



GRAHN
POU YON AYITI TOU NÈF

PORT-AU-PRINCE

HAÏTI



SANTO
DOMINGO



HAÏTI PERSPECTIVES

Revue thématique

**Haïti : Perceptions
et perspectives
transculturelles
en santé mentale**



IDRC | CRDI

Canada



CRDI/SHIHO FUKADA

Fiers d'appuyer les futurs **chefs de file** d'Haïti

À propos du Centre de recherches pour le développement international

S'inscrivant dans l'action du Canada en matière d'affaires étrangères et de développement, le CRDI investit dans le savoir, l'innovation et les solutions afin d'améliorer les conditions de vie et les moyens de subsistance dans les pays en développement.

crdi.ca

Haïti Perspectives

Revue thématique du GRAHN

Éditeur en chef

Samuel Pierre, Canada

Éditeur associé

Bénédictine Paul

Directeur de production

James Féthière, Canada

Coéditeurs invitées

Fritzna Blaise, Daniel Derivois

Révision scientifique

Fritzna Blaise, Haïti
Daniel Derivois, France

Révision linguistique

Nicole Blanchette, Canada

Responsable de la distribution

Tatiana Nazon, Canada

Comité de distribution

Directeur et responsable Europe : Raymond Kernizan, France ; Directrice adjointe et responsable Canada : Tatiana Nazon ; Responsable Haïti : Claude Agénor et Jerry Jacquet, Haïti ; Responsables États-Unis : Mirlande B. Alexandre, New Jersey ; Évangéline Roussel, Boston ; Florence Deltor Jean-Joseph, New York

Illustrations

James Féthière, Canada

Production Web

Stéphane Debus & GRAHN-Monde

Graphisme

Bruno Paradis, Canada

Nombre de lecteurs : 50 000

Les auteurs des articles publiés dans *Haïti Perspectives* conservent l'entière responsabilité de leurs opinions. Toute reproduction est autorisée à condition de mentionner la source et les auteurs.

Contact : haiti-perspectives@grahn-monde.org
www.haiti-perspectives.com

SOMMAIRE

Éditorial

- 3** Soigner notre santé mentale individuellement et collectivement *Bénédictine Paul*

Hommage :

- 5** À la mémoire de Jean-Claude Fouron, médecin et universitaire *Samuel Pierre*

Cahier thématique

- 7** Haïti : Perceptions et perspectives transculturelles en santé mentale *Fritzna Blaise et Daniel Derivois*
- 7** Article 1 : Le Mot des co-éditeurs *Daniel Derivois et Fritzna Blaise*
- 9** Article 2 : Revisiter la résilience à l'haïtienne *Michel Martin Eugène*
- 14** Article 3 : Éducation et démythification du délire mystique en Haïti *Venus Darius*
- 20** Article 4 : Grandir après une expérience d'amputation de membre *Fresner André*
- 26** Article 5 : The mental health of Haitian migrants in Southern Brazil *Alice Einloft Brunnet Laura Teixeira Bolaselli, João Luis Almeida Weber, Adolfo Pizzinato, Daniel Derivois et Christian Haag Kristensen*
- 31** Article 6 : Les déterminants sociaux de la santé : trois perspectives, *Julien Tousignant-Groulx et Henri Dorvil*
- 39** Article 7 : Former les psychologues haïtiens de demain : Le cas de l'Université Franco-Haïtienne du Cap-Haïtien *Alexandra Marty-Chevreuril et Wander Numa*
- 45** Article 8 : Promouvoir la santé mentale autrement : l'intervention et les services offerts par un organisme communautaire à des nouvelles mères haïtiennes *Gabrièle Gilbert et Sophie Gilbert*
- 52** Article 9 : Soutenir l'autonomie et la pérennité des pratiques : Portrait du processus de transfert de connaissances dans le cadre d'une collaboration Québec-Haïti *Laetitia Mélissande Amédée et Sophie Gilbert*
- 59** Article 10 : Assister la résilience des soignants en Haïti, *Daniel Derivois*

Appel à contribution

- 6** Appel pour Vol. 8, no 2, Automne 2023

62

GRAHN–Monde ♦ Branches et Chapitres

GRAHN–Monde

Président Samuel Pierre, ing., Ph. D.

V-P principal Programme et projets
Michel Julien, M.A.

V-P Financement Raymond Kernizan, M. Sc.

V-P Communication et service
aux membres James Féthière, Ph. D.

V-P Développement de chapitres
et recrutement Ludovic Comeau Jr, Ph. D.

V-P Science et technologie
Jean-Marie Bourjolly, Ph. D.

V-P Justice sociale et droits humains Kerline Joseph, Ph. D.

V-P Affaires administratives
et secrétaire Tatiana Nazon

Trésorier Valéry Dantica ing., M.Sc.A.

Conseillers-Conseillères Mélissa Georges,
ing., M.Sc.A., Dre Marie-Hélène Lindor,
Myrlande Pierre, Pierre Toussaint, Ph. D.

HAÏTI

GRAHN – Haïti

Président Narcisse Fièvre

Secrétaire Bénédicte Paul

Trésorier Jerry Jacquet

V-P Communications Harold Isaac

V-P Relations Publiques et Développement des
chapitres (Ouest) Nemours Damas

V-P Développement des Chapitres
(Grand Nord) Harold Durand

V-P Développement des chapitres
(Grand Sud) Jean D. Lajeunesse

V-P Relations avec les milieux
du Savoir Evens Emmanuel

V-P Innovation et Créativité
Serge Michel

Conseiller Principal William Eliacin

Conseillers Ascencio Paul, Faidlyne Policard

Conseillère et présidente sortante
Laurence Gauthier Pierre

GRAHN – Acul-du-Nord

Président Fausnel Pierre

V-P principale Guerline Nérélus

V-P recrutement Lucien Guerrier

Secrétaire Misma Exavier

Secrétaire adjoint Michel-Ange Augustin

Trésorier Ronald E. Pierre

Trésorier adjoint Julien Joseph

GRAHN – Cap-Haïtien

Présidente Lynda Ossé

V-P Principale Harold Durand

V-P Coordination du Chapitre
Jonas Cheristin

Trésorière Maryse Philomène Pierre

Secrétaire Yves Noël

V-P Relations publiques
Colette Semexant

V-P Affaires administratives
M. Salomon Gabriel

V-P Développement du Chapitre
Jacquelin Alcious

V-P adjoint Développement du Chapitre
Joel Claïresia

GRAHN – Cayes

Président Oriza James

V-P de projet Jean Mario Charles

V-P Relations publiques Lamarre Evens

V-P de recrutement Wesly Milard

V-P Développement du chapitre
Maxime Marion

V-P Financement Jean Rigautbert Gilet

Trésorier Principal Régis Estère

Trésorier adjoint Willy Fortune

Secrétaire Principale Ingrid Joseph

Secrétaire adjointe Francelene St-Clair

Conseillers Museau David, Kerry Jean-Louis,
Martine Gérard, Dorsainvil Wilson

GRAHN – Hinche

Président John Wesley Augustin

V-P Principale Larosaire G. Germain

V-P Relations publiques Malherbe Charles

Trésorier Miradieu Poidieu

Secrétaire Wichemise D. Augustin

Conseillers Jean Robert Charles,
Vernet Simon

GRAHN – Léogane

Président Yves Sainsiné

V-P principal Pierre Charles Bazile

V-P relations publiques Jean David Lambert

V-P adjoint relations publiques Dayana
Remfort

Secrétaire Daphkar Compère

Trésorière Mirlande Zaré

Conseillers Kenson Césaire et Pierre Joseph
Célestin

GRAHN – Les Anglais

Président Marc Jean-Noël Paget

V-P Jude Pierre-Arnold

V-P Relations publiques Lamy Guy Benson

Trésorière Agathe Charles

Trésorière adjoint Ridza Jean Mardy

Responsable logistique Orcelein Toussaint

Secrétaire Patricia Cadet

Secrétaire adjoint Jean Tramil St-Cyr

Conseillers Marie-Andrée Jean-Charles,
Patrick Vital, Robert Thélusca

GRAHN – Limbé

Président Charlot Kily

Secrétaire Donalson Louis

Trésorière Rose Samantha Pierre

Responsable relations publiques
Robeans Multidor

Délégué Merlin Saint-Fleur

GRAHN – Plaine-du-Nord

Président Ascencio Paul

V-P Principal projets Robens Daly

V-P Relations publiques et recrutement
Ronel Mesidor

Secrétaire Ange-Blonde Metellus

Secrétaire adjoint Edolphe Daly

Trésorier Jeff Toussaint

Trésorier-adjoint Edwin Daly

Conseillers Louis-Phanor Joseph, Ebed Paul

GRAHN – Port-au-Prince

Présidente Faidlyne Policard

Vice-Président Nemours Damas

Secrétaire Claude Agenor

Trésorière Germaine Séide

Conseillers Jules Bellerice, Marc Lionel
Armand, Frantz Ochny, Nathaëlle Buteau

Président sortant Gilbert Buteau

GRAHN – Port-de-Paix

Président Dartiguenave Léon

Vice-Présidente Solange B. Saturne

Secrétaire Erlande Pierre

Trésorier Me Arnel Auguste

Conseiller Jean-Riguerre Toussaint

GRAHN – St-Marc

Président Rodney Mento

V-P Pierre Jean Resky

Secrétaire Anna Fils Aime

Secrétaire adjoint Jean Mary Frantz

Trésorière Carline Dorainvil

Conseillers Marc Edouard Similien,
Cadet Pierre Richard

CANADA

GRAHN – Canada

Président James Féthière, Ph. D.

Trésorière Marlène Chouloute-Hyppolite

Secrétaire Georges Mercier, ing.

GRAHN – Montréal

Président James Féthière, Ph. D.

Secrétaire Valéry Dantica, ing., M.Sc.A.

Trésorière Mélissa Georges, ing., M.Sc.A.

GRAHN – Ottawa/Gatineau

Présidente Marlène Chouloute-Hyppolite

Vice-Président Robert Nonez, ing.

Trésorier Dr Faudry Pierre-Louis

Secrétaire Michel-Ange Hyppolite, ing.

Conseillers Gérard Sylvestre,
Gustave Boursiquot, Ph. D., Jude Jean-
François
Michel-Ange Hyppolite (Kaptenn),
Jean Perrin-Jean, Edzer Charles, Violène
Gabriel

GRAHN – Québec

Président Jean-Joseph Moisset, Ph. D.

Vice-présidente Alourdes Amédée

Secrétaire Philippe Nazon, ing., Ph. D.

Trésorier Harold Augustin

Conseiller Serge Vicière

GRAHN – Mauricie

Président Claude Bélizaire

Secrétaire Jean-Michel Ménard

Trésorière Nicole Philippe

GRAHN – Sherbrooke/Estrie

Président Dr Raymond Duperval

Secrétaire Dr Henry Labrousse

Trésorier Georges Mercier, ing.

FRANCE

GRAHN – France

Président Raymond Kernizan

V-P Relations publiques Paul Baron

V-P Communication

Reynold Henrys

Secrétaire Barbara Dambreville

Trésorière Vicenta Palomares

Conseillers Daniel Derivois, Renaud Hypolite,
Paul Jean-François, Ronny Lappomeray,
Daniel Talleyrand

SUISSE

GRAHN – Suisse

Président Dodly Alexandre

Vice-Président Hérard Louis

Secrétaire Malick Matthey

Trésorier Jacques-Michel Dieudonne

Trésorier adjoint Olivier Pierre

Conseiller Dominique Desmangles

USA

GRAHN – USA

Président Ludovic Comeau Jr (Chicago, IL)

Vice-président principal, programmation et
développement des chapitres Charlot Lucien
(Boston, MA)

Vice-président, projets spéciaux et
financement Reynald Altéma (West Palm
Beach, FL)

Vice-présidente, développement des
partenariats académiques Louise Michelle Vital
(Cambridge, MA)

Vice-président, marketing, médias sociaux
et relations publiques Mirlande Brignolle
(New Jersey)

Secrétaire Geneviève Dagobert (Temple, NH)

Trésorier Jackson Compère (Medford, MA)

Assistante vice-présidente, projets spéciaux
et financement Judith Levros (Cranston, RI)

Assistante vice-présidente, marketing, médias
sociaux et relations publiques Évangéline
Roussel (Norwood, MA)

Conseiller Luckner Bayas (Boston, MA),
Milan Daler (Temple, NH), Roland Rodené
(Brockton, MA),

GRAHN – Chicago

Président Lionel Chéry, MBA

Vice-Président Me Tania Luma

Secrétaire Carole Théus, M. Sc.

Trésorier Serge Fontaine

Directrice de programme Maude Toussaint-
Comeau, Ph. D.,

Président sortant Ludovic Comeau Jr, Ph. D.

GRAHN – New England/Boston

Président Charlot Lucien

Secrétaire Lyns Hercule

Secrétaires exécutives Sarah Hendricks,
Évangéline Roussel

Trésorier Ghislain Joseph

GRAHN – New Jersey

Président Jean Wilner Alexandre

Directrice exécutif Mirlande B. Alexandre

Secrétaire Davilus Jean

Trésorière Roselore Brignolle

Ressources humaines Dr Lou Alexandre

Relations publiques
Pasteur Thelusca Joseph

Soigner notre santé mentale individuellement et collectivement

Bénédict Paul

Notre état de santé mentale impacte différents aspects de notre vie, nos attitudes, nos comportements. Il n'influe pas seulement sur notre bien-être individuel mais aussi sur la société. Comme la santé de chaque individu prédétermine la qualité de sa contribution au bien-être collectif ou encore les coûts qu'il entraîne pour la société, nous avons intérêt à prendre soin de notre santé mentale. De ce point de vue, deux grandes nouvelles peuvent être partagées.

La mauvaise nouvelle, en ce début de troisième décennie du millénaire, relève du constat que notre santé mentale à l'échelle mondiale est en berne. À preuve, dans le monde, une personne sur huit souffre de problèmes de santé mentale, selon le dernier rapport sur le développement humain [1]. Il ne s'agit pas d'un problème de pays en développement ; tous les pays y font face, à des degrés divers.

Dans le cas d'Haïti, les problèmes principaux à la base de la détérioration de l'état de santé mentale ont été exacerbés par la crise sécuritaire. La pandémie de COVID-19 a relativement épargné la population déjà mal desservie en services sanitaires de base. Les conséquences économiques de l'invasion de l'Ukraine par la Russie, la cherté de la vie marquée par une inflation progressant à plus de 30 % annuellement sont autant de préoccupations socio-économiques qui s'ajoutent aux menaces sanitaires, alimentaires et par conséquent existentielles de la population. Les données du baromètre des Amériques ont révélé que, juste avant l'assassinat du président de la République, en 2021, 66 % des Haïtiens éprouvaient un sentiment d'insécurité [2]. Dès lors, l'insécurité physique était déjà la préoccupation première, avant même les événements survenus depuis, bien plus que la COVID-19. Le sentiment d'être prisonnier chez soi, impuissant, sans recours valable, et sans possibilité d'anticiper une sortie de crise, constitue un ennemi cruel pour la santé mentale des Haïtiens.

Même si la population d'Haïti est connue pour sa force mentale et sa résilience, l'ampleur du problème actuel appelle l'attention. Les contributions rassemblées dans ce numéro de la revue *Haïti Perspectives* participent des débats habituellement agités sur les préoccupations nationales et internationales qui intéressent Haïti. Elles cherchent à aider à mieux comprendre ce phénomène afin d'éclaircir des actions concrètes.

Comme souligné dans le rapport sur le développement humain, la situation actuelle risque d'entraver l'atteinte des objectifs de développement durable [1]. Dès lors, à situation de crise, besoin et opportunité d'innovations. L'espoir ne doit pas périr. Il est menacé certes, mais il persiste. D'où la bonne nouvelle suivante.

La bonne nouvelle est fondée sur l'intelligence humaine qui justifie la persistance de l'espoir et est étroitement associée à des changements nécessaires et urgents. Pour ce faire, les acteurs sur lesquels il est possible de compter sont d'abord les individus, puis les ménages, et enfin les organisations de toute sorte et les dirigeants en postes de responsabilité. Il s'agit d'une action à l'échelle micro d'abord, même si au niveau macro des signaux favorables peuvent être envoyés en vue de créer un climat d'émergence de comportements et d'actions individuelles. Cette posture pragmatique est située dans un contexte d'inefficacité démontrée des pouvoirs publics délégitimés depuis quelques années. Elle est également justifiée de manière historique en ce que la résilience d'Haïti s'est toujours reposée sur des catégories sociales malheureusement peu impliquées dans les décisions politiques, en l'occurrence les femmes, les paysans et les acteurs de l'économie sociale et solidaire. Et, malgré les crises, ces catégories sociales tiennent encore et peuvent servir de levier pour réaliser des changements importants.

Oui, le changement est possible ! Nous pouvons changer, aussi rapidement que nous avons appris à appliquer les gestes barrières en vue de limiter la propagation de la COVID-19. D'ailleurs, avant l'arrivée de la pandémie, les Haïtiens savaient déjà, avec le choléra, effectuer des changements de comportements appropriés (lavage des mains, rituels funéraires minimums, etc.) pour limiter la propagation des virus. Il s'agit, maintenant, de renforcer une résilience basée sur l'esprit (*mens*). L'heure est à l'action, comme suggéré par les contributeurs à ce numéro. Et, puisque la démarche à adopter se doit d'être inclusive, chacun de nous, en particulier ceux qui sont bien intentionnés, ont un rôle important à jouer. C'est pourquoi l'engagement, le leadership et le réenchantement apparaissent comme des leitmotifs.

Pour commencer, il paraît plus efficace de privilégier l'action au niveau du citoyen lambda au début de la démarche, en attendant de pouvoir s'occuper de la santé mentale des dirigeants, car, à l'échelle

mondiale, celle-ci n'a généralement pas été très bonne. Au contraire, s'il faut être plus solidaire, plus empathique, et plus tolérant, il est nécessaire de commencer à l'être à l'endroit du citoyen lambda paisible et cherchant à vivre en paix.

Dans une perspective institutionnaliste, le changement à l'échelle collective peut commencer à l'intérieur des familles – concept plus sociologique qu'économique – représentant l'espace de socialisation des individus. C'est le lieu idéal pour expérimenter le bonheur et le réenchantement. C'est pourtant un lieu d'institutionnalisation mis à rude épreuve des décennies durant, avec la migration et les pratiques sociales internes diverses, en Haïti. C'est aussi l'espace où se forment et se raffinent les valeurs, le moulage des attitudes, l'esprit collectif, les aspirations, les comportements, etc.

Dans ce contexte d'inquiétude, il y a donc lieu de commencer tout de suite à soigner notre santé mentale, entendue comme forme de bien-être complet [3]. Car son amélioration est d'autant plus une

urgence que le relèvement du pays en dépend. Dans un objectif de développement humain durable, l'approche par le capital humain amène à penser que le développement d'Haïti ne pourra pas se faire sans ses habitants. Mais qu'avant cela, il faut soigner leur santé mentale. Car il n'est de richesse que de personnes formées et en santé [4], et notre capacité à jouir de la vie et à faire face aux défis auxquels nous sommes continuellement confrontés est liée à notre état de santé mentale [3]. ■

1. PNUD. (2022). *Incertain Times, Unsettled Lives: Shaping our Future in a Transforming World. Human Development Report 2021/2022*. New York : United Nations.
2. Gélineau, F. (2021). Human Security in Haiti. Dans F. Gélineau, J. Daniel Montalvo et V. Schweizer-Robinson (dir.). *Political Culture of Democracy in Haiti and in the Americas 2021: Taking the Pulse of Democracy*. Nashville, TN: LAPOP.
3. Doré, I. et Caron, J. (2017). Santé mentale: concepts, mesures et déterminants. *Santé mentale au Québec*, vol. 42, no 1, p. 125-145.
4. Paul, B. (2017). Il n'est de richesse que d'hommes en santé, *Haïti Perspectives*, vol. 6, n° 1, p. 3.



GRAHN
POU YON AYITI TOU NÈF

2010-2020

10 ans de persévérance

**Un peuple, une histoire,
construisons ensemble
l'avenir**

**Yon pèp, yon listwa, an
nou mete men pou nou
bati lavni**

www.GRAHN-MONDE.ORG

À LA MÉMOIRE DE JEAN-CLAUDE FOURON, MÉDECIN ET UNIVERSITAIRE

Jean-Claude, le Grahnu

Dr. Jean-Claude Fouron vient de nous quitter, le 19 octobre 2022. Nous pleurons aujourd'hui son départ, après une vie professionnelle, scientifique, familiale et personnelle bien remplie. Son héritage est immense. Mais, ce serait ne pas lui rendre justice que de ne pas parler du Grahnu conséquent qu'il était et qu'il demeurera dans la mémoire des membres du GRAHN ayant eu le privilège de le côtoyer, de l'apprécier, de l'admirer.

Pour celles et ceux qui ne connaissent pas le GRAHN – le Groupe de réflexion et d'action et d'action pour une Haïti nouvelle – c'est une organisation de vigie citoyenne, laïque et apolitique fondée le 20 janvier 2010 à Montréal, huit jours après le séisme du 12 janvier 2010. Sa mission est de contribuer à l'émergence d'une Haïti nouvelle, par la création d'une société démocratique, ouverte, plus inclusive, moins inégalitaire, fondée sur le droit, la solidarité, le partage, l'éducation, le culte du bien commun et la conscience environnementale.

Jean-Claude en est un des fondateurs. Jean-Claude fut l'un des responsables du comité thématique « Santé publique » de GRAHN-Monde jusqu'à son décès. Il était aussi membre honoraire du conseil d'administration de l'Institut des sciences, des technologies et des études avancées d'Haïti (ISTEAH), établissement universitaire fondé en 2013 en Haïti par le GRAHN. Jean-Claude avait présidé la grande conférence Haïti Santé 2012 du GRAHN qui a eu lieu à Port-au-Prince. De sa conférence plénière donnant lieu à l'article intitulé « La santé, moteur du développement socio-économique en Haïti », publié dans la revue Haïti Perspectives du GRAHN, dans un numéro pour lequel il a agi comme co-éditeur invité avec Dr Rodolphe Malebranche d'Haïti, il a écrit ceci :

« D'emblée, je tiens à souligner que nous, du GRAHN, ne voulons donner de leçons à personne. Cependant, comme vous, nous ne pouvons rester insensibles à la réalité socioéconomique de notre patrie qui souffre (et ici, en bon pédiatre, j'emploierai un terme qui nous est familier), qui souffre d'un retard de croissance et de développement... »

« En attendant que la planète se mette d'accord pour une justice sociale mondiale, pour le respect de la dignité de toute vie humaine, qu'elle soit au nord ou au sud de l'équateur, en attendant le

miracle, c'est d'abord à nous et à nous seuls, sur notre petit coin de terre, de prendre conscience de notre société inégalitaire, héritée d'un colonialisme esclavagiste, dégradant autant pour celui qui le subit que pour celui qui en profite. Après plus de deux siècles d'esclavage et deux siècles d'indépendance, il me semble que ce spectacle a assez duré. Notre avenir collectif en dépend. C'est ce que j'appellerais notre deuxième indépendance. Je refuse de croire que nous en sommes incapables, comme certains le prétendent. Je crois au contraire que nous pouvons relever ce défi si nous décidons d'inclure dans cette merveilleuse aventure les cinq millions de cerveaux qui, sur notre île, n'ont pas accès au savoir.

Souhaitons ensemble que cette semaine intensive d'ateliers et de séances de travail dépose à la base de ce nouvel édifice social, de cette nouvelle Haïti que nous voulons construire, dépose, donc, ces premières pierres qui ont pour nom prise de conscience et volonté; volonté collective et inébranlable d'une société inclusive. Au nom de l'équité, de la justice et de la simple dignité.

Je vous laisse avec cette définition de la conscience telle qu'exprimée par Joseph Ki Zerbo, professeur, historien, philosophe et sage né au Burkina Faso... :

« La conscience, c'est le fait d'assumer des événements et de les classer non seulement dans l'ordre de la compréhension intellectuelle, mais dans l'ordre éthique du devoir, de l'admissible et de l'inadmissible, du légitime et de l'illégitime. Pas seulement de la légalité mais de la légitimité. »

Voilà donc une pensée humaniste qui caractérise parfaitement le Grahnu Jean-Claude qui a cru sans réserve dans les idéaux du GRAHN et dont la disparition aujourd'hui nous afflige toutes et tous au plus haut point.

Au nom de tous les membres du GRAHN et en mon nom propre, je transmets mes plus sincères sympathies à son épouse, Madame Pierrette Bienvenue Fouron, à ses trois filles Pascale, Catherine et Sophie, et à ses cinq petits-enfants.

Samuel Pierre
Président de GRAHN-Monde
10 novembre 2022

APPEL À CONTRIBUTION

Revue thématique du GRAHN

Vol. 8, n° 1, Printemps 2023

HAÏTI : PERCEPTIONS ET PERSPECTIVES TRANSCULTURELLES EN SANTÉ MENTALE

Co-éditeurs invités

- Fritzna **Blaise**, M.D., Haïti
- Daniel **Derivois**, Ph.D., France

Comité éditorial

- Reynald **Altéma**, M.D., USA
- Jeff Matherson **Cadichon**, Ph.D., Haïti
- Jude Mary **Céna**, Ph.D., Canada
- Lewis **Ampidu Clorméus**, Ph.D., Haïti
- Nicole **Desrosiers Carré**, M.D., Canada
- Henri **Dorvil**, Ph.D., Canada
- Michel **Eugène**, Ph.D., Haïti
- Sophie **Gilbert**, Ph.D., Canada
- Marie-Hélène **Lindor**, M.D., Canada
- Marie **Papineau**, Ph.D., Canada
- Frantz **Raphaël**, M.D., Canada

La population haïtienne est constamment confrontée à des événements potentiellement traumatiques (séisme du 12 janvier 2010; ouragan Matthew; cyclone Irma - épidémie de choléra; pandémie de la Covid-19) survenus dans des conditions socio-économiques et politiques difficiles. Ces situations réactualisent non seulement ses croyances profondes mais aussi différentes perceptions de la santé mentale.

Selon l'OMS, l'exposition répétée à ce type d'événements peut contribuer au développement et au maintien de certains troubles mentaux chez les enfants et les adolescents ainsi que chez les adultes les plus vulnérables. Dans quelles mesures la perception des troubles et les références culturelles peuvent-elles être des leviers dans les dispositifs de prise en charge et d'accompagnement?

Six ans après l'élaboration de la première «composante santé mentale» de la politique nationale de santé (MSPP, 2014), où en est le système de santé haïtien face à son application et à la mise en place des éléments du plan stratégique national pour la santé intégrale de l'enfant (MSPP *et al.*, 2013)?

Dans ce contexte de pandémie (Covid-19), cet appel à contribution pour ce numéro se veut être une occasion de réfléchir sur les **perceptions et les perspectives en santé mentale** en Haïti au regard des enjeux sociaux, historiques, politiques, économiques et culturels, dans le but d'apporter des éléments de réponse aux interrogations suivantes:

1. Comment sont pensés et vécus les événements tragiques et la maladie mentale par les professionnels et la population en Haïti et dans la diaspora?
2. Quelles sont les spécificités selon les populations (femmes, hommes, enfants, adolescents) et les contextes de vie (famille, école, communauté, milieu carcéral, milieu rural, etc.)?
3. Quelles sont les perspectives d'accompagnement et les ressources disponibles ou mobilisables dans la population?

Les personnes intéressées devront soumettre, au plus tard le **30 septembre 2022**, un résumé (en Français, Kreyòl ou Anglais) d'environ 300 mots, accompagné de cinq mots-clés présentant leur proposition de contribution aux co-éditeurs:

- Fritzna Blaise: Fritzna.Blaise2@USherbrooke.ca
- Daniel Derivois: Daniel.Derivois@u-bourgogne.fr

Une notification d'acceptation ou de refus du résumé sera transmise au plus tard le **30 octobre 2022**. Si le résumé est accepté, l'article (en Français, Kreyòl ou Anglais) au complet (20 000 mots maximum) doit être soumis au plus tard le **30 novembre 2022**. Les notifications d'acceptation finale seront envoyées aux auteurs au plus tard le **20 décembre 2022**. La parution de ce cahier thématique est prévue pour **Février 2023**.

Le mot des co-éditeurs Au chevet d'Haïti

Daniel Derivois, Ph.D., et Fritzna Blaise, M.D.¹

Quand ce numéro sur les perceptions et perspectives transculturelles en santé mentale en Haïti a été conçu, nous étions encore suspendus aux effets de la pandémie mondiale de COVID-19 qui allait bouleverser l'homéostasie des pays occidentaux et non occidentaux, déjà fragilisés, chacun à sa manière, par les méfaits de la mondialisation capitaliste et financière.

Tout en révélant l'interdépendance des États en matière de santé globale, cette crise à la fois sanitaire, économique, politique, identitaire, scientifique et idéologique a notamment suscité des réflexions et des interrogations sur la résilience des peuples du monde selon les catastrophes vécues, les référents culturels et les modèles de sociétés².

En Haïti – où, au lendemain de l'événement sismique de janvier 2010, une forme de résilience a été validée scientifiquement dans la limite des méthodes utilisées³ –, l'assassinat du président Jovenel Moïse n'avait pas encore eu lieu. Ce crime a non seulement détruit les métacadres (État, institutions publiques, sanitaires, scolaires...), mais a réactivé et aggravé les traumatismes multiples et cumulatifs du pays liés notamment aux séismes, aux ouragans, au choléra, à la COVID-19, ainsi qu'aux crises politiques, sociales et économiques. Aujourd'hui, sur les scènes nationale et internationale, la première république noire semble coincée dans ce qui s'apparente à un « *angle mort de l'humanité*⁴ ».

COMMENT ALORS PRENDRE SOIN D'HAÏTI ET EN HAÏTI ?

Ces événements réactualisent non seulement les croyances profondes du peuple haïtien mais aussi ses différentes perceptions de la santé mentale. Selon l'Organisation mondiale de la santé, l'exposition répétée à ce type d'événements peut contribuer au développement et au maintien de certains troubles mentaux chez les enfants et les adolescents ainsi que chez les adultes les plus vulnérables. Dans quelle mesure la perception des troubles et les références culturelles peuvent-elles être des leviers dans les dispositifs de prise en charge et d'accompagnement ?

Huit ans après l'élaboration de la première « composante santé mentale » de la Politique nationale de santé⁵, où en est le système de santé haïtien face à son application et à la mise en place des éléments du Plan stratégique national pour la santé intégrale de l'enfant⁶ ?

Dans ce contexte post-catastrophe, Haïti Perspectives donne la parole à des chercheurs, soignants et acteurs de terrain concernant certaines **perceptions et perspectives en santé mentale** en Haïti au regard des enjeux sociaux, historiques, politiques, économiques et culturels, dans le but d'apporter des éléments de réponse aux interrogations suivantes :

- Comment sont pensés et vécus les événements tragiques et la maladie mentale par les professionnels et la population en Haïti et dans la diaspora ?

1. Nous remercions chaleureusement Marie Papineau et James Fethière pour leur implication dans la réalisation de ce numéro.

2. Karray, A. et Derivois, D. (2020). *Quelle résilience pour quels modèles de société?*, [En ligne], <https://theconversation.com/quele-resilience-pour-quels-modeles-de-societe-137666#:~:text=Le%20r%C3%B4le%20du%20lien%20social%20et%20des%20ressources%20culturelles&text=Ainsi%2C%20plus%20les%20populations%20vivent,r%C3%A9silience%20est%20mise%20en%20relief>

3. Cénat, J. M. (2018). *Traumas et résilience. Leçons du tremblement de terre de 2010 en Haïti*. Presses de l'Université Laval.

4. Derivois, D. (2022, décembre). Haïti, angle mort. *Revue Esprit*.

5. MSPP. (2014). *Composante santé mentale de la Politique nationale de santé*, [En ligne], <https://mspp.gouv.ht/site/downloads/Composante%20Sante%20Mentale%20MSPP.pdf>

6. MSPP et coll. (2013). *Plan stratégique national pour la santé intégrale de l'enfant en Haïti 2014-2019*, [En ligne], <https://mspp.gouv.ht/site/downloads/Plan%20Strategique%20de%20la%20Sante%20%20Infantile%202014%202019.pdf>

7. Derivois, D. et coll. (2018). Resilience in Haïti: is it culturally pathological? *BJPsych Int.*, 15(4), p. 79–80. doi: 10.1192/bji.2017.25

- Quelles sont les spécificités selon les populations (femmes, hommes, enfants, adolescents) et les contextes de vie (famille, école, communauté, milieu carcéral, milieu rural, etc.) ?
- Quelles sont les perspectives d'accompagnement et les ressources disponibles ou mobilisables dans la population ?

Dans ce dossier, nous avons le plaisir de vous proposer neuf modestes contributions qui participent du débat et des pistes d'intervention concernant la santé mentale en Haïti.

À partir de ce qu'il appelle *homo haïtianus*, **Michel Martin Eugène** nous alerte sur les effets secondaires de la résilience à l'haïtienne, une résilience qu'on pourrait qualifier parfois de pathologique⁷, à certains égards. **Venus Darius** attire quant à lui notre attention sur certains enjeux du traitement du délire mystique en Haïti. Pour sa part, **Fresner André** interroge la manière dont les personnes amputées après le séisme de janvier 2010 essaient de se reconstruire. La question de la santé mentale des migrants haïtiens, notamment au Brésil, est abordée par **Alice Einloft Brunnet et ses collègues**. Enfin, trois déterminants sociaux de la santé sont mis en perspective par **Julien Tousignant-Groulx et Henri Dorvil**.

Dans leur article, **Alexandra Marty-Chevreuil et Wander Numa** évoquent la question de la formation des psychologues à l'Université Franco-Haïtienne du Cap-Haïtien. Ces soignants sont d'une importance capitale, aux côtés d'autres professionnels divers (pasteur, agriculteur, etc.) pour promouvoir la santé mentale de diverses manières. C'est ce que montrent **Gabrièle Gilbert et Sophie Gilbert** en s'appuyant sur les travaux du Groupe de Santé Mentale de Grand-Gôave (GROSAME). Ce dispositif issu d'une collaboration Québec-Haïti vise notamment à soutenir l'autonomie et la pérennité des pratiques, comme en témoignent **Laetitia Mélissande Amédée et Sophie Gilbert** dans leur contribution. Le dossier se termine par une réflexion de Daniel Derivois au sujet de la résilience des *soignants*, terme entendu dans le sens large de *prendre soin*.

C'est donc avec gravité, alors qu'aucune issue ne semble encore se dessiner sur les plans politique, sécuritaire, sanitaire et éducatif, que nous invitons lecteurs et lectrices, d'ici et d'ailleurs, en Haïti et dans la diaspora, à venir *au chevet d'Haïti*.

Bonne lecture!



Rhum Barbancourt[®]

Revisiter la résilience à l'haïtienne

Michel Martin Eugène

Résumé : Aux prises avec un environnement demandant et en constante mutation, l'être humain est obligé de s'adapter pour survivre. On parle de résilience quand il parvient à survivre et à s'adapter à des stress importants. L'homo haïtianus (Haïtien moyen) semble être particulièrement résilient; il aurait développé des ressources pour faire face aux stress quotidiens, lesquels émanent d'un environnement très demandant. C'est ce que soulignent la plupart des chercheurs. Il est important de scruter l'autre face de cette réalité complexe, à savoir les effets secondaires de la résilience à l'haïtienne. On est alors surpris de découvrir qu'elle peut servir de carburant ou d'amplificateur à des patrons de conduite problématiques chez l'homo haïtianus, dont l'acceptation de l'inacceptable, la passivité, l'insouciance, l'irresponsabilité, le sentiment d'impuissance, la pensée magique; il lui est aussi resté des relents esclavagistes qui risquent d'impacter son comportement. L'étude de cet aspect de la résilience de l'homo haïtianus en offre une compréhension plus complète.

Abstract: Human beings face constantly a changing and demanding environment, so they have to adapt to change in order to survive. They are resilient when they manage to go through intense stress without harm. Homo haïtianus seems to be particularly resilient; he had to develop resources in order to cope with daily stresses in an overly demanding environment. This is what most researchers point out. However, it is important to go further, to examine another side of Haitian resilience, namely its side effects. In doing so, we discover that resilience can serve as fuel or as booster for Homo Haitianus problematic patterns such as: acceptance of the unacceptable, passivity, recklessness, irresponsibility, helplessness, magical thinking. We can also find residues of slavery that may impact his behavior. From this point of view, we shall have a better and more complete understanding of Homo haïtianus resilience.



1. ADAPTATION, RÉSILIENCE, HOMO HAÏTIANUS

La recherche en psychologie du développement et en psychologie évolutionniste, pour ne citer que ces deux disciplines, admet largement que l'être humain est astreint à un environnement demandant et changeant qui l'oblige à un effort continu d'adaptation. Cette adaptation est d'ordre physique, ce qui est extrêmement lent et nécessite beaucoup de temps pour se manifester de manière significative. Elle est aussi d'ordre psychologique; cette adaptation s'observe sur un laps de temps plus court et suscite l'intérêt au plus haut point. Elle se présente comme un enjeu majeur de la vie moderne. En effet, l'humain fait face à des demandes importantes qui sont d'ordre psychosocial. Elles sont diversifiées et viennent d'horizons divers. Agression subie, soucis de la vie, communauté de vie, conflits familiaux, déceptions, désillusions, trahisons, solitude, routine, monotonie, événements traumatisants, obligation de rendement professionnel, travail non plaisant, chômage, conflits internes, rejets, pauvreté, catastrophes naturelles, guerres, etc., soumettent l'humain à un stress permanent. Ces aléas et traumatismes lui font vivre peur, inquiétude, colère, déception.

L'humain fait face aux demandes grâce à un réflexe de survie. Il peut alors surmonter ces demandes qui risquaient de l'annihiler et en sortir revigoré, renouvelé et bonifié. On parle alors de résilience. Au fil de l'histoire, les individus et les peuples ont souvent fait preuve de résilience, en passant à travers, voire en triomphant, des situations de grand stress.

L'homo haïtianus (Haïtien moyen), en particulier, a développé des atouts au regard de la résistance aux stress quotidiens et de son environnement, qui est particulièrement demandant et agressif, au point que la résilience semble lui coller à la peau comme une caractéristique essentielle.

2. RÉSILIENCE À L'HAÏTIENNE

L'homo haïtianus s'est forgé une réputation assumée de personne indestructible au fil des aléas de l'histoire. Il a survécu sur plusieurs générations à trois siècles d'esclavage sous la férule des colons espagnols et français et sous le régime du Code noir. Le régime colonial français est connu comme ayant été « l'un des régimes esclavagistes les plus brutaux, les plus violents, les plus déshumanisants, les plus racistes, les plus cruels que la terre ait connus¹ ». Tous les moyens imaginables ont été conçus et mis en opération pour priver l'esclave de son humanité, notamment en lui enlevant le sens cette humanité. Il était traité à la manière d'une bête de somme ou d'un « bien meuble » au service du maître qui avait *ipso facto* droit de vie et de mort sur lui. Ce faisant, l'esclave était continuellement agressé dans son identité humaine. Toute velléité de révolte était réprimée avec une brutalité inouïe, destinée à dissuader l'esclave de toute rébellion – instinct de survie aidant – et à lui faire assumer sa sous-humanité. Il était rivé à la plantation et aux travaux forcés pour la prospérité de son maître. Il était assimilé, déshumanisé, soumis, chosifié à jamais. Mais il est resté en vie d'abord physiquement, puis, d'une certaine façon, psychiquement; ce que les Indiens Tainos n'ont pas pu faire. En quelques années, selon les historiens, ces derniers ont été décimés sur la partie ouest de l'île.

Pour survivre, l'homo haïtianus a dû accepter son destin, c'est-à-dire celui que l'esclavage et les intérêts supérieurs de l'or vert (industrie du sucre aux 17^e et 18^e siècles) lui avaient forgé. L'homo haïtianus a joué l'extinction chez lui de toute dignité humaine, l'asservissement total, l'hébétéude, la soumission, voire la motivation personnelle pour le rendement du maître... pour endormir ce dernier dans ses certitudes de toute-puissance. Puis, d'un coup, alors qu'il était réduit à l'esclavage depuis plusieurs générations et plusieurs siècles,

1. Eugène, M. M. (2020). *Haïti a mal à sa pauvreté. Impression diagnostique de l'échec du projet Haïti*. Paris: L'Harmattan.

profitant de circonstances favorables, il a montré que sous la cendre de l'anéantissement de son identité humaine, il avait conservé de manière presque intacte les attributs de son humanité ; il s'est levé, a rugi son envie de liberté et de dignité, s'est rebellé contre sa condition d'esclave, s'est saisi des armes de son maître, l'a bouté hors des biens que lui et ses ancêtres avaient construits de leur sang et leur sueur et s'est installé en maître. Il a montré à la face du monde que son mouvement était bien plus qu'une révolte, qu'il portait des aspirations de dignité humaine en créant une nation, symbole de la liberté retrouvée et de la fin de l'asservissement de l'homme par l'homme. Ce faisant, il a affirmé de manière solennelle qu'il n'avait pas perdu le sens de son humanité.

Comme on pouvait s'y attendre, le problème de l'esclavage ne s'est pas réglé une fois pour toutes avec la déclaration de l'indépendance. De nombreux enjeux touchant à la dignité humaine de l'*homo haitianus* n'ont pas été dénoués en 1804, ni par la suite, malgré les mouvements dits révolutionnaires qui se sont succédé et les changements plus ou moins violents de gouvernements, de systèmes et de régimes politiques. Les mêmes rapports esclavagistes se jouent encore aujourd'hui [1] (Casimir, 2009), engendrant la souffrance, le dénuement, le désarroi, l'exploitation, la violence, la domination et la soumission. Les différends portant sur la justice sociale et la justice distributive n'ont pas encore été liquidés. L'*homo haitianus* a vécu dans des conditions rappelant symboliquement l'esclavage à Saint-Domingue. Il a dû se plier à des régimes autoritaires, a fait face à des purges, des révolutions, des assassinats, des guerres intestines, des invasions. Le pays rêvé en 1804 a tardé à arriver et tarde encore à s'inscrire dans la glaise du réel. L'*homo haitianus* réfrène ses aspirations et son élan, ravale sa colère, se contente de miettes, exprime sa peine et sa frustration de manière artistique, en poursuivant son chemin.

Quand le vent de la répression souffle fort, l'*homo haitianus* courbe l'échine pour se soustraire à la furie des tyrans et de leurs sbires ; à l'heure des révolutions, il observe attentivement pour saisir les tenants et aboutissants des luttes, les intentions plus ou moins dévoilées des uns et des autres, la lueur de la victoire pour se positionner et se prononcer. Il passe à travers les événements sociopolitiques contraires en y laissant peu de plumes. Il ne se laisse pas abattre. Chaque fois qu'une porte se ferme, il en ouvre une nouvelle et s'ingénie à survivre, croyant en un avenir meilleur.

- L'*homo haitianus* a un attachement exceptionnel à la vie. Il ne lâche pas prise ; il refuse de s'abandonner à la mort. Selon Anglade, le peuple haïtien trouve en lui-même les ressources pour se protéger contre la mort [2] ; c'est ainsi qu'on peut expliquer que 80 % de la population soit encore en vie, malgré son immersion dans la misère. Il réussit à tourner les situations de mort pour se créer des espaces de survie.
- L'*homo haitianus*, réduit à la misère dans les campagnes, livré à lui-même dans une activité économique (l'agriculture) qui ne rapporte plus et n'arrive plus à le nourrir, exclu de la belle société, végétant dans le pays « en dehors » exempt de tout confort moderne, refuse son exclusion et vient frapper à la porte du confort relatif de la ville, dans une nouvelle forme de misère du nom de « bidonville ». Si les plus nantis se prélassent

en ville, il refuse le lent anéantissement dans le silence des campagnes ; il s'invite à l'arrière-cour de la ville.

