



## Éditorial

# Les modèles d'intervention dans une Politique de santé mentale en Haïti

Yves Lecomte\*  
Frantz Raphaël\*\*

Une Politique de santé mentale doit s'adresser à l'ensemble de ses citoyens: enfant, adolescent, adulte et personne âgée.

Le gouvernement d'Haïti a engagé depuis quelques mois un processus de réflexion et de consultation menant à une Politique de santé mentale. Le séisme du 12 janvier a en effet attiré l'attention des autorités mais aussi des organismes internationaux sur l'impact psychologique du séisme, dont le documentaire *Haïti – La blessure de l'âme*<sup>1</sup> en fournit un exemple très éloquent. De nombreux organismes sont intervenus auprès des citoyens haïtiens dans le pays immédiatement après le tremblement de terre, mais aussi auprès des membres de la diaspora, pour aider les personnes souffrant du syndrome de stress post-traumatique et d'autres symptômes reliés au séisme<sup>2</sup>. De plus, des reportages comme celui du

\* Ph.D., professeur et responsable du DESS en santé mentale Têluq (UQAM).

\*\* M.d., Centre de Santé et de Services sociaux Saint-Léonard et Saint-Michel, Montréal.

1. Documentaire réalisé par Cécile Allegra un mois après le séisme.
2. Plus on lit de documents, et plus on se rend compte à quel point les professionnels se sont mobilisés pour aider les patients haïtiens dans diverses institutions du pays. L'exemple de la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke en est une

*New York Times*<sup>3</sup> ont mis en évidence les lacunes pour ne pas dire l'absence d'un système de santé mentale en Haïti.

La réponse des autorités politiques haïtiennes et des organismes internationaux à l'urgence de la situation a été rapide. Elle le fut aussi pour la réponse au « long terme ». Le ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP) a en effet nommé une responsable de la santé mentale, et une mobilisation d'individus et d'organismes s'en est suivie pour doter Haïti d'un système de santé mentale. Le processus est en cours.

Pourtant, ce n'est pas d'aujourd'hui que la situation en santé mentale en Haïti est dénoncée. Il suffit de lire les nombreuses coupures de presse et articles au cours des ans répertoriés sur le site internet *Santé mentale et communautés haïtiennes*<sup>4</sup>, créé en octobre 2008, pour le constater. Si cela ne suffisait pas, il faut écouter les conférences du colloque d'avril 2008 « Haïti-Québec-Canada: vers un partenariat en santé mentale »<sup>5</sup> ou les entrevues avec des pionniers de la santé mentale en Haïti réalisées en 2007 pour s'en convaincre<sup>6</sup>. Un « Plaidoyer pour une politique de santé mentale en Haïti (un projet de société) » a même été publié en octobre 2008 sur le site internet *Santé mentale et communautés haïtiennes*. Malgré ces messages, force est de constater que les autorités sont demeurées sourdes à ces appels en faveur de la santé mentale jusqu'au 12 janvier. Mais depuis ce temps, les espoirs sont permis pour que ceux qui souffrent d'une maladie en santé mentale puissent être adéquatement soignés.

### **I. Stratégie d'élaboration d'une politique de santé mentale**

À la stratégie actuelle que nous pourrions qualifier de « haut vers le bas » des autorités et des organismes internationaux pour doter Haïti d'une politique et d'un système de santé mentale, il y a une autre stratégie dite « de bas vers le haut » pour atteindre le même objectif. L'expérience de participation citoyenne actuellement en cours à Grand Goâve en est un exemple. Cette expérience est sous la responsabilité de GROSAME Grand Goâve soutenu par GROSAME Québec-Canada<sup>7</sup>.

illustration (<http://www.usherbrooke.ca/medecine/mission-haiti/mission-haiti-8-janvier/dernieres-nouvelles/>).

3. <http://www.nytimes.com/2010/03/20/world/americas/20haiti.html>

4. [http://www.haitisantementale.ca/article.php3?id\\_article=13](http://www.haitisantementale.ca/article.php3?id_article=13)

5. [http://www.haitisantementale.ca/rubrique.php3?id\\_rubrique=17](http://www.haitisantementale.ca/rubrique.php3?id_rubrique=17)

6. [http://www.haitisantementale.ca/article.php3?id\\_article=20&id\\_rubrique=45](http://www.haitisantementale.ca/article.php3?id_article=20&id_rubrique=45)

7. GROSAME Québec-Canada est un OSBL incorporé le 31 mars dernier. Il regroupe des professionnels de divers milieux. Il a pour finalité de poursuivre des activités

## Les modèles d'intervention dans une Politique de santé mentale en Haïti 15

Cette participation citoyenne poursuit deux objectifs. Pour élargir le cercle des professionnels<sup>8</sup>, et intéresser les politiciens à la santé mentale à s'impliquer dans une démarche participative en vue de doter Haïti d'une politique et de services de santé mentale, des rencontres de membres de GROSAME Québec-Canada avec les autorités politiques eurent lieu en 2007 et 2008 de même qu'avec des professionnels. L'invitation de participer au colloque «Haïti-Québec-Canada: vers un partenariat en santé mentale» leur fut faite. Pour soutenir cette participation et sensibiliser d'autres citoyens à la santé mentale, le colloque fut suivi quelques mois plus tard par la création du site *Santé mentale et communautés haïtiennes*. Grâce aux contributions faites entre autres au colloque d'avril 2008, la *Revue haïtienne de santé mentale* fut créée en avril 2010 dans le but de devenir un lieu de réflexion sur la politique de santé mentale et de convergence des informations, un lieu d'échanges et de transfert des connaissances.

