

Les stratégies des familles haïtiennes de Montréal quant aux maux de ventre de leurs enfants

Family Strategies for Coping with Children's Stomach Aches among Haitians in Montreal

Liliana Gomez Cardona

Volume 12, Number 2, 2012

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1022852ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1022852ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Groupe de recherche diversité urbaine
CEETUM

ISSN

1913-0694 (print)

1913-0708 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Gomez Cardona, L. (2012). Les stratégies des familles haïtiennes de Montréal quant aux maux de ventre de leurs enfants. *Diversité urbaine*, 12(2), 89–111. <https://doi.org/10.7202/1022852ar>

Article abstract

This article is the result of research conducted among Haitian immigrants in Montreal, with the objective of understanding their strategies to relieve their children's stomach pains. The article focuses on the illness trajectories of five families, which are influenced by their particular dynamics and their migratory experiences. I used a qualitative methodology, based on semi-structured interviews and an interpretative analysis. I found that the explanations given by adults of their children's stomach aches correspond to a space of cultural creolization. Each family has its own specific dynamics, and their therapeutic pathways are composed of multiple resources. However, beyond such diversity, the family remains the basic resource, along with support from the local community and through the churches. As for seeking help from medical services, their opinions were affected by rather negative pre-migration experiences.

Les stratégies des familles haïtiennes de Montréal quant aux maux de ventre de leurs enfants

Family Strategies for Coping with Children's Stomach Aches among Haitians in Montreal

LILIANA GOMEZ CARDONA

*Département d'anthropologie, Université de Montréal
liliana.gomez.cardona@umontreal.ca*

RÉSUMÉ ■ Cet article fait suite à une recherche menée auprès d'immigrants d'origine haïtienne de Montréal et dont l'objectif était de connaître les moyens de soulagement des maux de ventre de leurs enfants. L'article se concentre sur les trajectoires thérapeutiques de cinq familles qui sont façonnées par leurs dynamiques et parcours migratoires. Notre démarche méthodologique était qualitative, reposant sur des entretiens semi-dirigés et une analyse interprétative. Nous avons constaté que les diverses explications avancées quant aux causes des douleurs au ventre sont le reflet de métissages culturels. Chaque famille présente des dynamiques particulières, et les trajectoires thérapeutiques sont composées de ressources multiples. Cependant, et au-delà d'une telle diversité, la famille reste la ressource fondamentale, tout comme le soutien communautaire et celui des églises. En ce qui a trait à la consultation des services médicaux, les opinions sont teintées d'expériences pré-migratoires plutôt négatives.

ABSTRACT ■ This article is the result of research conducted among Haitian immigrants in Montreal, with the objective of understanding their strategies to relieve their children's stomach pains. The article focuses on the illness trajectories of five families, which are influenced by their particular dynamics and their migratory experiences. I used a qualitative methodology, based on semi-structured interviews and an interpretative analysis. I found that the explanations given by adults of their children's stomach aches correspond to a space of cultural creolization. Each family has its own specific dynamics, and their therapeutic pathways are composed of multiple resources. However, beyond such diversity, the family remains the basic resource, along with support from the local community and through the churches. As for seeking help from medical services, their opinions were affected by rather negative pre-migration experiences.

MOTS CLÉS ■ Haïtiens, immigrants, santé, diversité, anthropologie.

KEYWORDS ■ Haitians, immigrants, health, diversity, anthropology.

C'EST QUE LES EXPERTS NOMMENT des « désordres fonctionnels gastro-intestinaux » correspond à un ensemble de symptômes (douleurs abdominales, constipation, nausées, diarrhées) qui ne renvoient à aucune lésion physiologique. Partout, des personnes en souffrent, dans une proportion que les épidémiologistes évaluent entre 10 % et 15 %. Au Canada, environ 20 % de la population en est atteinte. Aussi, on note une augmentation de ces troubles chez la population infantile mondiale (Okeke *et al.* 2005; Olubuyide *et al.* 1995). Montréal, où cette étude a été réalisée, reçoit entre 30 000 et 40 000 immigrants chaque année (Institut de la statistique du Québec 2013; Piché 2003). Environ 31 % de sa population est née à l'étranger (Statistique Canada 2007). Cependant, il est étonnant de constater que le département de gastroentérologie pédiatrique du Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine compte seulement 9 % de familles immigrantes parmi la population qui consulte pour ces désordres (Gauthier *et al.* 2003). Ce faible taux de consultation des familles immigrantes est d'autant plus étonnant que les troubles fonctionnels de l'intestin constituent un des principaux motifs de consultation à la clinique de gastroentérologie de cet hôpital, et que l'on considère que le CHU Sainte-Justine est le plus grand centre pédiatrique de deuxième et troisième ligne au Canada, où la présence des familles immigrantes est estimée à 40 % (*ibid.*).

Afin de mieux comprendre cette situation, une équipe pluridisciplinaire du CHU Sainte-Justine, composée d'anthropologues et de médecins¹, a mené une étude comparative entre les familles qui consultent la clinique de gastroentérologie pour les maux de ventre de leurs enfants et celles dont les enfants souffraient de ces symptômes sans qu'elles aient consulté les services médicaux. En général, l'objectif était d'explorer comment les familles issues de différents contextes socioculturels percevaient et traitaient les symptômes associés à ces désordres.

Au départ, quelques possibilités ont été envisagées pour expliquer la faible présence des familles immigrantes à la clinique de gastroentérologie du CHU Sainte-Justine: elles auraient peut-être la capacité de traiter les maux de ventre de leurs enfants en ayant recours à des moyens différents de la biomédecine et qui s'avéraient efficaces; les maux de ventre pourraient être vus comme des problèmes non pathologiques, alors ils ne sont

pas, pour les parents, un motif suffisant pour demander une consultation médicale ; un contexte d'établissement précaire dans la société d'installation amènerait plusieurs familles immigrantes à reléguer en quelque sorte les plaintes des enfants hors des priorités familiales.

En outre, certains travaux au sujet des familles étaient fort intéressants, notamment ceux soulignant l'importance des dynamiques familiales dans le rapport aux services de santé des personnes atteintes de désordres fonctionnels gastro-intestinaux. Une étude de Gershon et Chang (2005) rapporte que des relations hautement conflictuelles dans l'entourage d'un individu sont associées à des symptômes plus graves. D'autres études signalent l'influence de la famille dans le modelage des comportements de l'enfant à l'égard de la maladie (Kanasawa *et al.* 2004 ; Lindley *et al.* 2005). Ainsi, une recherche plus approfondie des dynamiques familiales s'avèrait utile pour mieux comprendre la variabilité des trajectoires thérapeutiques des enfants qui se plaignent de maux de ventre.

Le présent article explore précisément les récits des enfants touchés par des désordres gastro-intestinaux et ceux de leur mère. Soulignons que les dimensions narratives des dynamiques familiales sont encore peu explorées. Ce travail se situe ainsi dans la tradition d'une anthropologie de la santé qui ouvre et garde vivantes les catégories avec lesquelles les réalités sont construites (Good 1998 ; Kleinman 1988). Pour y parvenir, on a exploré les sens associés à l'expression « j'ai mal au ventre » sur la scène familiale haïtienne² (et non la catégorie *troubles fonctionnels de l'intestin*). Mais avant d'entrer dans les récits recueillis, nous présentons quelques données issues de la littérature sur la population haïtienne à Montréal ainsi que la méthodologie de cette étude.

