

VERS UN NOUVEAU MODÈLE DE SERVICES pour les canadiens d'ascendance africaine

**Esclavage, colonisation, racisme,
identité et santé mentale**

Halifax Montréal Toronto

RAPPORT D'ACTIVITÉS
2007

Illustration : Marie-Denise Douyon

**Vers un nouveau modèle de services pour les
Canadiens d'ascendance africaine :
Esclavage, colonisation, racisme, identité et santé mentale**

Rapport de la phase I
Novembre 2007

Table des matières

Auteurs du rapport.....	3
Résumé	4
Objectifs	4
Financement	4
Stratégies	5
La nouvelle approche.....	6
Recommandations	6
Préambule.....	8
Rappel des étapes de l'élaboration et de la réalisation du projet.....	9
I – Le constat d'origine et les hypothèses	9
II – Définition des objectifs.....	9
III – La recherche d'appuis et de collaborateurs	10
IV – La recherche de financement.....	10
V – Les stratégies élaborées pour la réalisation du projet	11
VI – Un moment-clé de la Phase I : Le Think Tank des 27-28-29 septembre 2006.....	12
Conceptualisation du Think Tank	12
Réalisation du Think Tank	12
Les résultats préliminaires du processus de la Phase I.....	14
Objectif 1 : Faire la preuve de l'inadéquation des services psychiatriques et psychosociaux présentement offerts aux Afro-Canadiens.	14
Surreprésentation des Afro-Canadiens dans les services imposés.....	14
Les interprétations possibles de cette surreprésentation.....	14
Objectif 2 : Cerner l'impact de l'esclavage, de la colonisation et du racisme sur l'identité et l'adaptation des Afro-Canadiens et identifier les aspects dysfonctionnels du multiculturalisme canadien.....	15
Impact au niveau collectif	15
Impact au niveau individuel.....	16
Le processus de transmission (J.P. Muyard, J.G. Leary, C. Sterlin)	16
Reformulation de l'Objectif III.....	17
Principes de la nouvelle approche	17
Les nouveaux modèles de pratique	18
Modèles préventifs	18
Les modèles curatifs	18
Vignette clinique	21
Le cadre	21
Acte 1	21
Acte II : Hôpital universitaire.....	22
Bilan du processus de la Phase I	24
Quelques pistes et questions pour la relève.....	24
Bibliographie	26
Annexe I – Comité directeur	29
Annexe II – Comité aviseur.....	30
Annexe III – Quelques recommandations.....	31
Annexe IV – Critères d'admissibilité à la session « <i>Think-Tank</i> » (Phase 1).....	33
Annexe V – Think-Tank du 27 au 29 septembre 2006.....	34
Programme et cadre de fonctionnement	34
Cadre de fonctionnement pour mieux travailler ensemble.....	35
Annexe VI – Liste des participants et participantes.....	36
Annexe VII	38

Objectif I : Faire la preuve de l'inadéquation des services psychiatriques et psychosociaux présentement offerts aux Afro-Canadiens.	38
Ouvrages consultés	44
Extraits de <i>Historical Context: The Legacy of Racism in Canada</i>	47
Annexe VIII	48
Quels sont les outils de prévention possibles face aux conséquences psychologiques et sociales des traumatismes transgénérationnels liés à l'esclavage et à la colonisation ?	48
Annexe IX – Sommaire : Évaluation de l'efficacité clinique des formulations culturelles dans une unité de soins intensifs psychiatriques.....	50
Annexe X – La psychose euro-américaine : Une analyse psychohistoriographique de la civilisation occidentale contemporaine	52

Auteurs du rapport

Pascale C. Annoual, M.A. • Thérapeute spécialisée en art, agente de communication • Montréal, Canada

Gilles Bibeau, Ph.D • Anthropologue • Université de Montréal • Montréal, Canada

Clem Marshall • Consultant de projet, président du comité du groupe de réflexion • MangaCom Inc.
Toronto, Canada

Carlo Sterlin, M.D. • Clinique psychiatrique transculturelle • Hôpital Jean-Talon • Montréal Canada

AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ

Ce rapport a été réalisé grâce à une contribution financière du Patrimoine canadien. Les points de vue exprimés dans le présent document ne reflètent pas nécessairement ceux du Patrimoine canadien.

Le contenu de cette publication repose sur l'information disponible au moment d'aller sous presse. Bien que les auteurs de cette publication se soient efforcés de fournir les renseignements les plus exactes et les plus complets possible, les rédacteurs, éditeur et tout autre partie impliquée dans la préparation de cette publication ne garantissent pas l'exactitude de l'information et déclinent toute responsabilité pour les erreurs, omissions, ou conséquences encourues par le fait de s'être fié à cette information.

Résumé

Notre projet, une enquête sur la nature particulière de la détresse des Afro-Canadiens dans le contexte du « multiculturalisme canadien », s'est mis en branle en 2002, après que certains intervenants parmi les plus impliqués dans les services correctionnels et les services de santé au Canada eurent effectué deux corrélations :

- a) la surreprésentation des Afro-Canadiens dans les services imposés (centres de détention, aile médico-légale des hôpitaux psychiatriques, centres jeunesse, etc.) ;
- b) leur sous-représentation dans les services à accès volontaire (cliniques externes psychiatriques, services de toxicomanie, etc.).

Ces résultats ont soulevé deux questions importantes :

- a) Se pourrait-il que la marginalisation des Afro-Canadiens dans la société canadienne soit exacerbée et entretenue par l'inadéquation des services préventifs et curatifs qui leur sont offerts ?
- b) Se pourrait-il que cette inadéquation – qui, incidemment, a été vécue par certaines communautés marginalisées et culturellement très différentes, dont les Premières nations – revête des aspects spécifiques du fait de l'esclavage, de la colonisation et de la discrimination subséquente, qui est une forme de racisme, à laquelle sont exposés les Canadiens d'ascendance africaine ?

Objectifs

Nous nous sommes fixé les objectifs suivants :

Objectif 1 : Faire la preuve de l'inadéquation des services psychiatriques et psychosociaux présentement offerts aux Afro-Canadiens.

Objectif 2 : Cerner l'impact de l'esclavage, de la colonisation et du racisme sur l'identité et l'adaptation des Afro-Canadiens, et identifier les aspects dysfonctionnels du multiculturalisme canadien.

Objectif 3 : Élaborer un nouveau modèle de services préventifs et curatifs susceptible de répondre à la réalité et aux besoins de ces populations.

Financement

Le soutien logistique et les sommes investies au départ par le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) de Toronto et l'hôpital Jean-Talon de Montréal se sont révélés essentiels pour franchir les étapes préparatoires.

Les représentants de Santé Canada ont compris la pertinence du projet et y ont investi 50 000 dollars. La contribution financière de la Division de la santé mentale (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec) s'est élevée à 18 400 \$, alors que Patrimoine Canada a fini par nous octroyer une somme de 94 223 \$.

La Fondation canadienne des relations raciales (FCRR) a été une des premières institutions à participer au projet. Par la suite, de nombreuses institutions nous ont manifesté leur appui, notamment la Direction des affaires interculturelles de la Ville de Montréal, le ministère de la Santé et des Services sociaux du

Québec (Direction de la santé mentale), l'Université du Québec à Montréal (Centre de recherche sur l'immigration, l'ethnicité et la citoyenneté), l'Ontario Black Association, la Ligue des Noirs du Québec, la Jamaican Canadian Association et la Nova Scotia's Association of Black Social Workers.

L'UNESCO (section Histoire et Culture) nous a non seulement conviés à faire une présentation du projet à Paris, mais elle a également manifesté son appui et s'est engagée à y collaborer. Environ le tiers des efforts consentis à ce projet l'ont été bénévolement.

Stratégies

Nous avons d'emblée choisi d'éviter de confier le processus des entretiens à un « comité d'experts ». Nous avons plutôt décidé de privilégier une approche de type africain « témoignant de la sagesse, des connaissances et du savoir-faire des traditions africaines », caractérisée par le caractère collectif du travail, de la production et la propriété. Des organismes communautaires de Montréal, Toronto et Halifax ont été consultés via des groupes d'entretien, et leur participation a grandement contribué à la conception du projet.

Un colloque organisé au Far Hills Inn, à Val-Morin, au Québec, du 27 au 29 septembre 2006, a réuni des participants de Toronto, Montréal et Halifax, de même que des États-Unis, des Caraïbes, d'Europe et d'Afrique. Ce colloque s'est distingué par sa diversité professionnelle, disciplinaire et culturelle, ainsi que par le large éventail des antécédents personnels et professionnels de ses participants, lesquels étaient de tous âges, des deux sexes, d'affiliations idéologique, spirituelle et religieuse variées et provenaient de différents milieux socioéconomiques.

Le comité croit que l'accent mis sur l'impact de l'esclavage, de la colonisation et du racisme sur l'identité et la santé des Canadiens d'ascendance africaine, dans le contexte d'un multiculturalisme dysfonctionnel canadien, constitue un des aspects les plus originaux et significatifs du projet, parce que cette approche :

- a) aborde certains problèmes cliniques sous une perspective historique et politique ;
- b) postule un lien entre les différentes formes de déviance observées chez les Afro-Canadiens (vandalisme, petite criminalité, toxicomanie, psychose, évasion mystique) et le dysfonctionnement du multiculturalisme canadien.

L'impact de l'esclavage et de la colonisation au niveau collectif, dont témoigne la déstructuration des réseaux familiaux et sociaux, ainsi qu'au niveau individuel, trouve écho dans le concept de *post-traumatic slave syndrome*, selon lequel les attitudes et comportements des Noirs d'Amérique sont liés aux séquelles de l'esclavage, notamment l'autodépréciation, la socialisation raciste et l'omniprésente « colère noire ».

Le processus débute avec l'esclavage (en particulier du XV^e au XVII^e siècle) et se transmet génétiquement (amygdales, neuropeptides), parfois même dans la mémoire des descendants.

Cet héritage est parfois manifeste dès la naissance ou dans les premières années du développement de l'enfant (anomalies congénitales, autisme, hyperactivité, etc.).

Il apparaît toutefois le plus souvent à la puberté, une période pendant laquelle, peu importe l'appartenance culturelle, sont biologiquement réactivées certaines pulsions que les cultures contemporaines sont incapables de satisfaire.

Cette réactivation pulsionnelle revêt un caractère plus intense chez les Afro-Canadiens et se manifeste sous la forme d'une sexualité débridée et/ou d'une agressivité « incompréhensible ».

Les personnes aux prises avec cette poussée pulsionnelle peuvent présenter des comportements alloplastiques, c'est-à-dire dirigés vers l'extérieur (vandalisme, vols, meurtres, etc.) ou encore autoplastiques, c'est-à-dire dirigés vers soi-même (timidité, pseudodébilité, troubles psychosomatiques, toxicomanie, schizophrénie, suicide).

La nouvelle approche

Les efforts consentis au cours des trois dernières années par les participants aux groupes d'entretien, les membres du comité du programme et les participants au Think Tank n'ont pas permis d'atteindre un consensus pour l'établissement de nouveaux modèles de services; ils ont toutefois permis de formuler certains principes sur lesquels devrait reposer une nouvelle approche en ce sens.

Toute démarche préventive ou curative destinée aux Afro-Canadiens devra dorénavant prendre en considération :

- 1) le caractère distinctif du système de référence des traditions africaines, qui met l'accent sur les réseaux ancestraux, spirituels, familiaux et sociaux ainsi que sur l'« être » collectif, par opposition à l'individualisme de type occidental ;
- 2) l'approche holistique, énergétique et écologique de la santé et de la maladie ;
- 3) l'importance du corps, de son énergie primale particulière, de son expérience du rythme ;
- 4) l'effet des manifestations concrètes de l'oppression quotidienne dans laquelle vit la majorité des Afro-Canadiens, en particulier quand cette oppression prend la forme du racisme ;
- 5) l'impact considérable et cumulatif de l'oppression et des traumatismes du passé dans les problématiques contemporaines.

Recommandations

Le comité est d'avis que le travail préliminaire entrepris durant la phase I du projet constitue une semence que la relève éventuelle fera germer. D'un point de vue africain, plus proche des traditions orientales que de l'Occident, l'essentiel n'est pas la performance, mais le processus ; ce dernier a certainement été mis en marche. Ce projet est un travail en cours plein de vitalité, même s'il présente quelques imperfections.

Notre projet n'a pas atteint tous ses objectifs. Cette situation pourrait en partie être attribuable à l'impact tardif de l'esclavage, de la colonisation et du racisme, qui continuent à semer la division et à alimenter certaines tendances à l'autodestruction au sein des communautés d'ascendance africaine. Une telle situation rend nécessaire l'élaboration pressante de stratégies destinées à favoriser la cohésion au sein de ces communautés.

Lors de l'évaluation à faire lors de la prochaine étape de ce projet, il sera important de déterminer qui sont les personnes et les institutions sincèrement intéressées à poursuivre dans cette voie, et de les inviter à participer. Il est toutefois crucial, pour assurer la réussite du projet, d'obtenir un engagement et du financement à long terme, tant pour la prochaine étape que pour les subséquentes.

Il est également nécessaire d'effectuer une réévaluation des critères d'admissibilité des participants, en se penchant particulièrement sur les pressions qu'a subies le comité du programme à divers moments du processus pour exclure certains participants, notamment en raison de la couleur de leur peau

Il faut également noter qu'au cours du Think Tank, la question de la place des guérisseurs traditionnels, notamment de leur implication concrète dans les services de santé, a été soulevée mais peu explorée. Cependant, comme on préconise la mise sur pied d'un centre d'expérimentation clinique de l'approche et du modèle proposés par ce projet, il pourrait être pertinent d'examiner en profondeur le rôle que pourraient jouer les guérisseurs.

Dans ce contexte, il serait également opportun d'engager une réflexion sur les modalités, les conditions et le moment approprié d'une intervention auprès des représentants du Rapport Kirby sur les politiques de santé mentale au Canada.

Enfin, il est à souhaiter que l'esprit et l'intention de notre projet soient respectés lors des mises à jour périodiques de ce rapport, à mesure que les prochaines étapes seront mises en œuvre.

Préambule¹

Nous, rédacteurs de ce rapport, ne sommes pas des auteurs, mais des rapporteurs. Nous tentons de refléter dans ce document le processus entrepris dès 2002 par un noyau restreint de personnes qui, indépendamment de leur statut académique et social, de leur trajectoire personnelle, de leur localisation géographique et de la couleur de leur peau², se sont interrogées sur le caractère spécifique de la détresse des Afro-Canadiens et sur le questionnement qu'elle pouvait apporter sur le « multiculturalisme canadien ».

Ce noyau s'est développé en cours de processus pour constituer un large réseau suffisamment idéaliste pour « rêver en couleur » et tenter de développer des outils permettant de décoder autrement cette détresse et d'élaborer de nouveaux outils pour la soulager.

Le présent document reflète assurément les biais de ses rédacteurs³. Nous souhaitons cependant que les lecteurs, notamment les participants au Think Tank de septembre 2006, l'abordent comme un document de travail auquel ils sont invités à collaborer dans la mesure où ils partagent les objectifs fondamentaux de ce projet.

¹ Toutes les démarches liées à ce projet ont été réalisées en anglais et en français. L'un des effets contemporains du colonialisme est en effet de nous forcer à travailler dans des langues qui ne correspondent pas à l'énergie profonde des Afro-Canadiens. Ainsi, faute d'alternative, nous utiliserons par exemple le terme *participant* pour désigner les femmes et les hommes.

² Carole Yawney (Toronto, voir biographie), Gilles Bibeau (Montréal) et Trevor Wereley (Kingston) ont été, dès les premières étapes, des collaborateurs enthousiastes et efficaces.

³ Ce rapport a été rédigé par les membres du Comité du programme à partir d'une première version proposée par Carlo Sterlin. Le comité était composé de Pascale Annual, Gilles Bibeau, Clem Marshall et Carlo Sterlin.

Rappel des étapes de l'élaboration et de la réalisation du projet⁴

I – Le constat d'origine et les hypothèses

L'idée de ce projet a germé à partir d'un double constat d'intervenants quotidiennement impliqués dans les services correctionnels et les services de santé au Canada, c'est-à-dire :

- a) la surreprésentation des Afro-Canadiens dans les services imposés (centres de détention, aile médico-légale des hôpitaux psychiatriques, centres jeunesse, etc.) ;
- b) leur sous-représentation dans les services à accès volontaire (cliniques externes psychiatriques, services de toxicomanie, etc.).

