

INTRODUCTION

Nous sommes près de 6,5 milliards sur terre. Jusqu'à maintenant, il n'y a jamais eu autant de personnes vivant en dehors de leur pays d'origine, un sur trois étant migrant, c'est-à-dire 3% de la population. Dans le monde d'aujourd'hui existe-t-il un seul pays ayant gardé intactes, race, religion et culture unique à 100 % dans un même pays ? Partout où nous allons se trouve une diversité de langues, religions, structures familiales et valeurs, y compris dans notre propre pays d'origine. Les regards portés sur la maladie mentale sont très divers.

Une femme psychiatre née et formée professionnellement en Inde résidant maintenant en Grande Bretagne, face à son client, lui né et élevé en Equateur ... comment communiquent-ils et comment chacun voit la même maladie mentale ?

La culture peut influencer plusieurs aspects de la santé mentale, notamment comment les personnes communiquent et manifestent leurs symptômes, leur manière de faire face, leurs soutiens familiaux et communautaires et leur empressement à chercher un traitement. De la même manière, les cultures du clinicien et du système de soin influencent les diagnostics, le traitement, le service délivré. Les influences socioculturelles ne sont pas les seuls déterminants du cours de la maladie mentale mais méritent d'être sérieusement prises en considération.

Dans le cadre du dispositif de soin en santé mentale, la culture influence la manière dont les gens:

- a) identifient et manifestent leur détresse,
- b) expliquent et justifient la maladie,
- c) perçoivent les professionnels,
- d) acceptent et répondent aux traitements proposés.

Comment pouvons-nous aller de l'avant et donner les meilleurs soins possibles si nous ne prenons pas en considération les différences de ceux que nous essayons d'aider ?

Comment dépassons nous les barrières de langue et les différences, les vues sur la maladie mentale, les questions relatives au sexe, les différentes méthodes de formation et d'enseignement ? La campagne de la Journée Mondiale de la Santé Mentale en 2007 attirera l'attention sur les services et les traitements transculturels en santé mentale. La Fédération Mondiale de Santé Mentale recherche l'occasion de travailler ensemble pour développer une approche de soin culturel qui incorpore notre arrière-plan culturel et nos croyances, tient compte des barrières de langue et crée des formes de dialogue sensibles à la culture.

« Les gens sont probablement plus attachés à leur culture et leurs croyances ethniques quand ils sont malades que bien portants. La maladie donne le stress et peut conduire les personnes à retourner à ce qui est connu et facile »

Fondation d'infirmières « soin transculturel »

Le groupe d'articles commence par une perspective historique d'Eugène Brady qui nous met au défi de répondre à la question : jusqu'où sommes nous allés dans la santé mentale transculturelle et que reste-t-il à faire ?

Le paquet inclut des informations sur l'impact de la culture dans les services et la compréhension du public, l'impact de la culture au cours de la vie, la question spécifique de migrants et des populations vulnérables et survole quelques pratiques et programmes de différents pays et notre appel pour développer un système culturellement compétent pour tous.

Références :

- Satcher, David. « Mental Health : Culture, Race, Ethnicity. »
<http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/cre/execsummary-6.html>
- Hogg Foundation, « Cultural Adaptation : Providing Evidence-Based Practices to Populations of Color » http://www.hogg.utexas.edu/programs_cc.html

DEFINITIONS

Voici une liste de définitions de termes employés dans cet ensemble. Nous espérons qu'elle vous servira à éduquer les autres autour de vous.

Acculturation :

1 - La modification de la culture d'un groupe ou d'un individu comme résultat du contact avec une culture différente.

2 – Le processus par lequel la culture d'une société particulière est mise en place chez un humain depuis la petite enfance.

La psychiatrie interculturelle : se préoccupe du contexte culturel et ethnique des désordres mentaux et des services psychiatriques. Il émerge comme un champ cohérent à partir de différents courants de travail dont les études sur la prévalence et la forme des désordres dans les différentes cultures et pays ; l'étude des populations migrantes et la diversité ethnique dans les pays ; et l'analyse de la psychiatrie elle-même comme produit culturel. (Wikipedia, http://en.wikipedia.org/wiki/Cross-cultural_psychiatry)

La définition de « **culture** » a été longtemps controversée et le terme est utilisé de manières très variées.

Culture : est cet ensemble complexe qui inclut savoir, croyances, arts, morales, lois, coutumes et quelques autres capacités et habitudes acquises par un humain, membre de la société. Le terme de sub-culture est utilisé pour référer à une culture minoritaire à l'intérieur d'une culture plus large (Taylor, E. in Seymour Smith, C. 1986, Macmillan Dictionary of Anthropology-The Macmillan Press Ltd.)

La **Culture** est un « programme » collectif de l'esprit humain qui distingue les membres d'un groupe humain d'un autre. La culture dans ce sens est un système de valeurs collectives (Geert Hofstede).

Médiation culturelle : l'acte de relier ou de médiatiser entre groupes et personnes d'arrière- plans culturels différents dans le but de réduire les conflits et de produire du changement (Jeweski, 1990). Un médiateur culturel est défini comme un entre-deux, quelqu'un qui supporte la parole d'un autre individu ou groupe (Jeweski & Sotnik, 2001).

Il n'y a pas de définition unique de compétence culturelle. Les définitions ont évolué suivant diverses perspectives, intérêts et besoins.

Citons en exemple :

- La compétence culturelle dans le soin décrit la capacité des systèmes à pourvoir le soin aux patients avec différentes valeurs, croyances, comportements, comprenant le service adapté aux besoins socioculturels et linguistiques des patients (Betancourt et al., 2002)
- La compétence culturelle est l'attention démontrée et l'intégration de trois questions spécifiques : les valeurs culturelles et les croyances relatives à la santé, l'incidence de la maladie et la prévalence et l'efficacité du traitement. Mais peut-être que l'aspect le plus significatif du concept est l'inclusion et l'intégration des trois aires qui sont traditionnellement considérées séparément. (Lavizzo-Mourey & Mackenzie, 1996).

La sensibilité culturelle : est la compréhension et la tolérance de toutes les cultures et styles de vie. C'est crucial dans la fourniture du soin compétent.

Immigrant : une personne qui quitte un pays pour s'installer de manière permanente dans un autre pays.

Migrant : toute personne qui vit temporairement ou définitivement dans un pays ou il/elle n'est pas né(e) et a acquis des liens sociaux significatifs dans ce pays.

Multiculturalisme : l'idée ou la croyance que les sociétés modernes doivent inclure des groupes culturels distincts avec des statuts culturels et politiques équivalents. Le multiculturalisme est un terme souvent utilisé pour décrire la diversité culturelle et ethnique d'une nation et les tenants de cette position argumentent souvent que la diversité est une force positive pour l'identité culturelle et nationale de la société.

Préjugé : croyance basée sur des notions préconçues sur certains groupes. Les préjugés peuvent être des croyances injustes et partiales.

Dans la convention de Genève de 1951, le terme de réfugié s'applique à « toute personne qui, en raison d'une peur légitime d'être persécutée en raison de sa race, sa religion, sa nationalité, son appartenance à un groupe social particulier ou son opinion politique est en dehors du pays de sa nationalité et est incapable ou en raison d'une telle peur, refuse de tirer profit de la protection de son pays ; ou qui, n'ayant pas une nationalité ou étant en dehors du pays de son ancienne résidence habituelle, comme résultat de tels événements, est incapable, ou du fait de cette peur, refuse d'y retourner. Dans le cas d'une personne qui a plus d'une nationalité, le terme « pays de sa nationalité » peut signifier chacun des pays dont il est un national et une personne ne doit pas être estimée manquer la protection du pays de sa nationalité si, sans raison valable basée sur une peur légitime, il n'a pas profité de la protection d'un des pays dont il est le national (Convention of 1951. Article 1A)

Stéréotyper : classer et catégoriser les gens et croire que tous ceux qui appartiennent au même groupe sont pareils. Stéréotyper induit des notions préconçues mais souvent incorrectes.

Transculturation : terme introduit par Fernando Ortiz en 1947 pour décrire un phénomène de cultures convergentes et fusionnantes. En terme simple, il reflète la tendance naturelle des gens (en général) à résoudre les conflits plutôt qu'à les exacerber. Dans le contexte moderne, à la fois les conflits et les résolutions sont amplifiés par la communication et le transfert de technologie - l'ancienne tendance des cultures devenant ou restant des étrangères l'une à l'autre ont été remplacées par des forces plus fortes pour rapprocher les sociétés ensemble. Là où la transculturation touche l'ethnicité et les questions ethniques, le terme d' « ethno convergence » est quelquefois utilisé. Dans un sens général, la transculturation couvre la guerre, le conflit ethnique, le racisme, le multiculturalisme, le cross culturalisme, le mariage interracial et toutes sortes de contextes qui n'ont rien à voir avec plus d'une culture. Dans un autre sens général, transculturation est l'aspect positif d'un phénomène global et d'événements humains où les résolutions vers des conflits sont inévitables (Wikipedia <http://en.wikipedia.org/wiki/Transculturation>)

LA SANTE MENTALE DANS LE CONTEXTE CULTUREL : jusqu'où avons-nous progressé ?

Eugène B. Brody, M.D.
WFMH Senior Consultant
WFMH President, 1981-1983

En 1948, après la dévastation de la 2^{ème} guerre mondiale, le document fondateur de la Fédération Mondiale de la Santé Mentale (WFMH/FMSM) a appelé à une communauté mondiale basée sur le respect de l'individu et des différences culturelles. « Il proclame les buts de la santé mentale comme la capacité de « vivre avec ses amis dans un monde ». En plaidant pour l'égalité de traitement et des chances pour tous sans regarder la culture, le statut ethnique et socioéconomique et en incluant les réfugiés, les personnes malades mentales et les femmes, la nouvelle Fédération mit au défi les valeurs et les pratiques des sociétés traditionnelles et autoritaires. 4 mois plus tard, les nouvelles Nations Unies proclament la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme : un groupe de privilèges et de protections regardés comme corollaires universels et inaliénables de l'être humain. Incorporant la vue que au cœur du statut de l'homme une valeur inhérente ou dignité mérite le respect des autres, ces privilèges ou protections, compris comme des droits incluant à la fois la liberté individuelle et les choses matérielles dues. Les libertés augmentaient les droits à une auto-détermination personnelle, la liberté de conscience, et l'inviolabilité de son propre corps et de sa personnalité. Les choses dues incluaient la nourriture, l'abri, l'emploi, l'éducation et l'accès au soin médical et social. Le message sous-entendu est que la santé et le bien-être ne peuvent survivre à la violation des libertés de base ou à la privation des besoins de base.

En 2007, près de 60 ans plus tard, nous sommes au seuil d'un véritable siècle global. Des peuples précédemment distants sont maintenant en compétition pour les mêmes ressources alors qu'ils se battent pour maintenir leurs propres cultures ou en adopter de nouvelles. Les réfugiés et les autres migrants traversent les frontières nationales et culturelles pour échapper à la pauvreté comme à la guerre. Ils cherchent à s'arranger avec leurs traumatismes personnels et familiaux au milieu de la diversité et du changement. Les valeurs de choix personnel, de réussite et d'autonomie dans les démocraties occidentales sont encore en conflit avec celles de l'interdépendance, de la communauté et du lignage dans la plupart des sociétés traditionnelles. Les valeurs traditionnelles et les systèmes de croyance n'ont pas besoin d'être sacro-saints. Dans quelques parties du monde, elles continuent encore l'oppression de minorités sociales. Des pratiques culturellement défendues, dans le monde industrialisé comme dans le monde moins industrialisé, perpétuent encore des discriminations blessantes basées sur le pouvoir économique et le statut hiérarchique.

La collaboration empathique à travers les frontières de culture et de classe entre aidants et chercheurs d'aide demande que nous reconnaissons notre interdépendance avec eux. Vivre dans la diversité continue d'être un travail-qui-se-fait. Il est temps de reconnaître notre engagement dans une compréhension interculturelle au service de buts entrelacés de promotion de la santé mentale et de préservation des droits humains.

Références :

Brody, Eugène B ; « The concerns of Transcultural Psychiatrie. » Brief Communication : Joint Statement of the Committees on Transcultural Psychiatry of the American and Canadian Psychiatric Associations. *The American Journal of Psychoanalysis*, Vol. XXX, 2 (1968), pp 179-181.

L'impact de la culture sur les services et la compréhension du public

Un nombre croissant de personnels en santé mentale travaille avec des gens qui parlent des langues autres que la langue principale du pays dans lequel ils habitent. Diagnostique et traitement de désordres mentaux reposent grandement sur la capacité de l'individu d'expliquer ses symptômes et comprendre les étapes du traitement. La langue et les barrières culturelles peuvent provoquer une information insuffisante et inadaptée qui peut conduire à un diagnostic inadapté.

La conscience du public et la perception sont très différentes d'une culture à l'autre. Les individus de certaines cultures demandent de l'aide des professionnels plus volontiers que d'autres. Dans d'autres cas, il y a une moindre priorité pour les maladies mentales et donc le traitement qui en résulte peut être pauvre et les gens n'y mettent pas autant d'effort à rechercher de l'aide que pour la maladie physique. Dans certains endroits, la maladie mentale est perçue comme entraînant de la honte pour l'individu et sa famille. Le modèle occidental de santé voit la maladie mentale comme quelque chose qui doit être guéri. Dans de tels cas, les services se préoccupent principalement des désordres de la personne et souvent ignorent les autres aspects qui peuvent être en relation avec la vie de l'individu et son bien être. Cependant, dans d'autres parties du monde, la maladie mentale peut être vue d'une manière plus holistique et prendre en compte les difficultés mentales et spirituelles ressenties par la personne malade mentale. Si les individus ne sont pas engagés sur ces niveaux, ils sont souvent découragés de rechercher de l'aide et, comme dit plus haut, peuvent avoir un diagnostic pauvre.

Etre à l'hôpital peut être une expérience difficile et effrayante et elle peut être plus facile s'il y a des gens disponibles qui comprennent l'arrière-plan culturel et les besoins de l'individu ; en d'autres mots, que ces personnes soient sensibles « culturellement ». C'est spécialement important d'adopter une approche intégrative en santé mentale quand on travaille avec des gens de divers arrière-plans culturels. James et Prilleltensky proposent une approche transdisciplinaire en fournissant un cadre de compréhension et d'amélioration de la santé mentale dans le contexte de diversité culturelle. Le cadre puise dans des études anthropologiques, philosophiques, de science politique et religieuse pour comprendre les vies sociales, culturelles, morales et religieuses des individus. De plus, des psychologues de secteur et des acteurs sociaux fournissent les modèles d'intervention au niveau communautaire et sociétal.

« Dans une vue intégrative de la santé, le politique, l'économique, le moral et le médical sont inextricablement liés. »

Kleinman et Becker

James et Prilleltensky proposent un cadre pour la poursuite de la santé mentale dans des cultures différentes avec 4 considérations complémentaires :

↳ **Philosophique** : la vision de la « bonne vie », la « bonne personne » et la « bonne société ». Afin de comprendre comment les valeurs spéciales façonnent le concept de la santé mentale, la vision de la société, de la « bonne vie » et de la « bonne société » doivent être examinées. On peut demander aux individus s'ils croient aux notions libérales de l'individualisme et de l'auto-détermination où s'ils tendent à soutenir les perspectives communautaires et collectives.

Un individu peut croire qu' « une bonne personne » ne contredira pas le thérapeute « expert » et qu'ainsi, sera peu disposé à dire que cette thérapie en particulier n'était pas utile. Dans certaines cultures, où il y a une stigmatisation forte liée à la maladie mentale, « une bonne personne » peut même ne pas chercher l'aide d'un professionnel en santé mentale. De plus, « une bonne famille » peut être là où les conflits familiaux et les problèmes ne sont pas discutés hors de la famille et surtout pas devant l'étranger, c'est-à-dire le thérapeute.

«La religion d'un peuple est plus qu'une structure de pensée ; c'est l'expérience, l'expression, la motivation, l'intention, les comportements, les styles, et rythmes. Son expression première et fondamentale n'est pas au niveau de la pensée. Cela provoque à penser mais une forme de pensée qui incarne la précision et les nuances de sa force. »

Long 1986

↳ **Contextuel** : l'état actuel dans lequel les gens vivent. Le travail des scientifiques du social est enrichi s'ils s'efforcent de comprendre ce que sont les conditions sociales, économiques, culturelles et politiques d'une communauté spécifique et comment ces facteurs affectent la santé mentale.