Profil et problématiques de la population haïtienne à Montréal

L'immigration haïtienne au Québec peut se résumer en trois grandes périodes. La première va de 1950 à 1967, comme une conséquence du programme de recrutement des femmes pour le service domestique et de l'expansion économique ayant suivi la Seconde Guerre mondiale. Pendant la deuxième vague migratoire, de 1967 à 1977, le nombre d'immigrants haïtiens a augmenté de façon considérable. En fuyant le régime Duvalier et la dégradation des conditions de vie en Haïti, des travailleuses et travailleurs qualifiés ont été admis par les gouvernements québécois et canadien, notamment par nécessité d'une main-d'œuvre de qualité au pays. La troisième période s'étend de 1973 à 1980 et avait pour trame de fond la récession économique. Elle se caractérisait par une baisse du nombre des immigrants spécialisés au profit de ceux qui étaient « parrainés ».

Environ 29,9 % des immigrants haïtiens se sont installés entre 1981 et 1990. Depuis la fin des années 1990, le nombre d'immigrants haïtiens demeure relativement stable. Environ 13,2 % de cette population a immigré au cours de la période 1996 à 2001 (Gouvernement du Québec 2005). En ce qui concerne les motifs d'immigration, une enquête réalisée par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) et par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a démontré qu'environ 47 % de ces immigrants ont été témoins de faits violents dans leur pays d'origine, alors que 27 % affirmaient qu'eux-mêmes ou leurs proches avaient souffert de persécution. Environ les deux tiers des immigrants haïtiens (66 %) ont déclaré avoir quitté leur pays pour des raisons politiques, et plus de la moitié (environ 57 %) d'entre eux ont rapporté avoir immigré en raison de leur situation économique. Plus récemment, après le séisme qui a frappé Haïti en janvier 2010, le gouvernement fédéral et celui du Québec ont accéléré le traitement des demandes de résidence permanente et de réunification familiale de plusieurs centaines de familles (environ 3 000 à la fin de 2010). Aussi, de nouvelles mesures ont facilité le parrainage de personnes qui ont subi des conséquences graves attribuables au séisme (Gouvernement du Canada 2010).

Au Québec, le principal pays de naissance des immigrants noirs est Haïti (52,5 %). Ceux-ci forment la première minorité visible en importance dans la région métropolitaine de Montréal, représentant 28,6 % de la population des minorités visibles qui y vit (Statistique Canada 2007). Parmi la population haïtienne, environ 54 000 personnes résident actuellement dans la métropole. Les arrondissements de l'est de Montréal constituent le lieu principal de résidence de ces immigrants (Villeray–Saint-Michel–Parc-Extension, Montréal-Nord, Rivière-des-Prairies–Pointe-aux-Trembles, Montréal-Est, Ahuntsic–Cartierville et Saint-Léonard) (Statistique Canada 2007).

Quant aux conditions de logement des immigrants haïtiens, des études ont démontré qu'elles étaient déplorables. Cela serait attribuable à l'expérience de racisme et/ou de discrimination dont ils sont la cible à Montréal. Parmi ceux arrivés au Québec entre 1988 et 1997, environ 31 % ont déclaré avoir vécu des situations de discrimination au moins une fois, principalement au moment de la recherche d'emploi (72 %) ou de logement (67 %) (Garon 1988; Ledoyen 2002).

Sur le plan de la scolarité, 45,1 % des membres de la communauté haïtienne âgés de 15 ans et plus n'ont pas dépassé le certificat d'études secondaires. Seulement 15,4 % détiennent un diplôme ou un certificat collégial, et 11,9 %, un degré universitaire³. Le taux d'activité global de la population haïtienne est de 67,2 % et le taux d'emploi, de 56,5 %. Cette communauté présente un taux de chômage deux fois plus élevé (15,9 %)

que celui de l'ensemble des Québécois (8,2 %) (Gouvernement du Québec 2005). De même, la proportion des Haïtiens vivant sous le seuil de la pauvreté semble une des plus élevées au Canada (Statistique Canada 2007).

En ce qui a trait à la structure familiale, 45,4 % des membres de la communauté haïtienne du Québec sont célibataires et le tiers (33,5 %) sont mariés. Le nombre de familles monoparentales est proportionnellement plus élevé au sein de cette population que dans l'ensemble des familles québécoises. Ces familles sont dirigées surtout par des femmes. Au total, à Montréal, on dénombre 35 325 enfants de famille haïtienne ; la proportion des enfants au sein des familles haïtiennes est ainsi plus élevée (47,5 %) que dans l'ensemble de la population québécoise (30,9 %). En outre, certaines études ont montré que pour les immigrants haïtiens, la famille représente la structure sociale fondamentale sur laquelle s'appuient leurs réseaux de relations et constitue l'unité de base du processus d'adaptation. C'est un soutien fondamental à la stratégie migratoire (Massé 1995) et elle occupe une place importante dans la vie quotidienne des plus jeunes (Perreault et Bibeau 2003).

Bijoux (1995), pour leur part, ont étudié les différents traits caractérisant les familles haïtiennes qui sont affectées par les processus migratoires. Nous en mentionnerons quatre, qui font en partie écho à ce que nous avons pu observer lors des rencontres avec les familles. D'abord, l'action des pères y est « souvent sporadique ». Un deuxième trait, étroitement lié au premier, est que la mère est responsable de l'éducation des enfants et de la nourriture de la famille. Le troisième trait porte sur les relations intergénérationnelles, qui seraient marquées par une communication fermée, dans un contexte où « les adultes ont toujours raison ». Enfin, la famille haïtienne, dans sa diversité même, se caractériserait par la solidarité qui y règne.

Santé et immigration haïtienne : constats théoriques préalables

Très peu d'auteurs se sont penchés sur la santé des immigrants d'origine haïtienne à Montréal en laissant une place au discours de ceux-ci. Les travaux sur les principaux problèmes de santé affectant cette population remontent aux années 1980 et 1990. Parmi ceux-ci, quelques-uns ont signalé les principaux motifs de consultation médicale, comme la tuberculose, l'anémie falciforme, les problèmes d'adaptation scolaire (Pierre-Jacques 1982), la violence intrafamiliale (Bijoux 1990) et les problèmes de nutrition.

Les données officielles les plus récentes montrent que la majorité des immigrants haïtiens (65 %) ne rapportent aucun problème de santé (Pica 2004)⁴. Les problèmes de santé qu'ils rapportent le plus fréquemment sont

les maux de tête, les maux de dos ou de la colonne vertébrale, l'arthrite, les rhumatismes, les allergies et les affections cutanées (*ibid.*). Aussi, environ 54 % des Haïtiens croient que leur santé est excellente ou très bonne et 18 % la jugent comme moyenne ou mauvaise. En ce qui concerne les pratiques religieuses et spirituelles, 90 % des immigrants sont chrétiens. Ils sont nombreux à accorder de l'importance à la vie spirituelle (84 %) et à croire qu'elle a un effet positif sur l'état de santé physique et mentale (51 %).

Dans un autre ordre d'idées, seulement 21 % des migrants haïtiens auraient une alimentation équilibrée et variée, c'est-à-dire qu'ils consomment quotidiennement au moins un aliment provenant de chaque groupe du guide alimentaire de Santé Canada. Seulement 38 % d'entre eux consomment des fruits et légumes une fois ou plus par jour. Cette observation est corroborée par les résultats portant sur le niveau d'insécurité alimentaire, alors qu'environ les deux tiers (63 %) des immigrants haïtiens ont répondu que les revenus du ménage sont suffisants pour assurer une bonne alimentation (ISQ 1999). Une autre étude sur la transition nutritionnelle et les facteurs de risque de maladies cardiovasculaires chez environ 180 immigrants haïtiens de Montréal révèle que seulement 11 % consomment assez de fibres, alors que 62 % dépassent l'apport recommandé de sucre (Institut canadien d'information sur la santé [ICIS] 2010). L'insécurité alimentaire chez les femmes monoparentales est un des aspects pour lesquels la prise de mesures a été recommandée.