Le deuxième objectif est l'implication des citoyens réalisée par une démarche «terrain» dans la commune de Grand Goâve. À la suite de la constitution d'un groupe de citoyens (regroupés depuis peu sous le nom de GROSAME Grand Goâve) exerçant divers métiers, une brève formation à la santé mentale fut dispensée à ses membres en 2006, formation suffisante pour les inciter à s'impliquer dans la promotion de la santé mentale dans leur commune. Ainsi, les membres se sont régulièrement réunis depuis 4 ans pour approfondir leur compréhension de la santé mentale et planifier des actions. Des rencontres avec des groupes de jeunes, des pasteurs, des éducateurs, des membres d'associations ou coopératives eurent lieu pour les sensibiliser à la santé mentale. Quelques interventions radiophoniques furent également faites.

Progressivement, le besoin s'est fait sentir d'ajouter un volet intervention<sup>9</sup>. À partir de 2009 fut initiée une formation aux compétences parentales qui vise à aider les parents haïtiens à modifier leur approche

---

de recherche, de formation et d'intervention en Haïti mais aussi auprès de la communauté haïtienne du Québec et du Canada.

8. Il est difficile de connaître le nombre de professionnels haïtiens en santé mentale. Il y aurait une trentaine de psychologues détenteurs d'un diplôme de maîtrise ou de doctorat, un nombre plus élevé de détenteurs d'un baccalauréat. Une association de psychologues est en voie d'être créée. On compterait moins de 20 psychiatres, un nombre d'infirmières psychiatriques encore moins élevé et un nombre indéterminé de travailleurs sociaux. Quant au nombre d'ergothérapeutes, il est indéterminé.
9. Un projet participatif a eu lieu il y a quelques mois à Grand Anse. Des jeunes chômeurs ont reçu une formation au syndrome de stress post-traumatique pour intervenir dans les écoles.

éducative envers leurs enfants. Cette approche a été conceptualisée par Jean-Michel Piquant et Daniel François, et expérimentée au Québec auprès des parents de la communauté haïtienne. Cette formation est en cours de finalisation. Terminée, elle permettra aux membres de GROSAME Grand-Goâve d'offrir des groupes d'intervention aux parents de la commune. Cette deuxième stratégie peut être conçue comme un projet pilote illustrant comment la participation citoyenne peut prendre en charge une partie de la santé mentale des habitants d'une commune en l'absence de services ou en complémentarité des services, et améliorer la qualité de vie.

Dans cette voie de la participation citoyenne poursuivie par GROSAME Québec-Canada et GROSAME Grand Goâve, la *Revue haïtienne de santé mentale* a publié un premier numéro qui attirait l'attention sur la nécessité d'une politique de santé mentale en publiant le texte « Plaidoyer pour une politique de santé mentale en Haïti (un projet de société) ». Le Plaidoyer développait un rationnel justifiant une telle politique. Il en précisait les trois axes majeurs; les principes ou valeurs, le modèle organisationnel (les services ou l'intervention) et le financement. Le numéro présentait divers concepts et problématiques rencontrées en Haïti en laissant la parole aux intervenants de la base. En publiant ce deuxième dossier, *Revue haïtienne de santé mentale* poursuit dans la même veine à savoir comment les intervenants et les chercheurs de « terrain » conçoivent les services ou l'intervention. La revue veut ainsi amorcer une réflexion sur les fondements de divers modèles d'intervention qui pourraient être intégrés dans la politique de santé mentale en cours d'élaboration.

## 2. Préalables

Pour que la politique de santé mentale d'un pays « constitue le fer de lance d'un projet de société, d'un projet d'épanouissement pour une amélioration globale de la vie des citoyens<sup>10</sup> », il faut respecter un certain nombre de préalables, dont la participation citoyenne, les valeurs et croyances partagées par les citoyens, et leurs modalités de résolution des problèmes. Par exemple, une politique de santé mentale doit tenir compte du contexte socio-culturel comme la structure sociale, les relations familiales et entre les sexes. La place du vaudou requiert une attention particulière car « le vaudou n'est pas seulement une religion, il est également un système de soins de santé, qui inclut des pratiques de guérison, la promotion de la santé, (et) la prévention des maladies ainsi que la

10. <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/ffp/LivreBlanc/LBChap1.html>

## Les modèles d'intervention dans une Politique de santé mentale en Haïti 17

promotion du bien-être personnel<sup>11</sup> ». Il est particulièrement important d'en tenir compte car « les modèles explicatifs peuvent déterminer les comportements de recherche d'aide et d'utilisation des services<sup>12</sup> ».

La présence de ces préalables dans la politique est nécessaire si on veut que les divers partenaires de la santé mentale participent à son élaboration, à sa promotion et qu'ils la soutiennent. Mais ces préalables se modifiant au gré de l'évolution de la société, toute politique de santé mentale se doit d'être évaluée régulièrement et d'être modifiée si elle veut refléter la société dans laquelle elle est ancrée.

### 3. Perspective de santé publique

Au cours des dernières décennies, les gouvernements ont adopté une perspective de santé publique comme cadre de référence des politiques de santé dont celle de santé mentale. Qu'est-ce à dire ? La santé publique « est la science et l'art de la promotion de la santé, de la prévention des maladies et de la prolongation de la vie grâce aux efforts organisés de la société » (Caron, 2010). Pour évaluer la santé des populations, la santé publique utilise l'épidémiologie c'est-à-dire « l'étude des facteurs qui affectent la santé et la maladie des populations, et sert de fondement et de logique pour guider les interventions en santé publique et en médecine préventive » « afin de réduire la prévalence, [l'incidence] des maladies mentales et des troubles mentaux dans la population, et faire la promotion de la santé mentale » (Caron, 2010).

