

PERSPECTIVES LATINO-AMERICAINES SUR LA MONDIALISATION ET LA SANTE MENTALE

*Renato D. Alarcón
Marina J. Piazza*

Introduction

Certes, l'histoire n'a pas connu un temps qui n'est pas considéré incertain, difficile et dangereux aux dires de ceux qui l'ont vécu, de ceux qui l'ont relaté par la suite ou même des universitaires qui, des décennies ou siècles plus tard, ont entrepris de les analyser. Les ingrédients de l'angoisse, du doute, de l'ambivalence ou même d'une notion d'auto-conviction que jamais la situation n'a été aussi tragique qu'en ce moment sont des traits de cette perspective. A l'évidence, la première décennie du 21^e siècle ne fait pas exception et, dans ce qu'on appelle le Tiers Monde, cette conviction est encore plus frappante. L'Amérique latine, dans cet immense segment géo-économique, connaît certes sa part de pauvreté, de violence domestique, criminelle ou politique, d'oppression et de terreur, allant main dans la main avec les inégalités socioculturelles, la malnutrition et les infections, le SIDA et une grave pénurie de services de santé accessibles et compétents. Aussi, devient-il impératif de discuter de ces réalités en se rappelant le contexte et la signification d'un phénomène qu'il serait dangereux d'ignorer : la mondialisation. Le présent article vise à examiner les réalités de la santé mentale dans l'Amérique latine de nos jours, la nature politique, sociale, culturelle et éthique de ces réalités, ainsi que les possibilités de l'améliorer, tant sur le plan quantitatif que qualitatif (Frenk et Gómez-Dantés, 2002).

Mondialisation : concepts et implications

Première ironie de cette analyse : le terme est défini et compris différemment selon qu'il s'agit d'économistes, de communicateurs sociaux, de chercheurs ou du grand public (Watkins, 2003). Les économistes et les politiciens, surtout ceux du soi-disant monde développé, voient la mondialisation comme d'immenses

possibilités de croissance économique et de revenus accrus pour les individus, les familles, les nations, les continents ou les régions du monde (Sachs et Warner, 1995 ; Beim et Calomiris, 2001 & Stiglitz, 2002). Aux yeux des communicateurs sociaux ou même des chercheurs des sciences sociales, la mondialisation reflète avant tout l'accès à l'information et sa diffusion précise, immédiate et objective. Le « village mondial » est une métaphore courante de cette optique (Atasoy, 2003 ; Martin, 2001 & Castells, 2000).

Pour d'autres, la mondialisation n'est guère plus que la contrebande la plus grande et la plus sophistiquée d'idées qu'est jamais connue l'humanité de toute son histoire. Plus de revenus, oui bien sûr, disent-ils, mais pour les pays industrialisés les plus riches ou, pire encore, pour les corporations, les consortiums et les conglomérats. Plus de travail, oui, disent-ils, mais avec moins de salaire et sans avantages accrus à moyen et à long terme. Plus d'accès à la communication, oui, mais seulement pour communiquer des sous-cultures et des styles de vie qui sont des véhicules de médiocrité et d'homogénéisation peu souhaitable. Plus d'information, oui, mais une information qui est manipulée et déguisée, visant uniquement à pousser à une consommation débridée et frivole, ces « revenus accrus » servant à acheter des choses dont au fond on n'a pas besoin (Saul, 2004). Les avantages de la santé et de l'éducation, surtout dans chaque plan de développement social et économique, sont des résultats collatéraux d'un processus qui est entièrement prévisible en fonction de ceux qui défendent la mondialisation. Par ailleurs, pour ces critiques, le monde pourrait bien être un village ou même une ville mais, à l'instar de tout autre, il n'en compte pas moins les *barrios*, ghettos ou *favelas*, se développant agressivement à côté de ces sections résidentielles exclusives, aseptiques et super-élégantes.

Nombreux sont les facteurs déterminants de la mondialisation. L'histoire des civilisations entre toujours dans l'histoire des groupes et collectivités dont le but était de conquérir plus de terres et de subordonner plus de gens. La migration, de l'Est à l'Ouest et, à présent du Sud au Nord et dans le globe entier, est probablement le signe le plus spectaculaire de la mondialisation (Martin, 2001 ; Simmons, 2002 & Center for Immigration Studies, 2005). L'économie contemporaine croît avec des pratiques telles que les contrats passés à l'extérieur, la « main-d'œuvre bon marché, » les ouvriers migrants et les ordinateurs transcontinentaux. Sciences et technologie sont les armes mécaniques de la mondialisation. Les communications renferment un potentiel plus élevé d'information

et d'éducation mais qui n'est jamais réalisé. Enfin, la culture est un déterminant de la mondialisation par le truchement de processus tels qu'hybridation, *mestizaje* ou interactions de groupes et de populations qui aboutissent à un changement impressionnant—et déconcertant—des identités (Ward et Styles, 2003 ; Hochberg, 2004 ; Liang et Krieger, 2004 & Arnett, 2002). Bien sûr, ces processus doivent être gérés de manière humaine et éthique (Marmora, 1998). La perspective critique de la mondialisation est appuyée par des statistiques dramatiques. Mike Davis, un commentateur social, écrivait en 2004 :

Dans l'année qui vient, une femme accouchera dans le taudis de Lagos, d'Ajgunle, un jeune homme quittera son village dans l'Ouest de Java en quête des lumières de Djakarta ou un agriculteur viendra s'installer avec sa famille appauvrie dans les innombrables *pueblos juvenes* de Lima. L'événement exact n'est pas important car il passera inaperçu. Mais il n'en constitue par moins un tournant dans l'histoire humaine. Pour la première fois, la population humaine de la terre est plus nombreuse que la population rurale.

