



2 Migration et résilience

Table des matières

Introduction <i>Michel Tousignant</i>	162
Accompagner une famille demandeuse d’asile politique, réfugiée en France: résilience, récit et réciprocité en clinique transculturelle <i>Yoram Mouchenick</i>	164
Using cultural competence to foster resilience amongst immigrants and refugees in the US and Canada <i>Margaret Nelson, Léonie Brooks et Aryn Spry</i>	174
RICOCHETS. De la translation des vulnérabilités à la résilience des demandeurs d’asile. Une étude de cas à Montréal <i>Noémie Trosseille</i>	181
La résilience d’infirmières formées à l’étranger lors de l’intégration au travail <i>Assumpta Ndengeyingoma, Isabelle St-Pierre et Kelley Kilpatrick</i>	189
Les ancrs de carrière des travailleurs immigrants du Bas-St-Laurent : émergence d’une nouvelle ancre de carrière <i>Nadia Lazzari Dodeler</i>	199
Le récit de vie comme support de résilience : recherche-action avec des familles migrantes ayant un enfant en situation de handicap <i>Geneviève Piérart, Alida Gulfi, Elena Scozzari, Sylvie Tétreault, Chantal Desmarais et Sally Lindsay</i>	208
The origins of resilience research: Race, resilience, and the internal migration of African Americans in the USA, 1965-1975 <i>Wade Pickren</i>	217
Le récit narratif : un outil de résilience assistée pour les jeunes migrants <i>Myriam Lapointe-Gagnon et Colette Jourdan-Ionescu</i>	226
Survivre à la déportation : Antonine Maillet et la résilience par l’écriture littéraire <i>Blanca Navarro Pardinas</i>	232

Partie 2 : Migration et résilience

Introduction

Le vocabulaire de la résilience n'a pas toujours fait partie de la littérature sur la migration. Il est vrai que les défis sont énormes pour de nombreuses personnes en état de vulnérabilité. Nous sommes plus en présence de citoyens poussés ou chassés de leur pays que principalement attirés par les rêves de l'Occident. Si le choc culturel a été longtemps associé à la psychologie de la migration, les études récentes mettent de plus en plus en lumière les ressources intarissables du genre humain pour s'adapter à des défis très variables selon les contextes.

Cette deuxième partie, intitulée « Migration et résilience », rassemble donc neuf textes cosignés par dix-neuf auteurs. Les expériences rapportées proviennent des deux côtés de l'Atlantique, dont deux textes de l'Europe francophone (France et Suisse), de l'Amérique anglophone (Canada et États-Unis) et deux provinces du Canada francophone (le Nouveau-Brunswick et de plusieurs régions du Québec [l'Outaouais, le Bas-Saint-Laurent, la Mauricie et Montréal]).

La trajectoire du réfugié ou de l'exilé occupe une place prépondérante dans ce champ d'intérêt avec trois textes (Mouchenick; Nelson, Brooks & Spry; Trosseille) et un autre sur un roman historique des déportés Acadiens (Navarro-Pardinas). Cette section s'ouvre par ailleurs à des domaines d'insertion plus pointus en illustrant comment la profession est une fenêtre privilégiée pour en évaluer les enjeux. Deux textes nous éclairent sur la vie des infirmières venant de l'étranger (Ndengeyingoma, St-Pierre & Kilpatrick) et sur les travailleurs prenant racine dans le Bas-Saint-Laurent (Lazzari Dodeler). Un autre champ relativement nouveau est celui de la famille s'implantant avec un enfant atteint d'un handicap (Piérart, Gulfi, Scozzari, Tétreault, Desmarais & Lindsay). Et un texte rappelle que la migration est aussi un thème de politique intérieure lors du déplacement des Afro-Américains du sud vers le nord des États-Unis (Pickren).

Il serait vain de tenter de rendre compte de la richesse et de la multiplicité des approches pour analyser les formes de résilience chez les migrants. Le récit de résilience (Lapointe-Gagnon & Jourdan-Ionescu), qu'il provienne d'une œuvre littéraire comme le récit légendaire d'Antonine Maillet (Navarro Pardinas) ou d'histoires de vie, demeure un outil privilégié. Dans le contexte de l'entrevue de recherche, les participants s'affirment en se racontant et en faisant le bilan de leur vie. Mais la grande contribution de ce recueil aura été de démontrer la multidisciplinarité du thème et les diverses formes de l'intégration du migrant.

Enfin, plusieurs de ces textes illustrent comment les apprentissages de sa culture d'origine déterminent le succès de l'insertion dans un nouveau milieu. La culture est un coffre à outils qui permet de mieux s'installer dans un pays hôte et que chacun aura intégré à sa personne de façon unique. Dans ce mouvement de dons et contre-dons du processus migratoire, la culture est à la fois un modèle de survie et elle fait l'objet d'un don à qui sait s'ouvrir à l'autre.

Michel Tousignant

Accompagner une famille demandeuse d'asile politique, réfugiée en France: résilience, récit et réciprocité en clinique transculturelle

Yoram Mouchenik

Université Paris 13 Villetaneuse, France

Tél. : 00651182379

Résumé

Dans notre expérience, la clinique avec les familles demandeuses d'asile est une clinique engagée, éloignée d'une neutralité froide qui renforcerait les familles dans leurs sentiments d'isolement et d'incommunicabilité de leurs vécus traumatiques. Le cadre groupal, l'approche transculturelle, la relation dialogique et la clinique transculturelle (Moro, 1997 ; Mouchenik, 2008) sont des facteurs de résilience pour permettre à la famille de négocier les difficultés psychologiques et les remaniements dans le pays d'accueil.

Mots-clés : réfugiés, Tchétchénie, trauma, résilience, clinique transculturelle

Accompanying a family seeking political asylum, who took refuge in France: Resilience, narrative and reciprocity in a transcultural clinic

Abstract

In our experience, the clinic with families seeking asylum is one that is committed to them, far from a cold neutrality that would strengthen families in their feelings of isolation and lack of communication of their traumatic experiences. The group setting, the transcultural approach, the dialogical relationship and the transcultural clinic (Moro, 1997, Mouchenik, 2008) are factors of resilience that allow the family to negotiate psychological difficulties and adjustments in the host country.

Keywords : refugees, Chechnya, trauma, resilience, transcultural clinic

1. Introduction

Un grand nombre de réfugiés présente des séquelles psychologiques de violences politiques, de situations de guerre, de tortures et de mauvais traitements. À cela s'ajoute dans le pays d'accueil, une longue et menaçante incertitude quant à la reconnaissance du statut de réfugié avec une dépendance paralysante vis-à-vis des structures administratives et associatives chargées d'instruire leur dossier. Nous allons proposer quelques aspects descriptifs du suivi d'une famille avec de courtes séquences d'interventions pour illustrer notre travail.

La famille L, un couple avec trois enfants, demandeurs d'asile politique ayant fui la Tchétchénie, nous est présentée par le travailleur social du Centre médico-social de Médecins Sans Frontières à Paris. Ils présentent des difficultés sociales, psychologiques et médicales. Cette prise en charge est organisée dans une continuité d'entretiens espacés ; la famille est accompagnée par le travailleur social ou l'éducatrice référente du Centre d'accueil familial pour les demandeurs d'asile (CAFDA) dans lequel elle est hébergée.

Le premier entretien avec la famille L permet de reprendre les raisons de l'orientation vers notre consultation : l'aîné de 5 ans, Louali, présente des cauchemars et des réveils nocturnes avec des images sur les violences en Tchétchénie. L'abord familial permet de ne pas stigmatiser l'enfant désigné comme souffrant et de le considérer dans cet ensemble familial.

La famille est arrivée clandestinement à Paris et elle est prise en charge par un CAFDA et logée à cinq dans une petite chambre d'hôtel sordide du 18^e arrondissement de Paris. Le couple a trois enfants, dont une fille de 4 ans Laura, qui présente un important handicap neuromoteur très invalidant qui n'a jamais été pris en charge. Un dossier a été déposé à l'OFPRA (Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides) pour une demande d'asile politique.

La constitution du groupe de Co-thérapeutes n'est pas sans intérêt pour cette prise en charge : deux médecins dont l'un est un médecin palestinien travaillant dans le service, plusieurs stagiaires psychologues en fin de cursus, l'une dont les parents sont des réfugiés cambodgiens, une étudiante libanaise qui fait son cursus en France et une traductrice tchétchène.

Le père, que nous nommerons Amza, a travaillé pour la sécurité intérieure de la nouvelle république tchétchène. Il savait qu'il n'avait pas d'avenir ni en Tchétchénie ni en Russie. Amza a été blessé par balle et par une explosion. Il en garde des cicatrices. En cas d'arrestation, les soldats auraient compris qu'il avait été combattant et il aurait été tué. La maman, Eza, a été élevée par sa tante. Lorsqu'Eza était enceinte de sept mois, les soldats russes sont venus à la maison. Eza a reçu un coup de pied dans le ventre, elle a eu très peur et a accouché prématurément le jour même de sa fille handicapée motrice.

Thérapeute principal : Quand on a fait le plus difficile pour mettre la famille à l'abri, jouer les prolongations c'est difficile. Marie a traversé la guerre civile du Liban, une très longue guerre.

Co-thérapeute, Marie : Ce que monsieur a fait, mon père l'a fait et beaucoup de personnes de ma famille l'ont fait autour de moi. Sa présence auprès de sa famille est très importante.

Cot Pat : J'ai une image : la famille est en train de faire la fin du voyage, et c'est un pas après l'autre.

Cot Loa : Mes parents sont eux-mêmes des réfugiés vietnamiens. Quand ils sont arrivés en France, c'était dur pour eux au début aussi. Et moi, je suis née peu de temps après leur arrivée et voilà, je suis là maintenant.

Dans la discussion après cet entretien, notre traductrice évoque les restrictions pour parler de l'agression de la mère enceinte par les soldats. « On ne pouvait pas poser de questions sur un viol, pas devant Amza. Par pudeur, on ne parle pas de ça. » Dans ce type d'entretien, le groupe thérapeutique devient une nouvelle enveloppe « psychique » pour la famille, contenante, bienveillante, empathique, mais lucide.

2. Nouvel entretien

La famille est accompagnée par Sylvie, co-responsable d'un CAFDA où réside dorénavant la famille. Celle-ci a subi un contrôle de police très brutal sur le quai de la gare des transports en commun qui réactive des vécus traumatiques.

Eza (mère) : C'était pareil, comme les soldats russes... On avait les bras en l'air, c'était pareil.

TP : Il y a plusieurs raisons d'être en colère.

Eza : C'est vrai que ce qui s'est passé avec la police, il n'y a pas de raisons, et ce qui s'est passé en Tchétchénie ça ne s'oublie pas (Madame pleure). On est ici pour retrouver une vie normale. C'est vrai qu'il y a quelques difficultés, mais on est content d'avoir quelque chose de plus stable. On n'est pas stressé de voir quelqu'un venir. Je peux mettre leur pyjama aux enfants et me dire que demain matin, je vais les voir. Il y a beaucoup de différences par rapport à la Tchétchénie où l'on pouvait se réveiller la nuit pour aller se cacher dans la cave. Maintenant on voit le futur avec beaucoup de perspective. Moi je suis très contente de venir pour parler ici, c'est vrai que je me sens mieux psychologiquement et moralement quand je sors d'ici.

Les consultations nécessitent souvent beaucoup d'étayage de la part de l'équipe thérapeutique. Les entretiens suivants sont ponctués par le refus incompréhensible pour la famille du statut de réfugié avec un effet de choc et de colère. Ce rejet de la demande d'asile provoque un grand abattement et une grande culpabilité du côté du père. Amza se demande ce qu'il fait en France où il n'est pas accepté plutôt que de continuer à combattre en Tchétchénie où son père, son frère et sa mère sont en danger. Le rejet de la demande d'asile politique est insupportable.

TP : Qui nous donne des nouvelles ?

Amza : Chaque fois, je pense toujours à ça. Pourquoi quelqu'un a la chance de rester vivant et d'autres pas ? J'aimerais bien emmener avec moi ces personnes qui m'ont donné cette réponse négative, avec moi en Tchétchénie pour qu'ils y survivent. Comment est-ce qu'on peut survivre là-bas ? Comment ils peuvent être un être humain là-bas ?

Sylvie : Je pense qu'il y a tellement de décalage entre les procédures administratives et ce que vivent les hommes et les femmes. Je suis embarrassée pour eux. Maintenant, c'est très dur.

Trad : J'ai un proverbe tchéchène par rapport à la patience. : « La patience a cassé une grande montagne. »

Nous avons ici le noyau dur de la réalité : la fuite ne suffit pas, sans régularisation c'est une fuite sans fin ou une reconduite à la frontière. Cela réactive toute l'ambivalence (rester/partir, mourir/survivre), c'est aussi souvent une réactivation des traumatismes et des angoisses de mort (Pestre, 2010). Ils sont aussi portés par un projet de soins pour Laura, projet qui lui ne souffre pas d'ambivalence et la possibilité d'un avenir moins menaçant pour les enfants. Les entretiens suivants abordent davantage le fonctionnement familial. Une Co-thérapeute demande si la famille a fait des rêves.

Amza s'énerve parce qu'Eza dit : « Je vois des rêves toujours avec des cadavres ». Son mari reprend : Il ne faut pas en parler ici, ce n'est pas intéressant.

TP : C'est important de rappeler qu'ici on peut parler de cela. Ces rêves sont effrayants et ils ont un rapport avec le vécu là-bas (...) Certainement, Amza a aussi des rêves effrayants et il veut protéger sa famille en n'en parlant pas, mais ici, on peut parler de ça.

Amza : Oui, c'est vrai, moi aussi je rêve et ils ne sont pas amusants. Et je n'en parle pas parce que ma femme, elle a toujours des problèmes psychologiques.

Amza passe très vite à autre chose. Louali, l'école...

TP : Je reprends, à l'hôpital de Lagny, il y'a une consultation individuelle, ce serait peut-être intéressant pour madame.

Traductrice : Avec interprète ?

TP : Oui

Eza : Pour l'instant, ce n'est pas la peine, je ne vois pas comment je pourrais faire avec les enfants.

TP : Il faut préparer cela. Il faut qu'Amza vous encourage parce qu'on voit bien que c'est une démarche que vous avez du mal à envisager pour vous-même.

Traductrice : Eza dit qu'elle est d'accord si l'interprète c'est moi.

Cette consultation souligne les difficultés d'Eza, confinée à la maison, et les rêves posttraumatiques des deux parents avec une ouverture vers une psychothérapie pour Eza. Louali n'a pas pu trouver une place dans une classe pour non-francophones et la famille peut vivre les critiques et perceptions du milieu scolaire à l'égard de Louali comme une attaque et une stigmatisation. Notre projet est d'entendre les préoccupations de la famille et de revenir à l'aspect clinique. La prise en charge familiale n'exclut pas des prises en charge individuelles quand elles sont nécessaires pour les enfants ou les adultes, aussi bien psychiatriques que psychothérapeutiques.

3. Nouvel entretien

La famille a des problèmes de statut et Amza a des problèmes de santé qu'il ne soigne pas. Il refuse de s'occuper de ses problèmes de santé si le statut de réfugié ne lui est pas accordé.

Cot Yasm : Monsieur semble être le pilier qui tient la maison. Pour pouvoir aider les autres, il faut s'aider soi-même.

TP : L'image d'Amza comme unique pilier peut être inquiétante ?

Sylvie : Sur l'idée du pilier, je dirais qu'il faut plusieurs murs porteurs. Nous, on a l'impression que le mur porteur c'est madame pour le quotidien et c'est très dur. On voudrait qu'Amza se pose. Il a sauvé sa famille, il ne peut pas sauver tout le peuple tchéchène. Et il y a la maison qui doit tourner.

TP : Ce que dit Sylvie, c'est que vous avez beaucoup fait pour sauver la famille. Mais maintenant il y a le besoin de se poser dans la maison avec madame et habiter cette maison. On peut imaginer que la famille a besoin de votre présence dans le temps et dans l'esprit, maintenant il faut intégrer une nouvelle étape différente de la première. C'est de cette deuxième étape dont on parlera dans notre prochain entretien.

Amza : D'accord (en français).

TP : Le courage c'est aussi quand on est loin et pour pouvoir reconstruire autre chose.

Cot Yasmina : Un proverbe de mon pays parle d'une montagne qui reste immobile face à la tempête.

Sylvie : J'ai une image moins noble que celle d'un pilier, c'est celle du gruyère. Une personne a son cœur dans son pays d'origine. Il n'arrive pas à reconstruire.

TP : Il est solide le gruyère, mais il a des trous qui sont des blessures et il faut être solide malgré ces trous. Pour conclure aujourd'hui, avez-vous quelque chose à ajouter ?

Amza : Je ne cesserai pas de dire merci à la France et au peuple français qui m'aide.

Chaque entretien est comme une nouvelle synthèse et aussi une nouvelle négociation : pourquoi les entretiens, quel cadre, de quoi peut-on parler ? Dans cet espace clinique, quelle est notre marge de manœuvre ?

Dans la consultation suivante, la famille vient sans le papa. Eza a perdu 10 kg, elle a été hospitalisée en urgence pour une grosse crise de spasmodie sans cause biologique. Eza est très modérée dans son absence de revendication. Elle se plaint surtout de se sentir épuisée. Pour Eza, il s'agirait de convaincre son mari qu'ils sont arrivés, mais qu'ils ne pourront pas avancer si Amza pense toujours à la guerre, c'est une noyade pour tous. Le père est toujours préoccupé par la situation de guerre dont sa femme ne veut plus entendre parler.

Eza : C'est le seul sujet, toujours la guerre, l'injustice, etc. Maintenant je n'ai plus de force pour écouter ça. C'est différent de ne pas parler tout le temps de cette guerre et de l'oublier. Ce que je dis c'est qu'il faut passer à autre chose, avancer, voir un peu de lumière surtout qu'on a la chance de s'être sortis de cette guerre. On ne peut pas progresser avec ça. Aujourd'hui j'estime qu'on a beaucoup de chance d'être ici avec toute la famille et pour Laura aussi. Si on était en Tchétchénie, je ne sais pas si on serait encore en vie.

4. Les derniers entretiens

À cette même époque, nous mettons en place une prise en charge psychothérapique avec traductrice pour madame. Après un premier refus, qui a généré plusieurs mois d'angoisse, le recours a abouti et la famille a enfin obtenu le statut de réfugié politique. La famille est appelée à quitter le CAFDA pour un nouvel appartement dans la même ville avec un suivi social. Amza

poursuit des cours de français régulièrement. Eza a commencé deux fois par semaine les cours. Également, une aide à domicile vient deux fois par semaine, et elle se sent soulagée.

Nous pouvons prudemment aborder la culpabilité du père et les relations dans le couple, les transmissions de l'histoire et de la culture tchétchène aux enfants, mais aussi discuter d'une prise en charge individuelle en CMP pour Louali qui montre des problèmes d'agressivité et de comportement à l'école.

Mais comme un chemin sans fin après l'obtention du statut, il va maintenant falloir chercher un logement, du travail, etc. Les enfants commencent à parler français entre eux, cela ne suscite pas d'inquiétude chez les parents qui parlent russe et tchétchène à la maison.

Une séance porte sur l'éducation des enfants, la transmission, particulièrement interrogée par le médecin palestinien à l'image de son expérience.

Cot So : Je me demandais par rapport aux enfants. En Palestine, quand il y a de la souffrance, on essaie de faire oublier, comme si la page était tournée. On tente d'oublier les difficultés. Les parents laissent alors passer plus de choses et deviennent alors plus laxistes avec les enfants. Les enfants deviennent eux plus exigeants. Comment ça se passe ici ?

Amza. : Au contraire. J'essaie de leur rappeler qu'ils sont tchétchènes. D'où ils viennent. Ils doivent connaître les traditions, les langues, le respect des aînés. S'il comprend, je considère alors que j'ai élevé bien cet enfant.

Plusieurs interventions concluent l'entretien d'aujourd'hui.

Cot So : Les gens qui partent sont déchirés entre vouloir assurer le meilleur avenir et laisser derrière eux leur pays. Ce qui permet aux Palestiniens de tenir c'est de transmettre l'histoire du pays aux enfants. Cela permet de maintenir le sentiment d'identité. C'est comme ça qu'on résiste. La résistance peut aussi se faire de l'extérieur.

Dans les derniers entretiens, la famille est plus paisible, avec une aide à domicile. Eza peut poursuivre l'apprentissage du français et avoir des moments de répit. Amza commence à investir sa nouvelle vie.

Amza : L'essentiel, c'est que quand je me lève, je ne vois pas les militaires et tout ce qui va avec. On s'habitue aux bonnes choses. Si j'étais renvoyé dans ma maison où il y a des hélicoptères de l'armée à côté, je ne pourrais plus. Je ne suis plus préparé.

Aujourd'hui, il semble que nous sommes plus dans l'adaptation dans le pays d'accueil que dans le vécu traumatique. L'arrêt de nos rencontres a été décidé par la famille et les nouvelles

sont bonnes. Laura est admise à la journée dans un centre spécialisé pour la prise en charge médicale rééducative et la scolarisation. Madame poursuit une psychothérapie avec des séances plus espacées. Amza va entreprendre un traitement de longue durée pour une hépatite C qu'il se refusait de soigner. Il va régulièrement aux cours de Français, et Eza y va selon ses disponibilités. Il y a un processus pour un relogement définitif avec la fin de la prise en charge du CAFDA dans quelques mois, mais un suivi par une autre association.