La santé publique définit la santé mentale non comme un continuum maladie-absence de maladie mais comme un continuum bonne santé mentale-mauvaise santé mentale. De fait la santé mentale « n'est pas seulement l'absence de maladie mentale, mais la présence de caractéristiques positives dans les aspects affectifs, cognitifs et comportementaux du fonctionnement humain » (Caron, 2010). L'OMS définit d'ailleurs la santé mentale comme « un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté (Caron, 2010). En Haïti, les trop peu nombreux services offerts ne sont pas insérés dans une perspective de santé publique. De plus, une seule enquête épidémiologique sur la détresse psychologique a pu être recensée<sup>13</sup>.

11. Cf. l'article « Culture et santé mentale: une revue de littérature » dans le présent numéro.

12. Cf. l'article « Culture et santé mentale: une revue de littérature » dans le présent numéro.

13. <http://www.ihsi.ht/pdf/ecvh/ECVHVolumel/sante.pdf>

Dans cette optique, une Politique de santé mentale a pour principal objectif de maximiser l'état de santé mentale de la population. Comment? Par trois actions principales.

#### 4. La promotion

La promotion « réfère aux mesures qui permettent de maximiser la santé mentale et le bien-être des individus et des collectivités. Elle cible l'ensemble de la population et centre son action sur les déterminants de la santé mentale qui contribuent à accroître le pouvoir d'agir et les capacités d'adaptation des communautés ainsi que celle des individus<sup>14</sup> ». La promotion porte aussi sur le développement des facteurs de protection. Quels sont ces facteurs de protection ?

Il y a l'accès aux ressources fondamentales pour le développement des populations ce qui suppose un système social qui redistribue la richesse collective (logement, alimentation, travail, transport, etc.). Le soutien social est un autre déterminant très puissant qui « permet une protection contre la survenue du stress et développe un sentiment de sécurité, assure un soutien émotif lors des événements de vie, et favorise un recadrage, offre un appui à la résolution de problèmes, et permet l'intégration sociale et le développement de repaires normatifs » (Caron, 2010). Il faut ajouter la cohésion sociale, le renforcement des habiletés et des compétences, la gestion du stress, etc. En Haïti, Caron (2010) énumère comme facteurs de protection, la matrifocalité, les habiletés de gestion du stress grâce aux croyances et pratiques reliées au vaudou et le soutien social personnel, la solidarité de clan<sup>15</sup>.

#### 5. La prévention

La prévention « vise à réduire les incidences de la maladie en agissant sur les facteurs de risque qui menacent la santé mentale des individus avant l'apparition des problèmes<sup>16</sup> ». Elle est classiquement divisée en trois niveaux : primaire (réduire l'incidence des nouveaux cas en

14. N. Desjardins, N. D'amours, J. Poissant, S. Manseau, 2008, *Avis scientifiques sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, Institut national de santé publique, Montréal.

15. Consulter le site Santé mentale et communautés haïtiennes ([http://www.haitisantementale.ca/article.php?id\\_article=54&id\\_rubrique=15](http://www.haitisantementale.ca/article.php?id_article=54&id_rubrique=15)) pour prendre connaissance de quelques projets de promotion de la santé élaborés au cours des ans en Haïti.

16. N. Desjardins, N. D'amours, J. Poissant, S. Manseau, 2008, *Avis scientifiques sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, Institut national de santé publique, Montréal.

## Les modèles d'intervention dans une Politique de santé mentale en Haïti 19

empêchant que de nouvelles personnes développent des problèmes), secondaire (diminuer la prévalence en diminuant la durée des maladies) et tertiaire (réduire les séquelles d'une maladie). Ces trois niveaux sont maintenant nommés prévention, traitement et réadaptation.

Les facteurs de risque sont l'élément clé des *interventions de prévention*. Caron les divise en deux catégories : a) sociaux, environnementaux et économiques (pauvreté, chômage, isolement social, stigmatisation, désorganisation du voisinage et insécurité des quartiers, difficultés d'accès au transport et à des conditions de logement adéquates, saine alimentation et insécurité alimentaire) ; b) familiaux, scolaires et personnels (grossesses précoces, conflits familiaux, toxicomanie des parents, maltraitance et négligence des enfants et des personnes âgées..., manque d'éducation, échec scolaire... insomnie chronique, déficits dans les habiletés, etc.).

Ces facteurs de risque sont très présents en Haïti. Ils sont nombreux et parmi les plus puissants : pauvreté, survie (quête de nourriture, mauvaise alimentation, logements limités sinon survie dans les camps pour 500 000 haïtiens), compétition pour les ressources essentielles, violence manifestée par les agressions physiques, viols, kidnappings, torture, meurtres, groupes de gangs armés, difficultés d'accès à l'éducation, à des services de santé mentale, etc. Caron (2010) ajoute les facteurs de risque liés à la structure familiale : formes de conjugalité, violence conjugale, monoparentalité, enfants Restavek, etc. Il faut aussi mentionner la localisation géographique d'Haïti qui la rend vulnérable aux conditions climatiques et aux tremblements de terre.

### **5.1 La prévention primaire**

Pour réduire les sources de stress et améliorer les conditions de vie, de nombreuses stratégies ont été développées. Caron (2010) mentionne la lutte contre la pauvreté, faciliter l'accès à l'éducation, aménager des quartiers qui favorisent la sécurité, etc. D'autres stratégies visent à soutenir les groupes plus vulnérables ou à développer les compétences : soutien aux familles, prévenir le décrochage scolaire, etc. En Haïti, mentionnons les projets de prévention auprès des enfants Restavek, les enfants des rues, des femmes haïtiennes<sup>17</sup>.

