Document généré le 19 avr. 2024 13:55

Santé mentale au Québec

Culture et santé mentale en Haïti : une revue de littérature
Culture and Mental Health in Haiti : A Literature Review
Cultura y salud mental en Haití: una reseña de la literatura
Cultura e saúde mental no Haiti: uma revisão da literatura

Andrena Pierre, Pierre Minn, Carlo Sterlin, Pascale C. Annoual, Annie Jaimes, Frantz Raphaël, Eugene Raikhel, Rob Whitley, Cécile Rousseau et Laurence J. Kirmayer

Volume 35, numéro 1, printemps 2010

URI : https://id.erudit.org/iderudit/044797ar
DOI : https://doi.org/10.7202/044797ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)
1708-3923 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Pierre, A., Minn, P., Sterlin, C., Annoual, P. C., Jaimes, A., Raphaël, F., Raikhel, E., Whitley, R., Rousseau, C. & Kirmayer, L. J. (2010). Culture et santé mentale en Haïti : une revue de littérature. *Santé mentale au Québec*, *35*(1), 13–47. https://doi.org/10.7202/044797ar

Résumé de l'article

Cet article passe en revue et résume l'ensemble de la littérature sur la santé mentale et les services de santé mentale en Haïti. Ce compte rendu a été rédigé à la suite du tremblement de terre qui a frappé Haïti en janvier 2010. Nous avons effectué des recherches dans Medline, Google Scholar et d'autres bases de données disponibles en vue de recueillir la littérature scientifique pertinente sur la santé mentale en Haïti. La consultation d'ouvrages de référence et de la littérature grise sur Haïti a complété les recherches. La première partie décrit les principales données historiques, économiques, sociologiques et anthropologiques qui permettent de comprendre sommairement Haïti et sa population. La démographie, la structure familiale, l'économie haïtienne et la religion y sont abordées. La deuxième partie est axée sur la santé mentale et les services de santé mentale. L'épidémiologie élémentaire des maladies mentales, les croyances au sujet des maladies mentales, les modèles explicatifs, les idiomes de détresse, les comportements de recherche d'aide, la configuration des services de santé mentale et l'étude des relations entre la religion et la santé mentale y sont examinés.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 2010

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Culture et santé mentale en Haïti : une revue de littérature*

Andrena Pierre
Pierre Minn
Carlo Sterlin
Pascale C. Annoual
Annie Jaimes
Frantz Raphaël
Eugene Raikhel
Rob Whitley
Cécile Rousseau
Laurence J. Kirmayer**

Cet article passe en revue et résume l'ensemble de la littérature sur la santé mentale et les services de santé mentale en Haïti. Ce compte rendu a été rédigé à la suite du tremblement de terre qui a frappé Haïti en janvier 2010. Nous avons effectué des recherches dans Medline, Google Scholar et d'autres bases de données disponibles en vue de recueillir la littérature scientifique pertinente sur la santé mentale en Haïti. La consultation d'ouvrages de référence et de la littérature grise sur Haïti a complété les recherches. La première partie décrit les principales données historiques, économiques, sociologiques et anthropologiques qui permettent de comprendre sommairement Haïti et sa population. La démographie, la structure familiale, l'économie haïtienne et la religion y sont abordées. La deuxième partie est axée sur la santé mentale et les services de santé mentale. L'épidémiologie élémentaire des maladies mentales, les croyances au sujet des maladies mentales, les modèles explicatifs, les idiomes de détresse, les comportements de recherche d'aide, la configuration des services de santé mentale et l'étude des relations entre la religion et la santé mentale y sont examinés.

* La version originale de cet article intitulé « Culture and Mental Health : A Literature Review », est d'abord parue dans le volume *Santé mentale en Haïti*, printemps 2010 avec l'autorisation de l'OMS qui nous a permis de reproduire sa version française. Ce document a été commandé par l'OMS après le tremblement de terre qui a frappé Haïti en janvier 2010.

** Unité de recherche sur la culture et la santé mentale, Département de psychiatrie, Hôpital général juif, Montréal ; Division de psychiatrie sociale et interculturelle ; Département de psychiatrie, Université McGill.

Préface

À la demande du Département Santé mentale et abus de substances de l'Organisation mondiale de la santé, nous avons préparé un bref examen systématique de la littérature en langue anglaise et française sur la santé mentale en Haïti. Cette étude se concentre sur les croyances les plus importantes, le comportement de recherche d'aide, l'utilisation des services ainsi que les ressources formelles et informelles pour la santé mentale. Nous espérons que ce rapport pourra fournir des informations utiles aux personnes qui ne sont pas familières avec la réalité haïtienne et qui aspirent à améliorer les services de santé mentale en Haïti.

Ce travail a été réalisé par une équipe constituée spécifiquement à cette fin en concertation avec un réseau de cliniciens, d'étudiants et de collègues, coordonné par le Service de consultation culturelle de l'Hôpital général juif de Montréal. Nous tenons à remercier les nombreuses personnes qui ont si généreusement contribué en offrant leur temps et leur expertise : Kay Berckmans, Antonella Clerici et Teodora Constantinescu qui ont aidé à repérer les ouvrages ; Pascale C. Annoual, Annie Jaimes, Aidan Jeffery, Myrna Lashley, Pierre Minn, Luisa Molino, et Andrena Pierre qui ont examiné les ouvrages et rédigé les ébauches du texte ; les docteurs Carlo Sterlin, Frantz Raphaël, Cécile Rousseau, Yves Lecomte, Danielle Groleau et Mark van Ommeren, qui ont également corrigé et peaufiné le texte ; et les docteurs Eugene Raikhel et Rob Whitley qui ont corrigé les versions préliminaires. En plus d'avoir coordonné le projet, Laurence Kirmayer a examiné la littérature et révisé le manuscrit final. La réalisation de ce rapport sur une période si brève, a exigé un effort concerté et tous les auteurs ont travaillé vigoureusement dans l'espoir d'apporter une contribution aux efforts de secours en cours et au défi à long terme du renforcement des services de santé mentale en Haïti.

Laurence J. Kirmayer, M.D.

Montréal, le 2 février 2010

1. INTRODUCTION

Approche

Le 12 janvier 2010, Haïti a connu un tremblement de terre dévastateur. D'une magnitude de 7,0 sur l'échelle de Richter, le tremblement de terre a été suivi par de nombreuses répliques puissantes. L'épicentre du séisme se trouvait à proximité des zones les plus densément peuplées d'Haïti, y compris la capitale, qui est aussi la plus grande ville du pays, Port-au-Prince. On estime que près de 200 000

personnes ont perdu la vie et que des milliers d'autres ont été blessées. Par ailleurs, environ 250 000 immeubles, en grande partie résidentiels, se sont effondrés et de nombreuses personnes se sont retrouvées soudainement sans abri. De nombreux hôpitaux et écoles se sont effondrés pendant le tremblement de terre. Des bâtiments officiels et commerciaux, et des infrastructures ont aussi été lourdement endommagés ou détruits. Même avant cette catastrophe, Haïti était caractérisé par un manque d'infrastructures et une pauvreté omniprésente. Aujourd'hui, il doit affronter le défi de la reconstruction après avoir subi des pertes considérables et d'importants traumatismes.

Les gouvernements, les ONG et les organisations internationales comme l'Organisation mondiale de la santé participent aux actions humanitaires en cours en réponse à la catastrophe. Cette réponse inclut le déploiement d'équipes médicales et de travailleurs humanitaires qui tentent de répondre aux multiples besoins de santé de la population haïtienne. Ce rapport se veut une contribution à ces efforts en tentant de résumer les connaissances sur la santé mentale et les services de santé mentale en Haïti. Cela inclut un examen de la littérature et des renseignements sur les données épidémiologiques de base, les croyances au sujet des maladies mentales, les modèles explicatifs, les idiomes de détresse, les comportements de recherche d'aide, la configuration des services de santé mentale ainsi que l'examen de la relation entre la religion et la santé mentale. Nous espérons que ce rapport pourra contribuer à court, moyen et long terme aux efforts d'amélioration des soins de santé mentale et des services de santé mentale en Haïti en exposant les problèmes sociaux et culturels pertinents pour les soins de santé mentale dans ce pays.

Stratégie de recherche

Étant donné l'urgence de ce rapport, nous avons effectué les recherches en consultant les principales bases de données médicales et psychologiques (MedLine, PsychLit) afin de recueillir l'information pertinente. Nous nous sommes basés sur Medline et nous avons complété nos recherches à l'aide de Google Scholar de manière à recenser les principaux ouvrages et la littérature grise concernant Haïti. Les termes de recherche ont été les suivants, en sélectionnant les opérateurs booléens appropriés : Haïti*, santé mentale, maladie mentale, psychiatrie, psychologie. L'équipe de travail multidisciplinaire qui a collaboré au présent document inclut

des praticiens de santé mentale d'Haïti et d'autres personnes connaissant la région qui ont identifié des ressources supplémentaires. Nous avons également effectué des recherches manuelles des principaux ouvrages et documents sur les listes de référence de manière à identifier des articles pertinents à la santé mentale en Haïti. Nous avons inclus tant la documentation anglaise que française. Cette recherche a été menée durant le mois de janvier 2010.

2. Contexte socioculturel

Histoire d'Haïti

Haïti est situé dans la mer des Caraïbes, à environ 965 kilomètres de la Floride. Elle occupe environ un tiers de l'île connue sous le nom d'Hispaniola, la République dominicaine occupant les deux autres tiers. Avant 1492, l'île était habitée par des indiens Taïnos ou Arawak. Le premier contact avec le monde européen a eu lieu en 1492 lorsque Christophe Colomb accosta sur l'île. L'île fut progressivement colonisée par les colons espagnols qui ont mis en place une économie basée sur la culture de la canne à sucre. Ils ont asservi les populations indigènes qui ont finalement péri en tant que peuple pour cause de maltraitance et de surmenage dans les plantations, et suite à des maladies infectieuses (Dash, 2001). Les tentatives visant à remplacer les Taïno et les Arawak par les peuples autochtones du Nicaragua ont échoué en raison des décès, des rébellions et des évasions. Au fur et à mesure que progressait l'économie des plantations et que périssaient les autochtones, les besoins en main-d'œuvre s'accentuaient. Pour leur main-d'œuvre dans les plantations, les Espagnols se sont tournés vers le commerce d'esclaves outre-Atlantique. Des commerçants français et des planteurs ont également commencé à s'installer sur l'île, donnant lieu à des revendications contradictoires de l'Europe sur l'île d'Hispaniola, en particulier entre la France et l'Espagne. En 1697, l'île a été divisée et la partie occidentale (aujourd'hui Haïti) est passée sous administration française et elle a été rebaptisée Saint-Domingue. Au fil du temps, la colonie devint l'une des plus riches de France en lui procurant au moins le deux-tiers de son commerce outre-mer.

