

Perspectives sur la résilience... collective : créer un réseau communautaire en santé mentale à Grand-Goâve, Haïti

Sophie Gilbert¹, Fanel Benjamin², Jean Lucner Da³,
Joseph Montast Toussaint⁴, Yves Lecomte⁵

RÉSUMÉ : *L'article traite du projet d'un groupe de citoyens mobilisés de Grand-Goâve. Regroupés dans l'association GROSAME de Grand-Goâve (GROSAME GG), ces derniers ont créé un réseau communautaire actif dans le domaine de la santé mentale pour contrer la violence intrafamiliale. Le contenu est présenté par cinq voix. La première analyse les fondements du projet alors que la deuxième montre ses divers volets. Les trois autres sont celles des acteurs engagés dans le projet. L'une décrit les enjeux de la coordination. Une autre parle de l'intervention alors que la dernière aborde la recherche-action qui sous-tend le projet.*

ABSTRACT : *This article highlights a project actualized by a group of Grand-Goâve citizens. Mobilized in an organization called GROSAME of Grand-Goâve (GROSAME GG), they created an active community network promoting mental health to counter family violence. The content is submitted in five sections. The first one analyzes the project's basic principles whereas the second one describes the many facets of each component. The three following sections describe the actors involved. The stakes associated with the*

-
1. Ph. D., professeur de psychologie, UQAM.
 2. Master, psychologue, responsable du volet recherche.
 3. Coordonnateur de GROSAME Grand Goâve.
 4. Responsable de l'intervention clinique de GROSAME Grand Goâve.
 5. Ph.D., directeur du DÉSS en santé mentale de la TÉLUQ.

coordination and the interventions implemented. Finally, a description of the action research process which underlies the project.

« Se rencontrer pour s'entraider. » (Lecomte, 2011)

Depuis le séisme de 2010, la santé mentale est devenue une question prioritaire en Haïti. Interpellées par l'intensité de la détresse psychologique vécue par leurs concitoyens et l'ampleur des troubles mentaux qui s'ensuivent, les autorités politiques ont créé durant l'année 2011-2012 un comité de santé mentale subventionné par l'OMS. Ce comité a pour objectif d'élaborer une politique de santé mentale; il a tenu de nombreuses réunions dont une séance plénière organisée quelques jours avant le début du premier colloque de l'Association haïtienne de psychologie.

À cette rencontre ont été invités de nombreux organismes haïtiens et des ONG intéressés par cette question. En atelier, les participants ont analysé dix thématiques: 1) formation et recherche; 2) santé primaire; 3) services psychosociaux; 4) tradipraticiens; 5) soins hospitaliers; 6) urgence; 7) toxicomanie; 8) violence; 9) handicap et 10) milieu carcéral. Malheureusement, le non-renouvellement du financement a interrompu les travaux du comité et le rapport synthèse des ateliers ne semble pas avoir été produit.

L'intérêt pour la santé mentale n'a pas diminué pour autant. Le ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP) a maintenu en fonction une unité de santé mentale dirigée par le docteur Pierre-Louis, médecin, et d'autres travaux ont été réalisés. On attend toujours les résultats.

Parallèlement à ces travaux, des groupes de professionnels et de citoyens ont élaboré des projets pour répondre aux besoins de la population. Par exemple, en 2012, une journée Portes ouvertes a été organisée par le Centre d'intervention en santé mentale (CISAME) en collaboration avec la Direction Sanitaire de la Grand'Anse (DSGA), représentante du MSPP dans la Grand'Anse. Jumelée à la journée mondiale de la santé mentale, cette journée fut consacrée à « l'importance de l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires. » Un autre projet, sous l'égide de Zanmi Lasante et soutenu par Grands Défis Canada (GDC), est celui de « *Expansion of a new implementation model to address severe mental disorders in rural Haiti, to inform the development of a national decentralized mental health plan following the 2010 Haiti earthquake* ». Un dernier exemple de projet, sous la responsabilité de la TÉLUQ et lui aussi soutenu par GDC, est celui du « développement d'un réseau de services communautaires informels en santé mentale destinés à aider

les victimes de violence infantile familiale sous la responsabilité d'un groupe d'aidants naturels en Haïti». Ce projet est l'objet de cet article.

Première partie: les fondements du projet

Quel système de santé mentale implanter?

Chaque pays est amené à développer un système de soins de santé mentale congruent avec ses caractéristiques politiques, sociales, culturelles et économiques. Mais cette tâche est ardue car elle nécessite de concilier des enjeux parfois contradictoires. Afin d'aider les pays à élaborer un système cohérent, basé sur les données probantes mais respectueux de leurs capacités, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a élaboré un modèle à cinq niveaux, le «WHO Service Organization Pyramid for an Optimal Mix of Services for Mental Health».

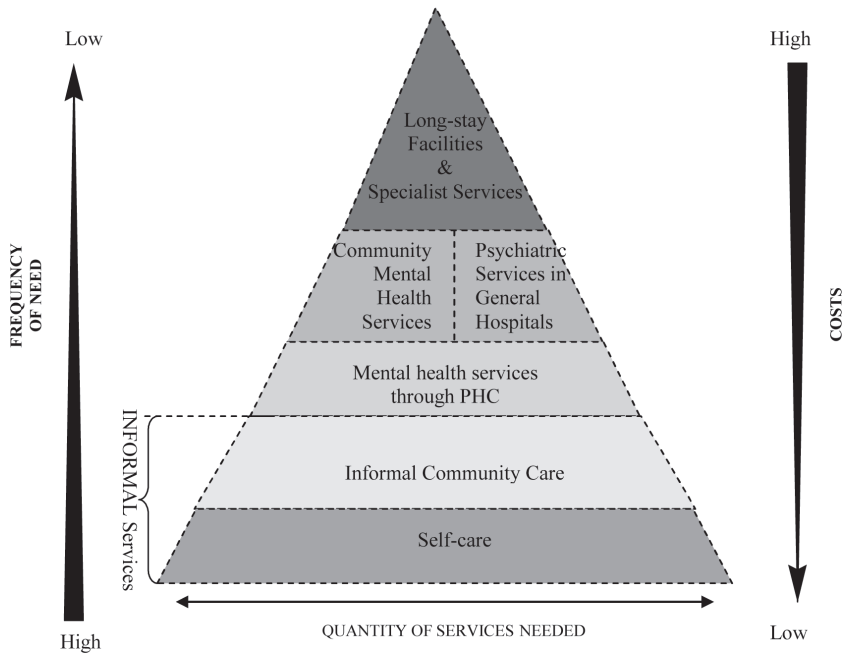


Figure 1:WHO Service Organization Pyramid for an Optimal Mix of Services for Mental Health⁶