Sylvie : Amza s'est pacifié avec lui-même. Il semble avoir laissé le côté guerrier. Il semble plus en paix avec moins de culpabilité.

Amza : Maintenant, j'ai les pieds sur terre, je sais où je suis. TP : Et le sentiment de madame ? Elle comprend mieux son environnement ? Eza : Je me suis habituée ici. Si j'étais forcée de partir, j'aurais la nostalgie de la France. Les enfants vont faire des études, trouver du travail, ma fille sera prise en charge...

TP : Êtes-vous d'accord avec l'apaisement de Monsieur ? Eza : Il ne parle presque plus jamais de la guerre. Avant, toujours.

Cot Sté : Je suis sensible à ce que dit madame sur son sentiment d'attachement. J'ai l'image d'une famille, quand les conditions sont réunies, qui s'enracine sur une terre inconnue, mais capable de germer et de prendre racine sur une terre pourtant inhospitalière au début.

Cot So : Dans le discours palestinien, il y a une fragilité de l'équilibre entre le passé, le présent et le futur. Celui qui oublie son passé se perd. Mais s'il vit dans son passé, il se perd aussi. Trouver le bon équilibre n'est pas facile. Aujourd'hui, la famille est dans un tournant. Elle a des souvenirs positifs et négatifs, mais avec une construction nouvelle. Je leur souhaite bonne chance pour la suite.

5. Discussion

Il y a dans nos interventions beaucoup d'échanges, d'étayage et de guidance. Nous proposons peu d'interprétations ou alors sous forme d'images ou de proverbes qui peuvent susciter d'autres associations de la famille et la poursuite d'une mise en récit et de la narrativité. Ici, des Co-thérapeutes qui ont vécu au Liban, en Palestine ou enfant de réfugiés vietnamiens utilisent leur expérience comme pour illustrer le vécu actuel de la famille et ses aléas. Ces interventions permettent à la famille de se sentir reconnue dans sa souffrance et d'avancer dans un travail de mémoire et d'historisation quant à son vécu traumatique. La fin de cette prise en charge se fait dans une certaine conviction de la famille de passer à autre chose et de se réapproprié elle-même, un processus d'autonomie et marqueur de résilience (Ionescu, 2011). Les derniers entretiens montrent en effet que la famille peut maintenant mobiliser ses propres ressources internes sans l'aide du groupe pour construire une vie dans son pays d'accueil.

6. Conclusion

Notre dispositif est aussi un espace contenant générateur d'une narrativité (Heenen-Wolff, 2007), d'une mise en récit et d'une relation de réciprocité avec les professionnelles, facteur de résilience. Les consultations ont servi de lieu fédérateur pour la famille et l'institution sociale en même temps qu'elles ont permis d'ouvrir sur d'autres prises en charge (du père, de la mère, de l'aîné de la fratrie). Le dispositif groupal qui tient compte de la complexité de la situation dans les interrelations entre les réalités politiques et sociales externes et les subjectivités individuelles semble avoir été un support acceptable pour prendre soin de la famille.

Références

Heenen-Wolff, S. (2007). *Psychanalyse pour une certaine liberté*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.

Ionescu, S. (2011). *Traité de résilience assistée*. Paris, France : Presses universitaires de France.

Moro, M. R., De la Noë, Q., & Mouchenik Y. (2004). *Manuel de psychiatrie transculturelle : travail clinique, travail social*. Grenoble, France : La Pensée Sauvage.

Moro, M. R. (1994). *Parents en exil. Psychopathologie et Migrations*. Paris, France : Presses universitaires de France.

Pestre, E. (2010). *La vie psychique des réfugiés*. Paris, France : Payot.

Using cultural competence to foster resilience amongst immigrants and refugees in the US and Canada

Margaret E. Nelson

Leonie J. Brooks

Psychology Department, Towson University, United-States

Tel. : +1(410) 704-3066

Labrooks@towson.edu

Aryn Spry

Abstract

Drawing on 40 years of experience in neonatal, pediatric, adult critical and emergency care nursing, this paper addresses the importance of culturally competent health care and its impact on resilience and recovery for critically ill Caribbean immigrant patients and their families. Using a case study approach, the authors highlight crucial factors involved in providing culturally competent care to immigrant patients in South Florida and Canada, and how competence on the part of health care professionals serve as a bridge to build resilience amongst new arrivals facing the daunting odds of adjusting to a new culture while managing health crises.

Keywords: Cultural competence, health care, resilience, immigrants and refugees

Résumé

S'appuyant sur 40 années d'expérience en soins infirmiers néonataux, pédiatriques, pour adultes gravement malades et d'urgence, cet article traite de l'importance des soins de santé culturellement adaptés et de leur impact sur la résilience et le rétablissement des patients immigrants caribéens gravement malades et de leurs familles. Par une approche d'étude de cas, les auteurs soulignent les facteurs cruciaux impliqués dans la prestation de soins culturellement compétents aux patients immigrants en Floride et au Canada, et comment la compétence des professionnels de la santé sert de passerelle pour renforcer la résilience chez les nouveaux arrivants à s'adapter à une nouvelle culture tout en gérant les crises en lien avec la santé.

Mots-clés : Compétence culturelle, soins de santé, résilience, immigrants et réfugiés

1. Introduction

Cultural competence when providing health care services is vitally important to every patient or client. It is defined as “the process in which the healthcare professional continually strives to achieve the ability and availability to effectively work within the cultural context of a client”. Developing cultural competence is an ever-evolving process and includes five constructs: cultural awareness, cultural knowledge, cultural skill, cultural encounters and cultural desire (Campinha-Bacote, 2007). Cultural awareness is examining one’s biases towards other cultures and extensively investigating one’s cultural and professional background. It also includes being cognizant of biases, disparities, racism and other isms in healthcare delivery. Cultural knowledge is garnering an all-encompassing educational foundation about culturally diverse groups including disease incidence and prevalence, and health-related belief practices and cultural values. Cultural skill involves the capacity to conduct an assessment of relevant cultural data about the presenting problem and a culturally-based physical assessment. Cultural encounters occur when health care professionals engage directly in face-to-face cultural interactions with clients from diverse backgrounds to alter existing beliefs about a cultural group and thwart potential stereotyping. Cultural desire is the healthcare professional’s impetus to “want to” participate in the process of becoming culturally aware, knowledgeable, skillful, and to actively engage in cultural encounters (Campinha-Bacote, 2007). When immigrants and refugees resettle in a new country they bring their cultures of origin with them, while creating ways to adapt to their new environments. This includes their beliefs and cultural practices related to promoting health and wellness, and the causes of and cures for illness. Health care professionals must develop cultural competence to effectively serve these patients/clients. Drawing on over 40 years of experience in neonatal, pediatric, adult critical and emergency care nursing, the first author, who is herself a Caribbean immigrant, provides first-hand accounts of her own migration story, as well as her cultural encounters with immigrant patients in South Florida and Canada, to highlight the critical factors involved in providing culturally competent health care. Recommendations for how health care professionals can use cultural competence to facilitate resilience and recovery for their patients and their families are emphasized.

2. My own migration story

As an immigrant, myself from the Caribbean I am familiar with the problems faced by immigrant women in a new environment. Having to assimilate into unfamiliar surroundings, making connections with family members you haven’t seen for a while and worrying about how you are going to be received, making new friends, and finding a job, creates almost debilitating anxiety as you embark on this new episode of your life. I experienced these trepidations upon arriving to Canada after the death of my mother and the break-up of my marriage. I left behind two small children I didn’t know if or when I would see again, because my husband had taken them to his grand-mother and told me I would never see them again. I had been totally dependent on my husband for support and at the time I knew I was in no condition to care for them since I was unemployed. I had begun nursing school previously, but due to my mother’s untimely death I left

school to care for my four younger siblings while my step-father completed the new home he was building to accommodate them. Once the house was built, I left my siblings with my step-father, determined to forge a path to self-sufficiency so that I could care for my children.

Upon arriving in Canada, the next day, I was told by my sister “You have to find a job to pay back for your plane ticket”. I was told to go to the subway and go eastbound, to get off at the end of the line and follow the crowd asking anyone about jobs. I did as I was told and did not find a job but befriended two Jamaican immigrant women who offered help. On arriving home, I was sent in the other direction to continue my search for a job. I found one, and the next day I began working. Three months later I was forced to leave because I refused to pay money for rent. I was sharing a second floor flat with my sister and my cousin, and had just paid my portion of the rent. However, because I was paid on a biweekly basis, I was unable to pay when she asked me for more money during the week I was not being paid. I was ready to return to Jamaica when my old Jamaican school-mate who happened to live close-by helped me to find housing. I had a furnished room, a 12-inch black and white TV and a small radio. My friend gave me two pots and two plates, a cup and a set of utensils. I had my own kitchen and shared the bathroom with five others.

I began nursing school because that was my passion and I had a five-year plan to go back home to be with my children. I got a job in a nursing home, and on my first day I was called to the office. I was panic stricken because I was sure I was about to be fired after finishing my first four-hour shift. To my relief, the supervisor was impressed by my skills. She inquired about my training and goals and then advised to get into a government supported school because the one I was attending was not supported. While I was unsure of my migration status and how things would turn out, I did the best I could to support my children in Jamaica, frequently sending money and clothing. I would put the clothes on lay-away, since I was buying for two, while sending money to my grandmother-in-law. My salary started out at \$1:60/hour, and when I transferred to the Rehab ward in a hospital, it was a whopping \$5:40/hour. I had to pay my bills, school fees and send money home from that salary as a sole provider.

In April, 1975 I brought my two children to Canada, and continued going to nursing school at night two evenings per week to earn my RNA (now RPN) while working in the daytime on seven sequential days with the next two days off schedule. I did this for months as a full-time student, with a stipend of \$24 every two weeks, while also working weekends. Once I earned my RNA, in 1979 I returned to school to complete an RN program, graduating in 1981. I earned this degree while working 12-hour night shifts on Friday and Saturdays, doing my presentations Sunday nights after getting roughly 4 hours of sleep. This occurred because after returning from work, I cooked, cleaned, did laundry, and helped my children with homework as I was a single parent. I was still helping to provide for other family members in Jamaica. When I am asked the question “would you do that again?” the answer is “yes”. I use my story as an example of how resilient women are in situations in which they find themselves. They can still achieve their goals, as I have done. My two children are successful. My son has a Masters in Architecture and my daughter has a degree in Nursing, and is now doing research at a hospital in Toronto.

3. Cultural Encounters and Stories of Resilience through Culturally Competent Health Care Practice

3.1 A 36-year-old Haitian mother and her premature baby

One case that stands out in my mind was my encounter with the Haitian immigrant parents of a premature baby in South Florida. This case highlights the importance of paying attention to the unspoken word, building relationship with families and being extremely attentive when there is a language barrier to avoid missing vital cues. The baby's mother was a new migrant to the US, and her husband worked two jobs, so we never saw him on the floor. We did not know she was married until he rushed into the hospital panicked because he could not find his wife. She did not have bus fare and had walked home refusing to ask for help. He was worried that something had gone wrong with her. This was the first time he was seeing his child, and we were initially suspicious when he said he was the father of the baby, but after checking we confirmed this because he had the identa-band of the child with him. The mother came every day, as we had a protocol of discharge that had to be completed prior to baby going home. I was aware of her limited language skills, so I decided to start training to ensure that she was equipped to care for her baby at home. I demonstrated certain procedures and after watching me, she did the same procedures herself. About two weeks before discharge I was talking to her and got the gut feeling she did not understand a word I was saying. I consulted with a Haitian head nurse on another unit, sharing my suspicions that the mother was saying yes to my questions despite not understanding what I was saying. The nurse spoke to her in Creole, and verified my suspicions that she did not understand one word I had said to her. It took another two weeks for her to get the instructions in her native language, so that we could ensure to child's safety, and the confidence of the mother in caring for her baby at home, as well as ensuring compliance with follow up appointments.

3.2 A 71-year-old Jamaican stroke patient

An elderly, Jamaican woman was brought to Toronto by her son. She had had a stroke 11 months prior, and also had high blood pressure and diabetes. Her diabetic condition required treatment with multiple medications as well as regular blood glucose checks. Since she was a "landed citizen" with a prescription she was able to get a monitor to check her blood glucose levels prior to meals. She did not discover until much later that she had to apply for her health card, so her step daughter had paid out of pocket for her initial doctors' visits. Her friends accompanied her to her medical appointments and helped care for her. She complained of an in-grown toenail weeks later, and was taken to a clinic in Toronto for immigrants and refugees awaiting health cards. She was treated by a culturally competent physician who, after conducting a thorough, culturally-informed assessment, insisted she get a full work-up and referred her to a cardiac specialist, as she had never had a full cardiac evaluation even after the stroke. The adept assessment of the physician likely saved her life, as the cardiologist discovered several heart blockages during the evaluation. The patient had quadruple cardiac bypass surgery. Due to her age and dialect, she was always accompanied by a caregiver who would help to ease the communication with medical

personnel. I observed the health care workers taking extra care in explaining things to her, which made things smoother. She made a full recovery and continues to do well.

4. Summary & Recommendations

The aforementioned case studies underscore some important considerations when providing health care services to immigrants and refugees. Being aware of language and communication factors are critical components in effective health care delivery. Foreign-born individuals, particularly those from racial and ethnic minority backgrounds who are not fluent in the language of the dominant culture they have migrated to, are often reluctant to reveal difficulty understanding instructions from medical personnel whom they perceive as authority figures not to be challenged (Sue & Sue, 2013). This creates communication barriers that can lead to fatal consequences, unless an astute health care professional possesses both the knowledge of this common dynamic, and the skill set to sensitively address possible language and communication barriers. In addition to being attuned to potential communication issues, health professionals who conduct comprehensive, culturally-informed assessments are more likely to pick up on symptoms and ailments typically missed by those who do not take the time to do so. ETHNIC, a mnemonic which means Explanation, Treatment, Healers, Negotiate, Intervention, and Collaboration, is a useful assessment tool nurses have used in cross-cultural encounters to conduct a thorough evaluation (Levine, Like & Gottlieb, 2000). Patients are asked to provide their explanations of the problem, the types of treatments they have used for the problem (vitamins, herbs, home remedies), and which other alternative healers and friends they've consulted. The nurse then negotiates with the patient to find a mutually acceptable intervention and collaborates continuously with the patient, family members, other healthcare professionals and healers, and community resources during the entire assessment process. It is also important to have "mindful intercultural communications" rather than "mindless stereotyping" (exaggerated, close-ended, over-generalized perceptions of groups with little or no external validity) (Ting-Toomey, 1999). The first author recalls an incident her daughter described where she learned of an 86-year-old Alzheimer's patient who was difficult to care for. She heard this patient screaming at a nurse in a distinct Jamaican accent, and upon entering the patient's room, realized that she was requesting to go pee, but the nurse could not understand her dialect. The nurse and other healthcare team members had diagnosed the patient with Alzheimer's based in part on her combative behavior, elderly age, and her difficulty communicating, when in fact she was a frustrated, scared patient who was misunderstood and was trying desperately to communicate that she needed her bed rail moved down so that she could go to the bathroom. Immigrant and refugee patients often become fearful in daunting clinic and hospital settings they find overwhelming and confusing, particularly if there are language and communication barriers, cultural taboos associated with sharing intimate details about one's health, difficulty in accurately describing symptoms, and fears associated with medical costs and unfamiliar medical procedures. Using trained interpreters to overcome communication and language barriers is crucial, and there are systems in place in Canada and the US that allows quick, efficient access to these invaluable resources. The first author also recommends that nurses learn simple common words in a variety of languages

patients are likely to speak (i.e. pain, bathroom, hungry, stand, sit, pee, poop). Cultivating compassion for patients also enhances resilience and recovery. Gallaher (2007) suggests that professionals understand situations from another perspective, and participate in self-reflection regarding how their actions impact other people. “By understanding the point of view of the other, you are more likely to respond with compassion, rather than judgment”. Finally, taking the time to make patients as comfortable as possible, including incorporating some of their cultural practices in the formulation of a care plan is key. For example, if patients are able to eat without dietary restrictions, having family or friends bring in foods from the patient’s cultural background not readily available in the hospital works wonders for patient morale. If there are restrictions, ensuring that caregivers are involved in consultation and learning sessions (i.e. for diabetic care), can facilitate a speedy recovery, improved health, and medication and nutrition compliance post-discharge.

References

- Campinha-Bacote, J. (2007). *The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: he journey continues* (5th Ed.). Cincinnati, OH: Transcultural C.A.R.E. Associates.
- Gallaher, D. (2007). Polishing the heart. *Journal of Sacred Work*. Retrieved November 1, 2010 from http://journalofsacredwork.typepad.com/journal_of_sacred_work/2007/04/polishing_the_h.html
- Levine, S. J., Like, R.C., & Gottlieb, J. E. (2000). ETHNIC: A framework for culturally competent clinical Practice. *Patient Care*, 9 (special issue): 188.
- Sue, D. W., & Sue, D. (2013). *Counseling the culturally diverse: Theory and practice* (6th ed.). Hoboken, NJ : Wiley & Sons.
- Ting-Toomey, S. (1999). *Communicating across cultures*. New York, NY: The Guilford Press.

RICOCHETS. De la translation des vulnérabilités à la résilience des demandeurs d'asile. Une étude de cas à Montréal

Noémie Trosseille

Département d'anthropologie, Université de Montréal, Canada

Tél. : +1 (438) 765-7440

noemie.trosseille@umontreal.ca

Résumé

La vulnérabilité se situe dans le potentiel de blessure et se translate parfois quand il est temps de se l'expliquer, et de donner un sens à la violation qui l'a fait émerger. Les demandeurs d'asile, fuyant pour survivre, en sont un bon exemple, et cet article est dédié au processus de négociation de leur identité. L'interrogation de ces protagonistes a permis de dévoiler les stratégies alternatives de quête de soi qui se dessinent en filigrane d'une vulnérabilité attribuée. Nous cherchions à comprendre comment la résilience pouvait prendre sa place au sein de cette transition identitaire précaire; leurs récits de vie nous l'ont révélé.

Mots-clés : Anthropologie, demandeur d'asile, vulnérabilité, résilience, santé

Rebounds. From the translation of resilience vulnerabilities of those seeking asylum. A case study of Montreal

Abstract

Vulnerability lies in the potential for injury, and sometimes shifts when it is time to explain it, and make sense of the violation that made it emerge. Those seeking asylum, fleeing to survive, are a good example, and this article is dedicated to the process of negotiating their identity. The interrogation of these protagonists made it possible to unveil the alternative strategies of self-quest that emerge in the context of ranking the vulnerability. We sought to understand how resilience could take its place within this precarious identity transition; their life stories have revealed it to us.

Keywords: Anthropology, asylum seeker, vulnerability, resiliency, health

1. Contexte théorique : la culture de la vulnérabilité

« *It was identity problems. Because when I arrived here, I didn't come with any identity. I didn't know it was necessary, I didn't have any identity. The only identity I came with was my birth certificate which immigration said it was not ok for them* » (Ousmane, réfugié, octobre 2014). Demandeur d'asile est une identité de passage, plaie ouverte d'une rupture identitaire, processus de guérison en quête de soi. En phase pré-migratoire, le demandeur d'asile était le citoyen de son pays d'origine, dans le temps des tortures et des persécutions, jusqu'au point insoutenable où la fuite est devenue la seule issue envisageable. En phase post-migratoire, il sera le réfugié en terre d'accueil, dans la fin du danger et un nouveau départ, l'entrée dans un monde inconnu, où tout restera à reconstruire. En phase migratoire, il est un voyageur étrangement immobile : dans ce présent vivent l'espoir, la patience et l'incertitude, régis par le droit de rester selon le principe de non-refoulement (UNHCR Agence des Nations Unies pour les réfugiés, 2007).

Ce présent, c'est le temps des preuves et des remises en question. Il s'agit de se raconter, de justifier la transgression des frontières et de convaincre les commissaires à l'immigration, au service de la société d'accueil, de l'impossible retour en arrière. Voici les conditions pour se dévêtir de l'identité bancaire de demandeur d'asile. Le requérant au statut de réfugié est donc situé entre deux espaces, en attente entre deux statuts. À la frontière du monde, il a laissé « *derrière lui tous les plis vitaux incorporés dans le passé : émigrer, c'est ne plus s'appartenir, voir un nouveau soi émerger dans les limites de l'ancien soi, et s'apparaître de ce fait comme un témoin précaire de soi-même* » (Le Blanc, 2010, p. 65). Personne encore : qui alors?

À un carrefour d'interférences de représentations intérieures et extérieures vis-à-vis du demandeur d'asile, la perception que l'individu a de lui-même et de la situation dans laquelle il se trouve, et l'image que la société a de cet individu sont dans une dynamique de rapports de force où il s'agit de négocier une histoire cohérente pour les deux parties, et notamment incarner la vulnérabilité que la société d'accueil présuppose. Or « la mise en cohérence et l'explicitation deviennent particulièrement difficiles quand la personne est psychologiquement incapable de verbaliser son expérience, qu'elle ne désire pas parler de son histoire pour des raisons morales, politiques ou religieuses, ou qu'elle a emprunté ou imaginé certains faits » (D'Halluin, 2004). Le soupçon du récit, jusqu'à preuve du contraire, recrée un bassin de vulnérabilité, donnant à cette caractéristique indispensable une continuité de la phase pré-migratoire à la phase migratoire, un environnement d'émergence potentielle de stress post-traumatique situé cette fois-ci dans la mémoire de l'exilé (Lacroix, 2003; Ouimet *et al.*, 2008).