En ce qui concerne l'utilisation des services de santé, des études ont indiqué que les immigrants haïtiens tendent à très peu les utiliser au Québec (Bibeau 1987 ; Massé 1995). Selon l'étude de l'Institut de la statistique du Québec et du ministère de la Santé et des Services sociaux (2009), ils y accèdent moins que le reste de la population québécoise. Seulement 15 % des immigrants d'origine haïtienne ont consulté un professionnel de la santé au cours d'une période de deux semaines. Pourtant, d'autres recherches ont montré que ces immigrants utilisent autant les services de soins de santé institutionnalisés que d'autres options thérapeutiques alternatives pour se soigner (Bibeau 1987 ; Brodwin 1996 ; Massé 1995). Néanmoins, il reste à connaître les types de savoirs et de pratiques de soins qu'ils utilisent. Il en est de même des représentations des immigrants haïtiens concernant les problèmes gastro-intestinaux et de leur niveau de satisfaction par rapport aux services de santé.

Par ailleurs, les immigrants d'origine haïtienne ont des cultures médicales différentes de celle du groupe majoritaire local⁵, comme la médecine créole⁶. Des études faites auprès des Afro-Américains ayant immigré en Amérique du Nord révèlent que dans leur conception de la santé et de la maladie, ceux-ci sont influencés par les idées héritées de leurs parents et

de leurs ancêtres, et qu'ils ont tendance à recourir à des soins de santé alternatifs.

Pour ce qui est des facteurs qui influencent la santé des immigrants haïtiens à Montréal, quelques études, comme celle de Massé (1995), ont signalé que les principaux facteurs (prémigratoires ou postmigratoires) peuvent agir en tant que source de protection ou encore de vulnérabilité, selon les conditions de vie de chacun. Il y a entre autres la structure familiale, la précarité économique, la discrimination, les liens sociaux avec la famille élargie et avec la communauté haïtienne locale.

Dans ce contexte, une approche anthropologique centrée sur l'expérience des familles immigrantes haïtiennes à Montréal permet de comprendre les problèmes de santé des enfants, particulièrement les problèmes gastro-intestinaux, et les pratiques visant à les soulager. Cette approche dévoile une problématique de l'expérience qui suppose qu'on s'éloigne provisoirement des modèles qui négligent la dimension expérientielle et des modèles statistiques, pour examiner la maladie comme une construction culturelle et sociale. C'est ce que Kleinman (1988) appelle «l'expérience personnelle de la maladie», comme révélée dans les récits des personnes rencontrées dans leur milieu de vie. Une expérience dans laquelle se tissent des éléments du monde social, de la subjectivité et des processus psychophysiologiques. D'après Kleinman (*ibid.*), les significations accordées à la maladie sont le résultat de dynamiques collectives de négociation, et chaque famille attribue un sens à son vécu concernant la maladie. C'est dans cette perspective qu'une lecture contextualisée des familles haïtiennes immigrantes nous a semblé apte à répondre à nos préoccupations.

Méthodologie

Dans le cadre du présent article, nous présentons quelques résultats et réflexions d'une étude menée auprès de cinq familles haïtiennes. Cette étude a fait l'objet d'un mémoire de maîtrise en anthropologie (Gomez 2010). Pour celle-ci, nous avons opté pour une démarche méthodologique qualitative, d'inspiration anthropologique, qui permet d'approfondir le point de vue des familles et d'en respecter la complexité, en soulignant la nature sociale des processus de maladie (Denzin et Lincoln 2000).

Les cinq unités familiales répondaient à quelques critères : elles étaient composées de parents nés à Haïti, vivant présentement à Montréal, avec un ou des enfants âgés de 8 à 16 ans (filles ou garçons) ayant fréquemment des maux de ventre. Nous avons rencontré deux familles monoparentales, deux biparentales, dont une recomposée, et une famille dont le mari demeure toujours en Haïti. En ce qui concerne les conditions économiques,

les mères avaient tendance à se percevoir dans des conditions précaires⁷ (sauf la famille vivant au Canada depuis plus longtemps). Au chapitre des motifs d'immigration, toutes les mères disent avoir immigré en raison des conditions économiques difficiles et de l'insécurité en Haïti. Trois familles sont citoyennes, une famille est résidente et une autre a demandé l'asile politique.

Au total, treize entretiens semi-dirigés ont été réalisés, dont cinq familiaux (avec les mères et certains enfants des familles Cadet, Chauvet, Roney, Moïse et Pétrus), et huit individuels, avec les enfants⁸. L'entretien semi-dirigé a permis de connaître l'expérience des membres des familles de manière approfondie et du point de vue des acteurs sociaux (Mayer et Ouellet 2000; Poupart 1997). Les thèmes au centre de l'étude ont été l'évolution des maux de ventre chez les enfants, les explications attribuées à ces douleurs, les façons de les gérer, l'impact que ces maux ont sur la vie des personnes et leurs rapports aux services médicaux. La collecte des données a été réalisée entre novembre 2008 et juin 2009.

Pour l'analyse des données, nous avons suivi le modèle « signes, sens, actions » de Corin et Bibeau (1995). Ainsi, nous avons exploré les signes, soit la perception et l'expression des symptômes reliés aux troubles fonctionnels de l'intestin, du point de vue des mères et de leurs enfants. Nous avons également identifié les sens attribués aux symptômes et les modèles d'explication soulevés par les différents acteurs, ainsi que les contextes socioculturels plus larges à l'intérieur desquels ils s'articulent. Enfin, nous avons examiné les actions associées à ces douleurs chez les enfants et leurs parents, en particulier le traitement des symptômes et la recherche d'aide, ou son absence. L'analyse dynamique de ces trois catégories de variables a été menée à un niveau individuel afin de dégager les thèmes émergents et récurrents des récits des enfants et des parents.

Les maux de ventre tels qu'ils sont vécus par les familles haïtiennes à Montréal

Les récits des familles participantes étaient très riches. De même, nous avons été témoins de la diversité des points de vue d'une famille à l'autre, et parfois même à l'intérieur des groupes familiaux. Afin de rendre compte de ces constats, nous avons choisi un mode de présentation par thèmes. Ces thèmes ont émergé lors des entrevues et sont en lien avec nos catégories d'analyse. En focalisant sur les dynamiques familiales et sociales, nous avons dégagé six principales dynamiques thérapeutiques : des explications provisoires et des soins multiples, l'alimentation et le rôle central de la mère, la contagion et le repli sur l'espace familial, la souffrance sociale, le pluralisme médico-religieux et l'absence de consultation médicale.