- L'*homo haitianus* est capable de survivre non seulement avec le strict minimum, mais aussi avec moins que le strict minimum. Pour ce faire, il met en opération un certain nombre de mécanismes de survie, dont les petits commerces symboliques tenus par les femmes. Ce sont des commerces qui ne dégagent nul profit ou qui produisent un profit rachitique ; au fond, ils servent en réalité à combattre l'ennui, le sentiment d'inutilité et le découragement.
- Une semaine après le séisme du 12 janvier 2010 dans la région de Port-au-Prince, l'humeur de la population était on ne peut plus morose. Les autorités et les familles étaient encore à enterrer les restes des personnes tuées ; de nombreuses familles réalisaient à peine l'immensité de leurs pertes. On était encore loin du travail de deuil ; des individus étaient aux prises avec d'énormes conflits de loyauté ; d'autres vivaient avec intensité la culpabilité des survivants. Des journalistes, remarquant un attroupement suspect quelque part en périphérie de la ville, se sont approchés. Ils ont alors eu la surprise de voir des jeunes en train de jouer au football ; ils avaient déjà rebondi de la léthargie provoquée par la grande catastrophe et étaient prêts à aller de l'avant. Un dignitaire religieux venant des États-Unis, en visite de solidarité à Port-au-Prince durant cette même semaine, s'est fait répondre par un jeune religieux qu'il ne pouvait pas se permettre le luxe de perdre espoir, car c'est tout ce qui restait à son peuple, quand il s'est aventuré à l'encourager à garder l'espoir.

Les rêves de l'*homo haitianus* d'un État moderne et puissant, à la hauteur des hautes aspirations des va-nu-pieds qui ont forgé l'utopie haïtienne, ont du plomb dans l'aile ; ils ont du mal à soulever la nation. Les échecs se répètent aux points de vue social, politique et économique ; les expériences se suivent et se ressemblent ; l'histoire bégaye et laisse l'angoissante impression d'être en perpétuel recommencement stérile. L'*homo haitianus* évite le désarroi en rêvant à un messie politique, une espèce de champion surpuissant qui viendra remettre de l'ordre, écraser le mal et les fauteurs de trouble, amener le pays dans les hauteurs des promesses de 1804. Il vit désormais dans l'attente de ce jour : « espwa fè viv », réalise-t-il.

3. EFFETS SECONDAIRES DE LA RÉSILIENCE À L'HAÏTIENNE

Nous sommes encouragés par la grande capacité de résilience de l'*homo haitianus*. C'est le cas de le dire : les circonstances ne semblent pas lui faire énormément de cadeaux. Les ressources naturelles sont limitées et son industrie, son niveau d'organisation et de gestion sont loin d'être parfaits. Il a fait face à davantage d'aléas que d'opportunités dans son histoire. Pourtant, il parvient à survivre. Voilà ce qui est abondamment souligné dans la littérature scientifique. Il existe cependant une autre face qui mérite d'être davantage mise en lumière pour saisir la problématique de la résilience haïtienne dans sa totalité. C'est ce que nous nous permettrons de nommer « effets secondaires de la résilience à l'haïtienne ». S'il fait face à de nombreux aléas, s'il parvient à survivre, l'*homo haitianus* ne réussit

pas toujours à transformer les aléas en opportunités. Serait-ce une clé pour comprendre l'effet secondaire de la résilience à l'haïtienne ?

À la base, l'adaptation consiste à développer des ressources pour s'acclimater, sinon c'est la mort, l'anéantissement qui guette l'individu et à travers les individus, l'espèce. Au point de vue psychologique, les psychodynamiciens ont mis en exergue une panoplie de mécanismes psychiques nommés « mécanismes de défense » qui interviennent de manière relativement adéquate pour maintenir ou rétablir l'équilibre psychique et garder l'individu en état de fonctionnement. Dans le cadre de l'esclavage, l'équation nous semble claire : il fallait s'adapter à sa situation d'esclave, en d'autres termes accepter son statut d'esclave avec toutes les implications pratiques, ou se mettre à risque d'être broyé physiquement par la machine de la répression brutale mise en place contre les révoltés et mourir à brève échéance ou à petit feu. Les esclaves bien adaptés à la vie à Saint-Domingue étaient ceux qui avaient accepté l'esclavage ; ils étaient au service des colons dans les champs, dans les usines et dans les maisons. C'était le cas des nègres créoles (ceux qui sont nés à Saint-Domingue) et des nègres bossales (arrivés fraîchement d'Afrique) créolisés. Les autres nègres inadaptés, refusant péremptoirement l'esclavage, pouvaient échapper quelque temps à la mort en devenant marrons, c'est-à-dire en se réfugiant dans les montagnes difficilement accessibles, en devenant ennemis du régime, la proie des chiens loups et des véritables loups-garous. Si, parmi les nègres créoles installés dans la routine de l'esclavage, il y en avait qui portaient en eux-mêmes l'ardente volonté de se défaire de l'esclavage, la force de frappe venait principalement des nègres marrons qui ont toujours refusé l'esclavage et des nègres bossales présents depuis peu à Saint-Domingue et non encore totalement assimilés à l'esclavage. François Mackandal aurait été de cette catégorie. Alors, la résilience qui consistait en l'adaptation au régime esclavagiste ne pouvait être et, de fait, n'a probablement pas été le carburant qui a nourri la réaction extraordinaire contre l'esclavage, laquelle a mené jusqu'à la grande révolte et à l'indépendance. Cette résilience était plutôt de nature à consolider l'esclavage.

Plusieurs esclaves, en particulier les nègres à talents qui n'ont pas expérimenté toute la rigueur de l'esclavage dans leur chair et qui étaient parmi les mieux adaptés, donc les plus résilients, se sont désolidarisés de la lutte contre l'esclavage. Ils sont restés fidèles à leurs maîtres et les ont même suivis aux États-Unis, au plus fort de l'insurrection générale. Et ils sont demeurés esclaves. C'est à croire, toutes choses étant égales, qu'une certaine assimilation de sa condition – dans ce cas, de sa condition d'esclave – peut amener la victime à se complaire dans sa situation de précarité et, dans le cas de l'esclave, à s'installer dans son asservissement. Il peut finir par s'identifier de façon durable comme esclave.

Par ailleurs, s'il a pu se sortir vivant des affres de l'esclavage, l'*homo haitianus* n'en est pas sorti indemne. Il semble avoir gardé des relents esclavagistes. En faisant mine d'intégrer ou d'accepter l'esclavage pour se protéger contre le colon agresseur, l'*homo haitianus* s'est fait prendre à son propre jeu. L'opération de charme n'est pas restée superficielle ; elle a transformé des dimensions entières de sa personnalité à son insu. En effet, des attitudes plutôt négatives ou contre-productives devenues historiques sont nettement attachées à des réflexes d'esclave. Ainsi, la jeune nation a raté l'occasion

historique de faire repartir sur une grande échelle l'énorme industrie de la production agricole. Cette résurgence aurait exigé une organisation du travail du même type qu'à Saint-Domingue, avec de larges unités d'exploitation, des travailleurs organisés garantissant la production. C'était impossible. L'ancien esclave non suffisamment et psychologiquement libéré ne voulait plus travailler sous le compte et le contrôle de quelqu'un d'autre ; ses blessures non cicatrisées ne le lui permettaient pas. Les généraux ont dû prendre la mauvaise décision de procéder à la distribution de la terre, opération qui a consisté, nous dit l'histoire, en l'avènement de grands, de moyens et de petits fermiers, compte tenu de l'appétit des revendications des anciens esclaves et des affranchis. D'où le processus d'émiettement de la terre qui s'est poursuivi à travers les ans tout en affaiblissant l'économie jusqu'à la réduire, de nos jours, comme peau de chagrin. Ce processus a accouché des lopins de terre, le paysan entretenant jalousement sa peine et sa misère. Le paysan est profondément attaché à son lopin, comme si sa vie en dépendait ; sans le savoir, il s'attache à sa misère et réagit comme un ancien esclave. Il croit que son lopin de terre fait de lui un maître et lui garantit la vie. En réalité, ce lopin lui coupe toute perspective de progrès, du moins à partir de l'agriculture. On peut rattacher à cette attitude et aux antécédents qui l'ont vue naître ce qu'est devenu le sens du collectif de l'*homo haitianus*. S'il n'est pas égoïste parce qu'il a le sens de la famille et du clan, comme peuvent en témoigner les expériences extraordinaires de solidarité entre les Haïtiens de la diaspora et les leurs restés au pays, l'*homo haitianus* n'a pour ainsi dire jamais développé le sens de la collectivité, le sens de la nation. Il n'a pas le sentiment d'être membre d'une collectivité du nom d'Haïti en ce que cela implique de responsabilités, de droits et de devoirs. Il s'arc-boute à ce qui lui revient de plein droit et se soucie peu du reste.

Le massacre des Blancs au lendemain de l'indépendance peut aussi être vu comme un réflexe d'anciens esclaves. Ce massacre est un autre signe de la survivance de relents esclavagistes chez l'*homo haitianus*. La chasse aux sorcières n'est jamais particulièrement lucide et intelligente ; on peut même la considérer comme un manque total de lucidité, voire un acte insensé, inconsideré, émotionnel et finalement inutile. Il n'était pas très sensé de mettre tous les survivants blancs dans un même panier. Plusieurs d'entre eux auraient pu être réhabilités et servir – voire être forcés à servir – dans la reprise de la production du sucre. Le réflexe vengeur de l'ancien esclave, encore pris dans les ressentiments allumés par les sévices subis de la part de ces individus ou de leurs semblables, a privé la jeune nation de ressources importantes pour la relance de la production et de l'économie. L'esclave (l'ancien esclave) ne pouvait pas supporter de ne pas punir son ancien maître.

L'ancien esclave n'a pas pu non plus enterrer définitivement les sévices de la plantation, à savoir le fouet, les vexations, les humiliations, les abaissements. Il les reproduit pratiquement sans altération dans ses rapports avec les autres, particulièrement les plus vulnérables dont les enfants, les paysans, les ouvriers, les subalternes. Il a besoin de faire comme le maître, identification à l'agresseur oblige. Sous nos yeux s'étale « la toute-puissance imaginaire que l'*homo haitianus* s'attribue, consistant avant tout à se hisser à la position du maître-blanc ».

lors de l'esclavage... c'est le nègre rigoureusement maître²». Les traces de cette attitude s'observent particulièrement dans l'éducation des enfants. Les parents s'estiment autorisés à menacer, à maltraiter, à humilier, à punir au fouet les enfants pour qu'ils deviennent de bons citoyens, ou croient devoir le faire. Ils pensent encore pour une grande majorité qu'il n'est pas possible de bien éduquer un Haïtien sans utiliser le fouet. Ils auraient pu ajouter qu'il reste et demeure, à leurs yeux, un esclave.

L'homo haitianus, face aux vents contraires des catastrophes naturelles, humaines, sanitaires, politiques, économiques, ne bombe pas le torse mais fait le dos rond, le temps de l'orage, pour se redresser par la suite. À force de répéter ce geste, au fur et à mesure, il ne parvient plus à se redresser complètement. Il en demeure perclus.

Les petits commerces peuvent être précieux comme mécanisme de défense dans la lutte contre la dépression et le découragement mais, en même temps, ils maintiennent *l'homo haitianus* dans le culte des ambitions limitées. Souvent, pris dans des situations de grande pénurie, il a appris à vivre de peu (résilience); il en est venu à se contenter systématiquement de peu: *malere pa brital* (l'infortuné accepte sa condition même si elle est précaire); *nou pa bezwen pitit sanble papa, se bon akouchman nou vle* (nous ne faisons pas la fine bouche). Il s'accommode de l'inacceptable dans un souci de survie et en perd sa capacité de révolte. Il peut s'installer dans la résignation face à des situations qu'il aurait pu objectivement transformer. L'état général des rues de ses villes, la gestion des immondices, la gestion de la *res publica*, le niveau de fonctionnement de ses institutions, le nivellement par le bas constatable un peu partout, pourraient s'expliquer par cette dynamique affective, rattachée paradoxalement à la résilience.

L'homo haitianus n'ose pas regarder au-delà de l'horizon familial et, ce faisant, il limite ses aspirations et ne peut pas se surpasser. Il demeure dans les sentiers battus, restreint ses rêves. Tout ce qui le dépasse devient assez rapidement impossible; les confins de l'imagination aidant, il s'installe dans une certaine impuissance.

La quiétude se lisant sur le visage des femmes perchées sur des marchandises au faite d'un camion sur une route cahoteuse s'en allant en ville, ou sur le visage des marchandes assises au soleil sous un grand chapeau dans un marché bondé, insalubre, attendant patiemment peut-être une demi-douzaine de clients pour la journée, en dit long sur le seuil de tolérance à l'ennui, aux précarités, aux impondérables, aux circonstances défavorables de *l'homo haitianus* (résilience). *L'homo haitianus* compense en se disant que tout finira par s'arranger, par se mettre en place. Plusieurs proverbes illustrent cette attitude: 1) *toutan tèt pa koupe, li espere mete chapo*, 2) *konpè chen di gade pa twòp*, 3) *ak pasyans, wa wè trip fwomi*. Il attend tranquillement son heure sans s'impatienter; il croit qu'elle viendra un jour, tôt ou tard. Tout en le protégeant, ce mécanisme peut aussi l'installer dans l'indolence, l'insouciance, l'attentisme et la pensée magique, des synonymes d'inactivité et de rationalisation de l'impuissance.

L'homo haitianus croit en Dieu. Sa foi en Dieu peut être considérée du point de vue psychologique comme un mécanisme pouvant l'aider à faire face au sentiment d'abandon, à l'incertitude, à la perte de sens, au sentiment de vulnérabilité par rapport à des forces suprahumaines (résilience). Il croit que Dieu tient tout dans sa main, veille sur lui et sur tout, et qu'il convient de lui faire confiance. Dans l'imaginaire collectif haïtien, Dieu est provident et absolument bon. Certains proverbes d'Haïti traduisent bien l'expérience de foi de *l'homo haitianus* et ses corollaires affectifs: 1) *tout sa Bondye vle san repiyans*, 2) *Bondye pa janm bay chen maleng dèyè tèt pou l pa ka niche l*, 3) *sa Bondye sere pou w lavalas pa ka pote l ale*. Si la foi en Dieu peut aider les individus et les peuples à se transcender, dans le contexte particulier d'Haïti, la pseudo-foi en la Providence peut tourner au «bondieubonnisme», à l'inaction, à la passivité, à la dépendance.

En face d'un plus fort que lui, par un réflexe remontant probablement au temps de l'esclavage et renforcé durant les régimes autoritaires et despotiques qui se sont succédé à Port-au-Prince, *l'homo haitianus* a tendance à s'écraser, à inhiber sa colère, ses frustrations, ses ressentiments (résilience). À ce compte, la réaction explosive peut surgir à tout moment. En effet, il peut passer d'une bonhomie et d'une indolence apparentes à une révolte d'une violence insoupçonnée. La modulation de la colère peut aller d'un extrême à l'autre, de la résignation à la casse. L'observateur peut être étonné de la spontanéité de la violence et de l'identité des agents générateurs de cette violence. Face à l'absence présumée de justice, *l'homo haitianus* peut pratiquer une justice populaire d'une rare violence: lynchage, exécution sommaire, zombification.

Enfin, instinct de survie aidant, *l'homo haitianus* fait face à la misère avec ingéniosité mais, «*parmi les mécanismes de survie, on en compte plusieurs qui sont peu constructifs voire nocifs pour l'environnement, la coopération sociale, l'urbanisme, la beauté et l'image de la nation, la salubrité, le sens du long terme, le sens de la nation, etc.*³». Ils impactent de nombreux domaines de la vie économique et sociale: la faune, la flore, les bassins versants, la pêche, la production agricole, l'élevage, la couverture végétale, les relations d'affaires, l'exercice de métiers et de professions, l'initiative de la création de marchés, le peuplement de nouveaux territoires sauvages en zones urbaines, le tourisme, etc. La débrouillardise haïtienne (résilience) comporte décidément des effets secondaires qui entravent son développement et son bien-être. Un cas d'espèce s'observe dans le développement du bidonville «Canaan» au nord de Port-au-Prince.

Après le séisme, une partie de la population de la Communauté urbaine de Port-au-Prince qui n'avait plus de toit sécuritaire s'est réfugiée, comme on a pu le constater, sur l'aire du Champ-de-Mars, la plus grande place publique de la capitale d'Haïti. Les organisations non gouvernementales ont alors estimé le nombre de sinistrés du Champ-de-Mars à plusieurs dizaines de milliers. Pourtant, cet endroit n'a aucune infrastructure pour accueillir un si grand nombre de personnes et les loger décentement. Les faibles capacités d'organisation et de gestion des pouvoirs publics aidant, un véritable laboratoire de misère humaine s'est installé durant plusieurs mois

2. Hurbon, L. (1987). *Comprendre Haïti. Essai sur l'État, la nation et la culture*. Paris: Les Éditions Karthala.

3. Eugène, M. M. (2020). *Haïti a mal à sa pauvreté. Impression diagnostique de l'échec du projet Haïti*. Paris: L'Harmattan.

sur le Champ-de-Mars. Il semble qu'environ 12 mois plus tard, à une quarantaine de kilomètres de là, des individus se soient aventurés sur un morne dénudé et désertique au nord de la ville et s'y soient installés de force; les autres sinistrés du Champ-de-Mars ont suivi, tout comme les brasseurs d'affaires troubles et les squatteurs professionnels. Rapidement, une nouvelle ville anarchique s'est érigée sans aucune infrastructure urbaine, un véritable asile de pauvreté, à deux minutes de vol de l'aéroport international de Port-au-Prince, une honte nationale en ce début du 21^e siècle. La population a fui la misère du Champ-du-Mars et de plus en plus celle de l'arrière-pays pour venir s'installer dans la pauvreté abjecte de Canaan. Les gens ont effectivement survécu à l'absence de gîte pour se contenter d'une chaumière dénuée de tout confort, installée dans un environnement inhospitalier et indigne.

4. CONCLUSION

Il se raconte en Haïti qu'aucun microbe n'est assez costaud pour terrasser un Haïtien. Il faut comprendre par là qu'aucune situation difficile, même infrahumaine, ne peut avoir raison de l'*homo haitianus*. Ce dernier est capable de développer comme par réflexe une panoplie de mécanismes susceptibles de l'aider à s'adapter à différentes conditions de vie, plus précaires les unes que les autres. Il a pu s'ingénier à survivre depuis plus de deux siècles dans des

conditions très difficiles, parfois clairement délétères. Il est résilient. Toutefois, il s'agit là de la face la plus visible de l'expérience haïtienne de la résilience. Il existe une autre face moins apparente de cette réalité bien plus complexe qu'il n'y paraît de prime abord : les effets secondaires de la résilience de l'*homo haitianus*. La présente recherche nous a permis de l'explorer un peu.

L'effort déployé par l'*homo haitianus* pour s'adapter à des situations délétères, dont l'esclavage, des régimes totalitaires ou des conditions de vie précaires, l'a amené à développer des patrons de conduite qui sont loin d'être positifs et adéquats. Nous avons été surpris de découvrir que la résilience peut servir de carburant ou d'amplificateur à des patrons de conduite problématiques : acceptation de l'inacceptable, passivité, insouciance, irresponsabilité, horizon limité, sentiment d'impuissance, pensée magique; elle a aussi nourri des relents esclavagistes qui guident son comportement à son insu. Il est de première importance de s'en rendre compte. L'ignorance de cette perspective cachée de la résilience risque de dérouter les cliniciens et les éducateurs qui cherchent à comprendre l'*homo haitianus*. ■

BIBLIOGRAPHIE

1. Casimir, J. (2009). *Haïti et ses élites, l'interminable dialogue de sourds*. Port-au-Prince : Éd. de l'Université d'État d'Haïti.
2. Anglade, G. (1983). *Éloge de la pauvreté*. Montréal : Les Éditions ERCE, Études et Recherches Critiques d'Espace.

JobPaw✓. COM

Connecter professionnels, entreprises et universités

Éducation et démystification du délire mystique en Haïti

Venus Darius

Résumé : Le délire mystique, comme beaucoup d'autres maladies mentales, est banalisé et peu connu en Haïti. Quoiqu'il s'agisse d'un trouble psychiatrique, le processus thérapeutique des malades est ordinairement mystico-religieux, vu qu'on pense habituellement qu'ils sont sous l'emprise des démons.

Dans l'idée d'une présentation nuancée du phénomène et de la dynamique thérapeutique y relative, nous nous sommes servi du paradigme réflexif pour élaborer cet article. Il est ainsi question d'une réflexion dialectique sur des expériences, autrement dit d'une mise en relation entre les faits et les idées sur le délire mystique, d'une part, et les démarches de traitement, d'autre part [1, 2, 3]. Par la suite, nous faisons des propositions quant à la tenue d'une campagne nationale de sensibilisation et d'éducation en vue d'un syncrétisme thérapeutique dans le sous-secteur sanitaire concerné, ainsi que pour la mise en place de mesures susceptibles de doter le pays d'un nombre accru de structures solides en santé mentale.

Mots clés : éducation ; délire mystique ; santé mentale ; Haïti.

Abstract: *Mystical delirium, like many other mental illnesses, is little known in Haiti. Although it is a psychiatric disorder, the therapeutic process of the sick is usually mystical-religious, as they are usually thought to be under the sway of demons.*

With the idea of a nuanced presentation of the phenomenon and the related therapeutic dynamic, we have used the reflective paradigm to develop this article. It is thus a dialectical reflection on experiences, in other words, a connection between facts and ideas on mystical delirium and treatment approaches (Galvani, 2016; MacKinnon, Clarke et Erickson, 2013; Lagneau, 1964). Then, we make proposals for the holding of a national awareness and education campaign in view of a therapeutic syncretism in the health sub-sector concerned, and the implementation of measures likely to endow the country with more strong mental health structures.

Keywords: education; mystical delirium; mental health; Haiti.



1. INTRODUCTION

Le délire mystique est un trouble psychiatrique qui ruine la vie sociale de beaucoup d'individus. Les causes de cette maladie sont diverses et les possibilités d'aboutir au rétablissement ou à l'anéantissement total des personnes touchées dépendent de plusieurs paramètres, notamment les caractéristiques ethniques et les comportements des proches et des parents. Haïti n'est pas l'exception qui confirme la règle. Elle est, en fait, un terreau de ce trouble mental. Toutefois, le terme *délire mystique* est sous-utilisé dans les milieux sociaux et très peu d'Haïtiens le connaissent. Cette méconnaissance ne réduit pas pour autant le nombre de malades mentaux au sein de la population.

Pour une meilleure compréhension de cet état de fait, il serait important de faire un retour sur le développement du peuple haïtien. En effet, la situation telle que vécue en Haïti est semblable à celle de beaucoup de pays en développement, particulièrement en Afrique subsaharienne [4].

Haïti est l'un des pays de la planète qui est toujours en proie à beaucoup de cataclysmes tant naturels que sociaux aux conséquences majeures. Elle est en plein dans la trajectoire des ouragans, ce qui suscite beaucoup de soucis dans la population en général, eu égard aux dégâts occasionnés par la force des vents et les inondations au cours de la période de l'année allant de fin mai à fin novembre.

Sur le plan géologique, l'état et les mouvements des plaques tectoniques font en sorte que la population vit en permanence sous la menace de tragédies ; le terrible séisme du 12 janvier 2010 en est un exemple éloquent. L'exposition d'Haïti aux épidémies de toutes sortes maintient la couche la plus vulnérable de la population dans un état

de stress chronique. Sur le plan sanitaire, force est de constater que la pandémie de COVID-19 n'a pas fait, à ce jour, autant de victimes en Haïti que prévu au printemps 2020 par les autorités sanitaires locales et internationales. Néanmoins, la maladie et les moyens de prévention et de guérison ne sont pas encore totalement maîtrisés, en témoignent la panique suscitée par l'augmentation des cas positifs et des décès dans le pays environ un an et demi après le début de la pandémie. Ce contrôle inadéquat du fléau par les autorités sanitaires du pays et associés maintient l'angoisse de la population haïtienne à un niveau élevé, une population qui fait déjà face à une précarité pluridimensionnelle.

En effet, les problèmes associés à l'insécurité (par exemple, le kidnapping et la guerre entre les groupes de bandits armés dans certains quartiers populaires) et au sous-développement, dont la faim et le chômage, créent énormément d'inquiétude et engendrent des problèmes psychosomatiques. Dans les moments de détresse, la majorité de la population haïtienne, dépendamment de la croyance des uns et des autres, se tourne vers le surnaturel : les dieux, les saints, les esprits, les loas, etc. Dans les cas de maladies mentales, il y a ordinairement des tentatives de guérison mystico-religieuse (des prières, des cérémonies spirituelles ou ésotériques) qui se pratiquent souvent en parallèle avec les efforts scientifiques dans des centres psychiatriques ou unités de santé mentale de certains hôpitaux. Dans de nombreux cas, les démarches scientifiques sont totalement négligées au profit de tentatives mystico-religieuses. En effet, la croyance religieuse imprègne de façon endémique le mode de vie des Haïtiens [5]. C'est une situation qui devient particulièrement compliquée lorsqu'il est nécessaire de voler au secours des individus affectés par de graves troubles mentaux.

À la lumière des paragraphes précédents, peut-on compter sur l'éducation pour démystifier les maladies mentales en Haïti, le délire mystique plus particulièrement ?

2. LA SANTÉ MENTALE EN HAÏTI : PERCEPTIONS ET ORIGINE D'UNE BANALISATION

La compréhension de la banalisation des maladies mentales en Haïti ne requiert pas beaucoup d'efforts sur le plan de la traçabilité. On a beaucoup valorisé la thèse de l'héritage ethnique et historique. Nos ancêtres, originaires de l'Afrique subsaharienne, le sous-continent occidental spécialement, faisaient communément appel aux dieux, aux saints, aux loas. Bref, le recours aux forces du monde invisible explique de façon surnaturelle les maladies, les catastrophes et les phénomènes difficiles à circonscrire [6, 7]. Par ailleurs, même le corps humain, à s'en tenir aux croyances et coutumes populaires de l'Afrique subsaharienne, représente « *une entité mystérieuse susceptible d'être pénétrée ou mangée par les génies et les sorciers anthropophages suivant un mécanisme mystico-religieux*¹ », à en croire Ouango et al. Cette idéologie est très répandue dans le pays, il s'agit d'un héritage de l'origine ethnique haïtienne.

En effet, la maladie mentale en Haïti est vue par plus d'un comme la manifestation ou la conséquence d'un mauvais sort jeté sur quelqu'un par une personne jalouse, animée de mauvaise intention [6]. Elle est aussi considérée par certains Haïtiens, les croyants et pratiquants du vaudou plus précisément, comme la punition infligée par un loa ou par un esprit (qui peut être un défunt, particulièrement un aîné décédé de la famille) pour avoir failli au devoir envers celui-ci, conformément aux rituels du vaudou hérités de l'Afrique de l'Ouest [7].

3. LA COMPRÉHENSION DU DÉLIRE MYSTIQUE DANS SES MANIFESTATIONS

Le débat sur le délire mystique met en évidence, à l'accoutumée, l'image d'un être surnaturel qui jouit du statut de tout-puissant dans l'esprit de la personne affectée [8]. On peut mieux comprendre le concept à travers les trois éléments suivants : le religieux, le détachement de la réalité et le mal-être dans la vie et dans l'environnement social [9]. Le délirant en question se considère généralement comme un chargé de mission de dieu, un prophète ou un être messianique sans avoir été, préalablement à sa psychose, un pratiquant exemplaire et impeccable des préceptes de l'idéologie religieuse dont il se croit missionnaire. Le détachement de la réalité est caractérisé par son jugement qui est habituellement contraire à celui de la majorité ; c'est comme le portrait de quelqu'un qui se tient sur un seul pied dans un concert en plein air, au milieu d'autres spectateurs qui gardent les deux pieds rivés au sol. Le mal-être du malade, de son côté, renvoie au malaise qu'il éprouve par rapport à lui-même et vis-à-vis des gens qui se trouvent dans son environnement.

Outre la manifestation intense et la persistance des trois caractéristiques susmentionnées, les dégâts causés dans sa vie sociale par

la désorganisation mentale de la personne affectée sont vraiment considérables [9] ; ils l'anéantissent ou presque. À l'instar de bien d'autres troubles mentaux, le délire mystique peut être consubstantiel à des comportements violents [10]. C'est l'une des raisons pour lesquelles les tradipraticiens (guérisseurs) africains et haïtiens utilisent parfois des procédés rudes se rapprochant de sévices corporels dans leurs démarches thérapeutiques.

4. L'ÉTIOLOGIE DU DÉLIRE MYSTIQUE EN HAÏTI

Tenant compte de la complexité de l'espèce humaine et des caractéristiques transculturelles de la vie sociale contemporaine, il s'avère complexe de faire l'étiologie des troubles mentaux, notamment ceux qui sont associés au mysticisme [11, 12]. C'est dans cette optique que nous nous gardons d'être catégorique dans nos considérations des causes du délire mystique en Haïti. Néanmoins, notre observation faite à partir de plusieurs angles de la réalité du pays ainsi que les données disponibles nous portent à affirmer qu'Haïti est l'un des pays de la planète où les habitants ont le plus de soucis au quotidien.

Sur le plan socioéconomique, la situation est vraiment lamentable. Selon les données de la Banque mondiale [13], plus de six millions d'Haïtiens vivent en deçà du seuil de la pauvreté avec 2,41 \$ US par jour. Plus de 2,5 millions d'Haïtiens vivent en dessous de la barre de l'extrême pauvreté et n'ont même pas 1,23 \$ US par jour pour subsister. On peut comprendre pourquoi beaucoup de citoyens de ce pays de la Caraïbe s'en remettent usuellement, quant à leur destinée, aux dieux et à leurs saints, aux loas ou à toute autre force spirituelle ou mystico-religieuse.

Sur le plan sociopolitique, le pays est depuis plusieurs décennies le théâtre d'une instabilité inquiétante qui favorise beaucoup de forfaits et de fuites de capitaux de nature culturelle et économique dans le sens bourdieusien du terme [14]. Une telle atmosphère engendre un stress élevé et contagieux qui a des effets néfastes sur les conditions de vie psychosomatique de la population locale, voire de la communauté diasporique haïtienne.

Enfin, sur le plan géographique, Haïti se situe dans une zone où les habitants vivent continuellement sous la menace de cataclysmes naturels. Chaque année, la population de tous les dix départements est toujours aux prises, pendant environ six mois, avec des ouragans et des inondations dévastatrices qui font verser beaucoup de larmes. En outre, la population entière court un danger permanent de séisme. La peur est au zénith depuis la grande catastrophe du 12 janvier 2010 qui a coûté la vie à plus de 220 000 personnes et fait plus de 300 000 blessés [15, 16]. À noter que plusieurs expatriés en mission dans le pays étaient aussi du nombre des morts et des sinistrés.

Ces événements, qu'ils aient des causes sociales ou naturelles, impactent négativement tous les citoyens du pays, tant dans leur corps que dans leur esprit [17]. Il est un fait certain que l'analyse des indicateurs de santé est essentielle à l'évaluation du niveau de développement d'un pays. Pendant cette dernière décennie, ils indiquent qu'Haïti est dans la zone rouge. La détresse est psychosomatique, ce qui implique que les personnes souffrant de troubles mentaux dans le pays sont tout aussi nombreuses ou presque que les malades physiques.

1. Ouango, J.-G., Karfo, K., Kere, M., Ouedraogo, M., Kabore, G. et Ouedraogo, A. (1998). Concept traditionnel de la folie et difficultés thérapeutiques psychiatriques chez les Moosé du Kadiogo. *Santé mentale au Québec*, 23(2), p. 197.

En effet, il manque cruellement d'hôpitaux, de centres de santé et de professionnels de la santé pour soigner les personnes malades dans les dix départements du pays. Si, en ce qui concerne la santé physique, il y a, tant soit peu, des embryons de soins dans toutes les grandes villes du pays, sur le plan de la santé mentale, le tableau est vraiment hideux, et l'était bien avant le séisme du 12 janvier 2010 qui a fait des centaines de milliers de victimes à Port-au-Prince et ses environs. Peu avant cette catastrophe, seulement deux hôpitaux, situés dans les deux plus grandes villes du pays (Port-au-Prince et Cap-Haïtien) avaient la capacité d'administrer des soins aux patients atteints de maladies mentales, alors qu'ils étaient loin d'être en bon état de fonctionnement [6]. Nonobstant le constat de l'omniprésence de cas de maladies mentales dans le pays, il n'y a pas encore une véritable politique de santé mentale dans le pays, c'est-à-dire une politique axée sur les besoins réels des fils et filles de la nation et qui prévoit la mise en œuvre de programmes et projets sérieux, tant sur le plan quantitatif que sur le plan qualitatif. Le nombre de spécialistes et de professionnels de ce sous-secteur de la santé est insuffisant et le budget qui y est annuellement alloué est insignifiant [18].

Ainsi peut-on comprendre que les personnes touchées par des troubles mentaux en Haïti sont livrées à elles-mêmes ou presque. Une situation qui est, dans une certaine mesure, due à la banalisation des maladies de l'esprit ou plus précisément à la prédisposition superstitieuse de la majorité de la population haïtienne, sans oublier la pauvreté, qu'on pourrait qualifier de véritable cimetière de préoccupations. Cette considération concerne tous les troubles psychiques ; toutefois, notre expérience nous porte à affirmer que les personnes atteintes de délire mystique sont davantage l'objet de jugements pessimistes, de dérision, voire de mauvais traitements de la part de leurs compatriotes vivant dans le pays et en terre étrangère.

5. LE SUPERSTITIEUX ET LE SCIENTIFIQUE FACE AU TRAITEMENT DU DÉLIRE MYSTIQUE EN HAÏTI

S'il est évident que le personnel professionnel des hôpitaux et des centres de santé mentale est fondamentalement constitué de psychiatres, de psychologues, d'infirmières et d'autres cadres et auxiliaires formés pour administrer des soins de nature psychosomatique, dans beaucoup de pays de l'Afrique subsaharienne et de pays de la Caraïbe de descendance africaine, en Haïti plus précisément, le superstitieux et le scientifique ne sont jamais loin l'un de l'autre. Ils sont couramment dans une posture de consubstantialité, comme les deux faces d'une même médaille. En Haïti, le superstitieux supplante le scientifique à cause de la religiosité de la majorité de la population, ce qui complexifie le traitement des maladies mentales. La question de la superstition ne concerne pas une religion en particulier. C'est un sentiment qui est ancré dans l'origine ethnique des Haïtiens et qui habite, en d'autres termes, leur imaginaire indépendamment de leur croyance religieuse ou spirituelle. L'omniprésence de ce sentiment constitue parfois un obstacle au diagnostic scientifique des comportements qui s'apparentent à des troubles psychiques ou psychiatriques.

En ce qui a trait au délire mystique en Haïti, les opinions par rapport aux personnes affectées sont partagées et évoluent avec le temps. Dès les premières manifestations singulières, on peut encore penser

que la personne en observation agit sous la dictée d'un dieu, d'un esprit bienveillant. Dans un second temps, lorsqu'on constate que son comportement devient de plus en plus anormal et commence à nuire à sa vie personnelle et à son environnement social, les parents et les proches du délirant commencent à envisager l'hypothèse d'un mauvais sort qui lui aurait été jeté pour une raison ou pour une autre, c'est-à-dire qu'il serait sous la domination d'un esprit malin, le diable. C'est dans cette ambiance que la voie des hôpitaux et des centres psychiatriques est fréquemment ignorée au profit des destinations religieuses ou spirituelles, dont les églises, les espaces de jeûne, les hounforts, les péristyles, etc.

Eu égard à l'amélioration des relations entre Haïti et beaucoup d'autres pays où les citoyens sont moins superstitieux vis-à-vis des maladies mentales, la prise en considération des démarches thérapeutiques scientifiques gagne un peu plus de terrain au cours des années. Cependant, la précarité dans laquelle vivent la majorité des Haïtiens et le manque de structures du pays en matière de troubles psychiatriques favorisent le sentiment superstitieux déjà bien enraciné dans les croyances africaines. Face à la propension des Haïtiens à opter pour les pratiques mystico-religieuses, dans la dynamique de traitement des malades mentaux, quelle devrait être l'attitude des professionnels de la psychiatrie ? Doit-on privilégier la voie scientifique au détriment de la superstition ou vice versa ?

6. POUR UNE SYNTHÈSE DES IDÉAUX SCIENTIFIQUES ET RELIGIEUX DANS LA THÉRAPIE DU DÉLIRE MYSTIQUE EN HAÏTI

Le délire mystique demeure un trouble mental, ce qui signifie que les personnes qui en sont affectées devraient être prises en charge par des professionnels des centres de traitement psychiatriques. Cependant, lorsqu'on tient compte du niveau élevé de la religiosité du peuple haïtien, il serait raisonnable de valoriser la foi des uns et des autres dans tout processus de traitement. Dans ce même souffle et selon la perspective de l'ethnopsychiatrie moderne, Desrosiers et Fleurose [7] avaient déjà déconseillé les tentatives de traitement des malades mentaux en dehors de la connaissance de leur culture et de leurs croyances.

Dans son article sur la texture de la spiritualité dans la psychose, Corin [19] a fait état du caractère ambivalent du religieux dans le traitement de troubles psychiatriques. D'une part, il ressort de ses expériences de recherche, réalisées notamment sur des délirants migrants d'origine haïtienne, que la référence aux images et aux symboles religieux complique parfois le processus thérapeutique. D'autre part, l'auteure a rapporté plusieurs témoignages d'anciens malades mentaux (et de membres de leur famille), de confessions religieuses diverses, qui ont vanté la dimension constructive de leur foi religieuse dans leur rétablissement.

L'importance de la croyance religieuse ou spirituelle dans le traitement des cas de psychose est vigoureusement soutenue par Bastien [20] dans son article qui tient lieu de compte rendu détaillé de ses riches années d'expérience en tant qu'intervenant en soins spirituels au profit de malades mentaux. Il affirme que l'intervention spirituelle constitue un véritable acte d'amour à l'endroit des personnes atteintes

de troubles mentaux. Pour ce faire, il pense que les intervenants doivent connaître la religion ou la spiritualité pratiquée par les personnes souffrantes pour offrir un accompagnement efficace. Il en déduit des expériences de Bastien que les malades mentaux se sentent libérés de certains préjugés, déresponsabilisés par rapport aux causes de leur maladie et confiants quant à leur rétablissement. C'est dans cette optique qu'il encourage la mise en place d'une structure de soins spirituels dans les espaces de soins en santé mentale. Il met, en outre, l'accent sur la nécessité que les intervenants spirituels aient de bonnes connaissances en psychiatrie pour savoir quand et comment agir sans aggraver la psychose des souffrants.

S'il faut résumer brièvement les articles de Corin [19] et de Bastien [20], on peut dire qu'il est important d'être informé de la tendance religieuse ou spirituelle des patients avant de leur offrir un accompagnement en conséquence, que cette aide ne convient pas à tous les malades mentaux et qu'elle ne peut pas être offerte en tout temps et n'importe comment.

Dans un contexte transculturel comme celui d'Haïti, il serait profitable que la raison et la foi se mettent à l'écoute l'une de l'autre. Les psychiatres devraient s'enquérir du mode de vie des malades préalablement à leur psychose, en étant respectueux de leur foi et de celle de leur environnement familial en vue de la circonscription des troubles visés et d'un processus thérapeutique plus documenté, plus planifié et durable. Par-dessus tout, la croyance en un être suprême peut être un gage d'espérance et d'assurance mentale, ce qui peut être utile au traitement scientifique lorsque les manœuvres se révèlent complexes. C'est un exercice qui s'apparente à la synthèse des idéaux philosophiques et théologiques de saint Thomas d'Aquin [21]. Toutefois, pour qu'elle soit efficace, nous suggérons que cette synthèse se démarque un peu de celle du thomisme où la philosophie est assujettie à la théologie, en étant considérée comme sa servante.

Il en est de même pour les proches aidants et les membres de la famille des malades mentaux : ils doivent être amenés à comprendre que le corps et l'esprit sont les deux faces d'une même pièce que représente l'individu. Si celui-ci est malade dans son corps, il peut l'être aussi dans son esprit. La superstition, en d'autres termes la foi ou la spiritualité, ne doit pas devenir envahissante, voire obstructive à la démarche thérapeutique psychiatrique. Les membres de la famille et les autres proches du psychotique doivent s'efforcer de toujours valoriser le travail des professionnels de la psychiatrie lorsque ces derniers sont impliqués dans un processus thérapeutique.

Dans le cadre du syncrétisme thérapeutique que nous sommes en train de préconiser, la croyance religieuse des patients et la foi de leurs parents et proches doivent se joindre à la science psychiatrique dans une ambiance de solidarité et de complémentarité favorable à la dynamique de guérison des malades. Le manichéisme ou le clivage science-foi doit céder le pas à la collaboration sincère et bienveillante.

Il est, en effet, souhaitable que les spécialistes de la santé mentale reconnaissent l'importance du penchant religieux ou spirituel des souffrants et des membres de leur famille dans le processus de rétablissement. Le fait de croire qu'un être transcendant peut intervenir à n'importe quel moment pour opérer un miracle ou pour effectuer une guérison peut, dans une certaine mesure, soutenir

la motivation des parents et des patients dans leur bataille. Cette croyance peut procurer aux proches une solidité mentale par rapport aux sacrifices à consentir pour aider leurs fils ou leurs filles à retrouver leur capacité cognitive et sociale.

Par ailleurs, vu que, dans certaines circonstances, les pratiques mystico-religieuses peuvent aggraver la pathologie diagnostiquée [19], il serait nécessaire que les parents et les proches des malades évitent d'être intransigeants. Nous recommandons qu'ils fassent preuve de compréhension et d'abnégation par rapport à toute éventuelle demande de sursis de l'équipe thérapeutique psychiatrique. Par sursis, nous entendons tout retrait ou diminution, pour une période donnée, des rituels manifestes dans les espaces de traitement. Le personnel scientifique soignant a besoin qu'on lui fasse confiance, et son travail doit être considéré à sa juste valeur.

7. LA CONTRIBUTION DE L'ÉDUCATION DANS LA DÉMARCHE THÉRAPEUTIQUE DU DÉLIRE MYSTIQUE EN HAÏTI

L'intégration thérapeutique prônée dans la section précédente ne pourra être possible sans passer par l'éducation qui est transversale à tous les champs sociaux du développement [22]. Tant du côté des scientifiques – les psychiatres, les psychologues et les auxiliaires de la santé mentale qui ont foi dans les théories et les pratiques psychiatriques pour traiter les troubles psychiques – que du côté des gens dits superstitieux, à savoir les délirants, familles et amis qui sont généralement des religieux ou adeptes de spiritualités diverses croyant que le secret de la guérison est, d'abord, de l'ordre du surnaturel (les dieux, les saints, les esprits, les loas, etc.), des concessions doivent être faites. Toutefois, ces concessions souhaitées seront vœux pieux sans la sage modération de l'éducation.

Dans cette optique, une vraie campagne de sensibilisation doit être mise en branle, idéalement sous le patronage du ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP) et du ministère de l'Éducation nationale et de la Formation professionnelle (MENFP), afin d'informer la population, majoritairement religieuse, quant à l'existence de structures thérapeutiques de santé mentale en Haïti. Cette campagne doit être de nature à porter les extrémistes de la foi à comprendre que, tout comme l'individu peut être malade dans son corps, il peut également l'être dans son esprit.

Il faut noter que certaines initiatives, en matière de sensibilisation à la santé mentale, ont déjà eu lieu dans le pays, après le séisme du 12 janvier 2010, par exemple [18]. Cependant, les efforts consentis n'ont pas été à la hauteur du problème, qui a la dimension d'une crise aiguë de santé publique.