17. Quelques projets de promotion de la santé ont été élaborés au cours des ans en Haïti.

## 5.2 La prévention secondaire

Mais lorsque la maladie est déclarée, la prévention porte sur la réduction de la durée de la maladie, type de prévention maintenant nommé traitement. Il y a la détection et le traitement précoce des maladies, et le développement de services de santé mentale de qualité. Les études épidémiologiques ont mis en évidence divers paramètres qui affectent la qualité des services : l'utilisation, l'accessibilité, la continuité, l'humanisation, la qualité globale, la satisfaction des services et l'adéquation des services aux besoins. Une attention particulière est apportée au soutien social et à la stigmatisation qui entrave le rétablissement des personnes.

En Haïti « tout est à créer » écrivait Jean-Baptiste en 1995<sup>18</sup>. Malgré cette assertion, des services sont tout de même offerts même s'ils sont très limités. Il y a des services offerts dans le secteur privé par des psychiatres et des psychologues. Il y a deux hôpitaux psychiatriques qui offrent des services de consultation et d'hospitalisation. Il y a des programmes offerts par les ONG dont l'état de stress post-traumatique est un exemple. Il y a les interventions des oungan et manbo. Mais il n'y a pas de système public intégré avec une action globale. Il est à élaborer et à mettre sur pied.

## 5.3 La prévention tertiaire

Pour réduire les séquelles de la maladie, les intervenants recourent depuis une trentaine d'années aux méthodes et techniques développées en réadaptation. La réadaptation est « un processus qui donne aux individus les occasions... d'atteindre leur niveau optimal de fonctionnement indépendant au sein de la communauté. Elle implique à la fois l'amélioration des habiletés des individus et l'introduction de changements environnementaux permettant de créer une vie de la meilleure qualité possible pour les personnes ayant subi un trouble mental... La réhabilitation psychosociale vise à offrir un niveau de fonctionnement optimal aux individus et aux sociétés et à minimiser les incapacités et les handicaps en insistant sur les choix des individus sur la manière de vivre et de réussir au sein de la communauté<sup>19</sup> ». En Haïti, l'approche de réadaptation est très parcellaire et semble se limiter à l'hôpital Défilée de Beudet. Le docteur Malary dans le présent dossier en fait une description sommaire.

18. M. Jean-Baptiste, Mise en place de structures de santé mentale en Haïti. Tout est à créer, Krankenpflege: *Soins infirmiers*, vol. 88, n° 2, 1995, 6-9.

19. Cité in M. Anthony, H. Cohen, M. Farkas, C. Gagné, *La réhabilitation psychiatrique*, Socrate-Réhabilitation, Charleroi, 2004, p. 114.



## **6. Fondements de modèles d'intervention (prévention secondaire ou traitement)**

Comme nous venons de le voir, l'adoption d'une perspective de santé publique permet de définir le cadre d'un système de soins, et de situer le niveau des diverses interventions. Mais le cadre ne définit pas les divers modèles possibles d'intervention ni leurs fondements. Le présent numéro de *Revue haïtienne de santé mentale* permet de dégager quatre modèles d'intervention possibles à partir des articles publiés. Trois modèles concernent l'organisation du système (un réseau de soutien communautaire, l'approche par programme le village thérapeutique. Deux autres modèles concernent l'intervention elle-même auprès des usagers soit les approches ethnopsychiatrique et transculturelle.

### **6.1 Le réseau de soutien communautaire**

En s'inspirant de l'expérience québécoise et américaine, Lecomte (2010) propose la philosophie du réseau de soutien communautaire comme fondement du système de santé mentale. Qu'est-ce qu'un réseau de soutien communautaire? C'est « un système organisé de soins pour soutenir les adultes avec des déficits psychiatriques au long cours à satisfaire leurs besoins, et à développer leur potentiel sans être isolé ou exclus de la communauté sans nécessité » (notre traduction)<sup>20</sup>. Ce système peut être utilisé comme fondement pour le système de soin général, car il peut aussi s'adresser à toutes les clientèles comme les usagers avec des troubles transitoires (anxieux et dépressifs).

Un réseau de soutien communautaire est constitué par l'ensemble des éléments du réseau social qui répondent aux besoins d'une personne selon son stade de développement. On divise ce réseau en un réseau de soutien informel (parenté, familles, pairs, milieux de travail, etc.) et formel (professionnels, hôpitaux, etc.). Le réseau social informel est peu structuré, l'intervention est immédiate et faite par des bénévoles ou des non-professionnels, et vise à affronter certains types de problèmes. Le réseau social formel est très structuré et l'intervention est faite par des professionnels à cause de la complexité et de la gravité des problèmes en cause.

Dans ce réseau, le réseau social informel a la responsabilité d'aider ses membres et de les soutenir dans leur développement. Il a aussi la responsabilité de définir ses besoins selon une échelle de priorité et de proposer des solutions. Il exerce également une fonction critique à l'égard des services formels et une fonction de revendication de services

20. <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/community+support+system>

plus efficaces si nécessaire. Il peut aussi aider à la diversification des sources de financement. Grâce à son dynamisme, le réseau social informel aide le réseau social formel à se centrer sur la clientèle et à respecter le pluralisme culturel. Il est donc le partenaire privilégié et prioritaire de ce réseau.