Des maux flous, des explications provisoires

La majorité des enfants et des mères présentent les maux de ventre comme étant irréguliers dans leur fréquence et leur intensité. Difficiles à mesurer, ils peuvent survenir dans différentes circonstances et se présentent aussi souvent comme des douleurs diffuses dans le corps des enfants, souvent accompagnées d'autres symptômes et sentiments. Le caractère flou et indéterminé de ces maux rend difficile toute tentative de les expliquer. Plusieurs mères et quelques enfants ont déjà essayé d'en déterminer les causes, mais sans succès. Par ailleurs, les enfants n'ont pas de souvenirs précis quant aux sources de leurs maux de ventre, à l'exception de quelques vagues estimations qui remontent à la petite enfance. Même si ces douleurs ont continué au fil des années, les enfants ne remarquent pas de différences entre les divers épisodes quant à la fréquence et l'intensité. De plus, les familles n'établissent pas de relations causales fixes entre ces douleurs et les situations dans lesquelles les enfants se trouvent au moment où elles apparaissent ou avec d'autres facteurs éventuels. Leurs explications provisoires sont mises à l'épreuve à chaque épisode de mal de ventre, comme l'explique la mère de la famille Pétrus :

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

Malgré l'incertitude, ces familles tentent certaines explications : l'alimentation, la température, les virus et les microbes, la pression à l'école et les conflits avec d'autres personnes. Les familles réagissent en fonction du type d'explication considérée comme le plus plausible. Les explications et les réactions par rapport aux maux de ventre sont aussi diverses que les symptômes observés.

L'alimentation et le rôle de la mère

Toutes les familles considèrent que manger peut déclencher des maux de ventre. Il peut s'agir d'un type d'aliment précis, de ne pas manger ou de trop manger, ou encore de consommer des aliments à un moment particulier de la journée ou à une température déterminée.

Dans la plupart des cas, les mères ont associé ces maux de ventre à des gaz. La mère de la famille Pétrus a nommé une liste d'aliments qui peuvent donner des gaz (chou, chou-fleur, brocoli, maïs moulu). Elle a aussi remarqué que ses enfants ont une sensibilité plus ou moins variable à

chacun de ces aliments. Tous les enfants de cette famille ont eu un point de vue particulier (qui n'a pas toujours coïncidé avec celui de leur mère) sur les causes de ces maux de ventre et des gaz. En général, les enfants les plus âgés ne peuvent pas déterminer facilement quels sont les aliments qui leur font du mal.

Les mères croient également que les gaz peuvent être causés par une alimentation déficiente pendant une période prolongée: «*Quand j'ai des gaz, quand j'ai des douleurs abdominales, c'est plus souvent lorsque je n'ai pas mangé d'aliments consistants... des choses comme de la banane, de consommer ce genre de nourriture là [...] Quand on ne mange pas..., l'appareil de digestion va devenir paresseux, et il ne se trouve pas bien pour travailler... puis ça donne des gaz*» (Mère de la famille Pétrus).

La mère de la famille Chauvet, qui a dit ne pas être au courant des maux de ventre de son fils, croit que de tels maux pourraient être causés par le fait de ne pas manger: «*Peut-être l'enfant, il ne mange pas. Il apporte de la nourriture à l'école et il n'aime pas ça, et puis il n'a pas mangé... Ça, c'est mal, il passe toute la journée sans manger, c'est capable de lui donner des maux de ventre.*»

D'après la mère de la famille Roney, le fait de manger des aliments sucrés peut donner des maux de ventre, surtout quand ils sont consommés tôt le matin: «*Le plus souvent, c'est des friandises... les enfants, ils aiment beaucoup les friandises. Quand on se lève, on n'a pas l'habitude de prendre des choses sucrées... parce que ça aide les maux de ventre, ça encourage, ça précipite les maux de ventre.*» Victoire, la cadette, a établi un lien entre ses premiers maux de ventre et le fait d'avoir mangé une sucrerie que quelqu'un lui avait donnée. Sa sœur aînée a dit ressentir une amélioration quant à ses maux depuis son arrivée à Montréal, considérant qu'elle mange de plus en plus d'aliments salés et de moins en moins d'aliments sucrés.

En outre, les enfants de la famille Pétrus ont rapporté avoir des rapports conflictuels avec la nourriture haïtienne et percevoir cette nourriture comme une des causes possibles de leurs maux de ventre. Christine, l'aînée, a dit ne pas aimer la nourriture haïtienne et ne pas bien la digérer, une opinion partagée par son frère Augustin. Ils ajoutent ne pas aimer la nourriture de l'école, notamment les plats qu'ils nomment «végétariens»... pour des Arabes.

Enfin, l'alimentation représente aussi une forme de soulagement dont les mères sont les principales dispensatrices. Celles-ci exercent un rôle important sur les habitudes alimentaires des membres de leur famille. Ce faisant, des relations tendues peuvent s'installer entre elles et leurs enfants. En effet, les enfants ont rarement des habitudes alimentaires ordonnées, et leur mère, généralement la plus inquiète à ce propos, cherche à contrôler leur façon de manger.

La contagion, la discrimination et le repli sur la famille

Les virus, les microbes et les maladies qui sont transmis par la voie de la contagion ou de la contamination ont aussi occupé une place importante dans les explications fournies par quelques familles. Parmi les principaux virus nommés, on retrouve la gastroentérite et la malaria, qui sont associées à des environnements du quotidien (école, transport en commun). Les familles ont également mentionné des microbes qui se propagent tant par l'air et l'eau du robinet que par la nourriture.

La mère de la famille Roney croit que les maux de ventre de Catherine et Victoire, surtout ceux de la première, pourraient être associés à la malaria. Elle s'appuie sur le fait que sa fille Catherine a eu la malaria lorsque la famille vivait en Haïti : « *La malaria, ça donne aussi des maux de ventre terribles, des fortes douleurs, avec des vomissements et mal à la tête. On a souvent dit, quand on a de la malaria, que les intestins [... ont] tendance à s'arrêter.* » D'après elle, les microbes ou les germes qui transmettent cette maladie se trouvent dans l'eau du robinet. Elle conseille donc à ses enfants de ne pas la boire et elle essaie toujours de leur donner de l'eau en bouteille.

Les vers ont aussi été mentionnés par la mère de la famille Roney comme une source des maux de ventre. Ceux-ci peuvent être transmis en mangeant de la viande de porc ou avoir été transmis par la mère :

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

Le cas des enfants de la famille Pétrus permet d'observer les dimensions sociales qui sous-tendent le sens attribué à ces douleurs et les réactions devant celles-ci. Ces enfants jugent que les maux de ventre dont ils souffrent fréquemment tirent leur origine de la *contagion* de la gastroentérite, qu'ils doivent endurer discrètement, car ceci appartient à leur vie privée. Ainsi, Augustin affirme : « *On le garde secret..., des fois, on ne le dit pas même au professeur.* » Christine et Caméla, ses deux sœurs, préfèrent ne pas parler de leurs douleurs, car elles craignent d'être signalées comme porteuses d'une maladie contagieuse : « *Parce qu'il y a des gens qui le prennent mal, il y a des gens qui disent : "Ah! la personne a des microbes..."* »

Ces enfants ont tendance à ne pas en parler avec des personnes extérieures et à se replier sur l'espace familial. La notion de contamination et la discrimination sont à la base de leurs interprétations et façons de réagir.

D'une part, ils attribuent leurs maux au contact direct avec des personnes ou des ambiances qui sont porteurs de microbes et de virus. D'autre part, ils croient qu'on les rejetterait, surtout à l'école, s'ils manifestaient ces symptômes. Ces enfants se perçoivent et se sentent perçus comme des agents polluants. Par conséquent, ils s'éloignent des autres, afin de ne pas les contaminer. Ils se sentent ainsi rejetés et discriminés par leur entourage.

De plus, ces enfants ont vécu certaines expériences de discrimination pendant leurs premières années de vie. Ils décrivent ces expériences comme semblables à celles qu'ils vivent toujours durant leurs derniers épisodes de maux de ventre. Même si les expériences de discrimination ont fait partie des relations quotidiennes qu'ils ont vécues avec leurs voisins et leurs camarades d'école, ce sont aussi des expériences qui semblent avoir des effets sur leurs façons de se représenter eux-mêmes et leur maladie, et de réagir en conséquence. Ces enfants ne parlent de leurs douleurs à personne; en revanche, ils essaient toujours de laisser passer ces maux ou de s'en aller chez eux.