En 1950, le monde comptait 86 villes avec plus d'un million d'habitants. Aujourd'hui, il en existe 386 et, en 2015, on en comptera au moins 550, plus de 100 en Amérique latine (Gilbert, 2004). A elle seule, la population urbaine actuelle (environ 3 milliards) est plus grande que la population mondiale totale de 1960. Les zones urbaines dans le monde arriveront à leur pic (3,3 milliards de personnes) en 2020 et ce n'est qu'à partir de là qu'elles diminueront. Aussi, la population mondiale de l'avenir dont le pic de 9 milliards est prévu pour 2050, avec plus de 780 à 800 millions de personnes en Amérique latine, dont 221 vivront au Brésil, 150 au Mexique et 53 en Argentine—sera entassée essentiellement dans des villes, tel que le prédit Davis. Le pire, c'est que 95% de ces personnes vivront dans les zones urbaines des pays en développement, dont la population doublera ensuite pour atteindre pratiquement les 4 milliards lors de la génération suivante. En 2001, 924 millions de personnes vivaient dans les taudis pauvres des villes et au moins la moitié de cette population avait moins de 25 ans. L'impact le plus dramatique en sera la multiplication des méga-villes (dont les populations dépassent 8 millions de personnes), dont le nombre est au moins de 18 sur notre continent et, chose encore plus dramatique, les nombres croissants des « hyper-villes » avec plus de 20 millions d'habitants. En Amérique latine, Mexico, São Paulo et Buenos Aires seront des

hyper-villes (Hyman et al., 2004).

Des défenseurs de la mondialisation, comme Stiglitz (2002), pensent qu'en supprimant les barrières au libre-échange et en favorisant une intégration plus étroite des économies nationales, la mondialisation...

« peut être une force bénéfique qui a le potentiel d'enrichir toutes les personnes dans le monde, surtout le pauvre » (p-IX).

Feachem (2001) se fait l'écho de ces vues optimistes et pense également que...

« l'ouverture au commerce, aux idées, à l'investissement, aux gens et à la culture apporte des avantages aujourd'hui comme ce fut le cas pendant des siècles—avec tous les risques et conséquences négatives que cela suppose également, tel que ce fut là aussi le cas pendant des siècles »

Okasha (2005) affirme que le...

« village mondial créé par la mondialisation n'est pas aussi mondial après tout. »

Sur 100 personnes vivant sur Terre, 57 sont des Asiatiques, 21 sont des Européens, 8 sont des Africains, 6 sont des Américains. Quarante-huit sont des hommes et 52 sont des femmes ; 30 sont des blancs et 70 ne sont pas des blancs ; 30 sont des chrétiens et 70 ne sont pas des chrétiens. Par ailleurs, 6 personnes possèdent 59% de la richesse communautaire et ce sont tous des Nord-Américains. Quatre-vingt sur 100 vivent dans la pauvreté, 70 ne savent pas lire, 50 meurent de famine, un a une éducation plus poussée et a un ordinateur. Il est évident que le pouvoir et les ressources ne suivent pas le mode majorité/minorité de la population mondiale et cela signifie que la mondialisation a échoué dans son dessein de représenter sous un angle démocratique le monde qu'elle voulait mondialiser.

Les leaders sociaux, intellectuels et scientifiques de l'Amérique latine s'accordent sur un point tant avec les défenseurs qu'avec les adversaires de la mondialisation : le processus est inévitable et ne peut plus être arrêté. Les progrès technologiques et les ressources consacrés à la communication de masse dans un grand nombre de pays catalysent ce phénomène. Aussi, les grandes questions sont-elles de voir la forme que prendra la mondialisation, qu'est-ce qui la déterminera et le temps qu'il faudra. La mondialisation est à l'esprit et dans les documents de groupes de travail, d'organisations internationales, de

gouvernements nationaux ou de conseils de directeurs de corporations et entités financières (Brundtland, 2005 ; Waitzkin et al., 2005). S'il ne convient guère de parler de « la distribution égalitaire de la richesse » lorsque 80% de la population mondiale est mal nourrie et sans accès à des services de santé, lorsque des nombres analogues vivent dans des conditions sub-humaines et exposés aux menaces de maladies et de catastrophes et lorsque plus de la moitié de la population active dans le monde a un revenu inférieur au niveau de pauvreté des pays développés, il est pourtant clair que la mondialisation ira de l'avant (Cattell, 2001). De fait, elle est déjà là. (Brown et al., 2006).

Mondialisation et santé mentale

La mondialisation en psychiatrie et santé mentale n'a pas permis de produire un tableau cohérent et intégré des fonctions et dysfonctions humains, des forces et vulnérabilités, malgré les immenses progrès faits dans bien des domaines. Une des raisons, selon Berger et Luckmann (1967), est l'appropriation des termes (par exemple, le soi) par la psychologie et des disciplines connexes, constituant un langage positiviste qui est devenu de plus en plus compliqué, presque à l'exemple d'un dialecte unique qui parfois ne peut être traduit. Le langage scientifique du monde occidental a isolé ses disciplines de sorte à ce que la communication entre cultures dans un monde globalisé peut être perturbé malgré l'accessibilité des progrès techniques. La perpétuation de traitements pseudoscientifiques sans grand soutien empirique a probablement favorisé le charlatanisme et des formes de shamanisme qui, en dépit du manque de preuves scientifiques sentent mieux les réalités de la souffrance de l'homme commun. L'alternative est d'utiliser un langage commun qui peut aider à transcender le fossé créé par une mondialisation sans direction en recherchant des descriptions de perceptions, comportements, attitudes et systèmes qui seront véritablement holistiques, candides et constructifs. Même le dilemme interne de « l'esprit contre le corps » disparaîtra s'ils sont vus comme des réalités hybrides des conséquences de notre physicalisme et de nos immatérialités (Rizzolatti & Fadiga, 1998).

