

# APO<sup>R</sup>RIA

LA REVUE EN SCIENCES INFIRMIÈRES • THE NURSING JOURNAL

# Sommaire/Content

Vol.2, Numéro 2/Vol.2, Issue 2

Éditorial/Editorial

7

ARTICLE 1  
G.J. ANDREWS & V.A. CROOKS  
GEOGRAPHIES OF PRIMARY HEALTH CARE

17

ARTICLE 2  
V. DESGROSELLIERS & N. VONARX  
EXPÉRIENCE MIGRATOIRE ET SANTÉ:  
OU COMMENT PENSER L'ALTÉRITÉ ET LA  
SOUFFRANCE D'IDENTITAIRE

26

ARTICLE 3  
P. MARTIN  
POUVOIR PASTORAL, NORMALISATION ET  
SOINS INFIRMIERS:  
UNE ANALYSE FOUCAULDIENNE

Commentaire/Commentary

## Éditorial/Editorial

Des débats majeurs persistent en ce qui a trait aux biais en recherche. Certaines méthodes d'investigation sont perçues à cet égard comme offrant les meilleurs résultats en matière de recherche parce qu'elles s'emploient spécifiquement à identifier et éliminer les facteurs pouvant biaiser les résultats. Dans une large mesure, ces méthodes de recherche permettent effectivement d'éliminer des variables pouvant induire des biais. La quête d'objectivité demeure un critère fondamental de ce qui est communément considéré comme de la recherche scientifique et les milieux de recherche et de décisions politiques actuels s'ingénient à privilégier les résultats de recherche issus de ces méthodes empiriques et à fonder sur celles-ci les politiques de santé.

Nous ne cherchons pas ici à répéter les arguments marquants de ces débats. Néanmoins, nous jugeons essentiel de réitérer le fait que le chercheur lui-même est source de biais. Outre la manière de concevoir un problème ou une question de recherche (même suivant un devis expérimental), il existe d'autres éléments propres au chercheur qui interviennent dans l'échantillonnage et la collecte des données. La langue constitue l'un de ces éléments. Par exemple, nombres de chercheurs unilingues anglophones recherchent spécifiquement des participants qui maîtrisent bien l'anglais et certains vont même jusqu'à recruter explicitement des participants anglophones (c'est-à-dire dont la langue maternelle est précisément l'anglais). L'on peut supposer que le même phénomène se produit chez des chercheurs unilingues francophones. Ce qu'il faut souligner, c'est que nombre de candidats se trouvent automatiquement exclus de projets de recherche sur la simple base de la langue. Or, ce critère linguistique, aussi minime semble-t-il, est introduit artificiellement pour des raisons pragmatiques et financières : le chercheur ne parlant et ne comprenant qu'une seule langue, l'épineux (et possiblement coûteux) problème de traduction de formulaires et de questionnaires, de collecte des données et d'analyse de celles-ci se voit ainsi éliminé.

Quelle importance accorder à ce phénomène ? Dans le domaine de la santé, il peut être de taille si l'on considère que certaines minorités culturelles et linguistiques ont été identifiées comme étant en moins bonne santé, pour diverses raisons incluant des questions d'accès à certaines ressources en santé. Peut-on donc affirmer avec certitude qu'un critère linguistique n'a aucun impact sur des résultats de recherche, aussi indirect soit-il ?

Cette nuance linguistique, qui peut sembler triviale pour plusieurs, constitue ce genre de biais qui passe inaperçu en recherche et qui pourtant peut avoir une nette incidence sur la représentativité de l'échantillon. Dans quelle mesure peut-on alors prétendre à généraliser

de tels résultats lorsqu'un critère non scientifique est introduit pour former un échantillon de recherche? Combien de chercheurs prennent par ailleurs la peine de préciser cette nuance dans la présentation de leurs résultats ? La question de la langue est un exemple parmi d'autres de ce type de biais qui peut être introduit en recherche pour des questions purement pratiques, sans être reconnues pour ce qu'elles sont, à savoir une variable socioculturelle de taille.

Cette pratique comporte des implications éthiques, scientifiques et politiques importantes. Au Canada, l'Énoncé des politiques des trois conseils (ÉPTC) exige explicitement que les critères d'inclusion ou d'exclusion s'appuient sur des critères scientifiques et souligne que l'exclusion linguistique visant à accommoder le chercheur ne répond aucunement à un besoin scientifique. À l'heure où la préséance est incontestablement accordée aux résultats de recherche probants, issus de recherches utilisant des devis expérimentaux, il est nécessaire de reconnaître une fois pour toutes que l'élimination complète des biais en recherche demeure de l'utopie et dans un souci d'intégrité, il revient aux chercheurs d'identifier et d'admettre ceux-ci dans la diffusion de leurs travaux.

Amélie Perron

Éditrice

At present, there are important debates surrounding the issue of bias in research. Some research methods are perceived as providing the best results because they specifically emphasize the identification and elimination of elements that supposedly influence results. To a large extent, such methods effectively eliminate variables which may induce bias. The search for objectivity thus remains a fundamental criterion of what is considered scientific research. Moreover, research and decision-making agencies continue to, on one hand, privilege research outcomes derived from empirical methods, and, on the other hand, use them as a basis current health policies.

We do not wish to repeat the salient arguments of such debates. Nevertheless, we believe it is necessary to reiterate the fact that researchers themselves are a source of bias. Besides issues around the conceptualisation of a research problem or question (even when using an experimental design), there are other types of elements specific to the researcher that may influence sampling and data collection. Language is one such element. For instance, numerous unilingual Anglophone researchers specifically seek participants who are fluent in English and some expressly recruit Anglophone participants (that is, participants whose first language is English). One can assume the same phenomenon occurs with unilingual Francophone researchers. What needs to be emphasized here is that many candidates are automatically excluded from research projects based on their language. Yet this linguistic criterion, as negligible as it may seem, is artificially introduced for pragmatic and financial reasons: because the researcher only speaks and understands one language, he or she avoids the problematic (and possibly costly) considerations brought about by the translation of forms and questionnaires as well as the collection and analysis of data.

How important is this phenomenon? In the field of health, it may be significant as some cultural and linguistic minorities have been identified as being less healthy, for various reasons including access to health resources. Can we thus claim with certainty that such a linguistic criterion has no impact on health research, as indirect as it may be?

This linguistic distinction, while seemingly trivial, constitutes such a hidden bias in research despite the fact its effects on the representativeness of the sample. How, then, can one generalise results, when a non-scientific criterion is used to obtain the research sample? How many researchers take the trouble to specify this nuance in the presentation of their results? The issue of language is one example among many of such a bias in research that is introduced

for purely practical reasons, while not being recognised for what they are, that is an important sociocultural variable.

This practice bears ethical, scientific and political implications. In Canada, the Tri-Council Policy Statement explicitly requires that inclusion or exclusion criteria be scientific in nature. It also emphasizes the fact that linguistic exclusion which aims to accommodate researchers is in no way scientifically justifiable. At a time when precedence is undoubtedly given to evidence-based research, using experimental designs, it is necessary once and for all to recognize that the complete elimination of bias in research is not realistic and that in order to maintain scientific integrity, researchers have the responsibility to identify and acknowledge them when disseminating their findings.

Amélie Perron  
Editor

### **Abstract**

This paper highlights some of the fundamentally geographical features of primary health care and introduces some motivations and questions for focused research. Although not mutually exclusive, the research agenda distinguishes quantitative inquiries on distributional features, and qualitative inquiries focused on place. Each involves its own theoretical assumptions, concepts and empirical foci. To assist scholars, we provide some leads into the broader geographical literature on health care.

**Key Words** geography, place, primary health care, space

## **Geographies of Primary Health Care**

**GAVIN J. ANDREWS &  
VALORIE A. CROOKS**

### **Introduction**

It has taken less than thirty years for primary health care (PHC) to progress from a conceptual discussion between policy makers and international agencies[1] to being a core component of health service delivery internationally. Although it has been interpreted broadly, as Crooks and Andrews illustrate, PHC is widely recognized to possess a number of core features.[2] First and foremost, PHC is a 'system' that is community-based and provides a first point of contact with health care for the public. The system incorporates a range of service types (including general practice, health promotion, chronic disease management, emergency

care, holistic medicine), a diverse mixture of professions, occupations and work types (including physicians, nurses, occupational therapists, pharmacists), and possesses certain qualities (such as being responsive, comprehensive, internally continuous between services, and linked 'externally' to other sectors such as social care, housing and education).[2] Ultimately, after three decades of development and refinement, many commentators now regard PHC to be a health sector unto itself, which is distinct from secondary health care (SHC).\*

Accompanying the emergence of PHC, recent decades have witnessed the publication of a wide-range of dedicated PHC research across the health and social sciences. The considerable volume and scope of the empirical output to date makes describing and categorizing it in a limited space challenging. Nevertheless, it is fair to suggest that substantial attention has been paid in this literature to a wide-range of subjects including PHC funding, financing, policy, law and ethics, interprofessional collaboration, technology and other innovation, service forms and integration,

community and family participation, continuity of care and care pathways.[2] Moreover, reflecting the maturing of this research tradition, a growing volume of literature focuses on the nature of research itself including methodological innovation, theoretical development and empirical coverage. Providing some ideas on future research directions, this paper argues for the extension of a geographical perspective. Examining the conceptual basis for such inquiry, the first part is focused the general arguments for studying all health care geographically. The second part focuses on those features of PHC which are fundamentally geographical in their orientation. Offering further insights, the third part introduces some key themes and scales of potential research. To assist future research, a final discussion provides some broader leads into the geographical study of health care.

### Why study health care geographically?

Why study health care spatially; PHC, SHC or otherwise? Andrews and Evans argue that, beyond important, well-rehearsed geographical arguments (such as distance and location ‘matter’ in the planning of health care), the spatial character of the emerging health care is an additional contemporary factor.[3]

They posit that, first, recent years have witnessed the increasing spatial diffusion of health care provision. At one level, smaller and more specialized settings – such as clinics -have become commonplace.[3] At another level, health care is increasingly provided in public and private places completely new to the sector. Indeed, services now reach straight into the places where people live, learn, work, shop, and spend their leisure time.[3-4] Second, although communities were once conveyed in policy and practice circles somewhat as featureless spaces and/or basic population counts, they are now recognized as diverse groups of people possessing both

health needs and the ability to partner in care.[3,5] Third, recent structural reform of traditional institutional environments has changed both their function and character. Most hospitals used to be bare and sterile places but many are now being reinvented under a corporate ethos as commercial, inviting and entertaining spaces.[3,6] Such change raises questions concerning the demands on professionals working on them, and the experiences of all others entering them.

Fourth, the new health care is very much dependent on technology. Emerging forms include assistive devices, tele-medicine, remote monitoring systems, digital health records and information, and robotic surgery.[4] Technologies have altered the form, structure and range of places used for care, and the communication methods used in and between them.[3-4,7] Technology also changes social relationships, making professionals more physically and narratively distant from each other and their patients.[3,8] At a micro-scale, this can occur at the bedside, or at a macro scale in the context of increasing distance work.

Fifth, connecting variously to all of the above changes is the emergence of global health as a concept and specific set of challenges. It is increasingly recognized that social, disease, and service concerns cross the geopolitical boundaries of nation states, moral responsibility needs to be shared between nations and systems need to be developed that transcend them. Moreover, an emphasis is laid in global health on the interconnectivity of health care at various scales ranging from single facilities and neighborhoods to continents and the world. Geography runs throughout most discussions of global health.

### The fundamentally geographical features of PHC

Despite the above observations, one notable criticism that has been made of PHC research is that it is often approached

*Table 1: Space-centered inquiry on PHC*

#### Questions

What are the key distributional features of different PHC facilities and types of services at different scales (e.g. local, regional, national)?

What are the relationships between distributions of PHC facilities and distributions of populations?

What social, political and economic forces determine the above distributions and relationships?

What are the relationships between distance to different kinds of PHC services, their use and population health across space?

What cultural, social, economic and political factors combine to make distance more or less of a barrier to PHC provision and use?

What are the optimal distributions of PHC resources and how might these be achieved?

aspatially.[2] In other words, lacking a strong geographical tradition, rarely does it consider the role of space, place, environment - and other geographical concepts - in shaping the production and consumption of PHC. This is despite the fact that PHC is based on a set of core principles that imply highly spatial qualities and relationships.[2,9] Below we briefly describe four of these: 'universal accessibility', 'embeddedness in community', 'sensitivity to local determinants of health' and an 'emphasis on settings'.

(i) As suggested above, at the heart of PHC is the principle for it to be first contact care which is 'universally accessible'. [1] Throughout the 1980s and 1990s this principle was translated into system priorities across many countries. In a strict definitional sense, universal accessibility means that every person has access. However beyond this, making accessibility morally 'fair' involves making sure that every person has equal access (what is known as 'equality of opportunity'). Even if it is never fully achieved, working towards equal access to PHC involves a priority that no particular social, economic, and demographic groups in society are overly advantaged or disadvantaged. At another level it involves a priority that where consumers live in relation to services poses neither as an extreme advantage or disadvantage. A spatial concern thus follows that PHC should be distributed across space in a way that makes such care accessible to the most people possible, the ultimate aim - even if practically unachievable - being 'distributive justice' whereby need is met equally across geographical areas.[10]

(ii) The emphasis on the 'community embeddedness' of PHC distinguishes it from other health care sectors and service delivery models.[2,9] Community, however, is a fundamentally spatial concept. At one level, communities are constructed from physical phenomena - such as roads, buildings, city quarters and urban neighbourhoods - where clients and workers live often in close spatial proximity to each other

(thus becoming familiar with the same local social, economic, political and cultural contexts). As suggested above, at a social level community is now being re-imagined in PHC practice as the interconnected social environment of care, possessing a differentiated mosaic of locally distinct vulnerabilities, needs and capacities.[3,5] It follows that PHC must recognize community character and need while also being part of the community.