Schématiquement, le modèle se divise entre des services formels et des services informels, lesquels comportent deux niveaux: soins

6. M Mental Health Policy, Planning and Service Development. Integrating systems and Services, Integrating people (http://www.who.int/mental_health/policy/services/2_Optimal%20Mix%20of%20Services_Infosheet.pdf).

auto-administrés et soins communautaires. Les services informels sont sous la responsabilité des usagers et d'organismes privés et communautaires. Leur caractéristique est la suivante : répondre aux besoins d'un très grand nombre de personnes au coût le moins élevé possible. Les services formels pour leur part se répartissent sur trois niveaux, habituellement désignés par première, deuxième et troisième lignes. Ils sont sous la responsabilité des professionnels de la santé et des institutions publiques. Leur caractéristique : plus on monte vers le troisième niveau, plus le nombre d'usagers diminue et plus les coûts augmentent.

Comment implanter ce système ?

Une deuxième question préoccupe les autorités politiques, celle des modalités d'implantation du système. Deux orientations sont possibles : politique ou citoyenne. L'OMS préconise l'orientation politique, à savoir une approche « du haut vers le bas ». Elle incite les gouvernements à adopter une politique de santé mentale, les rendant imputables de sa mise en application. Toutefois, ce choix ne donne pas tous les résultats escomptés. Par exemple, en 2005, 40 % des pays n'avaient pas encore de politique de santé mentale. Le financement des services de santé mentale demeurait faible (20 cents annuellement par personne), et les ressources humaines très rares (1 800 psychiatres en Afrique versus 89 000 en Europe).

L'autre orientation possible est celle de la participation citoyenne, soit « l'engagement actif et volontaire d'individus et de groupes pour changer les conditions de vie problématiques des communautés appauvries, ainsi que leur influence sur les politiques et les programmes sociaux qui affectent la qualité de vie des résidents de ces communautés » (Duperré, 2010). Cette orientation préconise une approche communautaire, c'est-à-dire « un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents et les institutions d'un milieu local. Ce processus vise l'amélioration des conditions de vie sur les plans social, culturel, économique et environnemental » (PNSP, 2008, 61).

Cette orientation présuppose que les citoyens :

- sont les premiers responsables de leur santé mentale ;
- ont le devoir de prendre en charge les services de santé mentale de leur région ;
- ont les capacités de contribuer par leurs interventions au bien-être de leurs concitoyens ;
- peuvent répondre avec efficacité à divers problèmes sociaux et psychologiques vécus par leurs concitoyens ;
- reconnaissent qu'ils ne peuvent tout faire.

L'analyse de la situation de la santé mentale en Haïti amène à conclure que :

- conceptualiser un système fondé uniquement sur les professionnels est irréaliste. Selon nos estimés, il faudrait plus de 400 ans pour que la proportion psychiatre/population en Haïti atteigne celle en cours au Québec, sans tenir compte que, durant la même période, les effectifs professionnels pourraient avoir continué à augmenter au Québec ;
- Haïti n'aura pas les ressources pour financer un système de santé mentale à l'occidentale avant des lustres ;
- la santé mentale est l'objet d'une telle stigmatisation de la part de la population qu'aucun changement dans ce domaine ne sera possible sans que la population ne s'implique elle-même ;
- un jour ou l'autre, les ONG qui dispensent une très grande partie des services de santé mentale vont quitter Haïti, laissant les citoyens sans services.

De ces constats, il faut conclure qu'Haïti devait compter principalement sur ses propres ressources humaines ; l'engagement des citoyens est indispensable, afin de faire face aux troubles mentaux et aux problèmes psychosociaux avec lesquels la population est aux prises.

Dépourvus au plan des politiques et du système de santé mentale, les Haïtiens doivent donc se contenter d'un minimum de ressources professionnelles, concentrées en grande majorité dans la capitale : il y aurait actuellement 41 médecins (dont 27 psychiatres) et 314 professionnels paramédicaux au pays (IESM-OMS, 2011). La population doit dès lors compter sur ses propres moyens – les réseaux familiaux et sociaux – ainsi que sur les tradipraticiens qui seront sollicités dans l'espoir de résoudre les troubles mentaux dont sont affectés les citoyens. Il est à noter que les enfants sont particulièrement dépourvus de services professionnels (IESM-OMS, 2011) – ce qui est prévisible, puisque tout ce qui touche la santé mentale des enfants fait l'objet d'un enseignement spécialisé.

C'est dire que dans le cadre du projet dont il est question ici, l'innovation se doit d'être au premier plan. D'une part l'innovation sociale est inhérente à la création d'un réseau de services communautaires dans lequel différents programmes peuvent s'insérer. D'autre part, l'innovation économique se manifeste par l'ajout de nouveaux dispensateurs de services : des aidants naturels promus au grade de travailleurs communautaires, puisque désormais rémunérés.

Deuxième partie: le projet de grand goâve

Depuis 2006, un groupe de citoyens, à l'initiative du docteur Raphaël, tente d'implanter un réseau communautaire de services en santé mentale dans la ville de Grand-Goâve. Il s'agit d'un réseau informel de services communautaires fondé sur la participation active des citoyens dans la prise en charge de leurs problèmes de santé mentale. Pour assurer cette participation, certains citoyens se sont regroupés dans l'association du Groupe de santé mentale de Grand-Goâve (GROSAME GG). Le titre d'« agent de changement de milieu » (ACM) s'est imposé pour nommer leur fonction. Soutenus par des professionnels haïtiens et canadiens, ils ont exploré diverses pistes au cours des dernières années, dont la création d'émissions radiophoniques visant à sensibiliser la population à la grande question de la santé mentale, et la centralisation de services de consultation psychosociale au sein de ce qu'ils ont dénommé Kay Fanmi, qui signifie « chez la famille » ou encore « à la maison ».