↳ **Les Normes Socioculturelles** : parfois, les problèmes sociétaux sont traités au niveau de l'individu, plutôt qu'au niveau de la société. L'aide offerte à une personne qui a été maltraitée est au niveau de l'individu dans une thérapie individuelle. Un exemple d'une intervention à un niveau donné de la société serait une intervention communautaire pour la prévention de la violence. C'est clair que la langue est enracinée dans le contexte. Dans un contexte, une expression comme « j'ai des fourmis dans mon cerveau » peut être vue comme une hallucination, mais peut être vue comme une expression courante dans une autre culture.

↳ **Normes Religieuses** : la vision rédemptrice de la souffrance. Pendant que le modèle médical présume qu'il n'y a aucune signification à la souffrance, beaucoup de groupes religieux croient que la souffrance fortifie leur alliance avec les autres et le divin. Dans ce cas, la souffrance est un véhicule de communication.

↳ **Normes Morales** : la perception de la signification d'une « bonne personne » et d'une « bonne famille ». Par exemple, dans le cadre psychanalytique, une bonne personne est verbalisante, affirmante, autonome et comprenante. Les thérapeutes peuvent être frustrés avec la résistance d'un client à compléter des questionnaires et des journaux d'activité alors qu'en réalité, le problème est lié aux barrières de langue et des différences culturelles. Quand on fournit des services pour des cultures diverses, c'est important que la communication verbale et non verbale soit considérée dans tous ses aspects afin d'éviter les malentendus et les conflits. Les malentendus peuvent exister même au sein de personnes qui parlent la même langue.

La communication non verbale est apprise tôt dans la vie, principalement par imitation et assimilation et les individus sont souvent inconscients de ce que présentent les signaux de leur communication non verbale. Nous sommes seulement conscients quand nous sommes incompris. Quelques exemples de communication non verbale avec leur signification spécifique :

- **Espace** : être plus proche que la distance convenable dans la culture peut être compris comme une agression ou une intimité, cela dépend de la situation. Se tenir plus loin, dans certaines cultures, peut signifier du désintérêt.
- **Le toucher** : certaines cultures sont plus « touch-orientées » que d'autres et se toucher les uns les autres peut être interprété comme la recherche d'un lien ou peut provoquer gêne et réactions négatives.
- **Poignée de main** : une poignée de main ferme peut être considérée comme sincère et franche dans certaines cultures mais peut être vue comme agressive dans d'autres. Une poignée de main gentille peut être vue comme un geste pacifique ou comme un manque d'engagement ou d'intérêt. Dans beaucoup de cultures, des poignées de main entre hommes et femmes ne sont pas acceptables.
- **Silence** : des individus de certaines cultures ont tendances à être mal à l'aise quand le groupe dans lequel ils se trouvent est silencieux ; d'autres peuvent trouver que cela est du plus

acceptable et montre de la réflexion et du respect. Ne pas laisser la place au silence peut être considéré comme malpoli dans certaines cultures.

- Contact visuel : établir un contact visuel peut indiquer de l'intérêt et de la franchise dans certaines cultures, dans d'autres, éviter le contact visuel est signe de respect.
- Sourire et rire : il y a différents sens aux sourires et rires allant du plaisir et de la joie à la surprise, l'embarras, la colère, la confusion, l'excuse ou même la tristesse suivant la culture.
- Mouvement des mains, des bras, des pieds : les mouvements gestuels ont beaucoup de significations différentes selon la culture : debout, les mains sur les hanches peut être vu comme une posture de défi. Les mains dans les poches peuvent être considéré comme impoli, montrer du doigt peut être considéré comme impoli, montrer la plante de pied ou une chaussure peut être hautement offensant dans certaines cultures.

L'Alliance Nationale en Maladie Mentale (ANMM/NAMI) a suggéré les étapes suivantes pour atteindre diverses communautés dans le but d'assurer un accès égal à l'éducation et à la guérison :

1 – identifier le groupe cible. Une fois le groupe identifié, s'informer autant que possible sur leurs caractéristiques et leur histoire. C'est aussi utile de rechercher les croyances du groupe sur la maladie mentale.

2 – identifier les personnages-clés de la communauté. Approcher les chefs du groupe communautaire sélectionné et leur demander d'être votre partenaire. Ils peuvent alors vous aider à identifier les besoins de la communauté et atteindre avec succès le groupe. De plus, parce qu'ils sont respectés par le groupe, ils vous facilitent l'accès, la confiance et l'attention du groupe.

3 – identifier les organisations-chefs. La collaboration avec ces organisations assurera un front uni et augmentera les possibilités de votre portée.

4 – décider les cibles majeures des activités. Comme part d'une communauté spécifique, les individus peuvent être aidés par différents types de méthodes d'approche, comme des livrets culturellement et linguistiquement appropriés, l'établissement d'un groupe de soutien spécifique à la communauté, une augmentation des adhésions à diverses communautés, faire du lobby auprès des officiels gouvernementaux pour augmenter le financement des services de santé mentale communautaires spécifiques.

5 – dissémination et publicité : travailler avec les organisations communautaires, par exemple les églises, les associations ethniques et raciales, bibliothèques, écoles, épicerie de quartier, centres de consultation et tout autre endroit que le groupe fréquente. Faire circuler les annonces dans la presse et les annonces du service public, de courts articles dans les journaux et souligner le travail dans les médias adaptés.

« La culture est importante. L'arrière-plan racial et ethnique soutient la façon dont les gens vont chercher de l'aide en premier et quel genre d'aide ils recherchent, quelles sont leurs propres possibilités de venir au bout, quel est leur entourage de soutien et à quel point ils stigmatisent la maladie mentale »
NAMI

Pour être sensibilisée aux différentes cultures, une personne doit comprendre ses propres perspectives sur le monde et celles des autres cultures. Les accompagnants doivent procurer l'information culturelle et appliquer ces connaissances pendant leur travail avec les autres. Travailler avec les personnes d'autres cultures exige la flexibilité et le respect des points de vue des autres et une compréhension des comportements de santé culturellement influencés. La culture influence la façon de chercher l'aide et le comportement envers les professionnels est souvent plus marqué en soin en santé mentale. Si les accompagnements en santé mentale ont la capacité de communiquer et de

comprendre les différents comportements influencés par la culture, les obstacles à la délivrance de soins peuvent ainsi être diminués ou éliminés.

Kleinman et Benson proposent que tout clinicien, même le plus occupé, doit trouver le temps de demander à ses clients et/ou leurs familles quelles sont leurs priorités dans l'expérience de la maladie et le traitement. Les cliniciens pourraient utiliser ensuite cette information essentielle en élaborant leurs décisions de traitement et leurs négociations avec leurs patients. Cette orientation deviendra un élément de la connaissance de soi pour le praticien et sa disponibilité pour le dialogue interpersonnel deviendra un élément important dans son répertoire clinique.

« Se concentrer sur le patient comme individu sans le stéréotyper, comme un être humain, en face du danger et de l'incertitude, pas seulement un cas : comme une opportunité pour le professionnel en santé mental de s'engager dans un travail essentiellement moral et pas une question d'évolution comptable. »
Arthur Kleinman

Références

- « Basic Steps for Successful Multicultural Outreach » National Alliance for Mental Illness. www.nami.org/multicultural
- “Cultural Competence” *Transcultural Nursing*. <http://culturediversity.org/cultcomp.htm>
- James, Susan, et Isaac Prilleltensky. Cultural Diversity and Mental Health : Toward Integrative Practice. In press : *Clinical Psychology Review*, Volume 22, Issue 8, novembre 2002, pages 1133-1154.
- Kleinman A (2006). What really Matters : Living a Moral Life Amidst Uncertainty and Danger. Oxford : Oxford University Press. P272.
- Kleinman A, Benson P (2006) « Anthropology in the Clinic : The problem of Cultural Competency and How to Fix It. » *Plos Med* 3(10) : e294.
- Mental Illness and Minorities » HealthyPlace.com Depression Community [http:// www.concernedcounseling.com/Communities/Depression/minorities_2.asp](http://www.concernedcounseling.com/Communities/Depression/minorities_2.asp)
- Rethink : Engaging with Mental Health Services. http://www.rethink.org/about_mental_illness/who_does_it_affect/
- Yan, Yorn. New Americans, New Promise. Fieldstone Alliance, St. Paul, Minnesota. 2006.

ETAT DES LIEUX

Programme de sensibilisation culturelle

La Fondation des Populations des Nations Unies propose un guide très réussi avec 24 suggestions pour un programme de sensibilisation culturelle reproduit ici avec la permission de <http://www.unfpa.org/culture/24tips/cover.htm> disponible en anglais, français, espagnol, arabe, russe et allemand. Ces suggestions ne sont pas directement en rapport avec la santé mentale ; cependant, elles contiennent des leçons appréciables en rapport avec le travail culturellement sensible en santé mentale.

« Dans nos efforts de développement dans les sociétés démunies, nous avons besoin d'être prêts à travailler avec des personnes à leur niveau et de trouver un terrain d'entente. Nous ne croyons pas toujours leurs façons de faire et ne sommes pas toujours en accord avec eux, mais il nous faut la compassion et l'engagement pour les comprendre et donner notre soutien pendant qu'ils traduisent les principes universels en leurs propres codes, messages et leurs propres façons de faire : les droits de l'homme sont notre cadre de référence. Et nous employons une approche culturellement sensible afin de promouvoir les droits de l'homme de façon à ce que les gens puissent s'y reconnaître et puissent l'internaliser dans le contexte de leurs propres vies. »
Tharaya Ahmed Obaid, UNFPA Directeur Exécutif.

Les 24 suggestions avec de petites annotations, sont les suivantes :

1. **INVESTIR DU TEMPS AFIN DE CONNAITRE LA CULTURE DANS LAQUELLE VOUS OPEREZ :** comprendre comment valeurs, pratiques et croyances affectent la conduite humaine est primordiale pour la création de programmes efficaces. Cette compréhension est importante surtout sur le terrain des rapports de pouvoir entre hommes et femmes.
2. **ENTENDRE CE QUE DIT LA COMMUNAUTE :** avant l'ébauche d'un projet, s'informer auprès des membres de la communauté de ce qu'ils espèrent accomplir. Inviter leurs points de vue sur les aspects différents d'un projet, la stratégie globale au message spécifique d'advocacy peut engendrer l'acceptation localement et les inspirer à s'appropriier le projet.
3. **MONTRER DU RESPECT :** faire l'effort de démontrer que vous comprenez et estimez les rôles et fonctions des chefs communautaires et les chefs des groupes en évitant les attitudes ou un discours qui peuvent être perçus comme de la condescendance.
4. **MONTRER DE LA PATIENCE :** beaucoup de dialogue et de vigilance sont nécessaires afin de décider les autres à accepter les façons de penser nouvelles, surtout ceux qui accordent du prix au fait que les croyances sont intimement liées à l'identité individuelle et sociétale. Investir autant de temps que nécessaire pour clarifier les questions et aborder les hésitations ou appréhensions. Si les questions ne sont pas résolues, elles peuvent refaire surface plus tard et faire dérailler le progrès.
5. **GAGNER LE SOUTIEN DES POUVOIRS LOCAUX :** acquérir la confiance de ceux qui tiennent le pouvoir dans la communauté que ce soit des associations, des groupes féminins, les chefs religieux ou les aînés des tribus, c'est le premier pas crucial afin de gagner

l'acceptation sur le terrain. Assurez-vous que votre premier contact envoie un message positif.

6. **ETRE INCLUSIF** : le meilleur moyen de dissiper la méfiance est d'avoir un procédé de transparence de consultation et négociation avec tous les intéressés.
7. **FOURNIR DE L'EVIDENCE SERIEUSE** : utilisant des données à la base de l'évidence, montrer ce que les interventions peuvent accomplir comme sauver des vies. En plus de l'advocacy, de telles informations peuvent être utilisées pour éclaircir des malentendus, et obtenir le soutien des décideurs politiques et les structures locales de pouvoir, également des chefs religieux. L'évidence crédible est surtout importante quand les questions à discuter sont controversées.
8. **COMPTER SUR L'OBJECTIVITE SCIENTIFIQUE** : aborder les questions culturellement sensibles dans le contexte de la santé mentale aide à dissiper les émotions fortes associées à ces sujets : une perspective technique et scientifique rend la discussion et l'acceptation de ces questions plus faciles.
9. **EVITER LES JUGEMENTS DE VALEUR** : ne pas juger la conduite ni les croyances des gens. Plutôt laisser de côté vos propres valeurs quand vous examinez les pensées et les rêves des autres et comment ils pensent les accomplir pour le mieux.
10. **UTILISER UN LANGAGE ADAPTE AUX SENSIBILITES** : montrer de la vigilance et ne pas utiliser des mots ou des concepts qui peuvent offenser. Former des questions dans un sens plus large de la santé et de la santé familiale et des communautés.
11. **TRAVAILLER AVEC LES ALLIES LOCAUX** : compter sur des partenaires locaux légitimes qui sont susceptibles d'influencer et mobiliser une communauté. Ces partenaires ont l'avantage de connaître ce que les autochtones sont susceptibles d'accepter.
12. **ASSUMER LE ROLE DE FACILITATEUR** : ne pas présumer d'avoir toutes les réponses. Céder le contrôle et laisser les autres exprimer leurs points de vue, partager leurs expériences et formuler leurs propres idées et projets. Dans un environnement chargé des différences ethniques et religieuses, endosser le rôle de facilitateur envoie un message de neutralité.
13. **HONORER VOS ENGAGEMENTS** : faire ce que vous avez promis, c'est la meilleure façon de bâtir des relations de confiance.
14. **CONNAITRE VOS ADVERSAIRES** : comprendre la manière de penser de ceux qui s'opposent à votre point de vue peut être la clé des négociations réussies. Analyser le relationnel sur lequel ils basent leurs arguments et être prêts à engager un dialogue constructif.
15. **TROUVER UN TERRAIN COMMUN** : même avec des institutions apparemment mono ethniques, il existe différentes écoles de pensées. Chercher les intérêts en commun qui peuvent fournir des ouvertures pour travailler avec des partenaires non traditionnels.
16. **ACCENTUER LE POSITIF** : en abordant des pratiques traditionnelles nuisibles, insister sur le point qu'il y a des pratiques nuisibles et positives dans toute société. Ceci peut dissiper des tensions qui entourent les sujets de provocation.

17. **UTILISER LE PLAIDOYER POUR EFFECTUER LE CHANGEMENT :** des campagnes bien préparées sont très importantes quand les buts du projet sont susceptibles d'entraîner les désaccords religieux ou culturels.
18. **CREER DES OPPORTUNITES POUR LES FEMMES :** donner aux femmes la possibilité de s'exprimer et de montrer leurs capacités, ce qui diminue les croyances erronées, basées sur la culture autour des rôles hommes/femmes stéréotypés.
19. **CONSTRUIRE LA CAPACITE COMMUNAUTAIRE :** renforcer un sens de propriété et assurer l'endurance en renforçant l'habileté des membres de la communauté : ceci inclut les fournisseurs de soins de santé et les éducateurs.
20. **ATTEINDRE LE PUBLIC CIBLE A TRAVERS LA CULTURE POPULAIRE :** dans plusieurs parties du monde, la musique et la danse sont des expressions culturelles populaires. Les utiliser pour communiquer des idées neuves et ne pas manquer d'entraîner les jeunes dans ces processus.
21. **LAISSER LES GENS FAIRE CE QU'ILS SAVENT LE MIEUX FAIRE :** souvent, un rôle approprié pour les chefs religieux ou traditionnels est de mobiliser les communautés ou d'aider à réformer l'opinion publique. Chercher leur engagement sur ces terrains.
22. **ENTRETENIR LES PARTENARIATS :** cultiver les relations implique d'investir de l'énergie, de la patience et du temps. Ne pas les laissez disparaître quand le travail se termine. Garder les partenaires en association au-delà d'une seule consultation permet à la confiance de mûrir et d'augmenter les chances de résultats positifs à l'avenir.
23. **CELEBRER LES SUCCES :** mettre en avant les accomplissements des autres et les faire connaître au public peut créer une sensation de fierté et renforcer l'implication de la communauté.
24. **N'ABANDONNEZ JAMAIS :** modifier des attitudes et comportements peut être un processus lent et fastidieux, surtout dans les sociétés fermées. N'espérez pas tout accomplir à la fois. Même des petits changements ont une signification et peuvent être durables au long terme.