(iii) Related to community is the requirement for PHC to recognize and be sensitive to 'local determinants of health'. Research tells us that health status in populations is affected by residential location. Localized determinants of health include social composition (including ethnicity, socio-economic status), social contexts (such as housing, shops, services) and social cohesion and capital (for example, through family, friendships, clubs, religious organizations and other groups). In addition to these social variables are local environmental influences on health such as air and water quality, the presence of chemical contaminants, and even the local impact of global climate change. Geography is thus important in terms of the local health need to be serviced by PHC services, and the character of those services.

(iv) At the micro-scale are the 'clinical settings' within which PHC is provided and consumed (buildings, rooms and even mobile vehicles). These settings tend to be much smaller in size and more frequent in number than settings for SHC. However, in terms of their character, they are typically less institutional, more intimate and, as suggested above, designed to be more integrated into local community life. As we shall see in the following section, this integration - and how it is constructed and experienced - connects closely to emerging attention in contemporary geographical inquiry to 'place'. [7]

*Table 2: Place-centered geographical inquiry on PHC*

**Questions. How are places/settings for PHC:**

- Located in the social and cultural life of local communities and neighbourhoods?
- Envisaged and designed by different health care systems, organizations and individuals?
- Negotiated, used and/or manipulated on a daily basis by different user and professional groups?
- Felt, experienced and remembered (as for example, therapeutic/anti-therapeutic, safe/unsafe, medicalized/holistic, welcoming/unwelcoming)?
- Influential in the nature and delivery of clinician's practice, including clinical decisions and disease prevention strategies?
- Represented (such as in the media, by providers, users, professionals and others)?

## The research agenda

### (i) Space-centered inquiry on PHC

Since the late 1950s the positivistic tradition of ‘spatial science’ in human geography has viewed space as a blank surface; a template on which human activity occurs and thus on which its geometry can be mathematically measured and mapped. Motivated by a belief that space is a fundamental factor in human behavior, and that there is a logical spatial order to the world, ‘spatial science’ thus concentrates analysis on locations and the distances, directions and times between them. Moving beyond description, however, spatial science also involves constructing spatial models with predictive power and applications to planning.[10]

Although often being far more theoretically reflective than the above descriptions depict, a few geographers have drawn on these underlying approaches when analyzing PHC. Considering, for example the spatial expression and impacts of PHC policies, and other spatial features of the sector and its use.[11-15] Far more remains to be done, however, to develop a more comprehensive coverage and understanding of spatial features of supply, demand and consumption. In terms of scale, this research might focus on policy and practice internationally, between countries, within countries, between regions, within regions and within cities, towns and neighbourhoods (table one). It would be particularly useful for informing planning, resourcing, staffing and formulating policy for PHC at various levels.

Research methods used to investigate these kinds of issues are typically quantitative, to highlight broad trends and support

potentially generalisable conclusions. They might include datasets on health services, user and local populations, and oftentimes dedicated surveys. Analysis and presentation might be assisted by computer technologies such as in Geographical Information Science (GIS).

### (ii) Place-centered geographical inquiry on PHC

The humanistic tradition in the discipline of geography has a conceptual emphasis on place. Being recognized as far more than points or containers of human activities, places are thought to be created, experienced, represented and recalled socially and culturally.[16- 17] In terms of construction, individual and collective attitudes towards places might be attained through physical presence/experience or through their representation (e.g. in media or through how others talk to us about them). The result of these processes is that places have many qualities for people (who when in-situ experience a ‘sense of place’), and evoke a range of emotions, from the personally very positive (e.g. happiness, therapeutic, nostalgic) to the personally very negative (e.g. fear, sadness). Moreover, places might provide a basis for social unity or struggle.[17] In terms of the social control, certain groups define the pro-social norms of places whilst other groups ‘transgress’ these norms by holding alternative ideas about, and having alternative uses of, them.[17] Equally, ‘placelessness’ is an important emerging concept. Referring to a lack of traditional attachments and identities to place, it helps explain human relations with and within the growing number of ubiquitous places in (post)modern life, through which people often pass in a transient fashion.[17]

*Table 3: Key areas of inquiry on health care in medical and health geography*

Broad sub-disciplinary reviews.[3,31-38]
Focused commentaries on the direction of specific empirical subfields/specialisms, or specific theoretical directions.[39-46]
Sub-disciplinary controversies and debates, such as on place and qualitative inquiry.[47-52]
Relationships between distributions of services, patterns of use and population health.[14, 53-57]
Structural features that shape distributions of services on the ground, such as policy and administration initiatives.[12,58-61]
The geographical dimensions to, or consequences of, decision making: specific financial, planning or clinical issues, downstream of policy change.[11,62]
The geographical dimensions to, or consequences of, decision making: workers’ preferences with respect to where they live and work, and the implications for towns, cities and regions.[63-67]
Critical studies of economic, ideological and cultural changes that shape health care nationally, regionally and in settings.[68-69]
The representational politics connected with the corporization of health care, including conflicts over institutional provision, purpose and identity.[70-74]
The spatial features of interpersonal communication and everyday working life.[75-78]

With regard to theoretical underpinnings, as Crang has suggested, in the current post-modern era of geography, relationships with places are explained by three philosophical debates. Collectively these debates imply that places are a complex starting point for human knowledge, attitudes and actions.[18] First, debates on intentionality. Husserl argues that objects' intended uses are critical to their meaning (they are 'about' what we do with them). Extending such a perspective, it may also be argued that places' uses are critical to their meaning (they are 'about' what we do in them).[16-18] Second, debates on essences. 'Essences' are the characteristics that influence what we feel emotionally about objects. The argument follows that places also have essences that, for example, we might define or explore.[16-18] Third, debates on 'imbedded' knowledge. The idea of imbedded knowledge builds on Heidegger's view that humans can only relate through their physical situation, through their 'being-in-the-world'. As Crang describes, consciousness is always consciousness of 'something else' in the world. In relational terms 'something else' can be human-made objects, other life on earth (including people), and the places they are part of. Thus all knowledge is 'em-placed'.[18]

Notably, when embracing these ideas on place, space can be defined differently from the spatial science approach outlined above. The humanistic idea of 'social space' hence treats space not as a blank surface, void or distance, but as a complex human reality, existing through social processes.[17] Hence, in qualitative research, questions on space become centered around how the spaces (within places) are navigated, negotiated and 'owned' by different groups.[17]

The understandings of place introduced above can be applied to the study of PHC. Specifically, we need to understand how places for PHC are experienced and navigated through time-space routines and rituals, how they hold meanings, attach-

ments and identities, and how they affect clinical practice. For example, the dynamics between different professional groups could be investigated. Like any workplace, settings for PHC are often constituted of coexisting occupational/professional categories that are engaged in coalitions, rivalries and negotiations over boundary issues.[3,7] These relationships potentially create local PHC cultures of production and that intimately affect its consumption. A small number of studies have started to articulate these kinds of issues.[19-20] Beyond these initial inquires however, more geographical research needs to be conducted (table two). Non-clinical places also require attention as part of moving towards a greater understandings of how communities, neighbourhoods and homes play a role in PHC.

Research methods used here would typically be qualitative, in order to articulate the rich and complex nature of place and place-relations. They might involve, for example, ethnography, observation, interviews and focus groups, oftentimes combined to address specific issues and questions.

### Research leads: medical and health geography

For the relatively uninitiated, a range of books provide broad overviews of, and introductions to, the sub-discipline of medical and health geography,[21-22] or overviews of and introductions to key sub-disciplinary concepts or empirical subfields.[23-30] In terms of journals, Health and Place, and Social Science and Medicine are popular and prestigious interdisciplinary venues that publish a great deal of research in medical and health geography (the latter having a dedicated geography editor). Otherwise, a number of journals which span the 'parent discipline' of human geography also publish health-orientated research. These include general titles, such as Progress in Human Geography, GeoJournal, Area, The Professional Geographer, Social and Cultural

*Table 4: Key areas of inquiry in geographical nursing research*

Broad review and theory articles.[81-85]

The varied attachments and identities that nurses, doctors and patients develop with places, and how places come to symbolize different things to these groups.[86-89]

Health care places as essential to the character and experience of particular nursing and medical specialties.[90-95]

Place as a central feature in focused clinical initiatives [96, 97], and limits to their generalizability and transferability.[98]

The impact of places on nurses' communications and relationships with other nurses.[99-101]

The impact of places on nurses' communications and relationships with patients, and related ethical issues.[8,102-107]

The broader extra-institutional connections between nursing, local communities and local physical environments.[108-113]

The globalization of nursing, nursing labormarkets, and global health.[114-119]

Geography, *Geography Compass*, and more theoretically and/or conceptually and/or empirically focused titles including *Gender Place and Culture*, *Emotion, Space and Society*, *Population Space and Place*, and *Cultural Geographies*. Many other journals exist in both the above categories. Entry points into the geographical study of health and health care are highlighted in table three.[also see 2-3]

### Research leads: geographical nursing research

Outside medical and health geography, nursing research has been very active in geographical explanations of health care. The impact of urban and clinical environments on health played a big part in Nightingale's original definitions and interpretations of nursing in the nineteenth century. Since the 1950s, alongside "person" and "health", the concept of "nursing environment" - thought of as the combined economic, social, and cultural contexts to professional activity- has acted as one of the central concepts underpinning models of nursing research and practice.[79,80] During the past decade, dedicated geographical studies by nurse researchers have provided some important insights into how many activities involved in practice, relate to space and place. Whilst the majority of these studies are 'explicitly geographical' (meaning that the authors in some way identify them as geography), a minority are 'implicitly geographical' (meaning that they are geographical in orientation but the authors have not identified specifically with the discipline). Unlike, medical and health geography, it is not possible to identify specific books and journals where this work is published, as it tends to be spread across a variety of venues. Themes and entry points are provided in table four [also see 3,81]. Overall, the emerging spatial or geographical 'turn' in nursing research has articulated many issues related to applied clinical practice that medical and health geography to date has not.[3,10,81] We therefore recommend it, alongside geography, as a reasonable place to start.

### Conclusion

A rapidly changing and increasingly complex health care requires inter-disciplinary research both to understand it, and provide evidence to support its development [3]. New disciplinary perspectives are encouraged particularly if they are well matched. Because many features of PHC are spatial, it follows that PHC research should have a strong geographical tradition.[2] If this is to occur, many questions remain with regard to theory, methods and empirical directions. Hopefully however, this paper might help nurse researchers and other scholars make progress along these lines.

### \*Note

Secondary Health Care (SHC): It is worth noting that the 'secondary' descriptor originally arose in medical and policy terminology as an implication or 'bi-product' of the emerging emphasis on PHC, meaning simply every service that follows PHC - to which patients are referred by PHC providers (for example cardiology, dermatology, radiology and other focused hospital-based specialisms). In recent years however SHC has become a focus of dedicated attention and development itself. More sophisticated interpretations now lay greater emphasis on the collective nature of SHC, commonalities and cohesions across various forms of SHC, its needs, and place in whole health care systems. The emergence of PHC might well have assisted a split recognition of health care systems. Despite these origins however, PHC and SHC are very much connected and certainly not of 'primary' and 'secondary' importance.

### References

1. World Health Organization. The Alma-Ata Declaration: Geneva, 1978.
2. Crooks V, Andrews GJ. Thinking geographically about primary health care. In Crooks V, Andrews G J. (eds) *Primary Health Care: people, Practice, Place*. Aldershot: Ashgate; 2009.
3. Andrews GJ, Evans J. Understanding the reproduction of health care: towards geographies in health care work. *Progress in Human Geography* 2008; 32(6):759-780.
4. HCTP – Health Care Technology and Place [www.HCTP.utoronto.ca](http://www.HCTP.utoronto.ca). Accessed January 10th 2009.
5. Prince R, Kearns RA, Craig D. Governmentality, discourse and space in the New Zealand health care system. *Health and Place* 2006; 12(3):253-266.
6. Kearns RA, Barnett JR. Happy meals in the Starship Enterprise: interpreting a moral geography of food and health care consumption. *Health and Place* 2000; 6(2):81-93
7. Poland B, Lehoux P, Holmes D, Andrews GJ. How place matters: unpacking technology and power in health and social care *Health and Social Care in the Community* 2005; 13(2):171-180.
8. Malone R. Distal nursing. *Social Science and Medicine* 2003; 56(11):2317-2326.
9. Crooks V, Andrews GJ. Community, equity, access: core geographic concepts in primary health care. *Primary Health Care: Research and Development*, 2009; 10(3):270-273.