Les maux de ventre et la souffrance sociale

En ce qui concerne l'impact des dimensions sociales sur l'émergence des maux de ventre, quelques familles se croient victimes des contextes sociaux qui favorisent ces douleurs, et se sentent incapables de les changer. Les familles ont tendance à réagir de manière plutôt passive, en endurant ces douleurs et en utilisant les ressources dont elles disposent.

Toutes les familles rencontrées ont choisi d'émigrer de leur pays d'origine (Haïti) afin d'améliorer leurs conditions de vie, notamment celles associées à leur sécurité et à leur accès aux ressources économiques. Quelques mères pensent que leur migration au Canada a eu des effets positifs sur l'état de santé de leur famille, et que les maux de ventre dont leurs enfants souffraient se sont améliorés: «*En Haïti, c'est plus grave qu'ici, à Montréal... parce qu'ici, je me sens plus à l'aise... c'est plus calme. Moi, je commence à m'améliorer*» (Victoire Roney).

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

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

En réaction, elles ont tendance à se replier sur elles-mêmes et à ne parler de leurs maux à personne. Ces filles transportent leurs plaintes dans l'espace familial, où les mères prennent soin de leurs enfants, en utilisant les ressources sur lesquelles elles peuvent compter à la maison. Elles connaissent et suggèrent différentes actions visant à soulager les maux : elles peuvent leur donner des massages sur le ventre, réchauffer leurs corps, leur préparer du thé ou de la soupe⁹. Elles ont appris ces moyens thérapeutiques pendant leur jeunesse en Haïti. Toutefois, ces pratiques sont toujours recréées et réactualisées, à partir des contacts que ces femmes entretiennent avec leurs proches vivant ailleurs, par téléphone, ou en parlant avec quelques immigrants haïtiens plus âgés qui habitent Montréal. À ce sujet, la mère de la famille Cadet a des souvenirs lointains : « *Dans mes coutumes à moi... qu'on connaît de nos parents, de nos grands-parents, quand il y a quelqu'un qui a mal au ventre, on lui donne du thé... la feuille d'orange, on fait bouillir et on donne aux enfants... la feuille de cachima, c'est pour quand vous avez mal au ventre...* »

En général, si les enfants et leurs mères perçoivent que les soins donnés à la maison sont efficaces, ils ne voient pas le besoin de trouver de l'aide à l'extérieur de la famille. Par ailleurs, ces résultats positifs nourrissent la confiance que ces familles ont envers leurs propres capacités à gérer et à soulager ces maux.

Le pluralisme médico-religieux

Les pratiques religieuses constituent un moyen important de canaliser et d'atténuer les inquiétudes et les malaises associés aux maux de ventre chez les familles rencontrées. Ces pratiques consistent principalement à faire des prières individuelles, des prières collectives, et à participer à des conférences sur la santé en général. En effet, d'après ces familles, les maux de ventre dont leurs enfants souffrent ne constituent pas nécessairement un problème à traiter d'une façon isolée des autres problèmes de santé et des besoins familiaux. Questionnées sur le rôle que la religion joue au moment de soulager les problèmes de ventre de leurs enfants, ces femmes pensent que les prières et la foi en Dieu aident à guérir autant ces maux que d'autres problèmes de santé, comme l'explique la mère de la famille Chauvet : « *On prie, et Dieu fait quelque chose. Parce que j'ai confiance en*

lui. Je ne fais pas confiance à personne, c'est lui qui est capable de faire tout.»

Ces pratiques religieuses sont complémentaires aux soins prodigués au sein de l'espace familial et aux consultations médicales. La mère de la famille Roney exprime bien cette opinion répandue chez ces femmes : « *Quand nous sommes malades, avant d'aller voir le médecin, nous prions au Bon Dieu. Je crois que Dieu seul peut me guérir, et ensuite le médecin avec son médicament peut m'aider.* »

Enfin, la socialisation et le maintien de liens sociaux avec des personnes qui fréquentent les églises et les organismes communautaires locaux tendent également à favoriser le soulagement des maux de ventre. La plupart de ces familles trouvent dans ces liens d'amitié et de solidarité une bonne occasion de diminuer leur anxiété et les autres malaises vécus. Ainsi, quand les enfants de la famille Pétrus éprouvent des maux de ventre et font de la fièvre, par exemple, leur mère cherche de l'aide chez des Haïtiens plus âgés habitant Montréal. Ceux-ci lui conseillent de baisser leur température corporelle en leur donnant un bain : « *Les Haïtiens qui sont plus âgés que nous... pour nous expliquer... Des fois, ils les mettent dans le bassin... On fait savonner, pour rafraîchir.* » Il y a aussi des femmes (des familles Pétrus et Roney) qui parfois demandent conseil à leurs proches habitant ailleurs, notamment à leur mère vivant en Haïti. D'autre part, leurs amis et connaissances perçoivent les maux de ventre dont ces enfants souffrent comme des douleurs qui ne sont pas anormales, et ils échangent diverses interprétations avec les familles. Ainsi, la socialisation qui a lieu au sein des églises et des organismes communautaires favorise la circulation des interprétations et des sens associés aux maux de ventre, et peut ainsi avoir des effets positifs sur leur soulagement.

Une opinion ambivalente au sujet des services médicaux

La médecine officielle constitue également une des ressources utilisées par trois des cinq familles dans la recherche du soulagement des maux de ventre de leurs enfants (soit les familles Moïse, Pétrus et Roney). La plupart du temps, ces familles se sont dirigées vers les urgences hospitalières. À part ces consultations, elles n'ont pas suivi de traitements médicaux particuliers concernant les problèmes de ventre des enfants. Pour la famille Roney, cette consultation a eu lieu à Port-au-Prince.

Les familles qui ont consulté les services médicaux sont généralement insatisfaites des réponses données par les médecins. Une telle insatisfaction a renforcé la tendance qu'ont les familles à ne pas consulter fréquemment les services de médecine. Lucie Moïse, par exemple, dit être déçue des consultations médicales : « *Quand je suis allée à l'hôpital, on ne donne*

pas vraiment grand-chose... Ils m'ont dit: "C'est de la gastro, c'est de la gastro, avec le pédiatre..." Mais ça passe, on dit: "Ça passe toujours seul." »

Ces familles sont ambivalentes quant aux services médicaux en général et les réponses des médecins consultés. Elles ont tendance à rechercher des explications et des solutions dans d'autres espaces thérapeutiques, mais elles perçoivent en même temps les médecins comme détenteurs du savoir nécessaire pour affronter ces douleurs. Par ailleurs, les familles ont d'autres plaintes au sujet des services médicaux, comme les longues attentes dans les services d'urgence pour obtenir un rendez-vous, et la mauvaise attention médicale reçue.

Enfin, certaines expériences passées teintent également le rapport des mères avec les services médicaux. Elles disent avoir été victimes de services médicaux négligents et de traitements presque inhumains. La mère de la famille Roney, par exemple, déclare avoir beaucoup souffert à cause de la négligence des médecins et du personnel médical à Port-au-Prince. De plus, de telles expériences se trouvent parmi les principaux motifs qui l'ont amenée à immigrer au Canada¹⁰.