Donc, tout en restant fidèles à leur religiosité ou à leur spiritualité, les parents et les proches amis doivent voir dans la psychiatrie le chemin indéniable pour le traitement des malades mentaux, dont ceux qui sont victimes du délire mystique. En ce qui a trait aux psychiatres et aux autres professionnels de la santé mentale, leur sensibilisation doit commencer à la base. Il est nécessaire d'insérer ou de consolider dans la formation universitaire des psychiatres et des autres professionnels auxiliaires des cours d'anthropologie culturelle qui mettent spécialement l'accent sur l'obligation de bien

connaître le mode de vie des patients et de ne pas minimiser leur croyance religieuse ou spirituelle et celle de leurs proches et familles dans la prise en charge thérapeutique, sans pour autant se laisser envahir de façon intempestive et déraisonnée.

Dans notre proposition de syncrétisme thérapeutique, il est essentiel de préparer le terrain par l'éducation en vue d'un cadre d'application des principes ethnopsychiatriques modernes, c'est-à-dire d'une structure de conciliation solide et durable entre les scientifiques de la santé mentale et les parents et proches amis croyants, dans la dynamique de guérison des personnes atteintes de troubles mentaux en Haïti, de délire mystique particulièrement.

8. CONCLUSION

À s'en tenir au contenu des débats qui ont eu lieu au Québec dans les médias, tant traditionnels que sociaux, à la suite de l'attaque au sabre dans le Vieux-Québec la nuit du 31 octobre 2020, où un jeune qui aurait été un malade mental a assassiné deux personnes et blessé plusieurs autres, il apparaît évident que les troubles psychiatriques sont partout l'objet de tabou dans un sens ou dans un autre. Et ce, non seulement dans les pays en développement caractérisés par de grandes carences en éducation, dont les pays de l'Afrique subsaharienne et leur grande diaspora en Amérique latine et dans la Caraïbe, mais aussi dans les pays les plus développés où les problèmes socioéconomiques et les cataclysmes naturels et sociaux sont moins importants et plus contrôlables.

Le délire mystique est, en effet, un trouble psychiatrique omniprésent en Haïti et dont les premières victimes auraient même pu être répertoriées dans la préhistoire de la nation. Le génocide culturel qu'a représenté la traite des Noirs en provenance du continent africain constitue l'une des pires situations de détresse psychologique, de troubles psychiques aigus dont l'humanité a souffert au cours des siècles.

En plus d'être un tabou, le délire mystique n'est pas reconnu en tant que tel par la majorité de la population haïtienne. Cette méconnaissance est due entre autres, comme nous l'avons précisé plus haut, à la faiblesse éducative et au manque d'information de la population par rapport à l'essence et à l'existence des troubles mentaux et à la possibilité de traitements appropriés. Les carences de l'éducation en Haïti contribuent à la banalisation de la maladie, qui est d'abord associée à l'origine raciale des Haïtiens. Nous faisons précisément allusion à la partie du continent africain qui se situe au sud du Sahara, où l'on fait traditionnellement appel au surnaturel pour tenter de donner un sens aux phénomènes qui débordent la géographie de la raison.

Les causes du délire mystique sont enracinées dans la précarité généralisée du pays. En plus d'être le pays le plus pauvre des Amériques, Haïti est exposée à toutes sortes de catastrophes naturelles et sociales qui entraînent beaucoup de problèmes, dont des cas de névrose et de psychose. Les personnes touchées par des troubles psychiatriques sont couramment négligées ou sont la plupart du temps conduites dans des lieux mystiques ou religieux. Pour ce qui est des victimes de délire mystique, on les accuse habituellement d'être habitées par des démons, de mauvais esprits.

Face à cet état d'ignorance et d'incompréhension, il revient aux autorités d'assumer leur rôle de leader afin de former et d'informer tout le monde, tant les scientifiques que les croyants, quant au chemin à emprunter en vue de la compréhension mutuelle nécessaire au traitement des malades mentaux. Parallèlement aux campagnes de sensibilisation et d'éducation en faveur de la santé mentale qu'il conviendra d'effectuer, nous proposons l'adoption de dispositions importantes visant à doter le pays de plus de centres et d'hôpitaux de soins psychiatriques. Sinon, tous les efforts effectués ne seront que des actes isolés, que ce soit pendant les campagnes d'éducation et de sensibilisation recommandées ou par l'entremise du travail régulier des entités impliquées dans la dynamique thérapeutique des malades mentaux, dont les victimes de délire mystique. ■

BIBLIOGRAPHIE

- Galvani, P. (2016). Quelle formation pour les formateurs transdisciplinaires? Éléments pour une méthodologie réflexive et dialogique. *Présences : Revue transdisciplinaire d'étude des pratiques psychosociales*, 16. [En ligne], https://www.uqar.ca/uqar/universite/a-propos-de-luqar/departements/psychosociologie_et_travail_social/presences-vol9-3-galvani-quelle-formation-pour-les-formateurs-transdisciplinaire.pdf (consulté le 9 juin 2021).
- MacKinnon, A., Clarke, A. et Erickson, G. (2013). What We Owe to Donald Schön: Three Educators in Conversation. *Phronesis*, 2(1), 89-99. [En ligne], <https://doi.org/10.7202/1015642ar> (consulté le 9 juin 2021).
- Lagneau, J. (1964). *Célèbres leçons et fragments* (2^e édition revue et augmentée). Les Presses universitaires de France. [En ligne], http://classiques.uqac.ca/classiques/lagneau_jules/celebres_lecons_et_fragments/celebres_lecons_et_fragments.pdf (consulté le 10 juin 2021).
- Ouango, J.-G., Karfo, K., Kere, M., Ouedraogo, M., Kabore, G. et Ouedraogo, A. (1998). Concept traditionnel de la folie et difficultés thérapeutiques psychiatriques chez les Moosé du Kadiogo. *Santé mentale au Québec*, 23(2), 197-211.
- Hurbon, L. (2004). *Religions et lien social : L'Église et l'État moderne en Haïti*. Paris, Éditions du Cerf.
- Pierre, A., Minn, P., Sterlin, C., Annoual, P. C., Jaimes, A., Raphaël, F., Raikhel, E., Whitley, R., Rousseau, C. et Kirmayer, L. J. (2010). Culture et santé mentale en Haïti : une revue de littérature. *Santé mentale au Québec*, 35(1), 13-47. [En ligne], <https://id.erudit.org/iderudit/044797ar> (consulté le 23 octobre 2020).
- Desrosiers, A. et Fleurose, S. (2002). Treating Haitian patients: key cultural Aspects. *American Journal of Psychotherapy*, 56(4), 508-521.
- Loisin, C. (2020). *Dialogue de sourds : les institutions et les psychoses*. Paris, Champ social.
- Nos Pensées. (2018). *Le délire mystique : qu'est-ce que c'est et comment se manifeste-t-il?* [En ligne], <https://nospensees.fr/le-delire-mystique-quest-ce-que-cest-et-comment-se-manifeste-t-il/> (consulté le 11 novembre 2020).
- Snyders, J. (2007). *Délire mystique, narcissisme et comportements violents* (Thèse de doctorat. Université de Montréal). [En ligne], <https://core.ac.uk/download/pdf/80346591.pdf> (consulté le 29 octobre 2020).
- Bénézech, M. (2020). Une folle de Dieu : sainte Catherine de Sienne ou la passion du sang du Christ. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 178(1), 10-17. [En ligne], <https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.06.007> (consulté le 15 novembre 2020).
- Ellenberger, H. (2017). *Ethno-psychiatrie*. Lyon, ENS Éditions (nouvelle édition en ligne). [En ligne], *Ethno-psychiatrie – Ethno-psychiatrie théorique et générale – ENS Éditions* (openedition.org) (consulté le 12 juin 2021).

13 Banque mondiale. (2020). *La Banque mondiale en Haïti*. [En ligne], <https://www.banquemondiale.org/fr/country/haïti/> (consulté le 29 octobre 2020).

14 Bourdieu, P. (1979). *La distinction critique sociale du jugement*. Paris, Les Éditions de minuit.

15 AFPS (2010). *Le séisme d'Haïti du 12 janvier 2010 (Rapport de mission AFPS)*. [En ligne], www.afps-seisme.org/ <http://www.developpement-durable.gouv.fr/> (consulté le 28 octobre 2020).

16 Haïti PNDA. (2010). *Évaluations des dommages, des pertes et des besoins généraux et sectoriels*. [En ligne], https://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowRessource.action.jsessionid=9qlzVunJbVqyqx8cMGPCDgpl-DgtlqvkroAQteEEAsNlrB_DQTbx5!647293720?lang=EN&id=18483 (consulté le 19 juin 2021).

17 Darius, V. (2020, 19 septembre). La feuille de route de l'éducation dans le contexte post Covid-19 en Haïti et les Objectifs de développement durable. *Rezo Nòdwès*. [En ligne], <https://rezonodwes.com/?p=193192>.

18 IESM-OMS. (2011). *Rapport sur le système de la santé mentale en Haïti*. Port-au-Prince, ministère de la Santé publique et de la Population/OMS. [En ligne], https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_haiti_fr.pdf (consulté le 15 novembre 2020).

19 Corin, E. (2009). La texture du religieux dans la psychose. *Le partenaire*, 18(2), 7-12. [En ligne], <https://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/05/partenaire-v18-n2.pdf> (consulté le 10 juin 2021).

20 Bastien, G. (2009). La spiritualité au cœur de l'intervention en santé mentale. *Le partenaire*, 18(2), 18-22. [En ligne], <https://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/05/partenaire-v18-n2.pdf> (consulté le 11 juin 2021).

21 D'Aquin, S. T. (1984). *Somme théologique (Suivi du Supplementum réalisé par Frère Réginald)*. Édition numérique: bibliothèque de l'Édition du Cerf. [En ligne], <http://docteurangelique.free.fr> (consulté le 26 octobre 2020).

22 Darius, V. (2021, 20 mars). La mammographie des systèmes éducatifs au laboratoire de la COVID-19. *Rezo Nòdwès*. [En ligne], <https://rezonodwes.com/?p=227684>.

Venus Darius, Ph. D. est un chercheur consultant. Il est aussi professeur associé à l'Institut des sciences, des technologies et des études avancées d'Haïti (ISTEAH) et enseignant à French Institute/ Alliance française de New York. Il a réalisé un doctorat en administration et évaluation en éducation à la Faculté des sciences de l'éducation de l'Université Laval. Il a obtenu, à l'Université d'État d'Haïti, une maîtrise en sciences du développement (Faculté d'ethnologie), une licence en communication sociale (Faculté des sciences humaines), et il est diplômé en philosophie à l'École normale supérieure de cette même université. Pendant les 20 dernières années, il a enseigné dans plusieurs universités en Haïti et en Afrique, notamment à la Faculté des sciences humaines de l'Université d'État d'Haïti, à l'Institut universitaire des sciences de l'éducation/Centre de recherche et de formation en sciences de l'éducation et d'interventions psychologiques (IUSE/CREFI), à l'Institut des sciences, des technologies et des études avancées d'Haïti (ISTEAH) et à la Faculté des sciences sociales, politiques et administratives de l'Université libre de Kinshasa (ULK) de la République démocratique du Congo (RDC). Après l'obtention de son diplôme de doctorat au Canada, il a œuvré dans l'administration scolaire, notamment comme directeur des affaires académiques de l'ISTEAH et comme responsable de Campus France Kinshasa en RDC. Il a publié, au cours des deux dernières décennies, trois recueils de poésie, un recueil de nouvelles, un chapitre de livre et des articles variés dans des revues scientifiques, universitaires et socioprofessionnelles, et dans des journaux en Haïti, au Canada et en ligne. Depuis plus d'un an, il apporte sa collaboration à des structures de productions scientifiques, universitaires et socioprofessionnelles au Canada, en qualité de membre de comité de lecture, de présentateur de communication et d'auteur de publication. venus.darius@isteah.ht



Grandir après une expérience d'amputation de membre

Fresner ANDRE

Laboratoire Psy-DREPI, Université de Bourgogne Franche-Comté

Résumé: *Peut-on grandir après une épreuve comme l'amputation de membre ?*

Une amputation de membre est, avant tout, présentée comme une perte d'une partie du corps. Mais dans une démarche où l'ÊTRE prime sur l'AVOIR, une amputation de membre peut être vécue ou représentée comme une expérience de transformation et non comme une perte. En effet, si dans la logique de l'avoir alimentée par le système capitaliste on parle de perte, dans la logique de l'être, dans ce trait d'union entre l'infiniment grand et l'infiniment petit, on va préférer parler de transformation.

À côté des 222 000 morts, le séisme du 12 janvier 2010 a laissé entre 4 000 et 7 000 personnes amputées de membres [1]. Dans un pays où les personnes porteuses

de handicap sont considérées comme bonnes à rien, et péjorativement appelées « kokobe », perdre un membre est une lourde épreuve. Là où les personnes dites valides ont du mal à s'en sortir, on n'ose même pas imaginer le sort des personnes amputées de membre et/ou handicapées. Dans ce contexte où tout semble être joué d'avance, certains ont su trouver des ressources pour recréer la vie.

À partir des expériences de sujets amputés de membre après le séisme du 12 janvier 2010, nous allons analyser le processus d'élaboration de la perte pour en faire une expérience de transformation.



1. INTRODUCTION

Une amputation de membre est souvent représentée comme une expérience de perte, puisqu'il s'agit de l'ablation d'une partie d'un membre ou d'un membre entier. Les expériences de personnes victimes d'amputation de membre rencontrées dans le cadre de notre recherche nous permettent d'analyser l'amputation de membre comme une expérience de transformation. Cette approche nous amène donc à penser le sujet dans une dynamique. Dans cet article, nous allons analyser le processus d'appropriation subjective [2] de l'expérience de l'amputation de membre. Il est nécessaire ici de spécifier « amputation de membre », puisque le moignon témoigne du manque d'une partie du corps, contrairement à l'ablation d'un rein, qui est un autre type d'amputation. L'amputation de membre est une expérience particulière dans la mesure où, au-delà des conséquences physiques, elle entraîne des conséquences psychologiques plutôt significatives [3]. Le moignon attire le regard et mobilise des réactions qui peuvent impacter le vécu du sujet et la représentation qu'il se fait de son expérience d'amputation.

Le propre du traumatisme psychique est d'empêcher le sujet de penser, de laisser un vide et une incapacité d'inscrire l'événement dans son histoire [4, 5]. Pour surmonter le déséquilibre psychique engendré par l'événement traumatique, le sujet a besoin de mettre en place un processus de résilience [6, 7]. Ce dernier va lui permettre de remobiliser ses ressources psychiques pour arriver à subjectiver. Afin d'analyser le processus de résilience que le sujet met en place pour surmonter l'expérience d'amputation de membre, nous allons tenir compte de plusieurs aspects qui sont susceptibles d'exercer une certaine influence. Il faudra prendre en compte différentes approches pour mieux aborder les divers aspects de la problématique de l'amputation de membre. Nous allons donc, dans un premier temps, aborder l'amputation de membre comme une affectation à la fois du schéma corporel et de l'image du corps [8, 9]. Dans un deuxième temps, nous allons aborder le processus de résilience mis en place

par le sujet victime d'une amputation de membre. L'autre aspect qui sera pris en compte dans ce cadre-là concerne les référentiels culturels et leurs potentiels effets sur le processus de résilience du sujet victime d'amputation de membre [10]. En effet, cette recherche prend en compte le contexte socioculturel haïtien où les croyances aux esprits et la foi en Dieu font office de tuteur de résilience [10].

Les deux principaux objectifs de cet article sont d'abord de décrire le processus de résilience engagé dans l'appropriation subjective de l'expérience d'amputation de membre, et ensuite d'analyser les effets potentiels des référentiels culturels sur le processus de résilience des victimes d'amputation de membre.

2. L'AMPUTATION DE MEMBRE : ENTRE LE SCHÉMA CORPOREL ET L'IMAGE DU CORPS

Retenons d'entrée de jeu que le vécu et la représentation d'une expérience d'amputation de membre varient d'une personne à l'autre puisque les sujets ne se représentent pas les événements ou les expériences de la même manière [11]. On peut considérer l'amputation de membre comme une expérience, parce que c'est un événement qui survient au cours de l'histoire d'une personne et qui peut changer sa vie pour le meilleur ou pour le pire, en fonction, bien sûr, des représentations du changement apporté au schéma corporel. Nous utilisons le concept de « schéma corporel » pour désigner le corps physique. Car, selon Françoise DOLTO [12], le schéma corporel est ce que tout être humain né dans les conditions normales doit avoir, alors que l'image du corps est la manière dont chacun habite son corps, ou les représentations que chacun se fait de son propre corps. Il faut dire aussi que le psychanalyste autrichien Paul Schilder fut l'un des premiers auteurs à travailler autour du concept d'« image du corps ». Il a utilisé ce concept pour articuler la réalité biologique du corps propre avec sa réalité érogène et fantasmatique, tout en lui donnant des fondements psychanalytiques. Cette notion

tire son origine du schéma corporel. Il le définit ainsi : « *L'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre propre corps nous apparaît à nous-mêmes. Des sensations nous sont données [en provenance de toutes les parties du corps]. Par-delà ces sensations, nous éprouvons de façon directe qu'il y a une unité du corps¹.* »

Dans cette approche de Schilder, il est question de l'image consciente du corps, car il s'agit des sensations qui proviennent des parties du corps. Tandis que dans l'approche de Françoise Dolto, il s'agit de la représentation psychique qu'on se fait de son corps peu importe qu'il soit valide ou invalide. C'est une représentation fantasmatique de son corps au-delà du schéma corporel. Cela entre en résonance avec les sensations du membre fantôme dans la mesure où il s'agit des représentations psychiques du corps idéalisé et intériorisé. Car, tout comme la sensation de la montre sur le membre amputé que le patient peut avoir, alors que le membre n'existe plus, l'image inconsciente du corps est en fait la mémoire d'un ensemble d'images enfouies dans l'inconscient du patient.

La question qui survient alors, c'est de savoir si tout changement apporté au schéma corporel influe directement sur l'image du corps. Puisque l'amputation affecte directement et avant tout le schéma corporel, quelles seraient les conséquences de ce changement sur l'image du corps de la personne concernée ? Les représentations du sujet de la perte peuvent déterminer son rapport au membre perdu. On peut alors se demander si l'impact sur l'image du corps ne dépendrait pas du sens ou des représentations de l'amputation de membre dans la vie du sujet.

Si le schéma corporel ou l'architecture corporelle sont les mêmes pour tout être humain né dans les conditions normales, l'image du corps ou les représentations du corps varient d'une personne à l'autre, et dans une certaine mesure, d'une culture à l'autre. Pour ce qui concerne cette recherche, nous allons considérer les représentations du corps dans la culture haïtienne, fortement influencée par les croyances religieuses. Avec la forte influence du christianisme sur cette culture, on peut relever une dimension sacralisée dans la représentation du corps. En effet, selon la Bible, le texte de référence du christianisme, le corps est le temple du Saint-Esprit. C'est à partir de cette approche que l'amputation peut avoir deux formes de représentations pour le patient haïtien qui croit que son corps est le temple du Saint-Esprit :

- 1) Une malédiction de Dieu. Car il est dit dans la Bible que si le sujet détruit le temple en le profanant, Dieu le détruira aussi. Dans le vaudou aussi le corps a une représentation sacralisée, puisque selon les croyances vaudouesques, l'homme est né esprit et devient un être vivant. Si ce corps qui sert de monture (cheval) à l'esprit (loa) est affecté, c'est d'une certaine manière parce qu'il y a un déséquilibre entre les forces de la nature, la communauté des vivants et le monde des ancêtres. C'est d'ailleurs pour cela que dans les rituels du vaudou le prêtre utilise les forces de la nature (feuilles, eau, terre et feu), la communauté (les participants au rituel qui chantent et dansent) et l'invocation des ancêtres pour ramener l'équilibre et la guérison.
- 2) La perte d'une partie pour sauver le reste. Il est dit dans la Bible que si c'est ton bras qui t'empêche de servir Dieu, mieux vaut

perdre ce bras pour avoir la vie éternelle. De ce fait, les représentations que les sujets se font de leur amputation peuvent être considérées comme des tentatives d'appropriation subjective du nouveau corps (amputé, mutilé, appareillé...), puisque la symbolisation et l'appropriation subjective passent par cette quête de sens et d'explication de ce qui est arrivé. Ces représentations participent donc au processus de mise en sens de l'expérience d'amputation de membre.

Tout comme Freud l'avait formulé dès 1895, « *[l'hystérique souffre de réminiscences²]* ». Autrement dit, la personne amputée souffre du non-approprié de son expérience d'amputation. Comme l'a fait remarquer Roussillon, si « *on souffre de réminiscences* », la théorie de soin psychique proposée par la psychanalyse qu'on pourrait en déduire serait : « *On guérit en se souvenant³.* » De manière plus raffinée, on pourrait dire : « On s'offre du non-approprié de l'histoire » ; il s'agit à la fois de ce que l'on n'a pas pu s'approprier et de ce qui n'était pas approprié aux besoins psychiques de la personne. Et la théorie du soin qu'on pourrait en déduire serait alors : « On guérit en symbolisant et en s'appropriant subjectivement, en introjectant l'expérience subjective en souffrance. » Pour symboliser et/ou s'approprier son expérience d'amputation de membre, le sujet doit pouvoir se représenter cette expérience et se la raconter de manière à arriver à y donner du sens.

Une amputation de membre peut entraîner une transformation de l'être. En effet, avec le changement apporté au corps et surtout à la validité physique du sujet, une amputation de membre peut provoquer un investissement massif dans d'autres atouts non exploités jusque-là.

Paul, 29 ans, rencontré dans le cadre de cette recherche, est devenu orthoprothésiste après l'amputation de sa jambe droite. Il se sert souvent de son expérience d'amputation de membre pour mieux accompagner les patients appareillés et les aider à se servir de leur prothèse pour améliorer leur quotidien.

3. LE TRAUMATISME DE L'EXPÉRIENCE D'AMPUTATION DE MEMBRE

Avant d'aborder le traumatisme de l'expérience d'amputation de membre, établissons une différence entre trauma et traumatisme. Le trauma est un événement réel qui existe dans le temps et dans l'espace. Et donc, l'origine du stress qui va produire la réaction de survie chez la victime est externe. Cela correspond parfaitement à la définition étiologique grecque de la notion de trauma, *effraction* ou *blessure*. Pour sa part, le traumatisme, qui a quelques similitudes avec le stress post-traumatique, est une conséquence du trauma. Il s'agit en effet d'un état physiologique de stress d'origine interne. Le système nerveux de la victime est maintenu en état d'alerte au-delà du trauma. De ce fait, le traumatisme se situe dans l'après-coup du trauma. Bremner définit le traumatisme comme une épidémie invisible [13].

Cet événement qui, par sa brutalité, rend difficile pour la psyché de trouver une réponse adéquate peut continuer à garder la victime en état d'alerte, puisque les souvenirs de l'expérience douloureuse

1. Schilder, P. (1950). The image and appearance of the human body. International Universities Press.

2. Freud, S. et Breuer, J. (1895). *Études sur l'hystérie, précédées de Communication préliminaire (1893)*. Paris : PUF. (Traduction française, 1953.)

3. Roussillon, R. (2000). Le processus de symbolisation et ses étapes. Dans *Matière à symbolisation*. Lona : Delachaux et Niestlé.

peuvent resurgir à n'importe quel moment, si un autre événement ou un autre stimulus fait écho à l'événement traumatique initial. Dans le contexte de cette clinique, il y a le moignon qui rappelle continuellement le membre amputé.

Quand on considère les amputés d'après le séisme en Haïti, par exemple, ils ont des interrogations auxquelles ils ont du mal à trouver des réponses satisfaisantes, telles que : *Pourquoi ça m'arrive ? Comment vais-je vivre après ? Pourquoi ne suis-je pas mort à la place ? Pourquoi Dieu a-t-il permis que ça m'arrive ? Qu'est-ce que j'ai fait pour mériter un tel sort ?* De telles interrogations pourraient rendre plus difficile le traumatisme de l'amputation comme elles pourraient être des tentatives de représentation et d'appropriation subjective de l'expérience traumatique. Car l'acceptation et l'appropriation passent par la subjectivation du traumatisme.

Si le type d'événement a des effets sur le potentiel traumatique de l'effraction, une amputation de membre reste un véritable choc. Les amputations traumatiques choquent autant que celles réalisées dans un cadre médicalisé. Même si le patient a été préparé, la découverte du moignon d'amputation reste un véritable choc. Car il est confronté à la fois à la réalité de la perte d'un membre et à la réalité de devoir vivre le reste de sa vie avec un corps mutilé, handicapé ou réduit dans sa validité. Le patient se trouve déchiré entre le choc/coup, les effets et les représentations de ce qui lui est arrivé.

Ferenczi considère le traumatisme ainsi : *« Choc inattendu, non préparé et écrasant, qui agit comme un anesthésique, le traumatisme a des effets destructeurs. Pour lui survivre, le psychisme développe des stratégies. L'une des plus intéressantes est le dédoublement : une partie de la personne continue de vivre et de se développer, tandis qu'une autre partie subsiste, apparemment détruite, mais prête à se réactiver à la première occasion⁴. »*

Si l'amputation de membre est avant tout une blessure physique, elle est également une blessure psychique. Car toute souffrance physique entraîne une souffrance psychique [3], puisque la psyché et le soma évoluent dans une dynamique d'interdépendance. Mais il faut dire aussi que si nous sommes tous sujets à subir des chocs ou des blessures, nous ne les vivons pas de la même manière. Ainsi, un même événement peut en traumatiser certains et pas d'autres. Tout dépend de la disposition psychologique et des ressources psychiques du sujet/victime. À cet effet, selon Crocq, « le caractère traumatique du choc dépend de la violence de l'agression, mais aussi de l'état du psychisme qui le subit⁵ ». Il serait plutôt préférable de parler d'événement « potentiellement traumatogène ».

Le trauma peut être considéré comme un choc inhabituel, un phénomène qui vient bouleverser et effracter le psychisme, dans un contexte où la personne vit un événement qui implique une menace de mort, une altération de l'intégrité physique et psychique, par exemple une agression individuelle, un accident grave, une séquestration, un attentat ou une catastrophe, une amputation d'un membre, etc. Selon Dumet, « [t]raumatisme signifie à la fois action d'un agent perturbateur et réaction psychique de l'individu à celle-ci⁶ ». Car ce n'est pas l'acte en soi qui traumatise, mais le sens qui va lui être attribué.

Après avoir subi l'acte, le psychisme se trouve dans une quête de sens. C'est pour cela que Freud disait que l'hystérique souffre de réminiscences. C'est en fait le rapport que le sujet va établir entre ce qui est arrivé, ses souvenirs et ses représentations de l'événement qui va faire traumatisme. Si on souffre de réminiscences, de souvenirs de l'événement traumatique, on guérit en se souvenant. C'est-à-dire qu'on doit se permettre de se souvenir de ce qui est arrivé pour mieux le traiter. Car on n'oublie pas en refoulant, mais en traitant les souvenirs pour pouvoir passer à autre chose. Selon Nassikas, « [c]est donc de l'intérieur de l'organisme que se situe, pour l'essentiel, l'agent traumatisant. L'agent extérieur n'est qu'occasionnel. Il n'y a pas de traumatisme sans une complicité active du traumatisé qui, en même temps qu'il cède devant l'excitation, construit contre elle des mécanismes de défense qui dépassent leur objet en devenant, en eux-mêmes, source de souffrance et, de nouvelles motions traumatiques⁷ ». Une amputation de membre est un choc terrible en soi, mais elle n'a pas le même sens pour tout le monde. Chacun lui accorde un sens en fonction de ses ressources psychiques et de ses référentiels culturels.

4. L'EXPÉRIENCE D'AMPUTATION DE MEMBRE DANS LE CONTEXTE SOCIOÉCONOMIQUE D'HAÏTI

Certains immeubles publics construits après le séisme du 12 janvier 2010 commencent à être plus ou moins adaptés, mais le problème d'accessibilité des personnes vivant avec un handicap reste un véritable problème de santé publique. La situation des personnes amputées de membre est donc très difficile en Haïti. Une expérience d'amputation est particulièrement complexe dans ce contexte ou en termes de représentations socioculturelles, les personnes amputées et/ou handicapées sont considérées comme bonnes à rien, un poids pour la société, voire une honte pour leur famille. Qualifiées péjorativement de « kokobe », insulte créole signifiant « bon à rien, sous-homme », elles sont obligées de supporter le regard et les commentaires négatifs de ceux qui ont peu de bienveillance envers elles. En matière d'accessibilité, les logements et les transports en commun n'étant pas adaptés aux personnes en situation de handicap, elles ont beaucoup de difficulté à se déplacer et à travailler pour subvenir à leurs besoins. De ce fait, certaines sont obligées de faire la manche pour pouvoir se nourrir.

Au regard de l'accompagnement, Healing Hands for Haïti (HHH), où j'ai réalisé cette recherche, est l'une des organisations non gouvernementales qui travaillent de concert avec le Secrétariat d'État pour l'intégration des personnes handicapées en Haïti. HHH contribue de manière significative à l'accompagnement des personnes amputées en Haïti. Elle a mis en place un dispositif d'accompagnement pour ces dernières, à la fois sur les plans de la rééducation et de la réadaptation, mais surtout sur celui de l'appareillage. Parce que le centre de rééducation de HHH est également doté d'un atelier de fabrication de prothèses.

4. Ferenczi, S. (1982). Réflexions sur le traumatisme. Dans *Le traumatisme*. Paris : Payot, p. 34.

5. Crocq, L. (2012). *Seize leçons sur le trauma*. Paris : Odile Jacob.

6. Dumet, N. et Broyer, G. (dir.). (2002). *Avoir ou être un corps ?* Limonest : L'interdisciplinaire.

7. Nassikas, K. (2004). *Le trauma entre création et destruction*. Paris : L'Harmattan.

5. LE PROCESSUS DE RÉSILIENCE DES VICTIMES D'AMPUTATION DE MEMBRE

Nous allons d'abord prendre en compte les référentiels culturels qui peuvent participer au processus de résilience. La notion de référentiels culturels regroupe « *l'ensemble des représentations que les êtres humains font de la pensée, de leurs rapports à la nature et de leurs rapports entre eux. Certains par exemple se représentent dans l'esprit les rapports à la nature comme une relation avec des êtres supérieurs qui ont un pouvoir sur la nature. Il s'agit alors de se concilier avec des êtres supérieurs qui ont un pouvoir sur la nature⁸* ». Dans le contexte d'une expérience traumatique comme l'amputation de membre, ces référentiels culturels peuvent concerner tout ce que le sujet va utiliser comme support ou objet d'étayage. On peut retrouver des proverbes, des chants et danses ou toutes les productions folkloriques, des versets bibliques, la prière, la foi ou les pratiques religieuses et/ou spirituelles de manière générale, dans les référentiels culturels haïtiens.

Le processus de résilience peut être représenté en trois temps, qui vont du vécu de l'expérience traumatique jusqu'à sa potentielle acceptation :

- 1) le temps du choc, qui est brutal et déstabilisant ;
- 2) le temps de la représentation, qui demande au sujet de remobiliser toutes ses ressources psychiques pour tenir le coup, supporter et essayer de donner du sens à l'événement vécu ;
- 3) le temps de l'acceptation ou de l'appropriation subjective de l'événement après qu'il a été représenté et symbolisé. Cela correspond à ce que j'appelle « l'effet roseau ». En effet, le temps où ça se passe n'est pas celui où ça peut se mettre en forme et où ça peut commencer à se signifier [2].

Dans le contexte d'une expérience d'amputation, pour subjectiver la perte, le sujet doit d'abord reconnaître que le membre est perdu, nommer ce qui est perdu, pour arriver à le représenter. La subjectivation de l'expérience d'amputation de membre suppose dans un premier temps la représentation de ce qui est perdu (qu'est-ce que j'ai perdu ?) ; puis l'action de nommer ce qui est perdu (un bras, une jambe, etc.) et ce qui est perdu avec le membre en question (les effets de la perte). Car, quand on perd un objet, d'autant plus quand il s'agit d'un membre/d'une partie de son corps, on perd les qualités, les représentations, l'utilité de ce qui est perdu. Dans un second temps, il faut donner un sens à ce qui est perdu. (Pourquoi est-ce que j'ai perdu ce membre ?) En effet, chacun vit et se représente une perte, quelle qu'elle soit, à sa manière avec ses ressources psychiques.

6. LE PROCESSUS D'APPROPRIATION SUBJECTIVE DE L'EXPÉRIENCE DE L'AMPUTATION

Le processus d'appropriation subjective de l'expérience de l'amputation de membre passe par différentes étapes que nous pouvons regrouper en deux temps ou sous-processus : l'appropriation personnelle et la figurabilité de la perte.

6.1 L'appropriation personnelle

a) Reconnaître et nommer l'objet perdu

Pour subjectiver une perte, il faut d'abord reconnaître que l'on a perdu quelque chose et il faut pouvoir nommer ce qui est perdu, sinon, c'est le déni. Le choc de l'événement (l'amputation) crée un vide, un trou chez le sujet, il n'arrive pas à l'inscrire dans sa psyché. Louis Crocq désigne ce premier temps du trauma par le concept de sidération [14]. Dans un second temps, 24 à 48 h après l'amputation, le sujet commence à se questionner sur l'événement. « Pourquoi moi ? Pourquoi est-ce que ça m'arrive ? » C'est impensable, indescriptible, l'appareil psychique est comme déchiré, effracté par cet événement inattendu qui vient d'un seul coup mettre à mal l'équilibre psychique. Dans un troisième temps, le sujet commence à comprendre que c'est bien réel et qu'il a perdu une partie de son corps. C'est dur pour lui de l'admettre, mais il s'agit bien de la perte définitive d'un membre. À ce stade, le sujet va devoir nommer le membre perdu (un bras, une jambe, un doigt, etc.). Sachant que quand on perd un membre, on perd aussi les qualités de ce dernier, le sujet va commencer à se représenter tout ce qu'il a perdu à travers ce membre qu'il n'aura plus. C'est ce qui rend particulière cette perte, parce que le sujet perd à la fois l'objet (le membre) et ses qualités. Pendant un certain temps, le sujet va souffrir à la fois de l'acte d'amputation, qui est une expérience douloureuse, et de la perte de la valeur, de l'utilité, des effets et des représentations du membre perdu.

Certains sujets amputés de membre ressentent une douleur au niveau du membre amputé, comme si le membre était encore là. Plusieurs recherches ont montré qu'en dépit de l'amputation du membre, le cerveau continue d'envoyer des signaux vers ce membre. Comme si le cerveau ne pouvait pas reconnaître que le membre n'est plus là.

On peut aussi comprendre le phénomène du membre fantôme en considérant que l'appareil psychique se représente la perte du membre amputé à travers une présence fictive pour tenter de symboliser son absence. La notion de transitionnalité de Winnicott recouvrirait dans une certaine mesure la réalité du membre fantôme, car selon Winnicott, la transitionnalité est une aire intermédiaire qui donne la possibilité d'accepter la frustration de l'absence [15]. En effet, suivant cette approche, cet objet créé n'est ni une hallucination ni un objet réel. Une patiente m'a déjà dit : « *Je sais ressentir comme une crampe au niveau des orteils de ma jambe amputée.* » Quand le sujet amputé parle de son expérience de douleurs fantômes, on a l'impression d'être en ballottement entre le réel et l'imaginaire. « Comme une crampe » voudrait dire que ce n'est pas une crampe réelle, vu que le membre n'est plus là. Mais la patiente a eu une vraie sensation de crampe et elle a situé la sensation « aux orteils ». Et c'est là aussi que se trouve toute la problématique du membre fantôme. Le membre en question n'est plus là en chair et en os, mais le cerveau considère qu'il l'est. Et de fait, la sensation est bien réelle. Dans un autre sens, cela sous-entend que l'appareil psychique tente d'enregistrer l'absence physique du membre à travers une présence fictive, d'où la création d'un membre fantôme.

b) La figurabilité de la perte

Aux questions « Qu'est-ce que j'ai perdu ? » et « Pourquoi moi ? », le sujet va essayer de trouver une explication causale. Avec la croyance, le sujet a tendance à représenter son épreuve comme une malédiction de Dieu. Cette dernière peut générer un sentiment de culpabilité,

8. Houtart, F. et Remy, A. (1997). *Les référents culturels à Port-au-Prince : Études des mentalités face aux réalités économiques, sociales et politiques*. CRESFED.

mais qui peut participer aussi au processus de mise en sens ou de mise en récit de l'expérience de perte. Ce travail d'élaboration d'un récit de ce qui est arrivé est indispensable à l'appropriation subjective de l'expérience. Selon Boris Cyrulnik : « *La fabrication d'un récit de soi remplit le vide provoqué par la souffrance. On bricole une image, on donne cohérence aux événements, on répare une injuste blessure et un récit permet la réconciliation avec le monde extérieur*⁹. » Et c'est là que le sujet a besoin de notre écoute et de notre accompagnement pour élaborer cette expérience qui l'empêche de penser.

Dans son récit, madame Eliane a référé à une expérience de David, un personnage biblique auquel elle s'est identifiée. En effet, dans l'épreuve, David se lamentait et pleurait beaucoup sur les malheurs qui s'abattaient sur son royaume et sa propre famille. C'est dans ces circonstances que Dieu a fait un appel à David et lui a demandé de cesser de pleurer. Elle s'est approprié cet appel qui a été fait à David et y a trouvé la force de *cesser de pleurer*. Cette démarche d'appropriation subjective est en lien étroit avec les référentiels culturels, en particulier la foi et la croyance dans la Bible dans ce cas précis. Madame Eliane avait besoin de s'appuyer sur ses ressources culturelles pour affronter cette expérience traumatique et arriver à l'intégrer psychiquement. Elle m'a dit : « *Tout comme Dieu avait demandé à David de cesser de pleurer, j'ai cessé de pleurer*. » Elle s'est servie de l'expérience de David pour trouver du courage et des ressources afin de penser l'expérience et tenter de la symboliser.

Quand elle s'est souvenue de ce monsieur à qui elle avait donné un peu d'argent pour acheter à manger pour son fils et lui, ce monsieur qui était venu l'aider sous les décombres, elle m'a dit : « *Cette séquence de mon expérience me fait penser à un verset biblique. Un passage stipulant que "ce qu'un homme aura semé, il le moissonnera sûrement"*. » Cela signifie pour elle qu'elle a été sauvée de sous les décombres parce qu'elle avait fait un bien qui lui aurait valu cette récompense.

Les sujets faisant face à de telles expériences « extrêmes » ont tendance à avoir des questionnements et une attitude victimaires. « Pourquoi est-ce que c'est à moi que cela arrive ? Pourquoi est-ce que les autres sont sains et saufs alors que moi, je dois vivre avec des manques ? Je suis maudit, Dieu m'oublie, il m'abandonne. »

Il y a aussi une quête de sens dans cette manière d'aborder l'expérience. Car le sujet a besoin d'avoir des réponses à ces questions pour comprendre ce qui lui est arrivé et pour pouvoir donner du sens à cette expérience douloureuse.

6.2 S'appuyer sur des étayages familiaux, groupaux et socioculturels

Pour faire face à la charge émotionnelle de l'expérience de l'amputation, le sujet a besoin de s'appuyer sur des groupes d'appartenance. En effet, le regard et les réactions de la famille et de la société peuvent impacter le processus de mise en sens et, par conséquent, le processus d'appropriation. Des réactions comme « Tu es devenu un légume » ou « Je ne pourrai pas te regarder souffrir comme ça » ont des impacts très significatifs sur le sujet qui doit vivre le reste de sa vie avec cette perte irrémédiable. Comme on a pu le remarquer avec madame

Eliane, le sujet a besoin de s'appuyer sur un autre pour affronter l'expérience. Elle a dû faire appel à un tiers dans son rêve pour dire ce qui allait se passer, ce qui devait être fait. Parce qu'elle n'était pas encore en mesure d'être le sujet de sa réflexion sous les décombres. Elle a dit qu'elle a vu un personnage qui serait Dieu pour elle et qui lui a tout raconté. Comme l'a fait remarquer Ciccone : « *On ne peut comprendre, symboliser, représenter qu'avec l'aide d'un autre, d'abord au-dehors de soi, puis intériorisé, mis au-dedans de soi, constitué comme un objet interne. Le subjectif se fonde sur l'altérité*¹⁰. » Dieu viendrait en continuité au rôle de son objet interne. Il y aurait alors un autre caché derrière Dieu dans ce rêve. Un personnage secourable qui vient lui expliquer comment elle va sortir de sous les décombres. Pour essayer de comprendre quel autre, quel personnage compte autant pour elle et pourrait être représenté à travers le personnage de son rêve, je lui ai demandé auquel de ses parents elle ressemble le plus et duquel elle aurait hérité son dynamisme et sa force de caractère. Elle m'a dit : « *C'est mon père. D'ailleurs ma mère était très faible. Et j'étais très proche de mon père*¹¹. » Ce qui témoigne de son niveau de symbolisation, c'est qu'elle raconte son expérience comme s'il s'agissait d'une histoire, d'un roman qu'elle aurait lu. En écoutant son récit, j'ai eu comme l'impression de regarder un film. Elle narre cette expérience avec une telle cohérence, une telle facilité qu'on a l'impression qu'elle ne parle pas d'elle-même. Bien qu'il n'y ait pas de symbolisation totale, elle arrive, comme l'a fait remarquer Roussillon [2], à se donner une copie de ce qui s'est passé. Elle arrive à mettre en récit cette expérience éprouvante, à se l'approprier et à en faire une force. Sous la poutre, déjà, elle était arrivée à être le sujet de son expérience à travers cet autre qui, dans son rêve, analysait et prenait des initiatives pour affronter la situation. C'est d'ailleurs elle-même qui a dirigé le processus de sauvetage sur la base du rêve qu'elle avait fait.

7. CONCLUSION

Une amputation de membre est une expérience extrêmement éprouvante. À la découverte du moignon d'amputation, l'un des principaux éléments qui reviennent au sujet amputé est l'irréversibilité du changement apporté à son corps. Il sera dès lors nécessaire d'accompagner le sujet afin qu'il élabore sa représentation de cette ablation d'une partie de son corps. Si pour certains cette amputation est nécessaire à la survie, dans le contexte d'un diabète ou d'une infection au staphylocoque doré par exemple, pour d'autres, il s'agit d'une perte qui change la vie à jamais. C'est donc dans ce sens qu'il est essentiel de prendre en compte le type d'amputation et le contexte dans le dispositif de prise en charge. Les récits de différents sujets rencontrés dans le cadre de ce travail de recherche ont montré qu'une expérience d'amputation pouvait être pensée comme une expérience de transformation. En effet, certains sujets estiment qu'ils arrivent à explorer la meilleure version d'eux-mêmes après leur amputation de membre. Paul, par exemple, est devenu orthoprothésiste, se sent utile et épanoui dans son métier où il participe à aider les victimes à se réapproprier leur corps. Nous pouvons de ce fait considérer qu'avec l'amputation, le corps peut aussi

9. Martin, N., Spire A. et Vincent, F. (2009), *La Résilience. Entretien avec Boris Cyrulnik*, Le Bord de l'eau, Bordeaux.

10. Ciccone, A. et al. (2010). *Cliniques du sujet handicapé. Actualités des pratiques et des recherches*. Toulouse : Érès.