ETAT DES LIEUX : La formation des professionnels et des interprètes

Brian Robertson, M.D.
Professeur émérite
WFMH Centre de Collaboration en Psychiatrie et Santé Mentale.
Hôpital Groote Schuur
Faculté de Cape Town, Afrique du Sud

Même dans les pays qui ont le respect de la diversité culturelle, il est rare de trouver des structures de santé mentale où les professionnels sont effectivement en harmonie avec les divers soins culturels de leur clientèle. Ceci reflète le manque de formation en compétence culturelle des dirigeants et des décideurs et formateurs ou mentors professionnels. La compétence culturelle est un don rarement acquis sans formation formelle. Dans cet état des lieux, nous observons la formation des professionnels et interprètes travaillant dans les structures de santé mentale culturellement diverses.

La formation en compétence culturelle pour les professionnels

Il est aussi essentiel que les professionnels en santé mentale aient une compétence culturelle que d'être « cliniquement compétents ». La formation en compétence culturelle doit commencer tout au début de la formation professionnelle pour que la conscience de et la réponse à la diversité culturelle devienne incorporée facilement dans les aptitudes cliniques naissantes. Non seulement les programmes de formation doivent incorporer des constituants didactiques et cliniques, mais, plus important, les besoins culturellement divers doivent être une expérience vécue pour les étudiants. L'expérience clinique doit être située dans des services culturellement diversifiés et, idéalement, dans un groupe de formation culturellement divers.

Les formats de l'enseignement doivent inclure des séminaires didactiques : la formation au chevet et l'enseignement clinique, la psychiatrie culturelle, les conférences basées sur des cas, la supervision psychiatrique ou consultation. Parmi les sujets à couvrir, il y aurait :

- La relation entre la culture et le développement humain et le fonctionnement en général, avec une considération particulière pour le rapport entre la culture et la santé mentale.
- La connaissance de la culture et l'histoire des groupes ethniques ou culturels qui forment la clientèle locale, comprenant leur perspective mondiale et les croyances spirituelles et morales majeures, les normes de comportement et modes de vie, les modèles explicatifs des maladies, les idiomes de détresse et les pratiques de guérison.
- La connaissance des phénomènes des rapports socioculturels, par exemple acculturation, réfugiés, et les problèmes des minorités.
- Comment faire une évaluation culturellement sensible d'un problème de santé mentale d'un client, en l'éclairant par le point précédent (ce qui inclut l'emploi approprié d'interprète).
- Comment négocier un plan de soins culturellement adapté, prenant en compte les pratiques traditionnelles de guérison et les guérisseurs.
- Sensibilité par rapport à l'impact mutuel des différences d'identité entre clinicien et client dans la relation professionnelle, comprenant les dynamiques de pouvoir, race, ethnicité, langage, religion, classe, âge, genre et orientation sexuelle.
- Comment élaborer et contrôler un système de soins compétent.
- Comment conduire des projets ethnographiques et d'autres recherches en rapport, nécessaires pour augmenter la compétence culturelle.
- Connaissance des politiques du développement et leur mise en œuvre pour des systèmes de soins culturellement compétents.

Formation des interprètes

La migration qui augmente globalement, expose toujours plus de professionnels de la santé mentale à une clientèle culturellement diverse. Associé avec l'accueil croissant de la nécessité de services culturellement adaptés, l'emploi des interprètes ou traducteurs est devenue une demande majeure dans ces structures. Les effets potentiellement défavorables de l'emploi des membres de la famille ou des personnels du service sont largement reconnus. Au mieux, la confidentialité du client est compromise quand les membres de la famille ont connaissance de l'information sensible découverte pendant les consultations en santé mentale. Au pire, les membres de la famille, en conflit avec le client, peuvent abuser de leur rôle d'interprètes pour avancer leurs propres intérêts. Les personnels du service ressentent souvent qu'ils sont enlevés à leur tâche habituelle. Parler la même langue que le client ne signifie pas qu'ils ont les mêmes points de vue sur le monde ni les mêmes méthodes pour décrire la maladie. Bien trop, souvent, ils peuvent avoir eux-mêmes des problèmes non résolus d'acculturation qui peuvent nuire à l'objectivité de leurs réponses pour le client. Le processus d'interprétation est semé d'embûches potentielles, qui peuvent seulement être évitées quand professionnels et interprètes ont reçu la formation adéquate.

Il y a quelques directives pour les professionnels :

- Accorder du temps supplémentaire pour une consultation avec l'interprète.
- Examiner la question de l'âge et du sexe de l'interprète et, si besoin, l'accorder avec le client.
- Expliquer clairement à l'interprète ce que vous attendez.
- L'interprète doit traduire littéralement sans paraphraser.
- Arranger les trois chaises en triangle avec le client et l'interprète pour libérer l'interprète des dynamiques de pouvoir en jeu dans la relation thérapeute/client. Le rôle de l'interprète est d'assister à la fois le client et le professionnel, pas uniquement le professionnel.
- Adresser les questions pour le client au client et non pas à l'interprète, maintenir le contact du regard avec le client.
- Les questions doivent être courtes et simples, une à la fois.
- A la fin de l'entretien, demander à l'interprète ses premières impressions. Vérifier vos propres impressions avec celles de l'interprète.

Afin de promouvoir l'efficacité en santé mentale dans les endroits culturellement divers, les interprètes doivent être équipés de connaissances et d'aptitudes spécifiques. Ceci inclut :

- Les termes utilisés en psychiatrie, psychologie et travail social.
- La connaissance des normes en psychologie et psychopathologie.
- La connaissance des thérapies actuelles.
- La connaissance de la culture du client.
- Le respect de la diversité culturelle.
- Les techniques d'entretien.
- La compréhension de la communication non verbale.
- La compréhension des influences culturelles sur les évaluations en santé mentale.
- Les méthodes appropriées de s'informer sur les terrains sensibles de l'histoire du client, comme par exemple les idées suicidaires, les relations intimes et les pratiques sexuelles.

Références :

- Swartz L (1998) *Culture and Mental Health : a southern African view*. Cape Town: Oxford University Press.
- Tseng, Wen-Shing (2001) *Handbook of Cultural Psychiatry*. London : Academic Press.

L'Impact de la Culture à travers la durée d'une vie

« La menace pour les enfants et la culture des enfants n'est pas la violence dans les vidéos mais le manque de culture parmi leurs modèles dans la société. »

Beng Göransson, Ministre suédois de la Culture, 1982

Nous évoluons vers un monde où les enfants et les jeunes dans la majorité des pays sont plus nombreux que les adultes et un cinquième de la population mondiale va bientôt être âgée entre 15 et 24 ans. Plus les enfants participent à la vie culturelle et ont une formation culturelle, plus ils connaîtront leur identité propre. Etant parmi les membres de la société les plus vulnérables, ils dépendent des adultes pour leur orientation culturelle, leurs modèles et leur conscience par rapport à la santé et les soins. Les enfants comptent sur ceux qu'ils rencontrent en terme de langage, environnement, comportement et valeurs et également les expériences personnelles et les contacts humains dans la formation de leur identité culturelle.

A certains moments, pendant la jeunesse, les personnes s'efforcent d'être comme tout le monde à l'école et dans leurs communautés. Ceux avec un arrière-plan culturellement différent, langue, vêtements etc, peuvent se sentir embarrassés par ces différences et ne pas comprendre et ne pas apprécier les aspects positifs de leur héritage. En s'efforçant d'être « comme tout le monde », les enfants ne voient peut-être pas la valeur de parler une langue, autre que la langue du pays ou d'avoir chez eux des coutumes qui diffèrent de celles de leurs camarades de classe. Ainsi, en évaluant les besoins en santé mentale des enfants et des jeunes, il est parfois plus difficile de comprendre le conflit qui peut exister entre ces deux mondes.

Aujourd'hui, la télévision, Internet, les jeux vidéos etc.. remplacent souvent la communication entre les personnes. Il est important d'encourager les enfants et les jeunes à se connaître ; c'est-à-dire prendre en charge leurs propres problèmes, acquérir la compréhension des sentiments et les pensées des autres. Sous cet angle, ils apprendront plus sur eux-mêmes et leur rôle dans la société.

Dans son livre, « *l'esprit vous prend et vous tombez* » Anne Fadiman raconte l'histoire d'un enfant Hmong, traité pour ses « attaques » par des infirmières et médecins occidentaux et le conflit existant entre ses parents et l'établissement hospitalier aux Etats-Unis. Les malentendus résultant de ces conflits culturels soulignent clairement l'importance d'un traitement culturellement adapté. L'enfant était sûrement victime de ces malentendus et pendant un temps de sa petite enfance, confié même à des parents nourriciers, alors que ses parents croyaient fermement qu'ils travaillaient dans son intérêt en n'obéissant pas aux rôles des professionnels qui le traitaient. Ce livre démontre les conséquences désastreuses résultant d'un défaut de communication entre cultures, même quand les deux croient que leurs actions sont dans le meilleur intérêt de l'enfant.

Il y a un nombre croissant d'enfants et de familles avec des problèmes sérieux de santé mentale à travers le monde. Ce fait associé avec les environnements multiculturels de la plupart des pays, augmente les besoins en cliniciens avec une formation culturellement adaptée afin d'offrir les soins en santé mentale appropriés à cette population. D'après Wright et Leonhardt, le clinicien avec des compétences culturelles :

- Met en valeur la diversité.
- A acquis la capacité de faire une autocritique culturelle.
- Est conscient des dynamiques inhérentes quand des personnes de culture différente se rencontrent.

- A développé des adaptations à la diversité.
- A des connaissances culturelles.

Les services culturellement compétents sont centrés sur la famille et, comme la famille est le système de soutien primaire de l'enfant, sa participation est considérée comme essentielle pendant le processus d'aide. L'arrière-plan culturel de la famille, ses valeurs, ses traditions, son niveau d'acculturation et d'assimilation dans la société de base sont des questions pertinentes dans une évaluation sensible culturellement. Les stéréotypes doivent être évités et tout praticien doit être au courant des problèmes de développement de l'enfant.

Vivre hors de sa culture peut être spécialement difficile pour les adultes qui ont la plus grande part de responsabilité en ce qui concerne l'adaptation. Les adultes doivent soutenir et protéger leurs enfants et parfois leurs propres parents. Les enfants s'adaptent plus facilement et apprennent les langues plus vite. Les adultes doivent se préoccuper de l'emploi, du logement, et du bien-être en général de leur famille. Le stress engendré par de telles situations atteint un niveau supérieur quand il advient des défis sur leur facilité à s'exprimer. Il y a parfois une différence de pouvoir entre adultes et enfants, surtout si on demande aux enfants de servir d'interprètes. Les rôles dans le mariage varient de cultures en cultures, aussi les façons d'élever les enfants. Le rôle de la femme est différent suivant les cultures et un changement dans son rôle de base peut amener d'autres tensions familiales. Dans certaines cultures, les adultes frappent les enfants en guise de discipline ; dans d'autres, ces pratiques sont considérées comme abuser de l'enfant. La frustration, l'ennui, des conditions de vie déplorables et le manque d'un emploi enrichissant peuvent amener les adultes à l'usage de toxiques. Ces questions font des sujets pointus de débats dans les contextes religieux, culturels et politiques locaux. Les adultes peuvent être particulièrement hésitants à chercher de l'aide pour les problèmes de santé mentale car cela peut être vu comme un signe de faiblesse et de honte quand d'autres membres de la famille dépendent d'eux. Ils peuvent ressentir le besoin de se montrer toujours forts et ne pas céder et demander de l'aide. Ils ne sont pas assez jeunes pour s'adapter aussi rapidement que leurs enfants et pas assez âgés pour avoir besoin de soins sans avoir honte.

Mondialement, les personnes âgées sont en tête de liste de l'Organisation Mondiale de la Santé parmi les cas nouveaux de maladies mentales. 236 personnes âgées pour 100 000 souffrent de maladie mentale en comparaison de 93 pour 100 000 de ceux âgés entre 45 et 63 ans, le groupe plus jeune. Les personnes âgées sont traitées différemment dans des cultures différentes et les normes et traditions culturelles ont de l'importance particulière dans cette population. Dans beaucoup de cultures, les aînés sont vénérés comme des porteurs de l'amour, de connaissances, conseils et sagesse. Beaucoup d'adultes se souviennent et apprécient tout ce qu'ils ont appris de leurs aînés, sans peut-être s'en être rendus compte dans leur enfance. Les relations entre enfants et grands-parents peuvent être d'une signification particulière bien que les personnes peuvent aussi apprendre beaucoup des gens extérieurs à la famille. Quand on demande à une personne de réfléchir sur les individus de son passé qui ont eu de l'influence sur sa vie, la réponse montre bien l'importance de mentors, de membres plus âgés de la famille ou non.

« Parmi les découvertes que j'ai faites dans ma vie d'adulte, c'est un fait que je suis le reflet des contacts journaliers avec les personnes plus âgées dans ma vie. Mes expériences d'enfance sont une mosaïque de tous les éducateurs qui ont pris la responsabilité de m'élever. »

Vivian Filer, MS, MSN, ARNP

Une personne âgée, homme ou femme, est souvent désignée formellement ou non comme chef de la maison, une personne respectée et honorée. Dans certaines cultures, les aînés fréquentent plus

volontiers les guérisseurs indigènes que ce soit les guérisseurs religieux ou les diseurs ou autres quand ils ne se sentent pas bien. De telles personnes ne partagent pas ces informations avec les professionnels de la médecine, il est donc important que de telles croyances soient découvertes tôt dans la conversation.

En travaillant avec une personne plus âgée, il est important de montrer du respect en les appelant par leur nom de famille.... Jamais l'usage d'un « petit nom » qui montre le non-respect. Dans certaines cultures, le contact physique comme la poignée de main ou un contact en douceur par le soignant est important pour la personne âgée tandis que pour d'autres, il est inapproprié de toucher la personne sans sa permission. Dans beaucoup de pays, l'habillement de l'accompagnant est important. Les personnes âgées croient qu'être habillé simplement n'est pas approprié et montre un manque de respect pour soi ainsi que pour le client. La conscience des croyances spirituelles et religieuses aide aussi à établir une bonne relation entre professionnel et client. Le rôle de la famille peut être très important pour choisir les soins. Beaucoup de cultures accentuent la valeur d'autres membres de la famille élargie, un groupe qui peut être impliqué dans les décisions de tous les jours et les décisions concernant les soins. Les individus peuvent être trop gênés pour désigner un membre de la famille comme délégué quand à la place, les décisions seraient prises par toute la famille.

La langue est aussi une considération majeure, dans le travail avec les personnes âgées. Les personnes qui ont changé de pays n'ont peut-être pas appris la langue de leur nouveau pays. Même dans un pays, il y a des dialectes différents. Il est important de ne pas oublier que la capacité d'apprendre une nouvelle langue, en particulier parmi les gens plus âgés n'indique pas leur niveau intellectuel ; et des efforts doivent être faits pour trouver un moyen afin que la communication soit juste.

L'utilisation d'un interprète peut interrompre les relations entre professionnel et client et les indications en ce qui concerne la confidentialité et le comportement professionnel doivent être exigées. Les personnes ont une tendance à utiliser des membres de la famille et même parfois des enfants comme interprètes. C'est particulièrement utile, bien sûr si l'accompagnant et le client parlent la même langue, de telle sorte qu'il n'y ait pas besoin d'interprète.