La mondialisation et la psychiatrie/santé mentale doivent renforcer une approche interdisciplinaire par le biais de l'utilisation des dialogues multiculturels, culture comprise non seulement en termes ethniques, socio-économiques ou géographiques, mais également sous l'angle des actions quotidiennes des systèmes,

entités et organisations guidant les connaissances et pratiques en santé mentale publique. Miller (2006) récapitule « le fardeau global des maladies mentales » du point de vue de sa charge croissante de négligence, de destruction des familles et de handicaps de développement, avec des conséquences encore plus graves du point de vue des relations des groupes humains avec des systèmes de santé amorphes dans des pays en développement.

Le tableau mondial de la santé mentale est probablement l'un des plus sombres et des plus ignorés (bien qu'il faille mentionner que c'est en train de changer) du monde contemporain. L'impact de tous ces facteurs sur la santé en général, et sur la santé mentale en particulier, est perçu non seulement en raison de sa prévalence et incidence accrue, du changement dans les méthodes de diagnostic et de traitement, dans la prestation de services et des politiques de santé publique (Dech et al; 2003). Il est également perçu dans des domaines touchant à la stigmatisation, au préjudice, à la discrimination et à la fracture de relations humaines décentes. Le domaine des droits humains a un lien direct avec la mondialisation et son impact sur la santé mentale (Jakubec, 2004).

La prévalence des troubles mentaux est en train de s'accroître, tant dans les sections urbaines que rurales. D'après les estimations de l'Organisation mondiale de la Santé, au moins six troubles mentaux ou affections connexes sont parmi les 10 qui comportent le plus d'incidence sur la population active, la productivité économique et la qualité de la vie au sein des populations (Murray et López, 1996). Le lien entre pauvreté et troubles mentaux est indéniable, accompagné du manque d'éducation, de faibles revenus, de conditions sanitaires précaires, d'un faible niveau d'éducation et d'information sanitaire et l'interférence de certaines (pas de toutes) croyances et pratiques culturelles font de la mondialisation une menace encore plus alarmante pour cette génération et celle à venir (Dejarlais et al., 1995 ; Lacroix et Shragge, 2004).

Réalités de la santé mentale en Amérique latine

Actuellement, les pays de l'Amérique latine et des Caraïbes comptent une population de presque 500 millions de personnes. Le revenu moyen par habitant est de 12 000\$ par an. Ceux qui étaient paysans avant et leur famille, appauvris et coupés de leurs réseaux sociaux, constatent bien souvent que le nouveau contexte urbain ne leur apporte pas les possibilités de recréer leurs traditions et normes culturelles d'une manière adaptative. Vivant dans les

« ceintures de misère » autour des grandes villes, ils deviennent tant une source qu'une cible de la violence. Ce sont des lieux de pertes émotionnelles et matérielles se perpétuant tous les jours avec toutes les séquelles de ressentiment, colère et violence qui ne cessent de s'accumuler (Alarcón, 2002). Dans les rangs d'un demi-million de médecins sur l'ensemble du continent, on ne compte que 15 000 psychiatres, d'où un rapport de 3,4 psychiatres pour 100 000 habitants.

La santé mentale, comme branche de la santé publique, a une histoire relativement jeune en Amérique latine. Il serait juste de dire que récemment, une attention plus grande a été accordée à la santé mentale dans les pays en développement en général et dans les pays de l'Amérique latine en particulier. Un certain nombre de problèmes, dont la prévalence élevée de maladies mentales au sein des populations en général, ainsi que dans les contextes de soins primaires, deviennent plus actuels. D'autres aspects se présentent dont l'apparition de nouveaux besoins en santé mentale et leur association avec les processus sociaux et culturels, tels que la violence, les catastrophes, les migrations internes et externes, ainsi que les guerres et les déplacements forcés, provoquent des niveaux d'instabilité plus grande à l'origine des troubles mentaux.

La prévalence des problèmes de santé mentale se situe, d'après les estimations, à 18%-25% dans la communauté générale, 27%-48% dans le contexte clinique et à 12%-29% chez les enfants et les adolescents. La population touchée par ces problèmes s'élevait à 20 millions de personnes en 1990 et sera de l'ordre de 35 millions en 2010. La dépression et l'anxiété représentent 20% de la prévalence totale et sont au titre des troubles les plus fréquents et les plus dangereux. L'épilepsie, avec 5 millions (dont seul 1,5 reçoivent un traitement adéquat) et la schizophrénie, de 3,3 à 5,5 millions font partie de la tragédie quotidienne des rues, taudis et foyers de l'Amérique latine. Le phénomène « d'exclusion sociale » est souvent dépeint en traits sombres –abandon des malades mentaux par des familles qui, tout simplement, ne peuvent plus s'occuper de conditions cliniques qui ne cessent de se détériorer lorsque les besoins du groupe restent sans réponse (Alarcón, 2002 ; Organisation panaméricaine de la Santé, 1990 & Organisation mondiale de la Santé, 2001).