En effet, si la blessure n'est plus approfondie par la source même de sa création, elle est cultivée par sa remémoration, sa reformulation pour que d'autres comprennent : « la blessure engendre le récit et le récit ravive la plaie » résume le professeur en psychiatrie transculturelle, Laurence Kirmayer (2002). Le traumatisme est exhibé pour que la société d'accueil à laquelle postule le demandeur d'asile entre dans le jeu de reconnaissance identitaire, une vulnérabilité qui déterminera la suite de sa vie : l'hospitalité ou le retour à la case départ.

Dans ce contexte de transition identitaire précaire, de quelle manière la résilience peut-elle prendre sa place?

2. Méthodologie : une ethnographie de la survie

Alors que la majorité des recherches à l'égard des demandeurs d'asile interrogent le point de vue des intervenants en santé sur leur vulnérabilité effective (Asgary & Smith, 2013; Munoz & Chirgwin, 2007; Oxman-Martinez *et al.*, 2007), nous avons fait le choix complémentaire d'écouter le point de vue des patients, par rapport à leur identité assignée. Dans un premier temps, nous les avons questionnés sur leur expérience du système de santé depuis leur arrivée à Montréal, voie officielle de guérison de traumatismes; dans un second temps, nous les avons laissés parler de leur vie quotidienne, de leurs activités autant que de leurs sentiments, et avons capté des stratégies alternatives de mieux-être. Nous avons ainsi été amenée à remettre en question cette vulnérabilité préjugée et à mettre en lumière toute la résilience qui se dessine en filigrane de leurs récits conformes. Les propos du philosophe Paul Ricœur nous ont grandement inspirée en ce sens : « Dit simplement : est étranger qui n'est pas de "chez nous" - qui n'est pas l'un des nôtres. Rien n'est dit par-là concernant ce que l'étranger est pour lui-même » (2006). C'est ainsi que nous avons fait le pari d'écouter attentivement ces personnes trop souvent tues.

L'asile est ce présent; Amadou, comme tant d'autres, en est son vagabond. Nous l'avons rencontré au terme d'un long parcours du combattant, au sein d'un organisme communautaire du nom de Projet Refuge, maison d'hébergement et d'accompagnement pour hommes en situation de migration forcée, à Montréal. Amadou a accepté de nous raconter une partie de son histoire.

Il a fui son pays natal d'Afrique centrale vers la Nouvelle-Écosse, et la solitude a guidé ses pas. « *At times, you are confused. It's like you're choosing to abandon where you were living, abandoning your family, for some time, and then staying somewhere because you want to stay alive and so on. So, at that point there are only two things you are thinking: your family, and where you want to stay. How you are going to adapt* ». Et puis un ami lui a offert de l'héberger à Montréal, avant de le mettre à la porte en apprenant qu'il demandait le statut de réfugié. Amadou a erré, de rues en ruelles, avant de mettre les pieds à Old Brewery Mission. Mais il s'est vite distancé de l'organisme, centre d'accueil d'itinérants, auquel l'identification n'était pas envisageable : « *there are not asylum seekers, there are some sort of destitute, drug addicts and so on. I didn't want the influence, I was already associated with them... then I left* ». De retour dans la rue, de contact en contact, il a finalement atterri à Projet Refuge, où il a terminé ses démarches administratives et enfin obtenu le statut de réfugié. « *Now what I expected was just... let's say a decent environment where you have people who live a bit decent, [...] they know the way to go about it and so on. So, I just wanted a place, a conducive environment [...]. Ya. I found it* ».

C'est un récit parmi une dizaine d'autres, récoltés lors d'un terrain ethnographique de huit mois, à Projet Refuge. Gagner leur confiance en les côtoyant sur une base régulière nous a permis

de mettre en place plusieurs méthodes de collecte de données : les observations participantes nous ont offert de nombreux échanges informels avec les résidents actuels et anciens et l'objectif était de cerner la dynamique relationnelle au sein de la maison, et la circulation d'informations, notamment par rapport à l'accès aux soins de santé. La familiarité qui s'est installée peu à peu en notre présence nous a ouvert des portes pour mener des entrevues sur une base volontaire, vérifiant les informations collectées informellement; les grandes thématiques abordaient les trajectoires post-migratoires, leurs stratégies d'entrée en contact avec la société d'accueil et leur expérience du système de santé. L'objectif principal était de remettre en question la vulnérabilité qui leur est attribuée, en plaçant en avant de leurs récits les facteurs favorisant la résilience, créant un environnement qui leur permet de se dévêtir d'une identité construite de toutes pièces pour finalement se retrouver et s'accepter.

3. Résultats : le cheminement des solitudes grégaires

Si la vulnérabilité est la principale caractéristique d'admissibilité du demandeur d'asile en terre d'accueil, leur accès aux soins de santé est entravé par plusieurs facteurs. Tout d'abord, le manque d'information à l'égard de leurs droits, et notamment le préjugé d'une association entre corps médical et immigration : plusieurs croient que se procurer des soins peut nuire à l'obtention du statut de réfugié. « *They gave me a long paper. On that long paper, there were a lot of things. I didn't read everything [...]. I was afraid that I was going to pay for it. Ya. But surprisingly, I did not pay for it* » déplore Amadou. Les barrières linguistiques et culturelles aussi peuvent entraver la compréhension des informations qui leur sont fournies, comme le dit Éric : « *Je suis aussi porteur du paludisme, mais j'ai pris mes précautions avant de partir et je me suis fait déparasiter par la médecine traditionnelle. Je prie tous les jours pour pas qu'on me mette en quarantaine* ». Ensuite, comme l'indiquent les recherches menées auprès des intervenants en santé, le fardeau administratif et l'ambiguïté du système de facturation figurent dans la liste de ces barrières (Kuile *et al.*, 2007; Sheikh *et al.*, 2013).

Et pourtant les besoins existent, tous ont exprimé une préoccupation quant à leur santé à un moment de leur parcours. Amadou raconte: « *I got here in winter, I know that I felt somehow. I was taking a lot of coffee and then after some time I started shaking and then I was just staying indoors* ». Laurent se souvient de l'anxiété qu'il a éprouvée tout au long de l'attente de l'examen de sa demande : « *it was very... It was a lot of anxiety... Because, then you have to provide information, you have to provide why... every day why you are a refugee, you have to come by...* ». Les conditions post-migratoires telles que l'incertitude quant à l'avenir, les procédures administratives et une hygiène de vie précaire apportent avec elles une certaine vulnérabilité.

Si tous les répondants à l'étude ont témoigné d'une connaissance approximative du système de santé et de son fonctionnement, la moitié a cependant consulté un professionnel de la santé. Toutefois, il faut préciser que les résidents de Projet Refuge ont pour la plupart été déclarés particulièrement vulnérables suite à une évaluation psychosociale, et ils ont un accès direct à de l'information, ce qui permet à un plus grand nombre d'être orientés vers des services

de santé. Cette population n'est donc pas représentative de la moyenne des demandeurs d'asile. Lorsque des besoins se font sentir, plusieurs stratégies émergent donc, mais ceux qui ont été orientés vers des services de santé en gardent tous une bonne expérience. Momar se souvient : « *j'ai rencontré un psychiatre, on s'est parlé de tout et de rien... ça m'a quand même aidé à... comme... savoir que le fait de penser à du suicide ne va pas régler le problème, là. Je me sentais mieux, je me sentais aussi comme... libéré parce que j'ai eu à parler de mes problèmes. C'était la première fois que...* ». La frustration vient donc en aval, en quête d'information, et les témoignages pleins de gratitude d'avoir été écoutés traduisent un besoin premier d'être entendu, sans jugement. À travers leurs trajectoires sociales se dessine davantage cette quête de reconnaissance.

4. Discussion : un éloge de la famille

Les trajectoires sont uniques et souvent multiples, et sont guidées par le maintien de liens avec leur pays d'origine : une langue, un contact. Ainsi certains ont requis l'asile auprès de plusieurs pays avant d'arriver au Canada, comme Ousmane, parlant l'espagnol, a tenté sa chance dans deux pays d'Amérique Centrale. Certains sont passés par plusieurs provinces avant d'arriver au Québec. Certains ont visité plusieurs villes avant de s'installer à Montréal. Certains enfin ont sollicité plusieurs ressources d'hébergement avant d'intégrer Projet Refuge. Ces changements de trajectoires sont souvent associés à des confrontations identitaires, au rejet de l'image que l'autre lui renvoie de sa personne, et aux interprétations que le demandeur d'asile y perçoit. Ainsi Boris raconte : « *He was a friend. I went from this guy, he buy me a ticket [...]. I live in the street for one month... because my friend, he steal my documents, and everything, everything, everything* ». Parmi ceux qui avaient des contacts sur place en arrivant, tous ont rompu le lien, leurs attentes déçues par ces références, qui ne se révèlent pas être médiateurs avec la société d'accueil. De manière récurrente à travers les témoignages, s'en est suivie une période d'errance, avant de se stabiliser à Projet Refuge. Et si toutes les trajectoires semblent difficiles à reconstituer, entachées de trous de mémoires et d'enchaînements chronologiques défectueux, la vie quotidienne, en ce lieu de stabilité physique et affective, est exprimée de manière agréable. « *Every Wednesday, now we help all the refugees to fill forms, and then we tell them... yeah. I meet a lot of refugees. Because I don't have anything to do and ... I share... Instead of sit home and eat and sleep* » exprime avec fierté Laurent.

La mise en dialogue de ces deux grandes thématiques que sont la santé et l'entrée en contact avec la société d'accueil nous a offert une perspective nouvelle, celle d'une voie alternative au système de santé, enclenchant le processus de guérison : la voie de la résilience. Tout d'abord, dans ce contexte d'accompagnement, les demandeurs d'asile témoignent de la diminution de leurs besoins de soins de santé : la proximité des ressources informationnelles et le sentiment d'appartenance qu'ils entretiennent avec Projet Refuge en sont une partie de l'explication. La force du réseau permet une meilleure circulation des informations (Deri, 2005; Devillanova, 2007) et semble prévenir les tourmentes identitaires. Deuxièmement, et dans la continuité, cette véritable communauté thérapeutique (Pocreau, 2005), en se révélant un lieu de

liens, est un tremplin vers la société d'accueil. « Le sentiment d'appartenance d'un individu à une collectivité se développe de pair avec la capacité qu'il a de pouvoir exprimer ses besoins, ses attentes, ses suggestions et le sentiment d'être reconnu dans la contribution qu'il peut apporter quelque chose à cette société » (Guilbert, 2005). En attendant un statut reconnu, Projet Refuge leur offre une opportunité de participation sociale qui leur permet de se reconnaître une place et de s'y émanciper.

En décembre 2014 s'est tenue une assemblée générale extraordinaire, où l'avenir de Projet Refuge était mis sur la table. L'un des anciens résidents a lancé à l'assistance : « *Fermer Projet Refuge, c'est comme enterrer une famille* ». Ce fut le point final de notre terrain ethnographique, la validation de nos recherches. L'approbation de ses protagonistes, pour parler d'eux et publier, en leur nom.

Références

- Agence des Nations Unies pour les réfugiés. (2007). *Convention et protocole relatifs au statut de réfugié*. Repéré à <http://www.unhcr.fr/4b14f4a62.html>
- Asgary, R., & Smith, C. L. (2013). Ethical and Professional Considerations Providing Medical Evaluation and Care to Refugee Asylum Seekers. *American Journal of Bioethics*, 13(7), 3-12.
- Devillanova, C. (2008). Social networks, information and health care utilization: Evidence from undocumented immigrants in Milan. *Journal of Health Economics*, 27, 265-286.
- D'Halluin, E. (2004). Comment produire un discours légitime? *Plein droit*, 4(63), 30-33.
- Guilbert, L. (2005). L'expérience migratoire et le sentiment d'appartenance. *Ethnologies*, 27(1), 5-32.
- Kirmayer, L. (2002). Le dilemme du réfugié. *Évolution Psychiatrique*, 67, 743-763.
- Kuile, S., Rousseau, C., Munoz, M., Nadeau, M., & Ouimet, M.-J. (2007). The universality of the Canadian health care system in question: Barriers to services for immigrants and refugees. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 3(1), 15-26.
- Lacroix, M. (2003). L'expérience des demandeurs d'asile : vers l'élaboration de nouvelles pratiques sociales. *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), 178-191.
- Le Blanc, G. (2010). *Dedans, dehors. La condition d'étranger*. Paris, France : Éditions du Seuil.
- Munoz, M., & Chirgwin, J.-C. (2007). Les immigrants et les demandeurs d'asile : nouveaux défis. *Le Médecin du Québec*, 42(2), 33-43.
- Ouimet, M.-J., Munoz M., Narasiah, L., Rambure, V., & Correa, J. A. (2008). Pathologies courantes chez les demandeurs d'asile. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 99(6), 499-504.
- Oxman-Martinez, J., Jimenez E., Hanley, J., & Bohard I. (2007). La dynamique triangulaire dans le processus d'incorporation des demandeurs d'asile, les politiques migratoires et le rôle des organismes communautaires. *Refuge*, 24(2), 76-85.
- Pocreau, J.-B. (2005). L'ethnopsychiatrie : une pratique clinique du lien et de la médiation. Dans F. Saillant & E. Gagnon (Éds), *Communautés et socialité : formes et force du lien social dans la modernité tardive* (pp. 221-236). Montréal, Canada : Liber.
- Ricœur, P. (2006). La condition d'étranger. *Esprit*, 3, 264-275.

Sheikh, H., Rashid, M., Berger, P., & Hulme, J. (2013). La santé des réfugiés. Offrir les meilleurs soins possibles en dépit de coupures paralysantes. *Le médecin de famille canadien*, 59, e251-e253.

La résilience d’infirmières formées à l’étranger lors de l’intégration au travail

Assumpta Ndengeyingoma

Département des sciences infirmières

Université du Québec en Outaouais, Canada

Tél. : +1 (819) 595-3900 / Sans frais 1-800-567-1283, poste 2274

assumpta.ndengeyingoma@uqo.ca

Isabelle St-Pierre

Département des sciences infirmières

Module des sciences de la santé

Université du Québec en Outaouais, Canada

Tél. : +1 (819) 595-3900 / Sans frais 1-800-567-1283, poste 2345

isabelle.st-pierre@uqo.ca

Kelley Kilpatrick

Faculté des sciences infirmières

Université de Montréal, Canada

Hôpital Maisonneuve-Rosemont, CSA- RC-Aile bleue- Bureau F121

Tél. : +1 (514) 252-3400, poste 4462

kelley.kilpatrick@umontreal.ca

Résumé

Les infirmières formées à l’étranger (IFE) qui travaillent au Canada font face à plusieurs défis. Certaines relèvent ceux-ci et sortent plus fortes de ces expériences. L’objectif est d’explorer le rôle de la résilience lors de l’intégration d’IFE dans des milieux de santé au Canada. L’analyse de 76 entrevues tenues auprès d’IFE a été faite. Plusieurs caractéristiques personnelles associées à la résilience sont identifiées telles l’adaptabilité et le sentiment de contrôle. Donner un sens à son avenir en réussissant l’intégration au travail facilite la résilience. Certains facteurs personnels et environnementaux peuvent faciliter la résilience.

Mots-clés : Immigration, résilience, milieu de travail, intégration, infirmières

Resilience of internationally educated nurses when integrating the workforce

Abstract

Introduction: Internationally educated nurses (IENs) working in Canada face several challenges. Many overcome these challenges and become stronger. Objective: Explore the role of resilience in integrating IENs into Canadian health care settings. Methodology: Analysis of 76 interviews with IENs. Results: Several personal characteristics associated with resilience are identified such as adaptability and sense of control. Discussion: Giving meaning to one's future by successfully integrating into work facilitates resilience. Conclusion: Some personal and environmental factors can facilitate resilience.

Keywords: Immigration, resilience, workplace, integration, nurses

1. Problématique

L'immigration est un enjeu incontournable pour les sociétés contemporaines. En 2014, le Canada a accueilli environ 260 000 nouveaux immigrants (Gouvernement du Canada, 2015). Les raisons d'immigration sont diversifiées : la sécurité, notamment en cas de guerre dans le pays d'origine ; les raisons personnelles, telles que la volonté de s'installer dans un pays par goût car l'on se reconnaît dans ses valeurs ; les raisons familiales, pour rejoindre les membres de familles ; les raisons économiques, pour chercher un meilleur niveau de vie ; les raisons professionnelles, pour s'établir afin d'y poursuivre une carrière ou des études.

Le Canada, comme plusieurs pays industrialisés, vit une pénurie de la main-d'œuvre dans certains secteurs comme les services de santé. Il est estimé que le Canada aura besoin de 60 000 infirmières de plus d'ici 2022 pour répondre aux besoins de la population (Tomblin-Murphy *et al.*, 2009). L'intégration professionnelle des infirmières formées à l'étranger (IFE) comporte plusieurs défis qui se ressemblent d'un pays à l'autre, surtout durant la première année d'emploi. Plusieurs études rapportent les défis et leurs conséquences, qui peuvent être structurés selon les quatre dimensions suivantes : la culture institutionnelle, la culture de la pratique infirmière, la culture de la communication ainsi que la discrimination et les préjugés.

En ce qui concerne la culture institutionnelle, les études rapportent que lorsque les IFE arrivent dans le pays d'accueil, elles trouvent que les règles pour classer leur expertise sont incompatibles avec la main-d'œuvre anticipée (Alexis & Vydellingum, 2004). Leurs frustrations suite à ces expériences s'accompagnent de sentiment d'impuissance, d'incertitude et de questionnement sur leur choix d'avoir immigré (Allan, Larsen, Bryan, & Smith, 2004).

L'adaptation des connaissances et de la pratique infirmière à la culture d'accueil sont des défis rapportés dans plusieurs travaux, comme dans l'étude australienne de Xiao, Willis et Jeffers (2015), l'étude américaine de Yi et Jezewski (2000), ainsi que la métasynthèse de plusieurs études dans des pays occidentaux de Xu (2007). L'organisation des soins infirmiers varie selon le pays de formation, que ce soit au niveau de l'approche ou de la priorisation des soins. L'adaptation des IFE demande plus de temps que pour les autres infirmières en orientation qui ont fait leurs études dans le pays d'accueil. Le stress est aussi accentué lorsqu'elles sont placées dans un service qui ne correspond pas à leur expertise avant l'immigration. Ceci peut mener à des sentiments de confusion, de frustration et de dégradation. Dans ce cas, elles doivent avoir une orientation en vue de favoriser leur adaptation au nouvel environnement professionnel.

La communication devient aussi un des défis majeurs lors de l'interaction avec les patients, les familles et les membres de l'équipe multidisciplinaire (Zhou, Windsor, Theobald & Coyer, 2011). Même si elles utilisent couramment une des langues officielles, la différence est remarquée dans l'accent et la modalité de communication, telle que la communication non verbale et la signification des mots. Les IFE se disent souvent dans l'embarras et se sentent humiliées lorsque les pairs ou la clientèle se moquent de leur accent, ou encore lorsque leur façon de communiquer

sont interprétées comme étant impolies ou associées à un manque de compétences (Zhou, Windsor, Theobald & Coyer, 2011).

Le stress lié à la discrimination est une des sources majeures de détresse psychologique des IFE. La discrimination perçue est en lien avec le fonctionnement institutionnel, les collègues ou les clients. La discrimination institutionnelle se concrétise par le blocage dans l'avancement professionnel (Alexis & Vydellingum, 2004). Cette inégalité dans les chances d'obtenir une place dans les hiérarchies des soins infirmiers a comme conséquence la désillusion et la frustration. La discrimination et le harcèlement des collègues les font se sentir intimidées au travail. De plus, elles n'ont pas tendance à le dire aux gestionnaires pour éviter des représailles (Alexis & Vydellingum, 2004). Le sentiment de la non-protection des gestionnaires les amènent à changer de milieu ou à être en congé de maladie à répétition.

La discrimination provenant des clients apporte son lot de détresse psychologique. L'étude britannique d'Allan, Larsen, Bryan, et Smith (2004) auprès de 67 IFE démontre la discrimination par les clients comme étant une reproduction sociale des stéréotypes raciaux de la société d'accueil. Cette discrimination résulte en un sentiment de non-appartenance au pays d'accueil, un questionnement sur l'identité professionnelle et l'idée d'abandonner la profession pour se réorienter.

Selon Hardy, Concato et Gill (2004), une réponse positive à un événement de vie stressant est le signe d'un processus de résilience. La résilience est une caractéristique personnelle qui est reconnue comme facteur protecteur face aux différents stress de la vie. Certains facteurs personnels et environnementaux sont reconnus comme moteurs de la résilience. Ainsi, l'intégration des IFE dans un système de santé comporte plusieurs sources de stress au plan professionnel. Ceci est sans compter les choix difficiles que les IFE doivent souvent faire par rapport à leur situation familiale. La question qui se pose : quels sont les facteurs de résilience qui permettent aux IFE de continuer à exercer leur profession malgré les épreuves rencontrées?

Les données de cette étude proviennent de la phase II d'une étude pancanadienne multiphasique à méthodes mixtes (sondages et entrevues). La phase I de l'étude consistait en une enquête pancanadienne auprès d'infirmières réglementées qui détenaient un permis de travail permanent les autorisant à exercer la profession d'infirmière. Celles-ci avaient acquis leur formation infirmière de base à l'extérieur du Canada avant d'immigrer. Elles occupaient au moment de l'enquête un emploi d'infirmière réglementée au Canada. Un total de 2693 participants avait été recruté par l'intermédiaire des organismes de réglementation des infirmières. La phase II de l'étude, menée auprès des IFE qui avaient complété le sondage de la phase I et qui avaient accepté d'être contactées pour une entrevue, permet de connaître les facteurs qui, selon les IFE sont des sources de stress intense, mais également les facteurs qui leur permettent de faire face aux difficultés, trouver des solutions à leurs problèmes afin de s'intégrer dans leurs milieux professionnels.