Discussion

Les significations attribuées aux maux et les stratégies de ces familles haïtiennes immigrantes en matière de santé et pratiques de soins sont négociées au carrefour d'univers socioculturels hybrides et pluriels. Fluidité, syncrétisme, métissage sont des termes qui rendent compte de ces nouvelles formes de savoirs et savoir-faire sur la santé. Le concept de *métissage* renvoie à un phénomène dont la dynamique est celle de la confrontation, de l'alternance, du dialogue et non exclusivement de la fusion; le métissage est un phénomène éminemment diversifié, en perpétuelle évolution et où aucune prévisibilité n'est possible (Laplantine et Nous 1997).

Les sens donnés aux maux de ventre par ces familles haïtiennes sont un bon exemple d'une telle construction plurielle. Le discours des personnes rencontrées n'implique pas forcément une lecture biomédicale, il s'agit plutôt de tentatives d'explication non mutuellement exclusives de ces douleurs. En effet, les maux de ventre se présentent comme un problème de santé difficile à comprendre pour ces mères et leurs enfants. Ainsi, ils essayent et proposent différentes explications et moyens de soulagement empruntés à diverses matrices culturelles et selon les expériences de chaque famille.

Nous avons constaté que l'alimentation est souvent mentionnée comme cause possible des maux de ventre. Selon le témoignage des mères, les habitudes alimentaires des enfants ne sont pas ordonnées, semblent être

déficientes, avec un excès de sucre. Aussi, nous avons trouvé que dans l'une des familles, il est possible que les enfants aient une relation conflictuelle avec la nourriture haïtienne. Quoique nous n'ayons pas approfondi dans ce sens-là, leurs récits nous permettent de nous demander si cela est en lien avec l'identité de groupe qui est transmise par l'acte alimentaire. En effet, le refus et le rejet d'une nourriture peuvent se présenter comme un acte de différenciation par rapport à ce qu'elle évoque en particulier. L'alimentation, en tant que construction sociale, est fondée sur le sentiment d'appartenance ou de différenciation (Roy 2003).

Malheureusement, nous n'avons pas accédé aux habitudes de consommation des familles étudiées. Cependant, nous pouvons dire que celles-ci sont dans certains cas affectées par les ressources économiques insuffisantes dans lesquelles se trouvent quelques familles (d'immigration plus récente).

Les différents virus et maladies contagieuses mentionnés comme étant à l'origine des maux de ventre correspondent parfois à des pathologies de la société d'origine des familles (la malaria), et parfois à celles de la société locale (la gastroentérite). Dans certains cas, les explications peuvent tirer leur origine de la médecine créole (comme les vers, lesquels peuvent s'attraper par l'alimentation ou être héréditaires) (Moretti 1991). Dans d'autres cas, le discours médical a une influence importante sur ce type d'explication (la gastroentérite). Chez une famille, la discrimination sociale semble être un élément qui teinte l'expérience de maladie que les enfants vivent à l'école.

Les explications et les dynamiques familiales quant aux maux de ventre sont influencées par des dimensions sociales qui transcendent le groupe familial, et dont les impacts varient entre les familles et entre les membres de celles-ci. Ainsi, il y a des mères qui pensent que la société d'immigration a des effets positifs sur la santé de leurs enfants, tandis que certaines filles croient que leurs douleurs sont reliées à des pressions ressenties dans le milieu scolaire montréalais. Nous constatons donc que cette maladie n'est pas isolée des dimensions sociales entourant les enfants, mais que les différents contextes sociaux servent de base à son façonnement. On pourrait parler d'une «souffrance sociale», comprise comme les contradictions qui caractérisent l'identité des êtres humains dans une position donnée (Kleinman *et al.* 1997). Elle s'installe lorsque les sujets ne peuvent plus se réaliser socialement et ne parviennent plus à être ce qu'ils voudraient être. Ces contradictions engendrent une tension intériorisée par l'individu qui ne peut sortir de cette position invalidante. La personne est donc confrontée à un conflit interne dont la genèse est externe, ce qui peut provoquer une fragilité somatique et mentale ne pouvant être atténuée que par un changement dans sa situation (De Gaulejac

1996, cité dans Rossi 2007). Dans cette perspective, les maux de ventre chez ces enfants font partie de leur « souffrance sociale », laquelle est par exemple ressentie lorsqu'ils interagissent avec leurs collègues et professeurs d'école.

En ce qui a trait aux façons de gérer les maux de ventre, les enfants se fient généralement à leur mère. Les mères essaient différentes ressources domestiques, qui sont efficaces la plupart du temps. Ceci renforce la confiance dans la capacité familiale de gérer les symptômes et le rôle bénéfique des soins prodigués (une seule famille étant l'exception à cette règle). Les principales pratiques thérapeutiques sont cherchées dans l'espace familial, les églises chrétiennes, auprès des organismes communautaires et chez d'autres Haïtiens habitant à Montréal ou en Haïti; les soins et remèdes traditionnels préparés à la maison ainsi que les prières sont, d'après ces familles, les plus efficaces. Nous avons ainsi constaté que le « pluralisme médical », soit la pluralité de la demande et de l'offre de soins (Benoist 1996; Rossi 2003), est très répandu dans les familles ayant participé à cette recherche. D'après Benoist (*ibid.*) et Rossi (*ibid.*), le phénomène social dit de « pluralisme médical » constitue le lieu constamment redéfini d'une réponse pratique et d'une recherche de signification quant à la souffrance. Il se présente comme une force toujours plus grande au sein des sociétés contemporaines, du fait que celles-ci participent au multiculturalisme caractérisé par une grande diversité de sens et de valeurs, que ce soit sur les plans social, culturel, religieux, thérapeutique ou médical. De telles dynamiques se traduisent notamment par la mobilité croissante des savoirs et des personnes. Les migrations généralisées, les innovations technologiques et la globalisation économique sont autant de facteurs qui participent à une telle transformation des sociétés contemporaines (Rossi 2007).

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

Enfin, la biomédecine fait aussi partie des ressources utilisées, mais elle constitue l'une des dernières ressources envisagées par ces familles. En effet, les mères décident d'aller chez les médecins lorsque les épisodes de maux de ventre ont dépassé leurs capacités de gestion et de soulagement. Certaines familles qui ont eu des expériences négatives avec les services médicaux en Haïti se sentent découragées d'utiliser les services médicaux locaux. Ces résultats permettent de mieux comprendre les motifs de la faible utilisation des services médicaux de ces immigrants haïtiens.

En résumé, nos résultats confirment que la faible présence des familles haïtiennes immigrantes à la clinique de gastroentérologie du CHU Sainte-Justine serait attribuable 1) à leur capacité de traiter les maux de ventre de leurs enfants grâce à des moyens différents de la biomédecine, et 2) au fait que les maux de ventre sont vus comme un problème non pathologique qui ne justifie pas une consultation médicale. Enfin, l'opinion des familles quant aux services médicaux nous amène à penser que ce n'est pas un contexte d'établissement précaire dans la société d'installation qui les amène à ne pas consulter, mais plutôt leurs mauvaises expériences avec d'autres médecins. Par contre, et en accord avec certains chercheurs qui ont travaillé sur les désordres gastro-intestinaux, les dynamiques familiales sont très importantes lorsqu'il s'agit de comprendre le rapport aux services de santé des personnes atteintes de ces désordres. Aussi, l'influence de la famille joue un rôle important dans le modelage et le renforcement des comportements de l'enfant par rapport à la maladie (Kanasawa *et al.* 2004; Lindley *et al.* 2005). À ceci, nous ajoutons que les tensions vécues par les familles et les enfants dans d'autres sphères de leur vie ainsi que les ressources de soins sur lesquelles ces familles comptent aident à comprendre leurs façons de donner un sens et d'agir pour gérer les maux de ventre.