Les coûts économiques, du point de vue années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI), atteignent 7,1% à 11,5% en Amérique latine. La charge pèse plus lourde sur les familles et les soignants et cause des problèmes de stigmatisation et de violation

des droits humains. Soixante pour cent des cas de psychose deviennent chroniques, d'où une charge supplémentaire pour des institutions mentales en nombre insuffisant—hospitalisations, consultations et communautaire. Environ 10% des patients psychotiques dans le cadre d'une étude brésilienne n'ont pas reçu de traitement et environ 30% d'entre eux restaient dans des hôpitaux chroniques ou des asiles (Leitao, 2001).

La santé mentale dans les pays de l'Amérique latine reçoit moins de 1% des budgets nationaux de la santé, et rares sont les exceptions. Certains chiffres sont plus encourageants dans les politiques, programmes et lois sur la santé mentale : après 1990, 65% des pays comptaient des politiques spécifiques sur la santé mentale, 81% avaient des plans et programmes de santé mentale mis en œuvre et 58% avaient des lois spécifiques sur la santé mentale. La composition du personnel pour 100 000 habitants est la suivante : 3,4 psychiatres, 1,7 infirmiers psychiatriques, 2,8 psychologues et 1,9 agents sociaux. On compte 3,3 lits psychiatriques pour 10 000 habitants, dont 47,6% sont dans des hôpitaux psychiatriques, 16,8% dans des hôpitaux généraux et 35,6 dans la communauté. Plus de 70% des pays de l'Amérique latine comptent moins de 20% de lits psychiatriques dans des hôpitaux généraux. Seuls trois pays ont plus de 50% percent dans des hôpitaux généraux et lieux résidentiels et 30% seulement ont des services communautaires. Tel que mentionné, il n'existe que peu de services de réhabilitation psychosociale (Organisation mondiale de la Santé, 2001a).

Quatre-vingt-sept pour cent des pays de l'Amérique latine disposent de politiques concernant l'utilisation de médicaments psychotropiques, mais plus d'un tiers ont un approvisionnement insuffisant dans les hôpitaux psychiatriques et centres de soins de santé primaires. Le coût des médicaments de base est faible, mais même cela reste hors de la portée de grands segments de la population de l'Amérique latine. Le risque ne fait que s'aggraver s'il faut avoir recours à des pharmaciens, guérisseurs amateurs, *curanderos* et shamans. Le personnel est concentré essentiellement dans les zones métropolitaines. A l'instar de maintes parties du monde, ce sont les généralistes, les non-psychiatriques et le personnel autre que les médecins qui sont probablement le premier point de contact pour les patients et les familles qui ont besoin de ces services. Certains domaines sont dépourvus de ressources dont la psychiatrie infantile, la psychiatrie gériatrique, la toxicomanie et la psychiatrie légale (Organisation panaméricaine de la Santé 2001, 2001a, 2001b ; Alarcón

& Aguilar-Gaxiola, 2000).

Il n'existe que relativement peu de programmes de formation, dont un certain nombre ne sont pas très réglementés du point de vue personnel, structure, durée, contenu, évaluation de la qualité et résultats sur la qualité des services. Il est un fait que les vocations pour les professions psychiatriques et autres professions de santé mentale oscillent au fil des ans, d'où le risque d'un manque chronique de nombres adéquats de professionnels. Un certain nombre de jeunes professionnels quittent leur pays vers l'Amérique du Nord ou l'Europe à la recherche d'une meilleure formation et cette « fuite des cerveaux » signifie qu'au moins la moitié de ces « agents de santé migrants » ne reviendront jamais dans leur pays d'origine.

La connaissance de l'impact des déterminants sociaux sur la santé mentale offre des possibilités pour la conception, la mise en œuvre et l'évaluation d'interventions préventives et thérapeutiques (Alarcón & Aguilar-Gaxiola, 2000). Il s'agit notamment d'exploiter les rôles plus importants des membres de la famille et de la communauté comme ressources pour la prestation de soins. Les principes de la promotion sanitaire et de la prévention de la santé, des modèles écologiques axés sur la population insistant sur les déterminants sociaux, des programmes à base épidémiologique et l'application des principes de la justice sociale, de l'équité, de l'habilitation et de la participation sont bien connus dans les cercles professionnels et universitaires (Huynen et al., 2005). C'est la mise en œuvre de ces programmes qui est entravée par le manque constant de ressources financières, matérielles et humaines, de médiocres structures et réglementations bureaucratiques, le manque de volonté et d'engagement politique et, chose tout aussi importante, par une information erronée et d'indifférence parallèle du côté de la communauté dans son ensemble. Toutefois, ces réalités sont en train de changer vu le nombre accru d'organisations non gouvernementales, de groupes civiles, de groupes familiaux et d'entités, et grâce à la présence plus visible de défenseurs sociaux et même de figures publiques ou de « célébrités » réalisant en Amérique latine ce que leurs collègues de l'hémisphère du Nord ont fait pendant des années, et aidant ainsi à déstigmatiser la santé mentale et ses conséquences.

Ces 35 dernières années, un certain nombre d'expériences aux niveaux des soins, prévention et promotion de santé mentale dans plusieurs pays viennent animer cet espoir. En effet, les expériences au Honduras, au Brésil, en Colombie, au Venezuela,

en Argentine, au Mexique, à Cuba, au Chili, en Bolivie et au Pérou (Alarcón, 2002; Murray & Frenk, 2000) ont amélioré la situation sur les plans suivants : travail psychiatrique communautaire dans des quartiers marginaux, soins primaires ambulatoires et promotion sanitaire communautaire, formation en santé mentale des agents de soins de santé primaires, collaboration communauté-université-état pour étendre la couverture et l'éducation, soutien accru du public, mise en place de réseaux sociaux, systématisation et diffusion de matériel de formation pour la mise en place d'interventions de prévention, programmes pour les victimes de la violence domestique et consommation abusive de drogues, ainsi qu'acquisition de compétences interpersonnelles.