11. Madame Eliane

changer dans le sens du gain. Car assez souvent, une amputation ouvre de merveilleux horizons dans le cheminement de l'histoire de certaines personnes amputées. Il faut surtout tenir compte d'un élément important dans l'expérience de Paul. Il ne réussit pas dans ce métier parce qu'il a été amputé, mais parce qu'il a pu s'approprier subjectivement son amputation pour en faire une expérience de transformation. Ce qui correspond très exactement à la notion de résilience qu'on peut résumer comme étant la capacité à redevenir sujet après l'épreuve. ■

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Cénat, J., Derivois, D. et Karray, A. (2017). Psychopathologie de la mort et de la survivance en Haïti : Le séisme et la culture comme analyseurs. *Psychothérapies*, 1(1), 7-17. [En ligne], <https://doi.org/10.3917/psys.171.0007>.
- 2 Roussillon, R. (2000). Le processus de symbolisation et ses étapes. Dans *Matière à symbolisation*. Lona: Delachaux et Niestlé.
- 3 Panyi, L. K. et Lábadi, B. (2015). Psychological adjustment following lower limb amputation. *Orv Hetil*, 156(39), 1563-1568. [En ligne], doi: 10.1556/650.2015.30257.
- 4 Romano, H. (2013). Prise en charge médico-psychologique immédiate des enfants et adolescents exposés à un événement traumatique. *Cliniques*, 1(1), 166-182. [En ligne], <https://doi.org/10.3917/clin.005.0166>.
- 5 Ferenczi, S. (1934). *Le traumatisme*. Paris : Petite Bibliothèque Payot.
- 6 Derivois, D. (2012). L'hypothèse d'une résilience de l'Esprit et des esprits en Haïti. *Sciences Croisées*, 1(11), 1-9.
- 7 Ungar, M. (2008). Resilience across Cultures. *The British Journal of Social Work*, 38(2), 218-235. [En ligne], <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl343>.
- 8 Fisher, K. et Hanspal, R. S. (1998). Body image and patients with amputation: does the prosthesis maintain the balance? *Int J Rehabil Res*, 21(4), 355-363.
- 9 Schilder, P. (1950). *The image and appearance of the human body*. International Universities Press. (Traduction française: L'image du corps. Paris: Gallimard, 1968.)
- 10 Kaës, R. (1997). Dire le traumatisme. Dans B. Doray et C. Louzoun (dir.). *Les traumatismes dans le psychisme et la culture*. Ramonville-Saint-Agne: Erès, 197-213.
- 11 Vermeiren, E. (2009). Les événements traumatogènes. *Stress et Trauma*, 9(4), 214-217.
- 12 Dolto, F. (1984) *L'Image inconsciente du corps*, Paris, Seuil.
- 13 Bremner, J. D. (2014). *The Real Path to Recovery From Psychological Trauma*.
- 14 Crocq, L. (2012). *Seize leçons sur le trauma*. Paris : Odile Jacob.
- 15 Winnicott, D. W. (1951). Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. Dans D. W. Winnicott (1983). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: petite Bibliothèque Payot, p. 109-125.



The mental health of Haitian migrants in Southern Brazil

Alice Einloft Brunnet¹, Laura Teixeira Bolasél², João Luis Almeida Weber³,
Adolfo Pizzinato⁴, Daniel Derivois⁵, Christian Haag Kristensen⁶

¹ Université de Picardie Jules Verne, Département de Psychologie, France ; ² Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Escola de ciências da saúde e da vida, Brazil ; ³ Centro Universitário da Serra Gaúcha ; ⁴ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Brazil ; ⁵ Université de Bourgogne Franche-Comté, Laboratoire de Psychologie, France ; ⁶ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Escola de ciências da saúde e da vida, Brazil.

Abstract: Haitian migration to Brazil has increased in recent years, especially since the 2010 Haiti earthquake. Rio Grande do Sul, the southernmost Brazilian state, has been an attractive destination for this population, mainly due to its available jobs offer. However, when arriving in the host region, many Haitians are confronted with several difficulties, including precarious shelter, underpaid jobs, or unemployment, as well as with the contact with a new environment, different climate, and culture. Another important challenge faced by this population regards the interaction with Brazilian natives, which involves learning a new language and, in some cases, facing prejudice. Even if there is substantial literature on migration and mental health, studies investigating this subject in migrations between low and middle-income countries are still incipient. In the present study, we describe two research projects that have been developed in southern Brazil which have explored different aspects of the mental health of Haitians living in the state of Rio Grande do Sul. The findings described are related to mental health status (levels of anxiety, depression, and posttraumatic stress disorder), acculturation orientations, and positive outcomes (posttraumatic growth). In the conclusion section, we discuss perspectives of mental health intervention with this population.

Résumé: La migration haïtienne vers le Brésil a augmenté ces dernières années, en particulier depuis le séisme de 2010 en Haïti. Le Rio Grande do Sul, la région brésilienne le plus au sud du pays, a été une destination attrayante pour cette population, principalement en raison de l'offre d'emplois disponibles. Cependant, en arrivant dans la région d'accueil, plusieurs migrants sont confrontés à des difficultés importantes, notamment dans le domaine du logement, de l'emploi et du contact avec le nouvel environnement, qui possède un climat et une culture différents. Un autre défi important auquel est confrontée cette population concerne l'interaction avec la société d'accueil, ce qui implique l'apprentissage d'une nouvelle langue et, dans certains cas, des préjugés. Même s'il existe une littérature abondante sur les migrations et la santé mentale, peu d'études sur ce sujet ont été réalisées auprès de populations qui migrent entre des pays à revenu faible et/ou intermédiaire. Dans la présente étude, nous décrivons deux projets de recherche qui ont été développés dans le sud du Brésil et qui ont exploré différents aspects de la santé mentale des Haïtiens vivant dans l'État du Rio Grande do Sul. Les résultats décrits sont liés à l'état de santé mentale (niveaux d'anxiété, de dépression et de trouble de stress post-traumatique), aux orientations d'acculturation et au développement post-traumatique. Dans la section de conclusion, nous discutons des perspectives d'intervention en santé mentale auprès de cette population.



INTRODUCTION

Two important events might have encouraged Haitian migrants to choose Brazil as a host country. First of all, Brazil was responsible for coordinating the peace forces of the United Nations (UN) in a mission that aimed to re-establish the country's security and politics in 2004 (Brazilian Government, 2020). In addition, with the 2010 Haiti earthquake, which devastated the country and resulted in 222,000.00 deaths and 2.3 million homeless people (UN, 2010), the Brazilian government started offering humanitarian visas for 5 years to Haitians, through the Normative Resolution n° 97, from January 12, 2012. In 2014, the requests received by Haitian migrants achieved 16,920.00 requests (Brazilian Government, 2019). Over the last years, the number of requests started to reduce and data concerning 2018 shows an amount of 7030 requests, Haitians representing 10% of the ongoing procedures in the country (Brazilian Government, 2019).

The path to arrive in Brazil varies from taking an airplane or going through the Dominican Republic, following to Panama and Equator or Peru, which can be long and dangerous, since some Haitian migrants suffer high levels of prejudice, humiliation, and arrests during their journey (Keys et al., 2015; Kyle & Sarcelli, 2009). These

migrants usually access Brazil through northern cities in the state of Amazonas, which is bordered by Colombia and the state of Acre, where some regions border Bolivia and others, Peru (Sousa, 2012). Inside Brazil, the main destinations are cities in the south and southeast regions. In 2015, when our studies with this population started, it was estimated 1,575.00 Haitian migrants living in the state of Rio Grande do Sul, the southernmost state in the country (International Organization for Migration, 2015).

Reports from previous research indicated that the profile of Haitian migrants established in the State of Rio Grande do Sul consists of adult men, with ages between 19 and 50 years old, with at least primary education and a previous professional qualification (Liebel & Rückert, 2017). The authors also identified communication skills in 3 or 4 different languages. Another study, conducted right after the increase of requests, identified that Haitian migration might have a familiar character, since many immigrants send financial resources to their families in the home country, in order to provide support or to finance the immigration of other family members to Brazil (Silva, 2015). As for labor occupation, data is not specifically clear, but numbers indicate a greater insertion of these migrants into construction and agricultural industries.

The mental health of immigrants has been widely studied in the last years (Abebe, Lien, & Hjelde, 2012; Alegría et al., 2008; Aragona & Pucci, 2012; Drogendijk, Van Der Velden & Kleber, 2012; Lindert et al., 2009; Mölsä et al., 2014) and an immigrant paradox has been discussed considering findings about immigrants presenting better physical and mental health when compared to the population from the host country (Blair & Schneeborg, 2014; Bostean, 2013; Breslau et al., 2007; Liddell et al., 2013). However, other studies put in question this perspective (Abebe et al., 2012; Sam et al., 2008), proving that the relationship between migration and mental health varies according to the context and to the presence of risk and protective factors (John et al., 2012).

Previous studies have pointed to the influence of pre- and post-migratory experiences in immigrant mental health and the experience of traumatic events as being significantly associated with the development of psychopathologies (Brunnet et al., 2018; Kirmayer et al., 2011). Considering the pre-migratory experiences, Haitians have a history of being exposed to poverty, violence, political instability, and natural disasters (World Health Organization/Pan American Health Organization, 2010). During their journey to the host country, they face long distances and experiences of humiliation and prejudice (Keys et al., 2015). When arriving in the host country, Haitians can be confronted with Post-Migration Living Difficulties (PMLD), which include racial discrimination, language and cultural barriers, poor access to healthcare services, and unemployment (Allen et al., 2013; Wooding, 2018). Higher levels of PTSD, depression, and anxiety are associated with these difficulties (Aragona & Pucci, 2012; Brunnet et al., 2018; Carrer et al., 2011). There is also a negative impact on the quality of life (Belizaire & Fuertes, 2011) and it can cause a low demand, by these immigrants, for seeking help in health services (Allen et al., 2015).

Another consequence of such PMLD, along with the migration process *per se*, a psychosocial stress called Migration-related stress can be experienced by these individuals (Torres & Wallace, 2013). This type of stress is significantly associated with mental health suffering, especially depression (Breslau et al., 2011; Nicolas et al., 2009; Park & Rubin, 2012). A study that investigated Migration-related stress specifically with a sample of Haitian migrants in the context of the United States (U.S.) found migration-related stress as having a strong positive correlation with depression and being a strong predictor of depression in this population (Fanfan et al., 2020). Moreover, the authors found the pre-migratory experience of being present during 2010 earthquake as a significant moderator between migration-related stress and depression, proved by the increase in almost three times the scores in the depression scales.

Similarly, several international studies investigated the prevalence and risk factors for psychiatric disorders in migrants, however, most of them were carried out in North American or European countries. Regarding Brazil, a literature review of studies published in Brazilian journals between 2003 and 2015 found only 11 papers exploring the health of migrants living in Brazil. Taking into consideration the increasing number of immigrants in Brazil, research is needed for greater knowledge about this population and their mental health needs, thus allowing the development of interventions to promote health and social well-being (Girardi et al., 2016).

In this context, we developed two research projects, which were carried out between 2015 and 2020. The aims of the first project, called “Haitian migration in Rio Grande Sul: Acculturation processes and mental health”, were to investigate: (1) the acculturation orientations of both migrants and host community, (2) the factors associated with the acculturation orientations, (3) the prevalence of anxiety, depression and PTSD symptoms in Haitian migrants and (4) the factors associated to these symptoms. The second research project was an international project comparing the mental health status of migrants living in France and Brazil. A part of the sample in Brazil was composed of Haitian migrants. In the present study, we describe the sociodemographic profile of the Haitian migrants living in Rio Grande do Sul who participated in these two research projects, as well as data regarding their mental health status.

THE PROFILE OF HAITIAN MIGRANTS LIVING IN RIO GRANDE DO SUL

In the first research project, we interviewed 66 Haitian migrants, between 51 (77%) men and 15 (22%) women. The average age of the sample was 32.59 (SD = 5.7) years old, and the average of years of education was 10.56 (SD = 4.54). At the time of the interviews, they were living in Brazil for an average of 16.6 months (SD = 12.4), 51.5% (n = 34) were married and 51.5% (n = 34) were employed.

Regarding the second project, from 103 participants, 35 were Haitians. On this data collection, 40% of the participants were women (n = 14) and 60% men (n = 21). Their mean age was similar to the first project, being 32.11 (SD = 6.9). Participants were living in Brazil for an average of 32 months (SD = 20.9), 14 (40%) were employed, and their mean of years of study was 11.9 (SD = 4.07). In this second project, participants were asked to establish, on a 6-point *likert* scale, if their migration was involuntary (0 points) or voluntary (5 points). Most participants described their migration as voluntary (n = 21, 60%). The mean score on the *likert* scale was 4.08 points (SD = 1.31).

MENTAL HEALTH: ANXIETY, DEPRESSION, AND PTSD SYMPTOMS

The results of the first project are already published elsewhere (Brunnet et al., 2018). In this study, we aimed to investigate the prevalence of PTSD, anxiety, and depression, along with its associated factors. We also investigated the prevalence of traumatic events before and during migration, as well as PMLD.

Concerning exposure to potentially traumatic events during the lifetime, events where there is a direct or indirect threat to life, injury, and sexual violence (criteria A for PTSD; APA, 2013), it was observed that the participants had been exposed to an average of 2.17 (SD = 1.6) traumatic events. The most prevalent events were Natural Catastrophes and non-natural death of a family member, which affected, respectively, 40 (60.6%) and 29 (n = 43.9%) participants.

As for stressful events before the migration process – which are not included in DSM-5 criteria as events that cause threat to life but are considered as having a significant impact on life– 19 (28.8%)

participants faced an important lack of food and water, 10 (10.6%) participants reported living in poor conditions, and 9 (13.6%) described stressful work conditions. During their journey to the host country, 13 (19.7%) participants reported experiencing a lack of food and water and 9 (13.6%) had to live in overcrowded temporary shelters. When asked about stressors after migration, concerns about family in the home country was the most frequent, affecting 48 (72.7%) participants, followed by the impossibility of returning home in an emergency ($n=40$; 60.6%), loneliness and boredom ($n=39$; 59.1%), living in an overcrowded home ($n=29$; 43.9%), lack of adequate living conditions ($n=26$; 39.4%), unemployment ($n=34$; 51.5%), lack of food and water ($n=19$; 28.8%) and discrimination ($n=18$; 27.3%).

In the second project (Brunnet, 2020), the events “Natural Catastrophes” and “non-natural death of a family member” were also highly prevalent: 74.3% ($n=26$) of the participants experienced natural disasters and 54.3% ($n=19$) have lost a family member. Regarding the stressful events before migration, 28.6% ($n=10$) reported lack of food and water and 20% ($n=7$) bad work conditions. During the journey to Brazil, 11.4% ($n=4$) were unable to have access to food and water and 5.7% ($n=2$) stayed in overcrowded shelters. Regarding the post-migratory difficulties, 37.1% ($n=13$) reported bad work conditions, 40% ($n=14$) had difficulties to access food and water, and 37.4% ($n=13$) lived in an overcrowded house. The participants also described difficulties related to the migration experience: feelings of loneliness ($n=20$; 57.1%), discrimination ($n=11$, 31.4%) and worries about family in the home country ($n=32$, 91.4%).

When evaluating these migrants’ mental health, in the first project, we found a prevalence of 9.1% for PTSD, 10.6% for high depression symptoms, and 13.6% for high anxiety symptoms (Brunnet et al., 2017). By comparing symptoms, some interesting findings were observed, as for the data that participants who were unable to return to their home country in an emergency presented more PTSD symptoms than those who could. In the same way, the ones who suffered discrimination presented more PTSD symptoms than those who did not, along with more depression symptoms. Participants who reported difficulty in adjusting and coping with the new culture and, loneliness and boredom and worries about the family in the home country presented higher symptoms of anxiety and depression (Brunnet et al., 2017). In the second project, the prevalence of PTSD was 14.3%, and of significant symptoms of anxiety and depression, we found 11.4% and 17.1%, respectively (Brunnet, 2020). However, the symptoms of anxiety and depression were not measured with the same scales in both studies.

A linear regression model performed in the first project, pointed to difficulties in adjustment and coping with culture, ethnic discrimination and worries about family in the home country as a significant predictor of depression symptoms ($p < .001$). When executing a Logistic Regression model with depression symptoms as dependent variable, it was found that participants who did not financially support their family had 29% less chances for presenting high levels of depression symptoms ($p < .04$; Brunnet et al., 2019). For anxiety, difficulties in adjustment and coping with culture and the number of traumatic events faced were identified as significant predictors ($p < .001$). For PTSD, difficulties related to adjustment

and coping with culture also significantly predicted the symptoms, as well as the impossibility to return home in an emergency, facing ethnic discrimination, and the number of traumatic events ($p < .001$; Brunnet et al., 2018).

QUALITY OF LIFE, POSTTRAUMATIC GROWTH, ACCULTURATION, AND MENTAL HEALTH

In the first project, we also explored other aspects of the migration experience: acculturation orientations and quality of life (Weber et al., 2019). Regarding the quality of life, participants reported higher scores in the physical and personal relations clusters when compared to the psychological and environment clusters. When comparing to other studies, our participants reported higher scores of quality of life than migrants living in the United States (Belizaire e Fuertes, 2011).

In the second project, we also explored, another positive outcome: posttraumatic growth (PTG). According to the posttraumatic growth model, one traumatic event can challenge the individual’s beliefs about the world, other people and themselves, resulting in positive transformations. PTG includes improvement in five major areas: interpersonal relationships; personal strengths; discovering new life possibilities; spiritual development; and a greater appreciation for life (Calhoun et al., 2010; Tedeschi et al., 1998). Participants reported a “small to moderate” in total growth and the most important areas of improvement were “personal strengths”, “greater appreciation for life” and “spiritual development”. When evaluating the impact of PMLD in PTG, a negative association between PTG outcomes and access to food and lack of a social support network was found. Moreover, in terms of PTSD diagnosis, it was observed that PTSD and PTG coexisted in the sample, since no differences between PTSD and non-PTSD participants were found. Nonetheless, some pre-migratory traumatic events, as having lived a combat situation and physical abuse, were negatively associated to PTG and severe PTSD symptoms were negatively associated to PTG, especially in the case of the participants that were refugees or asylum seekers (Brunnet et al., in press).

Concerning the acculturation orientations, the participants of our first project adopted mainly the integrative orientation (the individual maintains the original ethnic values and good relations with the majority group), followed by the separation orientation (maintains ethnic values, but without favorable relations with the majority group). The less frequent orientation was the anomie (rejection of both culture of origin and of the host country). In our study, the acculturation strategies were influenced by sociodemographic variables as times since migration and being employed (Brunnet et al., 2019; Weber et al., 2019). We also investigated the relationship among acculturation strategies and mental health. The assimilationist acculturation orientation was associated with lower levels of anxiety while the separatist orientation was associated to higher levels of depression (Brunnet et al., 2019). In this study, higher language separation increased the chances of presenting anxiety symptoms in 76%, surprisingly showing the contact with the home culture through language as a possible protective factor for anxiety. The study did not point to acculturation variables as associated to depression symptoms.

CONCLUSION

In the present study we reviewed and compared the findings of two research projects exploring the mental health of Haitians living in southern Brazil. The participants of both projects described their migration as voluntary, and their main motivation for migration was to provide a better quality of life for their family. During the years of execution of both projects, we noted some changes in the Haitians population living in southern Brazil. In the first project (2015–2016), the participants were mainly men who have traveled alone, and in the second (2018–2019) the number of women interviewed increased. The changes in the population demography may impact considerably the social and health interventions.

Our results showed that some participants face important difficulties in finding an employment and having access to basic needs. Yet, social and migration-related stressors were related to mental health impairment. Other studies conducted in Brazil with Haitian migrants corroborate our findings. In a qualitative study developed by Melo and Romani (2019), participants described unemployment as one of the main difficulties faced in Brazil. They also described discrimination as an important stressor. In a similar vein, another qualitative study explored the psychological impacts of the 2010's earthquake in Haitians who migrated to Brazil. (Barros and Martins-Borges, 2018). As a result, participants reported, feelings of sadness and self-perception of changes as consequences to the exposure to the earthquake. Regarding the post-migration difficulties, the participants revealed financial problems, difficulties of integration with Brazilians and discrimination. Skin color is indeed still a central element in the structuring of inequalities in Brazil. Epidemiological studies showed that black Brazilians have a lower life expectancy, years of schooling and wages than white Brazilians (United Nations, 2018). In the case of Haitian migrants, they seem to live a double discrimination, as a consequence of being foreign and black (Barros & Martins-Borges, 2018).

These results show that, to better understand the mental health of Haitians living in Brazil, one must take into account multiple aspects, including not only the individual's history, but also the history of both host and origin countries, as well as their common history. According to Derivois (2020), the contact of the host society with certain groups of migrants can reactivate collective traumas, for example the colonial or slavery past. This phenomenon can be observed in Brazil, where the 300 years of slavery of the African peoples brought consequences that are still visible in society. Currently, many migrants in Brazil, and in particular those from the Global South, find themselves in situations of modern slavery (Gotardo & Pereira, 2019). The determinants of the consequences of the encounter between migrants, a new context and a new society are therefore multiple: geographic, historical, political, societal and individual. All this complexity must be taken into account during the clinical encounter with this population, in order to fully understand the individual's mental health and to provide the best intervention.

Therefore, multidisciplinary interventions are essential to this population. In the second project, we had the opportunity to observe community health practitioners who worked in a neighborhood where were living several Haitian families. These professionals

conducted home visits and accompanied these families in different areas, as reproductive and children's health. The families were also accompanied by a non-governmental organization, in order to have access to basic needs. These interventions were essential to allow these families to access the health and social systems. However, the Haitian population living in Rio Grande do Sul still have low access to mental health services. Even if our results show that most part of the participants didn't report significant symptoms of depression, anxiety and PTSD, some of them were exposed to important difficulties such as experiencing discrimination, adaptation to the new culture, distance from the family, unemployment, and traumatic events. Therefore, for some individuals, an individual or group psychotherapy may be necessary. ■

REFERENCES

- Abebe, D. S., Lien, L., & Hjelde, K. H. (2012). What we know and don't know about mental health problems among immigrants in Norway. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16, 60–7.
- Alegría, M., Canino, G., Shrout, P. E., Woo, M., Duan, N., Vila, D., ... Meng, X.-L. (2008). Prevalence of mental illness in immigrant and non-immigrant US Latino groups. *American Journal of Psychiatry*, 165(3), 359–369. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07040704>
- Allen J. D., Leyva, B., Hilaire, D.M., Reich, A. J., & Martinez, L. S. (2015). Priorities, concerns and unmet needs among Haitians in Boston after the 2010 earthquake. *Health Soc Care Community*, 24(6), 687–98.
- Allen, J. D., Mars, D. R., Tom, L., Apollon, G., Hilaire, D., Irailien, G., ... Zamor, R. (2013). Health beliefs, attitudes and service utilization among Haitians. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 24(1), 106–119. <https://doi.org/10.1353/hpu.2013.0015>
- Aragona, M., & Pucci, D. (2012). Post-migration living difficulties as a significant risk factor for PTSD in immigrants: A primary care study. *Italian Journal of Public Health*, 9, 1–8.
- Barros, A. F. O., & Martins-Borges, L. (2018). Reconstrução em Movimento: Impactos do Terremoto de 2010 em Imigrantes Haitianos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(1), 157–171. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003122016>
- Belizaire, L. S., & Fuentès, J. N. (2011). Attachment, coping, acculturative stress, and quality of life among Haitian immigrants. *Journal of Counseling and Development*, 89(1), 89–97. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2011.tb00064.x>
- Bostean, G. (2013). Does Selective Migration Explain the Hispanic Paradox? A Comparative Analysis of Mexicans in the U.S. and Mexico. *J Immigrant Minority Health*, 15, 624–635. <https://doi.org/10.1007/s10903-012-9646-y>
- Blair, A., & Schneeberg, A. (2014). Changes in the “healthy migrant effect” in Canada: Are recent immigrants healthier than they were a decade ago? *Journal of Immigrant and Minority Health*, 22, 1–7.
- Breslau, J., Aguilar-Gaxiola, S., Borges, G., Kendler, K. S., Su, M., & Kessler, R. C. (2007). Risk for psychiatric disorder among immigrants and their US-born descendants: Evidence from the National Comorbidity Survey-Replication. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(3), 189–195. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000243779.35541.c6>
- Breslau, J., Borges, G., Tancredi, D., Saito, N., Kravitz, R., Hinton, L., ... Aguilar-Gaxiola, S. (2011). Migration from Mexico to the United States and subsequent risk for depressive and anxiety disorders: A cross-national study. *Archives of General Psychiatry*, 68(4), 428–433. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.21>
- Brunnet A. E., Kristensen, C. H., Bolaséll, L. T., Seibt, L. T., Machado, W. L., Derivois, D., (In press). Posttraumatic Growth and Migrations: Results from a Transcultural Study in France and Brazil. *Journal of Loss and Trauma*.
- Brunnet, A., Bolaséll, L., Weber, J., & Kristensen, C. (2018) Prevalence and factors associated with PTSD, anxiety and depression symptoms in Haitian

- migrants in southern Brazil. *International Journal of Social Psychiatry*. <https://doi.org/10.1177/0020764017737802>
- Brunnet, A., Weber, J., Bolasell, L., Cargnelutti, E., Kristensen, C., & Pizzinato, A. (2019). Acculturation, anxiety and depression among Haitian immigrants in Southern Brazil. *Psicologia, Saúde & Doença*, 20(2), 491–502. <https://doi.org/10.15309/19psd200217>
- Calhoun, L. G., Cann, A., & Tedeschi, R. G. (2010). The Posttraumatic Growth Model : Sociocultural Considerations. In *Posttraumatic Growth and Culturally Competent Practice*.
- Derivois, D. (2020). Séismes identitaires, trajectoires de résilience: une clinique de la mondialité. *Chronique sociale*.
- Drogendijk, A. N., van Der Velden, P. G., & Kleber, R. (2012). Acculturation and post-disaster mental health problems among affected and non-affected immigrants: A comparative study. *Journal of Affective Disorders*, 138(3), 485–9. DOI [10.1016/j.jad.2012.01.037](https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.01.037)
- Fanfan, D., Rodríguez, C. S., Groer, M., Weaver, M., & Stacciarini, J. (2020). Stress and depression in the context of migration among Haitians in the United States. *Health Soc Care Community*, 28, 1795–1806. DOI: [10.1111/hsc.13006](https://doi.org/10.1111/hsc.13006)
- Girardi, J. de F., Martins-Borges, L., & Bousfield, A. B. da S. (2016). Imigração e saúde : uma revisão da literatura científica brasileira. *Psicologia, Educação e Cultura*, 2(XX), 6–22.
- Gotardo, A. O., & Pereira, L. M. (2019). A prevenção e o combate do trabalho escravo de imigrantes no Brasil por meio da educação em direitos humanos. *Organizações & Democracia*, 20(2), 7–40.
- Governo Brasileiro Ministério da Justiça e Segurança Pública. (2019). Refúgio em números. <https://www.justica.gov.br/seus-direitos/refugio/refugio-em-numeros>
- Governo Brasileiro Ministério das Relações Exteriores. (2020). Manutenção e consolidação da paz. <https://www.gov.br/mre/pt-br/assuntos/paz-e-seguranca-internacionais/manutencao-e-consolidacao-da-paz>
- International Organization for Migration, I. (2015). Key Migration Thems. <http://www.iom.int/cms/en/sites/iom/home/about-migration/key-migration-terms-1.html>
- John, D. A., de Castro, A. B., Martin DP, Duran B, & Takeuchi, D. T. (2012). Does an immigrant health paradox exist among Asian Americans? Associations of nativity and occupational class with self-rated health and mental disorders. *Soc Sci Med*, 75, 2085–98.
- Keys HM, Kaiser BN, Foster JW, Burgos Minaya RY, Kohrt BA. (2015). Perceived discrimination, humiliation, and mental health: A mixed-methods study among Haitian migrants in the Dominican Republic. *Ethn Health*, 20(3), 219–40.
- Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., ... Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal: Journal de l'Association Médicale Canadienne*, 183(12), E959–67. doi:10.1503/cmaj.090292
- Kyle, D., & Scarcelli, M. (2009). Migrant smuggling and the violence question: Evolving illicit migration markets for Cuban and Haitian refugees. *Crime, Law and Social Change*, 52(3), 297–311. <https://doi.org/10.1007/s10611-009-9196-y>
- Lindert, J., Ehrenstein, O. S., Von Priebe, S., Mielck, A., & Brähler, E. (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*, 69, 246–57.
- Melo, J. O., & Romani, P. F. (2019). Resiliência de imigrantes haitianos frente ao processo de adaptação no novo país : impactos na saúde mental. *Psicologia Argumento*, 37(96), 184–206. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.37.96.AO03>
- Mölsä, M., Punamäki, R. L., Saarni, S. I., Tiilikainen, M., Kuittinen, S., & Honkasalo, M. L. (2014). Mental and somatic health and pre- and post-migration factors among older Somali refugees in Finland. *Transcultural Psychiatry*, 51, 499–525.
- Nações Unidas (2018). Desigualdades raciais no Brasil comprometem oportunidades de trabalho e desenvolvimento humano. <https://brasil.un.org/>
- Nicolas, G., DeSilva, A., Prater, K., & Bronkoski, E. (2009). Empathic family stress as a sign of family connectedness in Haitian immigrants. *Family Process*, 48(1), 135–150. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2009.01272.x>
- Park, H. S., & Rubin, A. (2012). The mediating role of acculturative stress in the relationship between acculturation level and depression among Korean immigrants in the US. *International Journal of Intercultural Relations*, 36(5), 611–623. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2012.04.008>
- Silva, S. A. (2015). Fronteira amazônica: Passagem obrigatória para haitianos. *REMHU*, 23(44), 119–134.
- Sousa, A. N. (2012). Uma nova abordagem do refugiado: A necessidade de readaptação da Lei 9.474/97 face ao caso da entrada de haitianos em território brasileiro entre 2010 e 2012. Unpublished Master Dissertation. <http://repositorio.ufjf.br:8080/jspui/handle/ufjf/5104>
- Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (1998). *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Routledge.
- Torres, J. M., & Wallace, S. P. (2013). Migration circumstances, psychological distress, and self-rated physical health for Latino immigrants in the United States. *American Journal of Public Health*, 103(9), 1619–1627. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301195>
- Uebel, R., & Rückert, A. (2017). Haitianos no Rio Grande do Sul: Panorama e perfil do fenômeno migratório contemporâneo. *Periplos*, 1(1), 92–110.
- Weber, J. L. A., Brunnet, A. E., Lobo, N. dos S., Cargnelutti, E. S., & Pizzinato, A. (2019). Imigração Haitiana no Rio Grande do Sul: Aspectos Psicossociais, Aculturação, Preconceito e Qualidade de Vida. *Psico-USF*, 24(1), 173–185. <https://doi.org/10.1590/1413-82712019240114>
- Wooding, B. (2018). Haitian immigrants and their descendants born in the Dominican Republic. *Oxford Research Encyclopedia of Latin American History*. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780199366439.013.474>
- World Health Organization/ Pan American Health Organization. (2010). *Culture and mental health in Haiti: A literature review*. Geneva: WHO. <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/12345>

Les déterminants sociaux de la santé : trois perspectives

Julien Tousignant-Groulx^{1, 3},

Henri Dorvil^{2, 4}

¹ Département de psychologie, Université du Québec à Montréal ; ² École de travail social, Université du Québec à Montréal ; ³ Laboratoire de psychologie de la santé et de la qualité de vie (LEPSYQ) ; ⁴ Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSSM)

Résumé : L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé dans sa constitution comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette définition laisse place à une interprétation des déterminants sociaux de la santé. Qu'est-ce que les déterminants sociaux de la santé ? Tout simplement des actions réalisées hors du champ spécifique de la santé (par exemple, le programme OLO (Œuf, Lait, Orange) au Québec, la sécurité alimentaire, la formation de la main-d'œuvre, l'emploi, le logement, le soutien au logement, etc.) ayant une influence bénéfique sur la santé des individus et des populations. La santé mentale d'un individu est façonnée par une multitude de facteurs sociaux, économiques, physiques et environnementaux à différents moments de la vie. Les inégalités sociales quant à l'accès à l'emploi, au logement et à l'éducation sont fortement associées aux facteurs de risque en santé mentale. Cet article est une étude de cas des documents de la politique nationale de santé du ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP) d'Haïti sur la composante santé mentale, la politique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec ainsi que la position de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé.

Nous allons examiner la portée du paradigme des déterminants sociaux utilisé pour l'amélioration du bien-être collectif.

Abstract: In its constitution, The World Health Organization (WHO) defines health as "a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity". This definition leaves room for interpretation of the social determinants of health. What are the social determinants of health? Quite simply, actions carried out outside the specific field of health (for example, the OLO (Œuf, Lait, Orange) program in Quebec, food security, workforce training, employment, housing, housing support, etc.) that have a beneficial influence on the health of individuals and populations. An individual's mental health is shaped by a multitude of social, economic, physical, and environmental factors at different points in life. Social inequalities in access to employment, housing and education are strongly associated with mental health risk factors. This article is a case study of the national health policy documents of Haiti's Ministry of Public Health and Population (MSPP) mental health policy, Ministry of Health and Social Services (MSSS)'s health determinants policy in Quebec and WHO's social determinants of health. We will examine the scope of the social determinants paradigms used to improve collective well-being.



1. LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ : TROIS PERSPECTIVES

Le paradigme des déterminants sociaux de la santé est avant tout le sujet d'étude de l'épidémiologie sociale, où l'on souhaite déterminer les facteurs étiologiques sociaux étant les plus susceptibles d'influencer l'état de santé d'une population ou la propagation de maladies dans une population [1]. Selon Goldberg *et al.*, les déterminants sociaux de la santé forment un objet d'étude multidisciplinaire suscitant l'intérêt de disciplines scientifiques distinctes, comme les sciences biomédicales, la psychologie (ou psychiatrie), la sociologie et bien d'autres [2]. Ces disciplines apportent des perspectives variées sur les éléments pouvant influencer de près ou de loin la santé d'une population.

Cette préoccupation d'actualité n'est pas nouvelle dans le monde des soignants. Dans *Malaise dans la culture*, Freud considère les névroses comme étant une conséquence directe des maux de notre société [3]. Ce dernier n'a-t-il pas qualifié les névroses de « filles de notre civilisation¹ » ? Wilhelm Reich, médecin psychiatre du début du siècle, suggérait aussi qu'il était « impossible de guérir les névroses, d'améliorer, de transformer la vie affective et même la vie tout court

de tous ces hommes sans transformer leur situation matérielle² ». Les pauvres sont plus souvent malades et vivent moins longtemps que les riches. La mortalité et la morbidité sont associées au statut socioéconomique, dans les pays développés comme dans les pays en développement [4]. Plusieurs facteurs sociaux semblent déterminants dans l'état de santé d'une population. L'environnement social, économique, culturel ou physique semble jouer un rôle important dans la manifestation et l'expérience des maladies ou des troubles psychologiques. Par exemple, l'accès au logement est un facteur important dans la réhabilitation des personnes vivant avec des troubles psychologiques [5, 6]. Ces facteurs sont définis comme les déterminants sociaux de la santé. Les déterminants sociaux de la santé permettent d'agir hors du champ spécifique des soins de santé afin d'influencer positivement la santé des individus et des populations [7].

En outre, l'étude des déterminants sociaux de la santé est essentielle dans l'élaboration de politiques gouvernementales souhaitant combattre les inégalités sociales en santé [2]. La recherche sur les déterminants sociaux n'est toutefois pas répandue à travers toutes les instances gouvernementales et politiques du monde avec la même intensité ou les mêmes préoccupations. L'Organisation mondiale

1. Freud, S. (1929). *Malaise dans la civilisation*. Paris, PUF, 1992.

2. Sinelnikoff, C. (1970). *L'œuvre de Wilhelm Reich II*. Paris : Petite Collection Maspero, p. 112.

de la santé soulignait déjà son désir d'offrir une conceptualisation mondialisée des déterminants sociaux de la santé dans la Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé publiée en 1986 [8]. Les sections qui suivent s'intéressent plus précisément à la définition et à l'application de ces principes à travers des instances distinctes.

2. MÉTHODOLOGIE

Le présent article se base sur la méthodologie de l'étude de cas dans une perspective sociologique et politique. La méthode de l'étude de cas est une approche de recherche dite flexible, utilisée dans plusieurs disciplines des sciences sociales, humaines et de santé [9], qui facilite l'investigation d'un phénomène d'intérêt particulier dans son contexte naturel [10]. Cette approche de recherche est effectuée sans manipulation de la part du chercheur [11, 12]. Le phénomène social particulier ciblé par cette étude est la configuration, puis l'application du paradigme des déterminants sociaux de la santé dans trois secteurs différents du monde de la santé. L'Organisation mondiale de la santé (OMS), les politiques sociales du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) et la politique nationale du ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP) d'Haïti constituent à nos yeux des cas représentatifs, typiques de ce phénomène. Afin de respecter l'application de cette méthodologie, nous scrutons les politiques organisationnelles de ces trois différents secteurs en isolant la définition des déterminants sociaux de la santé prônée par chacun des secteurs ainsi que le cadre conceptuel sous-jacent, puis en présentant des exemples d'actions entreprises par ces secteurs à la lumière de ces déterminants.

3. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

La mondialisation transforme la construction sociale de toutes les sociétés. Les communautés locales sont toujours aussi manifestes, mais l'humanité entière est maintenant plus liée que jamais. À la suite des crises du début du 20^e siècle (guerres mondiales, crises économiques, etc.), la communauté internationale est réunie par des organisations comme l'Organisation des Nations unies (ONU) afin d'encourager l'union et la collaboration de tous les pays du monde pour la protection de la valeur de l'humanité et des droits fondamentaux. L'OMS, découlant de l'ONU, porte comme mission de favoriser la santé et le bien-être à travers le monde en considérant le contexte et la variabilité entre les différentes communautés, notamment par le biais des déterminants sociaux de la santé.

Les déterminants sociaux de la santé, tout comme les conditions de vie et la santé elle-même, varient considérablement en fonction du contexte socioéconomique, géographique et politique. Cette affirmation transparaît dans les perspectives haïtiennes et québécoises par rapport aux déterminants sociaux de la santé, qui diffèrent sur le plan des actions menées afin de considérer l'influence du contexte social sur la santé et d'encourager l'équité sociale. Les mesures entreprises au Québec peuvent être évaluées dans leur contexte (un pays développé), mais une comparaison à ce qui est entrepris en Haïti ne ferait pas justice à la complexité de ces deux contextes et à leurs différences. À l'instar de cette analyse, le mandat de l'OMS se

retrouve particulièrement asymétrique. Dès lors, la définition des déterminants sociaux de la santé de l'OMS et les actions entreprises afin d'encourager l'équité en matière de santé sont empreintes de nuances et d'une considération globale de ces facteurs.

3.1 Définition

Selon la constitution de l'OMS, la santé est un état de bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La santé est aussi un phénomène social demandant une compréhension des différents éléments pouvant influencer l'état de santé de la population [13]. Le rôle de l'organisation se trouve aussi dans la promotion du développement de politiques gouvernementales soutenant l'équité et la justice sociale quant à l'accessibilité aux soins de santé et aux conditions permettant de maintenir un bon état de santé pour tous. L'approche de la commission vise à réconcilier la perspective individualiste préconisée dans la conceptualisation des droits de la personne et la perspective sociale encourageant le bien-être de la collectivité [13]. L'établissement d'une définition englobante et synthétisée des déterminants sociaux de la santé est une tâche de grande envergure à laquelle la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS s'est attardée [13, 14].

L'OMS soutient que les déterminants sociaux de la santé comportent deux sens distincts. D'une part, ce concept traite de l'étude des facteurs sociaux encourageant ou limitant la santé des individus ou de la population. D'autre part, le concept peut aussi faire référence à l'analyse des processus liés à la distribution inégale des facteurs associés à la santé auprès d'une population et de diverses classes sociales [13, 15].

Les *déterminants structurels des inéquités en santé* forment la première catégorie de déterminants sociaux de la santé de l'OMS. Ce concept isole les mécanismes sociaux (les structures) responsables ou liés à la situation actuelle des individus auprès d'une société. Selon l'OMS, ces facteurs contribuent à une distribution inéquitable des ressources ou des opportunités et de la position de pouvoir social (rôle social et prestige) entre les individus d'une société. L'inégalité sociale sur le plan structurel entraîne une distribution inéquitable des ressources et mène à une détérioration du bien-être et de l'état de santé de certains groupes sociaux. Ces facteurs sociaux traitent aussi des mécanismes sociopolitiques pouvant contribuer au développement ou au maintien de hiérarchies sociales [13]. Par exemple, la structure sociale familiale ainsi que le pouvoir de cette structure peuvent considérablement varier d'une culture à l'autre.

Les *déterminants intermédiaires de la santé* sont des facteurs sociaux ou individuels liés aux déterminants structurels, d'une part, et influençant directement la santé et le bien-être, d'autre part [13]. La relation causale entre ces facteurs et l'état de santé de la population distingue les déterminants intermédiaires des déterminants structurels, qui agissent en influençant la distribution équitable des ressources en matière de santé sociale. La figure 1 présente une version simplifiée de la relation entre ces concepts.



Figure 1 Modèle simplifié des déterminants sociaux de la santé selon l'OMS.

Les déterminants intermédiaires incluent les circonstances matérielles, c'est-à-dire les conditions de vie ou de travail, et l'accès à la nourriture ou aux ressources nécessaires afin de répondre à ses besoins fondamentaux. Les facteurs socio-environnementaux ou les circonstances psychosociales sont aussi des déterminants intermédiaires selon ce modèle [13]. Une exposition à des situations aversives (un séisme ou une pandémie, par exemple) peut avoir des conséquences importantes sur la santé et le bien-être d'une population. Ces circonstances peuvent être à leur tour influencées par des déterminants structurels comme la position ou le pouvoir d'un individu au sein de la société. Les déterminants intermédiaires comprennent aussi les facteurs biologiques pouvant influencer l'état de santé de certains groupes ou individus. Le modèle de l'OMS incorpore le système de santé dans ces facteurs intermédiaires, notamment en considérant l'influence directe de ce système sur la santé et le bien-être des individus [13].

Le modèle conceptuel de l'OMS (figure 2) schématise judicieusement ces facteurs ainsi que les relations entre eux [14]. Il est tiré du travail de Solar et Irwin sur l'action visant les déterminants sociaux de la santé [16].

3.2 Actions et résultats

Le modèle des déterminants sociaux de l'OMS vise à encourager la mise en place de politiques communautaires et gouvernementales soutenant l'accès universel aux conditions sociales qui favorisent la santé et le bien-être. Cette perspective concorde avec les actions suggérées par l'organisation afin d'améliorer les conditions de vie, qui s'établissent à travers une influence des instances politiques locales. Ce modèle souligne aussi l'importance d'agir et d'intervenir sur les déterminants structurels plutôt qu'uniquement sur les déterminants intermédiaires. Cette action devrait être marquée par des politiques ciblant les mécanismes sociaux menant à des distributions inéquitables des déterminants de la santé dans la population [13].