2. Objectif

Face à ces préoccupations, l'objectif de ce texte est d'explorer les facteurs de résilience lors de l'intégration d'IFE dans des milieux de santé au Canada.

3. Méthodologie

Une étude qualitative descriptive a été menée auprès d'IFE. La collecte de données incluait des questions ouvertes dans le sondage et des entrevues. Les réponses ont permis l'identification des facteurs qui peuvent placer l'infirmière à risque de mauvaise d'intégration professionnelle, ou faciliter et renforcer l'intégration. L'analyse du contenu des questions ouvertes a été faite selon une méthode d'analyse qualitative par thèmes (Braun & Clarke, 2006). Les propos des répondants étaient d'abord notés sommairement au cours de l'entrevue. Les entrevues étant enregistrées, la transcription des propos était complétée à l'écoute de l'enregistrement. Une première classification des facteurs était faite au moment de l'entrevue et ensuite au moment de la transcription des données. La compilation des données qualitatives a commencé dès les premières entrevues pour vérifier l'atteinte d'une saturation théorique et faire les ajustements, si nécessaire, dans la suite de la collecte de données. Les portions d'entrevues qui comportaient des contenus plus élaborés (explications du vécu des événements par exemple) ont été retranscrites. Chaque énoncé ainsi obtenu a été codé. Ils ont ensuite été regroupés par thème et peaufinés selon les spécificités de chaque thème par des exemples.

4. Résultats

4.1 Portrait des participants

Au total, 76 entrevues ont été réalisées (70 avec des infirmières, deux avec des infirmières auxiliaires et quatre avec des infirmières de pratique avancée). La majorité (90%) de celles-ci ont été menées en anglais. La plupart des participants étaient des femmes (88 %) et travaillaient à temps plein (70 %). Cinquante-neuf pour cent d'entre eux étaient de race blanche, 11 % de race noire ; 8 % étaient Philippins, 7 % Sud-Asiatiques, 5 % Chinois, et 5 % Arabes. Les participants travaillaient principalement dans les hôpitaux de soins actifs (44 %), suivis des centres de santé communautaire (16 %) et des établissements de soins de longue durée (15 %). Les domaines de travail les plus retrouvés étaient la gériatrie et les soins de longue durée (14,5 %), l'administration (12 %), la médecine/chirurgie (10,5 %) et les soins à domicile (10,5 %). La majorité des participants (55 %) avaient commencé à travailler au Canada entre 1995 et 2004.

4.2 Les événements stressants dans l'intégration des IFE

La façon dont sont recrutées les IFE peut aussi leur occasionner plusieurs problèmes. Par exemple, il n'y a aucune règle claire en lien avec la reconnaissance de l'expertise des IFE et visant à s'assurer que celle-ci est compatible avec les besoins des milieux. Lors du recrutement, les milieux ne mentionnent pas que les compétences infirmières du pays d'origine peuvent ne pas être

reconnues au Canada. De plus, il n'est pas clairement stipulé que les IFE seront relocalisés dans les services selon les besoins du milieu, et non selon leurs préférences ou expertises. Ceci fait que l'expérience et la formation sont souvent non reconnues et la performance peut ainsi s'en voir réduite.

En ce qui concerne la pratique infirmière, les participants de l'étude vivent aussi une différence dans l'étendue de la pratique. Par exemple, certains actes qui se font au Canada sont faits par les aides-soignants dans le pays d'origine ; ou encore les IFE arrivent avec des compétences qui ne sont pas reconnues au Canada comme le titre d'infirmière. Ainsi les IFE doivent réapprendre les actes infirmiers qu'ils n'ont pas mis en pratique. Or, les milieux s'attendent à ce que ces IFE soient autonomes le plus tôt possible. Ces désagréments peuvent occasionner de la confusion, de la frustration et un sentiment de dégradation.

Au niveau relationnel, les rapports avec les collègues et les supérieurs hiérarchiques sont parfois marqués par des malentendus relatifs à des manières d'être et de penser différentes. La discrimination perçue par les collègues ou par les clients est omniprésente et devient une source de stress, d'hyper-vigilance et d'épuisement, surtout lorsque les IFE perçoivent la non-protection de la part des gestionnaires

4.3 Facteurs de résilience

Les facteurs de résilience personnelle d'IFE et aussi ceux du milieu institutionnel diminuent le stress qui découle des situations perçues difficiles lors de l'intégration professionnelle. Parmi les facteurs de protection personnels, il y a la confiance en soi, l'auto-actualisation et l'expression facile des besoins qui permettront à l'IFE d'adapter facilement sa pratique. Lorsque le milieu aussi supporte ces IFE, par exemple en favorisant le mentorat entre les infirmières, en donnant les formations continues personnalisées, les IFE se sentent soutenues dans leurs intégrations. Ainsi, la mise en commun de tous ces facteurs permet la détermination, l'engagement dans son apprentissage et l'épanouissement professionnels. La figure 1 présente les facteurs de protection qui sont en lien avec les caractéristiques de l'IFE ou du milieu institutionnel.

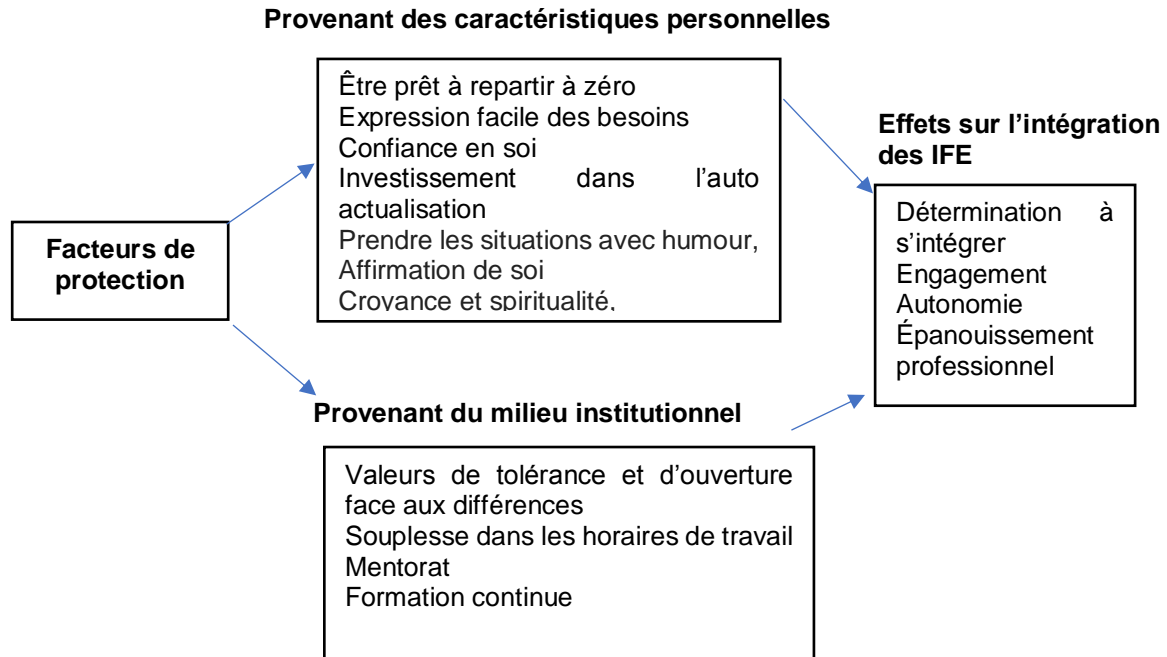


Figure1. Facteurs de protection des IFE lors de l'intégration professionnelle

Certains facteurs personnels comme prendre les situations avec humour, la confiance en soi, l'affirmation de soi, la croyance et la spiritualité, être centré sur ses buts permettent d'avancer dans l'intégration professionnelle malgré la discrimination perçue.

5. Discussion

La partie qualitative descriptive de l'étude faite auprès des IFE démontre que l'intégration professionnelle se fait à travers plusieurs défis qu'ils soient reliés au fonctionnement institutionnel, à la pratique infirmière, à la communication ou à la relation avec les collègues ou les clients. Ces défis occasionnent une source de stress de façon à ce que certains veuillent abandonner la profession.

Des études antérieures ainsi que celle-ci démontrent que pour les IFE, les emplois disponibles ne répondent pas souvent à leurs attentes. La discrimination et le racisme sont parmi les obstacles majeurs à leur intégration. Le stress découlant de la discrimination est associé à des difficultés telles que l'anxiété et une baisse de la satisfaction par rapport aux choix de vie. Le retour dans leur pays n'est pas souvent possible dans l'immédiat surtout lorsque le projet d'immigration implique les autres membres de la famille (Zhou, Windsor, Theobald & Coyer, 2011). Il a donc été observé que certaines caractéristiques des IFE, de leur entourage et de leur milieu de travail permettent à ces infirmières de continuer leurs carrières, certaines relevant de l'IFE, d'autres influencées par son entourage. Les caractéristiques de l'IFE incluent une détermination accrue pour lutter contre la discrimination, en interagissant avec d'autres IFE et

aussi avec les collègues ayant étudié dans le pays d'accueil. La persistance favorise la minimisation de l'atteinte de l'estime de soi.

Les résultats de cette étude corroborent les facteurs de protection externes identifiés dans la littérature, entre autres le réseau de soutien qui peut se manifester dans des systèmes de jumelage familial ou à l'église (Smith & Ho, 2014). Ceci peut aussi faire partie d'une orientation qui va au-delà de la porte d'hôpital, favorisant une intégration des IFE en leur offrant des informations sur leur nouvelle ville ou même un tour de celle-ci (Primeau, Champagne & Lavoie-Tremblay, 2014).

Étant donné les problématiques récurrentes reportées à travers divers pays, surtout en début d'emploi, il est surprenant de constater qu'aucune ligne de pratique exemplaire en matière d'intégration des IFE n'a pu être répertoriée dans la littérature. Paradoxalement, ce n'est pas surprenant dans le sens que chaque milieu semble rapporter leurs difficultés en silo. Advenant le développement d'une éventuelle ligne de pratiques exemplaires à cet effet, elle devra – comme toute ligne de pratique exemplaire – être soigneusement adaptée aux spécificités du milieu concerné. Dans cette étude, il est rapporté que les IFE qui trouvent un sens à leur expérience en orientant d'autres IFE. Il serait pertinent d'explorer comment en réalité cette aide s'est offerte, afin d'aider d'autres IFE qui n'auraient pas eu ces expériences et, aussi, afin de pister de futures orientations.

Considérant la place que prend la technologie dans la vie moderne, il serait intéressant d'explorer davantage le rôle que peut jouer la technologie pour favoriser l'intégration des IFE.

6. Conclusion

Les commentaires des participantes sur les difficultés éprouvées pour cerner leurs capacités, les limites exprimées en début de processus et les stratégies qu'elles ont utilisées démontrent le recul qu'elles ont pu prendre face à elles-mêmes. Le fait que la majorité ait atteint une stabilité dans leur carrière professionnelle démontre que les IFE ont une capacité à s'adapter, à faire face aux difficultés, à trouver des solutions et finalement à assumer leur auto prise en charge.

Plusieurs défis sont rencontrés par les IFE, qu'ils soient au niveau de l'organisation institutionnelle, au niveau de l'adaptation de la pratique infirmière, au niveau de la communication ou au niveau relationnel avec les collègues et les clients. Il importe que les infirmières pratiquant dans les pays d'accueil puissent être formées à aider les infirmières immigrantes, à diminuer le stress relié à l'intégration professionnelle, non seulement dans l'intérêt de leurs collègues, mais aussi dans celui de la sécurité des soins aux patients.

Références

- Alexis, O., & Vydelingum, V. (2004). The lived experience of overseas black and minority ethnic nurses in the NHS in the south of England. *Diversity in Health & Social Care, 1*(1), 13-20.
- Allan, H., Larsen, J., Bryan, K., & Smith, P. (2004). The social reproduction of institutional racism: internationally recruited nurses' experiences of the British health services. *Diversity in Health & Social Care, 1*(2), 117-125.
- Boylston, M., & Burnett, I. (2010). Education, adaptation, and orientation of Korean nurses in a U.S. healthcare system. *Journal for Nurses in Staff Development, 26*(1), 23-27.
- Braun, V., & Clark, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*, 77-101.
- Gerrish, K., & Griffith, V. (2004). Integration of overseas registered nurses: Evaluation of an adaptation program. *Journal of Advanced Nursing, 45*(6), 579-587.
- Gouvernement du Canada (2015). *Faits et chiffres 2014 – Aperçu de l'immigration: Résidents permanents*. Repéré à:
<http://www.cic.gc.ca/francais/ressources/statistiques/faits2014/index.asp>
- Hunt, B. (2007). Managing equality and cultural diversity in the health workforce. *Journal of Clinical Nursing, 16*(12), 2252-2259. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02157
- Jose, M. (2011). Lived experiences of internationally educated nurses in hospitals in the United States of America. *International Nursing Review, 58*(1), 123-129.
- Matiti, M., & Taylor, D. (2005). The cultural lived experience of internationally recruited nurses: a phenomenological study. *Diversity in Health & Social Care, 2*(1), 7-15.
- Moyce, S., & de Leon Siantz, M. L. (2016). Migration Experiences of Foreign Educated Nurses: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Transcultural Nursing, 27*, 181-188.
- Primeau, M. D., Champagne, F., & Lavoie-Tremblay, M. (2014). Foreign-Trained Nurses' Experiences and Socioprofessional Integration Best Practices: An Integrative Literature Review. *The Health Care Manager, 33*(3), 245–253.
- Smith, C. D. & Ong Ho, J. (2014). How to positively integrate internationally educated nurses. *Nursing Management, 45*(6), 30-36. doi: 10.1097/01.NUMA.0000449761.61253.a7

- Xiao, L. D., Willis, E., & Jeffers, L. (2015) Factors affecting the integration of immigrant nurses into the nursing workforce: A double hermeneutic study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(4), 640-653.
- Xu, Y. (2007). Strangers in strange lands: a metasynthesis of lived experiences of immigrant Asian nurses working in Western countries. *Advances in Nursing Science*, 30(3), 246-265.
- Yi, M., & Jezewski, M. (2000). Korean nurses' adjustment to hospitals in the United States of America. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 721-729.
- Zhou, Y., Windsor, C., Theobald, K., & Coyer, F. (2011). The concept of difference and the experience of China-educated nurses working in Australia: A symbolic interactionist exploration. *International Journal of Nursing Studies*, 48(11), 1420-1428.

Les ancres de carrière des travailleurs immigrants du Bas-St-Laurent : émergence d'une nouvelle ancre de carrière

Nadia Lazzari Dodeler

Université du Québec à Rimouski, Canada

Tél. : +1 (418) 723 1986, poste 1776

nadia_lazzaridodeler@uqar.ca

Résumé

Pour pallier le remplacement de la main-d'œuvre vieillissante, le Québec fait, massivement, appel à l'immigration économique. Bien que les travailleurs immigrants aient été sélectionnés par les services de l'immigration, beaucoup rencontrent des difficultés pour accéder à l'emploi. Afin de faire émerger leur réalité, nous avons mené une recherche de nature qualitative par entretiens semi-structurés (26) et nous avons mobilisé le modèle des ancres de carrière de Schein (1978-1996). Ce modèle nous a permis de comprendre les orientations de carrière des travailleurs immigrants et de mettre en évidence une nouvelle ancre de carrière que nous appelons ancre de résilience.

Mots-clés : Immigration économique, travailleurs immigrants, ancres de carrière, emploi

Career paths of immigrant workers in the Lower St-Lawrence: The development of a new career path

Abstract

To make up for the replacement of the aging workforce, Quebec is looking toward economic immigration at a large level. Although immigrant workers have been selected by the immigration authorities, many face difficulties in accessing employment. In order to shed light on their reality, we conducted qualitative research through semi-structured interviews (26) and used Schein's career anchor model (1978-1996). This model allowed us to understand the career pathways of immigrant workers and to highlight a new career path that we call path of resilience.

Keywords: Economic immigration, immigrant workers, career anchors, employment

1. Problématique

L'immigration constitue un levier stratégique pour de nombreux gouvernements qui souhaitent développer leur économie. Ainsi, pour pallier le remplacement de la main-d'œuvre vieillissante et certaines pénuries de main-d'œuvre, le Québec fait massivement appel à l'immigration économique.

Certaines régions du Québec sont plus touchées par des pénuries de main-d'œuvre, c'est le cas de la région du Bas-St-Laurent. Depuis une décennie, le Bas-St-Laurent vit un phénomène d'exode des 15-34 ans (10 972 personnes âgées de 15 à 34 ans) au profit d'autres régions du Québec (Québec, Chaudière-Appalaches, Montréal) et l'immigration semble demeurer insuffisante pour compenser ces départs (SECOR-TAKTIK, 2009). De plus, en 2036, selon les prévisions de l'ISQ (2014), la région du Bas-St-Laurent sera l'une des trois régions où le vieillissement de la population sera le plus présent : les aînés représenteront 36% de la population et seront deux fois plus nombreux que les jeunes (17%), les 20-64 ans ne représenteront que moins de la moitié de la population (47%).

Concernant l'emploi des immigrants, la littérature souligne les nombreux obstacles rencontrés par ceux-ci lorsqu'ils souhaitent s'insérer sur le marché du travail. En effet, bien que plus du tiers des immigrants acceptés au Québec soient hautement qualifiés, ils éprouvent des difficultés à intégrer le marché du travail, surtout les immigrants installés depuis peu de temps au Québec (CETECH, 2007). Ces difficultés semblent provenir d'une méconnaissance des expériences professionnelles et des diplômes étrangers acquis en dehors du Québec de la part des employeurs (Girard, Smith, & Renaud, 2008). Ceci pourrait être également dû à la forte présence de petites et de moyennes entreprises au Québec (Chicha & Charest, 2008).

Dans ce contexte et en nous appuyant sur le modèle des ancrés de carrière de Schein (1978-1996), il nous semble intéressant d'identifier et de comprendre les attentes, les besoins en lien avec l'emploi, la carrière des immigrants installés dans la région du Bas-St Laurent et plus particulièrement, à Rimouski.

Selon Schein (1978), tout au long de leur vie les individus développent le concept de leur propre carrière. Ce processus psychologique les guide dans leur orientation de carrière ou ancrés de carrière et s'articule autour de trois axes : « les talents et les habiletés ; les motivations et les besoins et les valeurs » (Schein, 1978, p.125). Schein (1978-1996) identifie huit ancrés de carrière : les personnes ancrées « technique » ont un intérêt pour le côté technique de leur travail ; celles ancrées « compétences managériales » préfèrent les compétences liées au management plutôt que les compétences techniques ; celles ancrées « autonomie/indépendance » souhaitent être leur propre patron et travailler à leur rythme ; les personnes ancrées « sécurité/stabilité » recherchent une carrière qui pourra leur procurer de la stabilité à long terme ; celles ancrées « créativité/stabilité » souhaitent entreprendre des projets dans un milieu qui leur permettent d'être créatives ; l'ancre « dévouement à une cause » relève des individus qui souhaitent aider les autres, améliorer le monde ; les individus ancrés « défi pur » aiment les défis et sont prêts à

résoudre des problèmes considérés comme insolubles et pour finir, les individus ancrés « qualité de vie » cherchent, plus que le succès professionnel, à avoir une vie globalement satisfaisante, à vivre dans un lieu qu'ils ont choisi et à trouver l'harmonie entre la vie professionnelle et la vie privée.

En outre, d'autres recherches plus récentes ont montré que les ancrés de carrière peuvent être multiples chez un même individu (Lévy-Leboyer, Louche & Rolland, 2006 ; Martineau, Wils, & Tremblay, 2005 ; Lazzari, 2012). De plus, Lazzari (2012) montre qu'en tenant compte simultanément de la diversité des âges et des genres, les ancrés de carrière peuvent changer tout au long du parcours de vie. Plus récemment, Rodrigues, Guest et Budjanovcanin (2013) soulignent l'influence du contexte sur les choix de carrière.

Afin de comprendre les besoins, les attentes et les motivations des travailleurs immigrants en matière d'emploi et de carrière, deux questions de recherche s'imposent :

1. Quelles sont les caractéristiques individuelles des travailleurs immigrants ?
2. Quelles sont les ancrés de carrière des travailleurs immigrants installés à Rimouski ?

2. Objectifs et méthodologie

Notre objectif de recherche repose sur une meilleure compréhension des besoins, des attentes et des motivations de la main-d'œuvre immigrante à l'égard de l'emploi et de la carrière dans la région du Bas-St-Laurent. Pour ce faire, et afin de faire émerger leur réalité, nous avons opté pour une recherche de nature qualitative (Miles & Huberman, 2003).

Nos répondants ont été recrutés à partir de la méthode de l'échantillon de convenance et de la méthode de la « boule de neige ». Les critères de sélection des participants étaient : d'habiter le Bas-St-Laurent ; d'être ou d'avoir été en emploi au minimum un an complet (hors emploi étudiant) ; de faire partie de la catégorie de l'immigration économique.