10. Andrews GJ, Crooks V. Geographical perspectives on health care: ideas, disciplines, progress in Crooks V and Andrews G J (eds) *Primary Health Care: people, Practice, Place*. Aldershot: Ashgate; 2009.
11. Moon G, Mohan J, Twigg L, McGrath K, Pollock A. Catching waves: the historical geography of the general practice fundholding initiative in England and Wales, *Social Science and Medicine* 2002; 55(12):2201-2213.
12. Moon G, North N. *Policy and place: general practice in the UK*. Basingstoke: MacMillan, 2002.
13. Norris P. The state and the market: the impact of pharmacy licensing on the geographical distribution of pharmacies. *Health & Place* 2000; 3(4):259-269.
14. Pooley C, Briggs J, Gatrell T, Mansfield T, Cummings D, Deft J. Contacting your GP when the surgery is closed: issues of location and access. *Health and Place* 2003; 9(1):23-32.
15. Ricketts T, Randolph R, Howard A, Pathman D, Carey T. Hospitalization rates as indicators of access to primary care. *Health and Place* 2001; 7(1):27-38.
16. Andrews GJ. Locating a geography of nursing: space, place and the progress of geographical thought. *Nursing Philosophy* 2003; 4(3):231-248.
17. Andrews GJ. Place and space in qualitative research. In *The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods*. London: SAGE, 2008.
18. Crang M. *Cultural geography*. London: Routledge, 1998.
19. Rapport F, Doel M, Greaves D, Elwyn G. From manila to monitor: biographies of general practitioner workspaces *Health* 2006; 10(2):233-251.
20. Rapport F, Doel M, Greaves D, Elwyn G. Snapshots and snippets: general practitioners reflections on professional space. *Health and Place* 2007; 13(2):532-544.
21. Meade M, Earickson RJ. *Medical Geography* (second edition). New York: Guilford, 2000.
22. Gatrell AC, Elliott S. *Geographies of health: an introduction*. Oxford: Blackwell, 2009
23. Joseph A, Phillips. DR. *Accessibility and utilization: geographical perspectives on health care delivery*. London: Harper and Row, 1984.
24. Williams A. *Therapeutic Landscapes*. Aldershot: Ashgate, 2007.
25. Gatrell AC. *GIS and health*. London: Taylor and Francis, 1998.
26. Kearns RA, Gesler W. *Putting health into place: landscape, identity and well-being*. Syracuse: University Press, 1998.
27. Shaw M, Mitchell R, Dorling D. *Health, place and society*. London: Prentice Hall, 2002.
28. Gesler W, Kearns R. *Culture/place/health* London: Routledge, 2002.
29. Curtis S. *Health and Inequality: geographical perspectives*. London: SAGE, 2004.
30. Andrews GJ, Phillips DR. *Ageing and place: perspectives, policy, practice*. London: Routledge, 2005.
31. Rosenberg M. Medical or health geography? Populations, people and places. *International Journal of Population Geography* 1998; 4:211-226.
32. Kearns RA. Medical geography: making space for difference. *Progress in Human Geography*. 1995; 19:251-259.
33. Kearns RA. AIDS and medical geography: embracing the other? *Progress in Human Geography* 1996; 20:123-131.
34. Kearns RA. Narrative and metaphor in health geographies. *Progress in Human Geography* 1997; 21:269-277.
35. Kearns RA, Moon G. From medical to health geography: novelty, place and theory after a decade of change. *Progress in Human Geography* 2002; 26:605-625.
36. Parr H. Medical geography: diagnosing the body in medical and health geography, 1999-2000. *Progress in Human Geography* 2002; 26(2):240-251.
37. Parr H. Medical geography: care and caring. *Progress in Human Geography* 2003; 27(2):212-221.
38. Parr H. Medical geography: critical health geography? *Progress in Human Geography* 2004; 28(2):246-257.
39. Eyles J. Environmental health research: setting an agenda by spinning our wheels or climbing the mountain? *Health and Place* 1997; 3(1):1-13.
40. Brown T, Duncan C. London's burning: recovering other geographies of health. *Health and Place* 2000; 6(4):363-375.
41. Brown T, Duncan C. Placing geographies of public health. *Area* 2002; 33(4):361-396.
42. Hall E. 'Blood, brains and bones': taking the body seriously in the geography of health and impairment. *Area* 2000; 31:21-30.

43. Philo C. Across the water: reviewing geographical studies of asylums and other mental health facilities. *Health and Place* 1997; 3(2):73-89.
44. Andrews, GJ, Cutchin M, McCracken K, Phillips DR, Wiles J. Geographical gerontology: the constitution of a discipline. *Social Science and Medicine* 2007; 65(1):151-168.
45. Andrews GJ. Ageing and Health in *The International Encyclopedia of Human Geography*. Oxford: Elsevier, 2009.
46. Andrews GJ, Milligan C, Phillips DR, Skinner M. Geographical gerontology: mapping a disciplinary intersection. *Geography Compass* 2009; 1-19.
47. Kearns RA. Place and health: towards a reformed medical geography. *The Professional Geographer* 1993; 46:67-72.
48. Kearns RA. Putting health and health care into place: an invitation accepted and declined. *The Professional Geographer* 1994; 46:111-115.
49. Kearns RA. To reform is not to discard: a reply to Paul. *The Professional Geographer* 1994; 46:505-507.
50. Paul BK. Commentary on Kearns' 'Place and health: toward a reformed medical geography'. *The Professional Geographer* 1994; 46:504-505.
51. Mayer JD, Meade MS. A reformed medical geography reconsidered. *The Professional Geographer* 1994; 46:103-106.
52. Dorn M, Laws G. Social theory, body politics and medical geography: extending Kearns' invitation. *The Professional Geographer* 1994; 46:106-110.
53. Lovett A, Haynes R, Sunnenberg G, Gale S. Car travel time and accessibility by bus to general practitioner services: a study using patient registers and GIS. *Social Science and Medicine* 2002; 55(1):97-111.
54. Mohan J. Explaining geographies of health care: A critique *Health & Place* 1998; 4(2):113-124.
55. Eyles J. How significant are the spatial configurations of health care systems? *Social Science and Medicine* 1990; 31(1):157-164.
56. Curtis S, Copeland A, Fagg J, Congdon P, Almog M, Fitzpatrick J. The ecological relationship between deprivation, social isolation and rates of hospital admission for acute psychiatric care: a comparison of London and New York City. *Health and Place* 2006; 12(1):19-37.
57. Foley R, Platzer H. Place and provision: mapping mental health advocacy services in London. *Social Science and Medicine* 2007; 64:617-632.
58. Joseph A, Chalmers A. Restructuring long-term care and the geography of ageing: a view from rural New Zealand. *Social Science and Medicine* 1996; 42(6):887-896.
59. Moon G, Brown T. Governmentality and the spatialized discourse of policy: the consolidation of the Post-1989 NHS reforms. *Transactions Institute British Geographers* 2000; 25(1):65-76.
60. Cloutier-Fisher D, Skinner M. Levelling the playing field? Exploring the implications of managed competition for voluntary sector providers of long-term care in small town Ontario. *Health and Place* 2006; 12(1):97-109.
61. Williams A. Restructuring home care in the 1990s: geographical differentiation in Ontario, Canada *Health and Place* 2006; 12(2):222-238.
62. Iredale R, Jones L, Gray J, Deaville J. 'The edge effect': an explanatory study of some factors affecting referrals to cancer general services in rural Wales. *Health and Place* 2005; 11(3):197-204.
63. Cutchin M. Physician retention in rural communities: the perspectives of experiential place integration *Health and Place* 1997; 3(1):25-41.
64. Baer LD. A proposed framework for analyzing the potential replacement of international medical graduates. *Health and Place* 2003; 9(4):291-304.
65. Laditka JN. Physician supply, physician diversity and outcomes of primary health care for older persons in the United States. *Health and Place* 2004; 10(3):231-244.
66. Wei L. Using a GIS-floating catchment method to assess areas with shortage of physicians. *Health and Place* 2004; 10(1):1-11.
67. Guagliardo MF, Ronzio CR, Cheung I, Chacko E, Joseph JG. Physician accessibility: an urban case study of pediatric providers. *Health and Place* 2004; 10(3):273-283.
68. Kearns RA, Joseph AE. Restructuring health and rural communities in New Zealand. *Progress in Human Geography*, 1997; 21(1):18-32.
69. Prince R, Kearns RA, Craig D. Governmentality, discourse and space in the New Zealand health care system. *Health and Place* 2006; 12(3):253-266.
70. Kearns RA, Barnett JR. Consumerist ideology and the symbolic landscapes of private medicine. *Health and Place* 1997; 3(3):171-180.

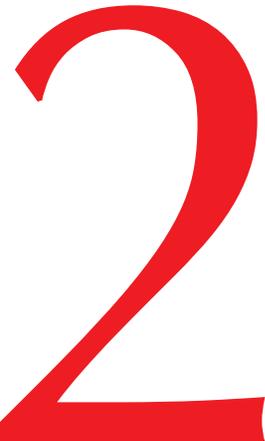
71. Kearns RA, Barnett JR, Newman D. Placing private health care: reading Ascot hospital in the landscape of contemporary Auckland. *Social Science and Medicine* 2003; 56(11):2303-2315.
72. Kearns RA, Barnett JR. Auckland's Starship Enterprise: placing metaphor in a childrens' hospital. In Williams A. eds *Therapeutic landscapes: the dynamic between place and wellness*. Lanhan: University Press of America, 1999.
73. Kearns RA, Barnett JR. To boldly go? Place, metaphor and marketing of Auckland's Starship hospital, *Environment and Planning D: Society and Space* 1999; 17:201-226.
74. Kearns RA, Barnett JR. Happy meals in the Starship Enterprise: interpreting a moral geography of food and health care consumption. *Health and Place* 2000; 6(2):81-93.
75. Hanlon N, Sense of place, organizational context and the strategic management of publicly funded hospitals *Health Policy* 2001; 58:151-173.
76. Brown S, Middleton D. The baby as virtual object: agency and difference in a neonatal intensive care unit. *Environment and Planning D: Society and Space* 2005; 23:695-715.
77. Curtis S, Gesler W, Fabian K, Francis S, Priebe S. Therapeutic landscapes in hospital design: a qualitative assessment by staff and service users of the design of a new mental health inpatient unit. *Environment and Planning C: Government and Policy* 2007; 25:591-610.
78. Kearns RA. Creating a place for population health: interpreting the spaces of a new School in Auckland, New Zealand. *Social Science and Medicine* 2007; 65(1):125-137.
79. Andrews GJ, Moon G. Space, place and the evidence base, part two: rereading nursing environment through geographical research *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2005; 2(3):142-156.
80. Thorne S, Canam C, Dahinten S, Hall W, Henderson A, Kirkham S. Nursing's metaparadigm concepts: disimpacting the debates. *Journal of Advanced Nursing* 1998; 27(6):1257-1268.
81. Andrews GJ. Geographies of health in nursing. *Health and Place* 2006; 12(1):110-118.
82. Carolan, M Andrews GJ, Hodnett E. Writing place: a comparison of nursing research and health geography *Nursing Inquiry* 2006; 13(3):203-219.
83. Jonas-Simpson C. The possibility of changing meaning in light of space and place. *Nursing Science Quarterly* 2006; 19(2):89-94.
84. Solberg SM, Way C. The importance of geography and health in nursing research. *Canadian Journal of Nursing Research* 2007; 39(3):8-13.
85. Sandelowski M. Visible humans, vanishing bodies and virtual nursing: complications of life, presence, place and identity. *Advances in Nursing Science* 2002; 24(3):58-70.
86. Buchan J. Still attractive after all these years? Magnet hospitals in a changing health care environment. *Journal of Advanced Nursing* 1999; 30(1):100-108.
87. Halford S, Leonard P. Space and place in the construction and performance of gendered nursing identities. *Journal of Advanced Nursing* 2003; 42(2):201-208.
88. Cheek J. Older people and acute care: a matter of place. *Illness, Crisis and Loss* 2004; 12(1):52-62.
89. Gilmour JA. Hybrid space: constituting the hospital as a home for patients. *Nursing Inquiry* 2006; 13(1):16-22.
90. Roush CV, Cox JE. The meaning of home: how it shapes the practice of home and hospice care. *Home Healthcare Nurse* 2000; 19(6):388-94.
91. Montgomery P. Shifting meaning of asylum *Journal of Advanced Nursing* 2001; 33(4):425-431.
92. Lock LR, Gibb HJ. The power of place. *Midwifery* 2003; 19:132-139.
93. Duke M, Street AE. Hospital in the home: constructions of the nursing role: a literature review. *Journal of Clinical Nursing* 2003; 12:852-859.
94. Pryce A. Governmentality, the iconography of sexual disease and 'duties' of the STI clinic. *Nursing Inquiry* 2001; 8(3):151-163.
95. Andes M, Shattell MM. An exploration of the meanings of space and place in acute psychiatric care. *Issues in Mental Health Nursing* 2006; 27:699-707.
96. Hodnett ED, Downe S, Edwards N, Walsh D. Home-like versus conventional institutional settings for birth (review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005; 1:1-38.
97. McKeever P, Stevens B, Miller KL, Macdonnell J, Gibbins S, Guerriere, Dunn D, Coyte P. Home verses hospital lactation support for newborns. *Birth* 2002; 29(4):258-265.
98. Angus J, Hodnett E, O'Brien-Pallas, L. Implementing evidence-based nursing practice: a tale of two intrapartum nursing units. *Nursing Inquiry*, 2003; 10(4):218-228.