Ce projet a bénéficié récemment d'un second souffle, par l'intermédiaire de la TÉLUQ, en obtenant une subvention de Grands Défis Canada (GDC). Cet argent permettra de consolider les services existants et d'en vérifier la pertinence par la réalisation du projet de « Développement d'un réseau de services communautaires informels en santé mentale destinés à aider les victimes de violence infantile familiale sous la responsabilité d'un groupe d'aidants naturels en Haïti », sous la responsabilité de GROSAME GG.

Un certain nombre de principes ont guidé l'élaboration du projet :

- la globalité, qui consiste à couvrir les diverses composantes d'une problématique afin d'augmenter les effets potentiels de l'intervention ;
- le ciblage des enfants, en plus des adultes, afin de pallier le fait que les enfants sont trop souvent négligés par les politiques et les interventions en santé mentale ;
- le choix d'une thématique d'intervention conforme non seulement aux priorités dictées par la littérature, mais également aux priorités déterminées par la population locale, par l'intermédiaire d'acteurs-clés de la population et perçus comme tels : les aidants naturels. Ainsi, la thématique de la violence intrafamiliale est apparue comme la thématique la plus appropriée, d'une part parce qu'elle a été retenue par ces intervenants communautaires comme une priorité et d'autre part, la recherche l'ayant identifiée comme un problème important en Haïti (IESM-OMS, 2011 ; Lecomte et Raphaël, 2010) ;

- l'utilisation de projets fondés sur les données probantes qui offrent une probabilité élevée de résultats significatifs;
- l'intégration du réseau informel au système formel d'intervention en santé mentale, par une collaboration du réseau communautaire – même lacunaire – avec les divers acteurs du système existant;
- l'universalité comme point de mire, soit l'instauration d'un programme approprié et suffisamment documenté pour être offert dans des régions différentes d'Haïti;
- l'accessibilité des services offerts, sans frais engendrés pour la population.

Par ailleurs, deux objectifs de recherche guident actuellement notre démarche, le second découlant du premier.

Le premier objectif vise la création d'un réseau de services communautaires apte à répondre aux besoins psychosociaux associés à des troubles mentaux. La réalisation de cet objectif nécessite :

- des citoyens impliqués assumant la responsabilité du développement et de la coordination des services;
- des travailleurs communautaires dispensant des services de qualité. Pour ce faire, il faut améliorer la compétence de ces travailleurs, des professionnels haïtiens et montréalais les formant et les supervisant sur place (les formateurs se déplacent à Grand-Goâve quelques fois par année) et à distance (avec l'aide des nouvelles technologies comme Skype, et l'envoi de CD-rom), et en utilisant des formations de la TELUQ ou autres, telles des articles ou des livres.

Ce premier objectif devrait amener à offrir une réponse crédible à la pénurie de ressources en santé mentale, des services informels étant accessibles en lieu et place des services du réseau formel et des tradipraticiens et palliant la dépendance envers les services dispensés par les ONG.

Le deuxième objectif vise à démontrer scientifiquement la pertinence et l'efficacité des services offerts, en ciblant la violence, et en particulier la violence infantile. Plus précisément, il s'agit de :

- développer une programmation complète pour remédier à la problématique de la violence – il s'agira alors d'en décrire l'implantation;
- démontrer la réduction du recours à la violence dans la communauté, et plus particulièrement dans les familles – il faudra donc chiffrer et qualifier cette réduction.

La programmation

Le projet comporte cinq volets : la littératie, les « amis de Zippy », les visites à domicile, les compétences parentales et Kay Fanmi. En voici les détails.

1. La littératie

Comme on l'a mentionné précédemment, ce volet existe déjà depuis quelques années, sous forme d'émissions diffusées à la radio communautaire, de façon hebdomadaire ou aux deux semaines. Toutefois, les fonds récemment obtenus permettent de consolider la fréquence et le contenu des émissions. Elles répondent aux critères suivants : le contenu est théoriquement fondé, l'information transmise est adaptée au groupe cible, le format – deux animateurs qui alternent au micro – est attrayant et la durée de l'émission (une heure) est adéquate pour inclure suffisamment d'informations ainsi que du temps consacré aux questions de l'auditoire.

Ce projet cible plus spécifiquement la promotion de la santé mentale et la prévention de la violence familiale par le partage d'informations d'abord pendant ces émissions, mais aussi lors de rencontres avec des associations, avec divers groupes de la population, et au moment d'une campagne annuelle liée à la semaine de la santé mentale. De plus, une co-chercheuse du projet, la psychiatre Marie-Carmen Plante, a pris en charge ce volet : elle synthétise et transmet l'information recueillie sur les différentes thématiques abordées, puis ajuste le contenu en fonction de rencontres hebdomadaires (par Skype) avec les deux animateurs. C'est ainsi que, déjà, le projet a pris une nouvelle direction : d'émissions centrées sur les différentes formes de la violence familiale ou, encore, de la psychopathologie, on en est arrivé – à la suggestion du Dr Plante – à proposer une programmation ayant comme fil conducteur le développement de l'individu et l'évolution de la cellule familiale, de la grossesse à l'âge adulte, en passant, bien sûr, par l'enfance et l'adolescence. C'est au cœur de cette approche plus positive de la santé mentale que seront abordées, en termes d'aléas aux différentes étapes du développement, les diverses formes que peut prendre la violence. En outre, la consolidation actuelle du projet a amené à solliciter l'antenne d'une station de radio communautaire de plus grande envergure, Radyo zansèt, laquelle est même diffusée sur le web (www.radyozanset.com).

2. Les amis de Zippy

Les amis de Zippy est un programme développé à la fin des années 1990 en Grande-Bretagne et aujourd'hui implanté dans une trentaine de

pays, ayant comme objectif la promotion, chez les enfants de la première année du primaire, des compétences adaptatives au stress et à la violence⁷. On se base ici sur le postulat que l'acquisition à un âge précoce d'un répertoire de mécanismes d'adaptation efficaces rendra les enfants moins susceptibles de développer des problèmes (incluant les troubles mentaux) à un âge plus avancé.