Références :

- Desjarlais, Robert. Leon Eisenberg, Byron Good, and Arthur Kleinman. World Mental Health : Problems and Priorities in Low-Income Countries. New York: Oxford University Press, 1995.
- Fadiman, Anne. The Spirit Catches You and You Fall Down. Farrar, Strauss & Giroux. Septembre 1998. <http://www.spiritcatcheyou.com/index.htm>
- Filer, Vivian. « Cross Culture : Treating Elderly African-American Patients » in *Health Management for older Adults*. University of Florida College of Medicine. Geriatric Education Center. 2000. <http://medinfo.ufl.edu/~gec/hmoa3/mods.html#mod6>
- Isaksson, Britt. *Culture for Children and Young People*. The Power of Culture. The Netherlands, Avril 2007. <http://www.powerofculture.nl/uk/archive/commentary/isaksson.html>
- Wright, Harry H. and Tami V. Leonhardt. "Service Approaches for Infants, Toddlers, and Preschoolers : Implications for Systems of Care" in *Promoting Cultural Competence in Children's Mental Health Services*, Mario Hernandez and Mareasa R. Isaacs, Ed. Paul H. Brookes Publishing Co., Maryland. 1998.

‘
-

ETAT DES LIEUX

Promotion de la compétence culturelle et linguistique

Etat des lieux d'auto évaluation pour le personnel pourvoyeur de service en comportement sanitaire et aux soutiens aux enfants, aux jeunes et à leurs familles.

Consignes : cocher A, B ou C pour chaque item suivant :

A = les choses faites fréquemment

B = les choses faites occasionnellement

C = les choses faites rarement ou jamais

L'environnement physique, les matériels et les ressources :

1 – j'expose des images, des posters ou d'autres matériels qui reflètent les cultures et l'arrière-plan ethnique des enfants, des adolescents et des familles utilisés dans mon programme.

2 – je m'assure que les magazines, les brochures et les autres documents imprimés dans les salles d'attente sont intéressants et reflètent les différentes cultures des enfants, des adolescents et des familles desservis par mon programme.

3 – quand j'utilise des vidéos, des films, des CD, des DVD ou d'autres outils médias pour la prévention et le traitement en santé mentale, je m'assure qu'ils reflètent les cultures des enfants, des jeunes et des familles visés par mon programme.

4 – quand j'utilise la nourriture pendant l'évaluation, je m'assure que les aliments des repas servis sont spécifiques aux cultures et aux arrière-plans ethniques des enfants, adolescents et familles visés par mon programme.

5 – je m'assure que les jouets et autres accessoires de jeux dans les salles d'attente et ceux qui sont utilisés pendant l'évaluation représentent les cultures variées et les groupes ethniques du quartier et de la société globale.

Les styles de communication :

6 – pour les enfants et les adolescents qui utilisent d'autres langues ou dialectes que la langue de base, je m'efforce d'apprendre et d'utiliser des mots-clefs dans leur langue afin de pouvoir mieux communiquer avec eux pendant l'évaluation, le traitement ou d'autres interventions.

7 – j'essaie de déterminer les expressions familières utilisées par les enfants, les adolescents et les familles qui peuvent influencer sur l'évaluation, le traitement et les autres interventions.

8 – j'utilise des aides visuelles, gestuelles et des réactions physiques dans mes interactions avec les enfants et les adolescents limités dans l'utilisation aisée de la langue.

9 – j'utilise des collègues bilingues ou multilingues, interprètes formés/certifiés pour l'évaluation, le traitement ou d'autres interventions auprès des enfants et des adolescents limités dans l'utilisation aisée de la langue.

10 – j'utilise des collègues bilingues ou multilingues interprètes formés/certifiés pour l'évaluation, les séances de traitement et réunions pour les familles qui ont besoin d'aide à ce niveau.

11 – auprès des parents qui ont des difficultés dans l'utilisation aisée de la langue, je garde toujours en tête que :

- Leur difficulté à s'exprimer facilement n'est d'aucune manière le reflet de leur niveau intellectuel,
- Leur capacité limitée de parler la langue de la culture dominante n'a aucune influence sur leur capacité à s'exprimer dans leur langue d'origine,
- Ils peuvent écrire ou ne pas écrire dans leur langue d'origine ou dans la langue de la culture dominante.

- 12 – chaque fois que possible, je m’assure que tous les documents transmis aux parents, familles et les accompagnants sont écrits dans leur langue d’origine.
- 13 – je comprends que ce soit parfois nécessaire d’utiliser d’autres méthodes que les documents écrits pour certaines familles car la communication orale peut mieux passer pour recevoir l’information.
- 14 – je comprends les principes et les pratiques d’aptitude linguistique et :
 - Je les applique dans mon programme,
 - Je les promeus dans mon programme.
- 15 – je comprends les implications des écrits en santé et santé mentale dans le cadre de mes rôles et responsabilités.
- 16 – j’utilise des formats différents et des approches variées pour communiquer et partager l’information avec les enfants, les adolescents et/ou leurs familles qui ont l’expérience du handicap.
- 17 – j’évite d’imposer des valeurs qui peuvent être en conflit ou en contradiction avec celles des cultures ou des groupes ethniques autres que le mien.
- 18 – dans la thérapie de groupe ou les traitements, je décourage les enfants ou les adolescents d’utiliser des injures ethniques ou raciales en les aidant à comprendre que certains mots peuvent être blessants pour d’autres.
- 19 – je trie les livres, les films et les autres moyens médias qui ont des stéréotypes raciaux, ethniques ou culturels négatifs avant de les partager avec les enfants, les adolescents ou leurs parents desservis par mon programme.
- 20 – j’interviens de manière appropriée quand je vois d’autres soignants ou des parents, dans le cadre de mon programme, avoir des comportements montrant une insensibilité, un parti pris ou un préjugé culturel.
- 21 – je comprends et j’accepte que la famille soit définie différemment suivant les cultures (par exemple les membres éloignés, cousins fictifs, parrains).
- 22 – je reconnais et accepte que les individus ayant des arrière-plans de diverses cultures puissent désirer différents niveaux d’acculturation et d’intégration dans la culture dominante.
- 23 – j’accepte et respecte que les rôles masculin/féminin dans les familles puissent varier significativement entre les différentes cultures (par exemple celui qui prend les décisions importantes pour la famille, le jeu et les interactions sociales attendues des enfants males et femelles).
- 24 – je comprends que l’âge et les événements cycliques de la vie doivent être considérés dans les échanges avec les individus et les familles (par exemple, les décisions ou le rôle des aînés sont de haute importance dans la famille).
- 25 – même si mes points de vue professionnels ou moraux peuvent différer, j’accepte les parents comme principaux décideurs dans le soutien et le service apportés à leurs enfants.
- 26 – je reconnais que le sens ou la valeur de la prévention de santé, de l’intervention et du traitement puissent varier beaucoup selon les cultures.
- 27 – je reconnais et comprends que les croyances et les concepts de bien-être émotionnel varient significativement d’une culture à l’autre.
- 28 – je comprends que les croyances autour de la maladie mentale et du handicap psychique sont culturellement basées. J’accepte que les réponses à cela et les traitements adoptés sont influencés lourdement par la culture.
- 29 – je comprends l’impact du stigmatisme associé à la maladie mentale et les services de santé primaire à l’intérieur des communautés de cultures diverses.
- 30 – j’accepte que la religion, la spiritualité et les autres croyances peuvent influencer la manière dont les familles vont réagir aux maladies physiques ou mentales, au handicap et à la mort.
- 31 – je reconnais et accepte que les croyances populaires et religieuses peuvent influencer la réaction d’une famille et l’approche d’un enfant né avec un handicap ou diagnostiqué avec un handicap physique ou psychique ou avec des besoins de soins de santé spécifiques.
- 32 – je comprends que les approches traditionnelles de discipliner les enfants sont influencées par la culture.
- 33 – je comprends que les familles de cultures différentes vont avoir des attentes différentes pour leurs enfants dans l’acquisition de fonctionnement social, émotionnel, cognitif, en communication.

- 34 – j’accepte et respecte que les coutumes et croyances alimentaires (leur valeur, leur préparation et usage) soient différentes d’une culture à l’autre.
- 35 – avant une visite et un service à domicile, je cherche l’information sur les comportements acceptables, les coutumes et les attentes qui sont spécifiques aux familles de certains groupes culturels desservies par mon programme.
- 36 – je cherche l’information d’un membre de la famille ou d’autre informateur-clef de la communauté qui aidera l’adaptation du service afin de répondre aux besoins et préférences des enfants, des adolescents et des familles de différentes cultures et ethnies desservies par mon programme.
- 37 – je milite pour que l’examen critique de la feuille de route des buts, des politiques et des procédures de mon programme s’assure qu’ils incorporent les principes et les pratiques qui promeuvent la diversité culturelle et la compétence culturelle et linguistique.
- 38 – je m’informe des nouveautés en pharmacologie surtout si elles sont en rapport avec des groupes à diversité ethnique et raciale.
- 39 – je contribue par ailleurs et/ou j’examine les recherches actuelles qui sont en rapport avec les différences raciales et ethniques en santé mentale en amélioration de la qualité des soins.
- 40 – j’accepte que les multiples approches de prévention « evidence-based » et d’intervention nécessiteront d’être adaptées pour être efficaces auprès des enfants, adolescents et familles issus de groupes de diversité culturelle et linguistique.

Comment utiliser cet état des lieux :

Cet état des lieux a pour but d’élever l’attention et la sensibilité du personnel sur l’importance de la diversité culturelle et de la compétence culturelle dans les structures de service humanitaire. Il fournit des exemples concrets de la diversité des valeurs et des pratiques qu’encourage un tel environnement. Il n’y a pas de résultat idéal avec des réponses correctes. Quoiqu’il en soit, si vous répondez fréquemment « C », vous ne pouvez pas nécessairement démontrer les valeurs et entreprendre les pratiques qui promeuvent un système de service culturellement varié et culturellement compétent pour les enfants et adolescents qui ont besoin de services de soin primaire.

Ce self-test a été développé par Tawara D. Goode de l’Université de Georgetown, Département Enfant et Développement Humain. Centre Universitaire pour l’Excellence dans l’Education des Handicapés Recherche et Service. Test adapté de « Promouvoir une Compétence Culturelle et Diversité Culturelle dans l’Intervention Précoce et les Structures de la Petite Enfance » juin 1989-révisé en 2006. Légèrement révisé et publié avec permission.

<http://www11.georgetown.edu/research/gucchd/nccc/documents/ChecklistBehavioralHealth.pdf>

D’autres publications intéressantes peuvent être obtenues sur le site Web général :

<http://www11.georgetown.edu/research/gucchd/nccc/index.html>

Aspects spéciaux des migrants et autres populations déplacées

Les individus se sont déplacés à travers l'histoire pour diverses raisons. De telles migrations, même considérées comme positives pour le bien-être personnel, met un grand stress sur de tels individus. Les raisons d'immigrer sont variées et incluent le regroupement familial, la poursuite d'une meilleure éducation ou des raisons économiques, la fuite des persécutions et la recherche de libertés politiques ou religieuses.

Les réfugiés et les chercheurs d'asile ont, en général, des expériences plus traumatiques que les autres migrants. «La migration forcée» a des effets plus nuisibles sur l'individu que ceux qui migrent pour améliorer leur statut financier. Cependant, quelques soient les raisons de l'immigration, un certain degré de stress demeure. L'immigration implique la rupture familiale, amicale et du tissu social établi, séparation des routines traditionnelles, des systèmes de valeur et l'obligation de s'adapter à de nouveaux environnements sociaux et psychosociaux.

Chaque étape du processus de migration porte des facteurs de risques spécifiques qui peuvent engendrer des problèmes de santé mentale. Avant le départ du pays d'origine, la personne a pu subir des conflits armés, la faim, les violations de leurs droits humains ou d'autres expériences traumatiques. En quittant leur culture, les migrants peuvent souffrir d'un sentiment de perte : perte de la maison, de la carrière, perte de la position dans la société et d'identité, perte des réseaux de soutien et futur incertain. Quand ils sont installés dans les pays d'accueil, beaucoup de facteurs peuvent augmenter leur vulnérabilité psychosociale, telles que la différence de culture, le racisme, le chômage. Les barrières de langue peuvent augmenter le sentiment d'isolement et les sensations d'impuissance. Même quand ils retournent dans leur pays, si c'est possible, les gens trouvent souvent leur maison détruite et leurs proches absents. La prise en compte du bien-être psychosocial et mental des populations migrantes est un élément essentiel d'une migration réussie.

D'après le Centre de Santé Mentale Transculturel en Australie, les femmes ont plus de difficultés que les hommes et les personnes âgées ont plus de défis que les jeunes. En général, parmi les facteurs de risques pour la santé mentale, on trouve :

- La diminution du statut socio-économique,
- La non reconnaissance des qualifications outremer, comprenant les expériences en éducation et emploi,
- Le bas niveau d'apprentissage et d'utilisation de la langue,
- La séparation des réseaux sociaux, culturels, religieux, en particulier la famille et les amis,
- L'isolement social et le manque de soutien,
- Les préjugés et la discrimination des populations d'accueil,
- Les expériences traumatiques et le stress prolongé avant ou pendant la migration,
- Le stress de l'acculturation,
- Les barrières de langue et de culture aux services de santé mentale, dont le stigmate de la maladie mentale et le manque d'information concernant l'offre de service,
- La faillite des structures de soutien traditionnel et familial surtout la famille et les proches, le conflit interculturel occupant une place centrale.

« La migration est un processus de changement social par lequel un individu passe d'une situation culturelle à une autre dans le but de s'établir soit de manière permanente soit pour une période prolongée. Le processus est inévitablement générateur de stress et le stress peut mener à la maladie mentale ».
Bhugra et Jones

Il y a un certain nombre de classes de migrants :

- Les établis : ceux qui prévoient de rester là où ils ont migrés,
- Les exilés politiques : ceux qui sont obligés de quitter leur pays pour des raisons politiques c'est-à-dire qu'ils sont exilés de chez eux,
- Les chercheurs d'asile : ceux qui voyagent vers un autre pays et demande l'asile politique une fois dans le pays,
- Les réfugiés : ceux qui traversent les frontières internationales en fuyant la guerre ou la persécution du fait de leur race, leur religion, nationalité ou leur appartenance à un groupe sociopolitique particulier,
- Les personnes déplacées, celles qui, en raison de désastres naturels ou humains sont obligées de quitter leur maison.

L'O.M.S. a estimé, en janvier 1999, qu'il y avait 50 millions de réfugiés et de personnes déplacées à travers le monde. L'Organisation Internationale des Migrants a estimé, en 2006, qu'il y avait 200 millions de migrants à travers le monde. Femmes et enfants représentent plus de 50 % du chiffre total. Les enfants incluent les mineurs non accompagnés, les orphelins, les enfants soldats, détenus, les enfants chefs de famille, les femmes et jeunes filles survivantes de tortures et violences sexuelles. Aussi, les migrants incluent des veuves, des handicapés, des malades mentaux, des retardés et des personnes âgées voyageant seules. En plus, l'O.M.S. estime que plus de 50 % présentent des problèmes de santé mentale allant des désordres mentaux chroniques au traumatisme, à la détresse et beaucoup de souffrance.

« La culture peut influencer profondément la façon de ressentir la maladie mentale. Par exemple, dans beaucoup de cultures.... l'expérience de dépression des gens en termes corporels qui peut conduire à une erreur de diagnostique. Les problèmes de langue peuvent augmenter la difficulté d'un diagnostique. Un chinois pour décrire la tristesse peut utiliser un terme souvent traduit comme « encombré ». Un médecin qui ne comprend pas les subtilités de l'expression peut proposer un traitement pour les allergies ou la grippe plutôt que la dépression. »

Dr Arthur Kleinman

Il n'y a pas de réponse facile pour l'organisation des questions de santé mentale dans une population de migrants. Tous les migrants ne traversent pas les mêmes expériences et/ou ne s'établissent pas dans des environnements sociaux équivalents. Les raisons de migration sont variables et le processus de migration, en conséquence l'ajustement culturel et social jouent des rôles importants dans la santé mentale de l'individu. Il faut prendre en considération tous ces facteurs dans l'élaboration des stratégies d'intervention auprès de cette population. Les questions à étudier incluent mais ne se limitent pas à :

- La représentation de la maladie chez le migrant,
- Le statut de la migration,
- L'expérience de la migration,
- La phase de la migration,
- L'accommodation,
- L'attitude de la société d'accueil,
- L'identité culturelle,
- Le conflit culturel,
- La densité ethnique,
- Les résultats et les attentes.