L'investissement annuel par habitant dans la science et la technologie s'élève à environ 60\$ au Brésil et à 20\$ au Mexique alors qu'il est de 900\$ aux Etats-Unis. La recherche n'a guère progressé mais là aussi, nous notons des signes encourageants. Seules 2,2% de plus de 8000 publications dans 15 revues internationales de psychopharmacologie proviennent de l'Amérique latine. Le Brésil, l'Argentine, le Mexique et le Chili sont toujours en tête de liste sur le plan financement, publications et citations. Il existe des centres ou instituts de santé mentale consacrés essentiellement à la recherche au Mexique, en Colombie, au Brésil, au Chili, au Costa Rica, en Argentine, au Pérou et en Jamaïque.

Le domaine de l'éthique et des droits humains est très visible en Amérique latine. L'éthique, du point de vue protection de la dignité humaine, droit humain essentiel, prend de plus en plus d'importance grâce à l'action de bureaux spécialisés d'organisations internationales ouverts dans les divers pays et avec une supervision, aide monétaire, un plaidoyer et une information sur l'ensemble de la région. Certes, on cherche de plus en plus à affermir ces progrès, mais bien du chemin reste à parcourir (Lolas, 2005).

Mondialisation et santé mentale en Amérique latine

Selon Kirmayer et Minas (2000), la psychiatrie dans le monde sera marquée par le processus de mondialisation de par son influence sur l'évolution des identités individuelles et collectives examinées ci-dessus, ses effets sur les inégalités économiques et les répercussions sur l'accès aux services de santé mentale et leur fourniture et également du point de vue « de l'évolution et de la diffusion de la connaissance psychiatrique elle-même » (Kirmayer,

2006). Mastrogianni et Bhugra (2003) invoquent également les classes sociales, le chômage, la pauvreté et les habitations insalubres qui, de par leur influence sur la santé mentale, devraient être au centre d'une mondialisation progressive. La suppression de ces barrières, de pair avec une médicalisation rationnelle de certains symptômes psychiatriques, pourrait avoir un impact favorable.

Le diagnostic et les changements dans la manière dont sont dépistés les symptômes, dont les soins sont recherchés, le traitement dispensé et l'évolution clinique évaluée pourraient également être influencés par la mondialisation. Les interactions entre les individus et leur contexte social et économique deviendront probablement plus complexes et probablement moins claires. Les défis ne seront pas des moindres pour les chercheurs si l'on songe aux migrations et changements démographiques qui en découlent, à l'emploi et à la productivité et au mélange culturel suite à cette mondialisation. Les règles éthiques changeront lorsque la congrégation des différentes cultures dans les zones métropolitaines, la territorialité, la coexistence ne pourront plus être évitées. Les confins de la vie en commun et le partage de ressources entre les cultures auront un énorme impact sur la santé mentale de ces nouvelles collectivités.

Une perspective de l'Amérique latine sur la mondialisation, la psychiatrie et la santé mentale recoupe un certain nombre de questions et la section suivante traite certaines d'entre elles.

Théorie et pratique de la santé publique et de la santé mentale

Les nouvelles demandes dans les contextes économiques, politiques et sociaux de l'Amérique latine exigent un programme politique commun sur trois thèmes : changements dans la conceptualisation des domaines téléologiques et opératifs ; examen du mouvement de santé collectif dans une connaissance réellement transdisciplinaire et universalisation des pratiques ; et articulation de la transformation sociale de la santé à la lumière de nouveaux paradigmes scientifiques abordant l'objectif santé-maladie-soins à l'aide dans une nouvelles optique de l'historicité et de la complexité (Paim & Almeida-Filho, 1998).

Informatique

Les télécommunications transcendent les barrières institutionnelles, organisationnelles et culturelles. Dans le contexte

des soins de santé mentale, cela signifie que l'information, les renseignements et les demandes pour des services peuvent être orientés vers un autre endroit, sans qu'il existe de contrôle institutionnel ou autre. Des applications telles que la télémédecine et télépsychiatrie visent généralement à renforcer les systèmes locaux, mais de par leur conception même, elles transcendent rapidement des frontières héritées mais inefficaces du point de vue électroniques. Les conséquences d'une telle mondialisation incontrôlée des soins de santé peuvent aller de l'autonomisation bénéfique et de l'amélioration de la qualité à des répercussions négatives, notamment des experts surchargés de travail, sapant la base des systèmes sanitaires stables (Rigbi et al., 2000) et le manque de confidentialité. L'effet de restructuration sociétale imprévu dans cette culture de papier jusqu'à présent sera significatif et les institutions de l'avenir devront répondre en créant des politiques et des cadres positifs d'informatique mondiale. L'Amérique latine, maillon important de ce nouveau cadre mondial, devra s'assurer que les questions de langues, d'idiomes de détresse, quête de soins et autres qualifications de services sont suffisamment explorées et prises en compte (Kleinman, 1985 & Errington, 2004).

Multidimensionalité et multidisciplinarité

Il existe une composante essentielle à tout effort globalisé. Contre le paradoxe que la mondialisation peut accentuer la spécialisation, les réalités de 80% de la communauté mondiale supposent qu'une approche généraliste et multidimensionnelle à la santé et à la santé mentale aura encore sa place à l'avenir. Les risques de cette approche sont notamment l'isolationnisme et l'éloignement, les barrières artificielles et puissances étant érigées pour empêcher une communication vraie, authentique et ouverte. Il ne s'agit pas seulement de nouvelles langues ou de langues différentes, mais également de pratiques différentes, en bref la création de nouvelles cultures. Si on ne réalise pas la porosité nécessaire au renforcement de la communication, les résultats négatifs seront immenses. La multidisciplinarité reposant sur des approches mutuellement respectueuses de différents domaines de connaissance et de pratique et l'adoption de créneaux favorisant le dialogue et les décisions qui en découlent devront faire partie intégrante de la future santé mentale mondialisée (Hinton, 1998).