En règle générale, l'OMS soutient les initiatives favorisant l'accès aux ressources matérielles et éducationnelles nécessaires au développement des enfants en début de vie ainsi que durant leur développement [14]. L'organisation mentionne son engagement à promouvoir les conditions environnementales propices à la santé. Cet engagement se manifeste par une promotion des initiatives d'administration urbaine considérant l'équité en matière de santé et l'action ciblant les processus d'exclusion conduisant à la pauvreté et l'exode des zones rurales à l'échelle globale [14]. L'OMS soutient aussi la considération de l'équité en santé dans le développement de politiques économiques et sociales établies dans le cadre des changements climatiques [14]. Cet engagement s'étend à la priorisation de l'accès à des conditions de travail équitables dans les politiques socioéconomiques à travers le monde, notamment par

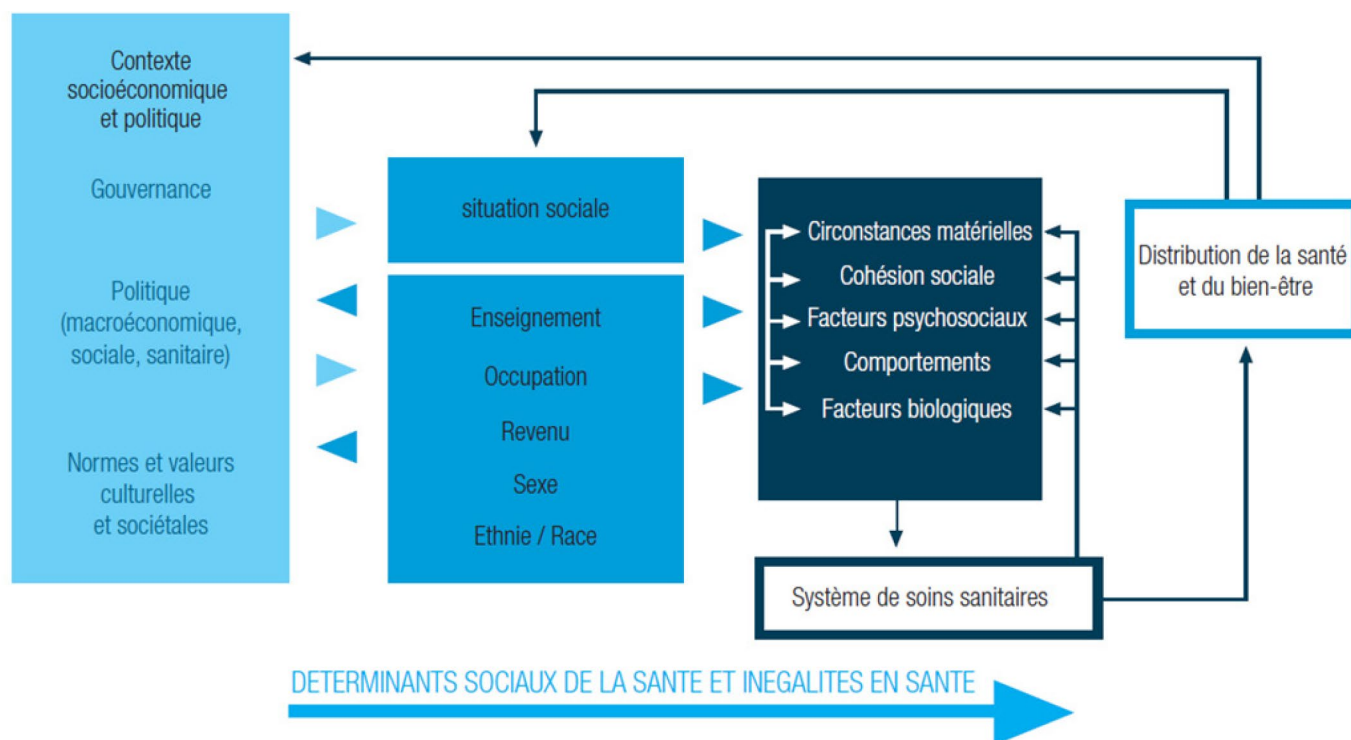


Figure 2 Cadre conceptuel de la Commission des déterminants sociaux de la santé. (Source : [16, cité dans 14])

une diminution des risques associés au travail et une rémunération équitable [14]. Finalement, l'accessibilité aux soins de santé équitables est une priorité de l'OMS. À cet effet, l'organisation suggère une surveillance et une évaluation internationale des services de santé [14].

L'OMS soutient des initiatives gouvernementales en matière de santé en fournissant de l'assistance pour leur développement auprès des pays membres. L'organisation anime aussi la discussion sur les déterminants sociaux de la santé à l'échelle internationale comme locale, en tenant des consultations régionales visant la mobilisation des ressources financières, gouvernementales et académiques [17].

4. QUÉBEC (MSSS)

L'analyse des déterminants sociaux de la santé au Québec est évidemment liée à la situation socioéconomique du Canada. En règle générale, le Canada est considéré comme un pays développé et fait d'ailleurs partie des pays du G7. En 2018, il se situait au 13^e rang dans le rapport sur l'indice du développement humain de l'ONU, une échelle pertinente pour observer et comparer le niveau de développement humain d'un pays au sens global [18]. Ce score est considéré comme un indice de développement très élevé. Depuis l'établissement de la Constitution du Canada en

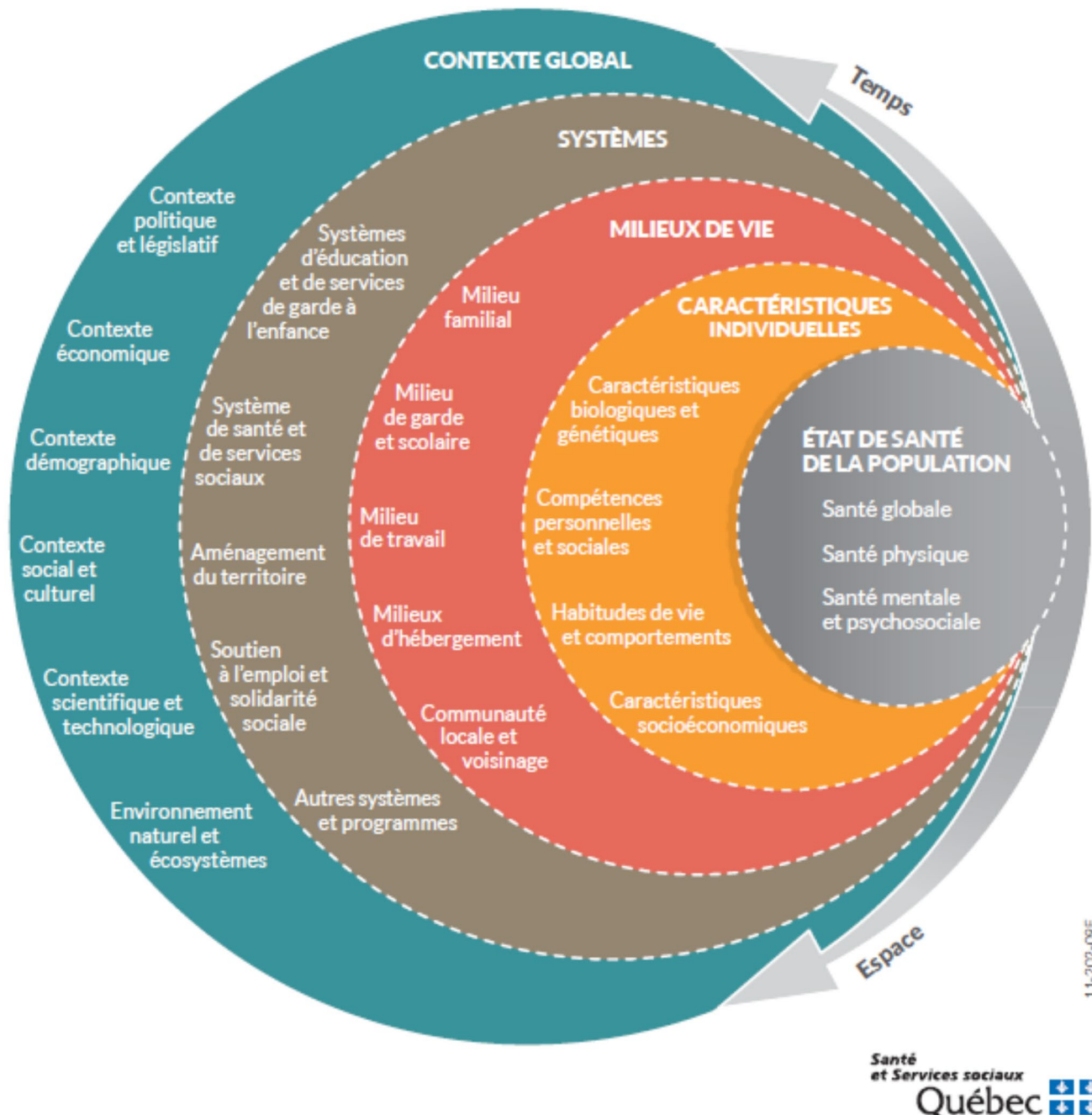


Figure 3 Carte conceptuelle de la santé et de ses déterminants du MSSS. (Source : [21])

1867, les provinces ont la responsabilité d'organiser et d'offrir les services de soins de santé [19]. Au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) est l'institution provinciale qui dirige notamment l'amélioration, le maintien et l'évaluation des services de soins en santé [20]. La santé et les services sociaux sont considérés comme des droits fondamentaux et les services sont offerts en fonction de la nécessité plutôt que la capacité à payer [19]. Malgré cela, plusieurs inégalités persistent dans l'état de santé selon les différents niveaux socioéconomiques de la province [7].

4.1 Définition

Dans son document de référence sur la santé et ses déterminants, le MSSS définit les déterminants de la santé comme des « *facteurs individuels, sociaux, économiques et environnementaux que l'on peut associer à un problème de santé particulier ou encore à un état de santé global* »³. Selon ce rapport, les déterminants de la santé ne sont pas nécessairement des causes directes des problèmes de santé, et pourraient plutôt être considérés comme des facteurs associatifs [21]. Cette distinction est particulièrement importante sur le plan de la recherche, puisque l'observation des déterminants de la santé peut alors se faire sur la base de relations corrélationnelles ou associatives, plutôt qu'uniquement à partir d'une relation causale. L'établissement d'une telle relation est d'ailleurs souvent impossible considérant la complexité des relations interdépendantes de ces déterminants.

La définition des déterminants de la santé du MSSS n'est pas limitée aux déterminants sociaux et comprend des éléments biologiques ou individuels. Dans sa conception de la santé et de ses déterminants, le MSSS définit l'état de santé de la population ainsi que quatre sphères de déterminants de la santé [21]. La figure 3 présente le cadre conceptuel du MSSS visuellement.

Le MSSS définit l'état de santé de la population à partir de trois dimensions, soit l'état de santé globale, l'état de santé physique et l'état de santé mentale et psychosociale [21]. Toutes ces mesures considèrent aussi l'état de santé en fonction des différents groupes qui forment une société à part entière [21]. Cette approche s'imbrique dans la perspective des déterminants sociaux, où ces groupes ainsi que les caractéristiques qui les définissent sont traités comme des déterminants de la santé. Cette mesure de l'état de santé de la population est fondamentalement ancrée dans une perspective sociale. En effet, l'expérience de la santé physique ou psychosociale est une expérience humaine en constante évolution qui s'adapte aux perceptions sociétales de la normalité. À titre d'exemple, prenons l'homosexualité, qui était considérée comme un diagnostic de trouble de santé mentale jusqu'en 1973 dans le DSM, l'outil clinique de catégorisation diagnostique le plus utilisé en Amérique. La comparaison de l'état de santé d'une société est limitée par l'expérience contextuelle des humains qui la forment. Par surcroît, la plupart des mesures de santé (physique ou mentale) ont été validées auprès de sociétés développées en Amérique du Nord et en Europe.

Selon le MSSS, le premier regroupement de déterminants de la santé comporte les caractéristiques individuelles; les milieux de vie, comme les milieux familiaux, de travail ou scolaires, forment le deuxième regroupement des déterminants de la santé [21]. Les systèmes institutionnels (ministériels) ou communautaires qui desservent la population, comme le système de santé et les services sociaux, forment un troisième regroupement de déterminants de la santé. Finalement, le contexte global est le dernier regroupement de déterminants de la santé selon le MSSS. Il englobe les facteurs sociétaux, politiques ou économiques pouvant influencer l'état de santé de la population. Les enjeux quant aux libertés religieuses ou le laïcisme, les valeurs de la société à un moment précis, ainsi que les fluctuations de ces enjeux au fil du temps peuvent avoir un impact sur la santé de la population.

4.2 Actions et résultats

Le MSSS prévoit différentes avenues possibles afin d'influencer les déterminants de la santé dans la province de Québec. En 2016–2017, 44 % du budget provincial était attribué à la santé et aux services sociaux [22]. Cette tendance n'est pas à la baisse, puisque la population vieillissante de la province ainsi que la pandémie de COVID-19 suggèrent que ces services de soins seront de plus en plus en demande.

Les documents informatifs comme le rapport sur la santé et ses déterminants [21] visent à sensibiliser la population générale ainsi que les acteurs plus rapprochés (personnel en soins de santé, législateurs, etc.). L'établissement d'un cadre théorique commun pour les déterminants de la santé favorise la collaboration interdisciplinaire et le développement de projets de recherche ou d'initiatives permettant d'améliorer les conditions des Québécois [21]. Ultimement, l'influence de ce transfert de connaissances est difficilement isolée et évaluée, mais est soutenue par l'utilisation d'outils comme la carte des déterminants de la santé et l'utilisation de ces définitions dans la recherche.

Une autre avenue d'action suggérée par le MSSS est la surveillance de l'impact de ses politiques (ou des tendances) en santé et services sociaux [23]. Cette « surveillance » est en fait l'observation des mesures démographiques (à l'instar d'Haïti) ou de mesures évaluatives provenant de la recherche menée par la communauté scientifique ou le gouvernement. Le gouvernement provincial agit sur la surveillance des déterminants de la santé par le biais d'investissements dans l'éducation et la recherche (auprès des étudiants, des universités ou de firmes privées). Ce processus stimule le développement des connaissances et l'accumulation de données sur lesquelles se fondent les plans d'action concernant des problématiques spécifiques ou générales, comme la santé mentale [24, 25]. Ces plans d'action et ces cadres conceptuels peuvent à leur tour influencer les domaines ou les acteurs sollicités par ces investissements, en fonction des besoins soulignés. La figure 4 modélise le cycle de l'action gouvernementale pour les déterminants sociaux.

3. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). *La santé et ses déterminants*, p. 5. [En ligne], <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>

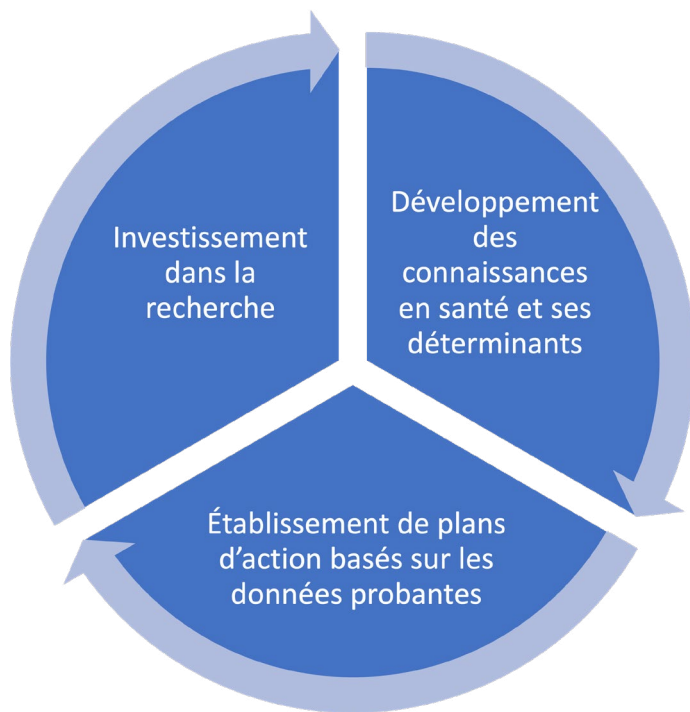


Figure 4 Cycle de la recherche en santé et ses déterminants au Québec.

Les plans d'action permettent une évaluation rétroactive de l'efficacité des mesures gouvernementales. Les indicateurs de l'efficacité ou des résultats de ces actions sont déterminés au préalable et leur implantation est évaluée dans les rapports suivant l'application du plan d'action. Ce suivi permet d'ajuster l'action en fonction des résultats. L'évaluation de ces résultats dans l'action sur les déterminants de la santé est vaste et difficilement distinguable des résultats traitant de l'état du système de santé et des services sociaux de la province au sens global.

5. HAÏTI (MSPP)

De l'avis d'organismes internationaux comme l'ONU, le Fonds monétaire international, la Banque mondiale et l'Organisation des États américains, Haïti fait partie des pays que l'on qualifie de pays en voie de développement. Selon le rapport sur l'indice de développement humain de l'ONU, Haïti se situait en 169^e place, avec un indice ajusté aux inégalités de 0,299, classant le pays comme ayant un indice de développement humain faible [18]. La Banque mondiale, de son côté, envisage même l'utilisation d'une seule monnaie pour les deux républiques partageant l'île d'Haïti. Encore cette semaine (14 décembre 2020), le Fonds d'assistance économique et sociale a distribué 5 000 kits alimentaires (rations sèches) à des familles vulnérables de trois départements du pays : l'Ouest, l'Artibonite et le Nord-Est. Plus loin dans le temps, que l'on se souvienne des lendemains du séisme du 12 janvier 2010 à Port-Au-Prince. Des psychologues délaissaient le rôle de cliniciens pour lequel ils étaient formés afin de porter secours à des compatriotes sans feu ni lieu ayant tout perdu dans ce tremblement de terre [26]. Nous l'avons vu en vidéo, dans des photos-reportages du journal haïtien *Le Nouvelliste*, dans des clips envoyés de Port-Au-Prince à Montréal. Nous

l'avons vu en vidéo et entendu dans des films : les psychologues et les évangélistes nous ont sauvés, disaient les Haïtiens au pays, sans eux, ça aurait pu être pire dans ce pays sans chapeau, sans État. Le pays se trouvait sens dessus dessous, les secours s'organisaient de partout dans le monde pour venir au chevet de ce corps malade. Sur cette terre de désolation, il y avait encore, trois ans après, d'un côté des tentes abritant des bureaux de psychologues et de l'autre de grands chapiteaux servant de lieux de rassemblement, de prière, et d'églises pour les évangélistes. À la place du ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP), ce sont les psychologues et les évangélistes, à la fois rivaux et alliés, qui ont occupé le devant de la scène de la philanthropie durant très longtemps.

Ce n'est qu'un mois après le séisme que René Préal, le président en fonction, est sorti de son isolement pour déclarer à la télévision que, comme le peuple haïtien, il était lui aussi un sinistré ayant perdu sa maison et qu'il devait s'occuper de sa famille. Cette absence du leader de la nation à côté du peuple souffrant a cautionné le diagnostic des experts qui clament depuis un quart de siècle la faiblesse de l'État haïtien [27], voire son inexistence [28]. Qu'en est-il des déterminants sociaux de la santé en général, de la santé mentale en particulier?

5.1 Définition

Au point de départ, le MSPP fait sienne la définition de la santé et de la santé mentale prônée par l'OMS. Ainsi, la santé mentale devient une composante essentielle de la santé et ne se résume pas en l'absence de troubles ou de handicaps mentaux. Il considère donc que la santé mentale est « *un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté*⁴ ».

En reconnaissant qu'Haïti est un terrain propice au développement des troubles mentaux de par ses conditions socioéconomiques, le MSPP se trouve implicitement dans la définition des déterminants sociaux de la santé⁵. Cette position soutient que certaines actions hors du champ exclusivement médical, comme l'aide à l'emploi et au logement, peuvent avoir des effets bénéfiques sur la santé des personnes et des populations. Pourtant, dans les programmes de développement économique à l'échelle tant internationale que nationale, la santé mentale n'a jamais été considérée à sa juste valeur [29, p. 17]. Sans oublier que des individus aux prises avec des handicaps psychosociaux subissent les pires violations de leurs droits fondamentaux, qu'ils soient isolés, enchaînés dans de petites cellules des hôpitaux psychiatriques, ou qu'ils vivent dans la communauté dans le cadre de la désinstitutionnalisation. La stigmatisation liée aux attitudes négatives, stéréotypes et préjugés à l'égard de la maladie mentale est l'un des principaux obstacles auxquels se heurtent les personnes aux prises avec un trouble mental. Cette stigmatisation est si présente et ses effets, si dévastateurs, que plusieurs la décrivent comme plus difficile à vivre que les symptômes mêmes de la maladie mentale. La santé physique et mentale étant un des droits inaliénables des êtres humains, la « composante Santé Mentale » de

4. Ministère de la santé publique et de la population, composante santé mentale de la politique nationale de santé, Document officiel, octobre 2014, p. 13.

5. Le document officiel du MSPP ne comporte pas de figure permettant de comparer ce contexte à la situation du Québec et de l'OMS.

la Politique nationale de santé établit un nouveau paradigme basé sur ces droits. Les services seront accessibles à tous et intégrés dans le Paquet essentiel de services (PES). Tous les Haïtiens et Haïtiennes auront accès à la promotion, à la prévention, au dépistage précoce, au traitement et à la réhabilitation grâce à des services à base communautaire et respectant les droits des personnes. Il n'existe, selon l'OMS, aucune structure de santé mentale desservant les enfants et les adolescents [30]. Comme ces derniers représentent 61 % de la population, dont 36,5 % ont moins de 15 ans, ils devraient avoir leur juste part dans ces nouvelles orientations. Le MSPP est en attente de données épidémiologiques précises sur la prévalence des troubles psychiatriques en vue de déterminer des actions ciblées. L'OMS souligne aussi à grands traits l'importance de la religion, de la diversité religieuse dans toutes les sphères de la vie haïtienne : le vaudou, le catholicisme, l'Islam, ainsi que les diverses appellations de la mouvance évangélique et protestante [30]. Assez souvent, les prêtres, les tradi-guérisseurs, aident des personnes à résoudre leurs problèmes d'ordre émotionnel. L'on pourrait même extrapoler sur les vertus thérapeutiques du carnaval. Il existe une nette diminution des taux d'admission psychiatrique à Haïti et aussi au Brésil durant la période qui précède et qui suit le carnaval. On attend tellement cet événement heureux qu'on n'a pas le temps de tomber malade ! Pour camoufler leur frustration liée à l'omniprésence de la tragédie du sous-développement économique, les peuples du Brésil et d'Haïti se livrent annuellement lors du carnaval à une décharge torrentielle d'énergies longuement contenues⁶.

5.2 Actions et résultats

Pour ce qui est des intentions, des arrêtés ministériels et des constats, les réformes à mener dans le système de santé en Haïti sont légion. Cependant, depuis 2014, date de l'énoncé de la composante Santé Mentale, peu d'actions se sont insérées dans la glaise du réel. En plus d'une volonté politique ferme, il faut un financement adéquat. Moins de 10 % du budget national est affecté à la santé, dont environ 80 % est alloué au paiement des salaires du personnel. Le volet de santé mentale ne bénéficie que d'un maigre 1,5 % [29]. Même dans un pays riche, ce serait insuffisant. Que dire d'un pays pauvre où tout est à faire dans ce domaine ? Ce sont les familles qui se chargent de payer le coût des repas et des médicaments avec l'aide ponctuelle du personnel de soins. Deux actions méritent d'être soulignées à cause de leur originalité. La population générale tant rurale qu'urbaine a peu d'accès aux soins de santé mentale ; les deux structures hospitalières, l'Hôpital Défilée de Beudet (120 lits) et le Centre de

psychiatrie Mars & Kline (80 lits) ne suffisent pas à la tâche. La mise sur pied de structures communautaires d'accompagnement qui déploient des agents de santé communautaire polyvalents (ASCP) à travers le pays. En plus des soins et des services, ces nouveaux agents sont à même de combattre la stigmatisation, voire la mystification de ces troubles.

Ce n'est pas qu'au Québec que les professionnels de la santé constituent une denrée rare et courtisée. Le département d'État américain est en recrutement perpétuel pour sélectionner en Haïti les meilleurs candidats pour ce genre de travail aux États-Unis. Ainsi, pour suppléer à la carence des ressources humaines et faciliter l'initiation à la pratique professionnelle, à l'instar des médecins et des infirmières, un service social obligatoire d'une durée d'une année est institué pour les psychologues et les travailleurs sociaux avant qu'ils soient habilités à exercer dans le domaine de la santé sur le territoire national [29]. En dernier lieu, il faut saluer l'arrivée au niveau central d'un début de coordination avec l'Unité de santé mentale (USM) créée dans l'esprit de la Politique nationale de santé et dont l'objectif est de promouvoir la santé mentale et d'offrir des soins globaux, universels et équitables à l'ensemble de la population. Il commence à y avoir de ces unités un peu partout. Il reste cependant à préciser les domaines d'intervention, mais la visée est claire. Elle s'inspire des déterminants sociaux de la santé et adopte une approche biopsychosociale. Le plan d'action existe toutefois depuis 6 ans seulement et aucune étude n'a été mise en place pour évaluer les réalisations en cours.

6. CONCLUSION

L'étude approfondie de l'interprétation des déterminants sociaux de la santé et de leur application dans trois instances gouvernementales contextuellement distinctes brosse un portrait exploratoire des éléments valorisés par une société dans la quête d'une justice sociale ou du bien-être collectif. Les réflexions suscitées par ces trois perspectives peuvent d'ailleurs enrichir l'interprétation de ces déterminants en fonction de leur contexte d'application, notamment en soins de santé mentale. La considération de ces facteurs environnementaux dans les soins de santé physiques et psychologiques s'exprimait déjà dans les questionnements de psychiatres comme Freud et Wilhelm Reich au début du 20^e siècle [3, 32]. Historiquement, la reconnaissance des facteurs environnementaux dans la genèse des troubles psychiques est à l'origine de la pensée psychiatrique. Aussi ne faut-il guère s'étonner de retrouver plusieurs facettes de l'explication anthropologique, sociologique dans des livres comme *Psychopathologie de la vie quotidienne* (Sigmund Freud), *Psychologie collective et analyse du moi* (Sigmund Freud) ou *Malaise dans la civilisation* (Sigmund Freud), voire dans la plupart des cas cliniques traités par le père de la psychanalyse lui-même et par Wilhelm Reich, lui aussi psychiatre et psychanalyste. Nous argumentons que les instances gouvernementales haïtiennes ont tout à gagner à solliciter une réflexion et une considération de ces éléments déterminants dans l'élaboration des politiques en santé. À cet égard, le plan d'action du MSPP en Haïti pourrait être bénéfique pour la reconnaissance des enjeux de santé mentale ainsi que des déterminants sociaux de la santé prédisposants. Toutefois, malgré la présentation théorique étoffée des déterminants sociaux de la santé de la part

6. « Le carnaval constitue un rêve, une sublimation, un jeu, un sociodrame qui, par la libération du surplus d'énergie, permet de maintenir les tensions psychiques à un niveau constant en vue d'assurer l'homéostasie de l'organisme face aux conflits psychologiques. Le carnaval haïtien (chants, danses, déguisements, masques) joue le même rôle homéostatique que les mécanismes de défense courants : répression, déplacement, projection, conversion, agression, etc. Il permet de libérer les inhibitions de comportement aussi bien par la conduite sexuelle, agressive, obscène que par l'humour contestataire de l'autorité. Comme le dit Mirville [31] : "Le Carnaval, du point de vue psychologique, est un médium qui offre un *cathartic outlet* sanctionné par la société aux instincts normalement limités par l'organisation culturelle de la société haïtienne." » (Dorvil, H. (1985). Types de sociétés, et de représentations du normal et du pathologique : La maladie physique, la maladie mentale. Dans J. Dufresne, F. Dumont et Y. Martin (dir.). *Traité d'anthropologie médicale/L'institution de la santé et de la maladie*. Presses de l'Université du Québec, Institut québécois de recherche sur la culture et Presses universitaires de Lyon, p. 305-332.)

des trois organisations analysées, la portée des répercussions de cette conceptualisation est particulièrement difficile à isoler et à analyser systématiquement. Les écrits relevant de l'action et des résultats associés aux déterminants sociaux de la santé sont divers et leur sélection échappe difficilement à la perspective subjective du chercheur. Notre tentative de synthèse des résultats met en lumière cette réalité et illustre l'importance du développement de documents officiels réunissant les résultats scientifiques selon le cadre théorique des déterminants sociaux de la santé. ■

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Krieger, N. (2001). A glossary for social epidemiology. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 55(10), 693–700. [En ligne], <https://doi.org/10.1136/jech.55.10.693>
- 2 Goldberg, M., Melchior, M., Leclerc, A. et Lert, F. (2002). Les déterminants sociaux de la santé : Apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé. *Sciences sociales et santé*, 20(4), 75–128. [En ligne], <https://doi.org/10.3406/sosan.2002.1570>
- 3 Freud, S. (1929). *Malaise dans la civilisation*. Paris, PUF, 1992.
- 4 Renaud, M., avec la collaboration de L. Bouchard. (1994). Expliquer l'inexpliqué : l'environnement social comme facteur clé de la santé, *Interface, Journal de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences*, mars-avril, 15–23.
- 5 Dorvil, H. et Tousignant-Groulx, J. (2020). Models of Housing in the Quebec Setting for Individuals with Mental Illness. Dans A. Barbato, C. Ann Harvey, A. Lesage, B. D'Avanzo, A. Maone (dir.). *From Residential Care to Supported Housing* (p. 69–76). Lausanne : Frontiers Media SA. [En ligne], doi: 10.3389/fpsy.2019.00850
- 6 Dorvil, H., Morin, P., Beaulieu, A. et Robert, D. (2005). Housing as a Social Integration Factor for People Classified as Mentally Ill. *Housing Studies*, 20(3), 497–519. [En ligne], <https://doi.org/10.1080/02673030500062525>
- 7 Dorvil, H. (2013). Travail social et déterminants de la santé. *Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec*, 139(2), 75–78
- 8 Organisation mondiale de la santé. (1986). *Promotion de la santé, Charte d'Ottawa*. [En ligne], http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
- 9 Hentz, P. (2012). Case Study: The method. Dans P.L. Munhall (dir.). *Nursing Research: A qualitative perspective*, 5^e éd., Sudbury : Jones & Bartlett Learning, 359–369.
- 10 Yin, R. K. (2018). *Case Study Research and Applications: Design and methods*, 6^e éd. Los Angeles : Sage Publications.
- 11 Dahl, K., Larivière, N. et Corbière, M. (2020). L'étude de cas. Dans K. Dahl et N. Larivière (dir.). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*, 2^e éd. Presses de l'Université du Québec.
- 12 Gagnon, Y.-C. (2005). *L'étude de cas comme méthode de recherche : Guide de réalisation*. Presses de l'Université du Québec.
- 13 Organisation mondiale de la santé. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health: debates, policy & practice, case studies*. [En ligne], http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852_eng.pdf
- 14 Organisation mondiale de la santé. (2009). *Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé*. [En ligne], https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/
- 15 Graham, H. (2004). Social Determinants and Their Unequal Distribution: Clarifying Policy Understandings. *The Milbank Quarterly*, 82(1), 101–124. [En ligne], <https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00303.x>
- 16 Solar, O. et Irwin, A. (2007). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Document de travail préparé pour la Commission sur les déterminants sociaux de la santé. Genève, World Health Organization.
- 17 Organisation mondiale de la santé. (2007). *Regional consultation for Social Determinants of Health, Colombo, Sri Lanka*. [En ligne], <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206363>
- 18 Programme des Nations Unies pour le développement. (2019). *Rapport sur le développement humain 2019 : Au-delà des revenus, des moyennes et du temps présent : les inégalités de développement humain au XXI^e siècle*. [En ligne], https://www.google.com/url?client=internal-element-cse&cx=016364595556873131513:d1mce3bdjb4&q=http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_overview_-_french.pdf&sa=U&ved=2ahUKewivv-s2Q5rzuAhVJGVkFHC4oBcMQFjAAegQIAxAB&usq=AOvVaw3abZJlBQT-VBxi3j2KM9h9J
- 19 Health Canada. (2011). *Canada's Health Care System*. [En ligne], <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html#a15>
- 20 Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020). *L'organisation et ses engagements*. [En ligne], <https://www.quebec.ca/gouv/ministere/sante-services-sociaux/mission-et-mandats/>
- 21 Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). *La santé et ses déterminants*. [En ligne], <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>
- 22 Emploi et Développement social Canada. (2018). *Portrait sectoriel du Québec 2018-2020 : Soins de santé et assistance sociale*. [En ligne], https://www.guichetemplois.gc.ca/content_pieces-eng.do?cid=11288
- 23 Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010). *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : Résultat d'une réflexion commune*. [En ligne], <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000761>
- 24 Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- 25 Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- 26 James, A. (2019). *Soins post-catastrophes, transmissions et traversées : vers une compréhension de l'expérience de cliniciens à Port-Au-Prince suite au séisme du 12 janvier 2010*. Thèse de doctorat en psychologie, UQAM. Rapport d'évaluation/H. Dorvil.
- 27 Corten, A. (1989). *L'État faible : Haïti, République dominicaine*. Montréal : CIDIHCA.
- 28 Holly, D. (2011). *De l'État en Haïti. Essai*. Paris : L'Harmattan.
- 29 Ministère de la Santé publique et de la Population. (2014). *Composante Santé Mentale de la Politique nationale de santé*. [En ligne], <https://mspp.gouv.ht/site/downloads/Composante%20Sante%20Mentale%20MSPP.pdf>
- 30 Organisation mondiale de la santé. (2011). *Le système de santé mentale en Haïti*. [En ligne], https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_haiti_fr.pdf
- 31 Mirville, E. (1978). *Considérations ethno-psychanalytiques sur le carnaval haïtien, série Anthropologie*, Coll. Coucouille, Port-Au-Prince.
- 32 Sinelnikoff, C. (1970). *L'œuvre de Wilhelm Reich II*. Paris : Petite Collection Maspero, 147 p.

Former les psychologues haïtiens de demain : Le cas de l'Université Franco-Haïtienne du Cap-Haïtien

Alexandra Marty-Chevreuril¹, Wander Numa

¹Département de psychologie de l'UFCH

Résumé : En 2011, dans le contexte post-séisme, le professeur Wander Numa, docteur en psychopédagogie, a fondé l'Université Franco-Haïtienne du Cap-Haïtien (UFCH) dans la province Nord d'Haïti. Une des missions premières de cette université était d'assurer une formation de qualité en pédagogie pour les futurs professeurs des écoles, et ce, afin de lutter contre toutes les formes de maltraitements physiques et psychologiques dont les enfants sont les premières victimes. À partir de cet intérêt premier pour la santé mentale des enfants, l'Université a élargi progressivement ses enseignements à la psychologie clinique et de l'enfant avec la création, en 2019, du premier master en psychologie du développement de l'enfant et de l'adolescent, seul master de ce type existant en Haïti et reconnu par le MENFP. À partir des stages effectués dans différents établissements du pays, nos étudiants sont amenés à s'interroger sur les problématiques de santé mentale auxquelles qu'ils rencontrent, sur la place et le rôle du psychologue et sur la nécessaire prise en compte du système de croyances. L'objectif de notre article est de décrire en quoi l'approche novatrice de notre dispositif universitaire permet d'œuvrer au changement dans le domaine de la santé mentale en Haïti.

Mots clés : Haïti ; université ; psychologie ; enfant ; croyances.

Abstract : In 2011, in the post-earthquake context, Professor Wander Numa, Doctor in Psychopedagogy, founded the Franco-Haitian University of Cap-Haitien (UFCH) in the northern province of Haiti: one of the missions of this university was to ensure quality training in pedagogy for future school teachers, in order to fight against all forms of physical and psychological abuse of which children are the first victims. From this primary interest in children's mental health, the university has gradually broadened its teachings to clinical and child psychology, with the creation in 2019 of the first master's degree in child and adolescent developmental psychology. It is the only masters program of this type existing in Haiti and recognized by the MENFP. From internships carried out in different institutions across the country, our students are asked to question the mental health issues they face, the place and role of the psychologist and the necessary consideration of the belief system. The objective of our article is to describe how the innovative approach of our university system makes it possible to work for change in the field of mental health in Haiti.



1. INTRODUCTION

À la suite du séisme qui a ravagé Haïti le 12 janvier 2010, les soins de santé mentale ont connu un nouvel élan soutenu par le ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP) et les organisations internationales. C'est dans ce contexte que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié en 2011 un rapport sur le système de santé mentale en Haïti. Il y est mentionné que le pays ne dispose entre autres que de 27 médecins-psychiatres (soit 0,28 médecin-psychiatre pour 100 000 habitants) et de 194 psychologues (soit 2 pour 100 000 habitants) [1]. Il faut souligner que jusqu'à cette période, seule l'Université d'État d'Haïti (UEH), à travers principalement la Faculté d'ethnologie et la Faculté des sciences humaines de Port-au-Prince, proposait un cursus de formation diplômante en psychologie.

À la suite de ce constat, en août 2011 est née l'Université Franco-Haïtienne du Cap-Haïtien (UFCH) au Cap-Haïtien, sous la houlette du professeur Wander Numa et d'un groupe d'universitaires haïtiens. Dès sa genèse, cet établissement a mis un accent particulier sur l'importance de la santé mentale chez les enfants au sein de sa formation en pédagogie. Plusieurs séminaires de formation ont été proposés à l'intention des professionnels de l'éducation depuis 2012. Le feed-back s'étant révélé très positif, les responsables de l'UFCH ont proposé des programmes de long cycle (licence) en psychologie et psychopédagogie. La première promotion de licenciés en psychologie est sortie en 2016.

L'obtention de ce diplôme universitaire requerrait la réalisation d'un stage pratique d'environ 300 heures en milieu éducatif ou hospitalier dans différents lieux de la région du Grand Nord. La première constatation de nos étudiants sur le terrain était l'absence de psychologue ou de tout autre professionnel de la santé mentale pour les superviser. Par ailleurs, les premières données qu'ils ont récoltées ont motivé le besoin accru d'enseignements théoriques centrés sur la psychologie des enfants et des adolescents ainsi que la demande d'un accompagnement psychologique par la population. L'UFCH a alors ouvert en 2017 un master en psychopédagogie puis, en 2018, un master en psychologie du développement de l'enfant et de l'adolescent.

À partir de cette expérience, nous souhaitons montrer en quoi la perspective novatrice adoptée par l'UFCH a permis l'identification de problématiques en santé mentale chez les enfants et les adolescents, et abouti à la création de dispositifs de prise en charge dans différentes institutions dans le Grand Nord d'Haïti, malgré le «peyi lock¹» et la grave crise sanitaire déclenchée par l'épidémie de la COVID-19. Nous illustrerons nos propos à travers des vignettes cliniques rencontrées par les étudiants lors de leurs stages professionnels et nous donnerons un éclairage sur des points de

1. Mouvement de protestation qui se traduit par le blocage économique et social du pays en février 2019. Le premier mouvement dit «peyi lock» a eu lieu en février 2019 et le second dit «peyi lock 2» a repris de septembre à fin novembre 2019. Source : [www.https://noulacoop.com/2019/12/haïti-comprendre-la-crise/](https://noulacoop.com/2019/12/haïti-comprendre-la-crise/) (consultée le 16 décembre 2020).

discussion nécessaires pour contribuer à la réflexion sur la santé mentale en Haïti.

2. ÊTRE ÉTUDIANT À L'UFCH

Durant l'année scolaire 2019-2020, 985 étudiants étaient inscrits à l'UFCH et 67 étudiants ont réussi à valider leur première année de master en psychologie ou en psychopédagogie [2]. Depuis la création de l'Université, près de 800 diplômes et certificats ont été obtenus. Les cours sont assurés par des chargés d'enseignement (niveau master 2 et plus requis) ou des professeurs haïtiens qui enseignent également à l'Université Publique du Nord au Cap-Haïtien (UPNCH) ou sur le Campus Henri Christophe de l'Université d'État d'Haïti à Limonade (CHC-UEH-L). Pour les premières années, l'Université propose à des étudiants en deuxième année de master d'assurer certains enseignements fondamentaux de tronc commun ainsi que des activités de tutorat pour les nouveaux arrivants. Afin de pouvoir élargir l'offre d'enseignement, elle a aussi fait appel à des professionnels ou à des professeurs étrangers venant essentiellement du Canada et d'Europe (France, Suisse, Belgique).

En parallèle des enseignements, le personnel de l'Université avec les étudiants se mobilise pour animer des séminaires, conférences, émissions de télévision ou de radio afin de sensibiliser la population à des thématiques liées à la santé mentale : à titre d'exemple, en 2019, l'UFCH a lancé « Les mardis de la psychologie » à l'Alliance Française du Cap-Haïtien et présenté un cycle de conférences-débats mensuelles sur l'enfant et l'adolescent en Haïti. Comme l'UFCH reçoit également d'autres étudiants en provenance de l'UPNCH et du CHC-UEH-L, ses étudiants proposent des animations communes, comme dans le cas de la Journée mondiale de la santé mentale, pour effectuer des séances de sensibilisation communautaires.

Une spécificité de l'UFCH tient également à la création d'une plateforme pédagogique d'enseignement à distance² depuis 2017. Outre la nécessité de former les étudiants aux outils numériques, elle a pour objectif de permettre l'accès à un enseignement de qualité pour les étudiants éloignés ne pouvant se rendre sur place à l'UFCH et de faciliter la mise en ligne de cours par des professeurs et professionnels résidant dans une autre province d'Haïti ou à l'étranger. Sur cette plateforme, les étudiants ont accès aux cours écrits ou préenregistrés, en vidéo ou en audio. Ils ont aussi la possibilité d'y déposer leurs devoirs, qui pourront être corrigés à distance par le professeur, lequel mettra en ligne les notes obtenues. Un forum d'échange est disponible entre étudiants et professeurs. En outre, les étudiants ont accès à un certain nombre de liens vers des bibliothèques numériques pour effectuer leurs recherches. La plateforme facilite également le service administratif et professoral de l'UFCH pour la gestion des programmes, des notes et de l'organisation des cours. Les étudiants sont formés à l'utilisation de la plateforme dès la première année de licence à travers un module commun dédié aux outils informatiques. Depuis 2019 avec le « peyi lock » et la mise en place du confinement au printemps dernier, l'Université a accéléré l'utilisation de cette plateforme. Le service de la scolarité a aussi favorisé l'accès à un certain nombre de cours essentiels

sur des groupes WhatsApp particuliers, que les étudiants avaient déjà l'habitude d'utiliser pour favoriser les échanges universitaires. Des cours abordant des thématiques comme la confiance en soi, la résilience, la gestion du stress et la psychologie positive ont pu être donnés durant le confinement.

3. LA CRÉATION D'UN MASTER EN PSYCHOLOGIE

En 2012, Guerda Nicolas et son équipe ont fait le constat que « la plupart des professionnels de la santé mentale en Haïti [sont] des Haïtiens qui ont terminé leurs études de deuxième ou troisième cycle dans d'autres pays, tels que les États-Unis, le Canada, le Mexique et d'autres pays européens³ ». En effet, les étudiants en psychologie qui le peuvent partent quasiment tous à l'étranger afin d'effectuer leur master et/ou leur doctorat, car seul un master en psychologie sociale, dispensé par la Faculté d'ethnologie de Port-au-Prince, existe à ce jour. Les étudiants haïtiens doivent être davantage formés et la plupart d'entre eux ne peuvent pas se payer des études à l'étranger. La mise en place d'une nouvelle formation de master en province leur a permis non seulement d'approfondir leurs connaissances, mais surtout d'effectuer deux stages pratiques d'un équivalent de 900 heures (400 heures en première année de master et 500 heures en deuxième année), et ainsi de pouvoir réellement expérimenter la pratique de psychologue dans la réalité socioculturelle haïtienne. Enfin, la réalisation d'un mémoire de recherche de niveau master a conduit à plus long terme à ouvrir l'accès au troisième cycle, à partir de travaux effectués en Haïti. Étant donné qu'historiquement, l'UFCH s'est développée à partir d'une volonté de former les professeurs à une pédagogie soucieuse de remettre l'enfant haïtien au centre des préoccupations scolaires, il était cohérent de poursuivre vers une formation de master en psychopédagogie et en psychologie du développement de l'enfant et de l'adolescent.

Ces programmes de master reposent sur deux objectifs :

1. Maîtriser les aspects épistémologiques, théoriques et pratiques relatifs à l'intervention auprès d'enfants, d'adolescents, de leur famille et des professionnels spécialisés dans ce domaine.
2. Concevoir et mettre en œuvre des dispositifs thérapeutiques individuels et collectifs d'évaluation et de prise en charge en milieu scolaire, clinique et social [2].