Quelques migrants peuvent avoir vécu les formes de traumatismes et de tortures les plus extrêmes. Les fournisseurs de service en santé mentale doivent considérer les aspects culturels de l'individu quand ils travaillent auprès de cette population. La consultation est rendue plus difficile par les différences de langage et de culture, le temps disponible pour l'entretien, les ressources financières et la honte que beaucoup d'individus ressentent après avoir traversé l'expérience de la torture et les traumatismes qui en résultent. Souvent, les signes de détresse psychique sont en relation avec les symptômes physiques comme maux de tête, maux d'estomac, douleurs musculaires ou articulaires. Les réponses aux questions au sujet des événements traumatiques peuvent être influencées par :

- La confiance ou la défiance à l'égard du soignant en santé mentale,
- La confiance ou la défiance à l'égard de l'interprète,
- Les questions sexuelles (au sens large), en relation avec le patient, l'interprète, le soignant,
- La perception du patient de l'effectivité de l'aide ou pas,
- La présence ou l'absence du support spirituel et rencontre ou non de besoins spirituels,
- Autres facteurs culturels, linguistiques et interpersonnels.

En dépit du fait que les questions de santé mentale sont prévalentes dans les populations migrantes, la santé psychosociale des migrants est pauvrement recherchée dans la plupart des pays. Les barrières culturelles et linguistiques créent des défis majeurs pour les professionnels de santé et pour les migrants eux-mêmes, particulièrement en santé mentale.

Références :

- Ater, Richard, RN, « Menal Health Issues of Resettled Refugees, » Novembre 1998. University of Washington. http://ethnomed.org/ethnomed/clin_topics/mental_health.html
- Bhugra, Dinesh and Peter Jones. "Migration and Mental Illness" in *Advances in Psychiatric Treatment* (2001), vol. 7, pp. 216-223.
- Carballo, Manuel and Aditi Nerukar. "Migration, Refugees, and Health Risks." *Emerging Infections Diseases*, Vol. 7, N° 3 Supplement, Juin 2001, pp 556-560
- Dusevic, Neda, Pierre Baume, Abd-Elmasih Malak. *Cross Cultural Suicide Prevention : A Framework*. Transcultural Mental Health Centre and the NSW Health Department Centre for Mental Health. 2002.
- Kemp, Charles. "Mental Health" *Refugee Health – Immigrant Health*. Baylor School of Nursing, Houston. Texas. http://www3.baylor.edu/~Charles_Kemp/refugee_mental_health.htm
- *Psychosocial and Mental Well-Being of Migrants*. International Organization for Migration Position Paper. Novembre 2003.
- World Health Organization. "Mental Health of Refugees, Internally Displaced Persons and Other Populations Affected by Conflict." http://www.who.int/hac/techguidance/pht/mental_health_refugees/en/print.html
- The infinite Mind Radio. "In Any Language : Mental Health Care for Immigrants." Interviews with leading experts, including Dr Arthur Kleinman. <http://www.1cmedia.com/mind380.htm>

ETAT DES LIEUX : Travailler avec les migrants et autres personnes déplacées

Dans le travail avec la population migrante, il y a plusieurs considérations à prendre en compte. En même temps qu'il est extrêmement difficile de tirer une généralisation à partir de ces considérations, ce qui suit peut servir de guide préliminaire pour une compréhension croissante des défis investis.

Considérations :

- Les problèmes de santé mentale peuvent être présentés comme des problèmes physiques (mal de tête, mal d'estomac, etc...) Regarder au-delà du physique vers un modèle holistique de santé, incorporant les valeurs culturelles et religieuses de l'individu.
- La culture est une ressource autant qu'une barrière. La culture donne un sentiment d'appartenance. La culture peut, non seulement être la colle qui maintient le groupe solidaire mais peut aussi être le principal facteur de stress en essayant de s'adapter aux nouveaux environnements sans perdre leur propre identité et le sens des valeurs propres.
- Il y a beaucoup à apprendre de migrants de différents pays. Il y a toujours des moyens différents et meilleurs de regarder la vie. Souvenez vous que beaucoup de migrants peuvent avoir été dans les classes supérieures dans leur pays et il est vraisemblable qu'ils aient perdu tout sauf une chose : leur dignité et leur foi.
- Il y a besoin de plus de professionnels en santé mentale dans chaque culture ; les professionnels bilingues et biculturels sont très demandés.
- L'assistance linguistique est d'une importance particulière pour la réussite des services de santé mentale pour migrants et peut présenter un sérieux défi dans les langues rares.
- La résilience est un aspect important de la culture et de la santé mentale des migrants.
- La culture offre une protection mais peut aussi être un barrage à l'individu.
- Les cultures varient au sujet des rôles des hommes et des femmes, des enfants et des parents. Le pouvoir à l'intérieur de la famille peut être très différent de celle de sa propre culture. Les enfants apprennent généralement une nouvelle langue plus rapidement que leurs parents et cela peut souvent entraîner un renversement de rôle dans la famille où les enfants peuvent avoir plus de pouvoir. Les mariages peuvent être menacés du fait du changement des rôles, notamment quand les femmes doivent travailler au dehors.
- Les perceptions de temps peuvent être très différentes dans différentes cultures ; les gens de cultures individualistes sont orientés vers le but et concentrés vers le futur. Les gens des autres cultures font plus de place au passé, honorant ceux qui vinrent avant eux. Il y en a d'autres qui se centrent sur le présent comme s'ils ne savaient pas s'il y a un futur.

« Les populations mobiles peuvent être plus vulnérables aux problèmes de santé mentale que les autochtones du fait de leur condition de migrant et de leur accès limité aux services adéquats, particulièrement s'ils ne peuvent se référer à leur support communautaire et à leurs remèdes traditionnels. »
Organisation Internationale de la Migration

- Les modèles traditionnels de soin soulignent l'autonomie des patients et leur « droit de savoir » leur diagnostic et les choix de traitement. Ce n'est pas le cas dans toutes les cultures et c'est contraire aux croyances dominantes dans beaucoup de sociétés. Alors la famille est la première à connaître les problèmes de santé de leurs membres et c'est la famille qui décide de ce qu'il faut partager avec le patient.

- Le stigmate concernant la santé mentale est plus grand dans certaines cultures que dans d'autres. Dans certaines cultures, aller voir un professionnel en santé mentale est signe de fragilité et une cause de honte.
- L'acculturation est un facteur majeur pour les migrants. Certains vont s'adapter volontairement et facilement à la nouvelle culture pendant que d'autres auront des liens forts avec leur culture d'origine et trouveront la transition difficile. En général, la première génération de migrants trouvent l'acculturation plus difficile que les générations suivantes.
- Beaucoup de cultures ne font pas facilement confiance aux membres d'une autre culture. Il est important de construire la confiance avant d'aller de l'avant avec des questions spécifiques en santé mentale.
- Une approche holistique est extrêmement importante quand on travaille avec des migrants.
- Dans certaines cultures, faire un signe du regard est une marque de manque de respect. Alors que dans d'autres cultures occidentales, il peut être perçu comme un signe de dépression. Une musulmane qui parle à un professionnel en santé mentale homme ne doit pas avoir de signe du regard par peur de l'inconvenance sexuelle. Un patient Navaho doit éviter le signe du regard pour éviter la perte et le vol de l'âme.
- Certaines cultures sont opposées à tout contact physique venant de personnes extérieures à la famille.
- Il est important de parler dans la même terminologie : de s'assurer que chaque personne comprend les autres.
- Les guérisseurs traditionnels, de culture d'origine du migrant, peuvent aider la personne à avoir accès au soin par un biais acceptable et sensé. Des professionnels en santé mentale occidentaux fermés et des guérisseurs traditionnels peuvent faire le pont entre les cultures et rendre la transition plus douce.
- Des éléments visuels ou sensoriels peuvent être déclencheurs de traumatismes. Il est important de noter toutes ces possibilités dans les contacts avec les migrants.

RECOMMANDATIONS :

Quand vous travaillez avec des migrants et des personnes déplacées d'autres cultures, appliquez quelques principes de base :

- Trouver les moyens adaptés pour saluer hommes, femmes et enfants dans une culture de migrants. Apprendre les noms qu'utilise la culture pour la détresse émotionnelle et la maladie mentale. Beaucoup de cultures comprennent la maladie mentale dans un contexte religieux ou spirituel. Les guérisseurs traditionnels ou religieux utilisent certains mots, dans telles conditions et il est utile d'utiliser les mêmes mots.
- Utiliser un mot simple et direct qui est facile à comprendre quand vous interrogez des migrants sur une possible maladie mentale comme « entendez-vous des voix que les autres n'entendent pas ? » Explorer cette possibilité dans un sens culturel.
- S'assurer de dire aux personnes que vous ne direz à personne d'autre ce qu'elles vous ont dit et que vous ne direz rien à leur sujet sans leur permission. Tous les aspects de la consultation doivent rester privés, sauf si vous comprenez qu'ils ont l'intention de se faire du mal ou faire du mal à autrui.
- Les professionnels en santé mentale devraient discuter avec une personne d'une culture différente, avant toute consultation des informations qu'elle voudrait partager avec sa famille et, si la personne le souhaite, il/elle pourrait signer une décharge.
- Quand on travaille avec des gens d'autres cultures, il est utile de découvrir le maximum au sujet du pays d'origine, notamment les valeurs culturelles, la structure familiale et le comportement adapté pour les membres d'un groupe ethnique particulier. Il est important,

- cependant, de se souvenir que chaque personne est unique et éviter les stéréotypes au sein d'une même culture.
- Les interprètes en santé mentale doivent être convenablement formés, adhérer à toutes les consignes ethniques en matière de confidentialité et faire des efforts pour établir une relation de confiance réciproque. Les migrants ne doivent pas être chargés de trouver un interprète, spécialement pour les questions en santé mentale qui sont sensibles et requièrent un haut niveau de confidentialité.
 - S'occuper de problèmes physiques au cours des questions mentales et émotionnelles. Dans certaines cultures, les symptômes des problèmes de santé mentale sont décrits en termes physiques, alors que d'autres traduisent des symptômes psychologiques. Il est important d'aller en profondeur et de ne pas prendre les symptômes comme textuellement décrits.
 - Quand c'est possible, un professionnel de même sexe pour le soin physique, psychologique et spirituel (quand c'est culturellement adapté) doit être utilisé et la même personne fournit le soin.
 - Avec les migrants, il faut prendre en compte les problèmes psychosociaux et environnementaux : éducation, métier, maison, problèmes économiques, accès aux soins, questions juridiques et groupe de soutien primaire.
 - Un médiateur culturel peut être utile pour aider à la communication aussi longtemps qu'ils sont attentifs à leur propre identité culturelle, l'identité culturelle des membres de diverses communautés et les facteurs sociaux, politiques et économiques qui touchent diverses communautés dans un contexte culturel donné. Ils doivent comprendre spontanément les valeurs, croyances et pratiques associées à la maladie, la santé, le bien-être des groupes culturels, des réseaux de santé traditionnels et indigènes, et de système de soin en soin primaire et santé mentale. Les médiateurs culturels doivent aussi avoir une gamme d'outils qui les rendent capables de communiquer dans un contexte interculturel, de communiquer dans deux langues ou plus, d'interpréter ou de traduire une information d'une langue à une autre, soutenir au nom des patients, négocier avec les systèmes de soin ou autre service fourni, être intermédiaires et arranger les conflits.
 - Structurer le processus de communication avec les migrants, notamment ceux qui ont un arrière-plan culturel différent de l'aidant, de telle sorte qu'il réduise la gêne initiale quand le dialogue commence et s'assurer que chacun sait quoi attendre de la consultation. Les différents moyens de parvenir à ces buts sont suggérés par Tedla Giorgis :

1 – l'attention : se montrer concerné et intéressé par le client en ayant un regard, une posture corporelle et des messages verbaux adaptés.

2 – la paraphrase : renvoyer en miroir les états de la personne en utilisant les mêmes mots ou des mots similaires.

3 – le reflet des sentiments : exprimer l'essence des sentiments de la personne, qu'ils soient implicites ou explicites, habituels ou exceptionnels.

4 – le résumé : revoir les points principaux discutés dans une communication à double sens, s'assurer de la continuité, cibler.

5 – sonder : diriger l'attention intériorisée de la personne pour aider le conseiller et le migrant à examiner une situation en plus de profondeur.

6 – autorévélation : partager (à bon escient) les sentiments personnels, les attitudes, les opinions et les expériences pour augmenter l'intimité de la communication.

7 – interpréter : montrer à la personne différentes manières de voir les circonstances à discuter.

8 – confronter : pointer les contradictions dans le comportement et/ou les états de la personne ou conduire le client à envisager une solution qui semble avoir été abandonnée.

Travailler avec des migrants peut être une expérience enrichissante pour tous les individus investis mais cela demande effort et patience pour dépasser les défis venant d'arrière-plans politiques,

ethniques et socioéconomiques différents. Il y a beaucoup à apprendre les uns des autres et, si l'on pratique le respect de la culture et la sensibilité, les récompenses peuvent être grandes.

Références :

- Ater, Richard, RN, « Mental Health Issues of Resettled Refugees, » Novembre 1998. University of Washington. http://ethnomed.org/ethnomed/clin_topics/mental_health.html
- *Bridging the Cultural Divide in Health Care Settings :The Essential Role of Cultural Broker Programs.* National Center for Cultural Competence, Georgetown University Center for Child and Human Development. Georgetown University Medical Center. Spring/summer 2004. http://www11.georgetown.edu/research/gucchd/nccc/documents/Cultural_Broker_Guide_English.pdf
- Galanti, Geri Ann. “An Introduction to Cultural Differences” in *Western Journal of Medicine* 2000 ; 172:335-336.
- Giorgis, Tedla W. “Multicultural Counseling : Training Manual for Counselors of Refugee Clients” Second Edition, Washington, D.D. Office of Refugee Resettlement, 2004. For copies, contact : District of Columbia Office of Refugee Resettlement, 2146 24th Place, N.E., Washington, D.C. 20018.
- Greene, Pamela. “The Cultural Adjustment and Mental Health of Japanese Immigrant Youth” in *Adolescence Magazine*, 9/22/2003.
- Hunt, Dennis. “Refugee Adjustment in the Resettlement Process.” *Lessons from the Field : Issues and Resources in Refugee Mental Health*, U.S. Committee for Refugees and Immigrants, (formerly Immigration and Refugee Services of America) Washington, D.C. 2000.
- Menon, Shaila : Rebecca Mueller, Judy Okawa and Sarah Shoaee. “Working Effectively with Refugees.” *Lessons from the Field : Issues and Resources in Refugee Mental Health*. U.S. Committee for Refugees and Immigrants, (formerly Immigration and Refugee Services of America) Washington, D.C. 2000. http://www.refugees.org/uploadedFiles/Participate/Resources/Books_and_Publications/lessons_field.pdf
- WFMH International Experts Forum discussions, 28 février, 1er mars 2007. Unpublished.

ETAT DES LIEUX : Effets des désastres sur la santé mentale

Il y a des effets sur la santé mentale dans tous les désastres qu'ils soient naturels comme les tremblements de terre et les ouragans ou faits par l'homme comme la guerre ou la violence interpersonnelle. Les besoins des personnes prises par des désastres naturels sont souvent physiques : abri, nourriture, eau et soin médical primaire. Il est cependant important de se souvenir que les gens vivant des situations instables souffrent des traumatismes. Très souvent, si les personnes dans ces situations reçoivent un soin de santé mentale, c'est de la part de gens qui vivent au dehors de leur propre environnement. La plupart des questions transculturelles mises en lumière dans l'état des lieux pour les migrants et autres personnes déplacées rapportent les conséquences des désastres. Cet état des lieux a pour but de mettre en lumière l'importance des questions transculturelles en santé mentale accompagnant les questions physiques à la suite de n'importe quel désastre.

Les organisations d'aide internationale comme « Médecins sans Frontière » se battent pour identifier les besoins les plus urgents dans leur réponse aux désastres du fait de leurs ressources limitées. Est-ce que chaque projet devrait avoir un élément de soin psychologique ? Est-ce que le soin en santé mentale doit être considéré quand on a à répondre à une famine massive et à un déplacement ? Médecins sans Frontière croit que ce n'est pas **si** le soin en santé mentale est une part de leur mission mais plutôt **comment** et **quand** se centrer sur la santé mentale.