Haïti a été la première république noire, le premier pays où les esclaves ont lutté contre leurs maîtres coloniaux et la première à déclarer son indépendance en 1804 (reconnue officiellement par la France). Cette victoire continue d'être source d'espoir, de fierté, d'encouragement et de motivation pour les Haïtiens et d'autres. Toutefois, pendant ses

premières années, la souveraineté d'Haïti n'a été reconnue ni par l'Église catholique ni par les pays qui contrôlaient le commerce à travers l'Atlantique, y compris les États-Unis, la France et l'Espagne. Malgré ces défis, Haïti a grandi et prospéré au XIX^e^ siècle. Cependant, les forces intérieures et extérieures qui se sont combinées au cours du XX^e^ siècle ont fini par miner les libertés durement acquises par Haïti. Les gouvernements et les investisseurs étrangers ont exploité sa position fragile pour maximiser leurs profits et échanges. En Haïti, l'instabilité politique, la mauvaise gestion, la corruption et l'oppression ont contribué à la souffrance collective et au sous-développement.

Démographie et diversité

Haïti possède une population de plus de neuf millions d'habitants qui se développe à un rythme de 2,2 % par an. En 2003, près de 60 % de la population vivait dans les zones rurales (*Caribbean Country Management Unit*, 2006). La population du pays est jeune, environ 50 % des habitants étant âgés de moins de 20 ans. Environ 51 % de la population est célibataire et 44 % des habitants sont mariés ou vivent en union libre.

Le créole et le français sont les langues officielles d'Haïti, mais le français est écrit, parlé et compris par seulement environ 20 % de la population, principalement l'élite et les classes moyennes urbaines. Pour la plupart des habitants, le créole haïtien (Kreyòl) est la langue maternelle. Le vocabulaire *kreyòl* est essentiellement d'inspiration française, mais comprend également des termes d'origine africaine et empruntés à la langue des Arawak, à l'espagnol et, de plus en plus, à l'anglais.

Haïti est marqué par une puissante hiérarchie de classes basée sur l'éducation, la langue, l'aisance économique et la culture (Desrosiers et Fleurose, 2002). Valdman (1984) soutient que la langue française a agi principalement comme un « filtre social » en Haïti, en limitant l'accès aux espaces de pouvoir politique, économique et social. À l'instar de plusieurs autres pays des Caraïbes, de par l'héritage colonial et l'esclavage, Haïti possède également une ample stratification (et discrimination) sociale basée sur la couleur de la peau (Trouillot, 1990). Les personnes ayant la peau plus claire sont plus susceptibles de faire partie de l'élite et du statu quo socio-économique. Au contraire, les personnes ayant la peau foncée sont plus susceptibles d'appartenir aux groupes socio-économiques des plus démunis et d'être davantage marginalisées.

En termes de scolarisation, 72 % de la population ne possèdent qu'un niveau de scolarité primaire. Seulement 1 % de la population détient un niveau de scolarité universitaire. On observe un faible taux

d'alphabétisation. Environ 80 % des habitants des zones rurales et 47 % des habitants des centres urbains sont incapables de lire le français. L'État joue un rôle mineur dans l'éducation. Dans l'ensemble, 92 % des écoles sont des établissements d'enseignement non publics et environ 82 % des élèves d'âge scolaire primaire et secondaire fréquentent des écoles privées. Les meilleures écoles sont privées et réservées à l'élite, étant accessibles qu'à un petit segment de la population (*Caribbean Country Management Unit*, 2006).

Contexte économique et structure sociale

Selon l'indice de développement humain, Haïti se classe 154e sur 177 pays. Il s'agit du plus bas niveau de l'hémisphère occidental. En 2008, le PIB par habitant a été estimé à 717 $ (*Division statistique des Nations unies*, 2009). L'inégalité des revenus est extrêmement élevée. Par exemple, en 2001, le coefficient de Gini (mesure de l'inégalité des revenus) était de 0,66, l'un des plus élevés au monde. Près de la moitié de la population vit dans une extrême pauvreté. Le taux de chômage est également très élevé, atteignant 49 % dans les zones métropolitaines, 37 % dans les zones semi-urbaines, alors qu'il se chiffre à 36 % dans les zones rurales.

La population rurale dépend de l'agriculture et de la production agricole. La plupart des maisons n'ont pas l'eau courante. Les résidents des zones rurales n'ont généralement pas accès aux installations et aux services de base. Par exemple, seulement 10 % de la population rurale a accès à l'électricité, comparativement à environ 91 % dans les zones métropolitaines (Verner et Edset, 2007). Les quelques hôpitaux financés par l'État sont situés dans les villes et les grands villages. En termes de sécurité, les zones rurales sont calmes et se caractérisent par des niveaux élevés de cohésion sociale. Les personnes vivant dans les zones rurales peuvent se sentir plus en sécurité dans leur vie quotidienne que les habitants des milieux urbains qui sont confrontés à des niveaux beaucoup plus élevés de criminalité et de violence (*Caribbean Country Management Unit*, 2006).

Au cours des dernières années, l'amélioration des moyens d'existence a reposé sur trois stratégies communes : (i) la mobilisation d'actifs tels que bovins ou aliments qui peuvent être commercialisés suivant une catastrophe naturelle ou lors d'une crise économique, (ii) l'accès aux marchés du travail et aux infrastructures qui peuvent générer des revenus, et (iii) la capacité de migrer vers la capitale (plus de 75 000 migrants par an) ou vers les pays industrialisés (*Caribbean Country Management Unit*, 2006).

Étant donné la situation politique et économique du pays, un grand nombre d'Haïtiens ont migré vers le Canada et les États-Unis à la recherche d'une vie meilleure et du progrès économique (Gopaul-McNicol et al., 1998). Au moins 500 000 Haïtiens habitent aux États-Unis, principalement à New York, Boston, Miami et dans des villes côtières du Texas et de la Louisiane (Miller, 2000). On compte également près de 100 000 Haïtiens à Montréal. Un plus petit nombre d'Haïtiens a émigré vers des pays comme la France ou d'autres nations insulaires des Caraïbes. Environ 30 % des ménages haïtiens (jusqu'à 44 % des ménages de régions métropolitaines) ont des parents vivant dans des pays à revenu élevé (*Caribbean Country Management Unit*, 2006). La diaspora envoie plus de 800 millions de dollars américains par an à la famille et aux amis vivant en Haïti.

Relations familiales et entre les sexes

Craan (2002) souligne la grande importance de la famille dans la société haïtienne qui est renforcée en période de stress et de difficultés. La famille en Haïti est élastique et étendue. Elle comprend généralement un grand réseau de parents, voisins et amis (Dauphin, 2002).

Dans les zones rurales d'Haïti, la famille est organisée autour du *lakou* (la cour) dans lequel des groupes de la famille élargie forment une communauté solidaire partageant une cour commune. Le travail et les soins aux enfants sont répartis entre les familles qui partagent la cour. Les familles urbaines sont décrites comme moins solidaires, sauf dans les bidonvilles où les *lakous* sont nombreux. Dans les centres urbains, les familles de classe moyenne sont organisées autour d'un modèle combinant des éléments haïtiens et anglo-saxons. Quoique l'autorité soit censée être détenue par le père, qui est souvent absent, la mère reste le *potomitan*, le pilier central de la famille. En général, les mères ont la responsabilité de la vie spirituelle et émotionnelle de la famille, les pères étant responsables des finances, même si les mères prennent soin des détails (Bijoux, 1990, 31). Les chefs de ménages féminins sont très fréquents, particulièrement dans les zones urbaines (Magloire, 2008). Au cours des dernières années, les pressions de la pauvreté ont perturbé le système du *lakou*, laissant de nombreuses familles sans le soutien ni le partage des responsabilités parentales offertes par le *lakou* (Edmond et al., 2007).

Les unions libres (« *viv avek* » ou « *plasaj* ») sont les modèles conjugaux les plus répandus. Le plasaj se réfère à un système dans lequel un homme peut avoir plusieurs épouses en union libre et se doit de subvenir aux besoins de chacune d'entre elles et de chaque enfant né

de ces unions. Toutefois, le mariage religieux et civil est toujours considéré comme la forme la plus prestigieuse d'union (N'Zengou-Tayou, 1998). Selon Danièle Magloire, qui dirige une organisation des droits des femmes à Port-au-Prince :

> « En Haïti, la vaste majorité des familles sont caractérisées par des unions coutumières *viv avèk* [vivre avec] et par des mères célibataires. Les conditions de vie de ces familles sont souvent très difficiles, surtout lorsque le père refuse de prendre la responsabilité [financière] de ses enfants. En outre, une importante proportion d'enfants nés de père inconnu [ou non déclaré], pose un sérieux problème aux niveaux social et filial. Le statut *viv avèk* a également des conséquences sur le nombre d'enfants (entre 5 et 7 par femme) et dans [la propagation de] l'épidémie du sida… Dans le système matrifocal des familles haïtiennes, étant donné le contexte économique du pays, les femmes assument plusieurs fonctions essentielles, mais elles sont confrontées à une discrimination importante sur les plans économique, juridique et éducatif. » (Jaimes et al., 2008).

Les rôles sont bien définis au sein des couples : les femmes sont responsables des achats au marché, de la gestion du budget familial, de la préparation des aliments et des soins aux enfants. Généralement, les hommes sont responsables des travaux agricoles pour subvenir aux besoins alimentaires de la famille et ils assurent la réparation et l'entretien de la maison (Miller, 2000). Il existe différents degrés de statut pour les femmes, de *fanm mariye* (épouse), à *fanm kay* (femme de maison) ou *fanm jaden* (femme de jardin). Les femmes d'origine rurale qui ont émigré vers les villes constituent l'un des groupes les plus marginalisés de la société. Beaucoup se retrouvent au chômage, sont mères célibataires et finissent par vivre dans les bidonvilles de Port-au-Prince, Cap-Haïtien et Gonaïves. Les mères célibataires ont parfois recours à des échanges sexuels rémunérés ou à d'autres types d'activités pour subvenir aux besoins de leur famille. Elles peuvent également devenir vendeuses d'objets et de nourriture dans la rue (Bell, 2001).

Les parents âgés sont très respectés et souvent pris en charge par leurs enfants ou leurs proches. Si trois générations ou plus vivent dans la maison, le pouvoir et l'autorité s'exercent généralement selon l'ordre suivant : les grands-parents, le père, la mère, l'aîné des enfants et ainsi de suite. La plupart des Haïtiens n'ont pas de pension de vieillesse, d'épargne ni de sécurité sociale. Leurs enfants sont leur source de sécurité sociale (*Caribbean Country Management Unit*, 2006). Ceci est illustré par le proverbe « *Timoun se richès malere* » (les enfants sont la richesse des pauvres).