Expansion des services

Depuis des décennies, on fait savoir que les soins primaires sont un « allié naturel » de la santé mentale au niveau de la prestation des services. Les patients viennent voir en premier le généraliste ou les soins de santé primaires, bien avant d'être orientés vers un service de santé mentale. En Amérique latine comme dans d'autres parties du monde, les résultats de la démarche sont mitigés. D'une part, si les soins primaires sont effectivement l'occasion d'interventions thérapeutiques ou même sociales plus immédiates par différents membres d'une équipe de santé mentale multidisciplinaire, d'autre part, on ne saurait submerger le système avec toutes les conséquences que cela suppose sur des services plus courts et plus médiocres. Par ailleurs, les praticiens des soins primaires (pas seulement les médecins) n'accordent pas toujours la préférence ou l'importance que méritent les questions de santé mentale dans leur travail au quotidien urgent et rapide. Dans ce contexte, la mondialisation de la santé mentale devrait à nouveau prêter attention à la structure d'équipes où circule aisément l'information, avec la participation active des différentes disciplines en vue de soutenir et de conseiller le praticien des soins primaires. Des interventions rapides (surtout si elles ont un aspect préventif) rendront plus efficaces ces actions. Les soins primaires continueront à être l'allié de la santé mondiale dans la prestation mondialisée des services, mais cela doit être une démarche d'auto-recherche et d'auto-évaluation continues.

Les cinq éléments de la santé mentale mondiale

Connus depuis 20 à 30 ans dans le jargon quotidien de la santé communautaire et de la santé mondiale, les cinq éléments ont bien survécu sous l'angle conceptuel et pragmatique, offrant ainsi une approche constante à ces domaines de partout dans le monde (Borus et al., 1979). Le premier élément, disponibilité, indique simplement l'existence de services, quelle que soit leur structure, fait même qu'il ne s'agit pas de thèmes théoriques ou d'éléments législatifs, mais d'une présence active sur le terrain. Le second élément, accessibilité, va un pas plus loin : les services non seulement sont là, mais peuvent également être atteints, que ce soit sur le plan distance physique/géographique ou véritable niveau de contact humain. Le troisième élément, caractère abordable, est d'importance cruciale connaissant les implications sociales et économiques de la prestation de services dans des communautés,

petites ou grandes, du monde. En effet, il est impératif que les gens aient les moyens de payer pour les services ou qu'ils soient aidés pour payer pour ces services, dans le cadre de soins qui sont véritablement humanistes. Le quatrième élément, applicabilité, concerne la corrélation entre ce qu'est le problème et ce qu'offre l'intervention. Il s'agit de faire correspondre les besoins et les services et non pas d'offrir d'opulentes et onéreuses procédures à des populations qui ne pourront pas en bénéficier, ni d'utiliser le mauvais type d'équipement pour des problèmes cliniques spécifiques. Le cinquième et dernier élément, responsabilisation, concerne le contrôle, l'évaluation objective de l'efficacité et de l'efficacité, la mesure des avantages comparés aux risques et les gains effectifs pour le « capital humain » (Cattell, 2001).

Contributions de l'Amérique latine à la psychiatrie mondiale

Dans le domaine conceptuel, c'est son acceptation honnête des progrès provenant d'autres latitudes, un *mestizaje* sain (qui n'a pas simplement une nouvelle forme d'éclectisme), le contexte social de ses principales préoccupations, et une attitude critique mais constructive face à d'autres formes de réflexion et d'action, qui représentent l'impact positif de la psychiatrie de l'Amérique latine pour une discipline mondialisée. De même, un humanisme authentique, celui qui va au-delà de la rhétorique pour devenir le véritable exercice de nouveaux principes en fonction d'une solide connaissance, évidente par elle-même et tous les jours par consensus et en respectant la dignité humaine en tant que volet essentiel de la rencontre entre le praticien et le patient qui est la charpente unique et la pierre angulaire de l'édifice de la psychiatrie de l'Amérique latine (Alarcón, 2004; 2006). Les suggestions de Rosen's (2006) sont extrêmement pertinentes quant à ce que les pays développés peuvent apprendre des pays en développement, au niveau macro (inclusion, acceptation, réintégration, contacts et apprentissage par l'expérience) qu'au niveau micro (évaluations holistiques, optimisme thérapeutique, engagement familial et communautaire).

Les contributions à la psychiatrie culturelle, non seulement les syndromes culturels, mais également la compréhension des apports d'une sagesse populaire, de siècles de connaissance accumulée en médecine traditionnelle, d'utilisation des herbes et les perceptions charismatiques et leur impact sur les conflits émotionnels sont autant de domaines où la psychiatrie de l'Amérique latine est au premier plan (Seguin, 1974 & Alarcón, 2003, 2005). Même dans

les domaines plus « scientifiques » (du point de vue occidental) de la psychopathologie et de l'épidémiologie, la psychiatrie de l'Amérique latine cherchera à sauver les valeurs d'une bonne approche descriptive, objective, humaine, compréhensive et intégrante à la souffrance de l'autre.