De son côté, le réseau social formel exerce un rôle complémentaire au réseau social informel. Il soutient les actions de ce réseau. Il renforce les mécanismes d'adaptation de ses membres en difficulté. Le réseau social formel utilise et favorise au maximum les réseaux sociaux informels disponibles pour dénouer la situation de crise. Lorsque cette solution s'avère impossible, le réseau social formel assume lui-même la responsabilité de régler la crise par ses propres moyens. En somme, le réseau social formel intervient lorsque les problèmes dépassent les capacités d'adaptation du réseau informel: le noyau dur des maladies mentales ou les populations à risque élevé.

Ces deux réseaux sociaux sont des partenaires complémentaires. Les réseaux sociaux formels doivent établir avec les réseaux sociaux informels des relations privilégiées et développer des liens au moment opportun, basés sur le respect de la confidentialité et de la coopération. Le réseau social formel respecte l'autonomie du réseau social informel, et facilite l'aide apportée par ce réseau, ce qui évite la stigmatisation de ses membres. *Entre ces deux réseaux, une articulation est nécessaire afin de permettre aux citoyens de recourir aux deux simultanément ou en séquence, selon la gravité de leurs problèmes.* Cette articulation se réalise par un organisme pivot. Implanté dans la communauté, dévoué à la santé mentale communautaire, cet organisme offre des services directs et les coordonne avec les services sociaux et de santé déjà présents dans un territoire, de même qu'avec les ressources du réseau informel. Lecomte (2010) le nomme Centre local de soutien communautaire (CLSC).

Pour rendre cette approche possible, il faut reconnaître et renforcer les réseaux sociaux naturels des citoyens; il faut améliorer les liens entre les réseaux sociaux d'aide naturels et formels; il faut aussi développer des stratégies d'information sur le contenu et le fonctionnement des réseaux sociaux d'aide naturels, et ce, auprès du public et des professionnels.

Ce modèle est progressif. Il favorise l'intensification graduelle des réponses aux problèmes, à mesure que les réseaux sociaux de soutien naturel ne peuvent répondre adéquatement aux difficultés de leurs membres.

Finalement, dans ce réseau, les modèles organisationnels sont multiples car ils sont développés par la communauté en fonction de ses

## Les modèles d'intervention dans une Politique de santé mentale en Haïti 23

caractéristiques socio-culturelles et des problèmes qu'elle vit. Ce réseau est donc souple. Pour faciliter cette souplesse, le réseau social formel a des mandats orientés vers des objectifs et non vers des services spécifiques planifiés au sommet de la hiérarchie organisationnelle. Ce réseau social évalue continuellement les besoins et les services. Enfin, le financement est assuré à tous les points du réseau, tant dans les réseaux informels que formels. L'implantation et le développement de ce réseau en contexte haïtien est longuement décrit dans l'article de Lecomte (2010).

### **6.2 L'approche par programme**

Une autre approche organisationnelle s'inspire des programmes. Les ONG par exemple se spécialisent dans des programmes spécifiques dont ils ne dérogent pas. Un exemple est le « programme d'appui à la prise en charge des victimes de violence de Médecins du Monde-France » (Henrys, 2010). Ce programme est offert par des professionnels qui peuvent travailler en équipe pluridisciplinaire comme dans l'exemple évoqué. On peut même travailler en concertation avec des non-professionnels.

Cette approche par programme peut aussi être un modèle organisationnel des services de soins offerts à la population. Au Québec, certaines institutions ont adopté ce modèle qui offre des services spécialisés et surspécialisés<sup>21</sup>. Au lieu d'être traités par une équipe pluridisciplinaire quelque soit le trouble psychiatrique, les patients sont référés après évaluation dans des programmes spécialisés en fonction de leur diagnostic: troubles anxieux, troubles psychotiques, etc. Ce modèle présuppose une approche spécialisée dispensée par des professionnels qui développent une expertise spécifique et non générale.

### **6.3 Le village thérapeutique (un modèle africain)**

Le docteur Sow (2010) présente un modèle expérimenté en Guinée qui a consisté « à créer un dispositif de prise en charge médicale, sociale et psychologique des malades mentaux dans un village ». Cette expérience de 6 ans a connu une profonde évolution que l'auteur nomme « du village thérapeutique d'hier au complexe thérapeutique d'aujourd'hui ». Ce projet a été développé avec pour arrière-plan que la politique

21. Y. Lecomte, A. Lesage, Les enjeux des cliniques externes de psychiatrie, *Santé mentale au Québec*, vol. XXIV, 1999, n° 2, 7-27; C. Bertelli, Le nouveau dispositif de soins pour adultes du Pavillon Albert-Prévost, *Santé mentale au Québec*, vol. XXIV, 1999, n° 2, 74-89.

de santé du pays favorise les soins de santé primaire et qu'il n'y a quasiment aucun professionnel de la santé mentale dans le pays. Cela correspond à la situation en Haïti.

#### **6.4 L'approche transculturelle**

Les approches thérapeutiques se fondent le plus souvent sur des modèles psychopathologiques ou pharmacologiques et sociaux des troubles psychiatriques. Mais il y a d'autres approches qui se fondent sur une compréhension des relations entre la culture et la symptomatologie. On peut les distinguer entre approche ethnopsychiatrique et transculturelle.

L'approche transculturelle<sup>22</sup> désigne une pratique qui postule l'universalité de la pathologie mentale, mais considère qu'il est essentiel de repérer les manifestations spécifiques de cette maladie reliées à la culture dans laquelle le sujet a été élevé. Même si la psychiatrie transculturelle tente de s'adapter à la culture des personnes qui consultent, les modalités d'intervention utilisées sont celles de la psychiatrie conventionnelle et repose sur ses conceptions. On la surnomme une pratique centrée sur « l'interprétation du discours culturel des patients ». L'article du docteur Philippe (2010) en est un exemple.