Les initiateurs de ce projet sont partis de ce double constat, que nous tenterons de documenter plus rigoureusement plus loin, pour élaborer deux questions :

- a) Se pourrait-il que cet état de choses soit lié à la position fragile des Afro-Canadiens dans la dynamique globale de la société canadienne et qu'il soit entretenu par l'inadéquation des services préventifs et curatifs qui leur sont offerts ?
- b) Se pourrait-il que cette inadéquation, que l'on peut postuler pour toutes les communautés marginalisées à grande distance culturelle, y compris les Premières nations, revête des aspects spécifiques du fait de l'esclavage, de la colonisation et du racisme particulier auquel sont exposés les Canadiens d'ascendance africaine ?

II – Définition des objectifs

À partir des échanges informels entrepris dès l'été 2002, les objectifs du projet se sont graduellement précisés :

Objectif 1 : Faire la preuve de l'inadéquation des services psychiatriques et psychosociaux présentement offerts aux Afro-Canadiens.

Objectif 2 : Cerner l'impact de l'esclavage, de la colonisation et du racisme sur l'identité et l'adaptation des Afro-Canadiens, et identifier les aspects dysfonctionnels du multiculturalisme canadien⁵.

Objectif 3 : Élaborer un nouveau modèle de services préventifs et curatifs susceptible de répondre à la réalité et aux besoins de ces populations.

⁴ Il nous apparaît important de rapporter le plus objectivement possible les étapes de la réalisation de ce projet :

- a) pour informer ceux de nos collaborateurs qui se sont joints à nous tardivement et n'auraient pas compris que le Think Tank de septembre 2006 ne constituait qu'un moment particulier d'un long processus ;
- b) pour limiter les risques de désinformation, de récupération ou d'appropriation néocoloniale de ce travail ;
- c) pour communiquer des données susceptibles d'amener de nouveaux éclairages sur les dynamiques qui opèrent à l'intérieur des communautés afro-canadiennes et sur les impasses du multiculturalisme canadien dans sa forme actuelle.

⁵ Les aspects dysfonctionnels du multiculturalisme canadien », aux fins de ce rapport, se rapporte à des facteurs historiques (plus précisément l'esclavage, la colonisation et les politiques édictées au fil des années) qui ont constamment exclus les Afro-Canadiens de la société en général, en consolidant un multiculturalisme de dominance plutôt qu'un multiculturalisme d'enrichissement mutuel entre êtres égaux.

III – La recherche d'appuis et de collaborateurs

En février 2004, le département de psychiatrie de l'hôpital Jean-Talon à Montréal et le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) à Toronto signaient une entente de collaboration et chargeaient C. Sterlin et A. Dérose de recruter des collaborateurs et de mettre sur pied un Comité de direction et un Comité adviseur (annexes I et II).

En mai 2004, la Fondation canadienne des relations raciales (FCRR) devint la première institution à appuyer le projet et guida l'équipe dans ses premières démarches.

Dans les mois suivants, de nombreuses institutions nous manifestaient leur appui notamment la Direction des affaires interculturelles de la Ville de Montréal, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (Direction de la santé mentale), l'Université du Québec à Montréal (Centre de recherche sur l'immigration, l'ethnicité et la citoyenneté), l'Ontario Black Association, la Ligue des Noirs du Québec, la Jamaican Canadian Association, etc.

En décembre 2004, l'UNESCO (section Histoire et Culture) nous invitait à lui présenter le projet, manifestait son appui et s'engageait à y collaborer sans pouvoir y investir financièrement.

En décembre 2005, l'Association of Black Social Workers de la Nouvelle-Écosse se joignait à nous.

IV – La recherche de financement

Soulignons d'emblée que la majeure partie du travail entrepris depuis 2002 a été réalisée sur une base bénévole⁶. Le soutien logistique et les modestes sommes investies par CAMH et l'Hôpital Jean-Talon ont aidé à franchir les étapes préparatoires. Les négociations auprès des institutions fédérales ont été menées essentiellement par A. Dérose et T. Wereley. Les représentants de Santé Canada comprirent vite l'intérêt du projet et y investirent 50 000 \$.

Les négociations avec Patrimoine Canada furent plus laborieuses, notamment quand il nous fut suggéré de supprimer le sous-titre du projet (Esclavage, colonisation, racisme, identité et santé mentale). Elles aboutirent finalement en septembre 2005 par l'octroi d'une somme de 94 223 \$ assortie de restrictions contraignantes.

Dans la perspective de notre projet, il est important de comprendre qu'une des principales difficultés rencontrées dans les négociations avec les deux ministères fédéraux résidait dans le fait que, même si l'un et l'autre approuvaient le projet, chacun estimait qu'il relevait de son vis-à-vis. Lorsqu'on nous demandait « Votre projet relève-t-il de la santé ou de la culture ? », nous étions sommés de choisir. Cette catégorisation cartésienne était évidemment incompatible avec la vision africaine et d'autant plus irrecevable que nous étions profondément convaincus que les problèmes de santé des Afro-Canadiens étaient partiellement attribuables à la dynamique interculturelle canadienne.

La contribution financière de la Division de la santé mentale (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec) fut plus facile à négocier et, en mai 2006, une subvention de 18 400 \$ nous était octroyée.

⁶ Certains des animateurs du projet se sont demandé si nous ne reproduisions pas ainsi inconsciemment l'économie de l'esclavage.

Le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles du Québec a décliné notre invitation à participer⁷.

V – Les stratégies élaborées pour la réalisation du projet

Nous avons d'emblée fait l'option d'éviter de confier le processus à un « comité d'experts ». Nous avons insisté tout au long du processus pour lui imprimer un style africain de travail collectif, de production collective et de propriété collective. D'où l'importance accordée dès la conception du projet aux consultations avec les groupes communautaires via des groupes d'entretien (*focus groups*) dont la supervision avait été confiée à Clem Marshall de Toronto.

Il avait été planifié que le projet se déroulerait en deux phases :

Phase I :

- Identification et localisation (*mapping-out*) des individus et groupes concernés par le projet au Canada et ailleurs
- Revue de la littérature pertinente
- Consultations auprès des organismes communautaires et la tenue de groupes d'entretien
- Organisation d'une session de Think Tank fermée autour des trois objectifs
- Rédaction d'un rapport préliminaire

Phase II :

- Consultations, à partir de ce rapport, auprès des mêmes instances consultées en Phase I
- Mise à jour du rapport
- Tenue d'un colloque largement ouvert au public autour de la version définitive du rapport

Dans l'ensemble, les diverses étapes de la Phase I ont été réalisées selon la planification, notamment le processus de localisation et la tenue des groupes d'entretien à Toronto, Montréal et Halifax (annexe III).

La rétroaction des premières consultations ainsi que la tenue de deux vidéoconférences avec les membres du Comité aviseur ont grandement aidé le Comité du programme à concevoir la session de Think Tank tant dans sa forme que dans son contenu. Conformément à la recommandation du Comité aviseur, un groupe de jeunes composé de membres de chacune des trois villes a pu collaborer à la Phase I et participer au Think Tank.

Dès l'automne 2005, Pascale Annoual et Clem Marshall étaient activement impliqués dans la recherche de collaborateurs nationaux et internationaux, notamment en vue de la préparation du Think Tank.

En décembre 2005, un étudiant en anthropologie (sous la supervision de G. Bibeau et C. Sterlin) tentait de développer une méthodologie pour aborder l'objectif I et entreprenait les recherches bibliographiques relatives à cette question.

Au printemps 2006, Marie-Denise Douyon, illustratrice et peintre montréalaise, a produit une peinture inspirée par les thèmes du projet.

⁷ Il est ironique de constater que ce refus nous parvenait peu après la publication du document du ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles intitulé Rapport du groupe de travail sur la pleine participation à la société québécoise des communautés noires.

VI – Un moment-clé de la Phase I : Le Think Tank des 27-28-29 septembre 2006

Conceptualisation du Think Tank

Il était évident pour le Comité du programme que cette rencontre s'inscrivait sous le signe de la rupture avec les conférences habituelles⁸. Elle devait refléter la sagesse, le savoir et le savoir-faire des traditions africaines.

Elle devait notamment :

- créer les conditions d'une création collective et jouissive ;
- éviter les hiérarchisations habituelles (thérapeute/patient, conférencier/public, académicien/ignorant, etc.) ;
- respecter la diversité interprofessionnelle et interculturelle que l'on retrouve à l'intérieur même des divers îlots de communautés noires du Canada ;
- éviter surtout que son produit ne soit perverti ou exploité en valeur marchande.

Pour donner un signal clair de cette rupture, la session d'ouverture a été placée sous le signe des cultures cosmocentriques. Il y a eu une cérémonie d'accueil par un représentant des Premières nations dans un esprit inspiré par la Kuswenta⁹ et une invocation festive des ancêtres, esprits et dieux de l'Afrique avec une attention particulière à l'esthétique africaine, en restant attentif aux mouvements, aux rythmes et aux flux d'énergie des participants et des participantes.

Réalisation du Think Tank

Les critères de sélection des participants (annexe IV) ont été généralement respectés. La plupart de ceux qui avaient été invités à nous faire connaître à l'avance leur champ d'intérêt particulier et leur contribution éventuelle à la réalisation des trois objectifs ont répondu à notre demande, ce qui a permis aux animateurs de sessions de mieux gérer la dynamique des échanges. En dépit de résistances multiples, la ténacité des membres du Comité du programme a permis de mener le processus à terme et de tenir la rencontre au Far Hills Inn (Val Morin, Québec) les 27, 28 et 29 septembre 2006.

L'encadrement et la gestion logistique du processus, assurés essentiellement par Pascale Annoual et ses assistantes, ont permis de réaliser cette rencontre dans l'optique choisie au départ, c'est-à-dire de garder le cap sur les objectifs en ajustant les stratégies en fonction du contexte et de la mobilité des énergies du groupe. Nous avons tenté, avec un succès mitigé, de faire du programme un outil plutôt qu'une prison (annexes V et VI).

La compétence et la flexibilité de l'équipe des interprètes ont largement contribué à limiter le dangereux clivage anglophone/francophone.

Aucun compte rendu écrit ne peut refléter la réalité de cette rencontre dont l'essentiel s'est probablement déroulé au niveau du non verbal.

⁸ Il s'est avéré que, malgré nos consignes répétées, certains des invités du Think Tank ont abordé cette rencontre avec des attentes traditionnelles occidentales (exigences d'un programme précis, présentations magistrales suivies de discussion, etc.). Ils ont surtout été dérangés par le côté ludique et spontané de cette rencontre et par la place accordée aux ancêtres, aux esprits et aux rituels.

⁹ Kuswenta est le terme mohawk qui nomme toutes les alliances de paix établies conjointement depuis le premier contact entre la nation mohawk et les nations occidentales. Cette cérémonie marquait la volonté des « nègres d'Amérique » de rencontrer les citoyens de l'Île de la Tortue dans un esprit de fraternité interculturelle loin du projet de « conquête » occidentale.

Les enregistrements audio-visuels de ce qui s'est produit dans la salle ont été réalisés par Emil Kolompar et ont été déposés le 15 décembre 2006 au centre de documentation de l'Institut interculturel de Montréal lors d'une cérémonie de remerciement aux dieux de l'Afrique qui nous avaient accompagnés. Ces documents demeurent à la disposition de toute personne intéressée à notre démarche.

Le Comité du programme estime que, malgré ses limites, cette rencontre a grandement contribué à la poursuite des trois objectifs du projet.



Les résultats préliminaires du processus de la Phase I

Dans quelle mesure le processus entrepris dès 2002 a-t-il permis d'atteindre les objectifs visés ?

Objectif 1 : Faire la preuve de l'inadéquation des services psychiatriques et psychosociaux présentement offerts aux Afro-Canadiens.

La méthodologie pour aborder cette question a été essentiellement développée par l'un de nos collaborateurs « externes », Patrick Cloos, qui a tenté dans un premier temps de documenter la surreprésentation des Afro-Canadiens dans les services obligatoires, ou services imposés, pour proposer ensuite, à partir d'une revue de littérature, des pistes d'interprétation de cette surreprésentation (annexe VII).

Surreprésentation des Afro-Canadiens dans les services imposés

Quelques indices quantitatifs pour la province de Québec :

- 25 % de la clientèle des centres jeunesse et des centres Batshaw sont des Afro-Canadiens ;
- 30 % des parents de la clientèle des centres jeunesse de Montréal nés hors du Canada viennent d'Afrique et des Caraïbes ;
- 27 % des patients sous mandat du Tribunal administratif du Québec sont des Noirs (secteur de Montréal où les Noirs représentent 13,3 % de la population).

Quelques indices quantitatifs pour le Canada :

Les Noirs représentent :

- 2 % de la population totale ;
- 5 % de la population carcérale ;
- bien qu'il n'y ait pas de statistiques sur ce plan, les données anecdotiques semblent indiquer que les unités médico-légales du Sud-Ouest de l'Ontario (incluant CAMH) admettent un nombre disproportionné d'hommes de couleur, y compris des Afro-Canadiens.

Les interprétations possibles de cette surreprésentation

A) L'interprétation raciste : « Ils sont génétiquement inférieurs et fragiles ».

B) Les interprétations interculturelles :

- 1) Le système dominant du multiculturalisme canadien leur impose ses normes occidentalocentriques. Leur déviance est donc considérée comme pathologique et/ou dangereuse.
- 2) Certaines des manifestations normales de leur africanité sont décodées comme « pathologiques ».
- 3) La dynamique même du multiculturalisme canadien les fragilise (marginalisation, racisme, pauvreté, chômage, etc.).
- 4) Leurs tentatives d'adaptation au système d'oppression sont étiquetées « pathologiques » (gangs).
- 5) Ils portent encore aujourd'hui les séquelles fragilisantes des traumatismes du passé (voir objectif II).
- 6) Les services qui leur sont offerts ne tiennent pas compte de leur réalité et sont inadéquats¹⁰ et potentiellement pathogènes (cf., vignette clinique). Ces services sont caractérisés par :

¹⁰ Les témoignages obtenus dans les groupes d'entretien confirment cette perception d'inadéquation.

- le diagnostic précoce de schizophrénie,
- la judiciarisation hâtive,
- l'administration précoce de doses massives de neuroleptiques, etc.

Objectif 2 : Cerner l'impact de l'esclavage, de la colonisation et du racisme sur l'identité et l'adaptation des Afro-Canadiens et identifier les aspects dysfonctionnels du multiculturalisme canadien.

Le comité estime qu'il s'agit là d'un des aspects les plus originaux du projet :

- a) Aborder la clinique dans une perspective historique et politique.
- b) Postuler un lien de complémentarité entre les différentes formes de déviance observées chez les Afro-Canadiens (vandalisme, petite criminalité, toxicomanie, psychose, évasion mystique) et le dysfonctionnement du multiculturalisme canadien¹¹.

Nous pensons en effet que cette approche pourrait contribuer à remettre les Afro-Canadiens en contact avec la réalité, plus précisément avec les réalités quotidiennes généralement occultées par l'idéologie dominante.

Les limites de temps et de ressources n'ont pas permis d'explorer ces pistes aussi profondément qu'elles le méritaient. Quelques premiers jalons ont cependant été posés, notamment en intégrant les contributions de L. Hurbon, J.G. Leary et J.P. Muyard.

Impact au niveau collectif

I – Chez les Canadiens d'ascendance africaine :

- Suppression des systèmes symboliques (L. Hurbon)
- Déstructuration des réseaux familiaux et sociaux
- Élimination et/ou disqualification des pères (J.P. Muyard)
- Induction d'une dynamique sociale conduisant à « l'implosion » des communautés noires qui tendent à retourner contre elles-mêmes l'agressivité qu'elles ne peuvent manifester contre le système dominant (F. Fanon, W. Bernard, J.G. Leary)
- Disqualification/rejet des formes de spiritualité liées aux traditions africaines et recours aux religions chrétiennes avec leur potentiel d'aliénation
- Tentatives, notamment par les jeunes, de reconstitution de nouveaux réseaux (gangs) et l'élaboration de nouveaux symboles (G. Bibeau, J. Homiak)

II – Sur l'ensemble de la société canadienne :

- L'esclavage et la colonisation ont contribué à modeler la dynamique de la société canadienne et à entretenir le racisme et diverses formes d'exclusion des Canadiens d'origine africaine.
- Ils ont également contribué à développer un multiculturalisme de dominance, plutôt qu'un multiculturalisme de convivance et d'enrichissement réciproque.
- On peut faire l'hypothèse que le mécanisme de déni des Canadiens d'ascendance européenne envers leur passé esclavagiste contribue :
 - à maintenir une culpabilité inconsciente ;
 - à alimenter la dissonance cognitive, notamment dans le domaine de l'enseignement.