Le programme est divisé en six modules : sentiments et stratégies pour gérer les sentiments, les communiquer, se faire des amis, résoudre les conflits, composer avec les sentiments, et utiliser une variété de stratégies d'adaptation. Ces modules sont abordés en 24 séances d'une heure dans le milieu scolaire, sous la direction des professeurs.

À ce jour, les évaluations du programme ont montré qu'il permettait aux enfants d'acquérir des habiletés sociales telles l'affirmation de soi et l'empathie plus efficaces et plus diversifiées qu'auparavant ; on a noté aussi une amélioration des mécanismes d'adaptation et des comportements problématiques. Ces changements se maintenaient au moins un an après la fin du programme⁸. Les chercheurs ont obtenu la collaboration des responsables du projet (Partners for Children, PFC) : le matériel utilisé par les enfants sera fourni, et la formation des professeurs et des intervenants de GROSAME GG sera assurée.

La formation des professeurs est prévue au mois d'août 2014 ; certains ACM assisteront aussi à cette formation, afin d'assurer la pérennité du projet. En effet, ceux-ci pourront transmettre ce savoir dans les écoles après la formation initiale donnée par les spécialistes de l'étranger ; éventuellement, ces nouvelles connaissances pourront être utilisées, même modulées et adaptées, dans l'intervention offerte par les ACM de GROSAME GG. Le programme comme tel sera implanté dès l'automne 2014, peu après la rentrée.

3. Les visites à domicile

Ce volet vise à prévenir les abus et la maltraitance dans les familles vulnérables avec de très jeunes enfants (0-2 ans), en modifiant les pratiques parentales néfastes et en améliorant l'environnement familial aux plans physique, affectif et social. Plus précisément, on cible la relation des parents avec les enfants, le développement des habiletés sociales et de saines habitudes de vie, de même que le soutien aux jeunes familles. On utilise diverses approches dont les plus fréquentes sont les conseils et le soutien social (Desjardins *et al.*, 2008). Les intervenants chercheront à

7. <http://www.partnershipforchildren.org.uk/zippy-s-friends.htm>

8. <http://www.zippy.uqam.ca/evaluation.php>.

modeler ce volet sur des programmes similaires implantés avec succès au Québec, dans les milieux institutionnel et communautaire. On pense par exemple aux visites à domicile à visée préventive faites auprès de parents vulnérables, par exemple à cause d'une précarité psychosociale et socioéconomique, de la maladie d'un enfant, etc. On pourra compléter ces visites avec du soutien téléphonique, des activités de groupe, du répit, etc., selon les besoins présentés et les moyens disponibles. Les études révèlent un effet positif de tels programmes chez les enfants, tant en termes de développement global que de santé physique, ainsi que chez les mères, relativement à la prévention de la dépression et de l'anxiété, à l'amélioration de l'estime de soi, aux attitudes et aux comportements, à la relation mère-enfant), en plus de prévenir les abus et la violence familiale (Desjardins *et al.*, 2008).

4. Les compétences parentales

- Créé en 1997 au Québec et spécifiquement adapté à la culture haïtienne, le programme des compétences parentales vise à prévenir la violence et la dysharmonie familiale par l'amélioration des pratiques parentales (Clément *et al.*, 2004). Quatre rencontres de groupe sont prévues, avec la possibilité d'offrir aux parents un suivi individualisé à la suite de leur participation aux ateliers.
- Lors de la première rencontre, on examine les conséquences négatives, à court et à moyen terme, de la correction physique sur le développement de l'enfant, sur les plans physique et psychologique;
- À la deuxième rencontre, on précise les méthodes alternatives aux corrections physiques dans l'exercice de l'autorité parentale (en particulier l'écoute et la négociation);
- À la troisième rencontre, on prévoit un retour sur l'application par les parents de méthodes disciplinaires autres que les corrections physiques, en insistant sur la résolution de conflits, les attitudes à développer et les qualités à cultiver pour remplir autrement les fonctions parentales;
- À la quatrième rencontre, l'intervention devient plus personnalisée selon les difficultés relevées dans chaque groupe en lien avec l'exercice de l'autorité parentale et avec la résolution de conflits, tout en excluant les stratégies empreintes de violence;
- Puis, dans une dernière séance, parents et enfants sont invités, et les membres du groupe reçoivent leurs certificats Méritas. Ils en profitent pour témoigner de leur démarche, de l'utilité de la formation. Aussi, après avoir complété le programme, les parents

pourront créer un groupe d'entraide afin de consolider leurs acquis.

Les ACM avaient déjà bénéficié d'une formation à cette approche, mais avant l'obtention de la subvention, celle-ci était essentiellement utilisée lors de consultations individuelles.

5. Kay Fanmi

Ce volet, antérieur au projet, avait été conçu, dans le document aux fins de subvention, comme un lieu de dépistage et de référence à des lieux de traitement pour les enfants souffrant de troubles du développement, de troubles affectifs et du comportement. Aujourd'hui, ce volet est devenu, en conformité avec l'origine du projet de GROSAME GG, le cœur des services d'intervention offerts à la population. Son objectif est défini de façon plus large, soit l'évaluation et l'intervention psychosociale, puis la référence, au besoin, à des services spécialisés. L'intervention clinique est encadrée, de Montréal, par le fondateur du projet, le Dr Frantz Raphaël qui coordonne une équipe de cliniciens engagés dans la formation, et par madame Béatrice Chenouard, travailleuse sociale.

L'évolution du projet

Le projet initial visait à créer une programmation subdivisée en quatre volets parallèles, mais, dès les débuts de son implantation, le projet a pris forme autrement, dans un échange avec les ACM de GROSAME GG et l'équipe de chercheurs. La figure suivante représente bien l'organisation actuelle d'une partie du projet, centrée autour d'un guichet d'accueil, d'intervention et de référence, à l'interne, à différents volets tels les visites à domicile ou les compétences parentales, fonctionnant avec un bassin d'ACM formés de façon collective, bien que chacun prenne en charge un volet en particulier.