Afin de rendre plus accessibles et adaptés les cours pour le master, l'UFCH a signé, depuis la rentrée 2018, une convention de partenariat avec l'Alliance Française du Cap-Haïtien. Tous les enseignements se déroulent dans leurs locaux du centre-ville ; outre des salles, les professeurs ont accès à du matériel essentiel pour l'animation des cours. Le master inclut des enseignements de tronc commun pour les deux spécialités, assurés par les professeurs de l'UFCH. Toutefois, il y a des besoins particuliers liés aux différentes spécialités des masters proposés. Malgré l'instabilité politique et les difficultés socioéconomiques, l'Université a réussi à faire intervenir des professeurs et des professionnels motivés pour enseigner des matières spécifiques comme les troubles neurodéveloppementaux chez les

2. Disponible à l'adresse suivante : www.etudiants.ufch.org

3. Nicolas, G., Jean-Jacques, R. et Wheatley, A. (2012). Mental Health Counseling in Haïti: Historical Overview, Current Status, and Plans for the Future. *Journal of Black Psychology*, 509-519. [En ligne], <http://jbp.sagepub.com/content/38/4/509>, p. 513.

enfants⁴, la thérapie familiale⁵, la psychothérapie de groupe⁶, ou encore les dispositifs de prise en charge psychologique des enfants et adolescents en milieu clinique et social⁷.

4. DES ENSEIGNEMENTS ADAPTÉS À LA RÉALITÉ DU TERRAIN : L'EXEMPLE DE L'ART-THÉRAPIE

Nous aimerions ici souligner l'importance de la mission d'enseignement de la psychologie qui consiste à répondre à des besoins concrets en santé mentale sur le terrain. Au départ, presque tous les étudiants de troisième année de licence effectuaient leur stage en milieu scolaire, ce qui a permis de faire ressortir un certain nombre de difficultés parmi les élèves : troubles d'apprentissage et du comportement, hyperactivité, phobies scolaires, troubles anxieux, pour ne citer que ceux-là. Parmi eux, deux professeurs des écoles, étudiants en psychopédagogie, ont réalisé leur stage dans un institut scolaire de Port-de-Paix⁸. Ils y ont constaté entre autres les méthodes inadaptées utilisées par les professeurs et les châtiments corporels encore largement utilisés malgré les efforts de l'inspection académique pour enrayer le phénomène [3]. À travers les entretiens cliniques, ils se sont rendu compte de la souffrance des élèves, mais aussi de la souffrance du corps professoral. Fort de ces constats, ils ont proposé pour les professeurs des ateliers de « formation continue » sur les méthodes de pédagogie active, et, pour les élèves, ils ont sonné l'alarme quant à l'urgence de créer un dispositif d'intervention psychologique. De façon générale, les étudiants stagiaires se sentaient très démunis face à de multiples problématiques rencontrées par les élèves et il y avait un grand besoin d'accompagnement adapté sur le plan psychologique. Après un premier séminaire, en décembre 2017, sur la pratique de l'art-thérapie auprès des enfants et des adolescents, les étudiants ont largement plébiscité l'approche de cette pratique ludique, facile d'accès et adaptée aux enfants en difficulté ou à besoins spécifiques. Lors de la rentrée universitaire en 2018, l'enseignement d'un module d'art-thérapie sur deux niveaux a débuté dès la troisième année de licence et pour la première année de master. À la fin du module, l'étudiant était apte à mettre en œuvre auprès d'enfants et d'adolescents un atelier d'art-thérapie en utilisant un ou plusieurs médiums artistiques dans différents types d'établissements : scolaire, hospitalier, associatif, etc. Le modèle enseigné s'appuie sur les écrits de plusieurs spécialistes comme Angela Evers [4], mais s'imprègne également du courant artistique haïtien à travers la rotation artistique créée par le peintre Tiga [5].

4. Cours enseigné par Pascal Néry Jean Charles, psychologue clinicien, cofondateur et codirecteur du Centre de thérapie pour enfants et adolescents La Petite Chenille à Port-au-Prince, qui accueille des enfants atteints de troubles du développement.

5. Cours enseigné par Elena Toppi Conelli, psychologue clinicienne spécialisée dans la thérapie familiale.

6. Séminaire donné par Sophie Latellin, psychologue clinicienne spécialisée dans la médiation de groupe.

7. Séminaire donné par Bradley Noël, psychologue clinicien spécialisé auprès des victimes de violences basées sur le genre.

8. Estimond, Joanel et Dieucene, Gene. (2018). *Les méthodes pédagogiques employées par l'enseignant et leurs effets sur le processus de l'enseignement – apprentissage chez les enfants*. Rapport de stage, master 1, UFCH.

4.1 L'exemple d'un atelier d'art-thérapie mené dans une école

La vignette clinique qui suit est issue du rapport de stage de Jean-Baptiste Wendy, étudiant en master 1 de psychologie du développement, où il aborde le cas d'une élève qu'il a suivie dans le cadre d'un atelier d'art-thérapie, au sein d'un établissement scolaire sur la circonscription de Milot (Nord) durant l'année 2019.

« N., une fillette de 10 ans, a été orientée par le directeur de l'école pour faire partie de l'atelier d'art-thérapie. N. est décrite par ses professeurs comme une enfant inhibée, à l'écart des autres enfants de son âge, ses résultats sont très moyens. Elle est l'aînée d'une famille de trois enfants. Elle vit tantôt chez sa grand-mère, tantôt chez sa tante. Son père a quitté sa mère pour aller au Chili quand elle avait 6 ans ; depuis, elle n'a aucune nouvelle de lui. Quelques mois plus tard, sa mère a, à son tour, laissé les trois enfants entre les mains de sa grand-mère pour se rendre en République dominicaine. Elle n'a donné aucune nouvelle depuis qu'elle est partie. N. ne se sent à l'aise ni chez sa tante ni chez sa grand-mère et voudrait retrouver son père et sa mère, mais n'ose pas en parler. "Mes parents nous ont abandonnés, ils n'appellent même pas au téléphone." Depuis 4 ans, elle n'a jamais parlé à quiconque de cette séparation et de ce qu'elle ressent en raison du départ de ses parents. À la maison, elle s'occupe de ses frères et sœurs, plus jeunes qu'elle ; elle doit s'occuper de nombreuses tâches ménagères et faire ses devoirs.

Nous avons proposé à N. d'intégrer un atelier d'art-thérapie avec quatre autres enfants, qui aura lieu trois fois par semaine après les cours. Au démarrage de l'atelier, N. est totalement bloquée, elle ne sait pas quoi dessiner ni comment dessiner, cependant elle est dans la relation et bien qu'elle n'investisse que très peu ses dessins, elle s'égaye au moment de les montrer et d'en parler au groupe. Elle parle de ses dessins de façon très factuelle et ne fait jamais référence à son histoire devant le groupe. Au fil des séances, N. cherche notre étayage, soit parce qu'elle n'a pas d'idée, soit parce que ce qu'elle veut faire la rend trop triste. Nous lui avons répondu par des paroles rassurantes, des chansons ou de petites histoires drôles. Nous évoquerons notamment une chanson qui servait de rituel de début et de fin de séance. "Mwen gen yon doulè ki nan tèt mwen, ki nan kè mwen men ki kenbe mwen anpil, kembe mwen anpil... fom retire li !" [J'ai une douleur dans ma tête, une dans mon cœur, qui s'accroche beaucoup à moi, je dois la retirer] (traduction libre). Au fur et à mesure, elle trouve sa place dans le groupe et lors d'une séance se met à dessiner une série de maisons, très colorées, remplies de monde : "Dans chaque maison, il y a une grande famille, tous s'entendent bien comme ici à l'atelier, on est comme une famille."

À partir de cette série, N. évoque la colère et l'incompréhension qu'elle ressent à l'égard de ses parents et en parle aux autres enfants. Elle a dessiné une famille où elle n'est pas dedans, "ce n'est pas important puisque c'est moi qui fais le dessin ; de toutes façons moi je ne suis pas importante pour ma famille". Durant les séances qui ont suivi, nous avons repris la question de la place de N. à travers la représentation d'un arbre de vie. En retournant vers les racines de l'arbre, elle a pu exprimer son plus grand souhait de retrouver ses parents, puis en allant vers les branches et les fruits, elle a parlé des personnes qui sont aidantes pour elle et de ses envies. Lors de la séance suivante, elle a

imaginé une histoire qui parlait de la tristesse d'un enfant qui ne trouve pas ses parents une fois rentré chez lui. Et quand il demande aux gens du voisinage où sont partis ses parents, ces derniers crient sur lui et le rejettent. Elle représente alors cet enfant tout petit dans un coin de la page : «Voilà c'est moi, ma place à moi elle est toute petite.» Elle a alors commencé à poser des questions au stagiaire sur les sentiments de ses parents envers elle. «Pourquoi ils ne m'appellent pas? Sans doute, ils ne m'aiment pas.» «Et s'ils sont morts? Et s'ils voulaient m'appeler, mais que leur téléphone est cassé.» N. attend des réponses que nous ne pouvons pas lui apporter. En tant que psychologue stagiaire, nous avons été bouleversés face à la détresse affective de cet enfant. «Ils me manquent beaucoup, je ne dis cela à personne parce que les grandes personnes n'aiment pas parler aux enfants.» Toutefois, cette séance a été déterminante, car après avoir évoqué toutes les questions qu'elle avait dans la tête, elle a paru soulagée et a pu libérer sa créativité lors des ateliers suivants. Elle dessinera alors une série de papillons et d'oiseaux très colorés sur toute la page et imaginera un refuge pour ces animaux abandonnés, ce refuge, elle s'en occupera en attendant que ses parents reviennent.

En conclusion, nous avons observé des changements très significatifs dans l'attitude de N., qui s'est comme ouverte au monde au fur et à mesure des séances. Elle s'est appuyée sur un certain nombre d'images qu'elle a dessinées et qui lui ont permis d'exprimer ses émotions, tout ce qu'elle contenait en elle depuis des années et aussi de construire du sens face à ce qu'elle vit.

Grâce au cadre des séances d'art-thérapie, nous avons pu vivre le lien thérapeutique avec les enfants que nous avons accompagnés et repérer des éléments du transfert et de notre contre-transfert, en lien avec la place de «grand frère protecteur» à laquelle N. semblait nous avoir mis. Grâce au groupe et à notre présence étayante, N. a pu se sentir dans un espace en sécurité. Avant cette expérience, nous pensions qu'être psychologue consistait principalement à appliquer des techniques, mais nous avons compris depuis que c'est d'abord la relation thérapeutique qui est importante. Suite à ce 1er atelier d'art-thérapie, le directeur de l'école a constaté des retours positifs de la part des enfants et des professeurs et a décidé de renouveler l'expérience l'année scolaire prochaine⁹.

5. LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE DU PSYCHOLOGUE DURANT LES STAGES

Afin de permettre aux étudiants de trouver des stages dans le milieu clinique et/ou psychosocial, l'UFCH a réalisé des partenariats avec différentes institutions de la région Nord principalement, des institutions scolaires, des orphelinats (Notre-Dame de la Médaille Miraculeuse), des centres d'accueil pour les enfants des rues («Foyer Lakay», «Street Hearts»), le milieu hospitalier (le CHU Justinien, l'Hôpital de la Convention Baptiste, le Centre de santé de la Fossette) ainsi que des organisations engagées dans le soutien aux enfants vulnérables et leurs familles, comme «Children of the Promise».

En octobre dernier, l'Université a été contactée pour la signature d'une convention de partenariat avec le ministère de l'Éducation

et de la Formation professionnelle (MENFP), par le biais de la Commission de l'adaptation scolaire et d'appui social (CASAS). Le but consiste à accueillir en stage les étudiants en psychologie dans les écoles publiques haïtiennes des provinces Nord et Nord-Est, «afin de mettre en œuvre les programmes de prévention, d'évaluation et d'intervention psychologiques et/ou psychopédagogiques par le Ministère via la CASAS dans les établissements scolaires, dans une démarche globale d'intégration des questions relatives au genre dans le but d'éliminer les discriminations et la violence fondées sur le genre à l'école¹⁰». Étant donné que les psychologues «superviseurs» sont très peu nombreux, le service de scolarité a fait appel aux membres de l'équipe de l'UFCH et à des professionnels étrangers qui effectuent des missions de bénévolat à l'exemple de l'expérience décrite ci-après.

5.1 Une expérience de supervision

Elena Toppi Conelli, psychologue et psychothérapeute familiale originaire de la Suisse italienne, a effectué durant l'année 2019 la supervision de 15 étudiants effectuant leur stage de troisième année de licence de psychologie à l'hôpital de la Convention Baptiste (province Nord). Elle a constaté deux difficultés majeures : d'une part, les stagiaires se sont retrouvés face à des équipes soignantes qui n'étaient pas habituées à la présence de psychologues et, d'autre part, ils ont dû effectuer un travail de relation d'aide qui les a inévitablement renvoyés à leurs résonances personnelles. «La souffrance psychologique des patients face à laquelle les étudiants ressentaient un profond sentiment d'impuissance a été un élément central de supervision. Avant tout, nous avons travaillé sur la notion d'alliance thérapeutique et le récit de vie du patient à travers la construction d'une anamnèse individuelle et familiale. Les étudiants ont rapidement compris qu'à la place d'une liste de symptômes qu'ils avaient appris à décrire durant leurs études théoriques, ils allaient là devoir aller à la rencontre de l'autre et de son histoire¹¹.»

Elle illustre ses propos à partir du cas d'une patiente rencontrée par deux psychologues stagiaires dans le service de chirurgie :

«Madame D., diabétique, s'est réveillée à l'hôpital, amputée d'une jambe, prostrée depuis plusieurs jours. L'infirmière du service interpelle les deux psychologues stagiaires, ceux-ci découvrent que Madame n'a pas été informée qu'elle allait être amputée et le médecin qui l'a opérée ne lui a ni expliqué l'intervention, ni les conséquences quant à la gestion postopératoire de ce type d'intervention. Madame reste muette et complètement refermée sur elle-même; elle semble en état de choc. Les stagiaires ne savent pas quoi faire, ils se sentent totalement impuissants face à cette patiente. Puis, encouragés par le psychologue-superviseur, ils vont rencontrer la fille de Madame venue la visiter afin de pouvoir retracer son histoire. Ils découvrent que Madame est couturière, qu'elle est la seule à subvenir aux besoins de sa famille et que la jambe qui a été amputée lui servait à actionner la pédale de sa machine à coudre. L'équipe de psychologues stagiaires s'est alors réunie et a pensé à contacter une association partenaire de l'hôpital, qui crée des prothèses. Ils ont ensuite fait le lien avec le médecin qui a opéré Madame et qui a confirmé qu'étant donné qu'elle avait été

9. Wendy, Jean-Baptiste. (2020). *Intervenir auprès d'enfants en difficultés scolaires : expérience d'un atelier d'art-thérapie*. Rapport de stage, master 1, UFCH.

10. Article 4 du Protocole d'accord de Partenariat avec le MENFP, Cap-Haïtien, octobre 2020.

11. Toppi Conelli, E. (2019). *Rapport de supervision*. UFCH, Cap-Haïtien, p.7.

amputée au-dessus du genou, il serait tout à fait possible de créer une prothèse sur mesure pour lui permettre de reprendre son activité. À partir de ces informations, la patiente a pu exprimer sa détresse, poser des questions sur ce qu'elle avait eu et comprendre mieux sa situation. Grâce à la rencontre entre cette patiente et les psychologues, il a été possible de travailler sur la situation traumatique vécue par cette personne et, ainsi, de lever l'inhibition massive dans laquelle elle s'était renfermée. En faisant le lien entre les différents professionnels des services de l'hôpital (réhabilitation, chirurgie et association extérieure), la patiente a pu bénéficier d'une prise en charge globale et adaptée¹². »

5.2 Le psychologue et le système de croyances en Haïti

Un autre enjeu majeur de l'enseignement de la psychologie au sein de notre université est la prise en compte de la réalité socioculturelle dans laquelle les psychologues de demain évoluent. Cet enjeu de taille est lié à une question centrale formulée par Frantz Raphaël, médecin, ethnopsychiatre : « *Comment la santé mentale peut-elle être en harmonie avec les pratiques traditionnelles ?* »¹³ Par pratiques traditionnelles, nous entendons les pratiques liées au vaudou, que Nicolas Vonarx présente comme « *un système de soins aux dimensions magico-religieuses* »¹⁴. Un système de soins auquel se réfèrent largement les Haïtiens aux prises avec des problèmes liés à la santé mentale. Nos étudiants rencontrent en effet constamment ces situations, comme dans le cas de cet étudiant en stage de licence de troisième année dans un centre de santé public : « *Nous rencontrons des femmes enceintes, porteuses du VIH, certaines n'entendent pas du tout ce que nous disons et pensent que le VIH est une maladie donnée par des "lougrou", dans ces cas-là, nous essayons quand même de continuer le "counseling" en donnant des informations sur la maladie, mais la personne ne nous écoute pas vraiment* »¹⁵. »

Afin de poser les jalons d'un questionnement de fond sur cette problématique, nous avons introduit dans le canevas des travaux des étudiants (rapport de stage et mémoire de recherche) deux rubriques intitulées « Analyse des éléments transférentiels et contre-transférentiels »¹⁶ et « Analyse du système de croyances et des représentations culturelles rencontrées chez les personnes accompagnées ». En lisant leurs travaux et en discutant avec eux, nous avons constaté que cette dimension culturelle existe, mais qu'elle est vue comme une sorte de coloration associée aux patients, à laquelle il est plus prudent de rester sourd et qu'il est préférable de ne pas « toucher », le mieux étant de renvoyer la personne aux autorités dites compétentes (pasteur, prêtre vaudou, etc.). Un étudiant nous a récemment expliqué qu'il a rencontré dans le quartier de son lieu de stage un sorcier « *boko* », qui travaille en collaboration avec les médecins et les psychologues. Si la personne est allée chez ce sorcier pour trouver une guérison, ce dernier peut l'adresser au psychologue pour un

traitement psychique et il va reprendre la personne pour pratiquer les rituels ; le rétablissement de la personne est ainsi psychologique et spirituel à la fois. Toutefois, lui, en tant que psychologue au sein de la thérapie, témoigne d'une mise à distance nécessaire avec les représentations culturelles du patient : « *On n'est pas là pour juger les gens dans leurs croyances ou leurs perceptions, on écoute les gens et on essaie de voir dans quels tableaux cliniques on peut les situer : est-ce que l'état de la personne ne dépend pas d'une situation ou d'un membre de sa famille pour voir si sa famille n'a pas une répercussion sur son état actuel ? On n'est pas là pour mélanger la spiritualité ou nos croyances avec l'état de la personne, donc on ne cherche pas à faire parler la personne sur ce côté-là, ce ne sont pas nos affaires. C'est comme pour le médecin qui soigne la personne physiquement. Nous on est là pour l'accompagner psychologiquement et le "houngan"* »¹⁷ du côté spirituel : à chacun son rôle¹⁸. » Si les étudiants avancent dans leurs questionnements et créent des passerelles pour travailler à élargir leur cadre d'intervention dans l'intérêt du patient, nous posons encore la question de ce que signifie accueillir les croyances qui font partie de la réalité psychique du sujet et au-delà, comment utiliser ce savoir culturel, ces matériaux psychiques pour en faire des « leviers thérapeutiques »¹⁹. Déjà en 1967, le docteur Legrand Bijou écrivait : « *Si le rôle du psychiatre est d'aider le malade à retourner à la réalité telle qu'elle est vue et vécue par le milieu culturel de l'individu, il ne peut ignorer les expériences religieuses de ses patients. Il doit pouvoir les comprendre de façon à aider le malade à les intégrer d'une façon plus adéquate dans sa vie personnelle* »²⁰. Lors de séances de supervision avec les étudiants, nous avons pu remarquer qu'il y a une telle dichotomie entre le savoir universitaire occidental et le savoir traditionnel que cela peut générer des conflits de loyauté chez les étudiants qui sont alors réticents à traiter avec les contenus culturels que leur renvoient les patients. F. Raphaël nous éclaire sur la barrière potentielle qu'une telle attitude chez le psychologue pourrait entraîner chez le patient : « *Le sens que donne un individu ou une famille à la maladie n'est qu'une enveloppe culturelle pour expliquer les problèmes réels. C'est pourquoi l'ignorance, ou le manque de déférence à la culture de l'usager peut être une barrière qui empêche l'intervenant de le comprendre et de l'amener à parler des vraies choses, de ce qui est à la base de sa souffrance* »²¹. » En Haïti, les familles attendent le plus souvent qu'on leur dise quoi faire et comment faire. On peut être alors tenté d'adopter cette position d'expert et de donner des « conseils » non adaptés à la situation de cette famille en particulier. Au contraire, nous devons tenir compte de leurs propres représentations et savoirs, divinités, ancêtres, conflits générationnels et familiaux, de la médecine communautaire, etc., afin que la famille puisse dire ce qui ne va pas et trouver ses propres

12. *Idem*, p. 3.

13. « Évaluation ethnopsychiatrique et réalités haïtiennes ». Atelier proposé par Frantz Raphaël et Béatrice Chenouard, Port-au-Prince, juin 2011.

14. Vonarx, N. (2012). Le vaudou haïtien : entre médecine, magie et religion. Presses universitaires de Laval, coll. « Le sens social », p. 32.

15. Joseph, I. et Belizaire, R. (2019). *Le vécu des femmes enceintes atteintes du VIH*. Rapport de stage de troisième année de licence en psychologie. UFCH, Cap-Haïtien, p. 25.

16. En guise d'exemple, voir la vignette clinique de Wendy Jean-Baptiste exposée précédemment (section 4.1).

17. « Prêtre vaudou ». Traduction libre.

18. Marty-Chevreuil, A. (2019). Rapport de supervision, UFCH, Cap-Haïtien, p. 5.

19. Moro, M.R., De La Noë, Q. et Mouchenik, Y. (dir). (2006). *Manuel de psychiatrie transculturelle*. Bibliothèque de l'Autre. Collection Transculturelle. Editions La Pensée sauvage, p.164.

20. Bijou, L. Douyon, E., Douyon, L., Noël, V. (1967). L'antagonisme entre la religion et la psychiatrie moderne. *Bulletin du centre de psychiatrie et de neurologie*, n° 6, p. 48.

21. Raphaël, F. (2010). L'ethnopsychiatrie haïtienne : entre le vaudou haïtien et la médecine occidentale. *Intervenir : éléments d'une politique de santé mentale en Haïti*. Collection Revue haïtienne de santé mentale, n°2. Editions Grosme Grand Gôave, p.173

solutions²². Ces commentaires sont des questions ouvertes en lien avec la conclusion du docteur Raphaël : « *Il reste une place à combler pour ce qui concerne les méthodes d'intervention psychothérapeutiques conformes à la réalité haïtienne*²³. » Et il pose la question suivante : « *[L'ethnopsychiatrie haïtienne] serait-elle l'approche susceptible d'aller à la recherche de la reconnaissance de ce qui n'est pas encore défini par les normes occidentales : l'impact du vaudou dans les problèmes de santé mentale des Haïtiens*²⁴ ? »

6. CONCLUSION

Cette dernière question posée nous permet d'ouvrir des pistes de réflexion : si les acteurs universitaires ont une place essentielle dans l'élaboration d'une politique d'intervention globale en santé mentale et dans la réflexion autour des dispositifs adaptés à mettre en œuvre, ils ont aussi la responsabilité de venir réinterroger les savoirs qui y sont enseignés. Aujourd'hui, les connaissances en psychologie enseignées à l'université sont-elles adaptées à la réalité socioculturelle haïtienne ? Selon nous, cette réalité doit être encore explorée. Pour ce faire, nous devons travailler à développer une solide recherche universitaire en Haïti, et mutualiser les compétences et les moyens afin d'ouvrir de nouveaux laboratoires de recherche spécialisés sur la santé mentale ; c'est l'un des principaux objectifs de l'UFCH pour les années à venir. ■

BIBLIOGRAPHIE

- 1 OMS-OPS. (2011). *Rapport sur le système de santé mentale en Haïti*. Rapport d'évaluation du système de santé mentale en Haïti à l'aide de l'instrument d'évaluation conçu par l'Organisation mondiale de la santé mentale (IESM-OMS).
- 2 Université Franco-Haïtienne du Cap-Haïtien (UFCH). (2020). *Rapport annuel pour l'année universitaire 2019-2020*. UFCH, Cap-Haïtien.
- 3 Jacques, M. et Nelson, A. (2017). *Pour une éducation sans bâton*. Port-au-Prince, C3 Éditions.
- 4 Evers, A. (2015). *Le grand livre de l'Art-thérapie*. Paris, Éditions Eyrolles.
- 5 Vermande, M. (1997). *La rotation artistique de TIGA, une pratique pour libérer l'esprit*. Port-au-Prince, Éditions Fondation TIGA.

Alexandra Marty-Chevreuril est psychologue clinicienne interculturelle et art-thérapeute, en Haïti depuis de nombreuses années, elle a travaillé dans différentes ONG et associations locales dans le domaine de la santé mentale. Depuis 2017, elle assure une mission d'enseignement et est responsable du département de psychologie de l'UFCH.

Wander Numa, Ph.D. est titulaire d'un doctorat en psychopédagogie, d'un DEA en sciences du langage et didactique des langues. Il a également une formation en thérapie familiale, psychologie positive et en criminologie. Il a enseigné en France pour le compte de l'Académie de Grenoble puis est revenu en Haïti après le séisme de 2010 pour fonder l'UFCH. Professeur à l'Université d'État d'Haïti, recteur de l'UFCH et professeur, il anime de nombreux séminaires et formations dans tout le Grand Nord du pays.

Alexandra Marty-Chevreuril est psychologue clinicienne interculturelle et art-thérapeute. En Haïti depuis de nombreuses années, elle a travaillé dans différentes ONG et associations locales dans le domaine de la santé mentale. Depuis 2017, elle assure une mission d'enseignement et est responsable du Département de psychologie de l'UFCH.

Wander Numa est titulaire d'un doctorat en psychopédagogie, d'un DEA en sciences du langage et didactique des langues. Il a également une formation en thérapie familiale, en psychologie positive et en criminologie. Il a enseigné en France pour le compte de l'Académie de Grenoble puis est revenu en Haïti après le séisme de 2010 pour fonder l'UFCH. Professeur à l'Université d'État d'Haïti, recteur de l'UFCH et professeur, il anime de nombreux séminaires et formations dans tout le Grand Nord.

22. Atelier de psychiatrie transculturelle effectué par Yoram Mouchenik, dans le cadre de la recherche RECREAHVI, juin 2011, Port-au-Prince, Haïti.

23. Raphaël, F. (2010). L'ethnopsychiatrie haïtienne et ses particularités. *Intervenir : éléments d'une politique de santé mentale en Haïti*. Collection Revue haïtienne de santé mentale, n°2. Editions Grosame Grand Gôave, p.154.

24. Raphaël, F. (2010). L'ethnopsychiatrie haïtienne : entre le vaudou haïtien et la médecine classique occidentale. *Intervenir : éléments d'une politique de santé mentale en Haïti*. Collection Revue haïtienne de santé mentale, n°2. Editions Grosame Grand Gôave, p.172.

Promouvoir la santé mentale autrement : l'intervention et les services offerts par un organisme communautaire à des nouvelles mères haïtiennes

Gabrièle Gilbert et Sophie Gilbert

Université du Québec à Montréal

Résumé : En Haïti, la rareté des services publics et le coût élevé associé au secteur privé rendent difficile l'accès à des services professionnels en santé mentale. C'est dans ce contexte que l'organisme communautaire Groupe de Santé Mentale de Grand-Gôave (GROSAME) a été créé en 2006. Celui-ci visait à promouvoir la santé mentale en offrant un espace d'accueil, de soutien et d'intervention auprès de nouvelles mères et de leur progéniture. Les objectifs de cette étude sont : 1) de décrire ce que l'intervention et les services offerts ont apporté aux utilisatrices ; 2) de comprendre comment ces derniers auraient pu être améliorés afin d'être mieux adaptés aux besoins des mères et de leur enfant. Selon une méthode qualitative, des entretiens de recherche ont été menés auprès d'utilisatrices des services. L'analyse des données a relevé les apports et les défis en ce qui concerne les interventions et les services rendus. La discussion permet de réfléchir au rôle implicite des intervenants dans la revalorisation de la maternité des nouvelles mères. La conclusion offre des pistes de réflexion pour les interventions communautaires futures en santé mentale en Haïti.

Abstract : In Haiti, the scarcity of public services and the high cost associated with the private sector make it difficult to access professional mental health services. It is in this context that the community organization Groupe de Santé Mentale de Grand-Gôave (GROSAME) was created in 2006. It aimed to promote mental health by offering a welcoming and supporting space as well as interventions intended for new mothers and their offspring. The objectives of this study are: 1) to describe the benefits of the services offered to those mothers; 2) to understand how they could have been improved to better fit their specific needs. Using a qualitative method, research interviews were conducted with users of the services. The results of our descriptive analysis revealed the contributions and challenges regarding the interventions and the services provided. Our discussion tackles the implicit role of the community workers in the revalorization of maternity of the new mothers. The conclusion offers avenues to look at and think about for future community mental health interventions in Haiti.



1. INTRODUCTION

La situation de précarité sociale et économique à laquelle est confrontée la majorité de la population haïtienne a d'importantes conséquences en santé mentale. Bien qu'Haïti dispose d'une politique de santé mentale depuis 2014, cette dernière s'actualise difficilement dans les faits : la rareté, la distance (le peu de professionnels et de services publics¹ dans le domaine étant concentrés dans la capitale) ainsi que le coût élevé associé aux soins du secteur privé rendent les soins de santé mentale difficilement accessibles à la grande majorité de la population [1, 2]. S'ajoute à cela la teneur (souvent négative) des représentations associées aux problèmes de santé mentale au sein de la population.

Dans ce contexte, la plupart des Haïtiens se retrouvent à compter sur leurs propres ressources et sur leur réseau personnel de soutien pour faire face aux problèmes liés à la santé mentale [2]. Les membres de la famille sont généralement consultés en premier lorsqu'une difficulté est rencontrée sur ce plan, suivi des tradipraticiens, des prêtres et des pasteurs [2]. Les personnes souffrant de problèmes de santé mentale demeurent souvent marginalisées et sont rarement traitées par des professionnels de la santé.

Parmi les groupes les plus à risque d'être exposés aux conséquences psychologiques de la précarité sociale et économique en Haïti se

retrouve celui des nouvelles mères et de leur enfant, les bouleversements liés à la maternité venant s'ajouter aux conditions de vie difficiles. Annonciatrice d'une charge économique supplémentaire, la venue de l'enfant est souvent source de tensions (et même de violences) familiales² [3]. C'est dans ce contexte de manque de services en santé mentale – incluant un soutien défaillant aux nouvelles mères en situation de précarité et à leur progéniture – qu'est né l'organisme à but non lucratif Groupe de Santé Mentale de Grand-Gôave (GROSAME).

2. L'ORGANISME

GROSAME a été créé en 2006³, dans le but de représenter une solution de rechange aux tradipraticiens ainsi qu'aux services du réseau formel de la santé dans le pays, fortement dépourvus en ce qui a trait à la santé mentale. Dans cette optique, l'organisme représentait un espace d'accueil, de soutien psychologique et d'intervention⁴ auprès de nouvelles mères de la zone de Grand-Gôave en Haïti.

1. Les deux seules institutions psychiatriques publiques se trouvent à Port-au-Prince et ont été fortement endommagées par le séisme de 2010 [2]. L'Hôpital Défilée de Beudet a une capacité d'accueil de 120 lits et le Centre de Psychiatrie Mars & Kline en a une de 60 [2].

2. Cette situation se produit surtout dans les cas de grossesses non planifiées ayant lieu hors mariage ou plaçage et où la mère de l'enfant à venir réside toujours chez ses parents [3, 4].

3. GROSAME a cessé ses activités en 2017 en raison d'un manque de subvention locale qui aurait permis d'en assurer la pérennité.

4. Il est à noter que les interventions étaient basées sur la rencontre et sur le transfert d'informations reçues en formation plutôt que sur des outils standardisés. La durée des interventions était adaptée en fonction des besoins des utilisatrices.

Plus précisément, GROSAME offrait des ateliers de compétences parentales au sein desquels les utilisatrices recevaient de l'information sur diverses thématiques entourant la parentalité. Parmi ces thématiques, on retrouvait les soins apportés à l'enfant, l'éducation, la nutrition, la vaccination, le lien parent-enfant, mais surtout une sensibilisation à l'impact du châtiment corporel et de la violence verbale sur la santé mentale de l'enfant [5]. L'organisme dispensait également des services de visites à domicile au cours desquelles les intervenants échangeaient avec les mères sur ces mêmes sujets, tout en observant l'environnement dans lequel évoluait l'enfant. Une discussion était ensuite entamée à propos des aménagements possibles, afin de rendre l'espace plus sécuritaire et adapté à la nouvelle réalité familiale. Enfin, des ateliers de broderie sur nappes (vendues par la suite) y étaient proposés, dans une visée d'autonomisation économique des nouvelles mères.

Les interventions et services offerts par GROSAME étaient dispensés par des citoyens locaux de formations diverses (infirmière, pasteur, agriculteur, etc.) déjà fortement impliqués dans la communauté de Grand-Goâve. Ceux-ci avaient reçu, au préalable, différentes formations en relation d'aide (incluant un volet entièrement consacré aux ateliers de compétences parentales) consolidant leur nouveau statut de travailleurs communautaires à même d'offrir des services et d'effectuer des interventions dans le cadre du projet. Les activités et les interventions faites par ces travailleurs haïtiens étaient supervisées parfois sur place par un psychologue haïtien, parfois du Québec (via Skype) par des professionnels de la santé mentale issus du milieu de la recherche et de l'intervention [6].

L'évaluation des services offerts aux nouvelles mères par l'organisme apparaît à même d'inspirer de futures interventions en santé mentale en Haïti, en particulier celles ayant pour cible les nouvelles familles. Dans cette perspective, les objectifs de cette étude étaient : 1) de décrire ce que l'intervention et les services offerts par GROSAME ont apporté aux nouvelles mères de la ville de Grand-Goâve, et 2) de comprendre comment ces derniers auraient pu être améliorés afin d'être mieux adaptés aux besoins des mères et de leur enfant.

3. MÉTHODOLOGIE

Le recrutement des participantes a été effectué par les intervenants œuvrant au sein de l'organisme. Ceux-ci ont informé les utilisatrices des services des objectifs et des modalités de la recherche. Neuf femmes haïtiennes primipares dont la grossesse n'était pas planifiée et ayant bénéficié des services offerts par GROSAME se sont portées volontaires pour participer à deux *focus groups* (FG) (neuf participantes en tout) d'une durée d'environ une heure chacun. Deux femmes parmi celles-ci ont également accepté de se prêter à deux entretiens individuels, d'une durée d'environ une heure chacun, ainsi qu'à des observations à domicile.

Les entretiens (menés en créole par Gabrièle Gilbert étaient de type semi-directif, afin de suivre le fil conducteur [7] du discours des participantes dans l'élaboration de leur appréciation des interventions et des services reçus par GROSAME. C'est à partir d'une question ouverte que ceux-ci ont été entamés [7]. Les interventions étaient par la suite limitées et s'adaptaient, ou plutôt se coconstruisaient, au cours des entretiens, au gré de la rencontre intersubjective avec

les participantes. Selon un paradigme constructiviste, la démarche a permis de faire émerger, de façon inductive, certains éléments saillants de l'expérience de celles-ci.

Le matériel recueilli a consisté en des notes d'observation et des verbatim issus des enregistrements des entretiens. Ces derniers ont été traduits du créole au français. Un effort a été fait afin d'en garder l'essence et la signification. Les discussions informelles avec les intervenants de l'organisme ont permis de comprendre certains aspects de la réalité des utilisatrices et du milieu d'intervention.

Une analyse thématique en continu [8] du discours des participantes a été effectuée. Afin d'en assurer la rigueur, la stratégie s'appuyant sur la discussion avec un tiers (Sophie Gilbert a été utilisée, tout au long du processus, afin d'atteindre un consensus sur la thématification finale. La démarche a été menée de façon itérative, ce qui a permis d'effectuer des ajustements jusqu'à l'atteinte de la saturation théorique, à partir des données disponibles [9].

Sur le plan éthique, une attention particulière a été portée à la vulnérabilité et la précarité sociale et économique des participantes. En guise de compensation, les participantes ont chacune reçu du lait maternisé et des suppléments nutritifs. Elles ont aussi reçu des jouets pour leur enfant, le jeu contribuant au développement du lien d'attachement parent-enfant [10], lequel soutient un développement psychique favorable chez l'enfant.

4. RÉSULTATS

4.1 Description des participantes

La moyenne d'âge des participantes s'élevait à 25 ans et celle de leur enfant à 2 ans. Cinq vivaient avec le père de leur enfant et les quatre autres étaient en situation de monoparentalité. Parmi ces dernières, deux habitaient seules, une chez un membre de la famille et une autre chez un ami. En ce qui concerne leur état matrimonial, deux participantes étaient mariées, trois étaient en union libre et quatre étaient célibataires. Quant au niveau de scolarité, trois d'entre elles avaient atteint le niveau collégial, une, la 5^e secondaire, deux, la 3^e secondaire, deux, la 2^e secondaire et une, la 6^e année primaire. Pour ce qui est des ressources fréquentées, six côtoyaient l'Église et deux utilisaient les services d'un autre organisme à but non lucratif que GROSAME. Concernant les sources de revenu, trois participantes avaient un emploi, quatre dépendaient financièrement du père de l'enfant (dont une de sa propre mère également) et deux de leur entourage (amis ou voisinage).

4.2 Présentation des résultats

Les résultats de l'étude montrent que les apports des interventions et des services offerts aux nouvelles mères étaient principalement de trois ordres : personnel, relationnel et des apprentissages. Les résultats relèvent aussi que la confidentialité, le niveau d'intégration des apprentissages (sur le plan de l'impact psychologique sur l'enfant du châtiment corporel et de la violence verbale) ainsi que la place accordée à l'éducation sexuelle auraient pu être améliorés.

4.2.1 Les apports des interventions et des services sur le plan personnel

Les interventions et services reçus au sein de l'organisme ont eu des retombées positives sur le plan personnel chez les participantes. Plus précisément, ils ont contribué à leur mieux-être, ce qui s'est notamment traduit par une atténuation des pensées négatives :

J'avais l'intention de me faire du mal... c'est grâce à ce que j'ai appris à GROSAME que ces intentions-là ne sont plus dans ma tête. (Mirlyn⁵)

La diminution des idées noires, dont ont témoigné plusieurs nouvelles mères, aurait entre autres été soutenue par le rôle que jouaient les interventions et les services dispensés dans la promotion de la santé mentale et dans la prévention des problématiques associées :

Si une personne a des problèmes de santé mentale, GROSAME est là pour ça. Parce qu'il faut de l'argent pour aller voir un psychologue... ici ils le font gratuitement. Quand tu vois que tes problèmes viennent envahir ton esprit, tu viens ici. (FG)

Avant je pensais que quelqu'un qui avait des problèmes de santé mentale était fou. Mais ils m'ont dit que plusieurs choses pouvaient faire en sorte qu'on ait un problème de santé mentale. Par exemple le fait de ne pas avoir de travail... ton foyer... ton mari aussi... ton enfant... (FG)

L'amélioration de la santé mentale chez plusieurs nouvelles mères aurait aussi été facilitée par l'émergence d'un sentiment de fierté associé à la maternité ayant découlé de leur fréquentation de l'organisme. La valorisation de la maternité actualisée par l'encadrement dont les utilisatrices bénéficiaient en termes de soins et d'éducation à apporter à l'enfant ainsi que le comportement maternel et bienveillant des intervenants – souvent opposés à la réaction familiale à leur grossesse – auraient contribué à cette fierté :

Elle [l'intervenante] nous parle bien, elle nous accueille bien... c'est une petite madame qui est très très très cool avec nous! (Marika)

[...] à chaque fois qu'elle te voit, elle passe sa main dans tes cheveux, elle te caresse... (FG)

À chaque fois qu'elle vient nous visiter elle demande : « Où est le petit!? Comment va le petit!? Il a mangé? Il a ceci, il a cela!?! » (FG)

En plus de ce soutien affectif, les intervenants auraient apporté une présence et une aide assidues que les nouvelles mères n'auraient pas su trouver ailleurs dans leur entourage :

Monsieur Michel lui vient toujours pour de vrai et Miss Loraine aussi. Ils sont toujours là, ils sont toujours là à l'heure. (FG)

Ça veut dire qu'il y a quelqu'un pour t'aider à t'occuper de l'enfant, à veiller sur l'enfant. (FG)

4.2.2 Les apports des interventions et des services sur le plan relationnel

Les interventions et services dispensés par GROSAME auraient été bénéfiques pour les participantes sur le plan relationnel. En effet, on notait chez celles-ci une amélioration des relations au sein du foyer.

D'abord, GROSAME aurait représenté, pour les nouvelles mères, un lieu de médiation et d'aide à la résolution de conflits au sein du couple :

Ce qui m'intéresse le plus dans les formations, c'est d'apprendre à gérer une famille pour ne pas qu'elle se dégrade. (FG)

À travers les apprentissages sur la résolution des conflits se serait toutefois discernée une insistance particulière sur le rôle essentiel des femmes dans la cohésion familiale. S'il s'agissait ici de protéger les enfants de l'exposition aux conflits conjugaux, reste que cette responsabilité prépondérante accordée aux mères dans la résolution de conflits pouvait s'avérer coercitive et difficilement compatible avec une visée d'émancipation :

En tant que femme tu es obligée d'être tempérée. Si... alors qu'il s'énerve, tu t'énerves aussi... cela va mener à une bagarre... et par respect pour les enfants... tu n'es pas censée lui répondre lorsqu'il y a un enfant dans la maison. (FG)

Ensuite, les formations données ont semblé jouer un rôle dans la bonification du lien mère-enfant en étayant, chez les mères, l'émergence d'un nouveau regard sur leur progéniture. De fait, les services de GROSAME auraient contribué, chez la presque totalité des utilisatrices (à l'exception d'une dont le père de l'enfant à venir venait de la quitter au moment des entretiens), au développement ou à une augmentation des sentiments positifs envers leur enfant :

J'en suis venue à aimer mon enfant plus. (FG)

Ce sont les formations qui m'ont amenée à être plus attachée à lui. Je suis devenue plus habituée à lui aussi. (FG)

Selon les résultats, les interventions auraient amené certaines mères dont la grossesse n'était pas désirée à vouloir garder leur enfant plutôt que de le donner en adoption ou d'en faire un « restavek⁶ » :

Miss Loraine m'a dit un jour : « Si tu la donnes... qu'est-ce que tu vas me dire quand tu vas venir à GROSAME? » J'ai dit : « Miss Loraine il faut que tu me dises quoi faire pour que j'en vienne à aimer mon enfant. » Elle m'a dit : « À mesure que tu vas suivre les formations, tu vas l'aimer de plus en plus. » Si j'avais donné l'enfant, je l'aurais regretté. Elle m'a fait l'aimer plus. (Myrlin)

En parallèle, les résultats révèlent qu'il y aurait eu une augmentation des réponses affectives de la part des nouvelles mères envers leur enfant après leur participation aux formations :

J'avais l'habitude de lui donner de gros coups. Mais depuis que je suis la formation... s'il pleure, je le prends et je le caresse. (FG)

J'ai plus de souplesse, de patience et de tolérance. (FG)

5. Tous les noms employés sont fictifs.

6. Le terme « restavek », qui provient du créole, peut être traduit en français par « reste avec ». Il fait référence aux enfants placés dans des familles autres que les leurs pour y servir en tant que domestiques.