Conclusion

Les récits des familles immigrantes haïtiennes rencontrées suggèrent que les significations associées aux maux de ventre sont en reconfiguration constante, où plusieurs significations se croisent. Connaître ces dynamiques est important pour qu'on ne « surculturalise » pas les interprétations des familles immigrantes et ne surinvestisse pas la culture dans une situation clinique. Dans ce contexte, on ne peut présupposer ni le lieu où se tient la famille, ni la configuration de leur système de sens par rapport à la maladie. Certains immigrants reconstruisent des univers de sens en s'éloignant des paramètres fournis par leur culture médicale d'origine, d'autres adoptent les manières prévalant dans la société d'installation, la

majorité des familles fabriquent des systèmes de sens plus ou moins créolisés, en combinant des éléments d'ici et d'ailleurs. Ainsi, nos observations dépassent l'étiquetage ethnique qui réduit souvent les familles d'autres origines à quelques croyances ou comportements stéréotypés.

Écouter les histoires que les personnes tissent autour de leurs souffrances et problèmes de santé constitue un élément important dans la construction des services de santé adaptés à la diversité ethnique d'une société cosmopolite comme Montréal. Plusieurs études soulignent les bénéfices de prendre en compte la diversité sociale, culturelle et religieuse des usagers des services de santé. Ce faisant, les pratiques médicales et paramédicales s'améliorent (Fermi 2001 ; Lock et Nichter 2002). De plus, prendre en considération la voix des enfants est aussi important, car ceux-ci peuvent taire leurs malaises.

Comme plusieurs études épidémiologiques l'ont signalé, l'alimentation est un élément problématique chez les immigrants haïtiens. Cela peut avoir une composante économique, mais nous pensons qu'elle n'est pas la seule, et qu'il faut examiner les différentes dimensions qui entrent en jeu dans l'acte alimentaire.

Le religieux semble être un facteur de protection, une ressource qui agit de façon positive sur la santé. Les services biomédicaux peuvent envisager ces ressources comme complémentaires. Les liens communautaires sont aussi un canalisateur positif d'angoisses et d'incertitudes. En général, les ressources familiales et communautaires semblent être un bon facteur de protection des maux de ventre chez les enfants. Dans ce sens, les résultats tirés de la recherche comparative plus large dans laquelle s'inscrit cette étude signalent que l'utilisation accrue des services de santé spécialisés va de pair avec une tolérance moindre envers l'incertitude diagnostique (des maux de ventre) et avec une sensibilité majeure (familiale et des enfants) vis-à-vis des symptômes (Fortin *et al.* 2013).

Les familles rencontrées, toutes immigrantes et avec différents parcours migratoires, témoignent de la diversité : hybridations, réappropriations, inventions, bricolages entre savoirs et pratiques « profanes » et savoirs et pratiques « experts ». De même, elles tissent et entretiennent des liens sociaux entre le contexte local et le contexte d'ailleurs ; elles relient leur société d'origine avec celle d'installation et ouvrent des espaces de socialisation et de symbolisation transnationales où la production et la reconfiguration des savoirs sur la santé sont à l'ordre du jour. Ces processus qui traversent les frontières géographiques et culturelles, où les dimensions individuelles, familiales et sociales se croisent, en ayant pour agent les familles, constituent un champ de recherche jeune que nous allons continuer à étudier.

Notes

1. Ce projet de recherche « Facteurs socioculturels de protection et de vulnérabilité dans l'apparition et l'évolution des troubles fonctionnels de l'intestin : les perspectives de l'enfant et de sa famille et leur recours aux services de santé » a été mené par une équipe pluridisciplinaire composée d'anthropologues médicaux (S. Fortin et G. Bibeau) et de gastroentérologues du CHU Sainte-Justine (C. Faure et A. Rasquin-Weber), coordonnée par Annie Gauthier et soutenue par le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ 2008-2011).
2. Comme mentionné auparavant, ces résultats font partie d'une recherche plus large. Pour cette dernière, nous avons rencontré des familles immigrantes provenant de différents continents. Notre but était de faire une analyse comparative de la perception et des façons de gérer les maux de ventre.
3. Les membres de la population haïtienne sont proportionnellement moins nombreux à détenir un grade universitaire que l'ensemble de la population québécoise (14,0 %) (Gouvernement du Québec 2005).
4. Des personnes de 312 ménages de la communauté haïtienne ont participé à cette étude : elles étaient originaires d'Haïti, avaient immigré entre 1988 et 1997 et avaient 15 ans et plus.
5. La notion de minoritaire-majoritaire, comme développée par Guillaumin (1972), ne renvoie pas à l'importance numérique, mais à celle du groupe de référence de celui qui incarne la norme dans le milieu donné.
6. La médecine créole haïtienne propose des soins qui ont un pouvoir sur le corps, mettant en jeu des forces empiriques et symboliques qui préservent une position dynamique de la personne dans son rapport à la prévention et à la guérison des maladies. La ritualisation des procédures de guérison dans cette médecine favorise l'appropriation personnelle et sociale de la maladie et de la quête de guérison. Cela permet de mettre en place des dispositifs symboliques capables d'activer des mécanismes endogènes de guérison (Tremblay 1995).
7. La perception que ces mères ont de leurs conditions économiques confirme les indicateurs statistiques, dans la mesure où la proportion d'Haïtiens vivant sous le seuil de la pauvreté est parmi les plus élevées au Canada en 2006 (Statistique Canada 2007). De plus, les femmes haïtiennes sont moins actives sur le marché du travail comparativement aux hommes de la même origine.
8. Les noms de famille et les prénoms des mères et des enfants sont fictifs. Nous avons utilisé des pseudonymes dans le but de respecter la confidentialité des personnes.
9. Il s'agit généralement d'un thé chaud aux feuilles de plantes et/ou aux fruits d'orange, de cachima, au citron, au miel et au sel, avec des feuilles amères, ou à base de camomille, de l'infusion avec des girofles, du thé avec du sel, de l'infusion de goyave et de la soupe de carotte et de riz ou avec de l'oignon.
10. Cette femme a dit avoir vécu plusieurs expériences négatives avec des médecins haïtiens à Port-au-Prince. Elle se rappelle, par exemple, de l'erreur d'un médecin au moment de prescrire des médicaments utilisés pour les personnes atteintes du VIH/sida. Elle se plaint également des commentaires qu'un médecin lui a faits par rapport au fait qu'elle a plusieurs enfants : « Ils m'ont demandé : "Madame, vous avez combien d'enfants ?" Je lui ai dit : "J'ai cinq enfants..." et il m'a dit : "Madame, je trouve que vous êtes tout à fait exagérée dans ce temps, dans une vie si chère que nous vivons, et vous avez de quoi nourrir cinq enfants à la maison ? Qu'est-ce que vous allez donner à manger à cinq enfants ?" Je lui ai dit : "Monsieur, ça, c'est mon affaire." Bon, avec des mots insultants comme ça, je ne me sens pas bien. »