En effet, les ACM ne sont pas forcément consignés à une seule tâche, même si certains se sont en quelque sorte spécialisés: à la radio, à la comptabilité, à la coordination générale et clinique, etc. On prévoyait d'abord une programmation en cinq volets distincts, avec répartition des heures entre des ACM engagés pour une tâche dans un volet particulier, mais la réalité est tout autre. Considérant que les ACM étaient déjà impliqués dans la communauté et qu'ils ont développé progressivement leur propre dynamique de groupe, l'équipe responsable du projet s'est adapté à leur répartition consensuelle de la tâche, telle que signifiée par l'ensemble des heures attribuées à la programmation, et à leur façon de s'impliquer de préférence dans un volet spécifique, tout en n'excluant pas l'implication dans un autre. De ce fait, le développement

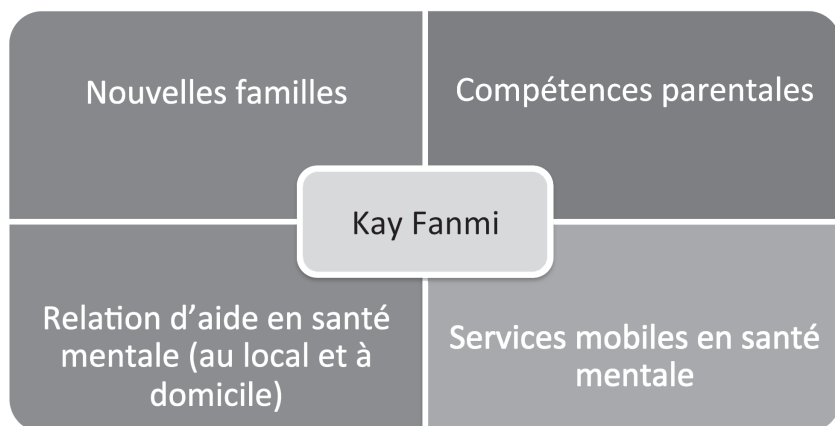


Figure 2 : Organisation des différents volets centrés autour de Kay Fanmi

chez les ACM de compétences transversales a établi un pont entre les différents volets, servant l'implantation de ceux-ci et la réalisation des tâches y associées. La supervision et la formation proposées à l'ensemble des ACM sont les garants de cette transversalité.

En conséquence, Kay Fanmi est devenu le guichet principal d'accès aux services et aux ACM, et les différentes facettes de la prévention et de l'intervention s'y rattachent directement, comme les visites préventives au domicile de nouvelles familles ciblées en fonction de leur vulnérabilité, et la formation de groupes de compétence parentale. En parallèle à cette programmation plus spécifique, Kay Fanmi est le lieu de consultation – à domicile ou dans les locaux de GROSAME GG – pour les différentes demandes se rapportant à la santé mentale et aux problématiques psychosociales.

Si les volets plus spécifiquement associés à la promotion de la santé mentale, soit Les amis de Zippy et La littératie, précédemment présentés, ne sont pas inclus dans le schéma de l'articulation des services, c'est qu'ils sont indépendants de ce guichet central, non seulement en lien avec le lieu où ils trouvent place, soit les écoles et la radio, mais surtout parce qu'ils se trouvent en périphérie de l'intervention directe structurée autour des demandes et des besoins de la population. Toutefois, le savoir tiré à la fois de la préparation des émissions radiophoniques et de la formation des professeurs dans les écoles ne saurait demeurer complètement étranger aux pratiques des ACM, lesquels sont, rappelons-le, à la fois impliqués dans ces volets spécifiques et dans ceux de Kay Fanmi.

Notons aussi que l'appellation «visites à domicile» a été modifiée, puisque cette pratique était déjà établie par plusieurs ACM de GROSAME GG. Le nouveau volet relatif au projet subventionné a donc été renommé «nouvelles familles», alors que les visites à domicile pourront perdurer au sein de la «relation d'aide en santé mentale» qui regroupe l'évaluation, l'intervention et la référence dans les locaux de GROSAME GG ou au domicile de la population servie.

Finalement, en discutant des besoins locaux avec les ACM, l'équipe de recherche en est venue à la conclusion que deux d'entre eux pourraient développer plus spécifiquement des «services mobiles». Il s'agirait pour eux d'aller vers la population dans les milieux publics dans le but de :

- faire connaître GROSAME GG et Kay Fanmi ;
- dépister des problématiques psychosociales ;
- progressivement, identifier les problématiques les plus prégnantes dans la région ;
- créer un lien de confiance, afin de référer la population vers les ressources pertinentes, incluant les services de Kay Fanmi.

Toutes ces adaptations démontrent bien que les services satellites offerts par Kay Fanmi devront être adaptés aux besoins du milieu et seront donc sujets à changement. En d'autres termes, malgré le fait que la pertinence du projet porte sur la violence familiale, le cœur du réseau de services communautaires en santé mentale, en parallèle avec tout le volet préventif, demeure Kay Fanmi.

Apport et limites du projet

Plusieurs caractéristiques de ce projet apparaissent garantes de succès ; d'abord, se rattacher à un regroupement existant depuis plusieurs années – ce qu'on explorera ci-dessous. Ensuite, le fait que ce groupe ait eu à créer un mode d'intervention qui lui est propre, quoiqu'influencé par les formations et la supervision reçues au fil des ans – cela sera aussi abordé dans les sections suivantes. Autre élément important de ce projet : l'accent mis sur le réseautage, soit le lien à établir avec les diverses formes de regroupements existants de citoyens, d'une part, et les services institutionnels de santé, les services communautaires, et les ONG, d'autre part. En outre, le modèle de la recherche-action participative était fondamental pour les chercheurs et pour les intervenants, puisqu'il permet d'intégrer à même l'implantation et le fonctionnement des services un mouvement d'aller-retour entre deux pays, de même qu'entre professionnels de la santé mentale et experts de la population locale. Ce lien constant entre deux univers est principalement porté par Fanel

Benjamin, le responsable local de la recherche qui assure la constance des canaux de communication.