À l'aide d'un guide structuré en thèmes liés à notre problématique, nous avons procédé par entrevues individuelles semi-structurées, d'une durée de 45 minutes environ. Nous avons enregistré les données, les avons retranscrites intégralement, puis nous les avons analysées par le biais de l'analyse thématique (Gavard-Perret, Gotteland, Haon, & Jolibert, 2008). Enfin, en nous appuyant sur le modèle des ancrés de carrière de Schein, nous avons demandé aux immigrants de se situer, par rapport aux huit propositions d'ancrés de carrière, au moment de leur arrivée au Québec et au jour de l'entrevue (échelle de 1 à 5 : 1 très peu important ; 2 peu important, 3 moyennement important, 4 important et 5 très important).

3. Résultats

3.1 Bref portrait des caractéristiques individuelles des travailleurs immigrants

Nos répondants, faisant partie de la catégorie de l'immigration économique, leurs démarches d'immigration avaient souvent été faites dans leur pays d'origine, avant le départ pour le Québec. Ainsi, une grande majorité avait obtenu le statut de résident permanent lors de leur arrivée au Québec.

Nous avons rencontré 26 travailleurs immigrants (15 femmes et 11 hommes), 18 viennent d'Europe (huit femmes et dix hommes), trois femmes sont africaines et quatre femmes et un homme sont asiatiques. L'âge des immigrants s'échelonne entre 25 et 66 ans. Certains se situent dans le groupe des 25-40 ans (9 femmes et 4 hommes), d'autres dans celui des 41-66 ans (6 femmes et 7 hommes). L'ensemble des répondants est qualifié, hormis un répondant, tous possédaient au minimum un diplôme de 1^{er} cycle universitaire à leur arrivée au Québec. Plus de la moitié des répondants (8 femmes et 6 hommes) sont retournés aux études (CEGEP ou université) afin d'y acquérir un diplôme québécois, souvent dans le même domaine.

Avant de passer à la présentation des ancrs de carrière, le Tableau 1 ci-dessous, renseigne le type d'emploi occupé par les immigrants, au jour de l'entrevue.

Tableau 1. Emploi occupé par les travailleurs immigrants

Emploi occupé	Nombre femmes	Nombre hommes
Emploi technique (services)	6	3
Emploi de gestion	4	1
Travailleurs indépendants : Economie sociale	2	1
Soins de santé et assistance sociale	2	2
Professeur d'université	1	2
Sans emploi	0	2

3.2 Les ancrs de carrière des travailleurs immigrants

L'analyse des perceptions des ancrs de carrière des répondants a montré que durant les premières années (2 à 5 ans, parfois plus selon les caractéristiques individuelles des répondants), les immigrants ont à faire face à de nombreuses contraintes.

En effet, le parcours professionnel des travailleurs immigrants est marqué dans les premières années de l'immigration par des obstacles liés à la non-reconnaissance de la valeur de leur diplôme et de l'expérience acquise à l'étranger, par les employeurs. Ainsi, afin d'accéder à l'emploi pour acquérir une expérience professionnelle québécoise, les immigrants cherchent d'abord un travail qui permettra la survie de leur famille. Durant cette période, les travailleurs immigrants sont en processus de résilience c'est-à-dire qu'ils surmontent les obstacles, les difficultés, les chocs culturels. Nous appelons l'ancre dominante qui les anime durant cette période **l'ancre de résilience**. Le Tableau 2 présente quelques citations qui illustrent cette ancre.

Tableau 2. Ancre de résilience

<p><i>« C'était pas le message qu'on nous a donné aux réunions de l'immigration chez nous. Nos amis qui étaient québécois nous disaient : venez, venez, on attend des gens comme vous. C'est le discours qui était donné, mais entre le discours et la réalité... »</i></p> <p><i>« Au début, j'étais dans l'opération survie. Je ciblais la survie, je voulais la survie de la famille. Tout ce que je voulais c'était du travail, aussi bien académique que non académique, ce que je voulais c'était du travail. »</i></p> <p><i>« C'est très frustrant où on se dit "mais merde le pays te dit qu'il a besoin d'éducateurs spécialisés et en bout de ligne toi tu arrives on te dit" : "waouh vous avez un CV impressionnant, mais ça prend un diplôme d'ici". Ben tu n'as pas le choix et puis tu rentres dans le moule quoi. »</i></p> <p><i>« Ça a été des contrats, des contrats, des contrats, je n'ai jamais arrêté de travailler. Mais euh, bon en statut précaire, j'ai ramé sans fin là et là euh... un contrat de performance, c'était circonstanciel en fait, c'est une chance que j'ai eu ce truc-là. »</i></p> <p><i>« J'avais l'expérience de travail au Congo, mais arrivé ici on recommence à zéro. Ils n'ont pas reconnu ni mes expériences de travail ni mes études. Ils m'ont dit faites un diplôme québécois cela va ouvrir la porte. Du coup ça m'a beaucoup affecté parce que le message qui était donné au départ n'est pas clair, c'est comme un faux espoir qu'ils ont créé, puis c'est une frustration. »</i></p> <p><i>« Mes contrats peuvent durer 1 mois ; généralement c'est plutôt de l'ordre de 4-6 mois. Je le vis de plus en plus mal d'avoir que du cours terme bien que j'essaie de me dépatouiller et de bifurquer vers autre chose malgré tout, ça reste pas facile. »</i></p> <p><i>« On ne voulait pas d'une Française, c'était clair et on me l'a dit ; on me l'a dit une fois que ça se passait bien, parce que les Français sont prétentieux, arrogants, ils m'ont dit : mais toi non, c'est pas pareil. »</i></p>

Plus tard, lorsque les immigrants sont dotés de l'expérience de travail québécoise, d'un diplôme québécois (pour la plupart), et que leurs attentes sont en adéquation avec leur emploi, leurs ancrés changent.

En effet, comme le montrent les citations ci-dessous, certaines ancrés de carrière qui étaient très importantes en début de carrière le sont moins. C'est le cas de l'ancré « défi pur », qui est moins importante en fin de parcours professionnel ; l'ancré « sécurité stabilité » devient prégnante en fin de carrière alors qu'elle ne l'était pas en début de carrière. Cela s'explique, car en début d'immigration, les travailleurs immigrants sont amenés à changer assez souvent d'emploi. De même, si pour certains immigrants l'ancré « qualité de vie » était peu importante en début de carrière, car avant tout, c'était l'obtention d'un travail qui primait, pour les jeunes travailleurs ainsi que pour ceux qui sont proches de la retraite, cette ancre est devenue très importante. Quelques citations illustrent nos propos ci-dessous (Tableau 3).

Tableau 3. Des ancrés qui changent au cours du parcours professionnel

<i>Ancré « défi pur » « Avoir à faire face à des challenges, à des obstacles c'était important, mais là je commence à être un peu fatigué. »</i>
<i>Ancré « sécurité-stabilité » « Moi je ne veux plus changer d'emploi présentement... je vise une fin de carrière paisible qui répond à mes attentes avec la sécurité et la stabilité de l'emploi. »</i>
<i>Ancré « qualité de vie » « Au début [de la carrière] c'était pas important, mais aujourd'hui c'est très important la qualité de vie, c'est plus important que tout ce qui y'a autour. »</i>

4. Discussion

Tout d'abord, il faut souligner l'importance du contexte qui a une incidence sur les choix de carrière, comme le soulignent Rodriguez, Guest et Budjanovcanin (2013). En effet, dans le contexte de l'immigration, pour s'insérer sur le marché du travail, les immigrants revoient leur trajectoire de carrière en fonction du contexte socio-économique, culturel, légal, etc. du pays hôte. Par exemple, plus de la moitié des immigrants sont retournés à l'université ou au CEGEP, tous ont occupé plusieurs petits boulots, empêchant ou reportant ainsi l'atteinte de leur choix de carrière initial.

Les perceptions des travailleurs immigrants ont montré qu'en début d'immigration l'adéquation entre l'emploi obtenu et les attentes de cette main-d'œuvre dépendent de plusieurs facteurs. En effet, les entraves à l'adéquation attentes-emploi-carrière, portent sur la non-exhaustivité des informations, la non-reconnaissance des diplômes et de l'expérience de travail du pays d'origine et les stéréotypes liés à cette main d'œuvre, tout comme l'ont souligné Béji et Pellerin (2010), Chiswick, Barry, Miller et Paul (2009), Chiswick et Miller, (2007), Cobb-Clark (2005)

et Boudarbat (2011). Ces difficultés font en sorte que, pour s'intégrer, les immigrants développent un haut niveau de résilience (survie de soi et de sa famille) afin de pouvoir se projeter et accéder à un avenir meilleur que représente l'insertion socio-économique dans la société d'accueil (Anaut, 2008 ; Bernard, 2011 ; Van der Ham, Batangan, Ignacio, & Wolffers, 2014).

Contrairement à Schein (1978), mais comme le montrent Feldman et Bolino, (1996), Levy-Leboyer, Louche et Rolland (2006), Martineau, Wils, et Tremblay (2005), Chapman (2009) et Lazzari (2012), l'analyse des ancrs de carrière des travailleurs immigrants a également montré qu'une personne pouvait avoir plusieurs ancrs dominantes et que ces ancrs pouvaient changer selon le contexte temporel, situationnel, etc. (Rodriguez, Guest & Budjanovcanin, 2013). Par exemple, les ancrs « qualité de vie » et « sécurité stabilité » sont moins prégnantes en début de carrière, alors que l'ancre « défi pur » est dominante. Puis, au bout de quelques années, l'ancre « défi pur » s'estompe et les ancrs « qualité de vie » et « sécurité stabilité » sont dominantes.

Pour finir, parler d'« ancrs » de carrière renvoie à une image d'immobilité de carrière qui semble moins pertinente aujourd'hui, les carrières pouvant changer en fonction du contexte socioéconomique, familial, personnel, international, etc. Ainsi, comme le soulignent Rodriguez, Guest et Budjanovcanin (2013), une théorie contemporaine des préférences de carrière serait peut-être plus adéquate pour répondre aux choix d'orientation de carrière des individus.

L'intérêt de cette recherche qualitative réside dans le fait qu'à notre connaissance, les ancrs de carrière des travailleurs immigrants n'ont pas été examinés sous l'angle du modèle des ancrs de carrière de Schein. Les perceptions des travailleurs immigrants ont permis de mettre en lumière leur pugnacité, leurs compétences, leurs motivations et leur volonté de s'intégrer sur le marché du travail québécois. La capacité de résilience des immigrants portée à la connaissance des employeurs aiderait sans doute ces derniers à reconnaître cette main-d'œuvre comme une partie de la solution aux difficultés sociodémographiques et économiques que vit déjà le Bas-St-Laurent.

Cependant, notre recherche a aussi des limites. En effet, elle concerne un petit nombre de travailleurs immigrants, de professions, d'âges et d'origines différents. Par conséquent, les résultats ne peuvent être généralisables à tous les travailleurs immigrants, en région ou ailleurs. De plus, la durée du processus de résilience peut être plus ou moins longue, car si tous les individus possèdent une capacité de résilience, cette dernière se développe différemment selon les individus et les contextes (Anaut, 2009).

Références

- Anaut, M. (2008). *La résilience : surmonter les traumatismes*. Paris, France : Armand Colin.
- Anaut, M. (2009). La relation de soin dans le cadre de la résilience. *Informations sociales*, 6(156), 70-78.
- Béji, K., & Pellerin, A. (2010). Intégration socioprofessionnelle des immigrants récents au Québec : le rôle de l'information et des réseaux sociaux. *Relations industrielles / Industrial Relations*, 65(4), 562-583. doi: 10.7202/045586ar
- Bernard, M.-J., (2011). Le talent « Résilience », Quand une épreuve donne du sens à toute une vie. *Revue Internationale de Psychologie*, 17(41), 107-118. doi 10.3917/rips.041.010
- Boudarbat, B. (2011). *Les défis de l'intégration des immigrants dans le marché du travail au Québec : enseignements tirés d'une comparaison avec l'Ontario et la Colombie-Britannique. Rapport de projet*. Centre Interuniversitaire de recherche en analyse des Organisations (CIRANO). Repéré à <http://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2011RP-07.pdf>
- CETECH (2007). *Marché du travail et emploi hautement qualifié au Québec*. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs1930424>
- Chapman, J.R. (2009). *A Partial Response to Feldman and Bolino's Critique of Schein's Career Anchor Theory*. Thèse de doctorat. Brigham Young University.
- Chicha, M.-T., & Charest, É. (2008). L'intégration des immigrants sur le marché du travail à Montréal : Politiques et enjeux. *CHOIX IRPP*, 14(2), 62.
- Chiswick, B., Miller, R., & Paul, W. (2009). The International Transferability of Immigrants, Human Capital Skills. *Economics of Education Review*, 28(21), 62-169.
- Chiswick, B., & Miller, R. (2007). The international transferability of immigrants' human capital skills. *IZA Discussion Papers*, 2670.
- Cobb-Clark, D.A., Connolly, M.D., & Worswick, C. (2005). Post-migration investments in education and job search: a family perspective. *Journal of Population Economics*, 18, 663-690.
- Feldman, D., et Bolino, M. (2000). Career patterns of self-employed: Career motivations and career outcomes. *Journal of Small Business Management*, 38, 53-67.
- Gavard-Perret, M.-L., Gotteland, D., Haon, C., & Jolibert, A. (2008). *Méthodologie de la recherche : Réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de la gestion*. Montreuil, France : Pearson Education.

- Girard, M., Smith, M., & Renaud, J. (2008). Intégration économique des nouveaux immigrants : adéquation entre l'emploi occupé avant l'arrivée au Québec et les emplois occupés depuis l'immigration. *Canadian Journal of Sociology*, 33(4), 791-814.
- ISQ (2014). *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2011-2061*. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/perspectives/perspectives-2011-2061.pdf>
- Lazzari, N. (2012). *La conciliation emploi-famille/vie personnelle : son incidence sur le parcours professionnel et la rétention de la main d'œuvre dans la santé* (Thèse de doctorat). Université du Québec à Montréal, Montréal, Canada.
- Lévy-Leboyer, C., Louche, C., & Rolland, J.-P. (2006). *Les apports de la psychologie au travail. Tome 2. Management des Organisations*. Paris, France : Éditions d'Organisation.
- Martineau, Y., Wils, T., & Tremblay, M. (2005). La multiplicité des ancres de carrière chez les ingénieurs québécois : impacts sur les cheminements et le succès de carrière. *Relations industrielles/Industrial Relations*, 60(3), 455-482.
- Miles, M.-B., & Huberman, A.-M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2e éd.). Paris, France : De Boeck.
- Rodrigues, R., Guest, D., & Budjanovcanin, A. (2013). From anchors to orientations: Towards a contemporary theory of career preferences. *Journal of Vocational Behavior*, 83, 142-152.
- Schein, E. H. (1996). Career Anchors Revisited: Implications for Career Development in the 21st Century. *The Academy of Management Executive*, 10(4), 80-88.
- Schein, E. H. (1978), *Career Dynamics: Matching Individual and Organizational Needs*. Reading, MA : Addison-Westley Publishing Company.
- SECOR-TAKTIK (2009). *Prospective du marché du travail dans le Bas-Saint-Laurent : les grands défis et les scénarios de développement des compétences*. Présenté à la table inter ordres. Repéré à : http://emploi.quebec.gouv.qc.ca/fileadmin/fichiers/pdf/Regions/Bas-Saint-Laurent/01_etude_prospectives-marche-travail.pdf
- Van der Ham, A. J., Ujano Batangan, M.-T., Ignacio, R., & Wolffers, R. (2014). Toward healthy migration : An exploratory study on the resilience of migrant domestic workers from the Philippines. *Transcultural Psychiatry*, 51(4), sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav doi: 10.1177/1363461514539028 tps.sagepub.com

Le récit de vie comme support de résilience : recherche-action avec des familles migrantes ayant un enfant en situation de handicap

Geneviève Piérart

Haute école de travail social Fribourg, Suisse

genevieve.pierart@hefr.ch

Alida Gulfi

Haute école de travail social Fribourg, Suisse

alida.gulfi@hefr.ch

Elena Scozzari

Haute école de travail social Fribourg, Suisse

elena.scozzari@hefr.ch

Sylvie Tétreault

Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO)

Haute école de travail social et de la santé – EESP – Lausanne, Suisse

Tél. : +41.21.651.03.27

sylvie.tetreault@eesp.ch

Chantal Desmarais

Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIIS)

Université Laval, Canada

chantal.desmarais@fmed.ulaval.ca

Sally Lindsay

Bloorview Research Institute, Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital, Toronto, Canada

slindsay@hollandbloorview.ca

Résumé

Ce texte présente les résultats d'une recherche-action menée auprès de familles migrantes ayant un enfant en situation de handicap, dans laquelle le récit de vie a été mobilisé comme support de résilience. Les familles ont participé à un programme lors duquel elles ont partagé leurs expériences en lien avec la migration et le handicap et fait le récit de leur histoire. L'analyse s'est centrée sur le sens que les familles ont donné aux défis rencontrés pour les transformer en ressources. Le programme a ainsi confirmé la fonction du récit de vie comme agent de transformation des expériences de vie.

Mots-clés : Familles migrantes, handicap, récit de vie, résilience

Life story as a support for resilience: Action-research with migrant families with a child with disabilities

Abstract

This text presents the results of an action-research conducted with migrant families with a child with a disability, in which the life story was mobilized as a support for resilience. Families participated in a program where they shared their experiences related to migration and disability and told their stories. The analysis focused on the meaning families have given to the challenges they face by turning them into resources. The program has thus confirmed the function of the story of life as an agent of transformation of life experiences.

Keywords: Immigrant families, disability, life story, resiliency

1. Problématique

On parle de résilience familiale lorsqu'une famille se développe dans des conditions de vie adverses et réussit à maintenir sa cohésion et le bien-être de ses membres (Anaut, 2010). La migration et la survenue du handicap constituent des sources d'adversité potentielles ; toutes deux peuvent impliquer une baisse des revenus, des réorganisations familiales, une redéfinition des relations avec l'entourage, la gestion d'une aide extérieure parfois contrainte et des changements de valeurs (Gulfi & Piérart, 2015 ; Kriz & Skivenes, 2010 ; Pelchat, 2012 ; Pickel, 2011 ; Sorrentino & Delage, 2010). Pourtant, nombreuses sont les familles qui dépassent ces facteurs de vulnérabilité et font preuve d'un fonctionnement résilient, pour autant qu'elles bénéficient d'un soutien social leur permettant de dépasser les traumatismes liés à ces expériences de vie particulières (ibid.). Comment les intervenants des services accompagnant les familles migrantes ayant un enfant en situation de handicap peuvent-ils promouvoir ce fonctionnement résilient ? Comment les institutions elles-mêmes peuvent-elles soutenir la résilience familiale ?

Les recherches s'intéressant à la résilience des familles de personnes en situation de handicap abordent souvent celle-ci dans une perspective normative, postulant qu'il existe des familles « résilientes » et des familles « non résilientes » sur la base de compétences et de situations prédéfinies (Breitkreuz *et al.*, 2014 ; Hutcheon & Lashewicz, 2015 ; McConnell & Savage, 2015). Or, comme le souligne Ungar (2011), il est nécessaire de se départir de tout cadre normatif, en particulier lorsque l'on s'intéresse à des familles issues de milieux socio-culturels diversifiés. La résilience familiale doit être envisagée dans une perspective compréhensive de la manière dont la famille envisage son propre fonctionnement (comme positif ou négatif) : il s'agit d'accéder à la signification qu'elle donne à ses expériences (Breitkreuz *et al.*, 2014 ; McConnell & Savage, 2015).

Dans cette perspective, le recueil du récit de vie des familles de personnes en situation de handicap constitue un outil pertinent pour appréhender leur processus de résilience. En effet, il permet d'accéder au sens que les membres de la famille donnent à leur vécu, que les événements soient relatés de manière objective ou non (contrairement à ce qui est demandé dans le cadre du recueil d'anamnèse). De plus, la production du récit par la famille lui permet de reconfigurer son histoire et de lui donner une cohérence pour faire le lien entre le passé et l'avenir (Pineau & Legrand, 2007).

La migration, tout comme la survenue du handicap, conduisent la famille à vivre des situations choisies et non choisies, à réaliser des apprentissages et à transformer son vécu en expérience positive pour pouvoir se projeter dans l'avenir. Le recueil de son récit permet une mise en mots ou en images de ce processus d'apprentissage et de transformation (Montgomery & Lamothe-Lachaine, 2012 ; Piérart, 2014). Lorsqu'il s'insère dans un projet collectif impliquant plusieurs familles, le recueil de récit de vie favorise également l'identification, par la famille, de ses propres forces (De Gaulejac & Legrand, 2008). Dans le recueil de récit de vie, la personne choisit ce qu'elle va dire (ou pas) en fonction de ce qui est significatif pour elle (Pineau & Legrand,

2007). Or l'accès à cette signification peut procurer une meilleure connaissance de la famille et permettre de soutenir sa résilience en renforçant, par des soutiens extérieurs, ce qui a du sens pour elle (Bernheimer & Weisner, 2007).

Cet article présente les résultats d'une recherche-action menée auprès de familles migrantes ayant un enfant en situation de handicap, dans laquelle le récit de vie a été mobilisé en tant que support de résilience.

2. Méthodologie : le Journal de famille

La recherche-action, réalisée en 2014, s'est inscrite dans un projet plus large étudiant la collaboration entre les familles migrantes ayant un enfant en situation de handicap et les professionnels qui les accompagnent (Piérart, Gulfi, & Scozzari, 2015). Elle visait à identifier les ressources des familles et à mieux comprendre leurs trajectoires de vie, tout en leur offrant une activité à vivre en famille et des temps de rencontres avec d'autres familles. Sur la base du programme « Journal de famille » élaboré par Hurtubise et Vatz Laaroussi (1995), les familles ont été invitées à des ateliers dans lesquels elles participaient à des activités et constituaient, au fil des rencontres, un journal racontant leur histoire. Deux rencontres individuelles ont été réalisées avec chaque famille, au début et à la fin du programme. Les ateliers ont été filmés et enregistrés, les productions des familles photographiées. Les enregistrements ont été retranscrits pour l'analyse.