Les enfants sont élevés dans une grande discipline, et la correction physique est souvent utilisée dans les ménages haïtiens. Lorsque des

enfants violent les règles ou désobéissent, les châtiments corporels comme la fessée, les coups de bâtons ou de ceinture sont considérés comme une forme acceptable de punition. Dans les familles à moyen et à faible revenu, l'éducation des enfants est partagée entre les parents, les frères et les sœurs aînés. Les garçons ont souvent plus de reconnaissance que les filles (Gopaul-McNicol et al., 1998).

Les personnes qui migrent confient souvent la garde de leur enfant à un membre de la famille ou un ami. Une autre pratique très répandue dans les familles rurales pauvres, et cela essentiellement pour des raisons économiques, est de « donner » son enfant à des familles d'accueil dans l'espoir que la progéniture puisse avoir un meilleur accès à la nourriture, au logement et à l'éducation. Ces jeunes, appelés « *restavèk* » (rester avec), deviennent souvent des aides ménagers non rémunérés et sont particulièrement vulnérables à l'exploitation et plus susceptibles de subir des niveaux élevés de violence physique et d'agressions sexuelles (Jaimes et al., 2008).

Religion

La religion joue un rôle crucial dans toutes les sphères de la vie haïtienne, y compris la politique, la morale et la santé (Corten, 2000 ; Hurbon, 2004). Haïti se caractérise par la diversité religieuse, notamment : le catholicisme, le vaudou (qui combine les traditions d'Afrique de l'Ouest et du catholicisme), ainsi que diverses traditions protestantes. Le catholicisme, le vaudou et les confessions protestantes ont évolué en Haïti, interagissant les uns avec les autres et partageant des éléments symboliques clés (Brodwin, 1992, 1996). Aucune religion ne peut être comprise sans prendre en compte les autres (Hurbon, 2001a). Étant donné que les traditions catholique et protestante sont mieux connues des non haïtiens, cette section se penchera d'avantage sur le vaudou.

Le vaudou est très répandu en Haïti et il est pratiqué par la majorité, y compris chez les Haïtiens qui se considèrent catholiques et, dans une moindre mesure, chez les protestants (Métraux, 1958). Le nom « vaudou » vient du mot *fon* qui signifie esprit. Le Code Noir édicté par Louis XIV en 1685 rend obligatoire la conversion des esclaves au catholicisme. Dans un effort pour cacher les pratiques religieuses interdites, les esclaves ont identifié leurs divinités africaines aux saints de l'Église catholique. Les esclaves pouvaient alors faire croire à une stricte adhésion au catholicisme tout en conservant des aspects de leur religion ouest-africaine, ce qui s'est concrétisé dans le vaudou (Hurbon, 2008).

En 1860, partiellement en réponse à l'arrivée du protestantisme et de la franc-maçonnerie en Haïti, Rome a conclu un concordat et un

évêque fut consacré à Port-au-Prince. Le catholicisme est devenu la religion officielle de l'État. Quoique la répartition réelle de l'appartenance et de la pratique religieuse soit difficile à déterminer, il est généralement admis que 80 % de la population se définissent comme catholiques et 20 % comme protestantes (Gopaul-McNicol et al., 1998). Les confessions protestantes augmentent partout en Haïti. Tant les protestants que les catholiques orthodoxes sont moins enclins à pratiquer le vaudou. Les personnes de classe inférieure sont plus susceptibles d'adhérer aux croyances et aux pratiques associées au vaudou. Toutefois, en période de grande crise personnelle ou collective, les membres des classes supérieures et moyennes peuvent également se tourner vers le vaudou à la recherche d'aide, et en particulier lorsque les causes du malheur ne sont pas claires. De nombreuses personnes peuvent de temps en temps danser ou chanter des chansons vaudous simplement pour puiser la force dans la musique.

Le vaudou n'est pas un système religieux homogène, il existe une grande diversité régionale sur le plan de la croyance et de la pratique (Najman, 2008). La plupart des personnes qui pratiquent le vaudou ou qui « servent les esprits » ne parlent pas ouvertement du sujet avec des inconnus, des cliniciens ou d'autres personnes étrangères à la tradition. Bien que les connaissances et les attitudes individuelles varient selon l'éducation et l'appartenance religieuse de la plupart des Haïtiens, et cela indépendamment de leur identité, le vaudou constitue leur acquis culturel.

Le vaudou n'est pas seulement une religion, il est également un système de soins de santé, qui inclut des pratiques de guérison, la promotion de la santé et la prévention des maladies ainsi que la promotion du bien-être personnel (Augustin, 1999). Le vaudou fournit des informations sur la manière de promouvoir, prévenir et traiter les problèmes de santé, grâce à des théories sur la maladie, des interventions de traitement, et des prescriptions pour le comportement qui sont conformes à d'autres modèles explicatifs largement répandus (Vornarx, 2008, 182). Dans le vaudou, un premier niveau d'interprétation de la maladie repose sur la nécessité d'établir une relation harmonieuse avec le monde des esprits des ancêtres. Un deuxième niveau se rapporte au rôle des attaques magiques ou de sorcellerie où la personne malade est victime d'un sort. Selon les explications causales du vaudou, la santé et la maladie d'une personne dépendent de sa relation à la tradition et de la place qu'elle occupe dans l'ordre social et moral, et dans un univers plus vaste constitué d'êtres comprenant aussi les ancêtres et les dieux.

En Haïti, les dieux ou divinités africaines sont appelés *lwa-s* (*loas*) et ils représentent l'esprit des ancêtres africains, des membres décédés de la famille et des figures bibliques. Les *lwa-s* sont considérés comme des anges gardiens. Ils peuvent protéger le dévot contre la malédiction d'un ennemi et peuvent être appelés à la rescousse en temps de détresse pour fournir une orientation ou pour modifier une situation (Fleurose et Desrosiers, 2002). Pour s'exprimer, les *lwa-s* peuvent habiter le corps d'une personne et c'est ce qu'on appelle la possession. Les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'être possédées (Desrosiers et Fleurose, 2002 ; Miller, 2000). Lorsqu'elle est possédée, la personne peut initialement sembler perdre conscience puis tomber au sol en se tordant et en gémissant. Une fois que la personne a repris conscience, le *lwa* peut l'utiliser pour communiquer avec les autres personnes présentes. Quoique les *lwa-s* puissent être des freins contre le stress, ils peuvent également être une cause de stress. Si une personne ne plaît pas aux *lwa-s*, ces derniers peuvent riposter en provoquant le malheur, une mauvaise santé physique et une maladie mentale (Desrosiers et Fleurose, 2002).

Dans le vaudou, l'*oungan* (prêtre vaudou) et la *manbo* (prêtresse vaudoue) possèdent les connaissances traditionnelles. Ils sont puissants et très respectés par la communauté. Le *bòkò* est considéré comme un magicien professionnel qui peut acheter des esprits pour envoyer des malédictions, transmettre des sorts maléfiques et aider quelqu'un à atteindre des objectifs personnels. Farmer (1990) a constaté que les informateurs protestants, catholiques et vaudouisants reconnaissent tous la possibilité que la maladie et le malheur puissent être « envoyés ». Étant donné que son propre ennemi peut utiliser le surnaturel pour nuire, le vaudou peut contribuer à alimenter un sentiment de méfiance à l'égard des autres, mais il est également reconnu comme un système de soutien pour de nombreux Haïtiens qui vivent sans soins de santé formels (Desrosiers et Fleurose, 2002 ; Gopaul-McNicol et al., 1998).

Selon Brown (1989, 1991), le vaudou est basé sur une vision de la vie où l'on donne aux individus une identité, une force et une sécurité dans un monde dangereux en les reliant à d'autres êtres humains, ainsi qu'aux esprits et aux ancêtres. Pour cette raison, les perturbations de santé ou la chance sont un signe que les relations ont été perturbées et qu'elles peuvent avoir besoin d'être réparées. Les rituels vaudous guérissent les personnes et les groupes « en exerçant, en renforçant et en raccommodant les relations entre les vivants, les morts, et les esprits » (Brown, 1991, 346). Le seul moyen de contrôler la santé et la chance est en « soignant et nourrissant la famille, au sens large des termes »

(Brown, 1991, 346). Pour cette raison, les rituels vaudous impliquent généralement le fait de nourrir et prendre soin des esprits des ancêtres. Les rituels vaudous agissent simultanément sur le corps physique malade/le soi et sur une plus large collectivité d'humains (Augustin, 1999).

Dans son ouvrage sur le vaudou haïtien, Deren (1983) décrit le rôle majeur des *oungans* dans les soins médicaux, en expliquant que pour guérir, selon la tradition vaudou, il est essentiel de posséder de vastes connaissances en phytothérapie ainsi que de recourir à des rituels de diagnostic. Les *oungans* recherchent les causes « non physiques » ou « contre nature » de la maladie qui pourraient être une punition « pour ne pas avoir convenablement servi [le] *lwa* » (p. 170). Deren souligne, toutefois, que les *oungans* ne s'opposent pas aux traitements biomédicaux et qu'ils peuvent même orienter les patients dont les cas sont en dehors de leur champ d'expertise.

L'Église protestante et catholique et les pratiques religieuses en Haïti aident les personnes à faire face aux problèmes psychologiques et émotionnels, et constituent un système parallèle de guérison. La religion en Haïti procure un but dans la vie, un sentiment d'utilité, de consolation, d'appartenance, de structure et de discipline. La religion peut accroître l'estime de soi, réduire le désespoir et susciter l'espoir dans des circonstances très difficiles et éprouvantes. Les professionnels de la santé travaillant en Haïti peuvent considérer les chefs spirituels comme des alliés, car ils peuvent encourager les usagers à demander de l'aide et à adhérer aux traitements recommandés. Les chefs religieux et spirituels peuvent servir de « consultants » ou de « co-thérapeutes ». Ils gagneront plus rapidement la confiance des usagers que des professionnels de santé mentale ou des institutions médicales.

3. LA SANTE EN HAÏTI

Principales causes de mortalité

Selon l'OPS/OMS (2003), les principales causes de mortalité infantile en Haïti sont les maladies diarrhéiques aiguës, les maladies infectieuses intestinales, les infections périnatales, la malnutrition et les infections aiguës des voies respiratoires. Chez les enfants scolarisés, les causes les plus fréquentes de décès sont les maladies infectieuses et parasitaires. Parmi les adolescents, les principales causes de décès sont le VIH/sida, les agressions, les homicides, la tuberculose, la typhoïde et le décès maternel. Les adolescentes peuvent avoir des taux élevés d'exposition à la violence et aux abus sexuels. Chez les adultes, les causes les plus fréquentes de décès sont le sida, les infections intesti-

nales et les causes liées à la maternité (par exemple, l'hypertension artérielle, l'éclampsie, les complications à l'accouchement). Chez les personnes âgées, les causes de décès sont les maladies non transmissibles, les maladies du système circulatoire, les tumeurs malignes des organes digestifs, la tuberculose et le VIH/sida. Étant donné que les patients haïtiens attendent souvent que les professionnels de santé posent des questions sur la présence d'une série de symptômes (afin de poser un diagnostic), une connaissance de la prévalence de ces maladies peut contribuer à orienter l'exploration des symptômes.