Du reste, ce projet n'est pas exempt de défis. D'abord, il faudra établir des preuves suffisamment solides et convaincantes de sa pertinence pour obtenir les fonds nécessaires à la pérennité de GROSAME GG. Non seulement par une éventuelle phase II de la subvention de GDC, mais, surtout, par des investisseurs locaux et, si possible, par le ministère de la Santé et de la Population. Il est à noter que, même à l'heure actuelle, des fonds additionnels permettraient de soutenir davantage le projet. En effet, les intervenants ont rapidement constaté que, dans la demande de subvention, il existe toujours des besoins non répertoriés tels la promotion du projet, ou encore des collations à servir à l'occasion à la population lors d'ateliers de groupe. Notons que des intervenants montréalais travaillant avec une population en situation de grande précarité font de même afin de maximiser les bénéfices à retirer de l'intervention. Inutile de préciser combien la faim peut empêcher tout individu de travailler sur un autre aspect de sa problématique!

De plus, tout au long du projet, il faudra assurer l'adéquation aux besoins de la population, en maintenant les canaux ouverts non seulement en ce qui a trait aux besoins de formation et de supervision des ACM, mais également en compilant de diverses façons les demandes de la population servie. En ce sens, seront de précieux outils le fait de documenter les motifs de consultation de la population, l'approche outreach inhérente à l'équipe mobile, la compilation des SMS reçus au moment de la diffusion des émissions radiophoniques et le contenu (?) des groupes de discussion et sondages auprès de la population locale. Il y a donc toujours une possibilité de créer de nouveaux projets, et à plus court terme, d'ajuster les projets existants aux besoins de la population.

Un élément fondamental est le maintien de la motivation des ACM; ce faisant, le projet doit, malgré la subvention extérieure et les contraintes qui s'ensuivent, être ressenti avant tout comme le leur. De plus, les moyens financiers doivent correspondre à une charge de travail adéquate en fonction des besoins de chacun d'eux au plan de la subsistance. La formation et la supervision doivent être vécues comme stimulantes – et non comme un exercice foncièrement étranger à intégrer. Finalement, il faudra éventuellement former davantage d'ACM pour que les services perdurent.

Troisième partie : présentation du groupe, par le groupe

1. Présentation du coordonnateur de GROSAME

Membre fondateur de GROSAME GG, Jean Lucner Da est coordonnateur de cet organisme et ACM responsable du volet les Amis de Zippy et de l'équipe mobile. Il est actuellement responsable des communications et des relations publiques à l'Église Chrétienne de Chamette, et responsable d'un Réseau d'eau appelé REBOKADS (*rezo bon kalite dlo sous*). De 2010 à 2013, il a été technicien en eau potable et en assainissement à la Direction Nationale de l'Eau Potable et de l'Assainissement (DINEPA). Il est détenteur d'un diplôme en théologie à Haïti Arise. Actuellement, il étudie en sciences administratives.

Il a entretenu les chercheurs sur le groupe, son origine, ses membres et leur motivation, son fonctionnement, les stratégies pour augmenter la visibilité du groupe et les difficultés rencontrées.

Historique: l'origine du groupe et de ses membres

GROSAME a été créé à Grand-Goâve en août 2007, à la suite d'une invitation du Dr Frantz Raphaël adressée à Joseph Monthas Toussaint et à d'autres amis, tous de Grand-Goâve. Pendant la première rencontre, plusieurs sujets ont été abordés, notamment la question de la santé mentale. Ce concept nouveau pour une majorité d'entre les chercheurs et intervenants du projet, a capté l'attention de tous les participants qui se sont montrés intéressés au point de créer ipso facto un groupe dénommé: Groupe de santé mentale de Grand-Goâve (GROSAME GG).

Le groupe comptait à l'origine dix membres dont sept hommes et trois femmes qui, conscients des problèmes de leur communauté liés à la santé mentale, se sont engagés à travailler en vue d'apporter leur soutien à l'amélioration de la situation. Il faut noter que tous ces citoyens se rendaient déjà utiles dans la communauté, chacun ayant ses propres sphères d'activité: pasteurs, enseignants, cultivateurs, infirmières, chauffeur de taptap, électricien, commerçant, animateur d'émission radio-phonique, etc. Une belle équipe, donc, au service de la communauté.

La motivation des agents de changement du milieu (ACM)

Fraichement imprégnés du concept de santé mentale, conscients des problèmes qui y sont liés, et soucieux du bien-être de leur communauté, tous les membres du groupe des ACM ont fait preuve d'une motivation exceptionnelle. Ils ont reçu des formations en tant qu'aidants naturels, puis d'ACM, et se sont mis sans retenue au service de la communauté. Toutefois, il faut reconnaître qu'au fil des années, notamment après le

séisme dévastateur du 12 janvier 2010 – soit trois ans après la fondation du groupe –, un manque de motivation a été constaté chez presque tous les membres, au point que cinq d’entre eux ont décidé de quitter le groupe, certains pour des raisons d’ordre économique (ils s’attendaient à avoir une rémunération) et d’autres pour des raisons d’ordre personnel. Peu de temps après, néanmoins, plusieurs interventions faites auprès des ex-membres en vue de les remotiver ont porté fruit, et deux d’entre eux ont décidé de réintégrer le groupe. En juin 2011, lors d’une mission de l’équipe de GROSAME Québec à Grand-Goâve, une équipe sous-communale de trois membres a été formée. Aujourd’hui, le groupe compte de nouveau dix membres (toujours trois femmes et sept hommes); l’équipe semble s’être stabilisée.

Le fonctionnement du groupe

Depuis sa fondation, le fonctionnement du groupe s’établit selon la structure administrative suivante :

- le coordonnateur général coordonne l’ensemble des activités,
- le coordonnateur adjoint assiste le coordonnateur général dans ses fonctions,
- la trésorière,
- le secrétaire,
- et les autres membres ACM.

De plus, d’autres modules fonctionnent depuis déjà plusieurs années, de façon quasi autonome, sous la supervision du coordonnateur :

- GROSAME en ondes: une série d’émissions radiophoniques à travers lesquelles le groupe informe les gens de la communauté, incluant la ville de Grand-Goâve et les sections rurales, sur diverses thématiques relatives à la santé mentale;
- Kay Fanmi qui est un module d’intervention: les gens peuvent prendre rendez-vous de chez eux ou au local du groupe avec les ACM qui y travaillent.