« Que ferez-vous si vous avez assez de nourriture, mais que personne ne veut manger ? Parfois, les gens sont incapables de manger parce qu'ils ne veulent pas vivre plus longtemps. Ils peuvent avoir été témoins de l'assassinat de leur famille »

Kaz de Jong. Conseiller à MSF

La détresse est une réponse normale et compréhensible aux désastres, souvent du fait d'avoir été directement en situation de risque, concerné par sa famille et ses amis, témoin des blessures et de la détresse des autres, ou d'avoir été saisi par la panique et la confusion qui suivent les événements. Les sentiments et souvenirs en lien avec de précédentes expériences, de désastres et de pertes peuvent resurgir et les personnes peuvent être « re-traumatisées » par de tels événements. En plus, les aidants sont aussi affectés par de telles expériences et devraient être prévenus du fait qu'ils ont aussi besoin d'attention, que ce soit à court ou à long terme.

Le Centre Transculturel en Santé Mentale de l'Institut de la Santé avec Diversité du Gouvernement de l'Australie a créé un état des lieux dans de nombreuses langues qui est utile pour ceux qui se confrontent à la guerre et aux désastres naturels. Les communautés ont à faire face à une histoire dans des temps peu sûrs avec courage et force. Se soutenir les uns les autres est une manière positive de faire face. Prendre soin des tâches quotidiennes que cela nécessite rappelle aux gens que la vie suit son cours et peut aider à minimiser les sentiments de fragilité et de souci du désastre proche. Il est temps d'appeler à l'aide si :

- ✓ Le sommeil est très affecté,
- ✓ On se sent peiné, irritable, énervé ou agité la plupart du temps,
- ✓ On se sent sans espoir, désespéré, misérable et que « ça ne va plus »,
- ✓ On a des troubles de la concentration, on est distrait et on ne peut exécuter des tâches normales,
- ✓ Les souvenirs du traumatisme passé et de la perte reviennent et deviennent perturbants,

- ✓ Il y a de nouveaux symptômes physiques ou des signes de stress comme des troubles de la respiration, des troubles cardiaques et des problèmes d'estomac,
- ✓ Si quelqu'un se renferme, devient agressif ou marque un changement de personnalité.

Le centre de Services de Santé Mentale de l'Administration U.S. des Services de Lutte contre les Toxicomanies a développé 9 principes pour guider l'action des planificateurs en santé mentale lors des désastres et travailleurs de 1^{er} rang, qui sont discutés en détail sur leur site Web :

- Principe 1 : reconnaître l'importance de la culture et le respect de la diversité.
- Principe 2 : maintenir un profil actuel de la composition culturelle de la communauté.
- Principe 3 : recruter des travailleurs (pour désastres) qui sont représentatifs de la communauté ou de l'aire du service.
- Principe 4 : fournir des stages de compétence culturelle suivie aux équipes « santé mentale désastre ».
- Principe 5 : s'assurer que les services sont accessibles, adaptés et équitables.
- Principe 6 : reconnaître le rôle des comportements de recherche d'aide, des mœurs et traditions, des réseaux de soutien naturel.
- Principe 7 : s'engager comme responsables des médiateurs culturels dans la communauté et dans les organisations représentant des groupes de diversité culturelle.
- Principe 8 : s'assurer que les services et l'information sont culturellement et linguistiquement compétents.
- Principe 9 : évaluer le niveau de compétence culturelle du programme.

Les concepts suivants devraient être adoptés par tous les professionnels de santé mentale en désastre comprenant ceux pour survivants de cultures diverses. Les concepts peuvent aussi aider les administrateurs et les professionnels à mettre un programme de priorités. Les concepts varient quelque peu de ceux sur lesquels le travail en santé mentale a été basé traditionnellement. Cependant, leur validité a été confirmée plus d'une fois dans des désastres de différents types qui ont affecté une grande variété de populations.

- Quiconque a vu un désastre en est indemne.
- Il y a deux types de traumatismes dus au désastre : individuel et collectif.
- La plupart des gens « poussent ensemble » et fonctionnent de manière adaptée pendant et après le désastre mais leurs résultats sont diminués par l'effet de l'événement.
- Le stress et le chagrin dans le désastre sont des réactions normales à une situation anormale.
- Beaucoup de réactions émotionnelles de survivants au désastre proviennent de la vie quotidienne amenée par le désastre.
- L'assistance des secours au désastre peut entraîner de la confusion chez certains survivants. Ils peuvent faire l'expérience de la frustration, de la colère, de sentiments d'impuissance en lien avec les programmes d'assistance au désastre.
- La plupart des gens ne se voient pas comme ayant besoin d'un service de santé mentale après un désastre et ne le cherchent pas.
- Les survivants peuvent rejeter l'assistance au désastre de tous types.
- L'assistance « santé mentale désastre » est souvent plus pratique que psychologique dans sa nature.
- Les services de « santé mentale désastre » doivent être façonnés à la culture des communautés où elles œuvrent.
- Les travailleurs en santé mentale devraient laisser de côté les méthodes traditionnelles, éviter les étiquettes de santé mentale et adopter une approche active, performante pour intervenir avec succès dans le désastre.
- Les survivants répondent à un intérêt actif, authentique et concerné.

- Les interventions doivent être adaptées à la phase du désastre.
- Les systèmes de soutien social sont cruciaux au rétablissement.

Que ce soit immédiatement après le désastre ou plusieurs mois après, il est vitalemment important que les besoins en santé mentale des survivants soient pris en compte. C'est une inévitable conséquence de tous les désastres.

Références :

- « Coping Personally with War » ; « Coping Personally after Tsunamis » Diversity Health Institute of the Government of New South Wales. Transcultural Mental Health Centre. Chief Health Officer Alert. <http://www.dhi.gov.au/tmhc/resources/translations.htm>
- “Developing Cultural Competence in Disaster Mental Health Programs: Guiding Principles and Recommendations” U.S. Substance Abuse Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services. <http://mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/SMA03-3828/sectiontwo.asp#two>
- “Mental Health” Doctors Without Borders. <http://search.atomz.com/search/?sp-a=sp021ab100&sp-p=all&sp-f=ISO-8859-1&sp-q=Mental+Health&x=8&y=7>
- Norwood, Ann E. And Robert J. Ursano, Carol S. Fullerton, “Disaster Psychiatry : Principles and Practice” Plan of Action, American Psychiatric Disaster Psychiatry. <http://www.psych.org/disasterpsych/sl/principlespractice.cfm?pf=y>

Les meilleures pratiques en santé mentale transculturelle

WFMH/FMSM a demandé aux organisations en Australie, Serbie et Etats-Unis de faire valoir leur activité dans la section « meilleures pratiques » du paquet de la Journée Mondiale de la Santé Mentale. Ce ne sont pas les exemples de ce qui peut être réalisé ; il y en a beaucoup dans le monde et nous espérons entendre de nos amis et membres ce qu'ils voudront faire valoir sur d'autres programmes sur notre site Web. Nous développons un centre d'information sur la santé mentale transculturelle et nous sommes impatients d'avoir autant d'informations que possible du monde entier.

« Meilleures pratiques » sont des initiatives pleines de succès qui peuvent démontrer un impact positif sur la vie des personnes et qui ont la possibilité d'être reproduites et copiées par d'autres personnes et organisations. L'UNESCO affirme que « toute (meilleure) pratique doit être adaptée au contexte politique, historique, culturel, économique et social de la société en question ». Au-delà, l'UNESCO déclare que les meilleures pratiques doivent réunir au moins l'un des critères suivants mais pas forcément tous :

- Elles doivent être innovantes : une bonne pratique a développé des solutions nouvelles et créatives à un problème ordinaire.
- Elles font une différence : cela crée un impact positif et tangible sur..... (la vie des autres).
- Elles ont un effet durable : les résultats de la pratique doivent être pérennes.
- Elles ont un potentiel de reproduction : une bonne pratique peut servir à inspirer, à générer des politiques ailleurs.

Voici les bonnes pratiques de « Multicultural Mental Health Australia, the Center for Rehabilitation of Torture Victims in Serbia and the Center for Multicultural Human Services in Falls Church, Virginia, USA.

C'est notre souhait que vous trouverez ces rapports intéressants et utiles pour vous.

Références :

- United Nations Educational, Social, and Cultural Organization. <http://portal.unesco.org/shs/en/>

Le Centre de Réhabilitation des Victimes de Tortures (IAN), Belgrade, Serbie

Vladimir Jovic, MD, PhD,
Psychiatre, psychanalyste,
Directeur exécutif de l'IAN
Admirala Geprata 10
11000 Beograd, Serbie
Web : www.ian.org.yu

Le Réseau International d'Aide (IAN) est une organisation locale, non gouvernementale, apolitique, et a-religieuse, créée à Belgrade en 1997. IAN est actif dans le champ de la promotion de la santé mentale et dans la protection des droits de l'homme à travers la fourniture d'assistance psychosociale, légale et humanitaire aux réfugiés, personnes déplacées, chercheurs d'asiles et autres personnes vulnérables dont les gens malades mentaux, ceux vivant avec HIV/SIDA, les minorités ethniques, les femmes au chômage et les délinquants juvéniles.

Histoire : IAN a été fondé dans le but immédiat d'établir un service, un centre de traumatisme, de fournir directement une assistance psychosociale gratuite, à la fois par un service SOS téléphonique et par du conseil face à face pour les victimes de la guerre et de la violence. Le centre de traumatisme commence ses activités dans des conditions très difficiles : le régime de Milosevic était hostile aux associations et les guerres en Croatie et en Bosnie laissèrent des centaines de milliers de réfugiés à l'intérieur des frontières de la Serbie. Beaucoup d'autres furent abrités dans des centres collectifs sans aide adéquate et services spécialisés. En plus, la plupart des organisations humanitaires internationales furent retirées de la région (seulement pour revenir après l'éclatement d'une autre guerre aux Balkans, cette fois au Kosovo)

Les activités de l'IAN incluent une variété de services autour des besoins des clients : psychiatres et psychologues, légaux, médicaux et éducatifs. En même temps, l'IAN fonctionne comme une organisation complexe avec environ 40 employés et collaborateurs et est divisé fonctionnellement en 4 départements :

- 1) Département de Santé (abritant le Centre de Réhabilitation des Victimes de Tortures, le Centre Expert de Santé Mentale et VIH/SIDA et le Groupe de Santé Mentale.
- 2) Le Département Education.
- 3) Le Département Droits de l'Homme.
- 4) Le Département de Recherche.

A travers son histoire, l'IAN a fonctionné, soit complètement isolé du service de soins gouvernemental et du système social (jusqu'à la chute du régime de Milosevic), soit à travers un système de réseaux non officiel avec les institutions et les autres ONG. IAN a seulement récemment commencé un programme pilote à l'intérieur des institutions gouvernementales dans le but de promouvoir le savoir et les savoir-faire et de développer des services bien nécessaires pour les groupes à risque.

Le Centre IAN pour la Réhabilitation des Victimes de Torture a commencé à travailler en septembre 2000 avec le soutien financier de la Commission Européenne. Le programme a été établi sur la base d'un résultat de nos efforts, pour fournir une assistance psychosociale spécialisée et compréhensive aux personnes qui ont été torturées pendant la guerre en ancienne Yougoslavie et les membres de leur famille. Depuis 2004, nous avons fourni de l'aide aux survivants des tortures en Bosnie (République Srpska) à la demande et avec le soutien du Fonds Volontaire des Victimes de

Torture des Nations Unies (UNVFVT) et en collaboration avec le Centre des Victimes de Torture de Sarajevo.

Les objectifs du CRVT comprennent :

- Fourniture de soutien psychiatrique, psychosocial, médical, légal aux victimes des tortures dues aux guerres ou civiles.
- Fourniture d'assistance aux membres des familles des survivants aux tortures.
- L'organisation de soutien et d'assistance à des groupes vulnérables qui ont l'expérience de la discrimination et dont les droits de l'homme ont été violés par les autorités, groupes ou individus, sur la base de leur sexe, ethnie, religion, politique ou autre affiliation.
- Réhabilitation de personnes traumatisées. En traitant les conséquences de la torture, des comportements inadaptés, des désordres personnels, nous visons à prévenir des détériorations ultérieures de leur condition et aussi de permettre à l'individu et à sa famille de s'intégrer socialement et de devenir des membres actifs de la communauté.
- Prévention de la torture et de la violence organisée dans notre société en augmentant la vigilance du public sur les questions de torture et de violation des droits de l'homme et en militant pour les changements de législation.
- Prévention du transfert de traumatisme à travers les générations à travers la réhabilitation des victimes de traumatismes.

L'aide que nous apportons à nos clients englobe différents services développés par l'IAN. La cible principale est la réhabilitation psychosociale qui inclut le traitement psychiatrique (avec des médicaments gratuits si nécessaire), des thérapies individuelles, familiales, de groupe, une aide en médecine générale (traitement régulier, délivrance d'ordonnance et référence et accessibilité aux institutions spécialisées si nécessaire), le conseil juridique, l'assistance dans les procédures transfrontalières (par exemple : production de papiers, protection des biens, rapatriement), représentation au tribunal et programmes éducatifs et d'emploi pour les survivants et leur famille. Les équipes mobiles (consistant en un psychiatre, un médecin, un juriste et un psychologue) visitent les centres collectifs et les lieux éloignés en fournissant de l'assistance à ceux qui ne sont pas capables de voyager jusqu'au centre.

Qui sont nos clients ? La plupart de nos clients sont des réfugiés de Croatie et de Bosnie Herzégovine qui ont fini les guerres de 1991-1995. En plus, nous avons beaucoup de clients qui sont des personnes déplacées du Kosovo dont plusieurs personnes d'origine ethnique non albanaise qui ont été attaquées en mars 2004. Dans les dernières années, nous observons un nombre croissant de réfugiés mâles qui ont été arrêtés par la police en 1995, envoyés dans des camps paramilitaires et torturés, juste pour être envoyés au front. Une large majorité de nos clients sont d'origine ethnique serbe mais il y a aussi d'autres nationalités et des clients avec des arrière-plans ethniques mélangés.

Dans les six dernières années (janvier 2000-décembre 2006) nous avons eu un nombre total de 5524 clients (641 en 2006) parmi lesquels 2204 ont été victimes directes de tortures et les autres soit des membres de leur famille (qui ont l'expérience de traumatismes liés à la guerre sous une certaine forme eux-mêmes), ou d'autres victimes de traumatismes liés à la guerre, la plupart des réfugiés. En tout 2149 personnes ont été visitées par nos équipes mobiles ou dans des centres collectifs en Serbie ou Bosnie Herzégovine.

Alors que dans le dernier groupe, la majorité des clients sont des femmes (58 %), les hommes sont la majorité des victimes de tortures (75 %) ce qui reflète le fait que les hommes sont le plus souvent incarcérés et torturés pendant les guerres. Parmi les victimes de tortures, 94 % du nombre total sont des réfugiés avec un beaucoup plus petit nombre de citoyens de Serbie torturés pendant la guerre (2,4 %) avec seulement 2,8 % qui sont des civils victimes de violences politiques. La plupart des clients viennent de zones rurales, sont généralement peu éduqués et âgés. Sortis du nombre total 33,9 % sont

du Kosovo, 56,7 % sont des réfugiés de Croatie et Bosnie Herzégovine et 9,4 % de la population locale de Serbie.

La spécificité de notre approche : les services du CRVT sont :

- 1) Compréhensifs. (ainsi nos clients peuvent avoir le maximum de soutien sur place, allant des événements sociaux aux services de spécialistes médicaux).
- 2) Ouverts aux modifications dans le respect des besoins des clients.
- 3) Reconnus par les groupes de survivants et les associations. (IAN fournit en permanence de l'aide aux associations de bénéficiaires et les soutient à travers sa possibilité de construire).
- 4) Culturellement et socialement appropriés. Pour accomplir ce but, nous essayons de soutenir les initiatives des réfugiés plus que de poursuivre notre propre projet et même en mettant en place des programmes psychosociaux, venant d'agences internationales qui parfois manquent de sensibilité à l'égard des facteurs culturels. Un grand nombre d'employés de l'IAN sont venus de différentes parties de l'ex Yougoslavie au début de la guerre, apportant leurs propres coutumes et leurs réseaux sociaux. Cela contribue au fait que nous sommes reconnus par un grand nombre de bénéficiaires.