Modèles explicatifs des maladies et idiomes de détresse

La culture haïtienne possède une gamme d'explications de la maladie basée sur les croyances culturelles, religieuses et sociales. Les modèles explicatifs peuvent déterminer les comportements de recherche d'aide et d'utilisation des services. En Haïti, les explications de la maladie et les comportements de recherche d'aide varient considérablement en fonction de facteurs tels que la situation géographique, la religion et la classe sociale. Les individus utilisent les ressources de façon pragmatique et ils font souvent appel à des modèles multiples ou hybrides pour se représenter la santé et la maladie. Par conséquent, la même personne peut demander de l'aide à différentes sources, lorsqu'elles sont disponibles.

Les Haïtiens divisent les maladies en plusieurs catégories, notamment : *maladi Bondyé* (maladie de Dieu, ou maladies d'origine « naturelle »), *maladi peyi* (« du pays », ou affections communes ou de courte durée), *maladi moun fè mal* (les sorts magiques envoyés à cause de la cupidité humaine), et celles d'origine surnaturelle, *maladi Bon lwa* (« maladie de l'esprit ») et *maladi Satan* (maladies de Satan ou « envoyées ») (Sterlin, 2006, voir annexe A).

Beaucoup d'Haïtiens utilisent également une théorie humorale de la santé et de la maladie. Le déséquilibre entre le chaud et le froid dans le corps est considéré comme une cause de maladie naturelle. Ces déséquilibres peuvent provenir d'éléments environnementaux tels que la pluie, le vent, le soleil et la rosée ou être des réactions émotionnelles à l'environnement physique (par exemple, être témoin de la foudre) ou aux actions des autres. La santé peut être restaurée grâce à l'utilisation de tisanes, d'un régime alimentaire rigoureux, de compresses, de bains et de massages. Le traitement doit être appliqué dans le sens inverse du déséquilibre afin de rétablir l'équilibre. Les aliments ont des propriétés chaudes et froides, lourdes et légères. Ainsi, les aliments lourds sont consommés dans la journée pour fournir de l'énergie pour le travail

physique et les aliments légers sont consommés dans la soirée (Miller, 2000 ; Nicolas et al., 2006). Les maladies modérées ou chroniques sont souvent traitées au sein de la famille ou au sein du système naturel de soutien social. Cependant, les maladies infectieuses comme le sida et la tuberculose, ainsi que les lésions traumatiques et autres blessures sont considérées par les Haïtiens comme pouvant être mieux traitées par la biomédecine occidentale.

Les problèmes de santé mentale sont souvent attribués à des forces surnaturelles. La maladie mentale, les problèmes dans le fonctionnement quotidien et l'échec scolaire peuvent tous être considérés comme les conséquences d'un sort, d'un envoûtement ou d'une malédiction jetée par une personne jalouse. Dans de tels cas, les personnes ne se lamentent pas sur leur maladie ni se sentent handicapées. En effet, l'estime personnelle peut même être renforcée, car une malédiction est souvent destinée à une personne réputée pour être attrayante, intelligente et avoir du succès. La maladie mentale est aussi parfois attribuée au fait d'avoir échoué à plaire aux esprits (*lwa -s*, *zanj -s*, etc.), y compris ceux des membres défunts de la famille. Desrosiers et Fleurose (2002) soulignent que cette attribution à une cause extérieure peut aider à la récupération, car les personnes peuvent faire appel au *lwa-s* pour intervenir en leur nom et aider à la guérison. Les personnes s'appuient souvent sur leur force spirituelle intérieure et religieuse pour faire face aux problèmes. Les personnes aux prises avec une maladie mentale peuvent être considérées comme les victimes de forces puissantes qui échappent à leur contrôle et, par conséquent, elles sont susceptibles de recevoir l'appui de la communauté. Toutefois, la honte peut être associée au déclin des capacités fonctionnelles dans le cas d'une maladie mentale grave et la famille peut hésiter à admettre qu'un membre est malade (Gopaul-McNicol et al., 1998).

Concepts de la personne en Haïti

Les concepts culturels de la personne peuvent avoir une influence significative sur le comportement de recherche d'aide et sur les modèles de santé et de maladie (Kirmayer, 2007). Les modèles haïtiens soulignent l'insertion sociale et culturelle de la personne (Farmer, 1992 ; Raphaël, sous presse). Sterlin (2006) oppose la vision « anthropocentrique » du monde occidental sur la santé, la maladie et les soins, où la personne est considérée comme le centre de l'univers, à la vision « cosmocentrique » en Haïti, où la personne fait partie d'un vaste univers comprenant les esprits, les ancêtres et le monde naturel qui doivent tous être en harmonie pour assurer une bonne santé (Annexe A, Tableau 1).

Le concept haïtien de la personne s'étend au-delà des notions occidentales individualistes du moi en englobant des dimensions spirituelles. Dayan cite une étude de 1950 réalisée par l'ethnographe haïtienne Lorimer Denis pour donner une description typique de la personnalité :

> « Dans la pensée haïtienne, le *pitit bon anj ou ti bon anj* (bon petit ange), le *gwo bon anj* (gros bon ange), et le *Kò kadav* (cadavre du corps) constituent les trois parties de l'identité individuelle. […] Le *ti bon anj*, « tuteur » est source de la conscience, des affects et des rêves, et dépend du *lwa* pour sa protection, pour garder le bon petit ange stable et lié à la personne. Le *gwo bon anj*, également appelé *lonb-kadav* (ombre-cadavre), est le double du corps matériel […], mais il est compris comme l'ombre portée du corps sur l'esprit. Le *gwo bon anj* peut facilement se détacher du corps… Quand vous rêvez que vous êtes à New York, à Paris, c'est le *gwo bon anj* qui visite ces lieux… La structure en trois parties de l'identité haïtienne est difficile à comprendre et les explications sont souvent contradictoires. Ce qui importe ici, c'est que le *ti bon anj* est inséparable de tout ce qui constitue notre personnalité ou notre pensée et le *lwa*, lorsqu'il pénètre le *ti bon an*j lors d'une possession, doit utiliser sa force pour l'aider. » (Dayan, 1995, 67-68).

Dans certaines circonstances, on estime qu'une personne morte peut être réanimée par un *bòkò* ou par un sorcier en *zonbi* (zombie), qui reste sous le contrôle du *bòkò*. Deren (1983) note que les rituels de mort sont « principalement dirigés contre la résurrection physique » (p. 42). Étant donné que la culture populaire occidentale par son cinéma s'est approprié le thème des zombies pour en faire un sujet à sensation, il est important de comprendre le sens de la zombification dans le contexte haïtien. L'objectif principal de la zombification est d'obtenir du travail, et particulièrement du travail agricole, remontant au passé haïtien sur l'esclavage dans les plantations. Le zombie n'est « rien de plus qu'un corps privé de ses pouvoirs conscients de pensée… de jugement moral, de réflexion et de maîtrise de soi » (Deren, 1983, 42-43). Littlewood et Douyon (1997) ont étudié trois cas de zombification présumée et ils ont constaté qu'ils concernaient des personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble mental grave qui étaient identifiés à tort comme étant un membre disparu ou décédé de la famille. Dans certains cas, il y avait apparemment des raisons personnelles, sociales ou économiques pour laquelle cette erreur d'identification a été commise.

Symptômes spécifiques de santé mentale et troubles mentaux

On ne dispose pas de données fiables sur la prévalence des problèmes de santé mentale en Haïti. La répartition des diagnostics observés dans un hôpital psychiatrique a été estimée de la manière

suivante : schizophrénie (50 %), trouble bipolaire avec manies (30 %), autres psychoses (15 %) et épilepsie (5 %). Ces chiffres ne diffèrent guère de ceux des populations malades hospitalisées dans d'autres pays et ne donnent aucune idée de la prévalence réelle de ces troubles dans la communauté.

Psychose

Lorsque les individus ont subi des épisodes psychotiques répétés et que leur fonctionnement est perturbé, ils peuvent être qualifiés de « *fou* » et considérés comme étant définitivement dysfonctionnels. Leurs capacités cognitives et leur jugement peuvent ne plus jamais être fiables, même après une longue période de rémission. Il s'agit d'une perte pour la famille, en particulier après le premier épisode de psychose lorsque la personne avait un avenir prometteur (en termes d'éducation et de carrière) (Desrosiers et Fleurose, 2002).

Pour les rares personnes qui ont accès à des soins psychiatriques biomédicaux, la schizophrénie est généralement traitée avec des médicaments antipsychotiques qui suppriment les hallucinations et les délires et qui soulagent les symptômes associés aux troubles de la pensée. Les symptômes qui caractérisent la schizophrénie sont basés sur les concepts du soi et du non-soi. Dans les cultures euro-américaines, le fait de penser qu'une quelconque entité autre que le soi a des pensées, des sentiments et des buts peut être considéré comme pathologique, ressortissant de la pensée magique ou encore la preuve d'un trouble psychotique. Néanmoins, dans la culture haïtienne, les pensées, les sentiments et les rôles peuvent être attribués à des esprits invisibles ou à l'action magique d'autrui. Par conséquent, l'évaluation diagnostique ne doit pas examiner seulement la forme, mais également le sujet ou le contenu du comportement manifesté par la personne. Un même comportement, caractéristique de la schizophrénie en Europe ou en Amérique du Nord, peut très bien être représentatif des croyances religieuses et spirituels de la culture haïtienne, comme par exemple la communication et le soulagement avec les proches décédés qui vivent en tant qu'esprits ancestraux (Miller, 2000).

Dans le contexte haïtien, il est particulièrement important de distinguer les pratiques spirituelles des problèmes psychologiques ou psychiatriques. Si la religion est ignorée, une mauvaise interprétation des expériences et des explications spirituelles peut conduire à des diagnostics erronés et à de mauvais traitements (Azaunce, 1995). La personne qui dit « je vois l'esprit du mal dans ma maison » ou « Dieu est venu vers moi et m'a dit de quitter mon emploi, et je l'ai fait » peut ne pas délirer ni avoir des hallucinations (Gopaul-McNicol, 1997, p. 44).

Dans les pratiques religieuses qui impliquent la possession, un esprit peut entrer dans un membre de la congrégation pour punir, récompenser, traiter ou guérir un autre membre de la congrégation. En tant que tel, il est important de distinguer les expériences négatives de possession (par un mauvais esprit) qui peuvent être mieux traitées par les guérisseurs spirituels, et les expériences de possession associées à la schizophrénie, qui sont généralement accompagnées d'un plus large éventail de symptômes, dont un sentiment de lassitude, des troubles de la pensée, une détérioration du comportement, un retrait social et l'appauvrissement de la parole (Azaunce, 1995).