Augmenter la visibilité du groupe

Dans le projet soumis pour subvention, on a prévu de renforcer les modules en place, en plus de développer de nouveaux volets et de donner la plus grande visibilité possible à GROSAME. Même si GROSAME en ondes et Kay Fanmi demeurent les deux piliers du projet, d’autres initiatives sont venues le consolider, tels les volets du projet financés par la TÉLUQ avec l’aide de GDC, mais aussi les rencontres avec des leaders communautaires: pasteurs, prêtres vodous, directeurs d’écoles, professeurs, associations de jeunes et de femmes, autorités locales (Conseils

d'administration des collectivités territoriales – CASEC et Assemblées des sections communales – ASEC), les responsables de médias, pour ne nommer que ceux-là.

Quelques difficultés rencontrées, et surmontées

Le groupe a fait face à d'énormes difficultés avant d'atteindre le fonctionnement actuel. L'un des problèmes majeurs a été celui des persécutions dont a été victime l'ex-coordonnateur, le Pasteur Wouillio Zamor, à cause de ses positions politiques. Par ailleurs, plusieurs demandes de financement avaient reçu des réponses négatives. Le groupe a dû attendre six longues années avant de voir sa dernière demande acceptée. Pendant tout ce temps, il a dû faire face à toutes sortes de problèmes internes : frustrations, incompréhension, découragement, désespoir, etc. Du reste, le plus important aujourd'hui est de pouvoir témoigner du fait que GROSAME, un projet qui, cette année, semble avoir pris son envol pour de bon !

2. Présentation du directeur de l'intervention clinique de GROSAME

Joseph Monthas Toussaint est agriculteur de formation. Membre fondateur de GGG, il est aussi responsable de l'intervention clinique et du programme de renforcement des compétences parentales. Il est détenteur de plusieurs certificats : gestion en exploitation agricole, éducation préscolaire, gestion d'une banque d'outils agricoles, gestion des risques et des désastres, animation, et gestion en technique de l'eau. Il a créé une organisation de Femmes nommée « La renaissance », et une organisation mixte dénommée ATEJEC (Association Têtes ensemble pour Janty changer). Il a une longue expérience de travail dans divers organismes internationaux dont le projet intégré Unicef et ministère des Affaires sociales (UNICEF/MAS – 1995-2001). Il est actuellement Animateur responsable pour la section grande colline de grand Gonâve.

Il a entretenu les participants du colloque sur les caractéristiques de l'intervention, la popularité croissante des services de GROSAME, le sentiment de compétence des ACM, les succès des interventions et les obstacles à celle-ci, et finalement, les besoins de la population au plan de la santé mentale.

Caractéristiques de l'intervention

L'intervention clinique consiste d'abord à déterminer le véritable problème des usagers. Pour ce faire, les ACM doivent établir une relation directe avec les usagers, le temps d'évaluer les problèmes présentés. Dans

certains cas, un suivi sera offert, si c'est pertinent, et dans d'autres cas, les usagers seront dirigés ailleurs si cela s'avère nécessaire.

Par ailleurs, les ACM interviennent en dyade, et ce mode d'intervention donne de bons résultats. Au près des membres du groupe, les usagers se sentent en famille et sont d'autant plus à l'aise de se confier, d'autant que leur est assurée toute la discrétion que ce travail exige.

La popularité des services de GROSAME

Il est remarquable qu'autrefois, les intervenants devaient aller vers les usagers, alors qu'aujourd'hui, des concitoyens se présentent au bureau spontanément, en fonction de leurs besoins.

Le sentiment de compétence des ACM

Au fil des formations offertes et avec l'expérience, le groupe est devenu de plus en plus expérimenté et attentif de manière véritable aux problèmes de santé mentale.

Les succès de l'intervention

Dans notre travail, certaines de nos interventions portent fruit. En voici un exemple :

Un jeune homme que le groupe a suivi a failli « perdre la tête » en raison d'une déception amoureuse : une fille l'avait quitté. Il a ensuite été abandonné par sa famille car il était devenu insupportable. Son petit frère, qui n'arrivait pas, lui non plus, à comprendre sa détresse, a commencé à le gifler. Il a d'abord consulté une église protestante, puis un Houngan⁹, mais malheureusement, aucun traitement n'a été amorcé. À la suite de l'évaluation et de l'intervention des ACM, il a pu être dirigé vers l'hôpital George Gauvin afin d'obtenir un traitement adéquat. Finalement, il a retrouvé toute sa lucidité et a retrouvé son état normal. Sa famille a d'ailleurs fait part de son appréciation au groupe.

Les obstacles à l'intervention

Parfois, les interventions ne donnent pas les résultats escomptés. Par exemple,

... dans une famille dont le couple s'est séparé avec tentative de partager les biens, l'intervention avait comme objectif de réconcilier le

9. Guérisseur.

couple pour le bien-être des enfants, mais la mère a refusé toute collaboration. Ainsi l'intervention a pris fin.

En fait, plusieurs difficultés auxquelles les ACM se voient confrontés sont liées à l'ignorance de la population concernant l'importance de la santé mentale. Culturellement, les Haïtiens ont toujours tendance à attribuer d'abord leurs problèmes à un fait diabolique ou à une croyance quelconque.

Les besoins de la population au plan de la santé mentale

Les besoins de la population de Grand-Goâve au plan de la santé mentale sont divers et en même temps tous liés. Ils prennent leur source dans le chômage et dans l'absence de services, qui entraînent à leur suite l'oisiveté, l'alcool, la drogue, les grossesses précoces et non désirées, la délinquance juvénile et la violence, parmi les problématiques les plus fréquentes. En ce sens, cette région d'Haïti a des besoins spécifiques en matière de santé mentale, tels que des mesures d'accompagnement et des ressources pour assurer la subsistance des personnes présentant ce type de problèmes : en effet, il est plus facile de vivre avec un handicap physique qu'avec un problème de la santé mentale.