99. Andrews GJ, Brodie D, Andrews JP, Thomas G, Wong J. Place(ment) matters: the impacts of students' clinical placement experiences on their preference for first employer. *International Nursing Review* 2005; 52(2):142-154.
100. West E, Barron DN. Social and geographical boundaries around senior nurse and physician leaders: an application of social network analysis. *Canadian Journal of Nursing Research* 2005; 37(3):132-148.
101. Barnes L, Rudge T. Virtual reality or real virtuality: the space of flows and nursing practice. *Nursing Inquiry* 2005; 12(4):306-315.
102. Purkis ME. Nursing in quality space: technologies governing experiences of care. *Nursing Inquiry* 1996; 3:101-111.
103. Liaschenko J. The moral geography of home care. *Advances in Nursing Science* 1994; 17(2):16-25.
104. Liaschenko J. Ethics and the geography of the nurse-patient relationship: spatial vulnerable and gendered space. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 1997; 11(1):45-59.
105. Peter E. The history of nursing in the home: revealing the significance of place in the expression of moral agency. *Nursing Inquiry*, 2002; 9(2):65-72.
106. Peter E, Liaschenko J. Paradoxes of proximity: a spatio-temporal analysis of moral distress and moral ambiguity. *Nursing Inquiry* 2004; 11(4):218-225.
107. Andrews GJ, Shaw D. Clinical geography: nursing practice and the (re)making of institutional space. *Journal of Nursing Management* 2008; 16:463-473.
108. Skelly A, Arcury TA, Gesler W, Cravey A, Dougherty M, Washburn S, Nash S. Sociospatial knowledge networks: appraising community as place. *Research in Nursing and Health*, 2002; 25:159-170.
109. Affonso D, Andrews GJ, Jeffs L. The urban geography of SARS: paradoxes and dilemmas in Toronto's healthcare. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 45(6):1-11.
110. Leipert B, Reutter L. Women's health and community health nursing practice in geographically isolated settings: a Canadian perspective. *Health Care for Women International*, 1998; 19:575-588.
111. Bender A, Clune L, Guruge S. Considering place in community health nursing. *Canadian Journal of Nursing Research*, 2007; 39(3):20-35.
112. Grady P, Harden JT, Mortiz P, Amende LM. Incorporating environmental sciences and nursing research: an NINR initiative. *Nursing Outlook*, 1997; 45(2):73-75.
113. Lapum J, Chen S, Peterson J, Leung D, Andrews GJ. The place of nursing in primary health Care. In Crooks V and Andrews GJ (eds) *Primary health care: people, practice, place*. Aldershot: Ashgate, 2009.
114. Ketefian S, Redman RW. Nursing science in the global community. *Journal of Nursing Scholarship* 1997; 29(1):11-15.
115. Davis AJ. Global influence of American Nursing: some ethical issues. *Nursing Ethics* 1999; 6(2):118-125.
116. Buchan J. Global nursing shortages are often a symptom of wider health system or societal ailments. *British Medical Journal* 2002; 324:751-752.
117. Buchan J, Sochalski J. The migration of nurses: trends and policies. *Bulletin of the World Health Organization* 2004; 82:8.
118. Kingma M. *Nurses on the move: migration and the global health care economy*. Ithaca: Cornell University Press, 2006.
119. Andrews GJ. Global climate change: a framework for nursing action. *Aporia* 2009; 1(1):22-29.

*Contact Information for Author:*

*Gavin J. Andrews Ph.D.  
McMaster University  
Department of Health, Aging and Society  
1280 Main Street West  
Hamilton, ON, M6J 2G4  
Canada  
andrews@mcmaster.ca*

*Valorie A Crooks Ph.D.  
Simon Fraser University  
Department of Geography*



### 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 permettaient 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*

# 3

## Résumé

Des technologies répressives sont en place dans le but de contraindre, de soumettre, de normaliser et de diriger les intervenants qui travaillent dans le milieu de la santé. Parmi ces technologies, la confession en est une qui est largement utilisée. Le philosophe français Michel Foucault identifie la pratique confessionnelle comme permettant l'exercice d'une forme particulière de pouvoir qu'il qualifie de « pouvoir pastoral ». Le but de cet article est d'explorer de quelle manière la confession, à des fins de normalisation (pouvoir pastoral), est utilisée dans l'exercice de la profession infirmière. Pour ce faire, une attention particulière sera portée au concept foucauldien de pouvoir pastoral, à ses origines ainsi qu'à son application en soins infirmiers.

**Mots clés** Michel Foucault, normalisation, pouvoir pastoral, soins infirmiers

## Pouvoir pastoral, normalisation et soins infirmiers : une analyse foucauldienne

**PATRICK MARTIN**

*L'homme, pendant des millénaires, est resté ce qu'il était pour Aristote : un animal vivant et de plus capable d'une existence politique ; l'homme moderne est un animal dans la politique duquel sa vie d'être vivant est en question.[1 p188]*

### Introduction

La façon dont est envisagée la sphère politique occidentale a beaucoup évolué au cours des décennies. Depuis le XVIII<sup>e</sup> siècle, une moindre importance a été accordée à l'utilisation de mécanismes de soustractions, dont le paroxysme consistait en le droit de faire mourir ou de laisser vivre.[1] Les autorités politiques exercent maintenant leur pouvoir par le truchement d'un ensemble

de technologies politiques, qui incluent notamment des techniques de subjectivation permettant la transformation et le gouvernement des individus.[2] Ces technologies, mises en œuvre au nom du « bien-être des populations », sont expressément mises en place de façon à maintenir l'ordre établi. Selon Foucault, l'ère biopolitique règne maintenant sur la société contemporaine occidentale.[1] Ce tournant biopolitique est inextricablement lié au développement exponentiel de la médecine, des sciences humaines et des sciences de la santé, alors que ces champs ont été mis au service de l'administration de la vie des individus et des sociétés.[3] C'est à partir de ce moment que la médecine a été liée au destin des États et que lui est incombée la tâche de mettre en place, dans la vie des hommes et des femmes, les figures positives de la santé, de la vertu et du bonheur,[4] puisque la productivité des individus est fortement tributaire de ces éléments.

La perspective foucauldienne nous permet de comprendre le pouvoir comme dépassant l'État, lieu où le confinait Marx. Foucault identifie plutôt une multitude d'institutions

modernes au sein desquelles s'opère la normalisation des individus. Les établissements de santé, quels qu'ils soient, font partie de ces institutions modernes où règne une forme extrêmement développée de contrôle des corps.[5] Ce contrôle s'exerce notamment de façon plus décisive sur les patients qui y sont pris en charge. Cependant, des technologies répressives sont aussi en place dans le but de contraindre, de soumettre, de normaliser et de gouverner les intervenants qui travaillent dans le milieu de la santé. Parmi ces technologies, la confession en est une qui est largement utilisée dans ces établissements. Foucault identifie la pratique confessionnelle comme permettant l'exercice d'une forme particulière de pouvoir. Il qualifie celui-ci de « pouvoir pastoral », vu l'intérêt marqué des Chrétiens pour la confession.[1] Le pouvoir pastoral est utilisé dans les établissements de santé de façon à provoquer des transformations profondes notamment quant à l'identité des patients, des infirmiers et des infirmières. Le but de cet article est d'explorer dans quelle mesure la confession, à des fins de normalisation (pouvoir pastoral), est utile à l'exercice de la profession infirmière. Pour ce faire, une attention particulière sera portée au concept de pouvoir pastoral, à ses origines ainsi qu'à son application au sein de la profession infirmière.

### Conceptualiser le pouvoir différemment

La perspective foucauldienne offre une façon originale de conceptualiser le pouvoir qui diffère de la plupart des théories où le pouvoir est souvent compris et utilisé sous l'angle marxiste.[6] Foucault confère quatre caractéristiques au pouvoir.[1] La première est que le pouvoir est immanent. Cela signifie que le pouvoir n'est pas concentré uniquement au sein des grands appareils d'état, mais qu'il s'exerce aussi dans des « foyers locaux », où il apparaît comme étant diffus.[7] Nous pouvons recourir ici à l'exemple des gestionnaires d'unités de soins et des infirmiers ou infirmières. D'un côté, les gestionnaires exercent, de par leur position hiérarchique, un pouvoir disciplinaire sur le personnel infirmier, tandis que celui-ci est à son tour capable de résistance[8] du fait, par exemple, qu'il se sait indispensable au bon fonctionnement des unités de soins et du système de santé en général. Cela constitue un contre-pouvoir extrêmement important de la part d'un groupe hiérarchiquement moins élevé que celui des gestionnaires.

La deuxième caractéristique du pouvoir est qu'il varie en permanence. Il y a par exemple d'incessantes transformations dans les rapports de force entre le personnel infirmier et les divers intervenants qui gravitent autour d'eux dans leurs activités professionnelles quotidiennes. Ces dynamiques

subtiles de pouvoir deviennent perceptibles dans le cadre d'une approche foucauldienne alors qu'elles échappent effectivement aux analyses traditionnelles effectuées par les différentes institutions. Cette inévitable variation s'exerce dans le temps et contribue largement, comme l'indique Foucault, [1] au fait que le pouvoir soit difficilement saisissable.

La troisième caractéristique du pouvoir est qu'il s'inscrit dans un double conditionnement. En dépit de son caractère microphysique, le pouvoir obéit aussi à une logique globale qui permet la caractérisation d'une société à une époque donnée. Par exemple, lors d'une rencontre entre un gestionnaire et une infirmière, le rapport de force qui s'établit entre ces deux personnes subit l'influence d'une multitude de facteurs microphysiques. La qualité de la relation, l'état psychologique des personnes ou leur tempérament respectif sont quelques exemples de facteurs qui modulent ce rapport de force. Toutefois, celui-ci obéira aussi au contexte plus large dans lequel il s'inscrit. Le contexte social, politique, hiérarchique ou temporel, pour ne nommer que ceux-ci, ont également un effet direct sur ce rapport. Nous n'avons qu'à penser au contexte dans lequel devait évoluer l'infirmière « auxiliaire du médecin » de la fin du XIXe siècle[9] pour nous rendre compte qu'un rapport de force extrêmement différent aurait pris place lors d'une rencontre du même type. Selon Ehrenreich, les infirmières « auxiliaires du médecin » de cette époque constituaient une main-d'œuvre médicale complètement soumise à leur supérieur et n'avaient qu'une vocation, soit celle de servir.[10]

La quatrième caractéristique du pouvoir est qu'il est indissociable du savoir. Dans une société moderne, les points d'exercice du pouvoir sont également des lieux de formation du savoir.[11] Par le fait même, tout savoir établi, amène et assure l'exercice du pouvoir. Par exemple, l'extraction administrative du savoir par la criminologie permet de mieux connaître la population pour ensuite mieux la surveiller et la gouverner. Les hôpitaux, en tant que hauts lieux de savoir, constituent des espaces où s'exerce une multitude de formes de pouvoir qui sont fortement liées à la normalisation et au contrôle des individus et des populations.[4] Le savoir s'établit par des rapports de force et la violence y est souvent liée.[12]

C'est cette façon particulière de conceptualiser le pouvoir qui amène Foucault à développer son concept de gouvernementalité. Selon lui, le gouvernement doit être compris comme quelque chose de plus complexe que l'État Nation ; il faut plutôt y voir les questions du gouvernement de soi, du gouvernement des autres et du gouvernement de l'État.[13] La gouvernementalité rassemble en quelque sorte

l'ensemble des technologies modernes d'organisation de l'État qui incluent entre autres la surveillance disciplinaire et les technologies de soi. Différents types de pouvoir seraient aussi exercés à travers les technologies d'organisations de l'État regroupées au sein du concept de gouvernementalité. Selon la perspective foucauldienne, le pouvoir s'opérationnaliserait selon trois grands axes, soit le pouvoir souverain (répression), le pouvoir disciplinaire (discipline) et le pouvoir pastoral (soin de l'autre).[14]

### *Pouvoir souverain*

Foucault, décrit le pouvoir souverain comme le droit de « faire mourir » ou de « laisser vivre », [1] tel que le pouvoir détenu par un roi sur ces sujets.[15] Foucault établit la provenance du pouvoir souverain dans la *patria potesta*, une loi Romaine qui octroyait au père de famille le droit de mort sur ses enfants et ses esclaves.[1] Comme celui-ci leur avait « donné » la vie, il avait aussi le droit de la leur retirer. Le pouvoir paternel de la *patria potesta* était la représentation du pouvoir souverain qui limitait à un schéma institutionnel d'action et de choses l'identité même des personnes.[16] Le pouvoir souverain est donc une forme de pouvoir qui fait appel à la domination[17] sur les personnes et les objets. La transition du pouvoir souverain (droit de mort) hégémonique vers ce que Foucault désigne comme le bio-pouvoir (pouvoir sur la vie) serait ce qui distingue l'ère moderne de l'ère pré-moderne des structures sociales. C'est donc à partir du moment où les divers gouvernements occidentaux ont réduit la préséance accordée au pouvoir souverain pour focaliser leurs dispositifs multiples dans le bio-pouvoir, qu'est considéré l'avènement de l'ère moderne des structures sociales. Foucault identifie deux pôles au bio-pouvoir soit la gestion et la discipline des corps humains individuels (anatomopolitique), ainsi que celles des populations (biopolitique).

### *Pouvoir disciplinaire*

Selon Foucault, le pouvoir disciplinaire nécessite une multitude de formes, de techniques et d'outils, tels que l'observation hiérarchique, le jugement normalisateur et l'examen.[5,8] Ces diverses formes du pouvoir disciplinaire sont toutes liées les unes aux autres et ce, même si elles ne sont pas forcément présentes au sein d'un dispositif disciplinaire donné.[15] Selon Foucault, des technologies de normalisation prennent place dans les diverses institutions sociales ; ces technologies constituent des formes cachées de surveillance du corps social et individuel.[18] Les divers établissements de santé font effectivement partie de ces

institutions sociales où des technologies de normalisation et de surveillance sont mises de l'avant.