¹¹ Les aspects dysfonctionnels du multiculturalisme canadien », aux fins de ce rapport, se rapporte à des facteurs historiques (plus précisément l'esclavage, la colonisation et les politiques édictées au fil des années) qui ont constamment exclus les Afro-Canadiens de la société en général, en consolidant un multiculturalisme de dominance plutôt qu'un multiculturalisme d'enrichissement mutuel entre êtres égaux.

Impact au niveau individuel

Nous disposons, surtout depuis trois décennies (A. Memmi, F. Fanon), d'un éventail de descriptions des profils des colonisés.

La démarche que nous avons entreprise trouve particulièrement fécond le concept du *post-traumatic slave syndrome* (J.G. Leary) qui tente de démontrer comment les attitudes et comportements des Noirs d'Amérique sont liés aux séquelles de l'esclavage, notamment l'autodépréciation, la socialisation raciste et l'omniprésente « colère noire »¹².

Le développement futur de ce projet permettra d'articuler ce tableau avec les hypothèses élaborées par J.P. Muyard sur les mécanismes de transmission de l'impact de l'esclavage.

Le processus de transmission (J.P. Muyard, J.G. Leary, C. Sterlin)

Premier temps : L'esclavage (surtout dans sa forme la plus radicale du XV^e au XVIII^e siècle) provoque un étouffement/extinction de la pulsion de vie de l'esclave.

Cette agression n'est pas que psychique (J.P. Muyard). Elle remodèle le corps énergétique de l'esclave et laisse des traces :

- toujours dans son corps (amygdale, neuropeptides) ;
- parfois dans sa mémoire¹³.

Deuxième temps : Ces traces conditionnent le patrimoine génétique transmis par le père/fécondant mais surtout remodelent la biologie de la mère/enceinte qui les transmet, inconsciemment, au fœtus qu'elle porte.

Troisième temps : Cette transmission se manifeste parfois dès la naissance ou dans les premières années de développement (anomalies congénitales, autisme, hyperactivité, etc.).

Quatrième temps : Elle se manifeste le plus souvent à la puberté, période pendant laquelle, indépendamment des cultures, se produit une réactivation biologique des pulsions que les cultures contemporaines ne savent généralement pas accueillir.

On peut comprendre que cette réactivation pulsionnelle revêt des formes plus intenses chez les Afro-Canadiens et se manifeste sous la forme d'une sexualité débridée et/ou d'une agressivité « incompréhensible ».

La gestion de cette poussée pulsionnelle peut déboucher sur des manifestations :

- alloplastiques (vandalisme, vols, meurtres, etc.) ;
- autoplastiques (timidité, pseudodébilité, troubles psychosomatiques, toxicomanie, schizophrénie, suicide).

¹² Il faudra se pencher plus attentivement sur le décalage entre la perception de G. Bibeau (c'est-à-dire, la rareté du suicide chez les Afro-Canadiens) et la proposition de J.G. Leary selon laquelle certains meurtres entre jeunes afro-canadiens seraient des suicides déguisés (*post-traumatic slave syndrome*, p.131). Dans la même perspective, il faudra également interpréter le phénomène de violence conjugale et intrafamiliale dans cette même population.

¹³ Notre corps se souvient d'événements dont nous ne nous souvenons pas (C. Sterlin).

Reformulation de l'Objectif III

Originellement formulé « développer un nouveau modèle de services, etc. », la démarche collective menée au cours du Think Tank, a justifié une nouvelle formulation, soit, « **Développer une nouvelle approche et de nouveaux modèles de services préventifs chez les Canadiens d'ascendance africaine** ». Cette nouvelle approche doit s'enraciner dans le génie spécifique des cultures africaines tout en tenant compte de l'impact des processus de métissage (F. Boyard, G. Bibeau). Dans l'éventail des modèles proposés, nous n'avons retenu que ceux qui s'harmonisent avec les principes de cette nouvelle approche¹⁴.

Principes de la nouvelle approche

Toute démarche préventive ou curative destinée aux Afro-Canadiens devra dorénavant prendre en considération :

- 1) Le caractère distinctif du système de référence des traditions africaines, notamment :
 - l'importance de « l'invisible »¹⁵, de la place des ancêtres, des esprits et des dieux (M. Dauphin, B. Two Rivers) ;
 - les conceptions de la personne non réductibles au soma/psyché cartésien (B. Koumare, L. Hurbon, C. Sterlin) ;
 - les liens fraternels des humains avec l'environnement naturel et leur souci de s'harmoniser avec ses rythmes ;
 - l'importance de la famille, du réseau et de « l'être collectif »/versus l'individualisme occidental (K. Johnson) ;
 - l'importance des savoirs non consacrés par la science occidentale (L. Hounkpatin) ;
 - l'approche holistique, énergétique et écologique de la santé et de la maladie.
- 2) L'importance du corps, de son vécu énergétique particulier, de son expérience du rythme (Z. Maboungou) et de son savoir-faire expressionnel (A. Coley, W. Hamid Kush, G. Rodriguez)¹⁶;
- 3) L'existence d'un savoir et d'un savoir-faire des cultures africaines face à la souffrance, la maladie et la mort ;
- 4) Les conditions concrètes d'oppression quotidienne dans laquelle vit la majorité des Afro-Canadiens, surtout quand cette oppression prend la forme du racisme ;
- 5) L'importance de l'impact des oppressions et traumatismes du passé dans les problématiques contemporaines (voir objectif II).

¹⁴ Nous n'avons répertorié ici que les modèles auxquels nous avons eu accès à cette phase du projet. Il en existe certainement d'autres correspondant aux principes de cette nouvelle approche (p. ex., le modèle développé par le D^r Eric Gbodoussou au Centre Fatik au Sénégal). Ils devront éventuellement être intégrés dans les mises à jour futures de ce rapport.

¹⁵ Une vraie clinique interculturelle devrait éviter d'associer automatiquement la référence à « l'invisible » au délire (J.P. Muyard).

¹⁶ Invité à dire un mot à la session de clôture, G. Rodriguez a improvisé une séquence rythmique de tambour totalement intraduisible même dans les langues africaines.

Les nouveaux modèles de pratique

Modèles préventifs

- 1) Via les organismes communautaires, offrir notamment aux jeunes l'occasion de se familiariser avec les racines culturelles de leurs parents et ancêtres :
 - racines spirituelles (M. Dauphin) ;
 - racines expressionnelles et artistiques (Z. Maboungou, A. Coley).
- 2) Créer des maisons de naissance pour femmes Afro-Canadiennes (J.P. Muyard). Ces maisons tenteraient de limiter les risques de transmission transgénérationnelle des traumatismes en constituant des « groupes de parole » pour les femmes enceintes, à partir du 5^e mois de grossesse (annexe VIII).
- 3) Organiser des interventions en milieu scolaire impliquant enseignants et élèves et visant à limiter les dommages de l'apprentissage de la dissonance cognitive (J. Guzder, C. Rousseau, C. Marshall) ou à déconstruire les mythes occidentaux (F. Hickling). Organiser des ateliers d'expression interculturelle « Contes et Arts » dans les classes et dans les centres communautaires (C. Rousseau).
- 4) Créer des programmes centrés sur l'amélioration des compétences parentales (L. Joseph) selon les valeurs afro-centriques (W. Bernard, M. Rossi, A. Benjamin).
- 5) Développer un programme « Créer un monde » (*Create a World*) (F. Hickling) où des groupes d'enfants de 9-10 ans de quartiers défavorisés sont invités, après avoir été nourris adéquatement, à imaginer le monde dans lequel ils aimeraient vivre et à le « jouer ».
- 6) Créer des maisons pour adolescents de couleur (J.P. Muyard, annexe VIII). Il s'agit d'espaces de sécurité permettant une socialisation respectant leurs racines culturelles, favorisant un large éventail de modes expressionnels et rendant éventuellement possible un processus initiatique. Ce cadre permettrait peut-être une gestion plus saine du phénomène de gangs, en renforçant sa dimension constructive de l'identité (G. Bibeau).
- 7) Développer des stratégies favorisant le processus de cohésion et de prise en charge des Canadiens d'origine africaine (J. Homiak) :
 - reconstituer et diffuser la « vraie » histoire des Noirs du Canada (sans oublier le lourd passé esclavagiste du Québec) ;
 - créer les conditions d'élaboration d'un mythe des esclaves déportés via la vie et l'œuvre des héros du panthéon noir (indépendamment des cultures et langues qui leur ont été imposées par la colonisation) : Mackandal, Toussaint-Louverture, Malcolm X, Martin Luther King, Harriet Tubman, M. Garvey, Rosa Parks, Mandela, etc.

Les modèles curatifs

1) Modèles de prise en charge de la première crise d'allure psychotique des 18-25 ans

De nombreuses interventions (D. Hodges, J.P. Muyard, A. Coley, G. Grant) ont souligné l'urgence de développer de nouveaux modes de prise en charge de ces jeunes.

Ce qu'il faut éviter :

- le cadre froid, étrange et inquiétant des urgences d'hôpitaux ;
- le diagnostic précoce de schizophrénie ;
- la pharmacologisation massive et imposée.

Les nouveaux modèles proposés tentent de combiner :

- accueil ;
- encadrement ;
- accompagnement ;
- écoute culturellement adaptée ;
- renforcement de l'autonomie (*empowerment*).

Les avis demeurent partagés sur la place de la médication¹⁷.

Le modèle Muyard¹⁸

Un protocole spécifique d'intervention dans les urgences et CLSC pour les jeunes d'origine afro-antillaise :

- prudence face à la grille DSM-IV ;
- prudence face à la sédation massive ;
- implication active, dès l'admission, des membres de la famille et de personnes-ressources de la communauté pour décoder correctement le sens des « symptômes » ;
- valorisation de toutes les formes d'expression non verbale.

2) Modèle de formulation culturelle élaboré par J. Sushrut (Londres) (annexe IX)

Ce modèle donne priorité au récit (*narrative*) que le client fait de sa situation et de son « problème » en ses propres termes et dans la perspective de sa culture. L'équipe soignante travaille intensément sur le décodage de ce récit pour ajuster son interprétation de la symptomatologie et son intervention.

3) Modèle ethnopsychiatrique développé par T. Nathan et L. Hounkpatin

Il s'agit d'une coconstruction collective du « sens » de la détresse et de sa gestion grâce à un dispositif groupal impliquant des thérapeutes d'origines diverses, le réseau du client et surtout un médiateur très enraciné dans la culture de ce dernier. Le réseau du client comprend d'emblée ses ancêtres, ses esprits et ses dieux.

Il faut noter qu'au cours du Think Tank, la question de la place des guérisseurs traditionnels, notamment de leur implication concrète dans les services de santé, a été soulevée mais peu explorée.

4) Les modèles apparentés au psychodrame

a) Le Koteba thérapeutique (B. Koumaré, Mali)

Inspiré du Koteba traditionnel des Bambara, la séance de Koteba thérapeutique s'ouvre par des chants et des danses impliquant acteurs, équipes soignantes et malades. L'animateur invite alors un patient à jouer, selon un mode d'improvisation, le rôle de chef de village (Dougoutigui) déclenchant ainsi des séquences d'interaction à potentiel thérapeutique.

b) Le *psycho-socio-historio drama* (F. Hickling, Jamaïque)

Basé sur la démarche de déconstruction des paradigmes de la société dominante (p. ex., esclavage et colonisation vus comme manifestations du délire européen, le capitalisme vu comme perversion, etc.) (voir annexe X).

¹⁷ Les recherches en ethno-psycho-pharmacologie menées par K.M. Ling ouvriront peut-être la voie à de nouvelles pratiques en psychopharmacologie.

¹⁸ P. Muyard s'inspire essentiellement des travaux de P.D. McLean, H.Laborit et J.Lacan qu'il tente audacieusement d'intégrer.

Ce modèle permet de développer des stratégies de renforcement de l'autonomie des « malades » via l'expression corporelle, l'improvisation musicale et théâtrale, etc.

5) Modèles basés sur l'art thérapie

Il s'agit d'ateliers d'art thérapie incorporant les éléments culturels afrocentriques (P. Annoual). Dans un cadre thérapeutique prévisible et sécurisant, les ateliers sont articulés de manière à ce que les personnes explorent, trouvent un sens, expriment et communiquent les éléments identitaires évolutifs personnellement significatifs. Ces ateliers de groupes tiennent compte des différences, des ressemblances, des mécanismes d'exclusion (stéréotypes et racisme), d'inclusion et de réseaux d'appartenances.

Vignette clinique

La vignette qui suit tente de mettre en contraste les pratiques habituelles et celles que notre démarche pourrait inspirer.

Le cadre

Montréal (Québec), quartier Hochelaga, jeudi 7 novembre 2009. Bloc appartement de 18 logements. Cinq Noirs « haïtiens » occupent depuis quelques mois un 3 1/2 au 4^e étage. Les voisins (surtout des Canadiens français et Latinos chrétiens) estiment que parmi les occupants il y a un couple (marié ?) dans la trentaine et 3 autres Noirs plus jeunes. Mais, sporadiquement s'installent, pour des périodes plus ou moins longues, d'autres Noirs que le couple appelle « cousins ».

Acte 1

Scène 1 : 23 h 00. Les voisins sont intrigués, puis dérangés par des bruits étranges provenant de « chez les Haïtiens » : bruits de pas lourds, cognements dans les murs, grognements, chants, etc.

Scène II : 23 h 27. Les bruits s'intensifient et les voisins, inquiets, voient sortir de l'appartement un jeune noir qui se lance dans le corridor en sautant de gauche à droite, en grimaçant et en émettant des grognements incompréhensibles.

Trois Latinos témoins de Jéhovah osent s'approcher de lui, tentent de le calmer et de le ramener à son appartement. Le Noir ne semble pas être conscient de leur présence. Il a les yeux hagards, gesticule, sourit ou grimace, a parfois des tremblements généralisés et de grands déhanchements « obscènes ».

Un voisin canadien français, qui observait la scène, décide d'appeler la police : « Il y a là un Noir qui est en train de tout casser! »

Scène III : Deux policiers armés (dont un Noir) s'approchent du jeune selon les techniques de contrôle qui leur ont été enseignées à l'Institut de police de Nicolet. Ils lui intiment l'ordre de ne plus bouger. Le « Noir » se met à trembler de tout son corps, roule des épaules et des hanches. Les policiers le maîtrisent pendant que la constable blonde s'entretient avec le couple.

Scène IV : La chicane de couple. Monsieur pense qu'il faut laisser aller les choses, que tout va s'arranger, surtout si on « consulte » le N'Gan au sous-sol au 17 363 Beaubien. Madame (témoin de Jéhovah) « sait » que ces déhanchements stupides sont signe de l'action de Satan et exige (en menaçant son conjoint) qu'on conduise Alcuis à l'hôpital.

Acte II : Hôpital universitaire

Le processus « scientifique »

Vendredi 1 h 00 : À l'urgence. Le « patient », accompagné d'un cousin, gesticule de façon désordonnée dans la salle d'attente.

1 h 35 : L'urgentologue, après un bref échange français/créole avec le cousin, les infirmiers et le patient, prescrit l'isolement et une injection de Haldol.

Il rédige également une demande de consultation en psychiatrie en notant « Bizarreries, agitation, comportement agressif. Schizophrénie ? »

Le patient hurle et cogne dans la porte de la salle d'isolement une bonne partie de la nuit.

9 h 00 : Un psychiatre consultant d'origine libanaise confirme le diagnostic de schizophrénie, impose la garde en établissement et prescrit l'hospitalisation.

Vendredi et samedi 8 et 9 novembre

Le patient, après une brève période de protestation et une tentative de fugue, s'adapte graduellement à la vie du département, prend sa médication, va en ergo, etc.

L'alternative *Dream a Clinic*

Vendredi 1 h 15 : Un groupe de « décolonisés » (Haïtiens, Jamaïcains, Canadiens français, Béninois et Français de métropole) entrent à l'urgence, « calment » les infirmiers et agents de sécurité, parlent à « Alcius ».

Ils le sortent de l'urgence et l'emmènent dans une maison pour jeunes noirs inspirée des nouveaux modèles (Muyard, Nathan, Hickling).

Il peut alors, dans un cadre sécuritaire, se laisser aller à gesticuler, chanter, rouler des épaules et des hanches.

Graduellement, il articule son récit (*narrative*) en se reconnectant avec son histoire, sa culture et son énergie.

9 h 00 : Un psychiatre culturellement compétent invite le cousin à l'accompagner dans la salle d'isolement. Alcius entre en transe, puis en possession par le dieu Ogun et tombe dans un profond sommeil.