Bibliographie

- Benoist, J., 1996. « Métissage, syncrétisme, créolisation : métaphores et dérives », *Études Créoles*, vol. 29, n° 1, p. 47-60.
- Bibeau, G., 1987. *À la fois d'ici et d'ailleurs : les communautés culturelles du Québec dans leurs rapports aux services sociaux et aux services de santé*. Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.
- Bijoux, L. 1995. *Regard critique sur la famille haïtienne*. Port-au-Prince, Éditions des Antilles.
- Bijoux, L., 1990. *Coup d'œil sur la famille haïtienne*. Port-au-Prince, Éditions des Antilles.
- Brodwin, P., 1996. *Medicine and Morality in Haïti : the Contest for Healing Power*. New York, Cambridge University Press.
- Corin, E. et G. Bibeau, 1995. « Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique. Les systèmes des signes, de sens et d'actions en santé mentale », in F. Trudel, P. Charest et Y. Breton (dir.), *La construction de l'anthropologie québécoise*. Québec, Les Presses de l'Université Laval, p. 105-148.
- Denzin, N. et Y. Lincoln (dir.), 2000. *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, Sage Publications.
- Fermi, P., 2001. « Remaniements cliniques face à la diversité culturelle : le cas de l'Unité de Consultation Interculturelle », *Nervure*, vol. XIX, n° 4, p. 39-42.
- Fortin, S., A. Gauthier, L. Gomez, C. Faure, G. Bibeau et A. Rasquin, 2013. « Uncertainty, Culture and Pathways to Care in Paediatric Functional Gastrointestinal Disorders », *Anthropology & Medicine*, vol. 20, n° 3, p. 311-323.
- Garon, M., 1988. *Une expérience de testing de la discrimination raciale dans le logement à Montréal*. Commission des droits de la personne du Québec.
- Gauthier, A., F. Alvarez, G. Bibeau, B. Tapiéro et J. Turgeon, 2003. « Émergence d'une pédiatrie interculturelle à l'Hôpital Sainte-Justine : penser la pluralité sociale et culturelle des familles », in S. De Plaen (dir.), *Soins aux enfants et pluralisme culturel*. Montréal, collection « Intervenir », CHU Sainte-Justine, p. 13-30
- Gershon, M. et L. Chang, 2005. « IBS and Serotonin », *The Inside Tract*, n° 144, juillet/août.
- Gomez, L., 2010. *Les maux de ventre des enfants haïtiens de Montréal : entre la recomposition culturelle et la souffrance familiale*. Mémoire de maîtrise, Département d'anthropologie, Faculté des études supérieures, Université de Montréal.
- Good, B., 1998. *Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité et vécu*. Paris, Les empêcheurs de penser en rond.
- Gouvernement du Canada, 2010. *Mise à jour : traitement prioritaire concernant Haïti*, <http://www.cic.gc.ca/francais/ministere/media/avis/avis-haiti33.asp>, [consulté le 15 décembre 2013].
- Gouvernement du Québec, 2005. *Communauté haïtienne du Québec. Profils des communautés culturelles du Québec*. Québec, Les publications du Québec, p. 249-262.
- Guillaumin, C., 1972. *L'Idéologie raciste : genèse et langage actuel*. Paris, La Haye, Mouton.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), 2010. *Immigration, transition nutritionnelle et facteurs de risque de maladies cardiovasculaires : étude chez les Haïtiens de Montréal*. Ottawa, ICIS.

- Institut de la statistique du Québec (ISQ), 2013. *Migrations internationales, agglomération de Montréal, 2007-2012*. <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/migration/index.html>, [consulté le 9 décembre 2013].
- Institut de la statistique du Québec (ISQ), 2009. *Le Québec statistique*. http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/referenc/quebec_stat/con_rev/con_rev_7.htm, [consulté le 9 décembre 2013].
- Kanasawa, M., Y. Endo, W. Whitehead, M. Kano, M. Hongo, et S. Fukudo, 2004. « Patients and Nonconsulters with Irritable Bowel Syndrome Reporting a Parental History of Bowel Problems Have more Impaired Psychological Distress », *Digestive Diseases & Science*, vol. 49, n° 6, p. 1046-1053.
- Kleinman, A., 1988. *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York, Basic Books.
- Kleinman, A., V. Das et M. Lock, 1997. *Social Suffering*. Berkeley, University of California Press.
- Laplantine, F. et A. Nouss, 1997. *Le métissage*. France, Flammarion.
- Ledoyen, A., 2002. *Le regard des petits propriétaires sur les demandeurs de logement. Étude exploratoire sur les perceptions et les attitudes des petits propriétaires envers les clientèles des minorités ethnoculturelles*. Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, Centre de recherche interuniversitaire de Montréal sur l'immigration, l'intégration et la dynamique urbaine.
- Lindley, K., D. Glaser et P. Milla, 2005. « Consumerism in Healthcare can be Detrimental to Child Health: Lessons from Children with Fonctionnal Abdominal Pain », *Archives of Disease in Childhood*, vol. 90, p. 335-337.
- Lock, M. et M. Nichter, 2002. « Introduction: From Documenting Medical Pluralism to Critical Interpretations of Globalized Health Knowledge, Policies, and Practices », in M. Mark Nichter et M. Lock (dir.), *New Horizons in Medical Anthropology*. London & New York, Routledge, p. 1-34.
- Massé, R., 1995. *Culture et santé publique: les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal, Gaëtan Morin.
- Mayer, R. et F. Ouellet (éd.), 2000. *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Montréal, Gaëtan Morin.
- Moretti, C., 1991. « La médecine créole, ses origines », *Encyclopédie des médecines naturelles*. Paris, Institut français de recherche scientifique pour le développement en coopération.
- Okeke, E., E. Agaba, L. Gwamzhi, G. Aching, D. Angbazo et A. Malu, 2005. « Prevalence of Irritable Bowel Syndrome in a Nigerian Student Population », *African Journal of Medicine & Medical Sciences*, vol. 34, n° 1, p. 33-36.
- Olubuyide, I., F. Olawuyi et A. Fasanmade, 1995. « A Study of Irritable Bowel Syndrome Diagnosed by Manning Criteria in an African Population », *Digestive Diseases & Science*, vol. 40, n° 5, p. 983-985.
- Perreault, M. et G. Bibeau, 2003. *La Gang: une chimère à apprivoiser. Marginalité et transnationalité chez les jeunes Québécois d'origine afro-antillaise*. Québec, Boréal.
- Pica, L., 2004. *Faits saillants de l'étude auprès des communautés culturelles 1998-1999 sur les immigrants d'origine haïtienne*. Québec, Institut de la statistique du Québec.
- Piché, V., 2003. « Un siècle d'immigration au Québec: de la peur à l'ouverture », in V. Piché et L. Le Bourdais (dir.), *La démographie québécoise. Enjeux du XXI^e siècle*. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, p. 225-263.

- Pierre-Jacques, C., 1982. *Le jeune Haïtien et l'école québécoise*. Montréal, Centre de recherche Caraïbes, Université de Montréal.
- Poupart, J. et Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives, 1997. *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal, Gaëtan Morin.
- Rossi, I., 2007. « Quêtes de spiritualité et pluralisme médical : reconfigurations contemporaines », in N. Gauthier-Durisch, I. Rossi et J. Stolz (dir.), *Quêtes de santé. Entre soins médicaux et guérison spirituelles*. Genève, Éditions Labor et Fides, p. 15-31..
- Rossi, I., 2003. « Mondialisation et sociétés plurielles ou comment penser la relation entre santé et migration », *Médecine et Hygiène*, n° 2455, p. 2039-2042.
- Roy, B., 2003. *Sang sucré, pouvoirs codés, médecine amère*. Québec, Les Presses de l'Université Laval.
- Statistique Canada, 2007. *Recensement de 2006*.
<http://www12.statcan.ca/censusrecensement/>, [consulté le 28 décembre 2009].
- Tremblay, J., 1995. *Mères, pouvoir et santé en Haïti*. Paris, Éditions Karthala.
- Vonarx, N., 2005. « Voudou et la production des savoirs. La place du terrain anthropologique », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 29, n° 3, p. 207-221.