Les technologies de soi, largement utilisées dans les lieux de production du savoir tels que les universités et les hôpitaux, font aussi partie de ces technologies de normalisation. Les technologies de soi, dont Foucault attribue les origines aux règles de vie platonique (qui auraient par la suite été réinterprétées et raffinées par les Chrétiens), [19] permettraient aux individus de développer un sens de l'éthique par la discipline personnelle et la « surveillance » de leur propre personne.[18]

### *Pouvoir pastoral*

L'un des éléments récurrent dans l'œuvre de Michel Foucault est le lien intime entre,

d'une part, les formes de gouvernement d'autrui et les formes d'exercices du pouvoir sur autrui, et d'autre part, les formes de gouvernement ou de maîtrise de soi. La subjectivité n'est ainsi jamais déconnectée des formes du lien social et, plus précisément, des formes de pouvoir qui s'exercent à travers ces différentes formes de lien social.[20 p120]

C'est par le biais d'un contrôle qui s'opère de façon insidieuse que la subjectivité des individus sera façonnée. Le pouvoir pastoral est en fait une forme de pouvoir qui permet à une personne (un « guide ») d'influer sur la subjectivité d'un autre sujet par le contrôle et la dépendance, provoquant chez ce dernier un rattachement à sa propre identité par un mécanisme de prise de conscience de ses savoirs personnels.[21] Le pouvoir pastoral est rendu possible par la maîtrise d'un savoir en ce qui a trait à la conscience et une habileté à diriger cette conscience de la part de l'individu qui agit à titre de guide.[19]

### **Pouvoir pastoral et technologies de soi**

Puisque le pouvoir pastoral nécessite qu'un individu serve de guide à un autre individu [15], il est qualifié comme étant une forme de « soin de l'autre ». La relation maître/élève, employeur/employé, infirmière/patient ou gestionnaire/infirmière est l'a priori du pouvoir pastoral. Cette forme de pouvoir est liée à la divulgation de ce qui constitue la conscience de l'individu, elle permet de pénétrer l'esprit et agit au travers de celui-ci pour ultimement le gouverner.[22] Ce processus est rendu possible par le biais de la confession de cet individu envers celui qui tient le rôle d'expert (guide ou maître). Ce dernier initie le processus discursif menant à la réflexion du sujet qui se prête à la confession. Il s'agit donc d'un processus réflexif du soi dont l'élan instigateur principal est extérieur à l'individu qui s'y adonne.[23] Il s'agit d'un

détail non négligeable car ce simple fait permet à l'expert de diriger initialement la confession de façon à ce que celle-ci provoque les résultats escomptés.

Une fois la phase d'ouverture initiée, les technologies de soi se mettent en place ce qui permet à l'individu de s'engager dans sa propre transformation. La phase suivante de ce processus est liée à un postulat d'une causalité générale et diffuse.[23] Selon Holmes et O'Byrne, cela signifie que tout doit être dit, sans égard au fait que les éléments révélés peuvent apparaître comme étant insignifiants et ce, tant pour le guide que pour l'individu qui partage ses secrets les plus intimes. Il s'agit effectivement d'un processus de recherche de vérité. La volonté du pouvoir a comme instrument la volonté de savoir et celle-ci s'appuie, selon Foucault, sur la recherche de la vérité.[1] La vérité constitue une force sociale non négligeable qui représente en fait une ressource politique considérable permettant entre autres la domination.[12]

Le guide encourage l'individu à tout révéler de façon à exposer celui-ci à ses propres vérités cachées. Par la suite, le guide utilise des techniques confessionnelles dans le but de pousser l'individu à aller encore plus loin dans ses révélations privées.[23] Il est à noter que l'efficacité du processus est fortement liée au fait que l'individu qui s'y prête doit être persuadé qu'il ne s'agit pas d'un interrogatoire [23] mais bien d'un processus thérapeutique qui s'exerce sous l'égide du principe éthique de non-malfaisance.[1] Ce type de confession permettra certes à l'individu dont on « prend soin » de se libérer des pensées qui l'habitent et il est fort probable qu'une certaine forme de bien-être s'installe en lui consécutivement à ce fait.

Par contre, si la confession pastorale permet à l'individu de se libérer, elle le subjugué également.[24] La confession est une technologie politique de révélation de soi. Par ce processus, les espaces les plus intimes de la personne sont maintenant ouverts à la surveillance.[25] Cette surveillance fait écho au pouvoir disciplinaire qui agit aux confins de l'intégrité de l'individu qui y est assujéti. Le pouvoir disciplinaire et le pouvoir pastoral sont donc intimement liés et sont exercés dans un but commun, soit la correction des déviances et la normalisation des individus, des groupes et des sociétés. L'individu en viendra à croire que son bonheur passe par la correction de ses propres déviances et le fait qu'il fasse ce qu'on s'attend de lui.

Le pouvoir pastoral est toujours lié à des finalités d'action et a cela d'insidieux que ces actions seront entreprises par l'individu et ce, de son propre chef, consécutivement à des réflexions intérieures qui auront été provoquées dans le

processus. L'individu initiera un travail dirigé sur lui-même, comme s'il désirait changer, chez lui, un comportement ou une attitude donnée.[26] En d'autres mots, les technologies de soi amènent l'individu à agir envers et contre lui-même [19] dans l'intérêt d'un maintien de l'ordre établi, rendu possible par la normalisation des individus. Il est important de souligner que le sujet croira pourtant que les actions qu'il doit entreprendre le seront dans son propre intérêt et de son propre gré. Le pouvoir pastoral en tant qu'exercice de gouvernement de soi opère comme instrument du gouvernement des conduites de l'individu.[27] On pourrait considérer le pouvoir pastoral (et la confession qui en est l'outil principal) comme une forme de conditionnement d'origine externe provoquant des réflexions internes menant à des actions normalisatrices et à l'assujétissement. Foucault n'avait d'ailleurs aucun doute quant au caractère tyrannique du pouvoir pastoral et a été très clair à ce propos, en indiquant qu'il pourrait effectivement être qualifié comme étant totalitaire.[28]

### *De l'origine et de l'évolution des technologies de soi*

Durant plus de 25 ans, l'objectif de Foucault a été d'étudier comment les humains ont développé un savoir quant à eux-mêmes, par l'économie, la biologie, la psychiatrie, la médecine et la pénologie.[19] Ce qui est plus important encore selon Foucault n'est pas tant d'accepter de façon dogmatique ce savoir, mais bien d'analyser les « sciences » menant à celui-ci et ce, en lien avec les techniques spécifiques utilisées par les humains pour se comprendre eux-mêmes.

Ces techniques ou technologies ont été explicitées par Foucault selon quatre différents types : (1) les technologies de production, qui permettent notamment de produire, transformer ou manipuler les choses ; (2) les technologies ayant trait aux signes (systèmes de signes), qui permettent l'utilisation des signes, des symboles, leurs significations ; (3) les technologies politiques, qui déterminent la conduite des individus et qui les soumettent à une certaine fin ou domination et qui mènent à l'objectivation de la personne ; (4) les technologies de soi, qui permettent aux individus, par leurs propres moyens ou avec l'aide d'autres personnes, d'agir par certaines opérations, sur leur propre corps, esprit, pensées, conduites et façons d'être.[19 p18 traduction libre]

Le but ultime de cette quête réside dans la transformation de soi de manière à atteindre un certain état de bonheur, de pureté, de sagesse ou de perfection. Selon Foucault, ces quatre types de technologies opèrent rarement séparément puisque chacune d'entre elles est associée à une certaine forme de domination. Ces quatre types de technologies sont utilisés dans le but de modifier les aptitudes et attitudes

des personnes.[19] En modelant les individus, on les normalise, on veut s'assurer que ceux-ci feront exactement ce que l'on veut qu'ils fassent. Karl Marx abonde dans le même sens dans son ouvrage intitulé *Le Capital* ; il insiste sur le fait que toute technique de production nécessite des modifications d'aptitudes, d'attitude et de comportements des individus.[29]

### L'herméneutique du sujet chez Foucault

Selon Gros, c'est l'intérêt de Foucault pour la généalogie du « sujet désirant » qui aurait initialement mené celui-ci vers l'étude du soi.

Le sujet désirant tient son identité des désirs qui l'habitent, du moment que ceux-ci demeurent secrets, opaques au regard de sa propre conscience. La seule façon pour celui-ci de s'éloigner de ces désirs serait d'en être conscient et cela ne peut être possible que par le regard de l'autre (un maître, un confesseur, un expert). Les angoisses, les problématiques, les troubles qui envahissent le sujet proviendraient de désirs trop fortement méconnus.[2 p35]

Voilà ce que Foucault identifie comme ayant été historiquement fabriqué, voire entretenu, et qui serait donc faux puisque comme être désirant, le sujet n'incarne que le fruit d'une politique de l'obéissance.[2] Ce stratagème d'origine antique serait donc à la base des technologies de soi modernes. Foucault a élaboré le développement de l'herméneutique du sujet selon deux contextes historiques différents, mais limitrophes. Il identifie le premier contexte comme étant la philosophie Gréco-romaine des premier et deuxième siècle av. J.-C. et du Haut-Empire Romain alors que le second contexte se caractérise par la spiritualité chrétienne et les principes monastiques développés aux 4e et 5e siècles du Bas-Empire Romain.[19] Foucault portera par la suite une attention particulière au passage de *l'exomologèse* à *l'exagorèse*, deux technologies de révélation du soi qui constituent les bases du pouvoir pastoral tel que nous le connaissons aujourd'hui.

### Exomologèse

L'exomologèse, était à l'époque antique une forme d'aveu hautement codifié lié à des pratiques de pénitence.[2] Pour les Chrétiens de l'époque, ce terme signifiait la reconnaissance publique, une sorte de « coming out » de la véracité de leur foi ou du fait qu'ils étaient Chrétiens.[19,30] Au début de la chrétienté, la pénitence n'était pas un acte ou un rituel pratiqué par les fidèles, mais bien un statut imposé à quelqu'un ayant commis un péché extrêmement sérieux.[19] Il est important de noter que ce statut était pourtant imposé

à la demande du fidèle.[31] C'est à ce moment que le fidèle devait expliquer sa faute ; il ne s'agissait pas d'une confession mais bien d'une condition liée à ce statut. Le statut de pénitent en était un qui affectait particulièrement la vie du fidèle. Le pénitent était titulaire de ce statut pour une période qui pouvait varier entre 4 et 10 ans.[19] Durant cette période, il devait se soumettre à un code vestimentaire, au jeûne, à l'humiliation publique ainsi qu'à des conditions particulières de prohibition, notamment en ce qui à trait aux pratiques sexuelles.[19,31] Même après la fin de la pénitence (réconciliation), le fidèle restait marqué et continuait à souffrir de multiples prohibitions telles que l'interdiction au mariage. Selon Foucault, la théorie et la pratique de la pénitence furent élaborées autour de l'homme qui préfère mourir plutôt que d'abandonner la foi.[19] La façon dont le martyr faisait face à la mort était en fait le modèle de la pénitence. Pour que le sujet obtienne le droit de réintégrer l'Église, celui-ci devait s'exposer de façon volontaire au rituel du martyr et devait effectuer une rupture avec lui-même, avec son identité passée, avec le monde et avec la vie. Les gestes ostentatoires accompagnant la pénitence de l'exomologèse devaient permettre de montrer à tous la vérité sur l'état de pécheur du fidèle. Il est important de préciser que l'exomologèse n'était pas une forme verbale de révélation de soi. C'est plutôt à partir du passage à l'exagorèse que cette composante verbale s'ajoute aux technologies antiques de révélation de soi.

### Exagorèse

L'exagorèse est un concept de divulgation de soi utilisé au 4e siècle.[19] Élaborée en Occident à l'arrivée des premiers monastères, l'exagorèse prenait la forme d'une confession s'opérant sous le contrôle complet et total d'un maître auquel on vouait une obéissance sans fin.[2] L'exagorèse était un exercice de verbalisation en relation avec le maître, une confession répétée ayant pour sujet les espaces les plus intimes de l'individu qui s'y soumettait.[32] Selon Foucault, ce processus d'examen de soi avait la même forme et le même caractère administratif que les techniques de révélation de soi pratiquées par les maîtres d'existence (ou directeurs de consciences[33]) du stoïcisme impérial de l'aire Gréco-romaine.[19] Cette correspondance atteste donc selon Foucault d'un transfert des technologies stoïques du soi, tel que décrit par Sénèque (philosophe de l'école stoïcienne), à celles de la chrétienté. Le retour sur soi pratiqué par les disciples des maîtres d'existence antique n'était pas employé afin que les disciples en viennent à mieux se connaître eux-mêmes. Ces pratiques étaient directement vouées à la construction du soi dans un souci d'auto normalisation. Elles servaient précisément à maintenir le bon fonctionnement de

la cité, en instaurant chez le disciple des façons désirables d'agir en société.[32] La volonté de faire adopter ce type de comportement est en partie empruntée à Platon et au concept de « bon citoyen », étroitement lié aux règles de vie platoniques et protégeant l'intégrité de la cité.[19,34,35] Foucault estime que c'est Platon qui aurait pour la première fois avancé cette perspective.[36,37]

Chez les Stoïciens, la relation entre le maître et son élève était effectivement d'une importance capitale mais il était possible de mettre fin à cette relation si le disciple, après avoir mis en pratique les divers conseils du maître, en était arrivé à mener une vie heureuse et autonome. Les moines chrétiens soumis à l'exagorèse ne bénéficiaient pas d'une telle latitude puisqu'aucun élément de la vie de ceux-ci n'échappait à la relation fondamentale et permanente avec le maître.[32] Le moine vouait d'ailleurs une obéissance absolue à son maître et celui-ci exerçait un contrôle complet jusqu'à la mort. Le droit de mourir devait aussi être demandé au maître. Ces techniques de spiritualité chrétienne du soi étaient élaborés selon deux grands principes du christianisme à savoir l'obéissance et la contemplation.[19] Ces techniques s'inscrivaient aussi dans un processus politique[19] permettant l'adoption des comportements susceptibles de favoriser le maintien de l'ordre établi.