10 h 15 : Deux autres cousins se présentent. Longs échanges avec le psychiatre. Après des négociations délicates, Alcius accepte de recevoir une injection de 5 mg de Haldol dans le but de calmer le personnel de l'urgence.

Samedi 9 novembre 8 h 00 : Après une nuit tranquille, Alcius est réévalué avec l'aide des cousins et mis en congé avec un rendez-vous à la clinique externe (où il ne se présentera pas)¹⁹.

¹⁹ Le psychiatre veut revoir Alcius d'abord parce qu'il a assez d'expérience clinique pour savoir que les débuts de psychose peuvent revêtir toutes sortes de formes atypiques, y compris celle d'une « fausse possession ». Il souhaite également le revoir parce qu'il sait qu'il a beaucoup à apprendre des spiritualités des cultures autres.

Février 2010 (trois mois plus tard)

Les progrès cliniques se confirment. Le patient est tranquille, poli avec le personnel, participe aux sorties de groupe, etc. Tous le considèrent grandement amélioré, même s'il est peu communicatif et un peu apathique.

Alcius, qui a réintégré son appartement à Hochelaga, fréquente régulièrement la maison pour jeunes noirs. Il a récupéré sa vitalité, découvre ses talents d'artiste (danseur, musicien, chanteur et parolier).

Il entreprend bientôt une formation en animation communautaire

ACTE III : Février 2015 (cinq ans plus tard)

Alcius a été réhospitalisé de force à trois reprises et reçoit les prestations du B.E.S. Consommation de drogue et soupçon de trafic. Vols à l'étalage et fréquentation de gangs.

Alcius travaille pour un organisme communautaire de Toronto à titre de travailleur de rue auprès des jeunes en difficulté. Il organise régulièrement des sessions d'animation culturelle dans les centres pour adolescents noirs à Toronto, Montréal et Halifax.

Il est placé sous mandat du Tribunal administratif.

Il projette de participer, en janvier 2016, à la Fête annuelle des Religions Traditionnelles Vodun à Cotonou (Bénin).

En six ans, les frais d'entretien et d'encadrement et de « traitement » sont estimés à environ 700 000 \$, sans compter les coûts sur le plan social et culturel.

Bilan du processus de la Phase I

Le Comité du programme espère que ce rapport reflète adéquatement le travail accompli autour de ce projet tant dans sa force que dans ses faiblesses.

La force de notre démarche réside essentiellement dans son originalité. Rappelons que nous avons réalisé une « première mondiale ».

Nous avons rassemblé autour de la question de l'impact de l'esclavage sur la santé des Afro-Canadiens un large éventail de compétences provenant de :

- diverses localisations géographiques (Québec, Ontario, Nouvelle-Écosse, États-Unis, Haïti, Jamaïque, France, Grande-Bretagne, Bénin, Mali, Maroc, Île de la Tortue, etc.) ;
- diverses trajectoires personnelles et professionnelles ;
- divers statuts socioéconomiques ;
- diverses catégories d'âge, de sexe et d'affiliation idéologique, spirituelle et religieuse.

Nous avons lié les problématiques de santé des Afro-Canadiens aux aspects malsains du multiculturalisme canadien (approche systémique).

Nous sommes parvenus à définir l'approche qui devrait inspirer l'élaboration des types originaux de pratique susceptibles de répondre aux besoins spécifiques des Canadiens d'ascendance africaine.

Nous avons mené cette démarche dans une approche interculturelle largement inspirée des traditions africaines.

En rétrospective toutefois, on peut en effet constater que, surtout en 2004 et 2005, le Comité directeur et surtout le Comité du programme ont investi beaucoup d'énergie à mobiliser les sympathisants et à neutraliser les forces qui tentaient de bloquer ou de faire dévier le projet.

Ce processus d'autodestruction s'est manifesté même au cours du Think Tank. Certains d'entre nous ont émis l'hypothèse que cette dynamique d'autoparalysie serait une des manifestations tardives de l'esclavage et de la colonisation : nous, Afro-Canadiens, serions acteurs/victimes d'un état d'apathie et surtout de ce processus d'implosion (F. Fanon) qui nous fait retourner contre nous-mêmes notre méfiance et notre violence.

Certains y ont vu là un échec relatif à atteindre les trois objectifs et à produire un modèle concret conformément aux attentes du canon occidental.

Notre comité estime qu'il n'est pas parvenu, surtout au cours du Think Tank, à créer ce climat de complicité créative et jouissive qu'il avait souhaité. D'où la pauvreté relative du produit final de ce rapport.

Nous estimons cependant que, malgré ses faiblesses, le travail accompli représente une « semence » qu'une relève éventuelle fera germer. Dans une perspective africaine, plus proche des traditions orientales que de l'occident, nous estimons que l'essentiel n'est pas la performance mais le processus qui a été mis en marche.

Quelques pistes et questions pour la relève

- Mobilisation de personnes et constitution de réseaux (notamment via le potentiel des télécommunications) authentiquement intéressés à poursuivre le projet.

- Réévaluation des critères d'admissibilité des participants. Nécessité de mener une réflexion plus approfondie sur les pressions qu'a subies le Comité du programme à divers moments du processus pour exclure certains participants, notamment sur la base de la couleur de leur peau.
- Enrichissement et mises à jour périodiques du présent rapport en respectant son inspiration originelle.
- Mise sur pied d'un centre d'expérimentation clinique de l'approche et du modèle.
- Réflexion sur les modalités d'une intervention auprès des représentants du Rapport Kirby sur les politiques de santé mentale au Canada.

Bibliographie

- Akhtar, S., et S. Kramer (éds.). *The Colours of Childhood: separation-individuation across cultural, racial and ethnic differences*, New York, Jason Aronson, 1998.
- Annoual, P. « Art Therapy and the Concept of Blackness », *Tapestry in Cultural Issues in Art Therapy*, sous la direction de A. Hiscox et A.C. Calisch, chapitre 1, Londres (Angleterre), Jessica Kingsley, 1998.
- Bagayoko, A. *Kolokèlen: Théâtre et folie*, Nice, Z'édicions, 1996.
- Benot, Y. *Les lumières, l'esclavage, la colonisation*, Paris, Édition la découverte, 2005.
- Boyard, F. *Investigation sur le kotéba thérapeutique malien : comparaison entre les phases du processus dramatique thérapeutique du kotéba thérapeutique et de la dramathérapie*, Montréal, manuscrit inédit, Université Concordia, 2006.
- Consultative Committee on the Education of Black Students in Toronto Schools. *Report on Educating Black Students in Toronto Schools*, Toronto, Toronto Public School Board, 1988.
- Corin, E., et G. Bibeau. « De la forme culturelle au vécu des troubles psychiques en Afrique : propositions méthodologiques pour une étude interculturelle du champ des maladies mentales », *Journal of the International African Institute*, vol. 45, no 3, 1975, p. 280-315.
- Dei, G.J.S. *The Role of Afrocentricity in the Inclusive Curriculum in Canadian Schools*, Toronto, Institut d'études pédagogiques de l'Ontario (O.I.S.E.) de l'Université de Toronto, 1996. *Canadian Journal of Education*, www.csse.ca, consulté le 25 septembre 2006.
- Ducosson D. « De l'évacuation des pères – La mère et la loi », *CARRE*, vol. 4, n° 8, [Pointe à Pitre, Guadeloupe], 1979-1981.
- Fanon, F. *Peau noire, masques blancs*, Paris, Éditions du Seuil, 1952. [*Black Skin, White Masks*, Pluto, 1967].
- Fanon, F. *Les damnés de la terre*, 1961. [*The Wretched of the Earth*, Londres, Penguin Books, 1963].
- Galap, J. « De la famille matrifocale à la famille nucléaire », *Quand les grands-parents s'en mêlent*, sous la direction de B. Camdessus, Paris, ESF, 1993.
- Guiteau Dandin, Yanick A. *Médecine traditionnelle: approche globale et application en Haïti*, Montréal, Publications RASIN, 2004.
- Herzfeld, M. *The Social Production of Indifference*, New York, Oxford, Berg, 1992
- Hurbon, L. « Religions et génération dans la Caraïbe », *Social Compass : revue internationale de sociologie*, vol. 51, n° 2, 2004, p.177-90.
- Jadhav S. *Help seeking behaviour, choice of healers and explanatory models*, thèse de médecine, Bangalore, National Institute of Mental Health and Neurosciences, 1986.

- Jadhav, S. «Tropical fruits or jungle madness. Invited commentary on the roast breadfruit psychosis: disturbed racial identification in African-Caribbeans », *Psychiatric Bulletin*, n° 23, 1999, p. 135-136, *International Psychiatry*, vol. 4, n° 4, p. 6-7.
- Knowles, C. *Bedlam on the Streets*, Londres, Routledge, 2000.
- Knowles, C. *Race and Social Analysis*, Londres, Sage, 2003.
- Lashley, M. « The Unrecognized Social Stressors of Migration and Reunification in Caribbean Families », *Transcultural Psychiatry* 6, vol. 37, n° 2, 2000, 2006, p. 203-17.
- Leary, J. D. *Post-traumatic slave syndrome: America's legacy of enduring injury and healing*, Uptone Press, 2005.
- Littlewood, R., et S. Jadhav. Lay theories of schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, n° 161, 1992, p.720-1.
- Marshall, C. *A Pan-African approach to education*, thèse non publiée, Toronto, Université de Toronto, 2005.
- Meillassoux C. *Anthropologie de l'esclavage*, Paris, Presses universitaires de la France, 1986.
- Muyard, J.P. *D'un dialogue possible entre neurosciences et psychanalyse autour des traumatismes transgénérationnels repérés dans les psychoses infantiles*, 2005.
- Nathan, T. *L'influence qui guérit*, Paris, Éditions Odile Jacob, 1994.
- Racine-Toussaint, M. *Ces femmes sont aussi nos soeurs! Témoignage sur la domesticité féminine en Haïti et en diaspora*, Multicultural Women's Press, 1999, 2006.
- Rochman, M.C. *Esclavage et abolitions. Mémoire et système de représentations*, Paris, Éditions Karthala, sd 2000.
- Rousseau, C., G. Hassan, T. Measham, C. Castro, C. Blake, G. McKenzie, M. Lashley. « From the family universe to the outside world: family relations, school, attitude and perception of racism in Caribbean and Filipini adolescents », *Child development*, 2005.
- Sayad, A. *La double absence: des illusions de l'immigré aux souffrances de l'émigré*, Paris, Seuil, 1999.
- Sterlin, C., A. Khada-Ould et G. Legendre. « Intercultural interprofessional practice: the case of an Algerian girl, *Interprofessional Practice with Diverse Populations*, sous la direction de E. Geva, A. Barsky et F. Westernoff, Westport, Auburn House, 2000.
- Sterlin, C. *Ethocentrisme, racisme et santé mentale. Racisme et santé mentale: enjeux, impacts et perspectives*, Association canadienne pour la santé mentale, filiale de Montréal, Actes du colloque (5 et 6 mai 1993), Montréal, Canada, 1993.
- Sterlin, C. The Homoethnic Social Worker in a Multicultural Context, *Interculture* vol. 21, n° 3, 1988, p. 20-9.
- Streit, U. « Nathan's Ethnopschoanalytic Therapy: Characteristics, discoveries, and challenges to Western psychotherapy », *Transcultural Psychiatry*, vol. 34, n° 3, 1997, p. 321-34.

Thomas-Bernard, W. *Fighting for Change*, Lawrencetown Beach, Nouvelle-Écosse, Pottersfield Press, 2006.

Torczyner, J.L., S. Springer, B.E. De B'Ber, E. Douyon, F. Bergman, J.M. Smith et al. *Projet d'étude démographique des communautés noires montréalaises. L'évolution de la communauté noire à Montréal : mutation et défis*, Montréal, Consortium de McGill pour l'ethnicité et la planification social stratégique, 2001.

Trudel, M. *Deux siècles d'esclavage au Québec*. HMH, 2004.

Annexe I – Comité directeur

Depuis février 2004, la composition du Comité directeur a changé considérablement. Parmi nos membres pendant 2004-2005, on comptait aussi Sandra Carnegie-Douglas, Dominique Etienne, Carole Yawney, Deborah Barnes et al.

La continuité a été assurée, surtout depuis 2005 par :

- M. Antoine Dérose
- M. Trevor Wereley
- M. Clem Marshall
- M^{me} Pascale C. Annoual
- M. Gilles Bibeau
- M. Carlo Sterlin

Annexe II – Comité aviseur

Nom et affiliation	Emplacement
Akua Benjamin, école de travail social de l'Université Ryerson	Toronto
Akwatu Khenti, CAMH	Toronto
Amal Madibbo, Institut d'études pédagogiques de l'Ontario (OISE), Université de Toronto	Toronto
Antoine Dérose, coordonnateur de projet (CAMH)	Toronto
Bagilishya Deogratias, psychologue	Montréal
Carlo Sterlin, Hôpital Jean-Talon, Clinique transculturelle de psychiatrie	Montréal
Clem Marshall, MangaCom Inc. (consultant de projet)	Toronto
Dan Philip, Ligue des Noirs du Québec	Montréal
Austin David, Alfie Robert Institute	Montréal
Dawn P. Williams, Who's Who in Black Canada	Toronto
Deborah Barnes-Drummond, CAMH	Toronto
Dominique Etienne, FCRR	Toronto
Esme Hunt, Black Secretariat	Toronto
Fabienne Pierre-Jean, Bureau de la Communauté haïtienne de Montréal	Montréal
George-Marie Craan, APAMM (Rive Sud)	Montréal
Gilles Bibeau, Université de Montréal	Montréal
Hazel Campayne, Ecumenical Network of Women of African Heritage	Toronto
Jean-Claude Icart, CRIEG (Centre de recherche sur l'immigration l'ethnicité et la citoyenneté)	Montréal
Karen Mock, consultante	Toronto
Kaye Johnson, agente de relations interraciales, Annapolis Valley Human Rights Commission	Halifax
Kwasi Kafele, CAMH	Toronto
Leith Hamilton, Association de la communauté noire de Côte-des-Neiges	Montréal
Marjorie Villefranche, Maison d'Haïti	Montréal
Pascale C. Annoual, art thérapeute, agente de communication du projet	Montréal
Renee Ferguson, University of Toronto (représentante des jeunes)	Toronto
Robert Powell, travailleur social et candidat au doctorat	Montréal
Rosemary Sadler, Ontario Black History Society	Toronto
Sandra Carnegie-Douglas, FCRR	Toronto
Shirlett Wint, travailleuse sociale et thérapeute	Montréal
Trevor Wereley, coprésident du comité (CAMH)	Kingston
Wanda Thomas Bernard, école de travail social de l'Université Dalhousie	Halifax

Annexe III – Quelques recommandations

Tirées du *Rapport final des groupes d'entretien : Halifax – Montréal – Toronto*

Nombre de participants ont souligné le fait que ces rencontres offraient un espace unique pour aborder avec franchise des sujets délicats. Ils étaient d'avis qu'une discussion courageuse s'avère un outil important permettant de répondre plus justement aux besoins en santé mentale des populations d'ascendance africaine au Canada.

- 1. Il est recommandé de faire de ce genre de discussion, animé par des personnes proprement formées, un outil de choix dans les programmes de formation des intervenants en santé mentale.**

Certains participants ont également souligné le besoin d'assurer la sensibilisation culturelle et historique des intervenants et de favoriser la participation des familles, ce contribuerait à revitaliser les communautés urbaines.

- 2. Il est par conséquent recommandé d'étudier les moyens de former des intervenants culturellement et historiquement compétents pour assurer des services de santé mentale adéquats aux populations d'ascendance africaine. Il est également recommandé que cette approche soit intégrée à toutes les étapes de l'accueil, du traitement, de la réadaptation et de la réintégration au sein de la communauté des personnes recevant des soins de santé mentale.**

Selon les sociologues afro-américains Marimba Ani et Joy Leary, et d'après aussi des preuves fournies par Louise Diop-Maes et Chef Kwabena Faheem Ashanti, les populations d'ascendance africaine ont été [le groupe] le plus continuellement attaqué, déraciné, tant physiquement que psychologiquement, autour du monde et durant les périodes les plus longues (Ani, 1994 ; Diop-Maes, 2003 ; Leary, 2005).

- 3. Il est recommandé d'examiner le rôle des langues colonisatrices ainsi que leur impact sur les soins en santé mentale offerts aux populations d'ascendance africaine. Il est aussi recommandé de prendre des mesures afin d'éradiquer et de sanctionner les comportements irrespectueux et les manquements professionnels de la part du personnel soignant à l'endroit des personnes d'ascendance africaine.**

Nombre des participants des groupes d'entretien ont souligné le rôle primordial que joue le langage dans la guérison. Ils ont cité comme exemple le kreyol, le créole et le rastafari, qui s'avèrent souvent une source de réconfort par leur façon de renforcer la valeur humaine et l'humanité individuelle de l'interlocuteur.