Dépression

Les Haïtiens font la différence entre le mot français « dépression » pour signifier le découragement, et la « dépression mentale » qui se réfère à la dépression telle qu'elle est comprise par la psychiatrie occidentale, généralement exprimée en termes de maux de tête, mal de dos ou autres douleurs corporelles non spécifiques (Hillel et al., 1994). Le concept haïtien de *dépression* est généralement exprimé en termes de symptômes somatiques : sensation de vide ou de tête lourde, insomnie, distraction (c'est-à-dire « ma tête est ailleurs »), fatigue, manque d'énergie et d'appétit. Toutefois, la *dépression* n'est pas considérée comme une maladie mentale, mais comme un état d'affaiblissement général attribuable à des états pathologiques tels que l'anémie et la malnutrition. Elle peut être considérée comme le résultat d'une malédiction vaudoue, d'une inquiétude excessive, d'une préoccupation obsessionnelle au sujet des problèmes de la vie, ou due à un traumatisme. En général, la famille élargie offre conseil et soutien aux individus en situation de *dépression* qui sont rarement traités par les professionnels de santé (Desrosiers et Fleurose, 2002).

Troubles liés à un traumatisme et à une perte

Le tremblement de terre en Haïti a exposé de nombreux segments de la population haïtienne à un traumatisme et à une perte. Plusieurs personnes ont perdu des êtres chers, des maisons, des entreprises et leurs moyens de subsistance. Nombreuses sont celles à avoir été témoins de la mort et de blessures graves pendant et après le tremblement de terre. Situation qui s'est vue aggravée par la violence civile qui a suivi le séisme. Ces événements traumatiques graves auront probablement un impact sur la santé mentale de nombreux Haïtiens, en particulier pour ceux ayant une vulnérabilité préexistante ou qui ont déjà été confrontés à un traumatisme.

Les femmes haïtiennes ont été reconnues comme étant plus susceptibles de développer des troubles liés à un traumatisme en raison de leur vulnérabilité face aux différents types de violence, y compris la violence conjugale, la violence civile et le désordre politique. Une étude réalisée par Roseline Benjamin, une psychologue qui travaille à Port-au-Prince avec les victimes de violence conjugale a révélé que parmi les 1 505 femmes résidant dans les neuf départements, 70 % avaient été victimes de violence, dont 37 % de violences à caractère sexuel et 33 % de violences à caractère physique. Le plus souvent, l'agresseur est connu de la victime (65 %) ou est son partenaire (36 %). Plusieurs femmes développent ultérieurement des symptômes du syndrome de stress post-traumatique (SSPT), de dépression, d'anxiété et des troubles somatiques » (Jaimes et al., 2008).

Une autre psychologue haïtienne, Norah Desroches Salnave, qui voit de nombreux jeunes patients issus de différents milieux chaque semaine à Port-au-Prince, a constaté qu'environ 40 % d'entre eux avaient des problèmes qui pouvaient être liés à la violence, aux enlèvements, à la mort d'un membre de la famille, au viol et aux violences liées aux gangs (Jaimes et al., 2008). Le climat de terreur qui sévit dans certaines parties du pays crée une insécurité chronique, aggravée par la violence vécue par les enfants à l'école ou à domicile. Les effets de la violence sur le développement psychologique des enfants peuvent être graves. Il peut s'agir en outre de retards dans le développement, de difficultés sociales, de troubles affectifs, de problèmes comportementaux ou de difficultés scolaires.

Les effets du traumatisme sont visibles non seulement dans les variantes locales des troubles d'anxiété, de la dépression et du SSPT, mais aussi dans d'autres conflits émotionnels et idiomes de détresse. En écrivant sur la violence et les traumatismes dans le contexte du coup d'État de 1991-1994 et les années qui suivirent, James a constaté que « les complaintes les plus fréquentes parmi les *viktim* [victimes] avaient été les sentiments de honte, d'humiliation, d'impuissance ainsi que l'isolement ou la séparation de leurs familles et leurs communautés » (2004, 137). Tant les hommes que les femmes ont déploré leur incapacité à assumer leurs rôles sociaux en tant que pourvoyeurs des besoins de leurs enfants, et les hommes ont notamment exprimé leur rage à propos de leur perte de statut et de biens. La honte des hommes vis-à-vis de leur incapacité à agir en tant que pourvoyeurs a souvent mené à l'abandon des enfants et du partenaire conjugal, entraînant une vulnérabilité accrue pour ces derniers.

Les travailleurs humanitaires peuvent parfois être surpris par la structure des récits de traumatisme qui ne concorde pas avec les styles

locaux de narration. James (2004) décrit la structure de récits de traumatismes de victimes en Haïti, structure qui ne suit pas toujours un déroulement linéaire, et il discute du fait que ces récits pourraient parfois être falsifiés ou contrefaits par les victimes dans le but d'obtenir de l'aide. Cela fait partie de ce que James appelle « la culture de la victime » d'Haïti qui est la conséquence des interventions des organisations d'aide. Dans une certaine mesure, l'incohérence des récits reflète l'instabilité des organisations d'aide elles-mêmes. « Les groupes internationaux et nationaux d'aide humanitaire et d'aide au développement sont souvent éphémères, ne rendant des comptes qu'à leurs propres donateurs et parties prenantes qui sont en dehors de la réalité locale. Ces groupes peuvent, en raison des ressources limitées disponibles, ne pas avoir un regard constant sur les souffrances des receveurs d'aide, et en particulier sur ceux qui souffrent dans des conditions d'insécurité chronique. » (James, 2010, 112).

James (2004) aborde également le désarroi associé au fait d'être incapable de retrouver ses parents après une catastrophe. Au sujet d'une dame de plus de soixante ans dont le fils a disparu en 1992, elle écrit : « Son tourment permanent est de ne pas savoir si son fils est mort. Et s'il l'est, l'incapacité à pouvoir enterrer le corps selon les rites funéraires en vigueur laisse la mère dans un état de vide moral et la rend vulnérable à la hantise et à la persécution des *zonbi*, une manifestation de l'âme du défunt. » (p. 138).

Troubles dissociatifs et autres diagnostics traditionnels

Diverses formes de possession qui se manifestent dans des transes ainsi que d'autres phénomènes dissociatifs peuvent être présents en Haïti, en partie en raison de leur relation aux pratiques vaudoues (Bourguignon, 2004, 558). La possession par les esprits vaudous (*lwa-s*) peut donner aux femmes le pouvoir de diagnostiquer, guérir, ou devenir leaders au sein de leur communauté, et cela peut revêtir différentes significations en fonction de l'expérience de la personne. Selon Bourguignon, une caractéristique frappante de possession manifestée dans les transes est que les esprits qui possèdent, en général les femmes, préservent les motivations fondamentales de la personne ; la dissociation étant « au service du moi ». Dans les situations de subordination ou d'oppression, incarner un esprit puissant lors des transes de possession fournit aux femmes un moyen acceptable (et pouvant être dénié consciemment) d'exprimer des désirs inconscients ou interdits, ainsi que des pensées et des sentiments.

Sezisman, qui signifie littéralement « saisi » ou « surpris », est un état de paralysie généralement provoqué par un choc soudain mettant en

jeu une grande colère, de l'indignation ou de la tristesse ou plus rarement un bonheur extrême (Bourguignon, 1984 ; Nicolas et al., 2006). Les principales causes comprennent : recevoir des nouvelles tristes au sujet d'un être cher, être témoin d'un événement traumatique, voir des personnes mourir, vivre une crise familiale ou être victime de blessures narcissiques (injures, perte d'emploi). En bref, l'état *sezisman* est provoqué par un choc de situations ou d'événements imprévus. La spécificité catalytique de l'état *sezisman* concerne les femmes : il est admis que donner des nouvelles choquantes ou des mauvaises nouvelles à une femme enceinte peut provoquer une fausse couche, un accouchement prématuré, une déformation du fœtus, la mort de la femme ou une contamination du lait maternel (*lèt gate*, voir aussi Farmer, 1988). De grands efforts sont donc déployés pour protéger la femme enceinte des mauvaises nouvelles. Selon les Haïtiens, *sezisman* implique le déplacement de sang vers la tête, provoquant potentiellement une perte de la vue, des céphalées, de l'hypertension, des accidents vasculaires cérébraux, un infarctus ou la mort (Laguerre, 1981, 1987). La personne devient dysfonctionnelle, désorganisée et confuse. Certaines réactions typiques incluent le fait de ne plus répondre aux stimuli extérieurs, de pleurer, de refuser de parler ou de manger. La personne peut également *toufé* (s'étouffer). Les réactions individuelles à la maladie varient considérablement et influencent la durée du *sezisman*, qui peut se prolonger quelques heures ou quelques jours. En cas de *sezisman*, la famille aidera la personne à se reposer, à boire des tisanes, lui appliquera des compresses froides sur le front et pourra recommander la visite d'un guérisseur spirituel tel un prêtre, un pasteur, un *oungan* ou un *Manbo*.

Endispozisyon (« malaise ») fait référence à des périodes de faiblesse, d'évanouissement ou « de chute » qui peuvent se produire suite à un désarroi émotionnel et en particulier lorsque la douleur et les souffrances deviennent insupportables (Philippe et Romain, 1979). Selon les croyances populaires, l'*endispozisyon* est due au sang chaud ou au mauvais sang. L'*endispozisyon* est plus fréquente chez les femmes. Par exemple, une femme peut tomber quand elle reçoit une mauvaise nouvelle au sujet d'un être cher. Certaines maladies corporelles (par exemple, les crampes menstruelles, la douleur) peuvent aussi causer une *endispozisyon*.

Pèdisyon se réfère à un état culturellement reconnu dans lequel une femme est considérée comme portant un enfant, mais la progression de la grossesse est arrêtée (Coreil et al., 1996). La grossesse commence normalement, mais, selon la croyance populaire, à un certain moment le sang de l'utérus est dévié du fœtus, qui cesse alors de se développer. Ce

phénomène se produirait suivant ce que les praticiens de la biomédecine appellent une fausse couche ou dans des situations d'infertilité (Murray, 1976). L'état de grossesse arrêtée peut durer plusieurs mois ou années. Bien que la femme croit qu'elle est toujours enceinte et que médicalement ce ne soit pas le cas, cet état se différencie de la pseudocyesis (grossesse nerveuse), car d'autres acceptent également la réalité de la grossesse. *Pèdisyon* est généralement un diagnostic collectif auquel est parvenu une femme, sa famille et ses pairs, et il peut permettre aux femmes stériles d'invoquer le statut « d'être avec l'enfant » ou constituer un moyen d'attribuer la paternité aux partenaires (Murray, 1976). Il peut également fournir une explication à la mortalité féminine associée à la perte de sang, aux tumeurs ou toute autre cause inconnue.