Ces nouvelles attitudes maternelles auraient modulé et consolidé le lien mère-enfant, comme en témoignent les observations par les participantes de nouvelles conduites jugées positives chez leur progéniture :

Lorsqu'il a faim, c'est vers moi qu'il vient. Même lorsque son père est là, c'est vers moi qu'il vient. (FG)

Après que tu as suivi les formations, tu vois que ton enfant s'améliore. Il ne te cause plus autant de problèmes. (FG)

4.2.3 Les apports des interventions et des services sur le plan des apprentissages

Pour les nouvelles mères, les formations de compétences parentales offertes par GROSAME auraient représenté un lieu d'acquisition de connaissances par rapport aux besoins, à l'éducation et à la santé de leur enfant. Elles leur auraient permis de développer leur savoir-faire au regard de leur rôle maternel :

Qu'est-ce qui m'a décidée à suivre les formations ? Parce que j'ai un enfant. Je voulais pouvoir bien élever mon enfant. (Marika)

On a appris plein de choses... l'enfant a besoin d'aller à l'école... d'être amené à l'hôpital... d'un logement... de nourriture. [...] il ne faut pas laisser l'enfant à lui-même. [...] Il faut veiller à sa propreté et à son éducation. (FG)

Selon les participantes, plutôt que de combler un besoin immédiat, l'acquisition de connaissances à travers les formations sera susceptible d'avoir des retombées positives durables pour la communauté, notamment par le transfert de leurs nouvelles connaissances :

Madame Lorraine m'a répondu que si elle nous avait donné quelque chose à manger... nous l'aurions mangé et il ne serait rien resté après. Mais que si nous prenions ce qu'elle allait nous offrir... cela allait rester dans nos têtes toute notre vie. (FG)

Il peut arriver qu'une jeune maman vienne te voir... une jeune maman elle aussi, mais qui n'est pas formée. Tu peux la former, l'amener à GROSAME, l'aider... (FG)

Si je peux partager ce que j'apprends, les choses vont s'améliorer. (FG)

En plus de leur avoir donné accès à un nouveau savoir-faire, les formations de compétences parentales auraient permis aux participantes de développer un savoir-être en lien avec leur nouveau rôle de mère. En effet, les résultats ont démontré une diminution de la violence physique et verbale auparavant perpétrée par plusieurs mères envers leur enfant au profit d'une plus grande utilisation de la parole et d'une attention accordée à l'enfant, dans une visée de compréhension de ses besoins.

Avant je lui donnais un coup et il tombait. Maintenant je lui donne des punitions... je peux le mettre à genoux à la place ou l'asseoir dans un coin. (FG)

GROSAME a fait en sorte que je comprenne mieux les enfants. J'apprends à demander : « Qu'est-ce que tu as ? ». (FG)

Des fois... lorsque l'enfant fait quelque chose de mauvais, c'est parce qu'il n'a pas le soutien de ses parents. Qu'il ne reçoit pas d'affection de la part de ses parents ou qu'il se sent seul. (FG)

Ce faisant, il semble que les formations aient offert des solutions de rechange à des méthodes parentales jugées désuètes par les nouvelles mères, en plus de soutenir la confiance envers les professionnels de la santé.

Avant, les familles avaient l'habitude d'entretenir une série de pratiques archaïques lorsqu'elles avaient leur premier enfant. Comment réagir avec l'enfant, quoi lui donner... et par rapport aux formations, on a appris que ces choses-là n'étaient pas bonnes du tout, pas bonnes pour la santé de l'enfant. (FG)

On sait qu'il faut amener l'enfant à l'hôpital lorsque quelque chose ne va pas pour comprendre ce qu'il a (FG).

Ce désir de rompre avec d'anciennes pratiques éducatives et sanitaires est toutefois allé, chez certaines participantes, jusqu'à prendre la forme d'une opposition entre des parents décriés et des aidants idéalisés :

S'ils [mes parents] m'avaient donné des conseils pour l'éducation de mon enfant, son éducation aurait été pire qu'elle ne l'est. Parce qu'à mon avis ils ne savent pas comment éduquer un enfant, ils n'ont pas d'éducation eux-mêmes. (FG)

Je ne suis aucun conseil des vieux. Il ne faut pas écouter ce que les anciens parents disent. (FG)

Ainsi, le manque de continuité entre les pratiques éducatives traditionnelles et alternatives a pu donner lieu à des mésententes entre les nouvelles mères et leurs parents lorsque cet aspect n'a pas été considéré dans l'intervention.

4.3 Aspects des interventions et des services à améliorer

Malgré les apports considérables des formations offertes par GROSAME, il semble que les utilisatrices aient porté un regard idéalisé sur l'organisme, lequel peut être entre autres compris par la rareté des services offerts dans la région et par une avidité de la population à recevoir de l'aide, quelle qu'elle soit. En effet, lorsque la question de l'amélioration des services offerts a été abordée avec les participantes, celles-ci, plutôt que de poser un regard critique sur l'aide offerte, ont semblé accorder à cette dernière une valeur de toute-puissance :

Quand tu as un problème avec ta famille, avec le voisinage... tu viens là et tout va se résoudre. (Marika)

Peu importe ce que la personne peut apprendre ici, ça va lui être utile. Tout ce que GROSAME fait est bon. (FG)

Il est à noter que les pères, eux, ont semblé avoir une vision bien différente de GROSAME, l'organisme ayant pu représenter une menace à l'ordre établi, en prônant un plus grand investissement de la part de ces derniers, pour ce qui est des responsabilités familiales :

Le jour de la fête des Pères, ils ont organisé une formation pour les pères. [...] Après il m'a dit : « Ce qu'ils ont dit là-bas [par exemple : si la femme fait le lavage et n'a pas le temps de faire à manger de le faire pour elle] ne m'a pas fait plaisir. »

Cette vision idéalisée de GROSAME par les utilisatrices s'oppose aux observations selon lesquelles des aspects de l'intervention et des services offerts auraient pu être améliorés ou consolidés.

D'abord, des moyens supplémentaires auraient pu être mis en place pour assurer la confidentialité, afin que les nouvelles mères soient davantage à l'aise de s'exprimer. En effet, le seul moment où les participantes ont pu réellement se laisser aller à parler de leurs affects semble avoir été au cours des entretiens de recherche :

Ce qui me fait sentir à l'aise d'en parler c'est parce que je suis avec une étrangère. (Mirlyn)

Ensuite, malgré la diminution de l'utilisation du châtiment corporel, les extraits suivants témoignent de la possibilité que les nouvelles mères aient eu une compréhension plus ou moins adéquate de l'impact négatif de cette pratique sur le développement psychique de l'enfant. Cet aspect, ajouté à la possibilité qu'un désir de plaire aux intervenants ait influencé leurs comportements, laisse penser que ces derniers n'ont pas complètement été intégrés par les participantes. Une telle motivation extérieure comme soutien à la diminution du châtiment corporel rend ce changement potentiellement difficile à maintenir dans le temps :

Lorsque tu lui donnes un coup, cela peut te donner plus de problèmes plus tard [...] Je n'ai plus à me rendre à l'hôpital. (FG)

S'il m'arrive d'avoir envie de lui faire quelque chose... je ne peux pas le faire parce qu'après je sais que je vais avoir affaire à Miss Loraine alors je suis obligée de me contrôler. (FG)

Puis, bien que la question de la sexualité ait été abordée par les intervenants lors des formations, la majorité des participantes ont semblé démunies quant à la manière de transmettre une éducation sexuelle à leur enfant dans le futur. Ainsi, peu de participantes ont nommé la promotion des relations sexuelles protégées comme moyen de prévenir une grossesse. Certaines ont plutôt partagé leur intention de se servir du récit de leur propre vie et de leur propre expérience de la maternité afin de décourager leur enfant de vivre la même chose qu'elles :

Lui dire : « Si tu fais ça, tu vas être comme moi. Est-ce que tu aimerais vivre comme moi ? » (FG)

Parler avec elle de tout ce que tu as vécu, de tout ce que tu as enduré. Et surtout d'à quel point tu as souffert quand tu l'as eue... pour que l'enfant puisse te comprendre. (FG)

Cette manière envisagée (mettant en lumière l'aspect non désiré et contraignant de la maternité) par certaines participantes d'offrir une éducation sexuelle à leur enfant risque, malencontreusement, d'avoir des répercussions négatives sur leur progéniture.

Parallèlement à cette lacune relevée quant à l'éducation sexuelle, notons le désir chez les participantes de briser la répétition générationnelle et de faire mieux que leurs propres parents, en évitant les tabous entourant la sexualité. Ainsi, lorsque consultées sur la manière dont elles aimeraient réagir si leur enfant répétait leur histoire, les deux participantes aux entretiens individuels ont envisagé une réaction plus ouverte que celle de leur propre mère :

Je ne réagis pas de la même façon que ma mère a réagi. Je réagis d'une meilleure façon qu'elle. (Mirlyn)

Je ne l'insulterais pas. Je ne dirais rien, je prendrais la situation en main. Je l'aiderais. Je donnerais ce que je suis capable de donner. (Marika)

5. DISCUSSION

Rappelons que cette recherche avait comme visée d'évaluer, du point de vue des femmes concernées, la portée de l'intervention et des services dispensés par GROSAME auprès des nouvelles mères et de leur progéniture.

Comme l'ont montré les résultats, la fréquentation de l'organisme aurait mené à une diminution des sentiments négatifs chez les participantes, d'une part, grâce à l'aide psychologique professionnelle offerte et, d'autre part, en raison du soutien à la maternité qu'elles ont pu y trouver. Dans la majorité des cas, les formations et les visites à domicile offertes par l'organisme ainsi que la présence régulière des intervenants auraient contribué à pallier une absence de soutien auparavant ressentie.

En plus d'avoir contré certains préjugés rattachés à l'éducation de l'enfant, GROSAME aurait joué un rôle important de revalorisation de la maternité (et de ce fait, de l'estime de soi) des nouvelles mères. L'organisme aurait aussi soutenu une valorisation de l'enfant, ce qui aurait eu des répercussions positives au regard du lien mère-enfant et des pratiques parentales.

Au terme des formations, plusieurs participantes ont confié voir dans leur enfant un sujet à part entière qui, bien qu'il n'ait pas les mêmes capacités que les adultes, est en mesure de comprendre et d'apprendre lorsqu'on prend le temps de dialoguer avec lui. Par ailleurs, bien que cet aspect semble être à consolider, les participantes ont révélé avoir beaucoup moins recours (certaines plus du tout) à la violence, tant physique que verbale, envers leur enfant.

Chez les nouvelles mères, cette diminution de l'utilisation de la violence envers leur enfant semblait être soutenue par un désir de rompre avec les méthodes éducatives préconisées par leurs propres parents. En effet, la majorité des participantes ont dit vouloir se différencier de ces derniers en éduquant leur enfant autrement qu'elles ne l'avaient elles-mêmes été. La présence d'un tel désir de différenciation chez les nouvelles mères n'est pas surprenante, car la grossesse est « le test majeur de la relation mère-fille. La femme enceinte est prise avec le conflit psychique suivant : s'identifier à son introject maternel ou rivaliser avec elle et réussir à être une meilleure mère que la sienne⁷ ».

De plus, selon Bruwier, « se différencier de sa mère ou de son père s'énonce plus volontiers lorsque des événements traumatiques ont émaillé l'enfance⁸ », ce qui semblait être le cas chez les participantes.

7. Abdel-Baki, A. et Poulin, M. (2004). Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement : I. Perspectives psychodynamiques du vécu normal autour du désir d'enfant et de la grossesse. *Psychothérapies*, 24(1), p. 7. [En ligne], doi:10.3917/psys.041.0003

8. Bruwier, G. (2012). La grossesse psychique : l'aube des liens. *Yapaka.be*. Fabert, p. 20. [En ligne], http://www.yapaka.be/sites/yapaka.be/files/55_grossesse-web.pdf

Ainsi, la valorisation de la maternité par GROSAME aurait représenté une occasion pour les nouvelles mères de créer une brèche dans la trajectoire de répétition générationnelle dans laquelle elles s'étaient elles-mêmes inscrites jusqu'ici. En particulier, l'on peut y constater une opportunité de réparer la blessure associée au rejet, en reprenant le contrôle sur une rupture imposée au départ par leurs propres parents [11].

Les données issues du discours des nouvelles mères se trouvent donc à rejoindre les objectifs initiaux de l'organisme d'offrir un espace d'accueil, de soutien et d'intervention auprès de nouvelles mères de la ville de Grand-Gôave, en plus de leur offrir de l'information sur des thématiques entourant la parentalité [6].

Au-delà de ces apports positifs, il y a quelques aspects qui auraient toutefois mérité d'être améliorés. L'un d'eux, en lien avec la santé mentale des nouvelles mères, est certainement celui de la confidentialité : certaines utilisatrices ont confié ne pas se sentir à l'aise d'y parler des difficultés qu'elles vivaient sur le plan psychologique, en raison de cette lacune au sein de l'organisme. En effet, l'absence d'un espace clos (ou de moyens alternatifs) pour assurer la confidentialité des échanges a pu être constatée au cours des observations sur place.

En outre, bien que les formations offertes par GROSAME aient eu un impact non négligeable sur la diminution du châtiment corporel et de la violence verbale, il semble que les nouvelles mères n'aient pas saisi toutes les réelles conséquences que ces pratiques peuvent avoir sur le développement psychique de l'enfant. De fait, certaines ont révélé ne plus avoir recours à la violence envers leur progéniture pour éviter d'éventuels problèmes et complications associés, tels les coûts engendrés par le déplacement à l'hôpital ainsi que par les soins apportés aux blessures physiques. D'autres ont pris cette décision pour faciliter l'éducation de leur enfant, après avoir réalisé que celui-ci les écoutait davantage lorsqu'elles lui expliquaient pourquoi il devait changer son comportement. D'autres encore ont confié avoir changé leurs méthodes éducatives pour suivre les recommandations de l'intervenante.

Enfin, bien qu'elles aient accordé une importance à la planification familiale, les nouvelles mères semblent avoir acquis très peu de connaissances en la matière au terme de leurs formations. Cela constituerait non seulement un obstacle à la prévention de nouvelles grossesses non désirées chez les participantes [12], mais aussi à leur désir d'offrir une éducation sexuelle à leur enfant [11]. Le thème de la sexualité, et plus précisément la contraception, aurait donc gagné à être approfondi. Cela aurait garanti aux nouvelles mères un plus grand pouvoir d'agir sur la question [12].

7. CONCLUSION

Les résultats de la recherche permettent de dégager les éléments porteurs de l'intervention et des services offerts par GROSAME et ceux qui auraient mérité d'être ajustés afin de mieux répondre aux besoins des utilisatrices et de leur progéniture. Cette étude se veut une réflexion critique qui, souhaitons-le, pourra nourrir les interventions communautaires haïtiennes futures en santé mentale, en particulier celles destinées aux familles.

L'analyse des résultats a démontré que l'intervention ainsi que les services offerts aux nouvelles mères par GROSAME auraient contribué à la promotion de la santé mentale et, de ce fait, à la prévention des problématiques associées. Ils auraient également permis aux participantes de faire des apprentissages liés à la maternité. La relation avec les intervenants et le soutien offert par ces derniers auraient représenté, quant à eux, une expérience réparatrice pour les nouvelles mères, contrastant avec les différentes conflictualités affectives ayant jalonné leur parcours [11]. Le tout aurait contribué à une valorisation de la maternité (et de l'enfant) chez les utilisatrices ; à une augmentation du bien-être chez les participantes ; à une amélioration globale du lien mère-enfant ; à une diminution de l'utilisation de la violence à l'égard de ce dernier ainsi qu'à un désir chez les mères de briser la répétition générationnelle en ce qui concerne l'éducation parentale.

En contrepartie, certains aspects de l'intervention et des services offerts par l'organisme auraient pu être améliorés. En ce sens, notons l'aménagement d'un espace qui aurait permis d'assurer la confidentialité des utilisatrices ; la mise en place de moyens pour favoriser une meilleure intégration de leurs apprentissages ; un meilleur accès à l'information concernant les méthodes de planification familiale et leur transmission ainsi qu'une plus grande continuité entre les pratiques éducatives traditionnelles et alternatives. De façon générale, l'on peut envisager qu'une intervention incluant davantage les autres acteurs de la sphère familiale, pères et grands-parents notamment, pourrait s'avérer plus pérenne. En effet, cela préviendrait la possibilité d'alimenter des conflits, lorsqu'une partie seulement d'un système (familial, ici) est amenée à changer ses façons de faire, ses façons d'être, ce qui peut s'avérer déstabilisant pour les autres parties (valeurs antérieures des pères et des grands-parents, dans ce cas).

Pour ce qui est des limites spécifiques à la présente étude, la taille réduite de l'échantillon ainsi que le petit nombre d'entretiens menés ne permettent pas d'avoir accès au portrait global et complet de l'appréciation des participantes, en ce qui concerne les services reçus.

En outre, l'intégration et la mise en pratique à moyen et à long terme des apprentissages effectués ainsi que des compétences développées par les nouvelles mères sont susceptibles de dépendre également de l'environnement social et familial au sein duquel elles évoluent. Or, les pères ainsi que les membres de la famille et de l'entourage impliqués dans la vie de ces nouvelles mères n'ont pas été pris en compte dans le cadre de la présente étude.

En ce qui concerne ses forces, le devis qualitatif utilisé, caractérisé par des méthodes de collecte multiples (entretiens semi-directifs, observations à domicile et immersion dans les services), aura rendu possible l'obtention d'un matériel riche et diversifié. Les origines haïtiennes des auteures leur auront quant à elles permis d'effectuer une analyse et une interprétation des données culturellement cohérente et respectueuse.

Enfin, si la pérennité de GROSAME n'a pas été possible, faute de moyens financiers, il reste que la formation des intervenants locaux pourrait être garante d'un maintien de la transmission en ce qui concerne la promotion de la santé mentale dans la communauté. ■

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Organisation mondiale de la santé. (2011). *Rapport d'évaluation du système de santé mentale en Haïti à l'aide de l'instrument d'évaluation conçu par l'Organisation mondiale de la santé mentale*. [En ligne], http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_haiti_fr.pdf?ua=1
- 2 Ministère de la Santé publique et de la Population. (2014). *Composante Santé Mentale de la Politique nationale de santé*. [En ligne], file:///C:/Users/admin/Downloads/Composante%20Santé%20Mentale_MSPP_%20corrigée%20approuvée%20par%20Ministre.pdf
- 3 Raphaël, F. (2006). Grossesse hors mariage dans les familles haïtiennes. *Santé mentale au Québec*, 31(1), 9–36. [En ligne], <https://www.erudit.org/en/journals/smq/1900-v1-n1-smq1495/014810ar.pdf>
- 4 Bijoux, L. (1990). *Coup d'œil sur la famille haïtienne*, 1^{re} éd. Éditions des Antilles.
- 5 Lecomte, Y. (2013). *Subvention de démarrage – La santé mentale dans le monde*. [Document inédit] TÉLUQ.
- 6 Gilbert, S., Benjamin, F., Da, J. L., Toussaint, J. M. et Lecomte, Y. (2015). Perspectives sur la résilience... collective: créer un réseau communautaire en santé mentale à Grand-Goave, Haïti. *Revue haïtienne de santé mentale*, 4, 85–106. <http://grosamegrandgoave.com/wp-content/uploads/2016/01/6.-Gilbert-et-al.pdf>
- 7 Gilbert, S. (2007). La recherche qualitative d'orientation psychanalytique: l'exemple de l'itinérance des jeunes adultes. *Recherches qualitatives*, [hors-série] (3), 274–286. [En ligne], http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v3/Gilbert-FINAL2.pdf
- 8 Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, 3^e éd. Armand Colin.
- 9 Savoie-Zajc, L. (2007). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? *Recherches qualitatives*, [hors série] (5), 99–111. [En ligne], http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v5/savoie_zajc.pdf
- 10 Anzieu-Premmeur, C. (2004). Le jeu dans les thérapies parents-bébé. *Revue française de psychanalyse*, 68(1), 143–155. [En ligne], doi:10.3917/rfp.681.0143
- 11 Gilbert, G. et Gilbert, S. (2017). Exploration de l'expérience de la maternité chez des jeunes femmes haïtiennes issues du milieu rural: enjeux économiques, culturels et affectifs. *Alterstice*, 7(2), 91–104. [En ligne], <https://doi.org/10.7202/1052572ar>
- 12 Organisation mondiale de la santé. (2018). *Planification familiale/contraception*. [En ligne], <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/fr/>

Gabrièle Gilbert, doctorante en psychologie à l'Université du Québec à Montréal, profil recherche et intervention.

Sophie Gilbert, Ph. D., psychologue et Professeure, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal. Rédaction en chef, *Revue Filigrane*



Soutenir l'autonomie et la pérennité des pratiques : Portrait du processus de transfert de connaissances dans le cadre d'une collaboration Québec-Haïti

Laetitia Mélissande Amédée, B. Sc., candidate au doctorat

Sophie Gilbert, Ph. D.

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

Résumé: GROSAME en Ondes est un projet issu d'une collaboration entre des professionnels québécois et un organisme communautaire haïtien. Cette recherche-action participative visait à prévenir les châtimements corporels et à renforcer les compétences d'intervenants communautaires par le transfert de connaissances. Pour ce faire, une série d'émissions radiophoniques portant sur les pratiques parentales positives et le développement des enfants a été élaborée. En vue de documenter le processus de transfert de connaissances, cinq entretiens semi-structurés ont été conduits. Une analyse thématique a fait ressortir qu'au-delà d'un simple transfert de connaissances, les intervenants se sont approprié le contenu et l'ont utilisé en dehors du cadre des émissions. Cependant, les facteurs contextuels inhérents aux projets internationaux, les différences culturelles et les enjeux de pouvoir ont présenté un obstacle à l'actualisation d'un modèle ascendant. Des recommandations quant aux stratégies susceptibles de favoriser l'autonomisation des acteurs haïtiens et la pérennisation des projets de développement internationaux seront discutées.

Abstract: GROSAME en Ondes is a project resulting from a collaboration between Quebec professionals and a Haitian community organization. This participatory action research aimed to prevent corporal punishment and strengthen the skills of community workers through knowledge transfer. To do this, a series of radio broadcasts on positive parenting and child development was developed. In order to document the knowledge transfer process, five semi-structured interviews were conducted. A thematic analysis revealed that beyond a simple transfer of knowledge, the community workers understood the content and used it outside the framework of the programs. However, contextual factors to international projects, cultural differences and power dynamics presented an obstacle to actualizing a bottom-up model. Recommendations as to strategies likely to promote the empowerment of Haitian actors and the sustainability of international development projects will be discussed.



1. INTRODUCTION

Les projets de développement international évoluent dans un environnement complexe qui peut influencer leur déroulement; le contexte sociopolitique du pays, la perception des projets par la population et les objectifs divergents de chacune des parties impliquées constituent de telles influences [1]. Les organismes subventionnaires imposent des critères précis que les gestionnaires de projet doivent respecter même si ces critères ne tiennent pas toujours compte des imprévus (et parfois de la méconnaissance initiale) qui font partie intégrante de ces projets. Cette situation entraîne des enjeux de pouvoir, puisque les différentes parties doivent se plier aux demandes de ceux qui détiennent le pouvoir financier [2].

Par ailleurs, de plus en plus d'auteurs insistent sur le rôle d'un transfert de connaissances efficace et du renforcement des capacités dans la pérennisation des acquis [1] comme palliatifs au manque de ressources caractéristique de ces pays [3]. Reste que l'application de ces stratégies n'est pas sans défi, car les acteurs internationaux et les membres de la communauté doivent s'adapter à la culture de chacun et surmonter les barrières langagières [4]. De plus, l'instabilité politique, économique et environnementale de certains pays représente un obstacle de taille à la pérennité de ces projets [1].

Cette situation est particulièrement criante en Haïti, où la population est très souvent laissée à elle-même pour faire face à ses besoins [5]. En effet, l'État haïtien est incapable de répondre adéquatement aux besoins de ses citoyens et fait souvent appel à l'intervention

d'organisations internationales [6]. Malheureusement, ces initiatives étrangères sont souvent éphémères et n'impliquent pas la participation active des membres de la communauté [7, 8]. Néanmoins, depuis quelques années, certaines organisations internationales collaborent avec des organismes locaux pour implanter des programmes de renforcement des capacités, notamment en entrepreneuriat et en intervention psychosociale [8, 9, 10]. Cependant, ces initiatives sont peu documentées et très peu d'études portent sur le processus de transfert de connaissances en Haïti, ce à quoi la présente étude ancrée dans une collaboration Québec-Haïti tente de remédier.

2. GROSAME EN ONDES

GROSAME (pour Groupe de santé mentale)¹ a été fondé en 2006 par des habitants de la ville de Grand-Goave en Haïti, avec le soutien de cliniciens et chercheurs universitaires en santé mentale québécois [11]. L'un des objectifs de cet organisme est d'informer la population sur les problèmes de santé mentale et de contrer les préjugés sur les services professionnels. Pour ce faire, une émission radiophonique, *Grosame en Ondes*, animée par des intervenants haïtiens et formatée par l'équipe québécoise, a été développée [12].

Grosame en Ondes a été conçue selon une approche participative, en impliquant les membres de la communauté dans différentes

1. www.grosamegrandgoave.com

étapes du processus de diffusion (mais pas nécessairement de création) du message [13]. En cohérence avec les études montrant que l'approche participative contribuait au succès des projets de développement, *Grosame en Ondes* visait la démocratisation du savoir et l'autonomisation des membres de la communauté [13,14].

La présente étude s'inscrit dans le cadre d'une deuxième phase du projet GROSAME en Ondes². Ce projet a été financé par le ministère des Relations internationales et de la Francophonie du Québec³ et visait à renforcer les compétences parentales des habitants de Grand-Goâve par la promotion de l'approche positive à l'éducation [15, 16]. En continuité avec l'expérience antérieure [12], des émissions d'une durée d'une heure ont été diffusées chaque lundi, en direct, sur les ondes d'une radio communautaire nommée Radio Zansèt. Cependant, plusieurs améliorations ont été apportées au processus d'élaboration des émissions (davantage collaboratif), aux sujets abordés ainsi qu'au format des émissions (incluant la présentation d'exemples sous forme de petites histoires ou vignettes). Les émissions se fondaient sur des textes créés au Québec; ils portaient notamment sur la responsabilisation des enfants et le soutien au développement de l'autonomie de ceux-ci, dans une perspective d'éducation positive afin de contrer l'utilisation du châtiment corporel. Tous les scripts ont été traduits en créole puis discutés lors de rencontres hebdomadaires via Skype avec les animateurs, le coordonnateur du projet en Haïti, la première auteure de la présente étude et des professionnels et chercheurs québécois et haïtiens. En dernier lieu, les animateurs, avec l'aide du coordonnateur en Haïti, ont incorporé des exemples adaptés à la réalité haïtienne.

L'approche adoptée visait à encourager un contact constant entre les différents acteurs, par lequel le savoir expérientiel haïtien et le savoir théorique québécois seraient mis à profit. Cette approche devait aussi permettre d'ajuster les interventions en cours de projet grâce à la rétroaction des différents acteurs [17]. En vue notamment d'explorer les bénéfices de cette approche et plus largement, d'explorer le processus de transfert de connaissances tel que réalisé dans le cadre de l'émission *GROSAME en Ondes*, l'objectif de la présente étude exploratoire était donc: 1) de documenter le processus de transfert de connaissances, entre les chercheurs et professionnels québécois et les animateurs haïtiens, à travers l'expérience des différents acteurs; 2) de relever les facteurs permettant de favoriser l'atteinte des objectifs (promotion de l'éducation positive) et 3) de tendre vers une pérennisation de tels projets en contexte haïtien.

3. MÉTHODOLOGIE

3.1 Devis de recherche

La présente étude s'inscrit dans le cadre d'une recherche-action participative. Elle a été conduite selon un paradigme constructiviste, c'est-à-dire que les chercheurs considèrent que la réalité et le savoir résultent d'une coconstruction de sens entre chercheurs et participants [18]. Dans une recherche-action participative, les enjeux de

pouvoir et l'autonomisation des individus impliqués sont pris en considération. Ainsi, les chercheurs collaborent activement avec les participants en vue de générer des connaissances et des actions utiles pour la communauté [19]. En vue de répondre aux objectifs de recherche, un devis qualitatif a été adopté.

3.2 Participants

Afin de documenter l'expérience des différents acteurs dans le processus d'élaboration et de diffusion des émissions, des entretiens individuels ont été menés. L'équipe québécoise était constituée de professionnels de la santé mentale et de chercheurs impliqués depuis plusieurs années dans des projets internationaux. Leur rôle était de concevoir les émissions de radio, de coordonner la préparation des émissions et de soutenir les animateurs. Les animateurs étaient des membres actifs de la population de Grand-Goâve, formés par GROSAME en santé mentale et en promotion des compétences parentales, qui animaient des émissions de radio depuis plus de quatre ans. Le coordonnateur du projet, un psychologue haïtien, assurait la coordination du projet en Haïti et faisait le lien entre l'équipe du Québec et les animateurs haïtiens.

3.3 Méthode de collecte de données

L'équipe de recherche a participé aux réunions de préparation des émissions de radio et a recueilli des notes d'observations. Elle a également procédé à la traduction des scripts des émissions et à l'adaptation culturelle de celles-ci. Au total, 22 émissions ont été traduites et 26 rencontres Skype ont été tenues. Ces rencontres hebdomadaires ont duré environ une heure et demie chacune. Par ailleurs, les scripts et les enregistrements des émissions diffusées ont été compilés pour analyse.

Cinq entretiens semi-directifs ont été menés avec l'équipe québécoise (deux chercheurs, dont l'une est également clinicienne), les deux animateurs et le coordonnateur du projet. Le format semi-directif a été adopté afin que les participants puissent s'exprimer librement tout en s'assurant d'aborder les thématiques désirées. Les entretiens ont été effectués via Skype. Les entretiens avec les acteurs québécois ont débuté par une question d'amorce adaptée à ces participants. Les acteurs québécois ont été ensuite questionnés sur les objectifs du projet, l'auditoire visé, leurs impressions, leur vécu par rapport au processus d'élaboration des émissions, ainsi que les obstacles au transfert de connaissances.

Les entretiens avec les animateurs se sont déroulés en créole haïtien, afin de favoriser la spontanéité des participants et de créer une atmosphère plus conviviale, le créole étant leur première langue et celle qu'ils maîtrisent. Les entretiens débutaient par une question d'amorce, puis leur expérience, incluant le processus d'élaboration des émissions, leur représentation de l'auditoire et d'éventuels apports personnels étaient abordés. L'entretien avec le coordonnateur de projet s'est déroulé en français et en créole haïtien, en respectant la spontanéité du participant. Tous les entretiens ont été enregistrés et transcrits intégralement.

2. Subvention de Grands défis Canada, obtenue par Yves Lecomte (professeur à l'université TÉLUQ) de 2013 à 2015.

3. De nouveau, une subvention obtenue par Yves Lecomte.

3.4 Méthode d'analyse

Les objectifs de cette étude étant de nature descriptive, une analyse thématique en continu des verbatim selon la méthode de Paillé et Mucchielli a été effectuée [20]. Les verbatim créoles ont été analysés directement en créole, les thèmes ressortis ont ensuite été traduits en français en essayant de conserver au maximum l'essence du discours des participants.

De plus, une triangulation des informations par le biais des données constituées des notes de l'observation participante aux réunions, des entretiens, des scripts des émissions et des émissions diffusées a été effectuée. Les scripts des émissions ont été sommairement comparés aux émissions diffusées afin de relever les similitudes et les écarts. Étant donné le nombre restreint de participants, toute information pouvant les identifier à travers les extraits relatés ci-dessous a été omise et le masculin est utilisé, afin de préserver un certain anonymat.

4. RÉSULTATS

Les résultats ont été scindés en deux rubriques principales : la première décrit les caractéristiques du projet ayant contribué positivement au transfert de connaissances, et la deuxième présente les défis à relever ainsi que les éléments qui peuvent constituer des obstacles à la pérennité du projet.

4.1 Facteurs favorisant le transfert de connaissances

Modèle bidirectionnel du travail d'équipe. Selon les acteurs québécois, les rencontres hebdomadaires avaient pour but de former une équipe cohérente autour des thèmes des émissions, de laisser une plus grande place au point de vue haïtien dans la préparation de celles-ci, et répondaient à un désir d'unir des gens autour d'un projet commun. Les différents acteurs du projet étaient satisfaits de ces rencontres hebdomadaires plus structurées qu'auparavant et centrées sur le contenu des émissions. Selon eux, le travail en équipe multidisciplinaire et biculturelle permettait d'accorder une plus grande importance à l'aspect culturel et d'avoir une perspective élargie. Ces rencontres permettaient aussi de raffiner le contenu des émissions par l'ajout d'exemples correspondant au contexte haïtien.

De plus l'utilisation du créole dans les différentes étapes du processus a favorisé la bidirectionnalité des échanges. En effet, la communication en créole lors des rencontres hebdomadaires a permis la « démocratisation de la langue ». Après ce changement, les rencontres sont devenues plus animées, et la participation des animateurs aux discussions a augmenté.

Donc maintenant avec cette nouvelle structure, eh bien, on a démocratisé plus ou moins la question de la langue, ce qui facilite la compréhension de l'un et de l'autre.

Ils ont en outre partagé le fait que cette nouvelle structure leur donnait une occasion de s'exprimer et de clarifier des concepts.

Les rencontres nous permettent de poser des questions, ça nous permet de dire voici ce que l'on ne comprend pas, cela nous permet aussi de partager nos idées.

Ensuite, la traduction des scripts avant les rencontres a permis aux animateurs de gagner du temps, car auparavant ils devaient

eux-mêmes les traduire et cela s'avérait une tâche ardue, vu la limitation de leur vocabulaire en français québécois. Le créole étant leur première langue, la traduction a facilité la compréhension des concepts par les animateurs, ce qui les rendait plus à l'aise dans la présentation des émissions. Selon les animateurs, la nouvelle organisation du travail a contribué à améliorer la qualité des émissions diffusées.

Mais ce travail nous coûte moins d'énergie puisque nous avons la version créole, nous n'avons qu'à y ajouter la couleur locale et des exemples appropriés à notre culture, c'est ce que nous faisons.

Pour finir, le travail en équipe a eu des bénéfices relationnels tels que le partage d'idées, une communication améliorée, et une relation plus riche entre les différents acteurs.

Accessibilité du contenu. L'accessibilité du contenu se présente en deux temps : d'abord pour les animateurs, ensuite pour les auditeurs. En ce sens, les acteurs québécois ont choisi d'utiliser des vignettes et de discuter d'une seule thématique par émission.

J'ai appris d'abord qu'il fallait s'en tenir à un thème, et l'éplucher complètement [...] Il faut être très simple, il faut avoir des concepts qui se comprennent facilement.

Cette stratégie a permis une meilleure compréhension des concepts par les animateurs qui ont pu à leur tour mieux livrer le contenu à la population.

Les animateurs ont rapporté que les vignettes suscitaient des réactions auprès des auditeurs et qu'ils les utilisaient comme outil pour répondre aux questions de ceux-ci. De plus, grâce à l'utilisation de scripts, le contenu intégral a été diffusé.

Mais au contraire parfois, il y a des questions que nos amis auditeurs nous posent, tu prends le soin, tu relis la discussion ou du moins la réponse que Martin avait donnée à Maria pour Jean Jacques [les trois personnages des vignettes].

Par ailleurs, selon les animateurs, le fait de discuter d'une seule thématique circonscrite par émission permettait de recadrer les interventions des auditeurs, et de garder les auditeurs intéressés à la suite des émissions.

Pertinence du contenu. En plus d'être accessible, le contenu des émissions était pertinent au contexte haïtien. La thématique « Responsabilisation des enfants » a été choisie par les acteurs québécois qui ont senti – de par leurs expériences précédentes avec GRO-SAME – un intérêt des auditeurs par rapport au développement de l'enfant. C'était pour eux un moyen d'aborder indirectement la discipline des enfants.

Je me suis rendu compte qu'il y avait eu beaucoup, beaucoup d'intérêt [...] puis je me suis dit : « Bien c'est intéressant et ça permet de toucher à la discipline sans parler uniquement de discipline. »

Selon les acteurs haïtiens, c'était une thématique nouvelle pour la communauté. D'après eux, les parents haïtiens ne mettent pas l'accent sur la responsabilisation des enfants et disciplinent leurs enfants de manière directive.

Parfois il y a des gens qui font ça, mais ils ne mettent pas tellement d'emphasis sur la responsabilisation de l'enfant [...]

Ils voulaient plus passer des ordres, [...] donc ils ne prenaient pas leur temps pour expliquer à l'enfant.

Discuter de cette thématique était une occasion de montrer aux auditeurs les conséquences positives de la responsabilisation des enfants et d'insister sur les bienfaits du dialogue dans la famille.

[...] en montrant à nos amis auditeurs, aux parents, quand les enfants participent aux décisions familiales, quels sont les avantages pour les enfants.

C'était aussi une occasion de discuter du châtiment corporel et de proposer des solutions.

Par exemple dans la question du châtiment corporel, c'est dans la culture haïtienne, mais les parents vont laisser la question du châtiment corporel pour passer au dialogue, c'est quelque chose de crucial.

Somme toute, les animateurs ont reçu une rétroaction positive des auditeurs par rapport à la thématique « Responsabilisation des enfants ». Selon un auditeur, cette thématique est particulièrement pertinente pour les jeunes parents haïtiens qui sont souvent en situation de vulnérabilité.

Un ami auditeur nous a écrit pour nous dire que la question de la responsabilisation des enfants est vraiment importante [...] L'émission peut aider ces jeunes adolescents qui deviennent parents tôt, ça peut les aider à discipliner leurs enfants.

Appropriation du savoir par la mise en action. Le dernier facteur contribuant positivement au transfert de connaissances est la mise en action des concepts transmis par les acteurs locaux. En effet, les animateurs ont eux-mêmes appliqué ces concepts dans le cadre de leur vie familiale, ce qui a favorisé une meilleure appropriation du contenu.

J'ai une autre façon de réfléchir par rapport à ma famille, dans les responsabilités que nous devons avoir, que nous devons prendre au niveau de ma famille.

Ces apprentissages sont aussi ressortis dans leur interaction avec leur entourage, tout en renforçant leur sens de responsabilité envers les auditeurs.

Maintenant il est très difficile à partir des formations que l'on a reçues pour que nous passions, et que l'on remarque qu'on bat un enfant, pour qu'on ne s'arrête pas.

Ça fait que nous avons compris en tant qu'animateurs, nous avons une population de personnes que nous éduquons, nous devons premièrement bien faire ce que l'on fait, deuxièmement nous assurer que ce que nous donnons à la population réponde à ses besoins, troisièmement garder une éthique professionnelle.

Enfin, leur interaction avec les auditeurs lors de la diffusion des émissions et dans la rue témoigne d'une véritable intervention dans le milieu.

Il y a beaucoup de personnes qui disent qu'ils étaient des dictateurs [style parental autoritaire], maintenant ils commencent à adopter un style d'éducation démocratique, ils commencent à parler avec leurs enfants. [...] Il faut que je te dise que c'est ce qui nous fait nous sentir fiers aussi.

4.2 Aléas du transfert de connaissances

Contexte d'instabilité en Haïti. Le contexte d'instabilité en Haïti a été un obstacle au transfert de connaissances tout au long du projet. Tout d'abord, en octobre 2016, le cyclone Matthew a dévasté la côte sud du pays, où est située la ville de Grand-Gòave. Cette situation a résulté en la suspension des activités pendant près d'un mois et a suscité une remise en question des priorités. Ensuite, les coupures fréquentes d'électricité et d'Internet ont entraîné le report de plusieurs rencontres d'équipe. Finalement, l'instabilité politique du pays contribue à la détérioration des conditions de vie des Haïtiens et rend l'État incapable de répondre à ses obligations financières. Cette situation a des répercussions sur les acteurs haïtiens qui doivent composer avec l'environnement pour effectuer leur travail et précarise la continuité du projet.

De la même manière la pluie, tu peux être en train d'aller faire l'émission et il pleut, la route devient impraticable où l'on va [...] parfois c'est les coups de feu qui t'empêchent de passer.

Différences culturelles et langagières. Les différences culturelles sont restées en toile de fond tout au long du processus. Premièrement, la langue a constitué une barrière à une communication fluide entre les acteurs québécois et les animateurs, les acteurs québécois ne parlant pas créole, et le français n'étant pas la première langue des animateurs. Cependant, les différentes parties avaient conscience de ces difficultés et ont utilisé le coordonnateur du projet, qui maîtrise les deux langues, pour régler les quiproquos.

De plus, la première auteure de cette étude a elle-même relevé le défi de traduire les concepts abstraits français en créole. Le créole haïtien étant une langue concrète, elle a dû expliciter par des exemples les mots ou concepts qui n'existent pas dans la langue créole. Cette difficulté est aussi apparue du côté des acteurs québécois.

Bien, ce sont toujours les mêmes difficultés, c'est la compréhension de certains termes qu'il faut vraiment bien traduire et de certains concepts, qui ne sont pas vécus ou compris de la même façon, alors faut bien les traduire.

Deuxièmement, une polarisation est ressortie du discours des différents acteurs. Le « Nous » et le « Eux » venaient s'opposer, en parlant notamment de la transmission du savoir, des différences culturelles, de la relation entre les membres de l'équipe et de l'intervention internationale en Haïti. Du côté des acteurs québécois, l'importance de l'universalité du savoir et des données probantes s'est fait sentir.

Mais comme je te dis, c'est que, moi j'ai mon esprit de Québécois, de Nord-Américain, de ma formation, je comprends les choses d'une certaine façon. J'évolue dans une société qui avance [...] c'est sûr que... essayer de transposer ça en Haïti de façon directe c'est plus ou moins possible.

Ils reconnaissent aussi les différences culturelles et se questionnent sur le rôle de ces différences dans la transmission du message.

Donc alors, ça, c'est une autre barrière aussi à la transmission : c'est quand même des Blancs d'une autre culture qui transmettent des choses.

Du côté des acteurs haïtiens, il était important de projeter une image d'indépendance par rapport à l'étranger.

Si tu savais comme c'était important pour moi [...] que je n'étais pas *tchoul* [serviteur] du Blanc. Tu vois, en Haïti on dit que voilà dès qu'on est haïtien on traite avec un étranger, on est soumis, on est soumis tout simplement à l'étranger, on exécute tout simplement ce qu'il dit d'exécuter.

On ressent aussi le besoin que les projets de développement tiennent compte du contexte et des spécificités propres au pays.

Qu'ils disent qu'on va développer un projet particulier, pour renforcer nous-mêmes ces institutions-là. Si l'État peut apporter quelque chose tant mieux [...] parce qu'on est dans un pays particulier, difficile.

Par ailleurs, cette polarisation s'est fait sentir en parlant du français.

Comme cela vient de m'arriver et que je cherche un mot pour dire quelque chose en français parce que ce n'est pas notre langue. Ce n'est pas à nous cette langue-là.

Maintenant avec cette nouvelle formule donc on sort de ce, de ce français-là qui nous tue en Haïti, tu sais. Donc le français nous tue.

Finalement, dans les rencontres d'équipe, nous avons observé une différence marquée dans la conception de la famille chez les différents acteurs. Par exemple, en Haïti, la famille comprend la famille élargie, et les membres de cette dernière ont droit de parole dans l'éducation des enfants, contrairement au Canada. Ces différences ont eu des répercussions dans la discussion et la contextualisation des émissions.

Coût différencié du bénévolat. Les rencontres hebdomadaires ont nécessité de l'investissement en temps de la part des acteurs. Les membres de l'équipe estiment qu'il faudrait allouer plus de temps à la préparation des émissions, notamment à l'adaptation culturelle de celles-ci et à la préparation par les animateurs afin qu'ils maîtrisent le matériel et transmettent un message de qualité.