### *De l'exomologèse à l'exagorèse et au pouvoir pastoral*

Dès l'exomologèse, nous sommes à même de constater l'existence de technologies visant la rupture de l'individu avec lui-même et avec son identité passée, une composante encore bien présente au regard du pouvoir pastoral théorisé par Foucault.[1] Un processus de recherche de vérité, ressource politique permettant la domination, est aussi cœur de l'exomologèse et du pouvoir pastoral. L'exomologèse constituait donc une forme de révélation du soi ayant de fortes ressemblances avec le pouvoir pastoral bien qu'il s'agissait, contrairement à celui-ci, d'une forme non verbale de révélation du soi.[19] L'exagorèse est bien moins connue, pourtant Foucault considère qu'elle est plus fondamentale que l'exomologèse dans l'établissement des technologies de révélations du soi modernes. Plusieurs composantes de l'exagorèse sont en tous points similaires à celle du pouvoir pastoral, notamment l'importance du rapport réglé à l'autre, celui que l'on considère comme maître ou expert.[32] L'exagorèse est aussi similaire au pouvoir pastoral dans sa forme, soit la confession menant à la verbalisation et à la divulgation de soi. L'utilisation de l'aveu, centrale au pouvoir pastoral, deviendra une technique fortement valorisée de production de la vérité en Occident.[1] Nous verrons

maintenant dans quelle mesure la pratique du personnel infirmier s'appuie sur ces concepts de divulgation de soi d'origine antique.

### **Pouvoir pastoral et pratique infirmière**

La pratique infirmière quotidienne illustre bien l'utilisation pastorale de la confession menant à l'introspection et la remise en question par l'examen de soi.[8,15] Il ne s'agit pas d'un type de pouvoir uniquement présent dans les églises et les divers lieux de cultes : les hôpitaux et les divers établissements de santé font partie des institutions sociales où le pouvoir pastoral est utilisé principalement pour ses finalités normalisatrices, notamment pour ce qui est des patients, des infirmiers et des infirmières. Les infirmiers et infirmières sont donc l'objet du pouvoir pastoral au même titre qu'ils ou elles en sont les instigateurs ou les instigatrices.

### *Les infirmiers et les infirmières comme instrument du pouvoir pastoral*

Selon Porter, un transfert de l'objectivation vers la subjectivation des patients est de plus en plus courant chez les praticiens qui ont une approche beaucoup plus holistique envers les patients.[38] Ce qui se passe entre les murs de l'hôpital ne suffit plus à satisfaire aux besoins de surveillance des divers intervenants du domaine de la santé. Pour des raisons stratégiques de contrôle de la masse, le pouvoir pastoral se prête particulièrement bien aux interventions dans le domaine de la santé.[23] Le personnel infirmier y a notamment recours comme technique de gouvernement productrice de savoir au sujet des patients dont il a la charge.[26] Différentes formes d'enquêtes, comme le dialogue, la confession et l'aveu, sont couramment employées comme mode de production de savoir et de vérité par les infirmiers et les infirmières.[12] En parlant avec le patient et en l'écoutant, celui-ci est encouragé à partager ses préoccupations les plus authentiques de façon à permettre l'exploration de ses vérités.[39] Le savoir ainsi acquis est codifié et intégré notamment au discours spécialisé de la médecine et des soins infirmiers.[26] Comme ces disciplines se fondent sur les principes de la science et de la rationalité, les patients sont beaucoup moins enclins à la résistance et acceptent la « vérité » générés par ces discours. La surveillance exercée par le biais de la confession est devenue si familière aux patients que ceux-ci y participent volontiers et sont prêts à se juger eux-mêmes selon les normes de l'expert [1], incarné ici par le personnel infirmier. Le fait, par exemple, que les infirmiers et les infirmières scrutent sans cesse les habitudes de vie des patients qui sont à leur charge peut effectivement apporter des bénéfices à ceux-ci et les inciter à se prendre en main, mais cela ne réduit en rien leur

assujettissement.[24]

### *Le pouvoir pastoral dirigé à l'endroit des infirmiers et des infirmières*

La plupart des auteurs qui se sont intéressés à l'application du concept de pouvoir pastoral en soins infirmier se sont attardés au pouvoir pastoral exercé par les infirmiers et les infirmières à des fins de normalisation des patients. Pourtant même si les infirmiers et les infirmières gouvernent les patients, notamment par le biais du pouvoir pastoral, ils sont aussi eux-mêmes gouvernés, et le pouvoir pastoral est encore exercé à cette fin. Tout ce qui gouverne doit en effet être gouverné.[5]

Mais pourquoi voudrait-on gouverner les infirmiers et les infirmières ? Pourquoi la normalisation de la masse infirmière est-elle si importante ? Dans les hôpitaux, au même titre que dans les industries et les prisons, tout doit être contrôlé afin de maximiser l'efficacité et le rendement et ainsi minimiser les pertes. Selon Foucault, la prison et les hôpitaux s'inscrivent effectivement sur un même continuum.[5] Un espace administratif et politique de surveillance des corps s'est créé dans ces institutions afin, par exemple, de réduire les dépenses, éviter les conflits, contrôler les déplacements (temps et mouvement au sein des unités de soins), de façon à ce qu'aucune variable n'échappe à la réalité de l'ensemble. Pour ce faire, plusieurs techniques disciplinaires ont été mises en place et le pouvoir pastoral fait effectivement partie de ce dispositif. Nous nous attarderons à présent à deux situations où s'opérationnalisent les technologies de soi et la technique de confession pastorale qui touchent plus particulièrement les infirmiers et les infirmières : la pratique réflexive et la rencontre gestionnaire infirmier/infirmière.

### *Pratique réflexive*

La pratique réflexive, est relativement nouvelle au sein des divers établissements de santé, mais fait l'objet de discussion intense dans les écrits en sciences infirmières.[40-45] Elle est définie par Taylor comme étant un moyen systématique par lequel il est possible de trouver un sens à la pratique quotidienne.[45] Kim identifie le but de la pratique réflexive comme étant de « corriger et d'améliorer la pratique par la critique et la réflexion sur soi et de façon à générer des modèles de « bonne » pratique ».[43 p1206 traduction libre] La pratique réflexive est présentée dans les divers établissements comme un outil de « croissance » utilisé à travers le groupe de codéveloppement professionnel. « Le groupe de codéveloppement professionnel est une approche de formation qui mise sur le groupe et sur les interactions

entre les participants pour favoriser l'atteinte de l'objectif fondamental : améliorer la pratique professionnelle ».[46 p7] Le dialogue, la confession et l'aveu utilisés dans le cadre de la pratique réflexive sont les outils par lesquels la réflexion est initiée. Le pouvoir pastoral théorisé par Foucault [19] se cristallise incontestablement dans la pratique infirmière réflexive.

Selon Cotton, la pratique réflexive requiert effectivement l'utilisation de technologies de soi mises en place pour rendre visibles les pensées personnelles et privées des infirmières et des infirmiers, et ce, dans le but de les surveiller et de les gouverner.[47] En empruntant une perspective foucauldienne d'analyse de discours, Fejes en est arrivée à la conclusion que la confession à une autre personne n'était pas nécessaire pour susciter la réflexion permettant de meilleures pratiques.[48] De cette façon, la réflexion qui s'opère intérieurement chez l'infirmier et l'infirmière ne s'inscrirait pas au sein de technologies de gouvernement de la conduite. Cette auteure est très claire à ce propos et soutient que :

l'approche foucauldienne a rendu possible une analyse qui montre que la pratique réflexive, habituellement perçue comme positive dans la pratique infirmière, est pourtant induite par le pouvoir, qui gouverne afin de transformer la subjectivité infirmière en une forme donnée.[48 p249 traduction libre]

### *Rencontre gestionnaire-infirmiers/infirmières*

La technique de confession pastorale est aussi utilisée par les gestionnaires d'unités de soins lors de rencontres avec les infirmiers et les infirmières. Ces rencontres sont le plus souvent organisées à la demande des gestionnaires et elles ont pour but de circonscrire des stratégies permettant aux infirmiers et infirmières d'améliorer leurs compétences. Les gestionnaires jouent un rôle significatif dans l'articulation de ce qui constitue des pratiques professionnelles « appropriées ». Ils recourent par ailleurs à des technologies normalisatrices dans le but d'amener ces infirmiers et ces infirmières à cheminer vers ce qu'ils définissent comme étant « approprié ». Peu d'études sont disponibles au regard de ces rencontres, pourtant considérées comme très importantes par les gestionnaires.[49] Selon les résultats d'une étude qualitative réalisée par Fejes [48], l'employé est encouragé, dans le cadre de ce type de rencontre, à réfléchir sur ce qu'il veut devenir ou développer. Plusieurs techniques sont utilisées afin d'en arriver à ce type de réflexion.

Dans un premier temps, le gestionnaire entame un dialogue avec l'infirmier ou l'infirmière. Il est important de souligner

que personne, à l'exception du gestionnaire et de l'employé, n'assiste à cette rencontre, facilitant par le fait même l'aveu et la confession. Fejes nous met au fait d'une technique particulière utilisée par les gestionnaires : le plan de développement individuel. Ce plan serait élaboré selon les objectifs de l'employé, mais il refléterait aussi le dialogue préalablement mis en place par le gestionnaire. Selon cette auteure, le plan agirait comme tremplin permettant la réflexion de l'employé quant à sa propre subjectivité (intégrité), il permettrait aussi de rendre le soi visible, de façon à ce qu'un autre (le gestionnaire), puisse le scruter à sa guise.[48] Le plan sera par la suite évalué par le gestionnaire qui sera libre de suggérer certains changements susceptibles de favoriser la transformation de l'infirmier ou de l'infirmière. En confiant au gestionnaire ses désirs les plus intimes, l'infirmier ou l'infirmière produit un savoir sur sa propre personne [19], un savoir qui permet par ailleurs d'augmenter le rapport de force du gestionnaire envers lui ou elle. En modifiant le rapport de force à son avantage, le gestionnaire se positionne alors de manière à mieux gouverner.

Il convient de souligner encore que l'utilisation de ce type de techniques est susceptible de produire des bénéfices sur le plan professionnel pour les membres du personnel infirmier. Suivant cette perspective, nous pourrions effectivement apprécier cette pratique comme étant avantageuse. Toutefois, une perspective foucauldienne permet également d'envisager son aspect normalisateur et subjuguant.

## Conclusion

Par le biais de l'utilisation des technologies de soi, la pratique infirmière est en contact étroit avec ce que Foucault désigne comme le pouvoir pastoral. Les pensées les plus intimes des infirmiers et des infirmières sont intégrées à la sphère publique au même titre que celles des patients à leur charge. Ces pensées intimes, reflet de l'intégrité qui leur est propre, sont sujettes à l'identification, à la codification et au gouvernement précurseurs de la normalisation des personnes. Cet article a permis de cerner la notion de pouvoir pastoral au sein de la pratique infirmière par le biais d'une analyse foucauldienne et soulève certains questionnements quant aux bénéfices et aux préjudices encourus par l'utilisation de ce type de technologies dans le milieu de la santé. Pouvons-nous considérer comme éthique l'utilisation de la confession à des fins de normalisation ? L'utilisation de ces technologies assujettissantes auprès des infirmiers et infirmières est-elle justifiable afin de favoriser une pratique infirmière jugée plus « appropriée » ? Le gouvernement de la pensée des personnes peut-il tout simplement être envisagé ?

La perspective foucauldienne permet de concevoir d'une façon nouvelle les modes de pensée et les dispositifs de normalisation de notre société occidentale moderne.[50] En empruntant cette perspective, les infirmiers et les infirmières peuvent porter un regard différent sur leur pratique quotidienne.[48] Les gestionnaires œuvrant au sein des établissements de santé gagneraient à prendre conscience de la finalité des diverses technologies qu'ils emploient auprès du personnel infirmier. Cela pourrait leur permettre de conceptualiser différemment leur approche auprès de ce dernier et d'éviter l'utilisation (souvent inconsciente) d'un pouvoir répressif à l'endroit de ceux et celles qui sont pourtant leurs alliés dans l'élaboration d'un système de santé plus efficace et plus humain. Des efforts doivent donc être mis de l'avant de façon à identifier des techniques susceptibles de soutenir le développement professionnel des infirmiers et des infirmières n'impliquant pas un tel processus de normalisation.