4. Services de santé

Ressources formelles et informelles en santé mentale

Près de la moitié de la population d'Haïti n'a pas accès aux services de santé formels (*Caribbean Country Management Unit*, 2006). Seuls 30 % des établissements de soins de santé sont publics et la plupart d'entre eux se trouvent dans les zones urbaines. Dans les zones rurales, 70 % des services de santé sont dispensés par des organismes non gouvernementaux et comprennent essentiellement les soins de santé primaires. Un certain nombre d'hôpitaux sont gérés par des fondations privées (*Caribbean Country Management Unit*, 2006). En Haïti, la plupart des personnes valorisent les services professionnels biomédicaux, mais elles ne sont pas en mesure d'accéder à ce type de soins en raison d'obstacles structurels tels que le coût, la distance et l'emplacement.

Le système de soins de santé en Haïti peut être divisé en quatre secteurs :

1. les institutions publiques gérées par le ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP) ;
2. le secteur à but non lucratif privé, composé d'ONG et d'organisations religieuses ;
3. le secteur à but non lucratif mixte, où le personnel est payé par le gouvernement, mais la gestion est assurée par le secteur privé ;
4. le secteur privé à but lucratif, qui comprend les médecins, dentistes, infirmières et autres spécialistes travaillant en cabinet privé ou dans des cliniques situées dans les centres villes.

Le MSPP est responsable de la santé de la population, de la prestation des services, de l'élaboration des politiques et de la gestion du budget de la santé, qui représente 7 % des dépenses publiques totales (OPS/OMS 2003). Le secteur public comprend environ 36 % des établissements de santé. La plupart des établissements sont autonomes ; il n'existe pas de réseau de services. En Haïti, le secteur privé pourvoit environ un tiers de l'assistance médicale. Selon un rapport de l'OPS/OMS (2003), en 2001, Haïti comptait environ 2 500 médecins, dont 88 % exerçaient dans l'ouest du pays, une région qui comprend Port-au-Prince.

La santé mentale, telle qu'elle est définie par la psychiatrie et la psychologie occidentales, n'a pas été une priorité pour le gouvernement. En l'absence d'une politique de santé mentale, il n'y a pas eu de réelle planification des services. Le système de santé mentale compte très peu de professionnels. Un rapport de l'OPS/OMS de 2003 recensait dix psychiatres et neuf infirmiers psychiatriques travaillant dans le secteur public. En outre, ces professionnels travaillent pour la plupart à Port-au-Prince où les Haïtiens doivent se rendre pour recevoir des services de santé mentale. Il y a deux hôpitaux psychiatriques à Port-au-Prince, dont l'un était déjà dans un état de délabrement avant le séisme de 2010. La disponibilité de traitements de suivi communautaire est très limitée. Dans le deuxième plus grand hôpital du pays, l'Hôpital Universitaire Justinien de la ville de Cap-Haïtien, les services psychiatriques se limitent à la visite mensuelle d'un psychiatre de Port-au-Prince. Aucun autre psychiatre n'offre ses services dans le nord d'Haïti. Les services de santé mentale ont, bien entendu, reçu peu de financement de la part du gouvernement.

Étant donné le manque chronique de ressources officielles allouées aux soins de santé, les Haïtiens ont appris à composer avec leurs problèmes de santé mentale en déployant différentes stratégies communes aux régions pauvres en ressources. Comme on l'a expliqué précédemment, un très grand nombre d'Haïtiens fait appel à des praticiens traditionnels ou à des guérisseurs religieux pour faire face aux problèmes de santé mentale. Il existe plusieurs types de guérisseurs traditionnels en Haïti, qui peuvent soigner des maladies spécifiques ou s'intéresser au bien-être général (Miller, 2000) :

- *doktè fey, medsen fey* (médecin-herbe) ou les herboristes, ils soignent souvent les maladies comme le rhume, les vers, la diarrhée et les maux d'estomac ;
- *oungan* (prêtre vaudou) ou *Manbo* (prêtresse vaudou), ils soignent de nombreuses maladies ;

- *doktè zo* (ramancheurs), ils soignent des maladies telles que les fractures, les troubles musculosquelettiques ou articulaires ;
- *pikirist* (poseurs d'injections), ils administrent des préparations parentérales de phytothérapie ou des médicaments occidentaux (Miller, 2000) ;
- *fanm saj* (sages-femmes), elles prodiguent les soins périnataux et postnataux.

Au cours des dernières années, les Haïtiens ont mobilisé un réseau de ressources communautaires pour sensibiliser la population aux questions sociales liées à divers problèmes comme la violence faite aux femmes et les droits des enfants. Ces regroupements populaires servent également de groupes d'entraide et de soutien pour les personnes confrontées à de graves événements dans leur vie et au stress permanent. Des groupes d'entraide pour aider à faire face à la maladie ont également vu le jour, mais ils ont typiquement tendance à se concentrer non pas sur la maladie, mais sur la religion et la spiritualité, sur des activités artistiques et d'expression et des moyens de générer des revenus afin d'améliorer la capacité des participants et de leurs familles à subvenir à leurs besoins.

Naissance. Dans les zones rurales, les sages-femmes (appelées *matwòn* ou *fanm saj*) accouchent et donnent la plupart des soins prénataux et postnataux à la mère et l'enfant. Les vaccinations ne sont pas facilement disponibles pour les résidents ruraux. La mère et l'enfant restent isolés durant le premier mois ou 40 jours, pendant lesquels le cercle de femmes proches subvient à leurs besoins. Cette période d'isolement découle de la croyance très répandue sur les maladies maternelles qui pourraient être causées par un refroidissement rapide et excessif du corps. Si la mère se refroidit, on croit que le déséquilibre peut se transmettre au bébé par le lait maternel, provoquant le tétanos et la diarrhée. La mère doit également éviter le *move san* (« mauvais sang », la détresse causée par une frayeur ou l'exposition à des émotions négatives), car cela peut causer le *lèt gate* (lait gâché), ainsi que de la diarrhée, des éruptions cutanées et un retard de croissance du nourrisson. Le lait maternel peut devenir trop épais et donner des maux de tête à la mère, provoquant une dépression chez la mère et un impétigo chez le nourrisson. Farmer décrit le *move san* comme « une maladie causée par des affections malignes de la colère née de conflits interpersonnels, d'un choc, d'une tristesse, d'une inquiétude chronique et d'autres émotions perçues comme potentiellement néfastes » (1988, 63). On soupçonne également le syndrome *move san* de pouvoir évoluer vers le sida (Farmer, 1988 ; Miller, 2000).

Mort. En règle générale, les Haïtiens considèrent la mort comme une partie naturelle du cycle de vie. Les Haïtiens portent en haute estime les membres de leur famille décédés et accomplissent des rituels funéraires élaborés, coûteux et prolongés pour s'assurer de la bonne volonté du défunt. Les membres de la famille décédés sont encore considérés comme faisant partie de la famille, ils conseillent et aident leurs descendants à travers leurs rêves (Miller, 2000). Dayan (1995) écrit : « Si l'élimination des esclaves morts était un acte de négligence qui a marqué une inhumanité irrévocable, les rites funéraires en Haïti indépendante sont devenus essentiels à la fois pour les vivants et les morts. Le défunt ne s'inquiète pas pour sa vie future, mais il a peur de ne pas être correctement servi par le vivant. » (p. 264). La question des rites mortuaires et de l'inhumation appropriés est particulièrement importante suite au tremblement de terre. Beaucoup de personnes n'ont pas eu l'occasion de retrouver et d'enterrer leurs êtres chers disparus ou ont dû les abandonner, ou les ont vu se faire enterrer dans une fosse commune, sans cérémonie. Par conséquent, l'ambiguïté et l'incertitude sur le sort des morts pourraient s'accentuer et entraîner des cauchemars, des inquiétudes et des préoccupations d'ordre moral lorsque l'on pense aux morts.

Recherche d'aide et utilisation des services

Quel que soit le type de maladie, les membres de la famille sont généralement les premiers à être consultés au sujet du traitement et pour offrir des conseils. Les Haïtiens risquent de ne pas accepter la psychothérapie parce que la résolution des problèmes personnels est considérée comme une affaire de famille ou de religion (Gopaul-McNicol et al., 1998). Au lieu de cela, ils consultent facilement les anciens et les chefs religieux de la communauté. Les Églises ont tendance à confirmer la croyance que Dieu va résoudre le problème. De nombreux Haïtiens croient que Dieu est plus puissant que n'importe quelle autre force, y compris les *lwa-s* vaudous ou un traitement médical (Desrosiers et Fleurose, 2002 ; Miller, 2000).

Pour un problème mental, les Haïtiens de la classe populaire vont généralement se tourner vers un *oungan* (prêtre masculin vaudou). Ils peuvent rendre visite à un professionnel de la santé mentale lorsque la visite chez l'*oungan* a échoué. Certains peuvent faire appel à la fois à un *oungan* et à un professionnel de santé mentale. Les Haïtiens des classes moyenne et supérieure sont plus susceptibles de se tourner vers des soins psychiatriques avant de consulter un *oungan*, d'autant qu'ils adhèrent au modèle biomédical de la maladie mentale et aux formes

biopsychosociales du traitement. Les catholiques orthodoxes et les protestants fondamentalistes n'iront généralement pas consulter un *oungan*, ils consulteront plutôt un *doktè fey* (herboriste) et se rendront souvent prier à l'église. Cela leur procure un sentiment de contrôle dans une situation où ils peuvent se sentir impuissants. De nombreux patients éprouvent une aversion pour les hôpitaux, car les patients arrivent souvent à un état avancé de la maladie et meurent à l'hôpital. Ceci renforce une croyance très répandue selon laquelle « ceux qui vont à l'hôpital meurent » (Deren, 1983, 168).

Selon les données d'une étude ethnographique effectuée dans une zone rurale d'Haïti, Coreil (1983) a décrit les domaines de soins de santé professionnels (formels) et populaires (informels) en Haïti. Les dispensaires (établissements de santé religieux) et les herboristes ont été de loin le premier choix pour le traitement (80 % de toutes les consultations). Ils étaient moins dispendieux et plus disponibles, et les praticiens rendent plus facilement visite aux patients à leur domicile. Les cliniques et les autres types de guérisseurs étaient physiquement moins accessibles et leurs traitements plus onéreux. Les patients ont donc fait appel à eux moins souvent (seulement 6 % et 5 % des consultations, respectivement) pour traiter des maladies plus rares ou plus graves.