Cette pratique nécessite le recours à un modèle systémique adapté à la culture (culture sensitive) par l'amélioration de la « compétence culturelle<sup>23</sup> », c'est-à-dire un « processus par lequel les dispensateurs de soins s'efforcent d'atteindre continuellement les habiletés pour pouvoir travailler avec efficacité dans le contexte culturel d'un client, d'un individu, d'une famille et d'une communauté ».

Le modèle repose sur cinq concepts clés: 1) la « conscience culturelle » désigne le processus par lequel un intervenant en vient à respecter, à apprécier et à être sensible aux valeurs, aux croyances, aux façons de vivre, aux pratiques et aux stratégies culturelles de résolution des problèmes d'une personne; 2) le « savoir culturel » est la compréhension de la vision du monde des autres cultures, alors que 3) les

22. Y. Lecomte, S. Jama, G. Legault, L'ethnopsychiatrie, *Santé mentale au Québec*, vol. XXXI, n° 2, 2006, 7-28.

23. Josepha Campinha-Bacote, *Model of Practice to Address Cultural Competence in Rehabilitation Nursing*: [www.rehabnurse.org/ce/010201/010201\\_a.htm](http://www.rehabnurse.org/ce/010201/010201_a.htm); 2002, The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Culturally Competent Model of Care, [www.transculturalcare.net/Cultural\\_Competence\\_Model.htm](http://www.transculturalcare.net/Cultural_Competence_Model.htm); 2001, A Model of Practice to Address Cultural Competence in Rehabilitation Nursing, [www.rehabnurse.org/ce/010201/010201\\_a.htm](http://www.rehabnurse.org/ce/010201/010201_a.htm)

## Les modèles d'intervention dans une Politique de santé mentale en Haïti 25

« rencontres culturelles » désignent le processus qui incite l'intervenant à s'engager directement dans des interactions interculturelles avec des clients d'origines culturelles différentes ; 4) les « habiletés culturelles » permettent de recueillir des données culturelles pertinentes sur l'histoire de la santé du patient et de son problème en vue d'une évaluation culturelle. 5) enfin, le « désir culturel » est la motivation à vouloir s'engager dans le processus de compétence culturelle.

### 6.5 L'approche ethnopsychiatrique

Pour sa part, l'*ethnopsychiatrie* désigne une pratique qui considère la différence socioculturelle comme occupant une place centrale dans le modèle de soins. Son postulat de base est le suivant : « les identifications successives qui ont formé un sujet ne se font qu'en intériorisant des modèles culturels imposés par la société. Le sujet, dans la mesure où il se socialise « participe forcément au modèle culturel dans lequel il s'exprime » (*Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique*, 1998, p. 220).

En conséquence, l'ethnopsychiatrie est fondée sur une double pratique : la psychanalyse par laquelle le patient entreprend la découverte de sa propre altérité psychique, et l'ethnologie grâce à laquelle le thérapeute élabore la connaissance de l'altérité culturelle de sa propre société. L'anthropologie permet de décoder le cadre et le contenant psychique du conflit. La psychanalyse intervient sur la subjectivité du patient et sur l'expression de son conflit à travers son histoire. La pratique ethnopsychiatrique est alors un espace de négociation entre des acteurs (patient, famille, thérapeutes, institutions québécoises...) dont les attentes, les représentations et les valeurs diffèrent.

La pratique ethnopsychiatrique comporte plusieurs particularités autant dans le dispositif de soins que dans l'approche thérapeutique. Par exemple, la pratique repose sur une approche groupale dont font partie des thérapeutes d'origine diverse. Pourquoi cette approche ? À cause de la « conception de la personne et du fonctionnement des systèmes étiologiques traditionnels qui exigent un dispositif groupal, car ces systèmes qui comportent une médiation entre des univers (par exemple, ordinaire et extraordinaire) ne peuvent fonctionner dans une situation duelle<sup>24</sup> ». De plus, le groupe permet l'abord de diverses perspectives culturelles à cause de la diversité des thérapeutes s'y trouvant, qui sont d'origine différente.

24. U. Streit, Les migrants : Adaptation de la théorie psychanalytique dans un contexte interculturel, in Doucet, P. et Reid, W., *La psychothérapie psychanalytique*, Boucherville, Gaëtan Morin, 1996, p. 388.

Il y a deux types de groupes: entre 8 et 12 thérapeutes pour un grand groupe, environ 4 à 6 pour un petit groupe. Le petit groupe autorise un cadre moins rigide qu'un grand groupe. On le surnomme dispositif souple à géométrie variable, et il est constitué en fonction de la représentation culturelle de la famille.

Dans le groupe, les thérapeutes ont une position différente entre eux. Ainsi, il y a un thérapeute principal qui mène la séance, qui s'adresse aux membres de la famille, au traducteur et aux cothérapeutes, directement. Tous les autres participants à la thérapie passent de façon unique et égale par lui. Aussi, toutes les paroles convergent-elles et repartent-elles sur et à partir du thérapeute principal. C'est lui qui dirige la séance, accueille la famille et lui énonce les éléments du cadre; c'est lui encore qui mène la thérapie, annonce la fin de la séance et donne un prochain rendez-vous. Au cours de la séance, il se réserve le droit d'interroger l'un ou l'autre de ses cothérapeutes et d'utiliser ou non la parole émise en fonction de la manière dont il mène la thérapie.