La référence à la langue était souvent comprise dans son sens le plus large, qui comprend la chanson, la musique, le discours respectueux, ainsi que le langage qui encourage le libre arbitre, tout en étant demeurant conscient des limites de la traduction et de l'interprétation.

- 4. Il est recommandé d'allouer une durée adéquate au contact initial du personnel d'évaluation avec les personnes d'ascendance africaine.**

Il est par ailleurs recommandé que les langues dites « de confort » (kreyol, ebonics, langues africaines ancestrales) soient davantage intégrées au processus d'évaluation initiale des personnes

et des familles recevant des services de santé mentale puisque ces évaluations prédéterminent souvent la nature des soins qui suivent, selon les « informateurs clés ».

Les données recueillies permettent de croire qu'il serait avantageux d'allouer plus de temps aux étapes initiales de contact pour les personnes d'ascendance africaine. Cette adaptation favoriserait l'équité et pourrait s'inscrire dans le cadre de mesures d'action positive.

5. Il est recommandé d'inviter les familles à apporter aux soignants des échantillons de la musique qu'ils ont l'habitude d'écouter, ainsi que de les informer de la nourriture à laquelle les bénéficiaires sont habitués.

Les participants ont mentionné à plusieurs reprises le rôle central que joue la musique dans leur vie quotidienne. Les peuples africains ont toujours vécu dans un riche environnement sonore (Conyers, 2001 ; Panassée, 1944 ; Bebey, 1980 ; Reagon, 1992).

Dans les espaces médicalisés où ils sont soumis à des silences inhabituels ou des sons discordants, ces facteurs peuvent compromettre la guérison. Les participants ont aussi mentionné l'importance de la nourriture traditionnelle et de réconfort.

6. Il est en outre recommandé d'inclure dans la formation offerte aux soignants des moyens d'intégrer à leur protocole de soins la musique qui est familière aux patients.

L'expérience de certains participants révèle que les acquis des populations d'ascendance africaine sont souvent ignorés et parfois même considérés comme néfastes. Par exemple, les soignants ont tendance à ignorer ou à écarter les pratiques religieuses ou spirituelles qu'ils ne connaissent pas.

7. Il est recommandé que, pour les personnes d'ascendance africaine, l'on intègre à l'étape d'évaluation un inventaire obligatoire des acquis.

Un inventaire des acquis servirait au minimum à rappeler aux soignants que les pratiques et les rites religieux du Vodun/Vaudou sont, pour ceux qui les observent, des atouts et non des faiblesses dans la guérison. Ces acquis peuvent alors figurer parmi la panoplie des services offerts pour favoriser la réintégration de la vie culturelle et spirituelle des personnes d'ascendance africaine. Cette réflexion a conduit un des participants du groupe d'entretien à se demander quelles ressources thérapeutiques sont présentes dans notre ADN.

8. Il est recommandé d'assurer une formation approfondie des professionnels de la santé afin qu'ils soient en mesure de confronter et de corriger les préjugés et les idées reçues profondément ancrés dans l'imaginaire populaire contre les personnes d'ascendance africaine.

Certains informateurs clés et participants des groupes d'entretien ont fait remarquer que les cliniciens, qu'ils appartiennent ou non à la grande famille africaine, ont besoin d'outils pour les aider à gérer les contradictions dans la façon dont leur propre groupe socioéconomique, ethnique, culturel ou racial aborde les personnes d'ascendance africaine. Il a été suggéré par ailleurs que les cliniciens avaient besoin d'espace et de temps de réflexion et de remise en question de leur propre approche afin de reformuler et de recadrer certains aspects de leur pratique. Sans que la question leur soit posée, certains participants se sont demandé quel impact cela pouvait avoir sur le traitement quand des soignants – médecins, thérapeutes et autres – appartenaient à un autre groupe racial que le client. Des participants ont fait remarquer que les prestataires de soins de santé s'attendaient souvent à des expressions de gratitude de la part de la collectivité africaine

Annexe IV – Critères d’admissibilité à la session « *Think-Tank* » (Phase 1)

- Rappelons que le nombre total de participants est fixé à 40.
- Est admissible – en principe – toute personne qui, par sa trajectoire personnelle ou « professionnelle » a acquis des connaissances et/ou une expérience susceptible de contribuer à atteindre les objectifs de la Phase I tels que décrits dans le document « briefing notes » du 16 novembre 2005.
- Priorité sera accordée aux personnes qui ont mis sur pied des expériences de services préventifs ou curatifs qui tiennent compte de l’histoire, de la culture et de la situation politique des Afro-Canadiens.
- Des critères tels que :
 - avoir un intérêt pour la question
 - être détenteur de titres académiques
 - être descendant d’esclaves africains
 - ne seront pas déterminants.
- Un certain équilibre entre les sexes et les groupes d’âge sera recherché.
- Nous souhaitons la participation d’au moins deux personnes ayant vécu personnellement l’expérience des services psychosociaux, psychiatriques et/ou judiciaires.

Procédure :

- Les personnes qui pensent répondre à ces critères seront invitées à préparer un texte de deux pages décrivant la spécificité de leur contribution éventuelle.
- La décision finale d’acceptation ou de refus sera prise par un comité de trois personnes présidé par C. Sterlin.

Annexe V – Think-Tank du 27 au 29 septembre 2006

Programme et cadre de fonctionnement

Mercredi 27 septembre 2006
SOIRÉE

Bienvenue à Val-Morin
18h00 **Session d'ouverture**
20h00 *Souper*

Jeudi 28 septembre 2006
EN SOIRÉE

17h30 *Pause*
18h30 **Forum 6:** Intérêt de l'œuvre de Frantz Fanon pour l'élaboration d'un nouveau modèle
20h00 *Souper*

Jeudi 28 septembre 2006
MATINÉE

07h00 Petit déjeuner
08h30 **Forum 1:** Culture, langue et philosophie africaines et « santé mentale »
10h00 *Pause*
10h30 **Forum 2:** Impact de l'histoire sur les formes contemporaines de l'identité
12h00 *Lunch*

Vendredi 29 septembre 2006
MATINÉE

07h00 Petit déjeuner
08h30 **Forum 7:** Prévention: renforcer les défenses mentales des jeunes
10h15 *Pause*
10h45 **Forum 8:** Thérapies traditionnelles et thérapies « modernes »
12h15 *Lunch*

APRÈS-MIDI

13h30 **Forum 3:** Traumatismes et leur impact transgénérationnel
15h00 *Pause*
15h30 **Forum 4:** Le multiculturalisme en question: pathogène ?
16h30 **Forum 5:** L'inadéquation des services

APRÈS-MIDI

13h30 **Forum 9:** Structure et fonctionnement d'un modèle de soins adéquats
15h30 **Forum 10:** Agenda des futures tâches prioritaires
17h30 **Clôture**
Buffet léger

Cadre de fonctionnement pour mieux travailler ensemble

- 1) Se respecter les uns les autres. Présenter nos propres idées; appuyer les idées et expériences des autres participants.
- 2) Adhérer strictement aux décisions prises par les animatrices(eurs), mettre de l'avant nos forces et les joindre aux efforts des animatrices(eurs) pour atteindre les objectifs visés pour ce Think-Tank.
- 3) Écouter attentivement la personne qui parle.
- 4) Chercher à comprendre l'autre avant de s'attendre à être compris. Prendre la responsabilité de demander une clarification s'il y a quelque chose que vous ne comprenez pas.
- 5) Faire place à la différence tout en essayant d'établir un terrain d'entente. Accueillir la voix de l'autre comme étant égale à la notre.
- 6) Ponctualité : être à l'heure pour débiter et après les pauses.
- 7) Respecter les limites de temps établies en se concentrant sur le sujet abordé.

Annexe VI – Liste des participants et participantes

THINK TANK Val-Morin, Québec du 27 au 29 septembre 2006		Confirmé par le Comité du programme 30 sept. 2006
Nom et affiliation	Langue	Lieu d'origine
Akua Benjamin • Ph.D. • Université Ryerson	Angl.	Toronto
Antoine Dérose • Coordonnateur de projet • CAMH	Angl./Fr.	Toronto
Audley Coley • Danseuse ayant déjà obtenu des services psychiatriques	Angl.	Montréal
Baba Koumaré, M.D. • Psychiatre	Fr./Angl.	Mali
Billy Two Rivers • Aîné Mohawk	Angl.	Kahnawake
Carlo Sterlin, M.D. • Clinique psychiatrique transculturelle • Hôpital Jean-Talon	Fr./Angl.	Montréal
Caroline Knowles, Ph.D. • Professeure de sociologie		Angleterre
Cécile Rousseau, M.D. • Ethnothérapeute et pédopsychiatre • Hôpital de Montréal pour enfants	Fr./Angl.	Montréal
Clem Marshall • Consultant de projet, président du comité des groupes d'entretien • MangaCom Inc.	Engl./Fr.	Toronto
Clement Grant • Préposé à l'urgence	Angl.	Montréal
Dion Hodges • Agent de prévention des abus de drogue et d'alcool	Angl.	Halifax
Emil Kolompar • Vidéographe	Angl.	Toronto
Fatimah Jackson, M.A. • Représentante des jeunes	Angl.	Toronto
Florise Boyard, stagiaire M.A. • Représentante des jeunes, thérapeute en art dramatique	Fr./Angl.	Montréal
Frederick Hickling, M.D. • Psychiatre	Angl.	Jamaïque
George Rodriguez • Percussionniste	Fr.	Montréal
Gilles Bibeau, Ph.D. • Anthropologue • Université de Montréal	Fr./Angl.	Montréal
Hirut Eyob • Chef du caucus des jeunes	Angl./Fr.	Montréal, Canada
Jacques Newashish • Intervenant culturel auprès des jeunes	Fr.	Nation Atikamekw
James Homiak • Spécialiste rastafari • Smithsonian Museum	Angl.	Washington, DC
Jaswant Guzder, M.D. • Psychiatre, programme pour la famille et les adolescents • Hôpital général juif	Angl.	Montréal
Jean Pierre Muyard, M.D. • Psychiatre, psychanalyste et homéopathe	Fr.	Paris, France
Joël Des Rosiers, M.D. • Psychiatre, auteur	Fr./Angl.	Montréal
Joy DeGruy Leary, Ph.D. • Travailleuse sociale et conférencière	Angl.	Oregon, É.-U.
Karlton Robinson • Personne ayant obtenu des services psychiatriques	Angl./Fr.	Montréal

THINK TANK Val-Morin, Québec du 27 au 29 septembre 2006		Confirmé par le Comité du programme 30 sept. 2006
Kaye Johnson • Coordinatrice des droits de la personne et des relations transculturelles et raciales	Angl./Fr.	Halifax
Kwasi Kafele • Directeur de la diversité • CAMH	Angl.	Toronto
Laënnec Hurbon , Ph.D. • Anthropologue, professeur	Fr.	Haiti
Llewellyn Joseph , M.D. • Psychiatre	Angl.	Toronto
Louise Adongo , M.A. • Représentante des jeunes	Angl.	Halifax
Lucien Hounkpatin , M.D. • Ethnothérapeute, directeur • Centre G. Dévereux	Fr.	Paris, France
Miriam Rossi , M.D. • Médecin auprès des adolescents	Angl./Fr.	Toronto
Monique Dauphin • Aînée, intervenante communautaire et praticienne traditionnelle	Fr.	Montréal
Nadine Mondestin • Représentante auprès des jeunes et agente de soutien administratif	Fr./Angl.	Montréal
Pascale C. Annoual , M.A. • Art thérapeute, agente de communication	Fr./Angl.	Montréal
Sandy Miller , M. Serv. soc. • Étudiante ayant déjà obtenu des services psychiatriques	Angl.	Halifax
Sushrut Jadhav , M.D. • Psychiatre et directeur du Nafisat Centre	Angl.	Londres, R.-U.
Waleed Abdoul Hamid Kush • Batteur		Toronto
Wanda Bernard , Ph.D. • Directrice de l'école de service social • Université Dalhousie	Angl.	Halifax
Zab Mabougou , Ph.D. • Chorégraphe, professeure de philosophie	Fr./Angl.	Montréal
Zakaria Rhani , candidat au Ph.D. • Ethnologue, spécialistes des traditions curatives marocaines	Fr.	Maroc / Montréal

Annexe VII

Objectif I : Faire la preuve de l'inadéquation des services psychiatriques et psychosociaux présentement offerts aux Afro-Canadiens.

Patrick Cloos, M.D., M.Sc., Ph.D. (Candidat)
Janvier 2007

I. Mise en contexte : les *Noirs*²⁰ au Canada

Les Afro-Canadiens : un groupe d'importance démographique

Dans *Profil des communautés de 2001*,²¹ Statistique Canada (2002) identifie douze *minorités visibles* dont la population *noire*.²² Selon le recensement 2001, la population *noire* constitue le troisième *groupe minoritaire visible* au Canada, le premier à Montréal, le troisième à Toronto et le second à Halifax, composant respectivement 2,2 %, ²³ 4,1 %, 6,7 %, 3,7 % de l'ensemble de la population pour chacune des zones considérées.

En 2001, 47 % des *Noirs* vivaient à Toronto et 21 % à Montréal. Milan & Tran (2004) soulignent qu'au Canada, durant la période 1991-2001, la population *noire* s'est accrue de 31 % contre 10 % pour l'ensemble de la population canadienne et 58 % pour l'ensemble des *minorités visibles* ; qui plus est, en 2001, 45 % de la population *afro-canadienne* était née au Canada, et 10 % des *Noirs* était des Canadiens de troisième génération. Parmi les personnes de la population *noire* née hors du Canada, la plupart proviennent des Caraïbes. En ce qui concerne le Québec en 2001, 152,195 personnes se sont identifiées comme *Noir* ;²⁴ parmi celles-ci, plus de la moitié (59,1 %) a déclaré être née hors du Canada.²⁵

²⁰ Le terme *Noir* renvoie à une identité sociale (Appiah, 1996). Dans ce texte, l'idée de *Noir* (ou encore de *Blanc* voire d'*Asiatique*) réfère à des personnes qui sont socialement identifiées ou qui s'identifient comme tel. Les termes *Afro-Canadien* et *Afro-Américain* réfèrent aux *Noirs* qui résident respectivement au Canada et aux États-Unis. Ces termes sont marqués en italique pour insister sur leur flou conceptuel et sur leur connotation raciale. Globalement, l'enregistrement de la *race* ou de l'*ethnie* ne se fait pas de manière équivalente dans les institutions fédérales et provinciales canadiennes. Au niveau fédéral, Statistique Canada recense la population canadienne en fonction de la *racel'ethnicité*. Sur la base des données provinciales, il est par contre difficile d'obtenir un tableau précis de la proportion des minorités visibles, notamment des *Noirs*, dans les services correctionnels et dans les centres jeunesse, et de leur état de santé par rapport au reste de la population canadienne ; par exemple, aucune donnée relative aux résultats de santé en fonction de la *racel'ethnicité* n'est publiée sur le site de l'*Agence de la santé et des services sociaux du Québec*.

²¹ Statistique Canada. 2002. *Profil des communautés de 2001*.
<<http://www12.statcan.ca/english/Profil01/CP01/Index.cfm?Lang=F>>

²² Selon Statistique Canada, tels que définis par la Loi sur l'équité en matière d'emploi (1986), les membres des minorités visibles sont des personnes (autres que les Autochtones) qui n'appartiennent pas à la race caucasienne ou à la race blanche. Source : <http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/01103/defin4_f.htm#85>

²³ Cette proportion correspond à 662 000 individus ; la population noire pourrait atteindre 1 000 000 de personnes d'ici 10 ans. Source : <<http://www.statcan.ca/Daily/Francais/050322/q050322b.htm>>

²⁴ Au Québec en 2001, 91,5 % de la population noire résidait dans la région métropolitaine de recensement de Montréal. Source : <<http://www.micc.gouv.qc.ca/fr/recherches-statistiques/stats-recensement.html>>

²⁵ En 2001, Haïti était le pays de naissance de 47 845 personnes de la population immigrante québécoise. L'immigrant est défini ici comme une personne née hors du Canada ou dont les parents sont nés hors du Canada. Source : <<http://www.micc.gouv.qc.ca/fr/recherches-statistiques/stats-recensement.html>>

Milan & Tran (2004) notent également que la population *afro-canadienne* est jeune comparativement à l'ensemble de la population canadienne : 30 % est âgée de moins de 15 ans et 17 % a entre 15 et 24 ans contre respectivement 19 % et 13 % pour l'ensemble de la population canadienne.