Brodwin (1997) a étudié les services de santé biomédicale dans un petit village du sud d'Haïti, où une clinique publique dispensait des soins de santé primaires, par le biais d'un système rural de dispensation des soins qui mettait l'accent sur « la répartition équitable des ressources et la rentabilité de la prestation des soins préventifs » (p. 75). Brodwin poursuit en décrivant les interactions entre le personnel et les patients : « La plupart des personnes ne viennent pas raconter l'historique de leur maladie au personnel soignant, elles s'attendent plutôt à ce que ces derniers prennent l'initiative, leur fassent subir un examen physique et leur prescrivent des médicaments. » (p. 77). Il poursuit en décrivant les taquineries et les punitions faites aux patients par les infirmières, en expliquant que ce comportement est révélateur de codes de déférence que les institutions appliquent dans tout le village.

Les attentes du traitement

Les Haïtiens attendent des professionnels de santé qu'ils soient engagés et actifs dans la résolution des problèmes. En général, les Haïtiens n'aiment pas exposer leurs problèmes intimes ou familiaux à des étrangers ou à des professionnels. Nombre d'entre eux sont choqués par la façon dont certains Européens et Américains discutent de leurs difficultés privées en public ou avec de parfaits étrangers. Pour certains

Haïtiens, les problèmes de santé mentale sont considérés comme tabous, honteux et devraient être cachés aux personnes extérieures à la famille. Toute évaluation psychologique initiale devrait expliquer les objectifs et le processus de traitement, et se concentrer sur l'instauration d'un climat de confiance. L'écoute empathique et les explications qui s'accordent avec la culture du pays contribueront à montrer que l'aide est crédible, fiable et potentiellement efficace.

La plupart des Haïtiens n'utilisent pas le langage psychologique occidental pour expliquer leurs symptômes et leurs sentiments. Desrosiers et Fleurose (2002) notent que les Haïtiens ont tendance à raconter leur histoire dans les moindres détails afin de fournir les circonstances d'un événement. Ils soulignent l'importance pour le clinicien de se rappeler de certains détails et de s'y référer pendant la consultation comme signe d'intérêt et d'attention. Les patients haïtiens peuvent désirer un plan d'action concret à la fin de chaque consultation. La neutralité et l'absence de réactions peuvent être considérées comme une perte de temps pour eux. Des mesures concrètes pourraient inclure l'aide à répondre aux besoins pratiques comme la nourriture et les vêtements (Desrosiers et Fleurose, 2002 ; Gopaul-McNicol et al., 1998). Une fois la confiance établie, les Haïtiens peuvent s'attendre à ce que le professionnel de santé mentale soit une personne d'autorité respectée et un expert qui saura résoudre les problèmes rapidement.

5. Conclusion

De nombreux Haïtiens, qui ont dû faire face à d'innombrables injustices tout au long de leur histoire et à une violence structurelle permanente suite aux politiques économiques mondiales, ont appris à maintenir l'espoir face à l'adversité. Beaucoup d'entre eux sont persuadés que l'avenir sera meilleur et que l'éducation les aidera à se sortir de la pauvreté. La religion alimente leur espoir et leur procure un sentiment de contrôle de leur destin. Pour mettre à profit cette débrouillardise indigène, les dispensateurs d'aide doivent être prêts à apprendre de leurs usagers.

Les cliniciens doivent intégrer les croyances et les comportements à l'égard de la maladie et de la culture haïtienne afin de comprendre comment ces facteurs peuvent influencer leurs relations avec les patients. Ils doivent s'imprégner de la diversité médicale qui existe en Haïti. Les patients utilisent plusieurs modèles explicatifs et différentes sources d'aide. Les cliniciens doivent éviter d'adopter une attitude « de l'une ou l'autre » qui forcerait les patients à devoir choisir entre la médecine et la guérison traditionnelle. Ils doivent évaluer la compréhension que l'usager et la famille ont de la maladie. Une attention particulière

devrait être accordée à la compréhension spirituelle de la maladie et les cliniciens sensibles doivent travailler en collaboration avec la famille et la communauté.

Annexe A

Tableau 1. Les soins de santé en fonction des systèmes culturels (Adapté de : Sterlin, 2010)

	Culture cosmocentrique en Haïti	**Culture anthropocentrique**
Manières d'être (vision du monde)	Les êtres humains ne sont qu'une forme particulière d'énergie condensée extraite du grand cosmos et de l'Être universel cosmique, dont la préoccupation première est d'atteindre et de maintenir une synergie harmonieuse avec l'énergie universelle.	Les êtres humains sont au centre d'un univers imparfait qu'ils doivent comprendre, explorer, maîtriser, transformer, exploiter, etc.
Concepts de la personne	La personne possède quatre dimensions : • *Kò kadav* (« le corps') ; • *Lonbraj* (« l'ombre ») ; • *Gwo bon-anj* (« le bon gros ange ») ; • *Nam/ti bon-anj* (« le bon petit ange »).	La personne possède deux dimensions : le corps et l'esprit.
Santé	La santé est l'état de « bien-être en connexion » avec l'environnement qui comprend : • l'environnement non humain (la terre, les plantes, les animaux, l'air, les forces de la nature, etc.) ; • l'environnement humain (le noyau familial et la famille élargie, le réseau d'alliés proches, la collectivité, les autres) ; • les ancêtres et les esprits (l'invisible). L'indicateur de santé et de bien-être est l'expérience d'une intégration harmonieuse avec l'environnement (ontonomie).	La santé est l'état de bien-être qui résulte d'un fonctionnement optimal des organes et des systèmes définis par les paramètres physiologiques et biochimiques. L'influence de l'environnement est essentiellement physique (par exemple la qualité de l'air, la nourriture, etc.). La reconnaissance de l'importance de l'environnement social est modeste. L'indicateur de santé et de bien-être est l'autonomie individuelle et la performance.

	Culture cosmocentrique en Haïti	Culture anthropocentrique
Maladie	L'état « d'être-malade » est le résultat d'une perte de l'harmonie entre les composantes de la personne et/ou entre la personne et un ou plusieurs éléments de l'environnement.	L'état « d'être malade » est le résultat d'une perturbation des fonctions d'un organe ou d'un système.
Origines de la maladie	• Non-respect des règles qui régissent la relation humaine avec l'environnement physique ; • Non-respect des règles d'hygiène ; • Non-respect des règles éthiques • Influence néfaste des autres (empoisonnement, sorcellerie) ; • Non-respect des rites ou des prescriptions concernant les ancêtres et/ou les esprits.	• Manifestations de problèmes héréditaires ou génétiques ; • Non-respect des règles d'hygiène (nutrition, toxines, microbes, etc.) ; • Facteurs pathogènes interpersonnels (soins émotionnels de mauvaise qualité, perte, traumatisme, etc.) ; • Stress psychologique et social.
Classification des maladies	• *Maladi Bondyé* : du domaine du visible ou des maladies physiques « ordinaires » qui peuvent être guéries à l'aide de la médecine occidentale ou d'un contè-fèy (guérisseur traditionnel) ; • *Maladi fè-moun mal* (ou *maladi Diab*) : du domaine de l'invisible, du mystère ou de la magie, qui peut être guérie par l'intervention d'un *boko* ou d'un praticien oungan traditionnel ; • *Maladi lwa* : du domaine du spirituel invisible, peut être guérie par un oungan.	• Maladie physique • Maladie mentale • Maladie psychosomatique Elles exigent toutes l'aide d'un médecin biomédical et peut ne pas s'améliorer sans attention médicale.
Mort	• La phase normale du cycle d'énergie permet à la personne malade d'atteindre le statut d'ancêtre, d'esprit, etc. • La signification varie avec le type de maladie (*Bondyè*, *diab*, *lwa*).	Un résultat fatal dû à un déséquilibre biologique que la médecine ne maîtrise pas encore. Vécue comme un échec pour le patient comme pour le médecin.

	Culture cosmocentrique en Haïti	**Culture anthropocentrique**
Expérience de la maladie	• Polymorphisme et volatilité de l'expérience des symptômes (métaphores) ; • Absence de références anatomiques (occidentales) ; • Références à l'énergie et à un ou plusieurs éléments de la personne ; • Peu de liens existants entre les malaises et les affects, les pensées, les rêves.	• Clarté et caractère univoque des symptômes ; • Référence à l'anatomie ; • Relation fixe au malaise ; • Référence à l'aspect physique ou psychologique ; • Liée à l'affect, aux rêves, etc.
Mode d'intervention de guérison	• Divination de la nature et du sens du malaise ; • Médiation avec l'univers des esprits ; • Prescription de mesures comprenant des rituels ; • Réalignement des énergies ; • Participation active du patient (recherche de plantes, pèlerinage, danse, etc.) ; • Mobilisation des réseaux sociaux et des réseaux de connaissances ; • Lié à la morale, au social et au politique ; • Participation (financière ou autre) du client à la rémunération de la guérison.	• Élaboration d'un diagnostic rationnel lié à la nature et à la cause de la maladie (selon la physiopathologie ou la psychopathologie) ; • Recours à la technologie médicale pour confirmer le diagnostic ; • La spiritualité est suspectée ou constitue un indice de la pathologie ; • Prescription de mesures pour rétablir l'équilibre (médicaments, aliments, exercice, etc.) ; • Interventions centrées sur l'individu ; • La participation financière du patient est éthiquement et politiquement inacceptable quand elle ouvre la voie à des abus.

Références

AUGUSTIN, J., 1999, *Le Vodou libérateur. Et si le Vodou était une valeur!* Montréal, Tanboula.

AZAUNCE, M., 1995, Is it schizophrenia or spirit possession? *Journal of Social Distress and the Homeless*, 4, 225-263.

BELL, B., 2001, *Walking on Fire: Haitian Women's Stories of Survival and Resistance*, Ithaca, Cornell University Press, New York.

BIJOUX, L., 1990, *Coup d'œil sur la famille haïtienne*, éditions des Antilles S.A, Port-au-Prince.

BOURGUIGNON, E., 1984, Belief and behavior in Haitian folk healing, in Paul B. Pedersen, Norman Sartorius and Anthony J. Marsella, eds., *Mental Health Services: The Cross-Cultural Context*, Sage, Beverley Hills, 243-296.

BOURGUIGNON, E., 2004, Suffering and healing, subordination and power: Women and possession trance, *Ethos*, 32, 4, 557-574.

BRODWIN, P. E., 1992, Guardian angels and dirty spirits: The moral basis of healing power in rural Haiti, in M. Nichter, ed., *Anthropological Approaches to the Study of Ethnomedicine*, Gordon and Breach, Langhorne, PA.

BRODWIN, P.E., 1996, *Medicine and Morality in Haiti: the Contest for Healing Power*, Cambridge University Press.

BRODWIN, P. E., 1997, Politics, practical logic, and primary health care in rural Haiti, *Medical Anthropology Quarterly*, 11, 1, 69-88.

BROWN, K.M., 1989, Afro-Caribbean spirituality: A Haitian case study, in Sullivan L.E., ed., *Healing and Restoring: Health and Medicine in the World's Religious Traditions*, MacMillan Publishing Company, New York.

BROWN, K.M., 1991, *Mama Lola: a Vodou Priestess in Brooklyn*, Berkeley, University of California Press.