Aspects culturels du trauma. Nous sommes actuellement en train de mettre en place un projet avec plusieurs ONG de la région appelées « Aspects Culturels du Trauma ». Il y a un accord commun pour dire que les interventions psychosociales mises en place et développées dans les pays de la région (plus largement dans le suivi des désastres naturels ou humains) montrent un manque de sensibilité aux effets culturels de l'expression des symptômes et des modèles de détresse psychologique. Ainsi, les organisations parties prenantes de l'ACT, considèrent le besoin de fournir des services appropriés culturellement suffisamment important pour y apporter de l'attention dans le futur

Offrir des « services culturellement appropriés » représente une entreprise difficile qui requiert d'adopter un peu de définitions concernant les objectifs, les cibles, les pourvoyeurs, la méthodologie et qui peut être valorisée maintenant mais nécessite d'être mise en place dans le temps.

Basé sur le niveau actuel de notre savoir, penser les interventions psychosociales culturellement appropriées pour éliminer le trauma nous conduit à des interventions centrées plus sur le renforcement de la communauté comme un tout que sur les symptômes individuels. En plus, nous portons notre attention sur l'utilisation d'outils d'élaboration ou d'abréaction développés dans des rencontres interculturelles (par exemple, témoignage, testament social et réparation, mythes spirituels, légendes et métaphores, etc...).

Reproduire et mettre en place des outils, des méthodes et des approches d'intervention psychosociale appropriée devrait être une des tâches des organisations locales, à travers la région, qui ont déjà l'expérience d'élaborer et de mettre en place des interventions psychosociales. Nous souhaitons la bienvenue à la collaboration et la consultation dans ce domaine.

Santé Mentale Multiculturelle Australie (MMHA)

A/Prof Abd Malak AM, BSW, MSW, MAASW, AFCHSE

Directeur Exécutif

Workforce and Organizational Development

Sydney West Area Health Service

MMHA est un programme qui a le leadership national dans la santé mentale multiculturelle et la prévention du suicide pour les australiens d'arrière-plans culturels et linguistiques divers (CALD).

MMHA utilise un modèle de collaboration et de partenariat pour s'adresser à ces questions. Il conduit aussi des réseaux stratégiques avec des programmes essentiellement de santé mentale nationale, l'état et les services territoriaux de santé mentale et les centres transculturels spécialisés. MMHA a des liens anciens avec les usagers en santé mentale, les accompagnants, les groupes de soutien, les réfugiés, les services pour tortures et traumatismes autant qu'avec les médias ethniques.

MMHA s'engage aussi avec les agences gouvernementales et les universités à augmenter l'accès aux services et à faciliter l'information sur ces services. Les buts premiers sont d'augmenter la réactivité et la qualité des services de santé mentale aux australiens d'arrière-plan « CALD ». Au-delà, MMHA compte sur ces partenariats pour promouvoir une bonne santé mentale dans les communautés diverses d'Australie.

MMHA est fondé sous le plan « Stratégie Nationale Santé Suicide et Prévention » du Département Santé et Personnes Agées du Gouvernement Australien (DoHA). Ce programme pourrait être vu comme un modèle pour une action gouvernementale mise en place par une organisation comme MMHA.

En 2004, DoHA a produit la structure pour la mise en place du Plan National Multiculturel en Santé Mentale Australienne 2003-2008 (www.mentalhealth.gov.au) sous le logo de la Stratégie Nationale en Santé Mentale. La structure illustre une large approche nationale de santé mentale et de bien-être des gens d'arrière-plans culturels et linguistiques divers.

Sous cette structure, MMHA facilite le développement du programme et la politique en fournissant une quantité de services. Cela inclut les conseils et consultance, le management de projets spéciaux et le développement de ressources diverses. MMHA est aussi très outillée dans la dissémination des informations en santé mentale dans les médias australiens, ses propres publications et son site Web.

Le programme de MMHA tourne autour de la réunion des buts-clefs de la structure en utilisant l'approche sanitaire de la population globale pour la santé mentale des gens d'arrière-plan « CALD ». Cela implique des mesures préventives pour sauvegarder la population « CALD » australienne de la maladie mentale. MMHA avance en augmentant la réactivité des services à la diversité culturelle, renforçant la qualité du service, en encourageant la recherche culturellement inclusive, l'innovation et la pérennisation.

L'un des rôles de MMHA est de rehausser nationalement les questions de santé mentale multiculturelles et d'augmenter internationalement le rôle et les activités de l'Australie à travers un réseau de liens organisationnels, communautaires et académiques.

MMHA croit que, dans le but que les questions de santé mentale multiculturelles soient adressées de manière adéquate, le développement de service et la politique, la promotion de la santé mentale, la capacité de construire et l'infrastructure des services de santé mentale doivent être traitées nationalement.

Initiatives à tous les niveaux du gouvernement et des juridictions, par exemple en ayant des

MMHA se centre sur un travail de collaboration avec les consommateurs et les accompagnants et se coordonne avec les agences officielles multiculturelles et ethno spécifiques. Ces partenariats garantissent que les programmes et initiatives ne sont pas copiés.

Les collaborations de MMHA s'assurent que la prévention du suicide et la santé mentale multiculturelle sont compris dans un ordre du jour plus large de réforme de la santé mentale à travers les programmes génériques fondés sous le nom de Stratégie Nationale Australienne de Santé Mentale.

Dans le contexte de politique nationale et pour rejoindre les standards de services fournis et des pratiques professionnelles en Australie, MMHA croit que la fourniture de services de santé mentale appropriés et culturellement compétents est de la responsabilité de tous les fournisseurs de service. MMHA pour cela fournit des formations pour les secteurs gouvernementaux et non gouvernementaux pour devenir compétents dans la fourniture de leurs services aux gens à arrière-plan « CALD ».

Au-delà, MMHA construit des partenariats pratiques entre le secteur de santé mentale et les communautés de culture et langues diverses en facilitant des projets liens et des activités prévues pour identifier et soutenir les besoins des usagers en santé mentale et des accompagnants. MMHA facilite les liens entre les professionnels en santé mentale, les universitaires et les travailleurs communautaires en promouvant et encourageant le dialogue et la recherche dans le domaine de la santé mentale multiculturelle.

Cet important travail prend les formes suivantes :

- Travailler en partenariat avec les usagers au niveau de l'organisation de soin individuel, du développement du service et du changement systématique. Cela est fait avec l'engagement de la politique et les procédures seront renvoyées par l'allocation appropriée de ressources pour traiter les usagers en santé mentale et les accompagnants d'arrière-plan « CALD », s'assurer qu'ils ont des partenaires égaux pour bâtir les capacités des professionnels en santé mentale et des décideurs politiques pour fournir des programmes et des services de santé mentale appropriés culturellement et linguistiquement.
- Centrer sur la fourniture d'information et augmenter l'attention de la communauté et des professionnels dans le champ de la santé mentale multiculturelle en produisant des ressources multi linguales et ajustant des campagnes d'attention en santé mentale. L'information et les ressources sur la santé et la maladie mentale sont aussi orientées vers les consommateurs « CALD », les accompagnants et les communautés centrées sur la prévention, la prévention primaire, le traitement, la guérison, les droits et les responsabilités.
- Contribuer à construire une force de travail habile et culturellement responsable en continuant à organiser et sponsoriser des conférences, des ateliers et des stages. Etre centre-clef des habiletés et compétences requises par la force de travail en santé mentale pour rencontrer les besoins des gens avec des arrières-plans divers autant que pour promouvoir des travailleurs bilingues dans des agences multiculturelles ou ethno spécifiques qui sont souvent le premier « port d'appel » pour les usagers et accompagnants en santé mentale « CALD ».
- Promouvoir une approche constructive de la force en santé mentale et le secteur communautaire pour faciliter l'élaboration de buts en construisant et testant des nouveaux modèles de soins aussi bien qu'en utilisant des stratégies fiables, des systèmes conducteurs et des pratiques.

Multicultural Mental Health Australia réussit tout cela en :

-Utilisant l'approche totale du gouvernement, en étant proactif et réactif aux nouvelles

Initiatives à tous les niveaux du gouvernement et des juridictions, par exemple en ayant des représentants MMHA dans le plupart des comités en santé mentale relevant du gouvernement dans les conseils d'administration et en collaborant au sommet officiel des ONG.

- En ayant un groupe « d'officiers de liaisons » dans toutes les directions en santé mentale de l'état et du territoire où des réunions régulières et le contact donne l'opportunité de signaler les besoins et les manques en service et chercher une rapide intervention.
- Participer à des consultations nationales pour le projet et la mise en place de nouveaux services de santé mentale.
- Avoir un grand comité d'experts en santé mentale « le consortium » qui donne des QM et soutient le programme de MMHA. Leur connaissance de la santé mentale transculturelle et des réseaux d'état et nationaux poursuit d'appréciable avis pour projeter et faciliter les liens avec les communautés locales, les usagers, les aidants.
- Ces experts viennent de tous les états et territoires de l'Australie qu'ils appartiennent à des instituts de formation ou des groupes d'intérêt comme le réseau national des usagers en santé mentale, l'université d'Adélaïde dans l'Australie du Sud, celle de Griffith dans le Queensland et cela donne MMHA une très large représentation.
- Concevoir une structure de consortium, cela permet une participation appropriée de toutes les organisations qui travaillent avec les communautés multiculturelles sans surcharger leurs engagements. Cela permet aussi plusieurs niveaux d'investissement dans le travail de MMHA en accord avec la pertinence que requiert chaque programme de MMHA dans le travail vers les organisations individuelles et l'expertise.
- Avoir une structure de « groupes de travail » ça permet à chaque expert, aux groupes d'intérêts et aux parties des principaux domaines de travail de MMHA un plus grand investissement. Par exemple, le comité de rédaction qui supervise la publication du magazine trimestriel de MMHA. Synergy : le groupe de travail des soignants et usagers, le groupe de travail sur la « force de travail », etc...
- Avoir des contacts bien définis avec le corps financier du fédéral permet d'avoir des prestations très spécifiques et d'établir des calendriers. Fournir des rapports d'étape périodiques au corps financier avec des résultats évidents et rester en communication permanente avec ses représentants.
- Esquisser un programme de travail qui incluse les cinq plus importants territoires des services de santé mentale pour gens avec arrièrè plan « cald » bien aguerris, concernés et responsables. Cela incluse la « communication, l'information et les médias », le « partenariat avec les usagers et les accompagnants », « Partenariat et Promotion », « Force de travail », « capacité à élaborer et préventions du suicide ».
- Support et enrichissement des initiatives des usagers et accompagnants et leurs programmes. Les élargir pour qu'ils soient nationalement applicables.

- Produire des ressources périodiques avec des distributions gratuites et larges. Par exemple, une souscription gratuite au trimestriel « Synergie » qui est aussi accessible sur le site web où les éditions passées peuvent être téléchargées.
- Avoir plus de 30 « états des lieux » pertinents pour téléchargement sur le site web à [http : //www. Mnha.org.au/find/fact-sheets-](http://www.Mnha.org.au/find/fact-sheets-) qui sont traduites en 18 langues avec des liens sur d'autres sites pertinents pour l'information multilinguistique et avec Diversity Health Institutee, l'organisation ombrelle à laquelle MMHA appartient.
- Avoir un site web facile et mis à jour montrant les ressources supplémentaires qui peuvent être téléchargées gratuitement :
[http : //www.mnha.org.au/mmha-products/books-and-resources](http://www.mnha.org.au/mmha-products/books-and-resources).

Le centre des services humains multi culturels, Falles Church, Virgine, USA (CMHS)

Dennis Hunt, Ph.D
Executive Director CMHS

Ce centre CMHS offre une grande quantité de services en santé mentale, social, éducatif, santé et langue adaptés aux valeurs spécifiques et aux caractéristiques des familles et des personnes de culture diverse. Le centre est équipé de travailleurs multi-ethniques et multi-linguistiques des psychologues, des psychiatres, des conseillers, des spécialistes en éducation, des art-thérapeutes et des étudiants diplômés d'universités locales. Les services sont fournis en 30 langues différentes et servent une moyenne de 8 000 personnes et famille chaque année. Leur mission est d'aider les agents de différents arrière plans ethniques à accéder aux services de santé mentale compréhensifs et sensibles culturellement et de rendre ces services plus disponibles par des recherches et des formations.

CMHS offre des thérapies culturellement sensibilisées pour des enfants et des adultes qui ont des problèmes d'adaptation culturelle, des conflits familiaux, de l'anxiété, de la dépression, des difficultés d'attachement précoce, des abus physiques ou sexuels et d'autres traumatismes et problème psychologiques. Individu, famille et groupe de conseil est disponible. Des programmes de traitement individualisé pour les enfants incluent souvent la famille, l'art, la thérapie par le jeu dans la langue dominante de l'enfant.

L'équipe mutlilinguistique de CMHS est aussi disponible pour répondre à des crises en santé mentale. Des évaluations psychologiques, fournies dans une langues dominante du client, propose une grande quantité de questions de référence, incluant l'évaluation de désordre lié au stress post traumatique, la capacité de violence, la capacité des parents d'être adaptes et la personnalité et le fonctionnement cognitif actuel. CMHS fournit des évaluations psychiatriques et des supervisions pharmacologiques avec des services de santé mentale fournis par CMHS incluent : les services intensifs aux familles des programmes de gestion de la colère, des groupes de parents des formations et conseils sur l'alcool et les drogues.

Les programmes du centre en lien avec la santé mentale sont les suivants :

- Le programme pour les survivants à la torture et les traumatismes sévères a été officiellement établi en 1998 pour parler des conséquences des mauvais traitements.

La mission est d'assister les survivants à une torture motivée par des raisons politiques en fournissant une quantité raisonnable de services en réponse avec les résultats complexes de la torture.

- Le programme violence domestique multiculturelle utilise une approche holistique du traitement et de la prévention de la violence domestique. Les efforts portent sur la famille entière quand c'est approprié, aussi bien qu'au delà sur la communauté.
- Le programme scolaire LEAD : En réponse directe aux besoins en santé mentale des enfants de culture et de langue minoritaire. CMHS a réalisé ce programme scolaire réussi LEAD (Leader en Education, Réussite et Diversité) dans les écoles publiques locales, desservant environ 250 enfants et adolescents par an.
- Les services d'évaluation et de traitement multiculturels en santé mentale : Ce programme s'adresse aux besoins en santé mentale des bas revenus. Des immigrants limités en anglais, des personnes et des familles réfugiées pour lesquels les services existants sont inaccessibles du fait de barrières culturelles et linguistiques.
- Formation : Depuis plus de 20 ans, CMHS a offert des programmes de stages pour de nouveaux professionnels en psychologie, travail social et conseil. Ceux-ci présentent des programmes de stage bâtissant une compétence culturelle dans l'équipement de santé mentale US dans le but d'augmenter l'accès à un soin de qualité à une population culturellement et linguistiquement diverse, particulièrement mal desservie.
- Le service d'auto suffisance : CMHS offre des hébergements transitoires, de l'assistance juridique, les savoir faire, de classes d'ordinateurs, des tutorats pour aider à l'autosuffisance individuelle.

Le programme prévention des gangs. CMHS travaille avec les juridictions dans le nord de la Virginie pour réduire la violence des jeunes et freiner l'appel à l'insertion dans des gangs auprès des enfants des minorités linguistiques et ethniques.

Les services d'assistance technique : CMHS offre une assistance technique aux communautés qui, aux USA ont besoin d'aide pour développer des systèmes de services et des pratiques répondant aux besoins adaptés aux réfugiés et aux migrants.

CMHS assiste aussi au-delà des mers, des programmes établis et affinés pour les survivants aux voitures et aux enfants traumatisés ;

En plus, CMHS a un bon programme de bénévoles, une information multilinguistique et un programme de référence pour aider les populations nouvelles venues à s'adapter dans leur nouvel environnement.

Alors que CMHS est un centre de santé mentale autorisé, il offre des services qui répondent à une variété de besoins des clients.