Si l'identité de la psychiatrie de l'Amérique latine est encore en train de se forger (Alarcón, 2001), cela ne minimise nullement ses extraordinaires accomplissements. Les champs de l'épidémiologie, de la phénoménologie, de la psychiatrie sociale (y compris la psychiatrie communautaire et populaire), la recherche clinique et l'épidémiologie psychiatrique ont énormément bénéficié de l'apport des psychiatres de l'Amérique latine. Ces dernières décennies, les travaux de recherche de plusieurs pays ont fait progresser les connaissances et pratiques de domaines tels que la psychothérapie et la psychopharmacologie clinique. Plus récemment, les contributions à la génétique clinique et au domaine de l'épidémiologie ont mis en avant le travail en équipe, la collaboration internationale et l'élargissement de tâches qui permettront de forger un rapport plus concret avec la psychiatrie dans le reste du monde (Alarcón, 2003).

Par ailleurs, la recherche d'une définition de l'identité de la psychiatrie de l'Amérique latine ne signifie pas séparation, isolation ou recherche d'un caractère unique fragile, bloquant ainsi un dialogue qui est pourtant nécessaire avec le reste du monde psychiatrique. La psychiatrie de l'Amérique latine ne cherche pas et ne veut pas être un étranger dans le « village mondial » mythique de l'avenir qui se trouve avec nous à présent. Au contraire, elle souhaite et doit avoir les accomplissements qui lui permettront d'être bien reçue, avec respect, dans le cercle de la psychiatrie mondiale. La psychiatrie de l'Amérique latine partage entièrement le noyau nucléaire de connaissance et de pratique connu dans le globe entier, accepte les contributions de l'étranger au nom d'un universalisme sain et d'un mestizaje constructif favorisant le partage des accomplissements et des expériences avec le reste du monde. Savoir qui nous sommes est un antidote contre l'éloignement, mais également contre l'imitation ; c'est une carte d'indépendance et un bastion contre la subordination ; cela représente la confiance dans nos propres moyens et, par ailleurs, le meilleur agent préventif contre la xénophobie (Alarcón, 2004 & Hoshmand, 2003).

Conclusions

L'Amérique latine et la psychiatrie et la santé mentale de l'Amérique latine devraient faire partie d'une mondialisation qui suppose un engagement authentique à la justice sociale, la gestion éthique des politiques et services et l'accès égalitaire aux services et communications. L'Amérique latine a l'avantage d'être proche du point de vue géographique avec la seule super puissance du monde ainsi que des réalités des différences sociales, économiques et politiques indéniables. La base culturelle de ces distinctions est évidente et devra être prise en compte face aux diverses questions de la mondialisation.

Les contributions de la psychiatrie de l'Amérique latine se fondent sur l'examen minutieux de son histoire, son identité et son évolution épistémologique et pragmatique au fil des décennies. Sa participation à la nouvelle conceptualisation mondiale de la santé mentale se basera sur un examen adéquat des problèmes, besoins, réponses et des options tenant compte du fait que nous ne sommes plus tout seuls. Dans ce contexte, l'utilisation rationnelle de la technologie, la distribution adéquate des ressources, la collaboration avec les soins primaires, la diffusion équilibrée des connaissances, l'acquisition de nouvelles compétences, ainsi que l'utilisation réaliste de ces progrès renferment de bonnes chances de succès (Yach, 1997).

Dans l'interminable débat entre sciences et humanisme, c'est la convergence qui est le jalon final, à travers des chemins de nouvelles visions de l'humanisme, de la phénoménologie, de la psychopathologie, du diagnostic et du traitement pour vérifier que toutes les dimensions sont présentes lors du contact humain unique entre un patient et un praticien. La psychopathologie classique peut profiter à présent des apports neuroscientifiques, biologiques, ainsi qu'anthropologiques et sociaux. C'est le travail de la psychiatrie et des psychiatres de l'avenir de fournir un authentique pluralisme explicatif aux maladies mentales et à leur prise en charge, tel que recommandé par Kendler (2005).

La dimension subjective à ne jamais oublier détient une place de grande importance dans les luttes de la psychiatrie mondiale (Savin et Martínez, 2006 & Krause, 2006). Nul doute qu'elle entretient des liens avec l'approche humaniste mentionnée ci-dessus, mais également reconnaît « l'appartenance » d'expériences qui sont uniques et personnelles. La base neurobiologique, électrophysiologique, biochimique, pharmacologique et physiologique du phénomène, telle que la prise de décisions, le

conscient, « l'inconscient, » l'acquisition et la pratique de ce que nous appelons les valeurs ou même les émotions primitives telles que la culpabilité, la violence ou l'impulsivité comportent une précieuse dimension subjective dont il faut encore explorer les implications et les imbrications.

La dimension éthique, à ce moment du 21^e siècle, essaiera de combiner l'humanisme traditionnel et les nouvelles éthiques environnementales en fonction de réflexions communitariennes. Selon Sakamoto (2005), cela ne signifie pas toujours que les nouvelles bioéthiques mondiales sont forcément universalistes car nous devons continuer de reconnaître la grande diversité des systèmes de valeur dans le monde, Nord et Sud, Est et Ouest. Par ailleurs, ce n'est pas un particularisme non plus car, si nous voulons adopter une éthique mondiale post-moderne, nous devons accepter et harmoniser chaque type de valeurs antagonistes dans ce monde. La culture d'une nouvelle technologie sociale, régler les troubles sociaux des niveaux non seulement internationaux mais également inter-éthniques et interculturels au-delà de l'humanisme traditionnel renforcera la signification des droits humains ou de la « dignité humaine » à présent et à l'avenir (Bloch et Pargiter, 2002). L'Amérique latine est également le champ le plus indiqué pour le développement de cette nouvelle éthique humaine véritablement mondialisée.