CARIBBEAN COUNTRY MANAGEMENT UNIT, 2006, *Social Resilience and State Fragility in Haiti: A Country Social Analysis*, World Bank.

COREIL, J., 1983, Parallel structures in professional and folk health care: a model applied to rural Haiti, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 7, 2, 131-151.

COREIL, J., BARNES-JOSIAH, D.L., AUGUSTIN, A., CAYEMITTES, M., 1996, Arrested pregnancy syndrome in Haiti: findings from a national survey, *Medical Anthropology Quarterly*, 10, 3, 424-436.

COREIL, J., G. MAYARD, 2006, Indigenization of illness support groups in Haiti, *Human Organization*, 65, 2, 128-139.

CORTEN, A., 2000, *Diabolisation et Mal Politique. Haïti: misère, religion et politique*, Éditions CIDIHCA, Montréal.

CRAAN, G-M., 2002, Comprendre les valeurs traditionnelles de la famille haïtienne pour mieux travailler avec les parents, *Défi jeunesse*, 8, 3, 19-25 [on line]. http://www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/pub_revue.htm

DASH, J.M., 2001, *Culture and Customs of Haiti*, Greenwood Press, Westport CN.

DAUPHIN, S., 2002, La famille élargie comme source de soutien aux familles haïtiennes en difficulté: Perception des intervenants, *Défi Jeunesse*, 14, 3, 17-26.

DAYAN, J., 1995, *Haïti, History and the Gods, in After Colonialism: Imperial Histories and Postcolonial Displacements*, Princeton University Press, 66-97.

DEREN, M., 1983, *Divine Horsemen: The Living Gods of Haiti*, New Paltz, NY Documentext, MacPherson.

DESROSIERS, A., FLEUROSE, S., 2002, Treating Haitian patients: key cultural aspects, *American Journal of Psychotherapy*, 56, 4, 508-521.

EDMOND, Y. M., RANDOLPH, S. M., RICHARD, G. L., 2007, The lakou system: A cultural, ecological analysis of mothering in rural Haiti, *Journal of Pan African Studies*, 2, 1, 19-32.

FARMER, P., 1988, Bad blood, spoiled milk: Bodily fluids as moral barometers in rural Haiti, *American Ethnologist*, 15, 1, 62-83.

FARMER, P., 1990, Sending Sickness: Sorcery, politics, and changing concepts of AIDS in rural Haiti, *Medical Anthropology Quarterly*, 4, 1, 6-27.

FARMER, P., 1992, The birth of the Klinik: A cultural history of Haitian professional psychiatry, in A. D. Gaines, ed., *Ethnopsychiatry: The Cultural Construction of Professional and Folk Psychiatries*, SUNY, Albany, 251-272.

GOPAUL-MCNICOL, S., 1997, The role of religion in psychotherapy: A cross-cultural examination, *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 27, 37-47.

GOPAUL-MCNICOL, S., BENJAMIN-DARTIGUE, D., FRANCOIS, M., 1998, Working with Haitian Canadian Families, *International Journal for the Advancement of Counselling*, 20, 231-242

HILLEL, J., DESROSIERS, P., TURNIER, L., 1994, La dépression chez l'Haïtien, *Médecin du Québec*, 29, 2, 121-123.

HURBON, L., 2001a, Pentecostalism and transnationalism in the Caribbean, in A. Corten and R. Marshall-Fratani eds., *Between Babel and Pentecost: Transnational Pentecostalism in Africa and Latin America*, Hust and Co., London, 124-141.

HURBON, L., 2004, *Religions et lien social: l'Église et l'État moderne en Haïti*, Éditions du Cerf, Paris.

HURBON, L., 2008, La conjonction des imaginaires européen et africain autour du Vodou, in J. Hainard, P. Mathez and O. Schinz eds., *Vodou*, Infolio, Musée d'ethnographie de Genève, 105-112.

JAIMES, A., LECOMTE, Y., RAPHAEL, F., 2008, Haïti-Québec-Canada: Towards a partnership in mental health, Online symposium summary: www.haitisantementale.ca

JAMES, E.C., 2004, The political economy of 'trauma' in Haiti in the democratic era of insecurity, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 28, 2, 127-149; discussion 211-220.

JAMES, E.C., 2010, Ruptures, rights, and repair: the political economy of trauma in Haiti, *Social Science and Medicine*, 70, 1, 106-113.

KIRMAYER, L.J., 2007, Psychotherapy and the cultural concept of the person, *Transcultural Psychiatry*, 44, 2, 232-257.

LAGUERRE, M., 1981, Haitian Americans, in A. Harwood ed., *Ethnicity and Medical Care*, Harvard University Press, Cambridge, MA.

LAGUERRE, M., 1987, *Afro-Caribbean Folk Medicine*, South Hadley, MA, Bergin and Garvey.

LITTLEWOOD, R., DOUYON, C., 1997, Clinical findings in three cases of zombification, *Lancet*, 350, 9084, 1094-1096.

MAGLOIRE, D., 2008, *Le rôle de la femme haïtienne*, Conference held on April 24th, 2008, Montreal. www.haitisantementale.ca

MÉTRAUX, A., 1958, *Le Vaudou haïtien*, Gallimard, Paris.

MILLER, N.L., 2000, Haitian ethnomedical systems and biomedical practitioners: directions for clinicians, *Journal of Transcultural Nursing*, 11, 3, 204-211.

MURRAY, G.F., 1976, Women in perdition: Ritual fertility control in Haiti, in J.F. Marshall and S. Polgar, eds., *Culture, Natality and Family Planning*, Chapel Hill, University of North Carolina Press.

N'ZENGOU-TAYO, M.J., 1998, Fanm se poto mitan: Haitian woman is the pillar of society, *Fem Review*, Summer, 59, 118-142.

NAJMAN, C., 2008, Transe, sang, danse, in J. Hainard, P. Mathez and O. Schinz, eds., *Vodou*, Infolio, Musée d'ethnographie de Genève, 115-141.

NICOLAS, G., DESILVA, A. M., GREY, K. S., GONZALEZ-EASTEP, D., 2006, Using a multicultural lens to understand illness among Haitians living in America, *Professional Psychology: Research and Practice*, 37, 6, 702-707.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2003, *Haiti: Profile of the Health Services System*.

PHILIPPE, J., ROMAIN, J.B., 1979, Indisposition in Haiti, *Social Science and Medicine*, 13B, 2, 129-133.

PONSAR, F., FORD, N., VAN HERP, M., MANCINI, S., BACHY, C., 2009, Mortality, violence and access to care in two districts of Port-au-Prince, Haiti, *Conflict and Health*, 3, 4.

RAPHAËL, F., 2010, L'ethnopsychiatrie haïtienne et ses particularités, in Y. Lecomte and F. Raphaël, eds., *Santé mentale en Haiti*, Montréal.

STERLIN, C., 2006, Pour une approche interculturelle du concept de santé, *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 11, 1, 112-121.

STERLIN, C., 2010, unpublished, *Séisme et santé mentale en Haïti*, Montréal.

TROUILLOT, M-R., 1990, *Haiti, State Against Nation: The Origins and Legacy of Duvalierism*, New York, Monthly Review Press.

UNITED NATIONS STATISTICS DIVISION, National Accounts Section, available from the National Accounts Main Aggregates Database website, http://unstats.un.org/unsd/snaama/Introduction.asp (accessed December 2009).

VALDMAN, A., 1984, The linguistic situation of Haiti, in Foster, C.R. and Valdman, A., eds., *Haiti — Today and Tomorrow: An Interdisciplinary Study*, Lanham, University Press of America.

VERNER, D., EDSET, W., 2007, *Social Resilience and State Fragility in Haiti*, World Bank.

VONARX, N., 2008, Le Vodou haïtien comme système de soins, nouvelle lecture, in J. Hainard, P. Mathez et O. Schinz, eds., *Vodou*, Infolio, Musée d'ethnographie de Genève, , 177-197.

ABSTRACT

Culture and Mental Health in Haiti : A Literature Review

This paper reviews and summarizes the available literature on Haitian mental health and mental health services. This review was conducted in light of the Haitian earthquake in January 2010. We searched Medline, Google Scholar and other available databases to gather scholarly literature relevant to mental health in Haiti. This was supplemented by consultation of key books and grey literature relevant to Haiti. The first part of the review describes historical, economic, sociological and anthropological factors essential to a basic understand-

ing of Haiti and its people. This includes discussion of demography, family structure, Haitian economics and religion. The second part of the review focuses on mental health and mental health services. This includes a review of factors such as basic epidemiology of mental illness, common beliefs about mental illness, explanatory models, idioms of distress, help-seeking behavior, configuration of mental health services and the relationship between religion and mental health.

RESUMEN

Cultura y salud mental en Haití: una reseña de la literatura

Este artículo revisa y resume la literatura sobre la salud mental y los servicios de salud mental en Haití. Este informe fue redactado después del terremoto que sacudió a Haití en enero de 2010. Realizamos búsquedas en Medline, Google Scholar y otras bases de datos disponibles a fin de recopilar la literatura científica pertinente acerca de la salud mental en Haití. La investigación fue completada con obras de referencia y literatura gris acerca de Haití. La primera parte describe los principales datos históricos, económicos, sociológicos y antropológicos que permiten comprender someramente a Haití y a su población. Se abordan la demografía, la estructura familiar, la economía haitiana y la religión. La segunda parte se centra en la salud mental y los servicios de salud mental. Se examinan la epidemiología elemental de las enfermedades mentales, las creencias con respecto a las enfermedades mentales, los modelos explicativos, las expresiones de angustia, los comportamientos de búsqueda de ayuda, la configuración de los servicios de salud mental y el estudio de las relaciones entre la religión y la salud mental.

RESUMO

Cultura e saúde mental no Haiti: uma revisão da literatura

Este artigo passa em revista e resume a literatura sobre a saúde mental e os serviços de saúde mental no Haiti. Este resumo foi redigido após o tremor de terra que atingiu o Haiti em janeiro de 2010. Realizamos pesquisas no Medline, no Google Scholar e em outros bancos de dados disponíveis visando reunir a literatura científica pertinente sobre a saúde mental no Haiti. A consulta de obras de referência e da literatura "cinzenta" sobre o Haiti completou as pesquisas. A primeira parte descreve os principais dados históricos, econômicos, sociológicos e antropológicos que permitem entender sumariamente o Haiti e sua população. São abordadas a demografia, a estrutura familiar, a economia

haitiana e a religião. A segunda parte trata da saúde mental e dos serviços de saúde mental. São examinados: a epidemiologia elementar das doenças mentais, as crenças sobre as doenças mentais, os modelos explicativos, as demonstrações de desespero, os comportamentos de busca de auxílio, a configuração dos serviços de saúde mental e o estudo das relações entre a religião e a saúde mental.