3. Présentation du responsable de la recherche

Fanel Benjamin a fait ses études en Haïti et en France. Il a obtenu un diplôme d'École Normale Supérieure et un diplôme de psychologie à l'Université d'État d'Haïti. Il a étudié en France à l'Université Charles de Gaulle où il a obtenu son master en Psychologie clinique des interventions cognitives, comportementales, éducatives et sociales. Il s'est ensuite spécialisé en handicap, troubles du développement et des apprentissages. Aujourd'hui il partage son temps entre l'enseignement, la clinique et la recherche.

Il a entretenu les participants des caractéristiques d'un devis de recherche-action, de la récente amorce du projet, de la façon de cibler la santé mentale, et de l'accent mis sur l'accessibilité et la continuité des soins offerts à la population.

Une recherche-action

Il est important de préciser davantage le concept de recherche-action, inhérent au projet. La recherche-action est une démarche de recherche fondamentale dans les sciences de l'homme, qui naît de la rencontre entre une volonté de changement et une intention de recherche. Elle poursuit un double objectif qui consiste à réussir un projet de changement

délibéré et, ce faisant, à faire avancer les connaissances fondamentales dans les sciences de l'homme. Elle s'appuie sur un travail conjoint entre toutes les personnes concernées. Elle se développe au sein d'un cadre éthique négocié et accepté par tous (Lewin, 1947).

Quatre éléments fondamentaux se trouvent dans ce type de recherche (Liu, 1992) :

- la rencontre entre l'intention de recherche (chercheurs) et la volonté de changement (« usagers », ici les ACM) ;
- le double objectif : résoudre le problème des usagers et faire avancer les objectifs fondamentaux ;
- le travail conjoint entre chercheurs et usagers ;
- le cadre éthique négocié et accepté.

L'amorce du projet

L'amorce du présent projet est surtout marquée par la volonté de travailler collectivement, partagée par les différents partenaires, et l'élaboration et la négociation des différents contrats. Les partenaires locaux (ACM) et internationaux (chercheurs) tiennent des réunions régulières pour analyser la démarche et s'entendre sur des méthodes.

La place de la santé mentale

Dans la constitution de l'OMS, il est écrit que « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » Plus précisément, la santé mentale est définie comme « un état de bien-être permettant à l'individu de réaliser ses potentialités, de faire face au stress normal de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux, et d'apporter une contribution à la communauté dans laquelle il vit. » (OMS, 2004).

Le présent projet s'inscrit dans cette conception de la santé mentale aux multiples facettes, dont l'accomplissement de soi, l'adaptation aux difficultés de la vie, et l'inscription dans la société. Par conséquent, les activités proposées par notre projet vont toucher non seulement l'évaluation, la prise en charge et la référence, face à des troubles mentaux et des problématiques psychosociales avérées, mais aussi la prévention et la promotion dans le but de soutenir un mieux-être dans la population.

Accessibilité et travail de réseautage

Devant l'augmentation de l'incidence des troubles de santé mentale provoquée par le tremblement de terre, il y a la nécessité d'augmenter les services de soins et de les rendre accessibles (Raphaël, 2013). Raphaël (2013) propose un modèle à trois niveaux pour augmenter les services

de soins en santé mentale et les rendre accessibles à toute la population, que ce soit en milieu urbain ou en milieu rural. Dans le premier niveau, il préconise la création de services de santé mentale dans les Unités Communales de Soins (UCS), dans les organismes communautaires et dans les ONG. Le deuxième niveau renvoie à la mise en place des services de santé mentale dans les hôpitaux généraux. Enfin, la troisième ligne tient aux structures psychiatriques spécialisées; il n'y en a aujourd'hui que deux dans le pays pour toute la population.

Dans cette optique, le projet s'inscrit essentiellement au premier niveau, et en plus du travail des ACM, il s'agit de contacter et d'intégrer toutes les institutions locales qui peuvent avoir un impact sur le bien-être des citoyens. Cela justifie l'importance accordée dès les débuts du projet à la constitution d'un répertoire des ressources de la communauté.

Pour ce faire, il fallait tenir compte de toutes les structures: celles qui ont une implication directe dans le système haïtien de santé mentale et celles dont l'impact est moins visible. En effet, en Haïti, lorsqu'on parle de santé mentale, on inclut d'emblée la médecine traditionnelle et la religion. Les praticiens traditionnels (*houngan, mambo, medsen fèy*, guérisseurs protestants) prodiguent leurs soins à une quantité importante de la population (IESM-OSM, 2011).

À l'heure actuelle, on a répertorié dans la région métropolitaine de Grand-Goàve:

- 5 ONG;
- 7 médias;
- 5 structures de santé;
- 13 églises;
- 13 houngans;
- 8 associations locales.

Ce travail de réseautage se poursuit, de façon concomitante avec l'entrée en fonction progressive des différents volets du projet de la TÉLUQ financé par GDC.

Références bibliographiques

- CLÉMENT, M.E., CÔTÉ, K., IASEZA, I., 2004, Que retenir de l'implantation et de l'efficacité du programme « Éduquons nos enfants sans corrections physiques »?, *Défi jeunesse*, vol. XI, n° 1, 8-13.
- DESJARDINS, N. et al., 2008, *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, INSPQ, Québec.
- DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, 2008, *Programme national de santé publique 2003-2012*, MSSS, Québec.

- DUPERRÉ, M., 2010, *La participation citoyenne dans les entreprises d'économie sociale en santé mentale*, CRIDÉS, Québec
- IESM-OSM, 2011, *Rapport sur le système de santé mentale en Haïti*, OMS, Haïti.
- LECOMTE, Y., 2010, Se rencontrer pour s'entraider, *Revue haïtienne de santé mentale*, n° 1, 9-12.
- LECOMTE, Y, RAPHAËL, F, 2010, Plaidoyer pour une politique de santé mentale en Haïti (un projet de société), *Revue haïtienne de santé mentale*, n° 1, 43-66.
- LIU, M., 1992, Présentation de la recherche-action : définitions, déroulement et résultats, *Revue Internationale de systémique*, 6, n° 4, 293-311.
- OMS, 2004, *Investir dans la santé mentale*, Genève.
- RAPHAËL, F., 2013, Santé mentale pour une nouvelle Haïti : de l'accessibilité aux services à l'adéquation des soins, *Revue haïtienne de santé mentale*, n° 4, 189-208.