Le thérapeute principal possède trois tâches de base simultanées. Tout d'abord, porter toute son attention au récit élaboré par le patient et sa famille, et n'en jamais perdre le fil; ensuite, avoir en tête que chacun des co-thérapeutes a en lui sa propre résonance à ce qui se dit; enfin, considérer le fonctionnement dynamique d'une famille comme différent de celui d'un seul individu<sup>25</sup>.

Il y a aussi présence d'un traducteur ou interprète qui a pour charge de traduire à la lettre les propos du patient, des personnes qui l'accompagnent et des thérapeutes. La traduction se fait dans les deux sens. Le traducteur se place à côté du patient de manière à ce que celui-ci soit porté à regarder le thérapeute principal. Le traducteur est invité à repérer, dans les paroles du patient, le mot prononcé, susceptible de comporter une forte charge polysémique. Le thérapeute principal lui demande alors de décrire dans quels contextes et circonstances le mot en question se dit dans la société du patient.

Il y a enfin un thérapeute, ou le même interprète qui joue le rôle de médiateur culturel. Celui-ci (dit médiateur) a un rôle de protecteur du patient par rapport au groupe de thérapeutes. Il est la référence en matière culturelle. Puisqu'il connaît les deux cultures, celle du patient et celle de la société d'accueil, il est dans cette position médiane qui lui permet de se faire l'interprète des éléments culturels que le groupe de thérapeutes ne peut pas comprendre.

25. S. Arpin, 1998, *La tâche du thérapeute principal. L'image du chef d'orchestre*, Conférence donnée à la clinique transculturelle Jean-Talon.

## Les modèles d'intervention dans une Politique de santé mentale en Haïti 27

Les deux textes du docteur Raphaël (2010) développent l'approche ethnopsychiatrique et essaient de problématiser cette approche dans le contexte haïtien..

La *psychiatrie transculturelle* et l'*ethnopsychiatrie* s'opposent ainsi tout en se rejoignant lorsque les rapports du psychisme au culturel sont envisagés. L'enjeu auquel se confrontent ces deux pratiques est celui du lien entre « une conception antisociologique de l'individu » ou « anti-psychologique du social ». Ce dilemme, comme le disent le *Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique* et de nombreux autres écrits, a été dépassé par Georges Devereux dans la notion de complémentarisme. Ce dernier « a montré que tout fait humain doit être rendu compréhensible par les deux approches, psychologique d'un côté, socio-culturelle de l'autre, dans un complémentarisme qui n'est pas forcément simultané et qui n'a pas à tenir compte d'une succession particulière » (*Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique*, 1998, p. 220).

### 7. Encadrement des pratiques

Les services qui sont offerts doivent être encadrés afin qu'ils respectent la primauté des personnes (participation des personnes à toutes les étapes de leur traitement et respect de leurs décisions). Un premier niveau d'encadrement est le cadre légal qui édicte les règles relatives à la protection des patients et aux mesures d'exception qui sont appliquées dans leur traitement. En plus d'adopter certaines lois, le Québec a fait le choix de confier à des groupes de défense des droits gérés par les usagers eux-mêmes la promotion et l'accompagnement des usagers.

Un deuxième niveau concerne la formation des divers acteurs en santé mentale. Il est essentiel que la formation soit valorisée pour que les intervenants améliorent sans cesse leurs compétences et qualité des services. Dans le milieu universitaire, il y a évidemment la formation de base des professionnels. Dans les milieux de pratique, d'autres modèles sont utilisés pour maintenir à niveau les connaissances tels les discussions de cas, les séminaires cliniques, les clubs de lecture, la supervision, etc. Cette forme de formation (de) continue s'accompagne d'une autre forme plus structurée: cours universitaires menant soit à un certificat en santé mentale<sup>26</sup> (30 crédits) ou à un DESS en santé mentale<sup>27</sup> (30 crédits).

26. Un exemple est le certificat en santé mentale offert par l'Université de Montréal (<http://www.fep.umontreal.ca/santementale/?gclid=CPnJjuqc2qQCFeFM5QodijTMLg>)

27. Il y a au Canada un seul programme de deuxième cycle en santé mentale offert uniquement à distance. C'est celui de la Téluc (<http://www.teluc.quebec.ca/desssm/>).

Un troisième niveau d'encadrement est la recherche. Au cours des ans, la recherche a pris une importance de plus en plus grande dans le milieu de la pratique. Il s'est en effet révélé primordial que les pratiques utilisées soient efficaces et efficientes. Il s'est révélé important que les intervenants et administrateurs adoptent des modalités d'intervention probantes, mais que ces pratiques soient aussi ancrées dans la culture du pays. Pour atteindre ces objectifs, une culture de la recherche s'avère un atout primordial sinon le pays sera toujours à la remorque de l'étranger pour l'innovation dans le secteur de la santé mentale.

Enfin un quatrième niveau concerne la gestion des services. Dans une politique de santé publique, il faut une gouvernance<sup>28</sup> efficace pour que les services soient dispensés efficacement et avec efficience. Il est essentiel que les administrateurs soient bien formés et sensibilisés aux problèmes de pratique des intervenants.

## 8. Conclusion

En guise de conclusion, nous soulignons les réflexions des docteurs Roger Malary et Daniel Henrys sur une éventuelle politique de santé mentale. Pendant de nombreuses années, le centre psychiatrique Défilée de Beudet a tenté de se réformer pour réinsérer les patients dans la communauté. Mais ses efforts ont toujours été en butte aux conditions socio-politiques et au désengagement de l'État laissant place au découragement et à la gestion de la précarité. Il fallait sans cesse recommencer. Malgré ces difficultés, le docteur Malary croit encore en l'avenir au moment de sa conférence d'avril 2008 au colloque « Haïti-Québec-Canada : vers un partenariat en santé mentale », à savoir qu'il est possible de réformer le système de santé mentale par l'éducation de tous.