Nous avons besoin de passer plus de temps dans nos documents pour qu'on les lise, pour que nous nous habituions aux thématiques, aux mots, de telle sorte que pendant que nous lisons, les auditeurs ne remarquent pas qu'on est en train de lire.

Le projet jouit d'une subvention globale limitée. Les acteurs haïtiens reçoivent un montant forfaitaire pour leur travail qui ne correspond pas toujours au nombre d'heures qu'ils accordent au projet. Contrairement aux acteurs québécois qui peuvent donner leur temps bénévolement au projet, les acteurs haïtiens ont rapporté leur difficulté à subvenir à leurs besoins avec le salaire qu'ils gagnent en participant au projet. Cette situation les oblige à trouver d'autres sources de revenus, ce qui leur laisse moins de temps pour s'investir dans le projet de la radio.

Le fait que je sois obligé d'aller chercher d'autres activités pour répondre aux besoins de ma famille, puisque ce que GROSAME m'offre, je suis satisfait avec, mais il ne répond effectivement pas à ce que j'ai comme exigence familiale, maintenant ça me met dans une situation où je dois chercher.

Méconnaissance des acteurs en présence. L'un des constats inhérents aux résultats était la méconnaissance et la sous-utilisation de l'expertise locale. Les entretiens ont permis de constater que certains des acteurs haïtiens avaient de l'expérience préalable pertinente, mais

passée sous silence. De plus, nous avons observé que l'implication des intervenants locaux lors des rencontres fluctuait selon la place qui leur était accordée. En effet, les animateurs intervenaient seulement à la demande d'un autre membre de l'équipe et aux moments où les conversations se faisaient en créole.

Mais toujours est-il pour la majorité quand ils doivent exprimer des opinions, il faut quelqu'un qui puisse traduire vraiment dans leur langue parce que des fois ils ne disent pas des choses parce qu'ils n'ont pas les mots pour le dire.

En outre, les animateurs ont rapporté avoir acquis des compétences en animation et en préparation d'émissions radiophoniques lors d'une formation donnée, durant la même période, par un expert local. La formation les a poussés à effectuer des changements dans la présentation des émissions. Cependant, cette information n'a pas été communiquée pendant les rencontres d'équipe. En dernier lieu, nous avons appris lors des entretiens que les émissions étaient parfois diffusées via Internet, une information n'ayant pas été partagée dans l'équipe, malgré la pertinence de celle-ci.

Enjeux de pouvoir. Les enjeux de pouvoir constituent un important obstacle à la pérennité du projet. Ils se situent à deux niveaux : celui des organismes subventionnaires qui détiennent le pouvoir monétaire par rapport à l'équipe québécoise, et celui des acteurs québécois qui sont également employeurs des acteurs haïtiens. Pour les acteurs québécois, le pouvoir des organismes subventionnaires s'est fait ressentir depuis la conceptualisation du projet, dans le but de le rendre attirant pour ces bailleurs de fonds.

Parce qu'en Haïti, les subventions un moment donné arrivent [...] si tu ne l'as pas, tu peux attendre quelques années [...] Donc l'objectif stratégique c'était de maintenir, finalement, vivant le groupe [GROSAME] si on veut, autour d'un objectif quelconque, qui était les émissions.

Dans un autre ordre d'idées, la dynamique entre les acteurs québécois et haïtiens semble suivre un modèle unidirectionnel du savoir dans lequel le monopole du savoir est détenu par l'équipe québécoise. En effet, les émissions sont créées par les acteurs québécois, ce qui laisse les animateurs dans une situation de dépendance. Ainsi, de part et d'autre, les acteurs ont recommandé que les émissions soient créées par plusieurs personnes. De plus, le financement étranger étant de courte durée, il a été proposé de soutenir la possibilité pour l'organisme de se financer localement. Cela pourrait se faire par la voie d'une formation à la recherche de financement ou par l'aide à la création d'activités génératrices de revenus.

5. DISCUSSION

La présente étude visait à décrire le processus de transfert de connaissances dans le projet GROSAME en Ondes et à faire ressortir les enjeux liés à une possible pérennisation de celui-ci.

5.1 Une langue partagée, une place difficilement accordée

Tout d'abord, les résultats révèlent que les méthodes utilisées pour transmettre le message sont efficaces. En effet, l'utilisation du créole dans les différentes étapes du processus a été un élément essentiel à un partage de connaissances bidirectionnel. Cela a permis de contrer

en partie l'asymétrie, inhérente aux enjeux de pouvoir, qui existait entre les animateurs et les acteurs québécois. Les animateurs ont pu s'exprimer dans les rencontres en contribuant à l'adaptation des émissions. Les acteurs québécois, de leur côté, ont eu l'occasion de s'exposer davantage au modèle familial haïtien. Cependant, un effort est requis pour s'assurer que les rencontres se déroulent toujours en créole, afin d'assurer une dynamique équitable. Pour ce faire, une implication plus marquée de médiateurs haïtiens, maîtrisant les deux langues, serait souhaitable. Comme le souligne Théodat, le français et le créole ont des rôles instrumentaux dans la société haïtienne [21]. Le français est vu comme la langue des colonisateurs et place son utilisateur dans une situation de force par rapport à ceux qui ne le maîtrisent pas. Ainsi, les médiateurs haïtiens maîtrisant le français seraient plus à même de manifester des opinions divergentes à l'équipe québécoise. Cet aspect est particulièrement important, vu l'opposition entre la vision d'un « savoir universel » issu des pays occidentaux et le besoin de reconnaissance de l'unicité d'Haïti par les acteurs haïtiens [22]. Cette opposition rejoint les propos de Holliday concernant le risque d'idéalisation des connaissances et de la culture des intervenants occidentaux [23]. Ce phénomène semble expliquer qu'au premier abord, les ressources locales soient très peu utilisées. Comment encourager l'autonomisation des animateurs, et plus largement des communautés haïtiennes, sans leur reconnaître un savoir ? Afin de promouvoir ladite autonomie, les acteurs québécois gagneraient à combiner les savoirs local et étranger. Effectivement, l'alliance du savoir expérientiel et du savoir théorique est essentielle à un transfert de connaissances efficace [4].

Parallèlement, nous pouvons constater que les initiatives des animateurs ne sont pas communiquées à l'équipe québécoise. Cela est en partie dû au fait que lors des rencontres hebdomadaires, les discussions sont principalement axées sur le contenu des émissions. De plus, le manque de temps de part et d'autre limite la tenue de rencontres informelles permettant aux animateurs de partager leur expérience par rapport aux émissions. Il faut aussi rappeler que les acteurs québécois occupent une position hiérarchique, par rapport aux animateurs, qui peut influencer la place qu'ils prennent dans les discussions. En Haïti, le respect de l'autorité est une valeur importante et les décisions sont généralement prises de manière unilatérale par les personnes en situation d'autorité [24]. Cela dit, la planification d'espaces de discussion où les animateurs sont encouragés à s'exprimer favoriserait la divulgation d'informations pertinentes à l'avancement du projet.

5.2 De l'accessibilité à la cohérence culturelle du message

Par ailleurs, l'accessibilité et la pertinence du contenu ont favorisé l'appropriation des concepts par les animateurs. Selon Potvin (2016), les caractéristiques liées au message transmis, telles sa vulgarisation et sa pertinence, peuvent influencer le processus de transfert de connaissances. Les études dans le domaine du développement international soutiennent aussi ces résultats en soulignant la pertinence des interventions cohérentes avec les caractéristiques du milieu comme facteur favorisant la pérennité des projets [1, 3].

Toutefois, nos résultats donnent à penser que certaines caractéristiques du milieu d'intérêt sont demeurées voilées ou insuffisamment considérées dans le cadre de ce projet. En effet, lors des discussions

hebdomadaires, des désaccords entre les acteurs ont été observés, lesquels portaient souvent sur l'opposition entre la famille nucléaire québécoise et la famille élargie haïtienne. Ces dynamiques familiales étant différentes, une réflexion semble nécessaire afin d'évaluer la transférabilité des concepts nord-américains en Haïti. Effectivement, l'applicabilité des connaissances transmises dans un milieu donné ne va pas de soi [25]. Dans cette optique, les acteurs québécois ont souligné percevoir un inconfort, chez les animateurs, à aborder certains sujets, comme l'homosexualité. Haïti étant un pays où les valeurs sont principalement guidées par la religion, certaines thématiques doivent être abordées avec tact et considération pour l'auditoire, afin de conserver un lien de confiance et une crédibilité face à la population [1].

Les animateurs étant les experts de leur milieu, une perspective ascendante impliquant ces derniers dans le choix des thématiques traitées et dans la création des émissions serait à développer. De plus, la collecte et l'analyse des rétroactions des auditeurs devraient être systématiques pour pouvoir mieux cerner leurs besoins, de même que leurs réactions aux messages transmis. À cet égard, le temps requis pour ce travail devrait être évalué afin d'ajuster la compensation des animateurs en conséquence.

5.3 Entre puissance de la Nature et pouvoir monétaire

En outre, le contexte d'instabilité en Haïti a des répercussions, non seulement sur la création et la diffusion des émissions, mais aussi sur les acteurs haïtiens qui doivent composer avec l'environnement. Ce contexte d'instabilité est l'une des particularités, énoncées par Proulx et Brière, qui doivent être prises en compte dans les projets de développement [2]. En effet, au sein de ceux-ci, les acteurs doivent évoluer dans des contextes difficiles et faire preuve d'adaptabilité. Toutefois, le temps requis pour implanter le projet, l'adapter au contexte et faire face aux imprévus ne correspond pas nécessairement au délai imposé par les organismes [2]. Cette situation tend à amplifier le rapport de pouvoir décrit précédemment (mouler le projet aux propositions des organismes subventionnaires), où les principaux concernés sont non seulement soumis aux aléas du contexte politique et environnemental, mais également aux diktats des fonds internationaux dont ils ont terriblement besoin.

5.4 Un apport modeste mais pérenne à l'échelle d'une collectivité

La plus grande force de cette initiative tient au rôle de « courroie de transmission » du message par les animateurs. Par leur mise en pratique des méthodes d'éducation discutées dans les émissions, ils ont pu agir à titre d'exemples pour leur communauté. Puisque tout individu est plus susceptible de répéter une action s'il est témoin des conséquences positives de l'acte posé par une personne à laquelle il s'identifie [26], cette posture des animateurs pourrait signer le succès, au moins local, de la transmission des connaissances. De plus, cette appropriation du savoir par la mise en action les a valorisés et a renforcé leur identité d'intervenant de milieu. Ainsi, par cette appropriation du contenu des émissions, les animateurs se sont sentis plus compétents à transmettre leur savoir à la communauté, tout en étant conscients des problématiques auxquelles ils font face.

6. CONCLUSION

La principale limite de cette étude est le fait que l'impact du projet dans la population n'a pas été évalué, ce qui aurait nécessité un investissement financier et logistique plus important. Du reste, plusieurs recommandations peuvent être énoncées, afin de bonifier de futures initiatives en prévention et promotion de la santé mentale, à la lumière des constats discutés ci-dessus. Parmi celles-ci, il apparaît que la place accordée aux interlocuteurs locaux demeure primordiale. L'utilisation de la langue locale, l'attention portée aux expériences des partenaires locaux, et la mise au premier plan de leur savoir sur le milieu d'intervention devraient être au cœur non seulement de l'implantation mais de la création même des projets de développement. Dans un monde idéal, cette logique « *bottom-up* » devrait teinter toute proposition de soutien – logistique et monétaire – aux pays en développement, et toutes les étapes de la mise en œuvre de ce soutien. ■

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Brière, S., Conoir, Y. et Poulin, Y. (2016). *La gestion de projets de développement international et d'action humanitaire*. Québec, QC : Presses de l'Université Laval.
- 2 Proulx, D. et Brière, S. (2014). Caractéristiques et succès des projets de développement international : Que peuvent nous apprendre les gestionnaires d'ONG? *Canadian Journal of Development Studies/Revue canadienne d'études du développement*, 35(2), 249-264. [En ligne], DOI: 10.1080/02255189.2014.900478
- 3 Leroux, M. P. (2015). *Le partage des connaissances en développement international : influence des processus relationnels sur les résultats et incidences sur le renforcement des capacités*. [En ligne], <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/12373>
- 4 Dagenais, C. (2006). Vers une utilisation accrue des résultats issus de la recherche par les intervenants sociaux. Quels modèles de transfert de connaissances privilégier? *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 39, 23-35. [En ligne], doi: 10.3917/lse.393.0023
- 5 Dumas, R. (2013). Haiti and the Regional and International Communities since January 12, 2010. Dans K. Quinn et P. Sutton (dir). *Politics and Power in Haiti* (p. 162-181). New York, NY : Palgrave Macmillan US.
- 6 Pierre, A., Minn, P., Sterlin, C., Annoual, P. C., Jaimes, A., Raphaël, F., ... et Kir-mayer, L. J. (2010). Culture and mental health in Haiti: A literature review. *Santé mentale en Haïti*, 1(1), 13-42.
- 7 Fuller-Wimbush, D. (2014). *The Effectiveness of US Development Aid in Supporting Agriculture and Food Security in Haiti: A Case Study of USAID's Haiti Feed the Future West/WINNER Project*. Brandeis University, The Heller School for Social Policy and Management.
- 8 Vinciguerra, A. (2014). Haiti: Sustaining Partnerships in Sustainable Development. *Journal of Community Engagement and Scholarship*, 7(2), 4.
- 9 James, L. E., Noel, J. R., Favorite, T. K. et Jean, J. S. (2012). Challenges of post-disaster intervention in cultural context: The implementation of a lay mental health worker project in postearthquake Haiti. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*, 1(2), 110.
- 10 Poitras, M. et Jacques, C. (2016). Mise en place d'un modèle d'intervention psychoéducatif adapté à la réalité haïtienne en passant par la coconstruction : un projet pilote implanté au centre d'accueil de Delmas 3 à Port-au-Prince. *Études caribéennes*, (35).
- 11 Lecomte Y. et Raphael, F. (2010). Santé mentale en Haïti : une action conjointe. *Santé mentale au Québec*, 35(1), 7-12. [En ligne], doi : 10.7202/044796ar
- 12 Gilbert, S., Benjamin, F., Da, J. L., Toussaint, J. M. et Lecomte, Y. (2015) Perspectives sur la résilience... collective : créer un réseau communautaire en santé mentale à Grand-Goâve, Haïti. *Revue Haïtienne de Santé Mentale*. 4, 85-105.
- 13 Tedesco, M. (2008). *Communication pour le développement et radios communautaires : le cas du Népal/Communication for development and community radios: the case of Nepal*, Master, 2.
- 14 Budosan, B., O'Hanlon, K. P., & Aziz, S. (2014). Improving access to community-based mental health care and psychosocial support within a disaster context: a case study from Haiti. *Disaster Health*, 2(1), 25-34.
- 15 Delawarde, C., Briffault, X., Usubelli, L. et Saïas, T. (2014). Aider les parents à être parents? Modèles et pratiques des programmes « evidence-based » d'aide à la parentalité. Dans *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, vol. 172, n° 4, 273-279. Elsevier Masson.
- 16 Lecomte, Y. (2015). *Demande de subvention. L'éducation : voie d'accès à une meilleure qualité de vie*. Document inédit.
- 17 Lemire, N., Souffez, K. et Laurendeau, M. C. (2009). *Animer un processus de transfert des connaissances : bilan des connaissances et outil d'animation*. Direction de la recherche, formation et développement, Institut national de santé publique du Québec.
- 18 Tracy, S. J. (2013). *Qualitative research methods: Collecting evidence, crafting analysis, communicating impact*. Chichester, West Sussex, UK : Wiley-Blackwell.
- 19 Dallaire, M. (2002). *Cadres de collaboration des approches participatives en recherche : recension d'écrits*. Montréal, Chaire Approches communautaires et inégalités de santé.
- 20 Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 3^e éd. Paris : Armand Colin.
- 21 Théodat, J. M. (2004). Haïti, le français en héritage. *Hermès, La Revue*, 3, 308-313.
- 22 Hurbon, L. (1987). *Comprendre Haïti : Essai sur l'État, la nation, la culture*. Karthala.
- 23 Holliday, A. R. (2011). *Intercultural Communication and Ideology*. Londres, R.-U. : Sage.
- 24 Affaires mondiales Canada. (s.d.). *Information culturelle – Haïti*. [En ligne], https://www.international.gc.ca/cil-cai/country_insights-apercus_pays/ci-cic_httpspx?lang=fra#cn-6
- 25 Potvin, P. (2016). *L'alliance entre le savoir issu de la recherche et le savoir d'expérience : un regard sur le transfert de connaissances*. Boucherville, QC : Béliveau éditeur.
- 26 Bandura, A. (1971). Vicarious and self-reinforcement processes. *The nature of reinforcement*, 228278.

Laetitia Mélissande Amédée est étudiante au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Montréal. Boursière du programme de bourses d'études supérieures Vanier, elle a fondé l'organisme Koze Jenès qui œuvre dans la prévention des violences interpersonnelles en Haïti. Ses travaux de recherche portent principalement sur les facteurs de risque et de protection des enfants victimes d'agression sexuelle.

Sophie Gilbert est psychologue clinicienne, professeure au Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal. Elle se spécialise en recherches qualitatives menées auprès de populations en situation de grande précarité (au Québec et dans les Caraïbes), en partenariat avec des organismes communautaires.

Assister la résilience des soignants en Haïti¹

Daniel DERIVOIS, Ph.D.

Université de Bourgogne Franche-Comté

Résumé : En Haïti, il est nécessaire de soigner non seulement les personnes traumatisées mais aussi et en même temps les soignants qui peuvent avoir vécu les mêmes événements potentiellement traumatiques. Les soignants, haïtiens ou étrangers, regroupent le personnel médical, éducatif, scolaire ou religieux. Ils doivent être disponibles psychologiquement pour accompagner la population sinistrée.



INTERPELLER TOUS LES SOIGNANTS

Qu'ils soient haïtiens ou étrangers, quels que soient leurs spécialités, leurs approches ou leurs domaines d'intervention, les soignants en Haïti ont à intervenir sur des corps meurtris, des psychés abîmées, mais aussi et en même temps sur des identités tout aussi ébranlées par des traumatismes cumulatifs inhérents aux multiples catastrophes à la fois naturelles, humanitaires, sanitaires, sociales et politiques qui rythment le quotidien de la population haïtienne depuis de nombreuses années.

Catastrophe signifie *bouleversement, retournement et effondrement* [1]. Ces mouvements nécessitent un système d'étayage et de soins globaux aux niveaux individuel et collectif, susceptible d'assurer son effet dans la durée. Les soignants sont ainsi interpellés dans leur capacité à incarner les leviers de la « résilience assistée » [2] auprès des victimes. Si la résilience est la capacité de rebondir après un traumatisme, la résilience assistée consiste, pour les soignants, à se rendre disponibles en tant que *tuteurs potentiels de résilience* pour les victimes tout en les aidant à remobiliser des ressources internes et externes cachées, non encore explorées.

J'appelle ici *soignants* à la fois les personnels de la santé mentale, de la santé physique et de l'Éducation nationale dans la mesure où l'ensemble de ces professionnels est censé, par-delà leurs missions premières, prodiguer des *soins primaires* aux patients et aux élèves. J'ajouterais volontiers les professionnels des lieux de culte (vodouisants, catholiques, protestants...) dans la mesure où, par-delà les croyances respectives qui peuvent fonctionner comme de véritables tuteurs de résilience [3], ces lieux participent à la consolidation des liens sociaux des personnes qui les fréquentent. Car avant les soins médicaux, psychologiques ou éducatifs, il est d'abord question de *soins primaires* – dans le sens de Winnicott [4] – caractérisés notamment par la contenance et la *considération de l'autre* comme sujet, comme semblable, comme être humain.

En ce sens, chaque acte soignant a des ramifications avec les autres. Pour une chirurgienne ou une infirmière, intervenir sur un corps, c'est aussi intervenir sur la psyché du patient et sur une possible

transformation de son identité. Pour un professionnel de la santé mentale, intervenir sur la psyché c'est aussi donner au patient la possibilité de se réapproprier son corps et donc de se ressaisir sur le plan identitaire. Pour un professionnel du milieu scolaire ou éducatif, aider un enfant, un adolescent dans la construction de son identité, c'est aussi poser des bases pour l'aider à s'approprier son corps et sa psyché. Le tissage du lien social dans les lieux de culte participe de la même tentative de reprise en main de tout son être. Il ne s'agit pas de confondre les champs d'intervention de chacun mais de les articuler dans une démarche holistique.

SOIGNER L'ÊTRE HUMAIN

Dans *Le moment du soin*, F. Worms insiste sur la nécessité de deux instants : « l'instant de l'urgence vitale, ou mortelle » qui incite à appeler « Au secours ! » mais aussi « le moment présent dans son ensemble, l'instant des catastrophes, les temps qui les précèdent ou les suivent », une sorte « d'extension de la vulnérabilité² », souligne-t-il. Haïti se trouve aujourd'hui plus que jamais dans le *moment du soin*. Ce moment inclut l'évaluation et le traitement de l'urgence ainsi que des besoins fondamentaux de l'être haïtien à long terme.

En Haïti, les victimes comme les bourreaux crient « Au secours ! » à eux-mêmes comme à leurs semblables qui partagent les 27 500 kilomètres carrés de l'ancienne Perle des Antilles et la terre entière. La formation de gangs, les kidnappings, les meurtres peuvent certes relever de logiques de déstabilisation intentionnelle d'un pays mais les Haïtiens qui s'y impliquent sont, à mon sens, dans une demande implicite de soin, une demande paradoxale d'humanisation ou de ré-humanisation de la relation à l'autre. Il faut être suffisamment déshumanisé pour déshumaniser à son tour un autre être humain [5].

Le dispositif de soin est alors à considérer dans au moins deux conceptions, comme le souligne Worms [6]. Le premier sens met l'accent sur le fait de « soigner quelque chose, un besoin ou une souffrance », ce qui relève du traitement des symptômes. Mais « soigner c'est aussi soigner quelqu'un », ce qui souligne la « dimension intentionnelle et relationnelle du soin ». À ce sujet, Marcelli rappelle la différence entre traitement et soin [7]. Traiter vient de *tractare*, *tractum*, *trahere* qui signifie « traîner violemment, mener difficilement ».

1. Ce texte a d'abord paru dans la revue *Info-Chir* (n° 12, 2022) que nous remercions pour la permission de le republier ici. Il s'agit d'une version courte remaniée d'un autre texte paru dans *Le Nouvelliste* sous le titre « Les soignants face aux catastrophes haïtiennes » : <https://lenouvelliste.com/article/232660/les-soignants-face-aux-catastrophes-haitiennes>

2. Worms, F. (2010). *Le moment du soin. À quoi tenons-nous ?* PUF.

Soigner vient de *sun (n)i et sunnja* qui signifie «s'occuper de, se préoccuper de». Le traitement vise l'éradication des symptômes. Il s'adresse à la partie malade. Le soin vise la globalité du sujet *considéré* et s'adresse à l'être humain tout entier. Les deux points de vue sont complémentaires. Nous avons besoin de remobiliser et d'entretenir les parties saines du corps, de la psyché et de l'identité pour redynamiser et réparer les parties en souffrance.

Panser une plaie ou amputer un patient d'un bras peut lui éviter la mort, mais seule la *considération* de ce patient comme être humain avant, pendant et après l'acte de soin peut lui garantir une vie psychique, affective épanouie. De même, éradiquer les gangs ne sera pas efficace sans un travail de fond sur l'être haïtien tout entier, sur sa perception/conscience de lui-même et de l'autre, sur son intentionnalité envers lui-même et envers l'autre. Car «tout traitement qui se réalise au détriment du soin finit toujours par se retourner contre lui-même» [5].

Dans un pays polytraumatisé comme Haïti où le système de santé est fragile, le système éducatif, bancal et où l'État est de plus en plus affaibli, les soignants crient aussi «Au secours!». Tout en étant limités dans leurs actions par le manque de matériels ou la crise du carburant, ils se heurtent à de nombreux défis épistémologiques, méthodologiques et cliniques dans l'évaluation des problématiques et l'accompagnement de la population sinistrée.

Comment savoir ce qui (a) fait traumatisme pour un patient dans un contexte où les traumatismes peuvent être à la fois intentionnels (gangs, kidnappings...) et non intentionnels (séismes, inondations...), individuels et collectifs, actuels et/ou réactualisés? Parfois toute une famille peut être traumatisée par un même événement alors que chacun de ses membres met en place des stratégies pour s'en sortir personnellement. Souvent les comportements symptomatiques d'aujourd'hui (violence, dépression, alcoolisme, toxicomanie...) sont les effets d'événements anciens (maltraitance subie, humiliation, etc.). Comment évaluer la demande explicite et/ou implicite d'un patient? Comment écouter, dans l'ici et maintenant, une souffrance qui vient de loin? Comment, pour un soignant, écouter les effets d'un événement que l'on a soi-même vécu? Comment *prendre soin* de l'autre et de soi en même temps?

ASSISTER LES SOIGNANTS EN DANGER

Ainsi, un autre grand défi pour les soignants relève du fait qu'ils doivent intervenir auprès de patients et/ou de bourreaux alors qu'ils peuvent être eux-mêmes victimes directement ou indirectement des mêmes événements traumatogènes. La dynamique du transfert et du contre-transfert dans la rencontre avec les victimes nécessite alors une attention particulière. De quelles victimes s'agit-il? Des patients traumatisés? Des bourreaux qui peuvent être tout aussi traumatisés ou des soignants-victimes? Si le transfert traduit des éléments d'histoire du patient s'actualisant de manière inconsciente dans sa rencontre avec le soignant, le contre-transfert est l'ensemble des réactions tout aussi inconscientes du soignant vis-à-vis des attitudes et comportements du patient [8]. Quand les traumatismes des uns et des autres se télescopent et interfèrent, ils nécessitent

des interventions plurifocales ainsi que des espaces d'analyse de la pratique pour les soignants.

Quant au traumatisme «vicariant», c'est-à-dire le traumatisme des professionnels en contact avec des patients traumatisés, il est important d'en identifier plusieurs sources potentielles : le traumatisme vécu en partage par les patients dans la dynamique relationnelle, par exemple le fait de se sentir affecté, voire envahi par la problématique d'un patient; de ne pas pouvoir aider les patients comme on voudrait; de devoir arrêter ou suspendre des prises en charge pour se préserver, ce qui peut générer de la culpabilité; ou le traumatisme lié à ses propres vécus personnels, étant donné que nous avons tous une histoire personnelle qui peut entrer en résonance avec celle des patients. Les soignants peuvent aussi être des patients et/ou avoir des proches directement touchés par la COVID-19, un kidnapping, une catastrophe naturelle, un accident ou toute autre problématique relevant du traumatisme.

De même que les victimes ont besoin de programmes de résilience assistée, les soignants – en tant que professionnels, victimes ou citoyens – ont besoin d'assistance et de soutien. Ils ont eux aussi besoin de se sentir reconnus dans leurs souffrances : souffrance venant des catastrophes, souffrance venant des patients, souffrance du poids de leur engagement professionnel et civique envers les patients. Ils ne peuvent pas être disponibles psychiquement pour les autres s'ils ne le sont pas pour eux-mêmes.

Le traumatisme déshumanise. Dans un contexte de déshumanisation galopante, la résilience est à entendre comme la capacité à *maintenir intacte son humanité* [5] et à veiller sur celle de l'autre malgré les turbulences de la vie. Il est important de lutter contre la déshumanisation subie ainsi que contre la déshumanisation *héritée* des temps anciens, la déshumanisation *défensive* ou *acquise* par banalisation du quotidien.

Il est urgent *d'assister la résilience des soignants* en Haïti sur les plans spirituel, intellectuel, psychologique, politique, financier et matériel. Toute indifférence à leur égard relève de la non-assistance non seulement à des soignants en danger, mais aussi à un peuple en détresse, voire d'une occultation de sa propre humanité. ■

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Nancy, J.-L. (2012). *L'Équivalence des catastrophes. Après Fukushima*. Galilée.
- 2 Ionescu, S. et coll. (2011). *Traité de résilience assistée*. PUF.
- 3 Derivois, D. et coll. (2015). *Les bases de la résilience haïtienne*. Rapport remis à l'Agence Nationale de la Recherche (ANR) dans le cadre du projet RECREAHVI (Résilience et processus créateur chez les enfants et adolescents haïtiens victimes de catastrophes naturelles).
- 4 Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Gallimard.
- 5 Derivois, D. (2020). *Séismes identitaires, trajectoires de résilience. Une clinique de la mondialité*. Chronique sociale.
- 6 Worms, F. (2010). *Le moment du soin. A quoi tenons-nous?* PUF.
- 7 Marcelli, D. (2014). Pour une conception du soin psychique à l'adolescence, dans Moro (dir.), *Psychothérapies psychanalytiques à l'adolescence. Pratiques et modèles*. Armand Colin, p. 23-42.
- 8 Laplanche, J. et Pontalis, J. B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. PUF.

Daniel Derivois est professeur de Psychologie et psychopathologie clinique, psychologue clinicien et directeur adjoint du Laboratoire Psy-DREPI (EA-7458) à l'université de Bourgogne Franche-Comté. daniel.derivois@u-bourgogne.fr

Un mémoire de maîtrise ou une thèse de doctorat sans publication est une œuvre inachevée



« **Publish or perish** », répète-on souvent dans les milieux universitaires. Cette boutade s'inspire directement de la théorie de l'évolution selon laquelle seuls les plus forts survivent. En effet, dans le monde académique, les plus forts publient et survivent, alors que les autres qui ne publient pas ont tendance à périr. Le succès d'une carrière universitaire se mesure principalement par l'importance des contributions en recherche, souvent mesurée par la quantité, la qualité et l'impact des publications scientifiques.

Haïti Perspectives offrira désormais la rubrique **Mémoires & Thèses** avec comité de lecture. Une rubrique au service des étudiant-e-s gradué-e-s et de leur directeur ou directrice de recherche, pour soutenir le développement de leur carrière de chercheur-e en publiant des articles originaux découlant de leur projet de recherche.

Visitez www.haiti-perspectives.com pour les instructions et soumettez vos articles à haiti-perspectives@grahn-monde.org

ÉTAT DE DROIT ET LUTTE CONTRE L'IMPUNITÉ EN HAÏTI

Co-éditeurs invités

Edité envite

Guest Co-editors

- Kiria **Despinos**, Ph.D., Haïti
- Leslie **Péan**, USA

Comité éditorial

Komité editorial

Editorial Committee

- Rémi **Bachand**, doct. en droit, Canada
- Arnousse **Beaulière**, Ph.D., Haïti
- Roromme **Chantal**, Ph.D., Canada
- Johanne **Clouet**, Ph.D., Canada
- François **Crépeau**, Ph.D., Canada
- Emmanuel **Sibidi Darankoum**, Ph.D., Canada
- Etzer **Émile**, Haïti
- Sam-Fleury **Eugène**, Haïti
- Maismy-Mary **Fleurant**, Ph.D., Haïti
- Kerline **Joseph**, Ph.D., Canada
- Thomas **Lalime**, Ph.D., Canada
- Charles **Moumouni**, Ph.D., Canada
- Lucien **Prophète**, Ph.D., USA
- François **Roch**, LL.D., UQAM
- Jean-Gardy **Victor**, Ph.D., Canada

Dans les sociétés contemporaines, l'État de droit a acquis le statut d'un véritable mythe vers lequel tout système juridique tend par l'instauration de dispositifs de garantie contre l'arbitraire des gouvernements. En Haïti, comme partout ailleurs, le concept d'État de droit a investi les discours juridique, politique et social. Ce numéro de la revue mettra l'accent sur le rôle de l'État et le jeu des mécanismes démocratiques. De façon consubstantielle, l'impunité sera l'étalon de bonne santé pour évaluer le système juridique et politique. Véritable standard international, la référence à l'État de droit peut rencontrer des résistances dans une société qui ne remplissent pas les conditions indispensables à son développement.

Aborder la question de l'État de droit et de l'impunité, c'est se questionner sur l'état de la justice, sur la responsabilité politique et s'interroger également sur la compatibilité de l'État de droit avec la confusion entre le pouvoir économique et le pouvoir politique.

- L'État de droit peut-il s'accommoder des faiblesses structurelles d'un régime politique démocratique?
- Quels sont les mécanismes fiables de responsabilisation individuelle dans la lutte contre l'impunité et qu'en est-il du droit à l'accès à la justice?
- Quelles stratégies adopter pour lutter efficacement contre la corruption et l'impunité considérés comme des obstacles majeurs à l'établissement de l'état de droit en Haïti?

Les personnes intéressées devront soumettre, au plus tard le **30 novembre 2022**, un résumé (en Français, Kreyòl ou Anglais) d'environ 300 mots, accompagné de cinq mots-clés présentant leur proposition de contribution aux coéditeurs :

- Kiria Despinos : kiria.despinos@isteah.ht
- Leslie Péan : lesliepean@icloud.com

Une notification d'acceptation ou de refus du résumé sera transmise au plus tard le **15 décembre 2022**. Si le résumé est accepté, l'article (en Français, Kreyòl ou Anglais) au complet (20 000 mots maximum) doit être soumis au plus tard le **31 janvier 2023**.

Les notifications d'acceptation finale seront envoyées aux auteurs au plus tard le **28 février 2023**. La parution de ce cahier thématique est prévue pour **Décembre 2023**.

DEMANN POU TÈKS

Revi tematik GRAHN
Vol. 8, n°2, Automne 2023

RÈG LALWA AK BATAY KONT ENPINITE AN AYITI

Nan sosyete kontanporen yo, règ lalwa akeri yon veritab estati mit, kote nenpòt ki sistèm jiridik vle rive, avèk etablisman dispozitif pou pwoteksyon kont zafè arbitè nan gouvènman yo. An Ayiti, tankou tout lòt kote, konsèp sou règ lalwa a anvayi tout diskou legal, politik ak sosyal. Nimewo sa a pral konsantre sou wòl Leta a, ak jwèt mekanis demokratik la. Enpinite pral vin yon estanda nan bon sante ki pral itilize pou evalye sistèm legal ak politik la. Règ lalwa, se yon vrè estanda entènasyonal. Lè yo fè referans a li, li ka rankontre rezistans nan yon sosyete ki pa satisfè kondisyon esansyèl pou règ sa a ka devlope.

Lè nap pale kesyon règ lalwa a ak enpinite, nap kesyone tèt nou sou eta la jistis, sou responsablite politik la; men se tou, yon kesyonmanman sou konpatibilite nan règ lalwa a ak konfizyon ki genyen ant pouvwa ekonomik ak pouvwa politik.

- Èske règ lalwa ka fonksyone avèk feblès estriktirèl yon rejim politik demokratik?
- Ki mekanis serye pou responsablite endividyèl nan batay kont enpinite epi sa ki pase avèk dwa pou aksè a jistis la?
- Ki estrateji ki pou adopte pou nou ka byen batay kont koripsyon ak enpinite ki se pi gwo obstak nan etablisman eta de dwa an Ayiti?

Moun ki enterese reponn kesyon sa yo san pati patri kab voye yon rezime ki gen anviwon 300 mo (an franse, kreyòl oswa angle) nan dat **30 novembre 2022** pou pi ta, avèk senk mo kle ki prezante rezime a. Rezime yo ka al jwenn koyeditè yo:

- Kiria Despinos: kiria.despinos@isteah.ht
- Leslie Péan: lesliepean@icloud.com

Nan dat **15 desanm 2022** pou pi ta, koyeditè yo ap voye yon mesaj pou yo di nou yo aksepte atik la oubyen yo refize li. Si yo aksepte rezime a, yo ap tann atik la nan dat **31 janvie 2023** pou pi ta.

Nan dat **28 fevrye 2023** pou pi ta, ap genyen yon mesaj akseptasyon final ki al jwenn tout otè yo. Kayte tematik sa a ap gen pou li parèt nan mwa **me 2023**.

CALL FOR PAPERS

GRAHN's Thematic Review
Vol. 8, No. 2, Autumn 2023

RULE OF LAW AND THE FIGHT AGAINST IMPUNITY IN HAITI

In contemporary societies, the rule of law has acquired the status of a true myth towards which any legal system aims by establishing safeguards against the arbitrariness of governments. In Haiti, as everywhere else, the concept of the rule of law has pervaded legal, political, and social discourses. This issue will focus on the role of the state and the interplay of democratic mechanisms. Consubstantially, impunity will be the standard for assessing the good health of the legal and political system. As a true international standard, the reference to the rule of law may face resistance in a society that does not meet the conditions essential for its development.

Addressing the issue of the rule of law and impunity means questioning oneself on the state of justice, on political responsibility and also questioning the compatibility of the rule of law with the confusion between economic and political power.

- Can the rule of law cope with the structural weaknesses of a democratic political regime?
- What are the reliable mechanisms of individual accountability in the fight against impunity and what about the right to access to justice?
- What strategies to adopt to effectively fight against corruption and impunity considered as major obstacles to the establishment of the rule of law in Haiti?

Interested contributors must submit, by **November 30, 2022**, an abstract (in French, Kreyòl or English) of approximately 300 words, accompanied by five keywords presenting their proposal to the co-editors:

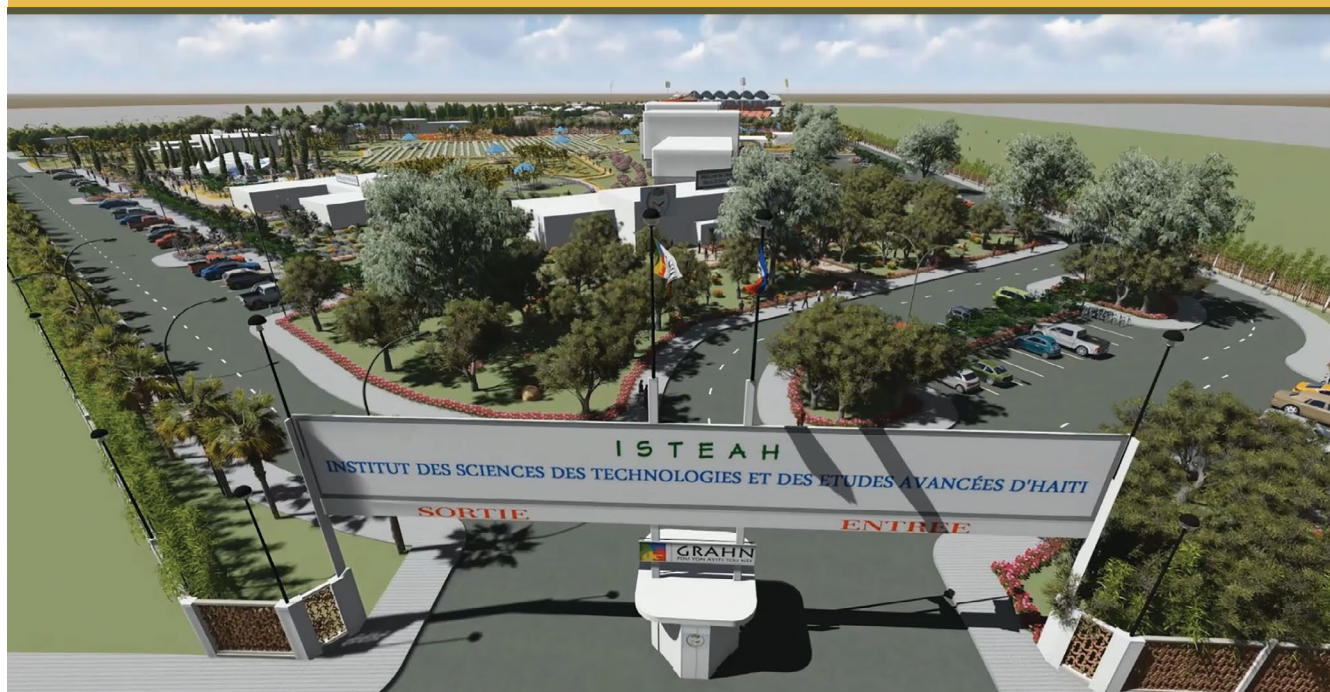
- Kiria Despinos: kiria.despinos@isteah.ht
- Leslie Péan: lesliepean@icloud.com

Authors will receive a notice of acceptance or refusal of the summary no later than **December 15th, 2022**. If the summary is accepted, the full article (in French, Kreyòl, or English; 20,000 words maximum) must be submitted no later than **January 31st, 2023**.

Final notice of acceptance will be sent to the authors no later than **February 28, 2023**. Publication of this thematic issue is expected is scheduled for **May 2023**.



Institut des Sciences, des Technologies et des Études Avancées d'Haïti



LA RECHERCHE À L'ISTEAH



Presses internationales
GRAHN-Monde

Les unités de recherche de l'ISTEAH

- Le Centre de recherches mathématiques (ISTEAH-CRM)
- Le Centre de recherche en éducation et gouvernance (ISTEAH-CREG) ;
- Le Centre international de recherche en technologies de l'information pour le développement (ISTEAH-CIRTID) ;
- Le Centre de recherche en sciences moléculaires et du vivant (ISTEAH-CRSMV) ;
- Le Centre de recherche en gestion des risques, aménagement du territoire et environnement (ISTEAH-CReGRATE) ;
- La Chaire de recherche-action en commercialisation des produits agricoles ;
- Le Centre d'expertise, d'innovation et d'entreprenariat (CEINE).

Un département dynamique en recherche

Les activités de recherche et d'enseignement aux cycles supérieurs en génie informatique et génie logiciel permettent de faire avancer les connaissances dans des axes de pointe et de former des diplômés de haut niveau pour soutenir la croissance de l'économie basée sur le savoir.

Nos programmes d'études

L'enseignement aux cycles supérieurs au département se divise en :

- Doctorat en génie informatique (Ph.D.);
- Maîtrise recherche en génie informatique (M.Sc.A.);
- Maîtrise cours en génie informatique (M. Ing.);
- Maîtrise (ou DESS) modulaire en génie informatique
 - option réseautique;
- Diplôme d'études supérieures spécialisées en génie informatique (DESS).

Nos professeurs

Le département compte 30 professeurs de réputation internationale et dynamiques en recherche.

Nos axes de recherche :

La réseautique et l'informatique mobile, la recherche en systèmes embarqués, les systèmes intelligents, les systèmes de simulation numérique et de visualisation, le génie logiciel et les méthodes d'ingénierie appliquée aux systèmes logiciels.



BANQUE DE LA RÉPUBLIQUE D'HAÏTI

MISSION DE LA BRH

Quatre aspects de la Mission de la BRH

1 Stabilité des Prix :

Défendre la valeur interne et externe de notre monnaie en pratiquant une politique monétaire basée sur la stabilité des prix. Dans cet objectif elle vend aux banques de la place des bons qu'elle émet, et intervient directement sur le marché des changes en achetant et en vendant des devises.

2 Efficacité :

Assurer l'efficacité, le développement et l'intégrité du système de paiements en négociant avec le Ministère de l'Economie et des Finances le niveau et les conditions de financement du déficit budgétaire. Ces ententes se matérialisent, par des accords signés entre le Gouverneur de la BRH et le Ministre de l'Économie et des Finances.

3 Stabilité Financière :

Assurer la stabilité du système financier en supervisant le fonctionnement des banques et en les soumettant à des normes prudentielles. La BRH procède également à l'inspection régulière des institutions financières, en y dépêchant des inspecteurs, et en exigeant la communication d'informations financières à des fréquences régulières.

4 Banquier de l'Etat :

Agir comme banquier, caissier et agent fiscal de l'Etat en tenant le compte courant de toutes les institutions et collectivités publiques. Elle se charge de la collecte des recettes de l'État et encaisse directement pour le compte de celui-ci les taxes internes et les droits de douane. Elle fait aussi fonction de gardienne des titres appartenant à ces entités