En admission, tous les clients sont évalués pour identifier les défis qui contrarient le fonctionnement. Ces défis peuvent inclure des besoins de base comme la nourriture et l'abri, le manque de soutien organisé, des conflits familiaux, la dépression etc...

CMHS peut répondre directement à certains de ces besoins ou orienter les clients vers d'autres agences de service communautaire. L'approche globale de la personne nous permet de faire passer la personne de la crise ou du statut vulnérable à un statut stable ou prospère dans un temps relativement court. Tous les services sont formés de telle manière qu'ils

reconnaissent les forces des clients et les difficultés culturelles, de transport de soin d'enfant et autres barrières auxquelles ils font face quand ils accèdent aux services.

Dans la plupart des cas les clients sont servis par des professionnels et paraprofessionnels qui parlent leurs langues. Les interprètes sont utilisés seulement quand l'équipe directe du service ne parle pas la langue du client. Les services sont fournis à domicile du client, sur le site de la communauté ou de l'école quand cette option sert le mieux les besoins des clients. Le soin des enfants est fourni en activité de groupe au QG de CMHS et dans les structures communautaires. CMHS est proactif en organisation des activités dans la communauté pour identifier les besoins émergents et établir un lien avec les membres de la communauté qui peuvent avoir besoin de services. Ces activités militantes sont souvent en collaboration avec les leaders de la foi ou de la communauté ethnique.

Pour télécharger les bulletins et autres matériels :

[http : //www.cmhsweb.org/about/updates.html](http://www.cmhsweb.org/about/updates.html)

La santé mentale change le monde

Appel à l'action

Reconnaître le rôle central à la culture, à la race et à l'ethnicité dans la santé n'est pas une nouveauté.

Depuis des décades, des chercheurs ont exploré l'influence de la culture dans la formation de la personnalité, l'expression des symptômes, les comportements et les attitudes de recherche d'aide, les modèles de santé et de maladie, les procédures de traitement et les résultats. Bien que des progrès significatifs aient été faits dans la compréhension de la relation entre culture et santé, les décideurs politiques en santé mentale et comportementale, les chercheurs, les professionnels continuent à être mis au défi de développer des grands systèmes de soins qui rencontrent les besoins des individus d'arrière plan culturels et raciaux divers. La nécessité pour les leaders de santé mentale et comportementale de faire des efforts plus concentrés pour reconnaître et prendre en acte des systèmes de services sensibles culturellement a commencé même à devenir très grand quand les nations et les communautés à travers le monde ont pris en compte les résultats de plusieurs décades d'immigration croissante et de diversité ethnique.

Cette partie du paquet de la campagne de la journée mondiale de santé mentale 2007 attire l'attention sur plusieurs manières de plaider possible en regard du besoin de mieux comprendre le rôle critique que l'attention culturelle joue dans l'organisation et la délivrance de services effectifs en santé mentale.

Dans un monde toujours plus multiculturel, la délivrance de services appropriés et effectifs en santé mentale sera grandement influencé par la volonté et la capacité des décideurs politiques, des organisations administratifs, des fournisseurs de service locaux pour développer, mettre en place et pérenniser des systèmes culturellement sensibles de services de santé mentale pour enfants, adolescents et adultes qui viennent d'arrière plan culturels divers.

Ce n'est pas une nouvelle entreprise pour les systèmes de santé mentale dans beaucoup de pays, particulièrement ceux des nations à hauts et moyens revenus qui ont été les destinations majeures des migrants des pays touchés par des périodes de privation économique, de troubles politiques et d'armées conflits. Au-delà, les mouvements pour les droits civiques dans beaucoup de pays à large population ethnique ou indigène dans le passé ont abouti une considérable attention des chercheurs des arènes politiques et pratiques sur les questions de la culture dans les services de soin en santé mentale. Le conseil multiculturel et le mouvement des thérapies de la fin des années 80 a été pionnier d'un accroissement des traitements adaptés à la culture du client individuel dans le but d'une plus grande pertinence et sensibilité culturelle.

Cependant, la plupart de ces efforts ont été centrés initialement sur l'amélioration des politiques et de la délivrance des services pour les minorités ethniques nées dans les pays (comme les Afro-américains aux USA, les natifs au Canada, les groupes aborigènes en Australie et Nouvelle Zélande), en d'autres mots pour des groupes qui partagent certains niveaux de modèles identiques à la majorité de la population.

L'émergence dans beaucoup de pays d'un équipement de services en santé mentale multiculturel a fourni un rationnel important et croissant pour les questions considérant l'influence de la culture dans la santé mentale. Dans le contexte de la santé mentale transculturelle, la maladie se rapporte non seulement aux changements biologiques sous-tendant le comportement mais aussi principalement aux considérations des praticiens de

réalités cliniques en accord avec leurs modèles. Alors que la maladie tombe dans la catégorie de « culture du clinicien », le malaise s'étend dans différents domaines. Il renvoie à la reconnaissance de l'individu et de sa famille, l'étiquetage et l'expérience du comportement. L'importance d'identifier et de connaître le cours social et culturel de la maladie est soulignée dans les structures interculturelles.

Les communautés dans les pays à revenus modérés, jusqu'à hauts revenus sont croissantes en hétérogénéité dans leur composition ethnique. C'est le cas aussi pour les équipements des services de santé mentale qui fournissent soin et traitement tant dans les communautés publiques que privées et les structures institutionnelles pour les gens avec des problèmes de santé mentale et des désordres.

Grand nombre de professionnels de santé mentale, travaillant dans les autres communautaires en santé mentale, dans des organisations de soin aménagées, dans des services de santé public, et dans des institutions psychiatriques publiques sont des personnes nées à l'étranger qui ont reçu leur formation dans les pays développés et restent là pour pratiquer ou bien ont reçu leur formation dans leur pays natal et ont été recrutées pour immigrer dans un pays développé (c'est particulièrement vrai pour les infirmières).

Ainsi, il n'est pas rare dans l'environnement des services publics de santé mentale de voir un praticien d'un pays, d'une culture traiter un individu d'une culture très différente ni qui est natif de la communauté et pays dans lequel ils vivent et interagissent.

Les équipes des services de traitement sont souvent composées de professionnels qui sont eux même de régions avec des cultures diverses et des perspectives variées au sujet de la santé mentale et de leurs traitements.

Ainsi, il y a plusieurs questions clefs concernant le « rôle de la culture en santé mentale » qui demandent à être considérés et qui peuvent devenir les sujets des efforts en matière de soutien en santé mentale tant sur le terrain qu'au niveau national pour pointer l'influence de la culture dans l'organisation et la délivrance des services de santé mentale.

- 1) Le rôle que l'orientation culturelle joue dans la manière dont les professionnels en santé mentale, perçoivent les désordres mentaux et les problèmes de santé mentale, reconnaissent les symptômes, diagnostiquent finement et traitent effectivement ces problèmes chez des patients qui peuvent avoir différentes orientations culturelles.
- 2) Le rôle que la culture joue sur comment les personnes, les membres des familles et les communautés perçoivent et répondent aux symptômes des problèmes de santé mentale. Comment, et où ils cherchent aide et traitement en « faisant avec » ces problèmes.
- 3) Le rôle que la culture joue dans l'interaction des professionnels de santé mentale avec les patients de cultures différentes. Comment ces perspectives culturelles différentes jouent sur les structures de base du traitement en communauté ou en institution (comme le choix du traitement, la soumission au traitement et l'investissement des accompagnants familiaux).
- 4) Le rôle que la perspective culturelle aux sujets de la santé mentale et des désordres mentaux joue dans l'équipement général (le commerce et l'industrie) particulièrement dans les programmes d'assistance à l'emploi des politiques de congés médicaux et familiaux, les couvertures d'assurance maladie, les priorités des services de santé publique, etc...).

Un certain nombre de consignes pour la promotion de la compétence, sensibilité culturelle dans les systèmes de service de santé mentale ont été développés par les agences gouvernementales, les programmes de fourniture de service et les chercheurs. Plusieurs modèles pilotes ont été décrits dans le livre de Conseil et de Psychologie Raciale et Culturelle (dans un chapitre de Arthur C. Evans et al), dont le titre est Développer un cadre pour des systèmes de soin culturellement compétents)

Un tel modèle est le produit des efforts par le bureau de développement de la santé et des services humains pour la santé des minorités pour faire ressortir un système de pratiques organisationnelles nécessitées par l'équipement des services culturellement compétents.

Standards Recommandés pour des services de soins culturellement et linguistiquement adaptés :

- 1- Promouvoir et soutenir les attitudes, savoir, habiletés nécessaires à l'équipe pour travailler avec respect et résultats auprès des clients et d'autrui dans un environnement de travail culturellement divers.
- 2- Avoir une stratégie d'organisation compréhensive à adresser aux services culturellement et linguistiquement adaptés, comprenant les buts, les plans, les politiques, les procédures et une équipe, désignée responsable de la mise en place.
- 3- Utiliser les mécanismes formels pour l'investissement communautaire et utilisateur dans le projet et l'exécution de la fourniture de service, incluant, programmation, décision politique, opération, évaluation, formation et c'est approprié, planification du traitement.
- 4- Développer, et mettre en place une stratégie pour recruter, conserver et pourvoir une équipe administrative, clinique et de soutien compétente culturellement, diverse et qualifiée. Celle-ci sera formée et qualifiée pour s'adresser aux besoins des communautés raciales et ethniques, services.
- 5- Demander et arranger les formations ultérieures et des stages pour l'équipe de soutien administrative et clinique dans les services compétents culturellement et linguistiquement.
- 6- Fournir à toute l'équipe limitée par une langue dominante un accès facile à une équipe bilingue et des services d'interprétation.
- 7- Fournir des indications écrites et orales (incluant des signalisations traduites) aux points de contact informant les clients, dans leur langue de base, de leurs droits d'avoir des services d'interprétation gratuits.
- 8- Traduire et faire des matériels éducatifs valablement signalés et clairement écrits et d'autres matériels pour les membres des groupes de la langue dominante, dans les locaux des services.
- 9- S'assurer que les interprètes et l'équipe bilingue peut démontrer une compétence bilingue et recevoir une formation qui incluse habileté et ethnique interprétation et

des connaissances dans les deux langues dans les termes et les concepts qui relèvent des rencontres cliniques et non cliniques. Les familles et les amis ne sont pas considérés comme des substituts adéquats car ils manquent habituellement de ces capacités.

- 10- S'assurer que la langue première du client et l'ethnie / race auto identifiée, sont bien incluses dans le système d'information de l'organisation de soin comme dans les dossiers de tout client utilisé par l'équipe de soin.
- 11- Utiliser une variété de méthodes pour collecter et utiliser des résultats donnés en démographie, culture, épidémiologie et clinique, pour les groupes ethniques et raciaux du territoire aux services et se tenir informé des besoins, des ressources et des atouts ethnique/raciaux de la communauté environnante.
- 12- Entreprendre une autoévaluation organisationnelle évolutive de la culture et de la compétence culturelle et linguistique et des mesures intégrées d'accès, de satisfaction de qualités et les résultats des services culturellement et linguistiquement appropriés dans les autres programmes organisationnels internes et d'engagement de résultat.
- 13- Développer des structures et des procédures pour faire état des conflits le gaux interculturels / ethnique dans le soin, des plaintes et griefs par les clients et l'équipe à propos du manque de transparence l'insensibilité culturelle, la difficulté d'accès ou le refus de service.
- 14- Préparer un rapport annuel évolutif documenté sur les progrès de l'organisation dans la mise en place des services culturels et linguistiques adaptés incluant les programmes d'information, le personnel, les ressources.

Cadre australien de mise en œuvre du plan national de santé mentale 2003-2008 dans l'Australie multiculturelle.

L'Australie a adopté ce qui est probablement l'approche la plus formalisée pour intégrer l'organisation des services de santé mentale adaptés aux systèmes culturellement et linguistiquement à l'intérieur des systèmes de soin nationaux et gouvernementaux. Cela à travers le cadre de la mise en œuvre du plan national 2003-2008 de santé mentale dans l'Australie multiculturelle.

Le cadre a été développé pour le groupe de travail du conseil national de santé mentale auprès du ministre de la santé par le groupe pilote de développement de la politique en santé mentale nationale interculturelle et multiculturel mental Health Australia (MMHA) et a réalisé en 2004 (voir le rapport sur le travail de MMHA supra)

Le cadre est décrit comme un outil pour :

- Promouvoir la reconnaissance du rôle que la culture joue dans le bien être des communautés multiculturelles australiennes.
- Identifier les besoins spécifiques de ces communautés.
- Informer le développement des services à l'encontre de ces besoins.

Le cadre a pour but de compléter la politique principale en santé mentale existant en Australie en se concentrant sur des questions spécifiques pour des personnes d'arrière plan divers. Il décrit une approche nationale de la santé mentale et de bien être de la population multiculturelle du pays et établit des buts, des principes et des politiques clefs dans les champs où l'action est nécessaire.

Les buts de ce cadre sont de :

- Promouvoir la santé mentale et bien-être les communautés multi culturelle de l'Australie.
- Eviter le développement de problèmes de santé mentale et maladies mentales
- Réduire l'impact des maladies mentales sur les personnes familles et les communautés.
- Assurer les droits de toutes les personnes d'arrière plans divers souffrant d'une maladie mentale.

Le cadre propose quatre zones prioritaires de l'action afin d'atteindre ces buts, identifier des tâches concrètes les résultats souhaités et les responsabilités. Ces zones sont :

- **Une approche** globale à la santé mentale pour les membres de la population culturellement et linguistiquement divers.
- **Améliorer** la réponse des services aux diverses cultures.
- **Fortifier** la qualité
- **Favoriser** la recherche culturellement inclusive l'innovation et la pérennité.

Le développement de ce cadre était renforcé par des principes bien étudiés entre autres.

- La fourniture d'un service de santé mentale efficace, sensible et culturellement compétent exige des partenariats entre et à travers le système social et sanitaire avec les clients et ses accompagnateurs de divers arrière plans.
- Les travailleurs avec ou compétence culturelle est primordiale pour livrer les services de santé mentale appropriée.
- Un but de guérison qui respecte le système de croyances spirituelles, culturelles et personnelles du client et de leurs familles, accompagnateurs et la communauté doit guider le service de soin.
- La réussite de meilleurs résultats pour les usagers multiculturels, leurs familles et les soignants requièrent des modèles de financements et d'allocation de ressources qui prennent en compte les besoins des populations divers.

Développer, adopter et mettre en place un cadre national ambitieux pour promouvoir et encourager l'intégration de services culturellement et linguistiquement approprié dans l'organisation nationale en santé mentale et en organisation sanitaire ne peut être complété que par les efforts au long court des secteurs de santé et de santé mentale.

« Le défi de développer une politique culturellement intensive et des services nécessite un engagement à tous les niveaux du gouvernement et des actions à travers une quantité de secteurs. Le cadre reconnaît le besoin de partenariat et de collaboration entre gouvernement,

individus, communautés et organisations pour identifier et répondre aux besoins des populations diverses d'Australie.

Les pourvoyeurs de service du Commonwealth, de l'Etat et du territoire, en partenariat avec les individus, leurs familles, les communautés et les organisations non gouvernementales doivent collaborer pour dessiner et délivrer des services de santé et de santé mentale culturellement adaptés ».

Cette déclaration sert d'appel à l'action le plus appropriée et irrésistible pour la journée mondiale de la santé mentale 2007 affirmant le terme « La santé mentale dans un monde changeant, l'impact de la culture et de la diversité. La Fédération mondiale de Santé mentale souhaite que les organisateurs gouvernementales et non gouvernementales organisant la journée 2007 le 10 octobre incluront dans leur plan de campagne un plaidoyer et un élément d'éducation pour encourager les autorités d'état ou régionales en santé mentale d'établir leur propre cadre pour intégrer les stratégies adaptés culturellement et linguistiquement dans leur plan de santé mentale et les services.

WFMH encourage les gouvernements à créer des cadres similaires dans leurs plans de santé mentale qui reflètent les principes, buts et priorités d'action décrits dans le plan australien. Plaider pour développer, mettre en place et pérenniser un tel cadre, serait une dernière et significative contribution, pour la journée mondiale de la santé mentale 2007.