Pour sa part, le docteur Henrys insiste sur les points essentiels dont doit tenir compte toute politique de santé mentale<sup>29</sup> en Haïti. Il y a :

- la précarité des systèmes de santé officiel et traditionnel, et l'affaiblissement de l'État avec les problèmes de gouvernance concomitants ;
- la malnutrition dont souffrent 40 % des enfants de moins de 5 ans, qui a un impact sur le développement de l'enfant

28. La gouvernance désigne l'ensemble des mesures, des règles, des organes de décision, d'information et de surveillance qui permettent d'assurer le bon fonctionnement et le contrôle d'un État, d'une institution ou d'une organisation qu'elle soit publique ou privée, régionale, nationale ou internationale (<http://www.toupie.org/Dictionnaire/Gouvernance.htm>).

29. Tiré de sa conférence faite au colloque Haïti-Québec-Canada : vers un partenariat en santé mentale en avril 2008.



## Les modèles d'intervention dans une Politique de santé mentale en Haïti 29

- la maladie « pour la majorité des Haïtiens... qu'elle soit d'ordre mental ou pas, est souvent d'origine surnaturelle<sup>30</sup> » ;
- la transition épidémiologique des troubles mentaux et de leurs formes d'expression ;
- les initiatives locales dont il faut s'inspirer ;
- la nécessité d'un partenariat Nord-Sud, Sud-Sud, ONG-État pour « amener au renforcement tant de l'État que de cette société civile » ;
- le « danger de « surinstitutionnaliser » la santé mentale au détriment du côté préventif qui trouve toute sa place au niveau communautaire<sup>31</sup> ».
- la nécessité d'insérer dans la politique de santé mentale une politique de santé urbaine car « les violences et leurs conséquences sur la santé mentale sont plus fréquentes en milieu urbain<sup>32</sup> ».
- la « Nécessité d'affecter un budget qui pourra être alimenté, au moins en partie, par des taxes spéciales comme par exemple sur les boissons alcoolisées » une fois la politique de santé mentale adoptée. « La mise en œuvre de cette politique souffrirait moins de cette tare touchant la majorité de nos programmes prioritaires de santé : celle d'être exclusivement financés par des fonds internationaux avec leur forte influence sur les définitions des objectifs de ces programmes et les stratégies à mettre en œuvre pour leur exécution<sup>33</sup> ».

Adopter une politique de santé mentale est une mesure essentielle au développement des services en santé mentale et à leur dispensation efficace et efficiente. Mais pour qu'elle ait un impact sur la qualité de vie des citoyens, elle doit susciter l'adhésion de tous les acteurs. En ce sens, l'adoption doit s'accompagner de la création d'un « tèt ansanm », c'est-à-dire d'une commission qui saura maintenir une réflexion participative de la population sur les problèmes de psychiatrie et de santé mentale à la suite de son adoption.

### Références

ANTHONY, W. et al., 2004, *La réhabilitation psychiatrique*, Socrate Éditions Promarex, Charleroi.

30. Cf. l'article du docteur Henrys dans le présent numéro.

31. Cf. l'article du docteur Henrys dans le présent numéro.

32. Cf. l'article du docteur Henrys dans le présent numéro.

33. Cf. l'article du docteur Henrys dans le présent numéro.

- ARPIN, S., 1998, *La tâche du thérapeute principal. L'image du chef d'orchestre*, Conférence donnée à la clinique transculturelle Jean-Talon.
- BERTELLI, C, 1999, Le nouveau dispositif de soins pour adultes du Pavillon Albert-Prévost, *Santé mentale au Québec*, XXIV, 2, 74-89.
- DESIARDINS, N., D'amours, N., Poissant, J., Manseau, S., 2008, *Avis scientifiques sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, Institut national de santé publique, Montréal.
- JEAN-BAPTISTE, Y., 1995, Mise en place de structures de santé mentale en Haïti. Tout est à créer, *Krankenpflege: Soins infirmiers*, 88, 2, 6-9.
- JOSEPHA, Campinha-Bacote, 2001, *A Model of Practice to Address Cultural Competence in Rehabilitation Nursing*, [www.rehabnurse.org/ce/010201/010201\\_a.htm](http://www.rehabnurse.org/ce/010201/010201_a.htm)
- JOSEPHA, Campinha-Bacote, 2002, *The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Culturally Competent Model of Care*, [www.transculturalcare.net/Cultural\\_Competence\\_Model.htm](http://www.transculturalcare.net/Cultural_Competence_Model.htm)
- JOSEPHA, Campinha-Bacote, *Model of Practice to Address Cultural Competence in Rehabilitation Nursing*, [www.rehabnurse.org/ce/010201/010201\\_a.htm](http://www.rehabnurse.org/ce/010201/010201_a.htm)
- LECOMTE, Y., JAMA, S., LEGAULT, G., 2006, L'ethnopsychiatrie, *Santé mentale au Québec*, XXXI, 2, 7-28.
- LECOMTE, Y., LESAGE, A., 1999, Les enjeux des cliniques externes de psychiatrie, *Santé mentale au Québec*, XXIV, 2, 7-27.
- STREIT, U., 1996, Les migrants: Adaptation de la théorie psychanalytique dans un contexte interculturel, in Doucet, P. et Reid, W., *La psychothérapie psychanalytique*, Boucherville, Gaëtan Morin, p. 388.