Le service public de la diffusion du droit. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100317>. Consulté le 15 février 2010.
- 17.Association des infirmières et infirmiers du Canada. Énoncé de position. Le développement des soins adaptés sur le plan culturel (Ottawa), 2004.
- 18.Ryan M, Carlton KH, Ali N. Transcultural Nursing Concepts and Experiences in Nursing Curricula. *J Transcult Nurs* 2000; 11(4):300-307.
- 19.Hervé-Désirat E. Formation à l'approche des cultures. In: Tison B, éditeur. *Soins et cultures*. Issy-Les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2007; 152-161.
- 20.Campinha-Bacote J. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *J Transcult Nurs* 2002; 13(3):181-184.
- 21.Leininger M, Farland M, editors. *Transcultural Nursing Concepts, Theories, Research and Practice*. New York: Mc Graw Hill, 2002.
- 22.Coutu-Wakulczyk G. Pour des soins culturellement compétents: le modèle transculturel de Purnell. *Recherche en soins infirmiers* 2003; 72:34-47.
- 23.Cohen-Emerique M. L'approche interculturelle auprès des migrants. In: Legault G, éditeur. *L'intervention interculturelle*. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur, 2000; 161-184.
- 24.Purnell LD, Paulanka BJ. *Transcultural healthcare: a culturally competent approach*. Philadelphia, PA: F.A. Davis, 2003.
- 25.Phaneuf M. 2e partie: L'approche interculturelle, les particularismes des immigrants et les obstacles à la participation aux soins. 2009. Disponible sur [http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Les\\_particularismes\\_des\\_immigr](http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Les_particularismes_des_immigr)

grants\_et\_obstacles\_participation\_aux\_soins-2epartie.pdf.  
Consulté le 12 février 2010.

26. Tison B. Soins et cultures. Formation des soignants à l'approche interculturelle. Issy-Les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2007.

27. Institut Paoli-Calmettes. Centre régional de lutte contre le cancer. Provence-Alpes-Côte d'Azur. La mort et les soins au corps du défunt. 2004 2010 [Disponible sur [http://test02.iis6.domicile.fr/pro/intranet/strategies/soins\\_palliatifs\\_2004/mort.pdf](http://test02.iis6.domicile.fr/pro/intranet/strategies/soins_palliatifs_2004/mort.pdf)]. Consulté le 3 mars 2010.

28. Cognet M. Au nom de la culture: le recours à la culture dans la santé. In: Cognet M, Montgomery C, éditeurs. Éthique de l'altérité. La question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux. Québec: PUL, 2007; 282.

29. Rechtman R. De la psychiatrie des migrants au culturalisme des ethnopsychiatries. Hommes et migrations 2000; 1225:46-61.

30. Appadurai A. Modernity at large: cultural dimensions of globalization. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1996.

31. Cognet M. Ethnicité et santé: des pistes de recherche à explorer. n.d. Disponible sur [http://www.uhb.fr/sc\\_humaines/ceriem/documentts/cc6/cc6cognet.htm](http://www.uhb.fr/sc_humaines/ceriem/documentts/cc6/cc6cognet.htm). Consulté le 25 août 2008.

32. Boula J-G. Nécessité du détour anthropologique dans les soins médicaux. n.d. Disponible sur [http://www.gfmer.ch/Presentations\\_Fr/Detour\\_necessite.htm](http://www.gfmer.ch/Presentations_Fr/Detour_necessite.htm). Consulté le 5 février 2010.

33. Schütz A. Le chercheur et le quotidien. Paris: Klincksieck, 2008.

34. Tellier F. Alfred Schütz et le projet d'une sociologie phénoménologique. Paris: Puf, 2003.

35. Messu M. Des racines et des ailes. Essai sur la construction du mythe identitaire. Paris: Hermann, 2006.

36. Blais L, Corin E, Lamoureux J. Présentation. In: Blais L, éditeur. Vivre à la marge. Réflexions autour de la souffrance sociale. Québec: PUL, 2008; 1-36.

37. Charon R, Wyer P. The art of medicine. Narrative evidence based medicine. The Lancet 2008; 371:296-297.

38. Mercier L. Le récit de vie: outil fécond à une étape de transition. Les Cahiers francophones de soins palliatifs 2009; 10(1):63-71.

39. Clément M. D'un regard à l'autre: La souffrance sociale

entre compassion et impuissance. In: Blais L, éditeur. Vivre à la marge. Réflexions autour de la souffrance sociale. Québec: PUL, 2008; 243-6.

40. Le Breton, A. Anthropologie du corps et modernité. Paris : PUF, 1990.

*Pour contacter l'auteur:*

*Valérie Desgroseilliers, Inf.*

*Étudiante à la maîtrise (santé communautaire)*

*Université Laval*

*Faculté des sciences infirmières*

*Pavillon Ferdinand-Vandry, local 3463*

*Québec, QC, G1K 7P4*

*Canada*

*valerie.desgroseilliers.1@ulaval.ca*

*Nicolas Vonarx, Inf., Ph.D.*

*Professeur adjoint*

*Université Laval*

*Faculté des sciences infirmières*