Les données ont fait l'objet d'une analyse qualitative itérative (Miles & Huberman, 2003) : elles ont été regroupées en catégories afin d'identifier les différentes composantes des contextes de vie des familles, les liens entre ces composantes et leur impact sur la production du récit. Celui-ci a été analysé à la fois dans une perspective diachronique (les événements vécus par la famille qui sont significatifs pour elle) (Delage, 2010) et synchronique (les routines que les familles ont mises en place pour gérer leur quotidien) (Bernheimer & Weisner, 2007). La triangulation des données (observation participante, transcriptions et analyse du matériel produit pendant les ateliers) a renforcé la validité des résultats (Maxwell, 2013), qui ont été restitués aux familles.

Quatre familles ont participé au programme : une famille suisse et trois familles migrantes dont une famille « mixte » (un parent suisse et un parent migrant) et une famille monoparentale. Les enfants en situation de handicap, âgés de deux à six ans, présentaient une déficience d'origine génétique (deux enfants), une déficience d'origine accidentelle (un enfant) et un retard de développement sans étiologie spécifique (un enfant). Deux frères et sœurs, de cinq et dix ans, ont également participé aux ateliers. Les familles ont été sollicitées par l'intermédiaire d'un service éducatif proposant des interventions à domicile pour stimuler l'enfant en situation de handicap et proposer de la guidance parentale.

3. Résultats : contraintes et ressources des familles

Au fil des ateliers, les familles ont fait part des étapes importantes de leur histoire de vie, des défis qu'elles rencontrent et des ressources qu'elles mobilisent.

La famille C. est composée des parents et de deux filles, Annie, dix ans, et Elsa, trois ans, qui présente une déficience. Les parents sont arrivés en Suisse avec Annie il y a sept ans, pour travailler dans la construction et la restauration. Après la naissance d'Elsa, la mère a arrêté de travailler. Les parents ont connu des difficultés de couple et se sont séparés provisoirement. La famille vit à nouveau réunie, dans un logement très petit mais bien aménagé grâce aux talents de bricoleur du père. Malgré leur précarité financière, les parents sont très attentifs aux besoins de leurs deux filles et la mère profite des conseils de l'intervenante du service éducatif pour proposer des activités familiales stimulantes et peu coûteuses. Les parents envisageaient de rentrer dans leur pays d'origine mais ont différé ce projet en raison de la déficience d'Elsa ; ils prévoient d'y retourner quand elle sera adulte. Ils pensent que leurs deux filles préféreront rester en Suisse, ce que confirme Annie, et imaginent donc une vie autonome pour Elsa. Leurs préoccupations actuelles ne portent pas uniquement sur le handicap mais aussi sur l'éducation de leurs enfants et leur avenir. La mère a repris une activité professionnelle à temps partiel et envisage de faire partie d'une association de parents.

La famille H., en Suisse depuis six ans, est composée d'une mère et de sa fille, Lily, six ans, qui présente un retard de développement. Les parents se sont mariés il y a sept ans. Leur migration a duré un an, et Lily est née juste après l'arrivée en Suisse. Le statut de réfugiés des parents ne leur permettait pas de travailler. Les premières années en Suisse ont été marquées par des conflits conjugaux. C'est alors que Lily a montré les premiers signes de retard. De nombreux services sont intervenus, parfois sous contrainte, pour soutenir la famille. La mère s'est sentie très seule durant ces années : son pays, dans lequel elle dit avoir vécu heureuse, lui manquait beaucoup. Elle a dû se battre pour obtenir certains services pour Lily. Finalement, les parents se sont séparés et le père a quitté la Suisse, ce qui correspond au début d'une nouvelle vie pour la mère. Celle-ci pense que Lily va surmonter ses difficultés, et voit leur avenir en Suisse. Elle envisage d'améliorer ses connaissances en français et de se former pour reprendre une activité professionnelle, maintenant que sa situation migratoire est stabilisée.

La famille P. est composée d'un père suisse, d'une mère migrante arrivée en Suisse il y a 14 ans, et de deux garçons, David, quatre ans, qui présente une déficience, et Tim, neuf mois. Les parents ont pris conscience des difficultés de David lorsqu'il avait environ un an. Comme les réponses des médecins suisses ne les satisfaisaient pas, ils se sont rendus à plusieurs reprises dans le pays de la mère pour obtenir un diagnostic et entreprendre différentes thérapies. Le père a alors mis son activité professionnelle entre parenthèses pour se consacrer à David. Les allées et venues entre les deux pays se sont poursuivies jusqu'à la naissance de Tim ; les parents sollicitent désormais davantage de prestations en Suisse et le père s'est engagé dans différentes associations. Les parents expriment un fort sentiment de fatigue et de lassitude face à un

quotidien très chargé. Les parents envisagent l'avenir de David près d'eux, car il ne pourra pas, selon eux, vivre de manière autonome. La mère continue d'entretenir des liens étroits avec son pays d'origine. Ses parents ont beaucoup aidé la famille suite à la naissance de David, tant dans leur pays qu'en Suisse.

La famille B. est composée de deux parents suisses, d'un garçon de cinq ans, Adrien, et d'une fille de deux ans, Léa, qui présente une déficience. Les parents sont originaires de la même région et y vivent toujours. Leurs familles respectives habitent à proximité. Le père travaille comme ouvrier et la mère est vendeuse. L'annonce du handicap de Léa a eu lieu trois mois avant sa naissance, lors d'une échographie. Ça a été un choc pour les parents qui l'ont découvert en même temps que le médecin. Il a fallu attendre que Léa ait quatre mois pour pouvoir établir un pronostic un peu plus précis, mais celui-ci reste incertain. Les parents apprécient les services mis en place pour Léa mais ils aimeraient que ses progrès soient plus rapides. La mère travaille maintenant le week-end et son mari prend le relais auprès des enfants, avec l'aide des grands-parents. Le handicap de Léa incite la famille à vivre au jour le jour, à traiter un problème à la fois. Les parents se montrent néanmoins conscients des ressources familiales, tant sur le plan interne (partage de moments positifs en famille, bonne organisation du quotidien, courage face aux difficultés) qu'externe (soutien de l'entourage, qualité des services offerts à Léa).

4. Discussion : les récits des familles

Les récits des quatre familles sont marqués par des formes de résilience non normatives (Ungar, 2011), puisqu'elles sont associées à des contraintes considérées comme des facteurs de vulnérabilité, renforcées pour trois familles par la situation migratoire : précarité matérielle, difficultés conjugales, surcharge quotidienne, confusion des repères entre le pays d'origine et le pays d'accueil. Néanmoins, les familles parviennent, à travers leurs récits, à donner des significations positives à leur vécu, source d'apprentissage.

Le récit de la famille C. met en évidence une évolution du processus d'adaptation au handicap, dans une temporalité assez restreinte (trois ans). La survenue du handicap a failli faire éclater la cellule familiale mais celle-ci a résisté. Les souffrances et ressources de la famille se sont d'abord concentrées sur l'acceptation du handicap ; avec le temps, la place de celui-ci s'est relativisée, il a été replacé dans le contexte plus global de l'histoire familiale. Le récit permet de donner un sens positif aux événements vécus par la famille, y compris la crise conjugale qui, avec le recul, est considérée par les parents comme une étape de vie qui leur a beaucoup appris. La participation au programme a offert à la fille aînée l'occasion d'exprimer ce qu'elle a vécu durant cette crise et sa perception de la façon dont sa petite sœur l'avait ressentie.

Chez la famille H., le récit permet à la mère de reconfigurer son vécu familial avec sa jeunesse heureuse, la période douloureuse des premières années de migration et la sérénité retrouvée aujourd'hui, qui laisse émerger de nouveaux projets. Cette famille a été fragilisée par la concomitance entre migration et survenue du handicap (Piérart, 2013) : les parents ont été en perte de repères et tout indique une situation de vulnérabilité (précarité juridique et économique,

isolement social, conflits conjugaux). Une fois que les soutiens se mettent progressivement en place, ce qui va de pair avec une évolution de la situation conjugale (séparation des parents) et une adaptation progressive de la mère et de la fille à la société d'accueil, celles-ci peuvent se tourner vers l'avenir.

Le récit de la famille P. est très marqué par la temporalité du quotidien, avec un sentiment d'urgence et de surcharge exprimé par les parents. La fatigue est un thème central, elle s'accompagne de l'expression du besoin que ça change. Lorsque nous revoyons la famille au terme du programme, des solutions sont en cours d'élaboration pour amorcer ce changement, notamment la sollicitation de services fournis à domicile pour limiter les déplacements à l'extérieur. L'« arrêt sur image » suscité par leur participation au programme a permis aux parents de prendre conscience des ressources de la famille. Quand ils se projettent dans l'avenir, ils restent assez proches de ce qu'ils ont mis en place jusqu'à aujourd'hui, comme le montre leur souhait que David vive près d'eux lorsqu'il sera adulte.

Le récit de la famille B. fait émerger les étapes importantes de l'histoire familiale, et l'alternance que vit la mère entre des moments de découragement et des moments d'énergie. Elle sait qu'elle fonctionne de cette façon et a appris à faire avec. Les rythmes du quotidien sont également contrastés, avec des tâches qui s'enchaînent sans répit mais une lenteur des progrès, des traitements et des pronostics. Enfin, la temporalité est celle du présent, avec l'injonction que se donnent les parents de vivre « au jour le jour », conjuguée avec l'avenir et à toutes les incertitudes qui y sont liées.

Les récits des quatre familles montrent que malgré les difficultés rencontrées, l'évaluation qu'elles font de leur fonctionnement, passé et actuel, est plutôt positive. Elles ont pu s'exprimer sur les contraintes environnementales et familiales qui sont significatives pour elles, et l'évocation des défis relevés a contribué à renforcer leur sentiment d'efficacité. La situation migratoire accentue les contraintes mais, dans une perspective de résilience, elle contribue aussi à développer les forces de la famille.

5. Conclusion

Ces constats invitent les intervenants accompagnant des familles d'enfants en situation de handicap à envisager la résilience comme un processus incluant le sens que les familles attribuent à leur vécu. Cela n'exclut pas les paradoxes (les familles peuvent se montrer résilientes dans certains aspects de leur vie et pas dans d'autres) ni la diversité des réponses apportées. Ces trois aspects – processus, paradoxe et diversité – sont particulièrement importants lorsque l'on accompagne des familles issues de milieux socio-culturels variés (Hutcheon & Lashewicz, 2015). Le développement de lieux et d'espaces permettant aux familles migrantes de produire leur récit de vie leur offre un support pour reconstruire une cohérence entre l'avant et l'après migration, transmettre une histoire familiale en héritage et se projeter dans l'avenir.

Références

- Anaut, M. (2010). Les processus de résilience familiale : pistes de réflexions et axes de travail avec les familles. Dans M. Delage & B. Cyrulnik (Eds.). *Famille et résilience* (pp.39-60). Paris, France : Odile Jacob.
- Bernheimer, L. P., & Weisner, T. S. (2007). "Let Me Just Tell You What I Do All Day..." The Family Story at the Center of Intervention Research and Practice. *Infants and Young Children*, 20(3), 192-201.
- Breitkreuz, R., Wunderli, L., Savage A., & McConnell, D. (2014). Rethinking resilience in families of children with disabilities: a socioecological approach. *Community, Work & Family*, 17(3), 346–365. Récupéré de : <http://dx.doi.org/10.1080/13668803.2014.893228>
- De Gaulejac, V., & Legrand, M. (2008). *Intervenir par le récit de vie. Entre histoire collective et histoire individuelle*. Ramonville Saint-Agne, France: Editions érès.
- Gulfi, A., & Piérart, G. (2015). Handicap et contexte multiculturel. Quelle pratique pour les professionnels ? *Actualité sociale*, 59, 14.
- Hurtubise, R., & Vatz Laaroussi, M. (1995). *Journal de famille*. Sherbrooke, Canada: Université de Sherbrooke.
- Hutcheon, E. J., & Lashewicz, B. (2015). How individuals with disabilities and their families resilient? Deconstructing and Recasting a Well-Intended Concept. *Journal of Social Work in Disability and Rehabilitation*, 14(1), 41-60.
- Križ, K., & Skivenes, M. (2010). "We have very different positions on some issues": how child welfare workers in Norway and England bridge cultural differences when communicating with ethnic minority families. *European Journal of Social Work*, 13(1), 3-18.
- Maxwell, J. A. (2013). *Qualitative research Design: An Interactive Approach*, (3e éd.). Londres, Royaume-Uni: Sage.
- McConnell, D., & Savage, A. (2015). Stress and Resilience Among Families Caring for Children with Intellectual Disability: Expanding the Research Agenda. *Current developmental disorders reports*, 2, 100-109. doi: 10.1007/s40474-015-0040-z
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*, (2e éd.). Bruxelles, Belgique : De Boeck Supérieur.
- Montgomery, C., & Lamothe-Lachaine, A. (2012). *Histoires de migration et récits biographiques. Guide de pratique pour travailler avec des familles immigrantes*. Montréal, Canada : Université du Québec à Montréal.

- Pelchat, D. (2012). *Reconstruire la vie. Défi et espoir pour les pères et les mères d'un enfant ayant un problème de santé*. Montréal, Canada : Guérin.
- Pickel, G. (2011). Communication intervention in children with severe disabilities and multilingual backgrounds: Perceptions of pedagogues and parents. *Augmentative and Alternative Communication*, 27(4), 229-244.
- Piérart, G. (2013). *Handicap, migration et famille. Enjeux et ressources pour l'intervention interculturelle*. Genève, Suisse : ies éditions.
- Piérart, G., Gulfi, A., & Scozzari, E. (2015). *La collaboration entre les familles migrantes ayant un enfant en situation de handicap et les professionnels du travail social, de la santé et de l'éducation. Rapport final interne*. Givisiez, Suisse.
- Pineau, G., & Legrand, J.-L. (2007). *Les histoires de vie*. Paris, France : PUF.
- Sorrentino, A.-M., & Delage, M. (2010). Promouvoir la résilience dans les familles d'enfants déficients. dans M. Delage & B. Cyrulnik (Eds.). *Famille et résilience* (pp. 225-240). Paris, France : Odile Jacob.
- Ungar, M. (2011). The social ecology of resilience: Addressing contextual and cultural ambiguity of a nascent construct. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 81(1), 1-17.

The origins of resilience research: Race, resilience, and the internal migration of African Americans in the USA, 1965-1975

Wade E. Pickren

Ithaca College, United-States

Tel. : +1 (607) 229-4497

Wpar29@gmail.com

Abstract

The social context for the initial work on resilience in the USA was the immense upheaval of the 1960s, especially Civil Rights and the perceived blight of many large American cities. Scientists wanted to know if the impact of racism, poverty, urban blight, and other risk factors for children could be ameliorated and sought to draw clues from the study of children who seemed normal despite these problems. Many of the scientists used a culture of poverty model of African Americans and other racial minorities that led to a misreading of African American communities and a failure to see their strengths as sources of resilience.

Keywords: Cultural strengths, racism, invulnerable children, African American communities

Résumé

La context social du travail initial sur la resiliance aux États-Unis a découlé du bouleversement immense des années 1960, en particulier des droits civils et des problèmes de nombreuses grandes villes américaines. Les scientifiques voulaient savoir si l'impact du racisme, de la pauvreté, de la dégradation urbaine et d'autres facteurs de risque pour les enfants pouvaient être diminué. Ils ont cherché à tirer des indices des études réalisées sur les enfants qui appaissaient normaux malgré ces risques. Un grand nombre de scientifiques ont utilisé le modèle de la culture de la paupreté Afro-Américains et d'autres minorités raciales qui a conduit à une mauvaise lecture des communautés afro-américaines et à un échec de voir leurs forces comme des sources de résilience.

Mots-clés : Forces culturelles, racisme, enfants invulnérables, communautés afro-américaines

The origins of research in the USA into what came to be called resilience lie in social and behavioral scientists' interests in vulnerability and risk factors in schizophrenia. The time frame for this early research is the mid-1960s to the mid-1970s. The social context for the work was the immense social upheaval of the time, Civil Rights, Black Nationalism, and the perceived blight of many large American cities, especially the poor living conditions of many African Americans. The most significant research scientist of what came to be labeled resilience was Norman Garmezy. He wanted to know if the impact of racism, poverty, urban blight, divorce, neglect, war and other risk factors for children could be ameliorated. Perhaps the study of children whose developmental arc seemed normal despite these problems would hold clues that could lead to interventions that would help others (Garmezy, 1971). In this, as in so many other research topics, Garmezy was prescient. I will return to his work for a closer analysis later. I must also emphasize that the theoretical framework of Garmezy and many of his well-intentioned colleagues was deeply embedded in a culture of poverty or cultural deprivation model of African Americans and other racial and ethnic minorities. This led, I will argue, to a misreading of African American communities and a failure to see the strengths of those communities. First, however, I will contextualize the development and growth of urban African American communities in mid-20th century United States.

In the period from 1916-1970, more than six million African Americans migrated from the American South to cities of the North, Midwest, and West. Historically deprived of economic opportunities and subject to continued oppression through Jim Crow laws, African Americans migrated in search of better lives, to find "the warmth of other suns" in the words of author Isabel Wilkerson (2010).

The migration accelerated during World War II as the wartime economy opened up many new jobs in new defense plants built in and around major urban areas (Lotchin, 1984). The immigration continued after war, putting great pressure on urban living conditions and making salient that racial tension and conflict was not the sole province of the South. New York, Detroit, Washington DC, Chicago, and many other cities all experienced major gains in their African American population between 1940 and 1960 (K. Tauber & A. Tauber, 1965). For example, New York (137%), Philadelphia (111%), Chicago (193%), Buffalo (301%), Detroit (223%), and Washington DC (120%) were among the cities that experienced sharp growth in the number of African American residents (Mohl, 2001).

As a result, urban communities in post-war America became a critical focal point for issues of race and social equality (Hirsch, 1983, 2000; Kivisto, 1986; Mohl, 2001; Pickren, 2011; Sugrue, 1995, 1996; Tauber & Tauber, 1965). The growth of the urban black population impacted housing stock within the cities, as white neighborhoods came under pressure to accommodate the housing needs of the growing black population. By the late 1940s and through the 1950s, the housing needs of African Americans and other urban minorities led to sharp, often violent, confrontations over efforts to move into white neighborhoods.

By the time of the inauguration of John F. Kennedy as U. S. President in early 1961, poverty and related social problems were rising in public awareness and viewed by white Americans through the lens of race. Both the Kennedy and Johnson Presidential administrations made American poverty and its sequelae a focus for political action. According to one analyst, one in

four Americans lived in poverty (Harrington, 1962), although this alarming proportion fails to indicate that the percentage of urban African Americans living in poverty was much higher. What did the term poverty indicate in the early 1960s? The most basic, though arbitrary, measure was lack of income, operationalized as a poverty threshold or line. Initially proposed as less than \$1 000 in annual income; by 1964, the Council of Economic Advisors (CEA) was using \$3 000. But poverty was more than simply lack of income. It was embodied in the physical environment of inadequate, substandard housing – whether rural or urban – that constricted any vision of possibility for a different life (Hirsch, 1983, 2000; Pickren, 2011). Poverty also meant lack of opportunities in education and employment, typically accompanied by lack of medical care, higher infant mortality, more chronic illnesses, and greater incidence of disability (Pickren, 2016; Weber & Wallace, 2012).

Was poverty primarily caused by structural factors, such as industrial automation, exclusionary labor policies, political practices, worker exploitation, age, geography, racial and ethnic discrimination, gender, and family structure (e.g., Clark, 1965)? Or were the poor simply deficient in character, lazy, psychologically warped, dependent, impulsive, unable to delay gratification, uneducated, and trapped in a culture of poverty? The implications for intervention differed dramatically depending on one's answer. If structural barriers were the primary cause of poverty, then effective interventions would require changes at the societal level (Myrdal, 1964). Others, particularly American social and behavioral scientists, viewed the poor as suffering from cultural deprivation or character deficits. This perspective espoused a culture of poverty model first articulated by the anthropologist Oscar Lewis (1961, 1966). In this view, the appropriate interventions were to help the poor through the inculcation of white middle class values, which would make the person suitable for employment. In this explanation of poverty there was no need to address societal or political structures; the fault lay entirely within the person.

The culture of poverty, or cultural deprivation, model was ascendant in social and behavioral sciences by the mid-1960s. Psychologists by and large invoked it to explain intellectual deficits, low educational achievement, and poor school performance by children of racial and ethnic minority families. Indeed, the psychologists who played a role in shaping Head Start, a national program begun as part of the War on Poverty to address poor pre-school children's health and educational needs, embraced a culture of poverty model of those children.

But, it is reasonable to ask, what about the urban minority population communities, primarily African American in population in the period? What beyond substandard housing, inadequately funded schools, and high infant mortality rates were the characteristics of these communities? What if scientists of that time and we in our time could remove, even briefly, the lens of educated middle-class privilege that make us see others as deprived in their difference? Would it be possible to find strengths in these communities?