Les Afro-Canadiens : un groupe désavantagé sur le plan socioéconomique

Ce faisant, plusieurs indicateurs donnent à penser qu'au Canada, beaucoup de *Noirs* sont particulièrement désavantagés sur le plan socioéconomique. En 2001, 46 % des enfants *noirs* vivaient dans une famille monoparentale et 44 % vivaient dans des ménages à faible revenu, contre respectivement 18 % et 19 % pour l'ensemble de la population canadienne (Milan & Tran, 2004). Selon la *Ligue des Noirs* (1996), le taux de chômage était plus élevé chez les *Noirs* que chez les autres groupes ethniques au Québec, et ce malgré un taux élevé de scolarité. Ce constat est en accord avec celui du ministère québécois de l'Immigration et des Communautés culturelles (2005) qui indique que, selon les chiffres du Recensement 2001 de Statistique Canada, les *Noirs* ont un taux de chômage plus élevé et un revenu moyen plus bas que l'ensemble de la population québécoise (respectivement 17,1 % contre 8,2 % et 19 451 \$ contre 27 125 \$). Milan et Tran (2004) notent quant à eux qu'en 2001, comparé à l'ensemble des Canadiens nés au Canada, les *Noirs* nés au Canada avaient un niveau de scolarité comparable ; par contre, chez les *Noirs*, le taux d'emploi était inférieur (76 % contre 81 %), le taux de chômage était supérieur (7,9 % contre 6 %) et le revenu d'emploi moyen était de 20 % inférieur. Les auteurs notent également que si, par rapport à 1991, le taux de chômage a reculé chez les *Noirs* nés au Canada, ceux-ci n'ont pas connu une hausse salariale comparable à l'ensemble des Canadiens nés au pays. Cette situation est encore plus vraie pour les *Noirs* nés à l'étranger dans la mesure où ces derniers ont connu une baisse salariale d'environ 5 % pour la période 1991-2001, comparativement à une baisse de 1 % pour l'ensemble des Canadiens nés à l'étranger.

II. La réponse des services publics à la diversité culturelle : une question d'adéquation pour une meilleure intégration et pour une meilleure santé

Beaulieu (1987) constate qu'au Québec les interventions auprès des différents groupes *ethniques* exigent des ressources importantes et qu'elles nécessitent une formation adaptée des intervenants pour faire face à la demande. Comme le rappellent Bourque et al. (1997), chaque année, plusieurs dizaines de milliers de nouveaux immigrants s'installent à Montréal.²⁶ La diversité culturelle de la clientèle rend les besoins de la population québécoise plus variés ; pour les institutions de la société d'accueil, cette situation représente un véritable défi auquel il faut répondre, en accord avec les principes d'équité et du droit des personnes à bénéficier des services publics. Il faut donc s'adapter à cette demande grandissante afin de faciliter l'intégration de tous les citoyens, au risque de provoquer leur exclusion et leur marginalisation subséquente. En effet, suite à des recherches ciblant la population des Centres jeunesse québécois, il apparaît que le risque pour les jeunes de s'adonner à des activités liées aux gangs de rue est notamment lié à l'absence de contact avec les institutions publiques, en plus de facteurs tels que l'immigration et la pauvreté (Hamel et al., 1998). Perreault et Bibeau (2003) observent quant à eux que certains jeunes se tournent vers les gangs dans l'espoir de résoudre des problèmes tels que l'exclusion sociale.

Désy et al. (2005) reconnaissent que dans un contexte pluriethnique tel que celui de Montréal, l'adéquation des services réfère à leur capacité de s'ajuster à la demande, c'est-à-dire à la spécificité et aux besoins de la clientèle. Ces derniers indiquent que plusieurs facteurs rendent l'accès des services aux

²⁶ En 2001, la proportion de la population immigrante dans la population canadienne était de 18,4 %, et de 10 % dans la population québécoise; 13 % de la population immigrante canadienne résidait au Québec. Source : <http://www.micc.gouv.qc.ca/fr/recherches-statistiques/stats-recensement.html>

immigrants plus difficile et l'intervention plus complexe, et le coût de ces interventions plus élevé.²⁷ Parmi ces facteurs, les auteurs citent la langue, les différences culturelles entre les intervenants et les bénéficiaires (par exemple les croyances, les valeurs, les pratiques), le manque de connaissances des services (manque d'information, perception erronée du rôle des intervenants, méfiance à l'égard des services), et les facteurs liés à l'immigration et au nouvel environnement (précarité socioéconomique, conflits au sein de la famille, expériences de racisme). Force est donc de constater que les services tendent de s'adapter en fonction des besoins ressentis par les institutions publiques ; mais qu'en est-il de la perspective des personnes et des communautés à qui sont censés s'adresser ces services ? Peu d'études se sont penchées sur les besoins spécifiques de la communauté *afro-canadienne* qui représente pourtant, comme nous l'avons vu, une communauté importante à la fois au Canada et dans la province québécoise.

Le racisme : une barrière à l'intégration sociale et un facteur délétère pour la santé

Contrairement aux États-Unis, la question de la discrimination institutionnelle à l'égard des minorités reste très peu documentée, même si cette situation a quelque peu évolué, notamment depuis la création en 1992 d'une commission d'enquête sur le racisme dans le système judiciaire ontarien (Wortley, 1996). À Montréal, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et le Ministère de la Famille et de l'Enfance (1999) reconnaissent que l'identification *ethnique/ raciale* limite l'accès au logement et à l'emploi. Pour sa part, Cognet (2002) note que le racisme est présent dans les services de santé montréalais aussi bien dans la pratique (relation malade-médecin) que dans le milieu professionnel (accès limité à certains postes). Cette tendance est confirmée par Drudi (1997) qui indique que les *Noirs*, notamment au Québec, sont non seulement l'objet d'une discrimination sur le marché de l'emploi, et ce malgré leur compétence, mais également lors de leur intégration dans le milieu professionnel. Kaspar et Noh, qui suggèrent que la perception de la discrimination varie d'un groupe à l'autre, précisent que les *Noirs du Canada ont fait le plus souvent l'objet de discrimination et de traitements partiels, en général sous leurs formes d'expression les plus directes*.²⁸ Lors d'une enquête menée auprès de la communauté haïtienne québécoise, Clarkson et Eustache (1997) font plusieurs constats, dont le mépris des modes d'expression haïtiens de la part des cliniciens et leur racisme à l'égard de cette communauté.

*BC Partners for Mental Health and Addiction Information*²⁹ confirme que le racisme est une réalité quotidienne pour les minorités visibles et que ce phénomène a des conséquences sur la santé mentale. Qui plus est, plusieurs auteurs notent l'effet délétère de la discrimination raciale sur la santé en général (Kaspar et Noh, 2001 ; Krieger, 2000 ; 2003 ; Spitzer, 2005 ; U.S. Department of Health and Human Services, 2001) ; il est suggéré que le racisme joue le rôle de stresser chronique (Agence de santé publique du Canada, 2002 ; Kaspar et Noh, 2001 ; Spitzer, 2005) qui affecte – directement ou indirectement - la santé notamment par l'entremise de l'exclusion sociale qui limite l'accès aux biens et aux services (Agence de santé publique du Canada, 2002 ; Jones, 2001 ; Spitzer, 2005 ; OMS, 2003).

Intégration et santé des Afro-Canadiens : une question de priorité au Québec ?

Le *Rapport du Groupe de travail sur la pleine participation à la société québécoise des communautés noires* (2006) a récemment recommandé de lutter contre le racisme ; d'améliorer l'accès à l'emploi des personnes des minorités visibles et d'assurer une meilleure représentativité de ces personnes dans des postes à responsabilité, dans la fonction publique, dans les milieux scolaires et parmi les élus ; et d'offrir un meilleur soutien aux familles et aux jeunes. Notons que des problèmes comme le décrochage scolaire

²⁷ Désy et al. (2005) estiment que, pour les centres jeunesse montréalais, les coûts supplémentaires annuels, liés aux spécificités des interventions auprès de la clientèle immigrante, s'élèvent à environ 10 000 000 \$.

²⁸ Kaspar et Noh, 2001, p.11

²⁹ The Primer – Mai 2003, www.heretohelp.bc.ca

des jeunes *Noirs* et leur surreprésentation dans le système judiciaire ont été identifiés et ont été suivis de recommandations visant à *améliorer l'image des Noirs dans la société* et à élaborer des modèles portant sur la réussite scolaire. Ce rapport suggère également de mieux informer les personnes anglophones en ce qui concerne la disponibilité des services sociaux et de santé en anglais. Si la classe politique québécoise a pris conscience de l'importance de mettre en place des stratégies pour favoriser l'intégration sociale des *Noirs*, signalons toutefois que ni l'association des CLSC et des CHSLD du Québec (2004) ni le ministère de la Santé et des Services sociaux (2004) n'ont identifié dans leur rapport respectif des besoins spécifiques en termes de services de santé mentale pour les *Noirs*.

Santé mentale des Noirs et services de santé

La *Direction de la santé publique de Montréal-Centre* (2001) indique qu'il existe une relation inverse entre le niveau de pauvreté et l'état de santé, ceci étant également vrai pour les troubles mentaux.

Aux États-Unis, la situation de précarité, qui touche beaucoup d'*Afro-Américains* (sans-abri, incarcération, pauvreté), représente une barrière à l'accès aux soins de santé mentale ; qui plus est, cette situation placerait beaucoup d'*Afro-Américains* dans un cycle d'hospitalisation-décharge-réadmission (Snowden, 2001). En effet, non seulement les *Noirs* sont surreprésentés dans les institutions psychiatriques, mais ces patients sont également plus souvent institutionnalisés de manière involontaire (Lindsey et al., 1989). Snowden (2001) rajoute que les *Afro-américains* ont plus de probabilité que les autres de quitter prématurément les programmes de santé mentale, de recevoir des soins d'urgence, et de suivre un traitement de manière coercitive ou qui implique le système légal.

Comme nous l'avons vu précédemment, la situation socioéconomique semble également être précaire pour beaucoup d'*Afro-Canadiens*. Par ailleurs, il existe certaines indications en faveur d'une surreprésentation des *Noirs* dans certains services imposés au Québec : 6,5 % des patients en cure fermée (garde en établissement) et 27,2 % des patients référés par le Tribunal administratif du Québec ont été identifiés *Noirs*.³⁰ Qui plus est, Jarvis et al. (2005), ayant étudié les admissions en service des urgences d'un hôpital montréalais, constatent que, parmi les patients admis pour psychose, les patients *afro-canadiens* sont plus souvent référés par la police ou amenés en ambulance que les autres patients. Les auteurs indiquent que, bien que les raisons de ce constat ne soient pas claires, cette situation pourrait résulter de barrières à l'accès aux services de psychiatrie, situation qui pousserait les patients *afro-canadiens* à retarder l'utilisation des services de santé mentale. Ce dernier constat est confirmé par *BC Partners for Mental Health and Addiction Information* qui suggère que les services de santé mentale ne sont culturellement pas adaptés aux minorités visibles.³¹ En effet, Whitley et al. (2006) - qui notent une disparité en ce qui concerne l'utilisation des services de santé mentale entre les immigrants et les personnes nées au Canada - ont exploré les raisons pour lesquelles des immigrants originaires des Caraïbes anglophones résidant à Montréal étaient réticents à utiliser ces services. Il s'avère que les attitudes de ces personnes envers les services de santé mentale sont modelées par leurs expériences des services de soins de santé en général. Ces participants semblent réticents à utiliser des services qui ne répondent pas à leurs besoins : ils ont la perception que ces services sont axés sur la médicalisation plutôt que sur la qualité de l'interaction médecin-patient (durée des entrevues trop brève ; attitude hostile de la part du médecin ; l'accent n'est pas mis sur la compréhension du problème ; peu de place allouée aux questionnements du patient).

³⁰ Ces informations proviennent d'un service psychiatrique d'un hôpital situé dans l'arrondissement Côte-des-Neiges/Notre-Dame-de-Grâce, où il est estimé que 13,3 % de la population noire québécoise réside (environ 15 000 personnes. Source : Statistique Canada – Recensement 2001) ; la population noire représente environ 11 % de la population totale de cet arrondissement qui s'élève à 171,395 (Source : site Internet ville.montreal.qc.ca). Ces chiffres reflètent les tendances des années 2003 à 2006 inclusivement ; ils ont été obtenus à partir des listes des patients hospitalisés en cure fermée et des patients référés par le Tribunal administratif du Québec. Les patients ont été identifiés Noir par un membre du personnel administratif et du corps médical de ce département psychiatrique (janvier 2007).

³¹ The Primer – Mai 2003, www.heretohelp.bc.ca

Services de protection de la jeunesse

L'enregistrement des données relatives à l'origine ethnique des usagers des centres jeunesse du Québec n'est pas encore, à ce jour, systématique.³²

Ceci étant, Drudi (1997) observe qu'en 1996, parmi les 826 usagers du *Centre Jeunesse de Montréal* (CJM) nés hors du Canada et qui ont identifié leur pays de naissance, 378 étaient originaires de Haïti, ce qui les place loin devant les autres usagers nés hors de Canada. Selon l'auteur, la discrimination à l'égard des *Noirs* pourrait expliquer leur surreprésentation dans les centres de réadaptation.

Bernard (2001) indique également que les jeunes *Noirs* sont surreprésentés dans le système de protection de la jeunesse. Selon les conclusions de l'étude menée par ce dernier, les jeunes haïtiens sont proportionnellement plus nombreux à être signalés au système de protection de la jeunesse que leurs congénères québécois,³³ et les cas de signalement retenus pour les premiers sont plus souvent estimés *urgents* (22 % pour les Haïtiens contre 15,8 % pour les Québécois) ; par ailleurs, les jeunes haïtiens sont plus souvent l'objet d'un placement que les jeunes québécois (65 % contre 50 %) et sont moins souvent maintenus dans leur famille (35 % contre 50 % pour les Québécois). Qui plus est, les cas de jeunes haïtiens non retenus sont plus fréquemment référés à d'autres services sociaux que les Québécois, et la judiciarisation des jeunes haïtiens dans le système de protection de la jeunesse est plus importante que pour les jeunes québécois (68 % contre 52 %).

Sur la base du document de Désy et al. (2005), on peut estimer qu'environ 25 % de la clientèle des Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw, dont l'origine ethnique a été déclarée, était *afro-canadienne* ;³⁴ en ce qui concerne le CJM, environ 30 % des parents des jeunes usagers qui sont nés hors du Canada, le sont dans un pays africain ou dans les Caraïbes.³⁵

Bernard (2001) estime que la situation sociale (monoparentalité) et économique (pauvreté) de beaucoup de jeunes haïtiens les disqualifie souvent auprès des services de protection de la jeunesse pour la mise en place de services (volontaires) de support familial. Pour leur part, dans leur étude auprès des intervenants des centres de jeunesse montréalais, Désy et al. (2005) indiquent que la nature des interactions entre les intervenants et les familles immigrantes influence les décisions des premiers à l'encontre des secondes, à savoir, par exemple, la mise en place ou non de mesures volontaires ; qui plus est, il apparaît qu'une proportion non négligeable des intervenants (41,1 % au CJM contre 30,8 % aux CJFB) pensent que *leurs outils d'évaluation* [sont] *inadaptés à la clientèle immigrante*.³⁶

³² Il s'avère toutefois que cette pratique est en passe de devenir, à compter de 2007.

³³ Les cas de signalement des jeunes haïtiens sont plus souvent le fait d'intervenants sociaux et d'enseignants, au contraire des jeunes québécois dont le cas est plus souvent signalé par un membre de la famille (Bernard, 2001). Il faut toutefois noter qu'un projet-pilote est en cours à Montréal afin de prévenir les signalements des jeunes noirs ; d'autre part, les Centres Batshaw collaborent avec le Centre des ressources de la communauté noire en vue d'améliorer les services (Les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw, Rapport annuel 2005-2006).

³⁴ 332 sur un total de 1 335. Ce chiffre résulte de l'addition des catégories Autres Africains (8), Autres Antillais (2), Autres Caraïbes (10), Autres Noirs (15), Haïtiens (1), Jamaïcains (26), Noirs Africains (4), Noirs Américains (65), Noirs Antillais (105), Noirs Canadiens (96). Voir Désy et al. (2005), annexe 3, p.38.