## Références

1. Foucault M. Histoire de la sexualité 1 : La volonté de savoir. Paris : Éditions Gallimard, 1976.
2. Gros F. Le gouvernement de soi. Sciences Humaines 2005; 3:34-37.
3. Rose N. The Politics of Life Itself. Theory, Culture & Society 2001; 18(6):1-30.
4. Foucault M. Naissance de la clinique. Paris : Presses Universitaires de France, 1963.
5. Foucault M. Surveiller et punir : Naissance de la prison. St-Amand : Éditions Gallimard, 1975.
6. Dean M. Governmentality : Power and Rule in Modern Society. London : Sage publications, 1999.
7. Youngblood Jackson A. Power and pleasure in ethnographic home-work : producing a recognizable ethics. Qualitative Research 2009; 8(1):37-51.
8. Perron A, Fluet C, Holmes D. Agent of care and agents of the state : bio-power and nursing practice. Journal of advanced Nursing 2005; 50(5):536-544.
9. Collière MF. Promouvoir la vie : De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers. Paris : Masson, 1982.
10. Ehrenreich B. Sorcières, sages-femmes et infirmières. Québec : Éditions du Remue-Ménage, 1976.
11. Roberts M. The production of the psychiatric subject : power, knowledge and Michel Foucault. Nursing Philosophy 2005; 6:33-42.
12. Leclerc G. Histoire de la vérité et généalogie de l'autorité. Cahiers internationaux de sociologie 2001; 111:205-231.
13. Fejes A. Governing through reflection : a discourse analysis of reflective practices. Journal of Advanced Nursing 2008; 64(3):243-250.
14. Weberman D. Foucault's reconception of power. The Philosophical Forum 1995; 26(3):189-217.

15. Holmes D. Police and pastoral power: governmentality and correctional forensic psychiatric nursing. *Nursing Inquiry* 2002; 9(2):84-92.
16. Pottage A. Power as an art of contingency : Luhmann, Deleuze, Foucault. *Economy and Society* 1998; 27(1):1-27.
17. Dean M. *Governmentality : Power and Rule in Modern Society*. London : Sage publications, 1999.
18. Schäfer C. Post-mortem personalization : pastoral power and the New Zealand funeral director. *Mortality* 2007; 12(1):4-21.
19. Foucault M. Technologies of the self. Dans : Martin, L. H., Gutman, H. & Hulton, P.H. (Eds.). *Technologies of the self : A seminar with Michel Foucault*. London : Tavistock, 1988 ; 16-49.
20. Lahire B. *L'esprit sociologique*. Paris : Édition la découverte, 2005.
21. Ransom JS. *Foucault's Discipline : The Politics of Subjectivities*. Durham : Duke University Press, 1997.
22. Foucault M. *Dits et écrits*. Tome III. Paris: Éditions Gallimard, 1994.
23. Holmes D. O'Byrne P. The art of public health nursing : using confession Technè in the sexual health domain. *Journal of Advanced Nursing* 2006, 56(4):430-437.
24. Gastaldo D. Is health education good for you ? Re-thinking health education through the concept of bio-power. Dans : Petersen A and Bunton R. (Eds). *Foucault Health and Medicine*. London : Routledge, 1997; 113-133.
25. Wilkinson G. Theories of power. Dans: Wilkinson, G. & Miers, M. (Eds). *Power and Nursing Practice*. Basingstoke : Macmillan, 1999; 7-23.
26. Holmes D, Gastaldo D. Nursing as means of governmentality. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 38(6):557-565.
27. Hindess B. *Discourses of power : From Hobbes to Foucault*. Oxford : Blackwell Publishers, 1996.
28. Foucault M. *Politics, Philosophy, Culture : Interviews and Other Writings, 1977-1984*. Kritzman LD. (Ed). New York : Routledge, 1988.
29. Marx K. *Le capital : critique de l'économie politique*. Disponible sur <http://www.marxists.org/francais/marx/works/1867/Capital-I/index.htm>. Consulté le 14 juin 2009.
30. Bernauer J, Carrette J. *Michel Foucault and theology : The Politics of Religious Experience*. Cornwall : Ashgate, 2004.
31. Betz HD, Browning DS, Janowski B, Jüngel E. *Religion Past & Present : Encyclopedia of Religion*. Boston : Brill, 2008.
32. Baumgartner C, Olphe-Galliard M. *Dictionnaire de spiritualité ascétique et historique*. Paris : Beauchesne, 1957.
33. Beaulieu A. *Gilles Deleuze : héritage philosophique*. Paris : Presses Universitaire de France, 2005.
34. Plato. *The Republic*, 2nd edn (tr.D. Lee). Harmondsworth : Penguin, 2003.
35. Dolan FM. The paradoxical liberty of bio-power. *Philosophy & social Criticism* 2005; 31(3):369-380.
36. Platon. *Apologie de Socrate – Criton - Phédon*. Paris: Garnier Frères, 1965.
37. Gros F. Le souci de soi chez Michel Foucault : A review of the Hermeneutics of the Subject : Lectures at the Collège de France, 1981-1982. *Philosophy Social Criticism* 2005; 31(5-6):697-708.
38. Porter S. *Social Theory and Nursing Practice*. Basingstoke : Macmillan, 1998.
39. May C. Individual care ? Power and subjectivity in therapeutic relationships. *Sociology* 1992; 26:589-602.
40. Johns C. Opening the doors of perception. Dans : Johns C, Freshwater D. (Eds). *Transforming Nursing Through Reflective Practice*. Oxford : Blackwell Sciences, 1998; 1-20.
41. Johns C. Reflection as empowerment? *Nursing Inquiry* 1999; 6:241-249.
42. Johns C. *Becoming a Reflexive Practitioner*. Oxford: Blackwell Publishing, 2000.
43. Kim HS. Critical reflective inquiry for knowledge development in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 1999; 29(5):1205-1212.
44. Rolfe G, Freshwater D, Jasper M. *Critical Reflection for Nursing and the Helping Profession : A Users' Guide*. New York : Palgrave, 2001.
45. Talor B. Locating a phenomenological perspective of reflective nursing and midwifery practice by contrasting interpretive and critical reflection. Dans : Johns, C. & Freshwater, D. (Eds). *Transforming Nursing Through Reflective Practice*. Oxford : Blackwell Sciences, 1998; 134-150.
46. Payette A, Champagne C. *Le groupe de codéveloppement professionnel*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 2007.
47. Cotton AH. Private thought in public spheres : issues in reflection and reflexive practice in nursing. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 36(4):512-519.
48. Fejes A. Governing through reflection: a discourse analysis of reflective practices. *Journal of Advanced Nursing* 2008; 64(3):243-250.
49. Allaire L. *Le rapport au travail d'infirmières gestionnaires de programme-clientèle : une étude en psychodynamique du travail*. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal, 2006.
50. Dortier JF. Sous le regard de la critique. *Sciences Humaines* 2005; 3:38-41.

*Remerciements:*

*L'auteur aimerait remercier Louise Bouchard Inf., Ph.D. pour ses suggestions lors de la rédaction de ce manuscrit, la Faculté des études supérieures et postdoctorales de l'Université de Montréal ainsi que la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal pour leur soutien financier.*

*Pour contacter l'auteur:*

*Patrick Martin, Inf.  
Étudiant au doctorat en sciences infirmières  
Université de Montréal  
Faculté des sciences infirmières  
C.P. 6128, Succursale Centre-ville  
Montréal, Québec, H3C 3J7  
Canada  
Courriel : [patrick.martin@umontreal.ca](mailto:patrick.martin@umontreal.ca)*

# Commentaire/Commentary

## La discipline infirmière et le dépassement d'une perspective unidisciplinaire

**MICHEL PERREAULT &  
MARIA ANTONIETTA RUBIO TYRELL**

Les concepts de multi, pluri, inter et maintenant transdisciplinarité sont de plus en plus utilisés dans les approches scientifiques et, particulièrement depuis les années 1950, dans les sciences et les pratiques de santé. Ces concepts sont très mal définis mais constituent, il faut le croire, des tentatives incontournables pour dépasser les approches unidisciplinaires incapables de rendre compte de la complexité et de la globalité des objets d'étude.

La question d'interdisciplinarité est clairement apparue à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle afin de répondre à la fragmentation des disciplines causée par l'épistémologie positiviste. Ce

projet de tenir compte de la complexité et, surtout, de la globalité du soin est particulièrement crucial dans la discipline infirmière. Cette dernière est en effet confrontée à ces questionnements depuis son origine (c'était déjà une préoccupation importante chez Florence Nightingale), et l'est actuellement de façon particulièrement paradoxale car, au moment même où elle devient enfin une science reconnue au sens paradigmatique, plusieurs s'interrogent sur sa capacité à se distinguer des autres disciplines dans les différentes tentatives pour dépasser les approches unidisciplinaires.

### Multidisciplinarité

La discipline et la pratique infirmières ont d'abord été confrontées à la multidisciplinarité, que l'on peut définir comme une gamme de disciplines qui font des propositions mais sans faire apparaître les relations qui peuvent exister entre elles.[1,2] Le meilleur exemple en est certainement les équipes multidisciplinaires en milieu de pratique où chaque professionnel présente un cas selon sa vision disciplinaire,

sans qu'il y ait un cadre théorique ou conceptuel partagé par tous les participants, ce qui conduit souvent à une domination latente, non reconnue, du modèle bio-médical.

Pour illustrer concrètement les diverses perspectives visant un dépassement de l'unidisciplinarité, nous prendrons en exemple, tout au long de cet article, l'utilisation observée et potentielle de la discipline et de la pratique infirmières dans la mise en œuvre et l'étude des effets au Québec du programme Naître Égale et Grandir en Santé (NÉGS).[3] Ce programme visait à montrer qu'un soutien intensif avec un supplément alimentaire auprès de femmes enceintes vivant en grande pauvreté urbaine avait de meilleurs effets sur le poids des bébés et la santé de la mère et de l'enfant que la seule dispensation du même supplément alimentaire. Les équipes étaient formées d'infirmières, travailleuses sociales, nutritionnistes, psychologues et organisatrices communautaires qui ont contribué, selon leurs visions, tant à l'élaboration qu'à la dispensation des services avec, comme principaux résultats, une satisfaction très élevée des femmes enceintes participantes, d'une part, et, d'autre part, le soulagement des intervenantes qui pouvaient partager en équipe multidisciplinaire les difficultés de travailler avec des populations aussi démunies.[4]

### Pluridisciplinarité

Quant à la pluridisciplinarité, qui est aussi une juxtaposition de diverses disciplines situées généralement au même niveau hiérarchique mais qui sont organisées de manière à ce que l'on voit les relations entre elles,[1] elle s'est avérée particulièrement productive dans l'utilisation d'un modèle conceptuel pour l'évaluation de plusieurs effets du programme,[5] ce qui a permis de dépasser les seules variables de poids du bébé à la naissance, comme cela était prévu à l'origine. Ainsi, au-delà du poids du bébé à la naissance, on a pu, grâce à une approche pluridisciplinaire combinant la nutrition, la psychologie, l'obstétrique, la discipline infirmière et des concepts interreliés comme le soutien social, repérer des effets inattendus du programme, tant au plan des habitudes alimentaires que des indices de dépression des femmes enceintes, pour ne nommer que les plus significatifs.

### Interdisciplinarité

L'interdisciplinarité quant à elle vise la construction d'un savoir plus global permettant de rompre les frontières entre les disciplines en cherchant une réciprocité dans la recherche et le développement des connaissances.[2] Elle s'est imposée d'elle-même dans la pratique quand il fut observé que les

infirmières, les seules à rencontrer les femmes enceintes selon la programmation initiale, se réunissaient entre elles avant les réunions d'équipe pour faire front commun face aux autres disciplines qui critiquaient leurs façons de faire à partir de leur vision unidisciplinaire: chaque participante de l'équipe, même l'organisatrice communautaire impliquée uniquement jusque là dans des approches collectives, a dû faire, dans cette perspective interdisciplinaire, au moins un suivi avec une femme enceinte, ce qui a amené des transformations importantes dans les pratiques et a fait disparaître la frustration des infirmières qui se sentaient constamment mal jugées par les autres professions et disciplines.

À la lumière des développements subséquents dans les approches interdisciplinaires, on pourrait aujourd'hui aller plus loin en utilisant, par exemple, le cadre des mécanismes psychobiologiques des différences socio-économiques en santé.[6] Comme le soulignent Kristenson et ses collègues, l'association entre un faible statut socio-économique et une mauvaise santé est bien établie depuis longtemps et persiste malgré l'amélioration générale des indicateurs de santé. Face aux faiblesses des facteurs utilisés pour expliquer cette association (l'hérédité génétique qui n'explique pas les différences à court terme; la mobilité sociale qui n'a qu'une contribution explicative modeste; les styles de vie qui n'ont qu'une contribution modérée et liée aux structures sociales et les facteurs psycho-sociaux, incluant les facteurs psychobiologiques), les auteurs avancent comme hypothèse que les facteurs psychobiologiques constituent d'importants médiateurs des différences en santé: les individus de faible statut socio-économique déclarent affronter davantage de problèmes environnementaux avec moins de ressources psychosociales, dont les habiletés d'adaptation (coping). Les réponses psychobiologiques aux problèmes dépendent des attentes acquises sur les liens entre les stimuli et les réponses et ces relations deviennent des « contingences de renforcement » pour les actions et les attitudes de chaque individu. Ces problèmes et ces contingences sont reliés au statut socio-économique et le stress influence la santé. Ce modèle d'influence du statut socio-économique sur la santé à travers le stress comporte deux directions: l'une, directe, à travers la physiologie du stress et l'autre, présentant, en partie, un cheminement commun avec le psychobiologique. À travers les théories sur le coping, le statut socio-économique et la réponse endocrinienne, la théorie de l'activation (activation),[6,7] développée à partir d'observations de la neurophysiologie, de la psychophysiologie, de la psychoneuroendocrinologie et de la psychoneuroimmunologie, est utilisée pour expliquer

l'interrelation entre le statut socio-économique, le stress et la santé: les gens de faible niveau socio-économique sont davantage exposés au stress tout en ayant moins de ressources de protection. Le renforcement négatif répété conduit à des attentes de résultats négatifs et à la perte d'habiletés de coping. Tout ce processus crée un cercle vicieux: le passage de la maladie à un état de mauvaise santé, la perte d'habiletés de coping entraînant plus de stress, plus de frustration et, finalement, des sentiments d'impuissance et de désespoir.