The framers of the War on Poverty of the 1960s certainly thought so, though one has to look past the patronizing language that was used (Foote & Cottrell, 1955; Helfgot, 1981; Ohlin, 1960). The initial guiding principles for the interventions that became the War on Poverty were based on opportunity theory, developed by sociologists Lloyd Ohlin and Richard Cloward, and the concept of community competence articulated by sociologist Leonard Cottrell. These two theoretical frameworks were deployed as arguments for a community based approach to urban

problems by the planners of the War on Poverty, but were never consistently or systematically implemented in community action (Pickren, 2016).

Beyond the theoretical frame of opportunity theory and community competence, there was also substantial empirical evidence that poor urban communities were capable of providing support and nurturing human lives, despite the violence, the lack of resources, and poor health care. Psychopathology risk researchers had noted (e.g., Heston & Denny, 1968), many children who grew up in environments that exposed them to neglect, hardship, and who may have had a parent with schizophrenia still grew up competent and capable. Garmezy had labeled children who grew up in high risk homes and communities but who had become competent and high functioning adults as “invulnerable” (Garmezy, 1971, p. 114). He especially pointed investigators toward the study of such children in inner cities. He thought that these children would teach scientists invaluable lessons about prevention of mental disorders.

There were also sociological and anthropological studies of poor, mainly African American urban communities that indicated such communities were often resourceful in providing for the healthy functioning of their children (Dunham, 1965; Robins, 1967; Suttles, 1968). Perhaps the most striking study of urban African American communities was conducted by anthropologist Carol Stack (1974). Rather than a community marked by irresponsible and unmotivated inhabitants, Stack found a community that was adaptive in the face of structural barriers imposed by governmental policy and inadequate income provided by available employment. Community members cared for each other’s children, helped when problems arose, and were supportive of each other in crises.

By the late 1960s and early 1970s, there were many intellectual resources and applications about Black communities and individuals provided by African American psychologists and social scientists. Some addressed the inadequacy of white psychologists’ understanding of black communities. African American psychologist, Joseph White, who was the first to use the term Black Psychology in print, (1970), put it this way:

Most psychologists take the liberal point of view which in essence states that black people are culturally deprived and psychological maladjusted because the environment in which they were reared as children lacks the necessary early experiences to prepare them for excellence in school, appropriate sex-role behavior, and, generally speaking, achievement within an Anglo middle-class frame of reference.Possibly, if social scientists, psychologists, and educators would stop trying to compensate for the so-called weaknesses of the black child and try to develop a theory that capitalizes on his strengths, programs could be designed which from the get-go might be more productive and successful. ...Maybe people who want to make the Black a case for national action should stop talking about making the black family into a white family and instead devote their energies into removing the obvious oppression of the black community which is responsible for us catching’ so much hell. (White, 1970/1972, pp. 43-45).

As Dr. White noted, the need was for theory, research, and interventions that explicated and built upon the strengths of black communities and black individuals, adult or child. These needs began to be met by the mid-1960s as the number of African American psychologists, though still small relative to the number of white psychologists, began to grow. Many of these early and mid-career psychologists were influenced in the 1960s by the emergent Black Nationalist movement and especially by the work of Malcolm X. Student activists who embraced Black Nationalism further articulated the sense of Black Pride and pointed out the reasons for anger in the black community (e.g., Carmichael & Hamilton, 1967; Grier & Cobbs, 1968). Black Power, Black Pride, “Black is Beautiful” became watchwords of the movement and guided community programs. It was in this era that the term Black, to refer to those who were previously labeled Colored or Negro, was taken as the preferred racial self-designation. In this atmosphere, then, young Black psychologists took it upon themselves to create an oppositional psychology (Williams, 1974, 2008). Out of this movement new theories and models of psychology emerged as it became clear that Black Psychology was not a reaction to a misguided and oppressive White psychology. Many articulated a psychology based on the strengths and resilience of Black folks and Black communities. In journals and books, especially the several editions of Reginald Jones’s *Black Psychology* (1972 and ff), is an expression of a world-view that emphasizes community and the strength that the community gives to its members (Nobles, 1972).

Thus, there was a tension or even contradiction in the approach of social and behavioral scientists in the late 1960s to urban problems. On the one hand, there was both theoretical and empirical support for the strengths to be found in urban, especially black, communities. On the other hand, many social and behavioral scientists, particularly psychologists, conceptualized poor communities as culturally deprived, made up of individuals who failed to help themselves. As historian Michael Katz has pointed out, “the culture of poverty concept reflected the liberalism of its time which made the assumption that the poor were dependent and helpless, passive, unable, without the leadership of liberal intellectuals, to break the cycles of deprivation and degradation that characterized their lives” (Katz, 1989, p. 17).

I would argue that many, if not most, of the first generation of resilience researchers neglected the extant literature on the strengths of poor urban communities and proceeded from the assumption that strengths, if there were any to be found, would lie within individuals. The questions for many of the psychologists involved in the early years of resilience research were framed in terms of individual characteristics. As noted, Garmezy and his colleagues hoped that their research would help behavioral scientists understand individual risk factors and how they unfolded, as well as help identify any factors or conditions that might be protective against risks. For example, a child who had good interpersonal skills may have been able to avoid interpersonal conflict. Over the next 20-plus years, resilience research blossomed and it became clear that resilience was multifaceted. Protective factors were elucidated, as well as events that were likely to prove overwhelming for most children. Over time, longitudinal studies began to reveal how resilience might change over the course of a person’s life. By and large, however, the research remained focused on children and adolescents, with a primary emphasis on individuals.

Ann Masten has called resilience “ordinary magic.” By this, she means that the factors that lead to resilience are all facets of what human beings have evolved to do to adapt to a sometimes

hostile and threatening environment. In other words, resilience is part of what has helped humans survive (Masten, 2001).

Yet, increasingly, investigators are seeing the need to examine resilience in terms of social, community, and cultural factors. Michael Ungar has reminded us of the importance of culture in understanding resilience (Ungar, 2008) and that communities or cultural groups must be the final arbiter on what counts for resilience. Thus, a task before those of us who seek to understand resilience is to make sure that we seek our understanding in a mode that allows us to respect multiple cultures and contexts.

In the last decade as researchers have begun to ask the culture question about resilience we have found many practices that differ dramatically from what North American psychologists have defined as necessary or typical of resilient behaviour. Larry Kirmayer and his colleagues have made important contributions regarding resilience among the indigenous peoples of Canada (e.g., Kirmayer, Dandeneneau, Marshall, Phillips, & Williamson, 2011) that help us understand that resilience is grounded in language, culture, and history and that we cannot ignore histories of oppression (cf., Thomas, Mitchell, & Arsenau, 2016). Even when we consider resilience as the ordinary magic of human adaptive processes, we must remember that adaptation is always about survival and thriving in a particular time, place, and context.

References

- Baritz, L. (1982). *The good life: The meaning of success for the American middle class*. New York, NY: Harper & Row.
- Carmichael, S., & Hamilton, C. V. (1967). *Black power: The politics of liberation in America*. New York, NY: Vintage Books.
- Clark, K. B. (1965). *Dark ghetto*. New York, NY: Harper & Row.
- Coates, T. (2014, June). The case for reparations. *The Atlantic*, <http://www.theatlantic.com/magazine/archive/2014/06/the-case-for-reparations/361631/>. Retrieved June 9, 2016.
- Deutsch, M., & Collins, M. E. (1951). *Interracial housing: A psychological evaluation of a social experiment*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Dunham, H. W. (1965). *Community and schizophrenia*. Detroit, MI: Wayne State University Press.
- Foote, N. N., & Cottrell, Jr, L. S. (1955). *Identity and interpersonal competence: A new direction in family research*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Garmezzy, N. (1971). Vulnerability research and the issue of primary prevention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 41,101-116.
- Garmezzy, N., & Streitman, S. (1974). Children at risk: The search for the antecedents of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1, 14-90.
- Grier, W. H., & Cobbs, P. M. (1968). *Black rage*. New York, NY: Basic Books.
- Helfgot, J. H. (1981). *Professional reforming: Mobilization for Youth and the failure of social science*. New York, NY: Lexington Books.
- Heston, L., & Denny, D. (1968). Interactions between early life experience and biological factors in schizophrenia. In D. Rosenthal and S. S. Kety (Eds.), *The transmission of schizophrenia* (pp. 363-376). Oxford, United-Kingdom: Pergamon Press.
- Hirsch, A. R. (1983). *Making the second ghetto: Race and housing in Chicago, 1940-1960*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Hirsch, A. R. (2000). "Containment" on the home front: Race and federal housing policy from the New Deal to the Cold War. *Journal of Urban History*, 26, 158-189.
- Jones, R. L. (Ed.) (1972). *Black psychology*. New York, NY: Harper & Row.

- Katz, M. B. (1989). *The undeserving poor: From the War on Poverty to the war on welfare*. New York, NY: Pantheon Books.
- Kivisto, P. (1986). A historical review of changes in public housing policies and their impacts on minorities. In J. A. Momeni (Ed.), *Race, ethnicity, and minority housing in the United States* (pp. 1-18). New York, NY: Greenwood Press.
- Lewis, O. (1961). *Children of Sanchez*. New York, NY: Random House.
- Lewis, O. (1966). The culture of poverty. *Scientific American*, 215, 19-25.
- Lotchin, R. (1984). *The martial metropolis: U. S. cities in war and peace*. New York, NY: Praeger.
- Masten, A. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238.
- Mohl, R. A. (2001). Race and housing in the postwar city: An explosive history. *Journal of the Illinois State Historical Society*, 94, 8-30.
- Myrdal, G. (1964). *Challenge to affluence*. New York, NY: Pantheon.
- Nobles, W. W. (1972). African philosophy: Foundations for a Black psychology. In R. L. Jones (Ed.), *Black psychology* (pp. 18-32). New York, NY: Harper & Row.
- Ohlin, L. E. (1960, October). *The development of indigenous social movements among residents of deprived urban areas*, (Report # 001000). Sleepy Hollow, NY: Ford Foundation Archives.
- Ohlin, L., & Cloward, R. (1960). *Delinquency and opportunity, a theory of delinquent gangs*. New York, NY: Free Press.
- Pickren, W. E. (2011). Psychologists, race, and housing in postwar America. *Journal of Social Issues*, 67, 26-40.
- Pickren, W. E. (April, 2016). *Whose expertise? The poor, social scientists, and the struggle for community empowerment in the War on Poverty*. Beyond the Books: Psychology and the Public from the Cold War until the Present. Symposium at Sigmund Freud University, Vienna, Austria.
- Robins, L. N. (1966). *Deviant children grown up*. Baltimore, MD: Williams and Wilkins.
- Sugrue, T. J. (1995). Crabgrass-roots politics: Race, rights, and the reaction against liberalism in the urban North, 1940-1964. *Journal of American History*, 82, 551-578.
- Sugrue, T. J. (1996). *The origins of the urban crisis: Race and inequality in postwar Detroit*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

- Suttles, G. D. (1968). *The social order of the slum*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Tauber, K. E. & Tauber, A. (1965). *Negroes in cities: Residential segregation and neighborhood change*. Chicago, IL: Aldine.
- Thomas, D., Mitchell, T., & Arseneau, C. (2016) Re-evaluating resilience: From individual vulnerabilities to the strength of cultures and collectivities among indigenous communities. *Resilience*, 4, 116-129.
- Ungar, M. (2008). Resilience across cultures. *British Journal of Social Work*, 38, 218-235.
- Weber, B. A., & Wallace, A. (2012). Revealing the empowerment revolution: A literature review of the Model Cities program. *Journal of Urban History*, 38, 173–192.
- Wilkerson, I. (2010). *The warmth of other suns*. New York, NY: Random House.
- Williams, R. L. (1974). A history of the Association of Black Psychologists: Early formation and development. *Journal of Black Psychology*, 1, 9-24.
- Williams, R. L. (2008). A 40-year history of the Association of Black Psychologists (ABPsi). *Journal of Black Psychology*, 34, 249-260.

Le récit narratif : un outil de résilience assistée pour les jeunes migrants

Myriam Lapointe-Gagnon

Département de psychologie

Université du Québec à Trois-Rivières, Canada

myriam.lapointe-gagnon@uqtr.ca

Colette Jourdan-Ionescu

Département de psychologie

Membre du Centre de recherche et d'intervention sur la réussite scolaire

Université du Québec à Trois-Rivières, Canada

Tél. : +1 (819) 376-5011, poste 3550

Colette.jourdan@uqtr.ca

Résumé

Cette étude s'intéresse au récit narratif en tant qu'outil de résilience assistée pour des adolescents ayant vécu une migration. La résilience y est conceptualisée comme un processus permettant l'adaptation réussie dans un contexte d'adversité (Ionescu, 2011). Les défis liés à la migration sont complexes, surtout lors de l'adolescence, période d'importants changements développementaux marquée par la quête identitaire. L'analyse qualitative des récits vise à comprendre le processus naturel de résilience chez ces jeunes, particulièrement au niveau de la capacité à la narration de soi, soit la capacité à se raconter sa propre histoire de vie avec cohérence.

Mots-clés : Résilience, migration, adolescence, récit de vie, narration de soi

Narrative account: An assisted resilience tool for young migrants

Abstract

This study focuses on narration as a tool for assisted resilience for adolescents who have experienced migration. Resilience is conceptualized as a process for successful adaptation in a context of adversity (Ionescu, 2011). The challenges of migration are complex, especially during adolescence; a period of important developmental changes marked by the quest for identity. The qualitative analysis of narratives aims to understand the natural process of resilience in these young people, particularly in terms of the ability for self-narrative; the ability to coherently tell one's own life story.

Keywords: Resilience, migration, adolescence, life stories, personal narrative

1. Contexte théorique

La migration déstabilise l'équilibre normal de l'individu et nécessite une longue période d'adaptation. Une accumulation d'événements adverses peuvent l'accompagner : perte de repères, perte du statut socio-économique, risque de discrimination, séparation d'avec les proches, situations dramatiques tel un contexte de guerre, etc. La situation de migration peut ainsi conférer une intensité traumatique au contexte de vie (Anaut, 2015 ; de Tychey, 2001). Par ailleurs, on assiste actuellement à une diversification des trajectoires migratoires dans le monde : trajectoires ponctuées d'escales, de détours et d'éparpillement familial (Guilbert, 2005). Ces parcours entraînent un réaménagement important des identifications. Au Québec, environ 50 000 nouveaux immigrants ont été accueillis en 2015, dont 22,9% ont moins de 15 ans (Bulletin statistique sur l'immigration permanente au Québec, 2015). Dans une ville comme Montréal, plus de 50% des élèves de niveau secondaire sont issus de l'immigration récente, soit de première ou de deuxième génération (Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 2014).

Quand la migration survient à l'adolescence, les multiples pertes associées à la migration s'inscrivent dans une période de recherche identitaire marquée, souvent appelée « *crise d'adolescence* ». L'utilisation du mot « *crise* » pour qualifier l'adolescence fait référence au fait qu'elle constitue une étape du développement où l'équilibre psychique du sujet est remis en question (Braconnier & Marcelli, 1999). C'est principalement la poussée pulsionnelle liée à la puberté qui bouleverse alors les équilibres antérieurs (Marty, 2010). Une symptomatologie diversifiée peut en découler : allant de la dépression mélancolique à la fuite dans l'agir et les conduites à risque (Delaroche, 2000). Cette période s'accompagne aussi du développement de la pensée hypothético-déductive (Piaget, 1967). Accédant au monde des hypothèses, l'adolescent devient ainsi capable de se penser dans une continuité temporelle et de faire un premier bilan personnel de son histoire de vie.

Lorsque l'adolescence survient parallèlement à la migration, ce bilan est complexifié comme la déstabilisation psychique est double. Or, ce grand bouleversement peut aussi servir d'« *agent de résilience* » lorsqu'il mène à une restructuration profonde de la psyché et à un travail de subjectivation (Anaut, 2002). La résilience est ici conceptualisée comme un processus permettant l'adaptation réussie dans une situation d'adversité telle une migration (Ionescu, 2011). La résilience offre alors à l'adolescent qui migre l'opportunité de se transformer pour le mieux et de développer une intégration plus forte en tant que sujet suite à un moment de crise (Pourtois, Humbeeck, & Desmet, 2011). Du corpus actuel de recherche, on constate qu'un des vecteurs important de résilience au plan intrapsychique serait l'élaboration cognitive et affective des situations vécues, soit le fait de leur donner un sens (Rutter, 2006).

2. Méthodologie

En partant du constat que le sens attribué aux situations difficiles a un impact positif sur le processus résilient, cette étude s'intéresse à la façon dont les adolescents qui ont vécu une expérience migratoire racontent leur parcours et à la forme que prend leur récit. Globalement,

elle vise ainsi à comprendre comment est vécue et racontée l'expérience d'adolescents vivant une situation migratoire de leur point de vue. Pour ce faire, une approche qualitative de type phénoménologique a été utilisée.

Les participants sont sélectionnés selon leur représentativité théorique au construit étudié, soit le fait d'avoir vécu une expérience de migration à l'adolescence. Ils sont âgés de 14 à 17 ans et ont tous immigré au Québec au cours des trois dernières années. Leur principale tâche dans le cadre de cette étude en cours est de produire un discours improvisé sur l'histoire de leur parcours migratoire dans le cadre d'une entrevue de type récit de vie. Ils sont ainsi appelés à se remémorer spontanément les principaux événements de leur parcours migratoire tels qu'ils les ont vécus, mémorisés et totalisés à partir de la consigne suivante : « Imagine ton histoire d'immigration comme un livre, divise-la en chapitres et élabore sur chacun de ces chapitres » (Bertaux, 2005 ; McAdams, 1993). L'hypothèse à la base de ces décisions méthodologiques est qu'une narration de soi cohérente serait un socle important de résilience suite à un traumatisme, la représentation symbolique du passé permettant au sujet de se réinventer et d'intégrer le traumatisme à son histoire de vie (Cyrułnik, 2003 ; Kaufmann, 2001 ; Schauder, 2011). On entend ici par narration de soi le fait de se raconter pour soi et pour les autres.

3. Résultats

La collecte des données étant toujours en cours, il est actuellement trop tôt pour tirer des conclusions sur ce projet de recherche. L'hypothèse actuelle la plus probante est que les participants les plus résilients auront des récits plus cohérents que les participants moins résilients. C'est d'ailleurs la conclusion qui avait été tirée d'une étude semblable menée auprès d'immigrants adultes (Benish-Weisman, 2009). De plus, il sera intéressant de comparer les formes narratives des récits aux capacités résilientes des participants ainsi qu'aux dynamiques sous-jacentes du processus résilient. Globalement, cette étude vise à éclairer la façon dont s'organise la narration de soi chez les adolescents en liant les particularités formelles et thématiques des récits migratoires (forme de récit, cohérence interne, thèmes abordés etc.) aux résultats des jeunes à la CYRM-28 – une échelle de résilience culturellement valide (Daigneault, Dion, Ungar *et al.*, 2008).

4. Discussion

L'immigration dans une ville comme Montréal est un phénomène important qui exige de repenser et d'adapter les pratiques thérapeutiques actuelles. Actuellement, certains arrondissements de la ville de Montréal sont composés à plus de 40% de citoyens immigrants (Ville de Montréal, 2014). Par ailleurs, il y a une forte demande d'information sur la période de l'adolescence actuellement car on constate un allongement de cette période en Occident. En effet, la puberté débute de plus en plus tôt et l'indépendance monétaire est acquise de plus en plus tard (Cyrułnik, 2003 ; Delaroche, 2000). On se retrouve ainsi avec de plus en plus d'adolescents traversant parallèlement un processus migratoire : des adolescents plus à risque de déséquilibre psychique.

Or, vivre son adolescence conjointement à une migration comporte aussi son lot d'opportunités. Dans la rupture, l'être humain se remet en mouvement et crée de nouveaux liens, de nouveaux rapports à l'autre et découvre de nouveaux lieux physiques et symboliques (Guilbert, 2005). L'adolescence est une période où l'identité est justement tissée au présent, au gré des opportunités. S'intéresser aux forces inhérentes à cette période dans une optique de résilience assistée ouvre ainsi la porte à une modification et une amélioration des pratiques professionnelles. Parfaire notre compréhension de la façon dont la narration de soi agit comme facteur de résilience est primordial pour que les intervenants puissent étayer ce processus de façon efficace et en renforcer les vertus thérapeutiques (Schauder, 2011). Ainsi, le retour à un fonctionnement normal peut être favorisé de même que l'actualisation de forces inhérentes à l'adolescent jusqu'alors demeurées latentes et inconnues. On augmente ainsi les chances que les conséquences finales de la migration soient positives, autant pour l'adolescent que pour la société, car celui ou celle ayant trouvé une cohérence à un parcours marqué d'influences culturelles paradoxales sera plus facilement intégré socialement à l'âge adulte et évoluera plus positivement à long terme dans une société de plus en plus multiculturelle (Abou, 1981).

En ce sens, cette étude s'inscrit dans une perspective plus large d'amélioration des interventions cliniques auprès d'adolescents qui vivent un processus d'adaptation suite à une migration. Le postulat est qu'en améliorant notre compréhension du processus de résilience naturelle chez ces jeunes à partir de leur propre vécu, nous pourrions développer des procédures d'accompagnement et de soutien à cette résilience dans une optique de résilience assistée par des outils tels que le récit narratif (Ionescu, 2011).