³⁵ 531 sur 1 583 des parents de jeunes usagers des CJM sont nés en Haïti (458), en Afrique centrale (46), en Afrique occidentale (12), en Somalie (7), au Nigeria (3), aux Antilles (2), au Ghana (2) et en Afrique australe (1). Notons que cette proportion sous-estime la proportion des Noirs, sachant qu'elle ne tient pas compte des parents nés, par exemple, en Europe, en Amérique centrale voire en Amérique du Sud (Désy et al., annexe 3, p. 39).

³⁶ Désy et al., p. 26, 2005

Justice et criminalité

Les statistiques juridiques canadiennes ne sont pas présentées en fonction de la *race/ethnicité*, comme on peut le constater sur le site *Juristat*.³⁷ De leur côté, Roberts et Doob (1997) signalent que les données relatives à cette catégorie sociodémographique ne sont pas toujours disponibles dans les systèmes carcéraux provinciaux.³⁸ Le système correctionnel ontarien, par exemple, collecte les données relativement à l'*ethnicité* des prisonniers, mais ces informations ne sont pas toujours publiées. Dans d'autres provinces, comme c'est le cas du Québec, les données correctionnelles sont enregistrées en fonction des catégories « Autochtones », « non Autochtones », « Francophones » et « Anglophones ». Pour sa part, Bernard (2001) constate que les études du système de justice québécois qui se sont consacrées aux différents traitements en fonction de la *race/ethnicité* sont plutôt rares.

Ceci étant, à partir d'un sondage mené en 1994 parmi les membres des communautés *asiatiques*, *blanches* et *noires* de Toronto, Worthing (1996) indique que les *Afro-Canadiens* ont la perception d'être la cible de plus de mesures discriminatoires de la part du système judiciaire que ne le perçoivent les autres, et que ce sentiment d'injustice est corrélé au nombre de contacts que les personnes ont avec la police et les tribunaux.

Pour leur part, Roberts et Doob (1997) signalent que les *Noirs* sont surreprésentés dans les institutions correctionnelles canadiennes;³⁹ situation qui pourrait être due, en partie tout au moins, au traitement discriminatoire dont ils font l'objet à certains stades de la procédure judiciaire.⁴⁰ En 1994, les *Noirs* représentaient 5 % de la population carcérale fédérale, alors qu'ils ne comptaient, à l'époque, que pour 2 % de la population canadienne.⁴¹ Selon les chiffres provenant des admissions dans le système carcéral ontarien, il apparaît que, au début des années 1990, le taux d'admission des hommes *noirs* était environ cinq fois supérieur à celui de leurs homologues *blancs*, et un peu moins du double de leurs homologues *autochtones* (Roberts et Doob, 1997).

III. Conclusions

Ce travail nous permet de faire plusieurs constats : d'abord, le fait de l'importance démographique de la population *noire* au Canada et au Québec. Par ailleurs, plusieurs indicateurs socioéconomiques montrent que la précarité semble toucher une bonne partie de la communauté *afro-canadienne*, communauté qui subit également les effets corrosifs de la discrimination ; ces deux facteurs ayant, en accord avec les connaissances actuelles, des effets délétères directs et indirects sur la santé, notamment sur la santé mentale.

³⁷ Adresse du site Internet de Statistique Canada Juristat : <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/dsp-psd/Pilot/Statcan/85-002-XIF/85-002-XIF.html>

³⁸ Roberts et Doob (1997) notent que ces débats ont notamment porté sur le danger que ce type de données pourrait avoir en stigmatisant les individus, en fonction de leur identité raciale. D'autre part, les auteurs insistent sur l'hétérogénéité des immigrants noirs au Canada, notamment anglophones ou francophones, ou encore caribéens ou africains.

³⁹ Les auteurs notent que cette disproportion varie selon les endroits.

⁴⁰ Les auteurs pensent que c'est au point de contact avec la police que la discrimination prendrait le plus d'ampleur, comme le laissent supposer les périodes de détention provisoire plus longues que subissent les Noirs. Citant le rapport de la Commission on Systemic Racism in the Ontario Criminal Justice System, Roberts et Doob insistent également sur le racisme qui prévaut dans les prisons ontariennes.

⁴¹ Les personnes qui sont condamnées à moins de deux ans sont emprisonnées dans des prisons provinciales, et à plus de deux ans, dans des pénitenciers fédéraux (Roberts et Doob, 1997).

D'autre part, les informations disponibles semblent montrer que les *Noirs* au Canada sont surreprésentés dans les services imposés – les centres de protection de la jeunesse et le milieu carcéral – situation qui résulterait notamment de facteurs discriminatoires. En ce qui concerne le milieu psychiatrique, les données américaines sont claires : les *Afro-Américains* sont surreprésentés dans les milieux institutionnels psychiatriques, présence qui est souvent imposée. Selon les données que nous possédons, il semble que les *Afro-Canadiens* soient également surreprésentés dans certains services psychiatriques. Enfin, plusieurs auteurs indiquent que des facteurs culturels se dressent entre les intervenants et les bénéficiaires des services et que ceux-ci contribuent à leur inadéquation. Inadéquation qui résulterait également de la situation socioéconomique précaire qui touche une bonne partie de la communauté *afro-canadienne*.

Ouvrages consultés

- Association des CLSC et des CHSLD du Québec. *Services de première ligne en santé mentale*, 2004.
- Battaglini, A., E. Alvarado, L.-R. Poirier, M. Caulet. *Les services de première ligne et les populations immigrantes, projet pilote: synthèse*, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Direction de santé publique de Montréal, 2005.
- Beaulieu, M. *Le criminologue québécois et l'intervention auprès des groupes ethniques*, thèse de maîtrise en criminologie, Université de Montréal, 1987.
- Bernard, L. *Les trajectoires des jeunes d'origine haïtienne dans le système québécois de protection de la jeunesse*, thèse de doctorat en sciences humaines appliquées, Université de Montréal, 2001.
- Bourque, R., et G. Drudi. *Les Services à la clientèle ethnoculturelle: pistes de réflexion et d'intervention*. Guide de formation et outil de référence, Direction des politiques et des programmes en relations interculturelles, 1997.
- Clarkson, M., et R. Eustache. *La santé c'est la richesse; Enquête Santé Québec auprès de la communauté haïtienne: rapport de la phase 1*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 1997.
- Cognet, M. « De l'inégalité structurelle au racisme ordinaire dans l'univers des services de santé », *Le racisme au quotidien*, ouvrage coordonné par Alix Laurent et réalisé dans le cadre de la semaine d'actions contre le racisme, Montréal, Images Interculturelles, 2002, p. 24-28.
- Désy, M., A. Battaglini, R. Bastien. *Mesure de l'intensité nécessaire à l'intervention auprès des jeunes immigrants et leur famille : Centre jeunesse de Montréal et Centre de la jeunesse et de la famille Batshaw*, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Direction de santé publique de Montréal, 2005.
- Drudi, G. « Choc discriminatoire et les jeunes issus des communautés noires : barrières à l'emploi et surreprésentation dans les services sociaux », *Défi jeunesse*, vol. 3, n° 3, 1997.
<<http://www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/publications/default.htm>>
- Hamel, S., C. Fredette, M.F. Blais, J. Bertot. *Jeunesse et Gangs de rue. Phase 11 : Résultats de la recherche-terrain et proposition d'un plan stratégique quinquennal*, rapport de recherche, Montréal, IRDS et Institut universitaire dans le domaine de la violence chez les jeunes, Centre jeunesse de Montréal, 1998.
- Henry, F., C. Tator, W. Mattis, T. Rees. *The colour of democracy : Racism in Canadian Society* (2^e édition), Canada, Harcourt Brace, 2000.

- Jarvis, G.E., L.J. Kirmayer, K.J. Jarvis, R. Withley. « The role of Afro-Canadian status in police or ambulance referral to emergency psychiatric services », *Psychiatric Services*, vol. 56, n° 6, 2005, p. 705-709.
- Jones, C.P. « Invited Commentary : "Race", Racism, and the Practice of Epidemiology », *American Journal of Epidemiology*, vol. 154, n° 4, 2001, p. 299-304.
- Kaspar, V., et S. Noh. Travail commandé par le ministère du Patrimoine canadien pour le séminaire d'identité et de diversité ethnoculturelles, raciales, religieuses et linguistiques, Halifax, Nouvelle-Écosse, 2001.
- Krieger, N. « Does Racism Harm Health ? Did Child Abuse Exist Before 1962 ? On Explicit Questions, Critical Science, and Current Controversies : An Ecosocial Perspective », *American Journal of Public Health*, vol. 93, n° 2, 2003, p. 194-99.
- Lindsey, K.P., G.L. Paul, M.J. Mariotto. « Urban Psychiatric Commitments : Disability and Dangerous Behavior of Black and White Recent Admissions », *Hosp Community Psychiatry*, n° 40, 1989, p. 286-294.
- Milan, A., et Tran, K. « Les Noirs au Canada : une longue tradition », *Tendances sociales canadiennes*, Statistique Canada, 2004. <<http://www.statcan.ca/Daily/Francais/040309/e040309a.htm>>
- Ministère de la santé et des services sociaux. *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, 2004. <www.mssss.gouv.qc.ca >
- Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, Gouvernement du Québec. *Rapport du Groupe de travail sur la pleine participation à la société québécoise des communautés noires*, 2006.
- Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, Gouvernement du Québec. *Portrait statistique de la population noire recensée au Québec-2001*, 2005. <<http://www.quebecinterculturel.gouv.qc.ca/fr/diversite-ethnoculturelle/stats-groupes-ethno.html>>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et Ministère de la Famille et de l'Enfance. *Avec les familles immigrantes, guide d'intervention*, 1999.
- Organisation mondiale de la santé. *Les déterminants sociaux de la santé. Les faits (2^e édition)*, sous la direction de R. Wilkinson et M. Marmot, OMS, 2003.
- Perrault, M., et G. Bibeau. *La Gang: une chimère à apprivoiser. Marginalité et transnationalité chez les jeunes Québécois d'origine afro-antillaise*, Montréal, Boréal, 2003.
- Roberts, J., et A. Doob. « Race, Ethnicity, and Criminal Justice in Canada », *Crime & Justice*, n° 21, 1997, p. 469-522.
- Snowden, L.R. « Barriers to Effective Mental Health Services for African Americans », *Mental Health Services Research*, vol. 3, n° 4, 2001, p. 181-187.
- Spitzer, D.L. « Engendering Health Disparities », *Canadian Journal of Public Health*, n° 96 (supplément 2), 2005.
- Statistique Canada. *Profils des communautés de 2001*, 2002. <http://www12.statcan.ca/english/Profil01/CP01/Index.cfm?Lang=F> (consulté le 30 novembre 2005).

U.S. Department of Health and Human Services. *Mental health : Culture, race, and ethnicity – A supplement to mental health : A report of the Surgeon General*, 2001.
<<http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/cre/sma-01-3613.pdf> >

Whitley, R., L.J. Kirmayer, D. Groleau. « Understanding Immigrants' Reluctance to Use Mental Health Services : A Qualitative Study From Montreal », *The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 51, n° 4, 2006, p. 205-209.

Wortley, S. « Justice for all ? Race and perceptions of bias in the Ontario criminal justice system – a Toronto survey », *Canadian Journal of Criminology*, vol. 38, n° 4, 1996, p. 439-67.

Extraits de *Historical Context: The Legacy of Racism in Canada*⁴²

(...) The enslavement of Africans, racial segregation and discrimination are also part of Canada's history. Black slavery was actively practiced in Canada. Between 1628 and the early 1800s, approximately 3000 people of African origin came to Canada and most were held as slaves. In 1793, the Parliament of Upper Canada (now Ontario) under Lieutenant Governor John Graves Simcoe passed an *An Act to prevent the further introduction of Slaves, and to limit the term of contracts for Servitude within this Province, the first act to limit slavery in the British Empire. Ontario became a destination for those fleeing slavery in the United States via the "underground railroad". In 1833 the British Parliament's Emancipation Act* abolished slavery in all parts of the Empire, including Ontario, but its legacy remained. Prejudice and discrimination would still constrict the opportunities of most Canadians of African ancestry.

African Canadians were excluded from schools, churches, restaurants, hospitals and public transportation. They were restricted to menial, low-paying and exhausting labour. Many African Canadians lived in segregated communities in Nova Scotia, New Brunswick and Ontario. In addition, residential segregation was perpetuated through racially restrictive covenants attached to deeds and leases. The Ontario legislature established segregated schools, and legal challenges to these failed. The legislation remained on books as late as 1964.

Prior to human rights statutes, court challenges to address racial discrimination were largely unsuccessful. In 1939, the Supreme Court of Canada rejected a lawsuit for humiliation brought by Fred Christie, a Black man who was refused service by a Montreal tavern. The Court declined to comment on the racial discrimination, instead concluding that freedom of commerce allowed a merchant to deal with the public in any way he may choose.

⁴² Commission ontarienne des droits de la personne, http://www.ohrc.on.ca/english/publications/racism-and-racial-discrimination-policy_1.shtml#_ednref8

Annexe VIII

Quels sont les outils de prévention possibles face aux conséquences psychologiques et sociales des traumatismes transgénérationnels liés à l'esclavage et à la colonisation ?

D^r Jean Pierre Muyard
jeanpimuyard@hotmail.com

Entre la mère de couleur inquiète d'attendre un bébé dans une communauté d'origine afro-antillaise subissant le racisme et l'adolescent noir qui n'a comme lieu d'initiation que la rue ou plus souvent les gangs de rue... le lien est simple : aucune institution médico-sociale n'accueille de manière adéquate les enfants à risque issus de ces communautés.

Les exilés politiques et les émigrants des pays colonisés, marqués par l'esclavage ou des génocides arrivent au Canada dans un contexte de « survie » matérielle (pauvreté ...précarité...) ou « citoyenne » (exclus des minorités politiques des régimes autoritaires ou liberticides). Ils vivent dans une insécurité existentielle profonde renforcée par la barrière de langue et la pauvreté et souvent coupés de leur culture d'origine seule susceptible de donner **du sens** à leur condition d'être humain, aux souffrances surgies dans leur destin et à leur rapport à la vie et à la mort.

Or, ils sont, dès leur arrivée, contraints de s'adapter tant bien que mal à un autre système (symbolique... occidental) qui se présente comme celui de l'opulence, de la liberté et de la compétition ... inaccessible, incompréhensible voire hostile.

Comment passer de la contrainte à un accueil qui prenne en compte les blessures des histoires personnelles ou collectives, les représentations mentales, les valeurs culturelles et religieuses de ces populations qui ont souvent perdu leurs repères de sécurité dans leur vie quotidienne.

De la qualité de cet ACCUEIL va dépendre en grande partie le devenir **de la santé mentale des enfants** de ces communautés et c'est à ce niveau qu'il faut mettre en place des outils de prévention.

L'ACCUEIL DU NOUVEL ENFANT, CARREFOUR D'UNE HISTOIRE TRANSGÉNÉRATIONNELLE ET D'UNE AUTRE VIE EN DEVENIR

Tous les travaux cliniques sur la petite enfance ont établi que le contexte de l'arrivée au monde et de la petite enfance est déterminant pour le devenir du « petit de l'homme » qui débarque dans un état d'impuissance et de dépendance totale à son environnement. Cette réalité naturelle spécifiquement humaine (l'accès à l'autonomie dans les espèces animales est beaucoup plus rapide) implique l'établissement d'un climat de sécurité matérielle et affective compensatoire de ce que vit le bébé dans son incapacité d'assurer sa survie.

Mais cette insécurité « naturelle » peut être aggravée par le contexte de la grossesse et l'état psychoémotionnel de la future mère.

Ces mères originaires d'Afrique ou des Caraïbes sont non seulement porteuses de leur difficulté de s'adapter au nouveau pays mais aussi et surtout d'une histoire personnelle et transgénérationnelle traversée par des traumatismes liés aux conditions de vie des ancêtres exploités, humiliés, abusés... réifiés quand ils étaient esclaves.

Cette mémoire... ces mémoires sont toujours là et le plus souvent transmises inconsciemment à chaque nouvelle naissance... Le vécu de la grossesse qui met en jeu la transmission de la vie pour un être nouveau réactualise aussi les menaces à cette vie ...

C'est pourquoi s'est développé dans la préparation des mères à l'accouchement l'usage d'outils qui visent à faire l'inventaire des traumatismes subis sur les trois ou quatre générations précédentes afin d'évaluer l'éventuel impact de ceux-ci sur le vécu émotionnel de la future mère et que celle-ci ne projette pas sur son bébé des angoisses liées à des drames passés.