## Transdisciplinarité

Comme on peut le voir, ce type d'approche interdisciplinaire permettrait une grande avancée dans l'intégration des connaissances. Mais cette intégration rassemble des manières de penser déjà existantes, avec des modèles théoriques reposant en général sur des approches strictement scientifiques et disciplinaires. Klein [8] propose d'élargir encore davantage les visions en incluant l'apport des connaissances culturelles et socio-politiques à ces approches strictement disciplinaires en fonction d'une axiomatique générale ou d'un système commun d'axiomes pour un ensemble, sinon pour l'ensemble de toutes les disciplines. Ce terme de transdisciplinarité est en pleine évolution quoiqu'il ait été déjà souhaité par des scientifiques comme Jean Piaget au début du XXI<sup>ème</sup> siècle, cette transdisciplinarité devant entraîner éventuellement la disparition des disciplines qui se fondraient un jour en une seule.

Pour ce qui est du programme NÉGS que nous avons choisi comme illustration pour le dépassement des approches unidisciplinaires dans la discipline et la pratique infirmières, un tel effort transdisciplinaire existe déjà et pourrait être fructueux avec le concept de « maladie de l'oppression » [9] bien opérationnalisé par Merrill Singer[10] dans son article « Why do Puerto Rican injection drug users inject so often? ». Singer, dans son article, tente de répondre à la question « Pourquoi les utilisateurs de drogues par injection (UDI) portoricains s'injectent davantage que tous les autres UDI aux États-Unis? ». À partir de données épidémiologiques qui montrent toutes que les Portoricains, tant dans l'île de Porto Rico que sur le continent des États-Unis, s'injectent davantage que toutes les autres populations des États-Unis, Singer [10] propose un cadre d'explication, ce qui est malheureusement plutôt rare en épidémiologie qui balance et contre-balance des facteurs de risques avec des facteurs de protection dans un chassé-croisé corrélationnel où une chatte en perdrait ses petits!

À partir des concepts de colonialisme et d'oppression intériorisée, Singer met de l'avant que les mécanismes

sociaux de l'oppression créent une maladie de l'oppression qui réfère « aux effets chroniques et traumatiques de l'expérience colonialiste, raciste, de classe et des autres oppressions interreliées, vécues durant de longues périodes de temps, particulièrement durant les périodes critiques de développement de la construction identitaire, effets qui se joignent aux émotions négatives reliées à l'intense discrédit d'être sans cesse la cible de l'étroussure d'esprit des autres... ».[10 p39, traduction libre] Les personnes souffrant de la maladie de l'oppression ont une faible estime d'elles-mêmes (la fameuse « estime de soi » si chère aux psychologues sociaux) et « intègrent des stéréotypes sociaux négatifs qui prévalent sur leur groupe ethnique, leur classe sociale, leur genre ou leur orientation sexuelle. Elles ont intériorisé leur oppression, et se pensent donc responsables d'être démunies et ostracisées socialement ».[10 p39, traduction libre] Pierre Bourdieu[11] touche également à cette question dans « La domination masculine », particulièrement dans la section traitant de l'incorporation de la domination.

Mais, au fait, pourquoi les usagers de drogues par injection portoricains s'injectent-ils davantage que les autres UDI? Singer[10] fait la proposition théorique (l'équivalent d'une hypothèse) qu'ils et qu'elles (il considère toujours les relations de genre, ce qui est plutôt rare dans ce champ de recherche) sont davantage déprimé(e)s et « somatisent » davantage dans une culture qui canalise ainsi une angoisse et une souffrance sociales et qui recherche sans cesse un remède pour diminuer les souffrances. Les drogues, particulièrement l'héroïne par injection intraveineuse, sont considérées comme un remède très efficace au début mais qui l'est de moins en moins alors que les doses doivent être de plus en plus fortes et fréquentes avec le temps, ce qui crée toute une autre série de problèmes. Nous croyons quant à nous que les Portoricains, probablement les plus discriminés parce qu'ils sont souvent à la fois noirs et « latinos », reçoivent de l'héroïne de moindre qualité, ce qui les conduit à recevoir des doses plus fortes, un paradoxe bien connu dans les recherches empiriques mais qui n'est jamais, à notre connaissance, pris en compte théoriquement : les plus riches paient tout moins cher que les pauvres et obtiennent toujours la meilleure qualité.[12] Selon Singer, nous ne tenons pas ici une approche « culturaliste » qui ignore l'oppression sociale et la masque par des phénomènes dits cultureux (comme c'est trop souvent le cas dans la discipline infirmière) mais une combinaison de caractéristiques culturelles associées à une subordination politique et économique.[10 p47, traduction libre] Une telle explication ne peut malheureusement se situer qu'au plan des propositions théoriques parce que de

vérification empirique difficile, sinon impossible. Mais elle permet de considérer autant les structures que les relations sociales, dans un domaine où les approches sont uniquement psychologiques ou culturelles, ce qui enferme les personnes et les populations opprimées dans leur propre disgrâce. Cette approche transdisciplinaire permet de comprendre plusieurs phénomènes sociaux liés à l'usage des drogues criminalisées dans une perspective véritablement sociale quand Singer montre que « ces expériences douloureuses liées à la maladie de l'oppression forcent ces personnes à vivre une existence centrée sur les drogues parce que, entièrement dominées par un sentiment d'échec, elles se sentent incapables de contrôler l'usage des drogues ».[10 p42, traduction libre] C'est, selon nos expériences de recherche, un problème commun à toutes les personnes opprimées qui, forcées de se concentrer sur l'immédiat présentant des difficultés souvent insurmontables, avec des maladies et des déficiences croissantes, arrivent difficilement à transcender leur situation de survie, qu'elle comporte ou non l'usage de drogues illicites.

Si on considérait toutes les formes actuelles d'oppression (ethnique, de classe, de genre, d'orientation sexuelle etc...) peut-être devrions nous constater que nous sommes en présence de la maladie la plus fréquente, la maladie d'oppression, qui a échappé aux victoires bio-médicales (par ailleurs tout à fait bienvenues) fondées sur la taxonomie, avec la fragmentation scientifique qui « s'est déployée dans le temps par la taxonomie au cours des 18<sup>ième</sup> et 19<sup>ième</sup> siècles, soit la grande époque où la science était avant tout affaire de classification ».[13 p25] On peut se demander à juste titre pourquoi cette maladie de l'oppression n'est pas connue en sciences infirmières et plus généralement dans les sciences de la santé. Peut-être parce qu'il n'existe pas encore de médicament breveté efficace contre l'oppression ou de guide des meilleures pratiques basées sur des données probantes concernant l'oppression...

Au-delà de toutes les réflexions sur les approches permettant de dépasser l'unidisciplinaire, on se doit de reconnaître que, si la science infirmière n'est pas encore transdisciplinaire, le système social, lui, fonctionne déjà d'une manière transdisciplinaire : en effet, plusieurs choses se produisent, dans les faits, qui semblent montrer une construction sociale presque programmée de personnes condamnées socialement, par des processus sociaux inavouables et en général inaperçus. Ann Arnett Ferguson[14 p2, traduction libre] le décrit très bien dans son livre « Bad boys. Public Schools in the making of black masculinity » qui commence ainsi, et nous la citons : « marchant dans la cour de l'école, (elle) entend un professeur lui dire d'observer particulièrement un

écolier surnommé Lamar parce qu'il a déjà une cellule de prison qui l'attend dans l'avenir ». Elle poursuit : « Ce que j'ai observé à Rosa Parks durant plus de trois ans de terrain, ce que j'ai entendu de l'écolier Lamar lui-même, de ses professeurs, de sa mère, m'ont montré clairement que, de la même façon qu'il y a des enfants qui sont amenés dans le futur à être médecins, scientifiques, ingénieurs, informaticiens ou serveurs de restaurant, il y en a d'autres amenés vers la prison, surtout des jeunes garçons Afro-Américains. » Et elle conclut que cela n'est pas le propre seulement de l'école, mais « résulte de biais raciaux d'institutions externes à l'école, comme les médias et le système de justice criminelle, en reflet et en convergence avec le système d'éducation. ».[14 p230, traduction libre]

## Conclusion

Cette réflexion critique sur des approches visant le dépassement d'une unidisciplinarité nous amène à affirmer que ce dépassement ne devrait pas être poursuivi au plan de la stricte discipline, mais bien au plan de l'objet d'étude : si l'on regarde les avancées extraordinaires que chacune des disciplines permet au plan des connaissances et de leur application, on ne devrait pas s'éloigner du caractère unidisciplinaire des sciences, mais se concentrer au contraire sur une utilisation des diverses disciplines pour l'avancement des connaissances à partir d'un objet d'étude qui peut être construit par ces disciplines pour les transcender, dans une approche interdisciplinaire et, ce qui est de plus en plus réaliste et en même temps souhaitable, transdisciplinaire. En d'autres mots, la discipline infirmière devrait continuer d'approfondir son propre objet scientifique et utiliser les avancées qui en découlent pour construire, avec les outils des autres disciplines, des objets d'étude davantage collés à la complexité et à la globalité du soin. Si l'on examine le moindrement les phénomènes, on voit bien qu'aucune discipline ne peut à elle seule recomposer analytiquement leur complexité et leur globalité : seule une approche interreliant ou transcendant les diverses disciplines autour d'un objet d'étude commun pourrait restituer sa complexité et sa globalité. D'ailleurs, pourquoi la discipline infirmière devrait-elle être la seule à ne pas approfondir son propre champ d'étude? Au contraire, un tel approfondissement se montre de plus en plus fécond : il reste à la discipline infirmière à devenir un leader dans la proposition et l'examen tant scientifique que socio-politique d'objets d'étude complexes et globaux au plan des faits.

## Références

- 1.Repko AF. Interdisciplinary Research: Process and Theory. Sage Publications, 2008.
- 2.Klein, JT. Interdisciplinarity: history, theory and practice. Wayne State University Press, 1990.
- 3.Brodeur JM, Boyer G, Séguin L, Perreault M, Colin C, Théorêt B, Xu Q, Beauregard D, De Blois S. Le programme québécois Naître Égale-Grandir en Santé. Étude des effets sur la santé des mères et des nouveaux-nés. Santé, Société et Solidarité 2004; 3(1):119-127.
- 4.Perreault M, Trempe-Masson C, Gastaldo D, Boyer G, Colin C. Le soutien social de l'intervenante tel que perçu par les participantes d'un programme de prévention en périnatalité en milieu d'extrême pauvreté, Santé mentale au Québec 1998; XXXIII(1):163-186.
- 5.des Rivières-Pigeon C, Séguin L, Brodeur JM, Perreault M, Boyer G, Colin C, Goulet L. L'échelle de dépression postnatale d'Édimbourg: validité au Québec auprès de femmes de statut socio-économique faible. Revue canadienne de santé mentale communautaire 2000; 19(1):201-14.
- 6.Kristenson M, Eriksen HR, Sluiter JK, Starke D., Ursin H. Psychobiological mechanisms of socioeconomic differences in health. Social Science & Medicine 2004; 58:1511-1522.
- 7.Levine S, Ursin H. What is stress? In Brown MR, Rivier C, Koob G.(édit.) Stress, neurobiology and neuroendocrinology, New York: Marcel Decker 1991; 3-21.
- 8.Klein JT. Notes Toward a Social Epistemology of Transdisciplinarity. Premier Congrès Mondial de la Transdisciplinarité, Convento da Arrábida, Sétubal, Portugal, 1994 2-6 novembre. Consulté en date du 3 mars 2010 sur <http://basarab.nicolescu.perso.sfr.fr/ciret/bulletin/b12/b12c2.htm>
- 9.Baer H, Singer M, Susser I. Medical Anthropology and the World System, Westport, CT: Bergin & Garvey, 1997.
- 10.Singer M. Why do Puerto Rican injection drug users inject so often? Anthropology and Medicine 1999; 1:31-58.
- 11.Bourdieu P. La domination masculine, Paris: Seuil, 1998.
- 12.Perreault M. Une vulnérabilisation qui rend vulnérable au VIH/sida dans Châtel, V. & Roy, S (édit) Penser la vulnérabilité : Visages de la fragilisation du social. Québec : Les Presses de l'Université du Québec, 2008; 149-163.
- 13.Couturier Y. Problèmes interprofessionnels ou interdisciplinaires? Distinctions pour le développement d'une

analytique de l'interdisciplinarité à partir du cas d'un hôpital de soins de longue durée. Recherche en soins infirmiers 2009; 97:23-33.

14.Arnett Ferguson A. Bad boys. Public Schools in the making of black masculinity. Ann Arbor, MI: The University of Michigan Press, 2003.

*Pour contacter l'auteur:*  
*Michel Perreault Ph.D.*  
*Professeur titulaire retraité*  
*Université de Montréal*  
*Faculté des sciences infirmières*

*Professeur invité*  
*Universidade Federal de Rio de Janeiro*  
*Escola de Enfermagem Anna Nery*  
*Rua Afonso Calvacânti, 275*  
*Rio de Janeiro Brasil 20211-110*  
*michel.perreault@umontreal.ca*

*Maria Antonietta Rubio Tyrell*  
*Professeure titulaire*  
*Universidade Federal de Rio de Janeiro*  
*Escola de Enfermagem Anna Nery*