Références

- Abou, S. (1981). *L'identité culturelle: relations interethniques et problèmes d'acculturation*. Paris, France: Éditions Anthropos.
- Anaut, M. (2015). *Psychologie de la résilience*, (3^e éd.). Paris, France: Armand Colin.
- Anaut, M. (2002). Trauma, vulnérabilité et résilience en protection de l'enfance. *Connexions*, 77(1), 101-118.
- Benish-Weisman, M. (2009). Between trauma and redemption story form differences in immigrant narratives of successful and unsuccessful immigration. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 40(6), 953-968.
- Bertaux, D. (2005). *L'enquête et ses méthodes : Le récit de vie*. Paris, France: Armand Colin.
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (1999). *Adolescence et psychopathologie*. Paris, France: Elsevier Masson.
- Cyrulnik, B. (2003). *Le murmure des fantômes*. Paris, France: Odile Jacob.
- Delaroche, P. (2000). *L'adolescence: Enjeux cliniques et thérapeutiques*. Paris, France: Fernand Nathan.
- De Tychev, C. (2001). Surmonter l'adversité : les fondements dynamiques de la résilience. *Cahiers de psychologie clinique*, 1, 49-68.
- Gouvernement du Québec (2014). *Portrait statistique 2011-2012 des élèves issus de l'immigration*. Québec, Canada: Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.
- Gouvernement du Québec (2015). *Bulletin statistique sur l'immigration permanente au Québec*. Québec, Canada: Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.
- Guilbert, L. (2005). L'expérience migratoire et le sentiment d'appartenance. *Ethnologies*, 27(1), 5-32.
- Ionescu, S. (2011). Le domaine de la résilience assistée. Dans S. Ionescu (Éd.), *Traité de résilience assistée* (pp. 3-18). Paris, France: Presses Universitaires de France.
- Kaufmann, J. C. (2001). *Ego: pour une sociologie de l'individu*. Paris, France: Fernand Nathan.
- Marty, F. (2010). Processus de subjectivation et filiation à l'adolescence. Dans Letendre, R., & Marchand, D. (Eds.), *Adolescence et affiliation : les risques de devenir soi* (pp. 47-60). Québec, Canada: Presses Universitaires du Québec.

- McAdams, D. P. (1993). *The stories we live by: Personal myths and the making of the self*. New York, NY: Guilford Press.
- Pourtois, J.-P., Humbeeck, B. & Desmet, H. (2011). Résistance et résilience assistée : contribution au soutien éducatif et psychosocial. Dans S. Ionescu (Éd.), *Traité de résilience assistée* (pp.37-60). Paris, France: Presses Universitaires de France.
- Piaget, J. (1967). *Logique et connaissance scientifique*. Paris, France: Gallimard.
- Resilience Research Center. (2009). *The child and youth resilience measure-28: User manual*. Halifax, Canada: Resilience Research Center, Dalhousie University.
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 1-12.
- Schauder, S. (2011). Troubles mentaux, créativité et résilience assistée. Dans S. Ionescu (Éd.), *Traité de résilience assistée* (pp.37-60). Paris, France: Presses Universitaires de France.
- Seligman, M. E. P. (2002). Positive psychology, positive intervention and positive therapy. Dans C.R. Snyder & S. J. Lopez (Éd.), *Handbook of positive psychology* (pp. 3-9). Londres, Royaume-Uni: Oxford University Press.
- Ungar, M., Liebenberg, L., Boothroyd, R., Kwong, W. M., Lee, T. Y., Leblanc, J., & Makhnach, A. (2008). The study of youth resilience across cultures: Lessons from a pilot study of measurement development. *Research in Human Development*, 5, 166–180.
- Ville de Montréal (2014). *Profil sociodémographique*. Montréal, Canada: Montréal en statistiques.

Survivre à la déportation : Antonine Maillet et la résilience par l'écriture littéraire

Blanca Navarro Pardiñas

Secteur des arts et des lettres

Université de Moncton, campus d'Edmundston, Canada

Tél. : +1 (506) 737-5134

blanca.navarro.pardinas@umoncton.ca

Résumé

Cet article présente une réflexion sur la problématique de la déportation des Acadiens en 1755, telle qu'elle a été racontée par la plume de l'écrivaine acadienne Antonine Maillet (prix Goncourt 1979). L'acte de lecture et l'acte d'écriture littéraire apparaissent comme des voies privilégiées pour la résilience collective. Par la force résiliente de l'écriture littéraire, Antonine Maillet devient un véritable témoin esthétique de l'expérience de la déportation.

Mots-clés : Déportation, Acadie, Antonine Maillet

Surviving deportation: Antonine Maillet and resilience through literary writing

Abstract

This article presents the reflection of the problem and deportation of Acadians in 1755, as told by the Acadian writer Antonine Maillet (Goncourt prize 1979). The act of reading and writing literary work appears as primary ways for collective resilience. Through the resilient force of literary writing, Antonine Maillet became a true aesthetic witness of the deportation experience.

Keywords : Deportation, Acadia, Antonine Maillet

1. Introduction

On se rappellera que la Déportation a été un événement déterminant dans l'histoire des Acadiens en Amérique du Nord. En effet, en 1755, le roi d'Angleterre donne l'ordre de déporter les Acadiens. De 1755 à 1762, quelques dix mille Acadiens ont été dépossédés de tous leurs biens et déportés en bateau vers les colonies anglaises du sud (actuellement les États-Unis), ou en Angleterre, alors que la population totale se chiffrait approximativement à 13 000 (Viau, 1997). La majorité des Acadiens étaient sujets britanniques depuis 1712 et connus sous le nom de *French Neutrals*. « C'est pourtant les Français qui sont venus les premiers au pays. Et les Acadiens avaient les meilleures terres, et vivaient heureux. » (Maillet, 1977). Les Acadiens d'aujourd'hui sont les descendants de ceux qui ont réussi à fuir les troupes anglaises ou qui sont revenus dans leur terre d'origine après la Déportation.

Aujourd'hui, pour les descendants de ces familles de déportés, comment faire face à ce passé tragique ? Que faire lorsque nous savons que nos ancêtres ont subi l'expérience humiliante de la déportation ? Tenter d'oublier ? Rejeter ses origines ? Ou, au contraire, se venger ? Vivre dans la rancune et la haine envers les Anglais ? La grande écrivaine acadienne Antonine Maillet, quant à elle, choisira l'écriture comme voie de résilience. C'est, en fait, l'ambitieux projet d'écriture de Maillet, récipiendaire du prix littéraire Goncourt en 1979 pour son roman *Pélagie-la-Charrette*, où elle raconte l'épopée imaginaire de la jeune veuve Pélagie Leblanc, qui décide de quitter la Géorgie pour retourner en Acadie, ayant comme seul moyen de transport une vieille charrette. Voici le projet littéraire d'Antonine Maillet : raconter à sa manière l'histoire du peuple acadien; mettre en récit ce qu'il ne faut surtout pas oublier. Mais, le raconter à la manière d'une épopée fondatrice, avec détermination, et un brin d'humour.

Bien que la carrière de Maillet commence en 1958 avec la parution de *Pointe-aux-coques*, c'est par la publication de son roman *Pélagie-la-Charrette* qu'Antonine Maillet va devenir un véritable *témoin esthétique* (pour reprendre ce terme si cher à Jorge Semprún (1994), un autre déporté de l'histoire). Comme témoin esthétique, et non pas comme témoin présentiel et historique de la tragédie acadienne, la romancière Antonine Maillet (1979) imaginera et mettra en récit l'histoire épique d'un groupe de déportés acadiens qui, tenant tête aux Anglais, décide de se reprendre en main et de rentrer chez lui en Acadie pour habiter de nouveau son espace originaire : « L'espoir, c'était le pays, le retour au paradis perdu ».

Selon Hannah Arendt (1958), écrire fait partie d'un effort de comprendre. Dans le cas d'Antonine Maillet, l'écriture littéraire devient une véritable action de résilience. Une fois qu'on a vu, une fois qu'on a compris et imaginé ce qui a pu se passer, on peut tourner la page et se diriger vers un nouveau départ.

2. Éléments de la problématique

Si les tragédies de l'histoire sont toujours à explorer, chaque discipline a sa méthode, ses aspirations, ses objectifs et son jargon particulier. Différentes formes de connaissance nous

donnent un accès différent au passé et éclairent l'événement à leur façon. Comme nous le rappellent Marie Anaut et Boris Cyrulnik (2014) « aucune discipline ne peut, à elle seule, être totalement explicative ». Ainsi, les études littéraires peuvent donner un éclairage particulier à la réalité. « Le plus sûr moyen de remanier la représentation du malheur, c'est de l'élaborer. » (Anaut & Cyrulnik, 2014). Les récits littéraires permettent d'élargir notre expérience, en raison de leur capacité à éveiller une « imagination empathique » (Nussbaum, 1999). Dans *Cultivating Humanity*, la philosophe américaine Martha Nussbaum propose l'imagination comme élément clé pour la formation de la responsabilité citoyenne. Pour elle, la littérature devient un instrument privilégié pour acquérir de nouvelles habiletés et des attitudes sociales. La littérature ouvre le lecteur à un espace de possibilités. L'imaginaire permet de cultiver la sensibilité, ce qui nous rendrait plus enclins à une action citoyenne. Plus encore, d'après Nussbaum, le roman apporte un supplément d'expérience ; les récits littéraires, par l'émotion qu'ils éveillent chez le lecteur, rendent plus fin notre jugement critique. Par l'imagination empathique, la lecture de l'histoire de la déportation acadienne, telle que présentée dans le roman *Pélagie-la-Charrette*, affectera tôt ou tard l'imaginaire des lecteurs et la représentation qu'ils se font du drame vécu par le peuple acadien. Ainsi, la lecture littéraire apporte une plus-value de sens à la construction identitaire qui est le socle de la résilience. Par l'acte de lecture, comme l'ont montré les études phénoménologiques de Wolfgang Iser (1985), entre autres, le lecteur accède à une expérience esthétique qui structure son sentiment d'appartenance à sa communauté.

Voilà pourquoi, pour les descendants de communautés qui ont vécu la déportation, l'écriture et la lecture littéraires vont s'avérer des outils essentiels pour reconnaître ce passé douloureux de façon imaginaire, et pour le dépasser dans l'élan de résilience sous-jacent à la création artistique et à toute véritable expérience esthétique. Comme le rappelle Cyrulnik (1999), « pour métamorphoser l'horreur, il faut créer des lieux où s'exprime l'émotion. Une resocialisation " comme si de rien n'était " souligne la blessure, alors que la transformation se fait sans peine dès qu'on peut la dessiner, la mettre en scène, en faire un récit ou une revendication militante ».

Ainsi, le fait d'imaginer la réalité de la déportation acadienne à partir de la lecture d'un roman d'Antonine Maillet permet de faire face au passé, de garder vivante sa mémoire, et de rebondir vers un avenir qui, n'oubliant pas le passé, l'intègre, au contraire, et applique un baume sur les blessures historiques pour trouver le lieu de leur légitimité. Une fois écrit, le roman est destiné à être lu par une collectivité ; cela dépassera largement aussi bien la sphère privée du lecteur individuel, que celle de l'auteur comme individu. Antonine Maillet trouve dans l'écriture littéraire un chemin privilégié vers la résilience collective.

3. Analyse réflexive

Bien que toute culture soit « tentée par le déni » (Cyrulnik, 1999), Antonine Maillet est consciente de sa responsabilité sociale et éthique en tant qu'écrivaine : « La place des morts est dans la mémoire des vivants [...] » (Maillet, 1979). Pour elle, le rôle de l'écrivain, « c'est de se souvenir

d'expériences immémoriales, dont on ne se souvient pas. Ainsi, on recrée le monde » (Michaud, 2000). Une culture doit regarder en face ses morts et leurs descendants, si elle ne veut pas qu'ils la hantent et qu'ils se fassent présents de manière spectrale (Innerarity, 2009). Pour Maillet, écrire sur ce qui hante notre mémoire, loin d'être un règlement de comptes, est le premier pas envers la réconciliation.

Toutefois, au moment d'écrire l'épopée de la déportation, Antonine Maillet a dû faire face à un défi de taille. Comment s'y prendre quand les livres d'histoire ont été écrits seulement par « les autres » ? Puisque la mémoire collective « est un discours convenu qui a intérêt à réduire au silence les blessés de l'âme et à ne valoriser que ceux qui justifient ce discours » (Cyrulnik, 1999), comment faire lorsque l'histoire acadienne a été racontée par les Anglais, en anglais ? Comment faire lorsqu'un peuple ne peut pas lire sa propre histoire ?

3.1 Mémoire de la déportation et résilience

Pour se souvenir de soi et jouir ainsi du sentiment de sa propre *mêmeté* par la continuité de la mémoire, il faut pouvoir se souvenir de « quelque chose » (Flahaut, 2004). Ce quelque chose, c'est la parole racontée de père en fils, de mère en fille, de bouche à oreille, au fil des siècles. La mémoire jaillit par l'évocation d'un passé qui se fait présent par le souvenir de la parole entendue et racontée. Pour Antonine Maillet, et pour ses personnages conteurs et écrivains, écouter, se souvenir, raconter et récrire sont les quatre clés de la survie de la mémoire des Acadiens, et par là même, les clés de leur résilience.

Pour la romancière, la question essentielle est celle de transformer la mémoire orale des communautés francophones acadiennes en récit littéraire écrit qui, reproduisant le parler oral, fera revivre au présent un passé qui n'était accessible que de façon éphémère par la tradition orale. Il fallait intégrer la parole des ancêtres à un récit littéraire écrit. Voilà ce qui n'avait pas été fait avant Antonine Maillet.

Faisant de l'épisode historique de la déportation un roman littéraire, Antonine Maillet devient non pas un témoin objectif de l'histoire de la déportation, mais plutôt un *témoin esthétique* et artistique. En racontant, en reprenant le parler acadien oral tel qu'elle le gardait dans sa mémoire, elle réussit à transformer « la nausée cafardeuse de la mort bête en une épopée glorieuse qui n'a de sens que dans le récit » (Cyrulnik, 1999). Elle devient, ainsi, un agent de résilience.

« Il n'y a pas de témoignage sans perspectives », écrit Cyrulnik (1999). « Tout récit a pour enjeu d'agir sur un exposé social et de modifier les représentations collectives ». Dans le cas de Maillet, son récit lave non seulement d'une possible honte collective qui demeure silencieuse, mais modifie la représentation collective en présentant un peuple fort, vainqueur de ceux qui l'ont déporté, recommençant à vivre heureux là où il avait vécu avant la déportation, résilient au vrai sens du terme.

Selon Ricoeur, toute reconnaissance identitaire est, en fait, « l'acte concret par lequel nous ressaisissons le passé dans le présent » (2004). Chez Antonine Maillet, comme chez ses personnages conteurs (représentation littéraire de l'écrivaine elle-même), la reconnaissance du peuple acadien ne pourra avoir lieu que par une reformulation des témoignages de leur passé. Par exemple, si les manuels d'histoire écrits en anglais se souviennent avec fierté des lieutenants anglais Winslow, Laurence et Monkton, les personnages de Maillet s'en souviendront d'une façon bien différente : ces héros des manuels deviendront, ni plus ni moins, des « bourreaux »; leurs compagnons, quant à eux, seront qualifiés de « chiens ».

Pour les personnages mailletiens, ne pas trahir la mémoire devient synonyme de déconstruire l'histoire officielle transmise à l'école anglaise, par des livres en anglais. Et si Pélagie se sert d'une charrette pour quitter la Géorgie et renaître de nouveau en Acadie, la charrette deviendra aussi le symbole utilisé par Antonine Maillet dans son roman pour rappeler que la charrette de la mort attendra un jour ou l'autre tous ces bourreaux-là et rétablira ainsi l'équilibre dans l'histoire.

3.2 Pélagie-la-Charrette : le roman comme voix des sans voix

Un projet anime la romancière acadienne Antonine Maillet : celui de « trouver les mots justes pour que l'Acadie continue à vivre. » (Viau, 1997). C'est, ni plus ni moins, un projet de résilience collective. Pélagie étant l'archétype imaginaire de toutes les femmes déportées, il fallait que Pélagie rentre pour témoigner. À l'instar des témoignages historiques d'autres femmes déportées de l'histoire, « N'y en aurait-t-il eu qu'une, toutes avec elle, rentraient à la maison, dans nos maisons. (...) En écho nous parvient aussi la voix de celles qui ne sont pas revenues. » (Maffre Castellani, 2005) Ne pouvant pas rapporter les paroles de vraies déportées, Antonine Maillet donne alors la parole à Pélagie, héroïne fictive qui rapportera leurs histoires, «ne voulant pas qu'elles se perdent. » (Maffre Castellani, 2005).

La résilience, chez Pélagie, nous la voyons à l'œuvre chaque jour durant tout son long voyage de retour à la maison, à travers les colonies anglaises en Amérique. Les mots *dignité*, *respect de soi*, *entraide*, *activité de l'esprit* (Todorov, 1991), sont des réalités sans lesquelles le projet résilient de Pélagie n'aurait pas tenu. Ce sont les ressorts qui lui permettent de repartir, malgré les difficultés, malgré la mort de ses compagnons et malgré les dures épreuves vécues en chemin.

L'entraide est, sans aucun doute, ce qui relie ces déportés imaginaires au cours de leur voyage. Non satisfaits de voyager entre amis, il est intéressant de noter qu'ils accueilleront plusieurs marginaux en cours de route, des rejetés de la vie. Le souci du bonheur des autres et de leur malheur atténue ainsi la souffrance individuelle et devient un tuteur de résilience.

Ce long voyage de Pélagie et ses amis de retour en Acadie n'aurait pas pu tenir, non plus, sans une activité de l'esprit soutenue quotidiennement et nourrie par l'imaginaire : des soirées où les déportés se racontent des histoires, chantent et jouent de la musique. L'art et l'imagination

deviennent les meilleurs alliés pour ne pas sombrer dans le découragement et le pessimisme. Il faut tenir bon malgré la désolation ambiante.

4. Conclusion

Nous avons pu constater que l'écriture romanesque est une voie privilégiée pour rendre compte du traumatisme historique de la déportation, tout en contribuant à la résilience d'une collectivité. La romancière acadienne Antonine Maillet met en récit l'histoire imaginaire de la déportation et transforme ce drame historique en une épopée glorieuse. La romancière s'éloigne de tout témoignage objectif de la déportation qui aurait eu comme effet de désolidariser la communauté « en tuant le rêve » (Cyrulnik, 1999, p.134). Par la force résiliente de l'écriture littéraire, Antonine Maillet devient un véritable témoin esthétique de l'expérience de la déportation.

Références

- Anaut, M., & Cyrulnik, B. (2014). *Résilience. De la recherche à la pratique. 1^{er} Congrès mondial sur la résilience*. Paris, France: Odile Jacob.
- Cyrulnik, B. (1999). *Un merveilleux malheur*. Paris, France: Odile Jacob.
- Flahaut, F. (2004). Identité et reconnaissance dans les contes. *Revue du MAUSS*, 23 (1), 31-56.
- Harendt, H. (1958). *Condition de l'homme moderne*. Trad. Française en 1961. Paris, France: Calmann-Lévy.
- Innerarity, D. (1999). *Éthique de l'hospitalité*. Québec, Canada: Presses de l'Université Laval.
- Iser, W. (1985). *L'acte de lecture : théorie de l'effet esthétique*. Bruxelles, Belgique: Mardaga.
- Maffre Castellani, F. (2005). *Femmes déportées. Histoires de résilience*. Paris, France: Des femmes.
- Maillet, A. (1970). *Pélagie-la-Charrette*. Montréal, Canada: Leméac.
- Michaud, M.-A. (2000). *La voie du cœur: entretiens sur le cheminement intérieur avec Antonine Maillet, Andrée Rufo, Jean Vanier, Jehudi Menuhin et plusieurs autres*. Montréal, Canada: Fides.
- Nussbaum, M. (1999). *Cultivating Humanity*. Boston, MA: Harvard University Press.
- Semprun, J. (1994). *L'écriture ou la vie*. Paris, France: Gallimard.
- Todorov, T. (1991). *Face à l'extrême*. Paris, France: Seuil.
- Viau, R. (1997). *Les grands dérangements. La déportation des Acadiens en littératures acadienne, québécois et française*. Québec, Canada: HNH.

Index des auteurs

D	
Desmarais, Chantal	208
E	
E. Nelson, Margaret	174
E. Pickren, Wade	217
G	
Gulfi, Alida	208
J	
J. Brooks, Leonie	174
Jourdan-Ionescu, Colette	226
K	
Kilpatrick, Kelley	189
L	
Lapointe-Gagnon, Myriam	226
Lazzari Dodeler, Nadia	199
Lindsay, Sally	208
M	
Mouchenik, Yoram	164
N	
Navarro Pardiñas, Blanca	232
Ndengeyingoma, Assumpta	189
P	
Piérart, Geneviève	208
S	
Scozzari, Elena	208
Spry, Aryn	174
St-Pierre, Isabelle	189
T	
Tétreault, Sylvie	208
Tousignant, Michel	163
Trosseille, Noémie	181

Index des mots-clés

A

Acadie, 234
Adolescence, 227
Ancres de carrière, 199
Anthropologie, 181

C

Clinique transculturelle, 164
Communautés afro-américaines, 218
Compétence
culturelle, 174
Culture
forces de la, 218

D

Demandeur d'asile, 181
Déportation, 234

E

Emploi, 199
Enfants
invulnérables, 218

F

Famille(s)
migrantes, 209

H

Handicap, 209

I

Immigrants, 174

Immigration, 189
économique, 199
Infirmières, 189
Intégration, 189

M

Maillet, Antonine, 234
Migration, 227
Milieu
de travail, 189

N

Narration de soi, 227

R

Racisme, 218
Récits
de vie, 209, 227
Réfugiés, 164, 174

S

Santé, 181
Soin(s)
de santé, 174

T

Tchéchénie, 164
Trauma, 164
Travailleurs immigrants, 199

V

Vulnérabilité, 181