PROPOSITION 1

Organiser toutes les deux semaines des groupes de paroles de mères enceintes à partir de 5 mois de grossesse et jusqu'à l'accouchement. Il serait demandé à chaque future mère de faire un arbre généalogique sur trois générations et de noter les événements traumatisants dont elles se souviennent. Il leur est proposé de demander à leurs aïeux encore vivants des récits des traumatismes qu'ils ont pu vivre... Tentative de lever les inhibitions ou les secrets non transmis par honte, colère intériorisée ou tabous.

Ces évocations personnelles pourraient être accompagnées de récits sous forme de contes ou de jeux de rôle permettant de mettre en mots, gestes et musique le vécu des ancêtres esclaves ou colonisés ... Il est établi que la réactualisation des événements traumatisants passés médiatisée par des psychologues ou des thérapeutes a un effet de cicatrisation des blessures et de libération des traces mémorisées.

Il s'agit que **la place de l'enfant à venir** soit le plus possible dégagée d'un devenir hanté par les destins tragiques du passé.

Annexe IX – Sommaire : Évaluation de l'efficacité clinique des formulations culturelles dans une unité de soins intensifs psychiatriques

Enquêteur principal : Sushrut Jadhav, Collège universitaire de Londres

Début de l'étude : mars 2006 pour une durée de 18 mois

Financée par le ministère de la Santé

Lieu de l'étude : unité de soins intensifs psychiatriques Mornington, hôpital St. Pancras, Londres, Angleterre

Des publications du ministère de la Santé du Royaume-Uni, de nombreuses enquêtes indépendantes et des recherches dans le domaine de la psychiatrie légale britannique ont toutes recommandé de favoriser un accès, des expériences et des attentes identiques pour les clients des services de santé mentale qui sont noirs ou membres d'une minorité ethnique. Les communautés noires et ethniques ont en effet l'impression que les services médicolégaux sont indifférents à leurs réalités, discriminatoires et paralysants. Il semble également évident que les professionnels de la santé assimilent la culture au concept de minorité ethnique, se considérant et considérant les Britanniques blancs comme des catégories à part. D'où la nécessité d'élaborer des interventions audacieuses qui sont efficaces, adaptées à la culture, fondées sur des données scientifiques et qui font un usage optimal des ressources. Pour y parvenir, il faut aussi élargir la notion de culture pour y inclure la culture des professionnels de la santé, des gestionnaires et des hôpitaux au lieu de la restreindre à la seule origine ethnique des patients.

S'inspirant de la théorie actuelle en anthropologie médicale, l'enquêteur principal a mis au point une méthode unique et appliqué l'approche de formulation culturelle du DSM-IV dans un quartier du Londres métropolitain. Cette approche permet aux clients de décrire leurs malaises à l'aide du vocabulaire de leur propre culture. Chaque description est transcrite, structurée et transmise à tous les membres de l'équipe multidisciplinaire de santé mentale, ainsi qu'au client. L'équipe clinique remplit un bref questionnaire sur la façon dont la description pourrait modifier leur compréhension des malaises éprouvés par le client. Les réponses au questionnaire servent ensuite à apporter des changements concrets aux plans de traitement.

Des entrevues pilotes ont été menées dans une unité de soins intensifs psychiatriques pour adultes en milieu surveillé. Les 20 patients de différentes origines ethniques qui ont été interrogés ont fourni de l'information inédite et significative sur le plan clinique au sujet de la vie des patients, ainsi que sur les façons d'améliorer les relations humaines et d'apporter des changements importants aux plans de traitement et aux diagnostics. L'étude pilote a aussi fait ressortir des obstacles fonctionnels et structurels qui entravent la prestation de soins adaptés à la culture, de même que les stéréotypes culturels du personnel et des gestionnaires.

La recherche ethnographique et quantitative qui est proposée vise à évaluer de manière systématique et rigoureuse l'efficacité clinique de l'approche de la formulation culturelle dans une unité de soins intensifs psychiatriques en milieu surveillé pour hommes adultes. Deux spécialistes des sciences sociales (le D^r Samrat Sengupta et M^{me} Jenny Bloomfield) ayant une formation en santé mentale mèneront un essai clinique randomisé pour déterminer l'efficacité des interventions axées sur la formulation culturelle auprès de 35 patients de diverses origines ethniques et de 35 sujets témoins. Pour démontrer l'efficacité de ces interventions uniques, les chercheurs utiliseront des variables et résultats rigoureux qui engloberont à la fois les expériences des patients et les observations des professionnels. On effectuera simultanément dans cette unité une ethnographie clinique d'une durée d'un an afin de documenter les processus institutionnels et fonctionnels qui entravent ou facilitent la prestation de soins adaptés à la culture, y compris les perceptions du rôle de la culture dans le milieu des soins actifs psychiatriques. Si cette approche se révèle efficace, elle pourrait être généralisée aux soins cliniques habituels des services médicolégaux et des soins actifs en santé mentale.

D^r Sushrut Jadhav, M.B.B.S., MRCPsych., Ph.D.
Conférencier principal en psychiatrie interculturelle, Collège universitaire de Londres
Psychiatre consultant, unité de soins intensifs psychiatriques, hôpital St. Pancras, Londres, NW1
Codirecteur, programme de maîtrise ès sciences avec spécialisation en culture et santé
Rédacteur, revue *Anthropology & Medicine*

Correspondance

Centre for Behavioural & Social Sciences in Medicine
Division of Medicine, University College London Medical School
Charles Bell House, 67 -73, Riding House Street
London W1W 7EJ, United Kingdom
Tél. : +44 (0)20 7679 9478/9292 (recherche), +44(0)20 7530 3734 (services cliniques), téléc. :
+44 (0)20 7679 9028
Recherche : <http://www.ucl.ac.uk/medicine/behavioural-social/principal-investigators/sj.html>
Revue : <http://www.tandf.co.uk/journals/carfax/13648470.html>

Annexe X – La psychose euro-américaine : Une analyse psychohistoriographique de la civilisation occidentale contemporaine

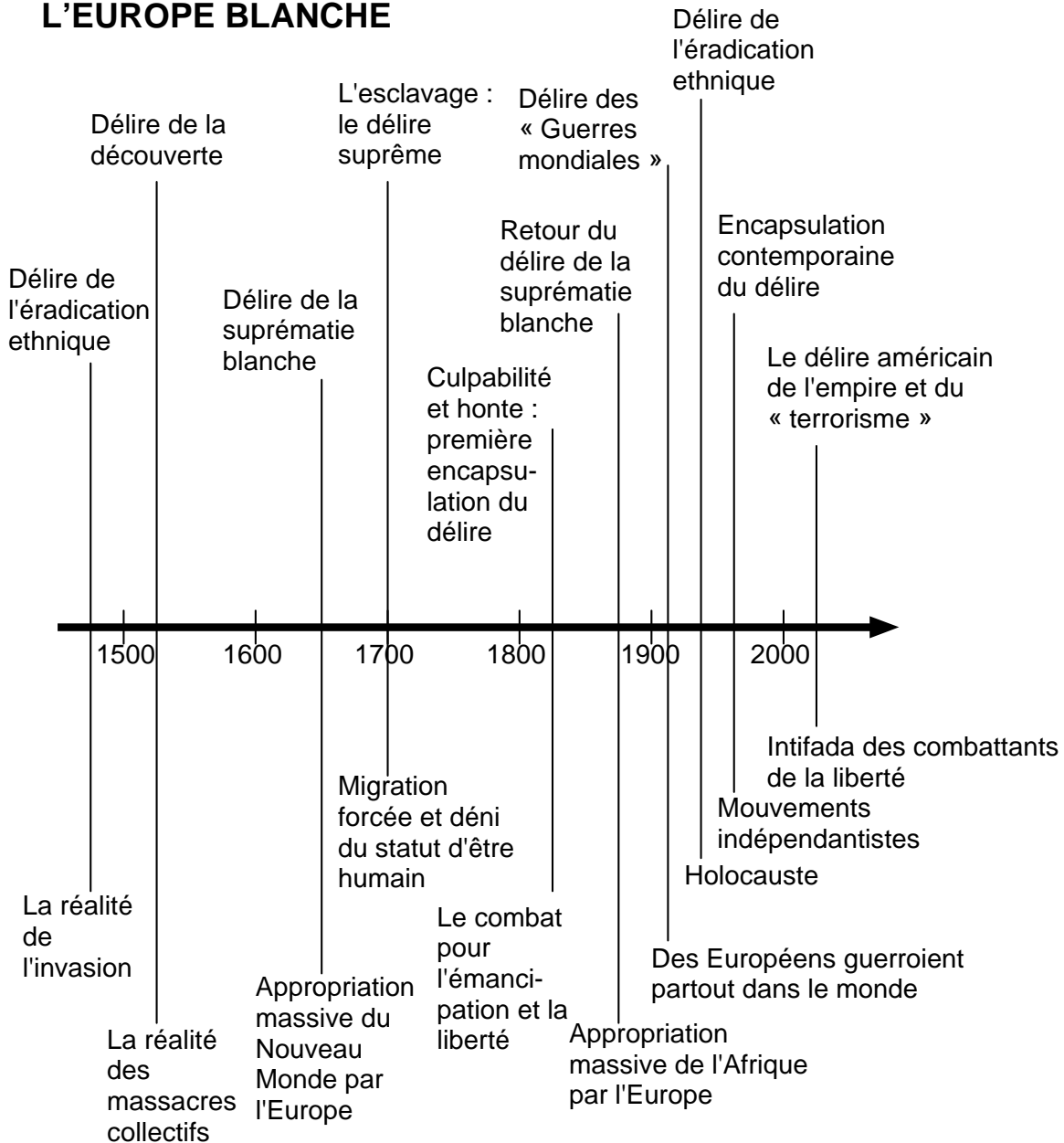
Frederick W. Hickling

La guerre actuelle en Irak ainsi que les combats et l'instabilité qu'on observe au Moyen-Orient ont considérablement bousculé la définition classique de l'aliénation mentale et constituent une préoccupation majeure du milieu psychiatrique (1-3). Le coût énorme de ces affrontements a fait apparaître aux États-Unis d'importants enjeux d'ordre psychologique et politique qui ont des répercussions dans le monde entier (4). Parallèlement, le développement de sociétés multiculturelles en Amérique et en Europe, consécutives à la dissolution des empires européens, a entraîné des défis majeurs en matière de définition et de prestation des services psychiatriques (5,6). Ces défis universels auxquels fait face le milieu psychiatrique sont souvent envisagés du point de vue des pays industrialisés, qui ne tiennent aucun compte des perceptions du reste du monde, et sont souvent écartés sous prétexte qu'il s'agit de *psychiatrie transculturelle*. La présente analyse se penche sur la perception voulant que la civilisation occidentale, vieille de 500 ans et ayant dominé le reste du monde, soit fondée sur des productions délirantes.

Cette analyse s'appuie sur les perspectives ethnographique et dialectique de certaines expériences historiques, obtenues grâce à une méthode appelée *psychohistoriographie*, une technique d'analyse applicable aux grands groupes élaborée en 1978 par le Bellevue Mental Hospital, en Jamaïque, à partir de treize expériences ethnographiques réalisées dans les Caraïbes, aux États-Unis, au Canada et en Grande-Bretagne entre 1978 et 2006. L'analyse psychohistoriographique a identifié quelques moments décisifs dans l'Histoire lors desquels la perception de certaines expériences européennes et américaines est remise en question par les perceptions dialectiques opposées non européennes à travers le monde. La transposition de ces mouvements thématiques dans la définition conceptuelle contemporaine de la notion de délire entraîne des formulations diamétralement opposées qui chambardent la perception traditionnelle de l'Histoire caractéristique des Européens de race blanche ; elle fournit également des perspectives multiculturelles qui laissent croire à un monde de *délires et d'encapsulations délirantes*, qui ont façonné la société contemporaine. Parmi ceux-ci, mentionnons *le délire de la découverte vs la réalité des envahisseurs ; le délire de la purification ethnique vs la réalité des massacres génocidaires ; l'esclavage : le délire suprême vs la migration forcée et le déni du statut d'être humain* et, enfin, *le délire du terrorisme vs l'Intifada des insurgés de la liberté* (voir le graphique intitulé Le délire euro-américain).

La principale perspective mise en lumière par l'analyse psychohistoriographique est le concept de la *psychose euro-américaine* (voir le graphique intitulé La psychose euro-américaine) comme principal impératif de développement des 500 dernières années de la civilisation occidentale, laquelle a laissé le monde ravagé par cette folie constante qu'est la guerre. Cette analyse indique que les gens de couleur seront toujours sujets à l'oppression liée au racisme de la part de la civilisation euro-américaine, jusqu'à ce que ce délire européen soit vaincu et encapsulé.

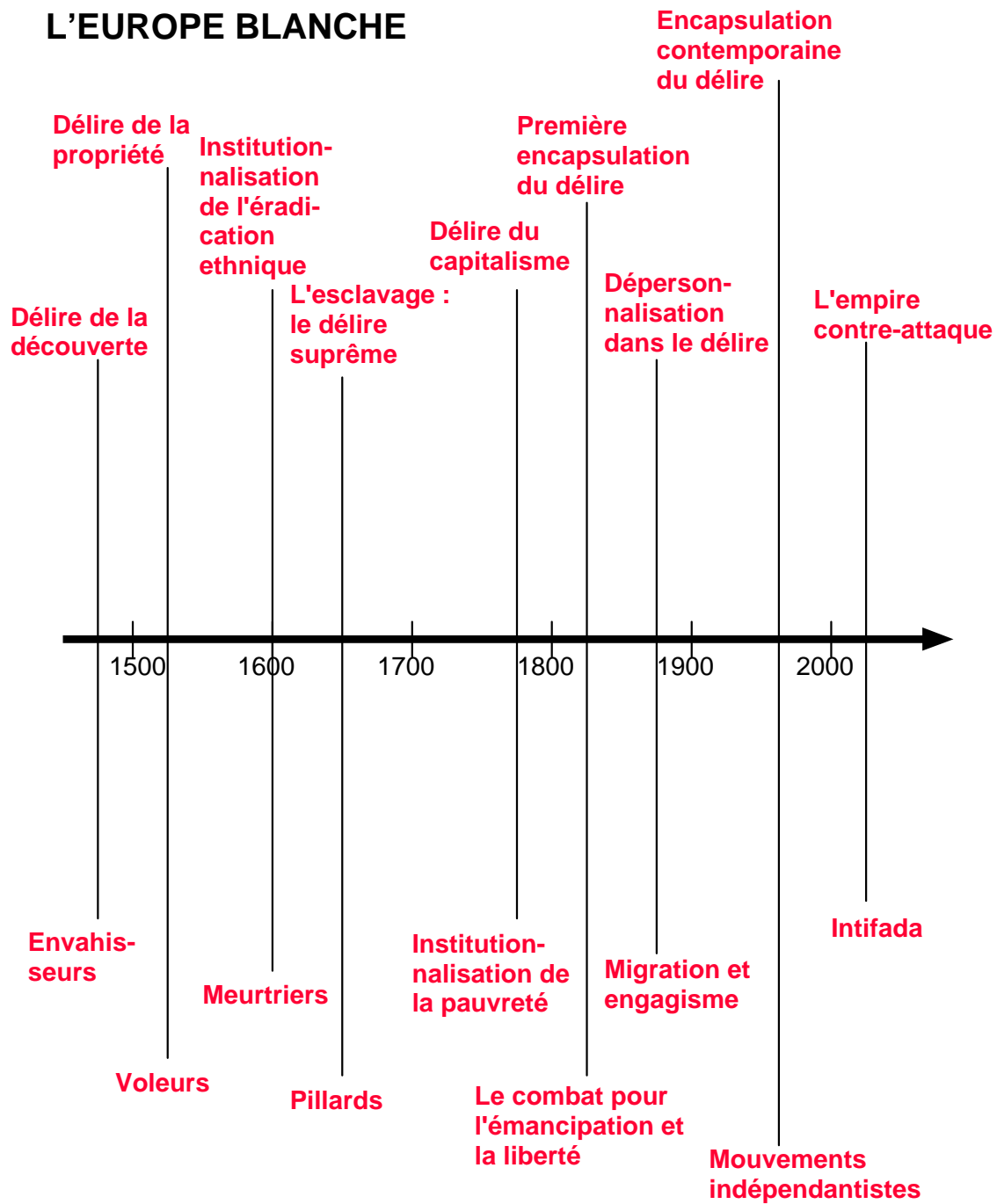
L'EUROPE BLANCHE



RESTE DU MONDE (EXCLUANT L'EUROPE)

Fig. 1. Psychohistoriogramme : La psychose euro-américaine

L'EUROPE BLANCHE



RESTE DU MONDE NOIR

Psychohistoriogramme : Le délire euro-américain