REFERENCES

- Alarcón, RD. 1976. Hacia una identidad de la psiquiatría latinoamericana. *Bol. f San Panam*, 81:109-121.
- Alarcón RD. 1990. *Identidad de la psiquiatría latinoamericana. Voces y exploraciones en torno a una ciencia solidaria*. México DF: Siglo XXI (Eds.), (670 pp).
- Alarcón, RD. 2002. "Salud Mental en América Latina: Circa 2002". En *Salud Panamericana en el Siglo XXI. Fortalecimiento de la cooperación internacional y desarrollo de capital humano*. Sepúlveda, J. (Ed.). México DF: Instituto Nacional de Salud Pública: 114-126.
- Alarcón, RD. 2003. "Figuras y Escuelas en la Psiquiatría Latinoamericana". En Alarcón, RD. *Los mosaicos de la esperanza. Reflexiones en torno a la Psiquiatría Latinoamericana*. Caracas: APAL:49-68.
- Alarcón, RD. 2003. *Identidad de la psiquiatría latinoamericana: Una revisión crítica*. En Alarcón R.D., *Los mosaicos de la esperanza: Reflexiones en torno a la psiquiatría latinoamericana*. Caracas: APAL: 147-157.
- Alarcón, RD. 2003. *Los mosaicos de la esperanza. Reflexiones en torno a la Psiquiatría latinoamericana*. Serie de Editores, APAL. Caracas.
- Arnett, JJ. 2002. "The psychology of globalization". *Am Psychol*, 57(10):774-783.

- Atasoy, Y. 2003. Explaining Globalization. In Atasoy, Y. & Carroll (eds.). *Global Shaping and its Alternative* (pp. 3-12). Bloomfield, Kumarian Press.
- Beim, D. & Calomiris, C. 2001. *Emerging Financial Markets*. New York: McGraw-Hill.
- Berger, P., & Luckmann, T. 1967. *The Social Construction of Reality: A Treatise on the Sociology of Knowledge*. London, Penguin Books.
- Bibeau, G. 1997. "Cultural Psychiatry in a Creolizing World: Questions for a New Research Agenda". *Transc Psychiatry* 34(1):9-41.
- Bloch, S. & Pargiter, R. 2002. A history of Psychiatric Ethics. *Psychiatry Clin North Am*, 25(3):509-524. Center for Immigration Studies. Analysis of Census Bureau's March 2005. Current Population Surveyed.
- Borus, JF., Burns, BJ., Jacobson, AM., Macht, LB., Morril, RG. & Eilwon, EM. 1979. Coordinated Mental Health Care in Neighborhood Health Centers. Institute of Medicine Series on Mental Health Services in General Health Care, Vol. 2. Washington DC, National Academy of Sciences.
- Brown, TM., Cueto M. & Fee, C. 2006. "The World Health Organization and its Transition from International to Global Public Health". *American Journal of Public Health* 96(1):62-72.
- Brundtland, GH. 2005. Public Health Challenges in a Globalizing World. *European J Public Health* 15 (1): 3-5.
- Castells, M. 2000. *The Rise of the Network Society (2nd Red). The information Age: Economy, Society and Culture*. Oxford, Blackwell Publishers, Vol. 1.
- Cattel, V. 2001. "Poor People, Poor Places, and Poor Health: The Mediating Role of Social Networks and Social Capital". *Soc Science Med* 52: 1501-1516.
- Davis, M. 2004 (June). "Planet of Slums". *Harper's Magazine*, 308:17-20.
- Dech, H., Ndetei, DM. & Mascleidt, W. 2003. "Social Change, Globalization and Transcultural Psychiatry—Some Considerations from a Study on Women and Depression". *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, 105(1):17-27.
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B. & Kleinman, A. 1995. *World Mental Health. Problems and Priorities in Low Income Countries*. Oxford, UK: Oxford University Press (382 pp).
- Errington, J. 2004. "Getting Language Rights, Shifting Linguistic Traditions". *Coll Antropol*, 28, Suppl. 1:43-48.
- Frenk, J. & Gómez-Dantes, O. 2002. "Globalization and the Challenges to Health Systems". *Health Affairs*, 21(3):160-165.
- Gilbert, A. 2004. *The Latin American Mega-City: an Introduction*. New York, Oxford University Press.
- Hinton, AL. 1999. *Biocultural Approaches to Emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hochberg, ME. 2004. "A theory of Modern Cultural Shifts and Meltdowns". *Proc Biol Sci*, 271, Suppl. 5:S313-S316.
- Hoshmand, LP. 2003. "Modern Implications of Globalization and Identity". *Am Psychol*, 58(10):814-815.
- Huynen, M. MTE., Martin, ENS P. & Hilderink, HBM. 2005. The Health Impact of Globalization: a Conceptual Framework. *Globalization and Health*, 1:14-26.
- Hyman, G., Lema, G., Nelson, A. et al. 2004. Latin American and Caribbean Population Database Documentation. Mexico: International Center for Tropical Agriculture.
- Kirmayer, LG. & Minas, H. 2000. The Future of Cultural Psychiatry: An International Perspective. *Can J Psychiatry*, 45(4):438-446.
- Kirmayer, LJ. 2006. Culture and Psychotherapy in a Creolizing World. *Transc*

- Psychiatry*, 43(2):163-168.
- Kirmayer, L.J. 2006. "Beyond the New Cross-Cultural Psychiatry: Cultural Biology, Discursive Psychology, and the Ironies of Globalization". *Transc Psychiatry* 43 (1): 26-144.
- Kraidy, M. 2005. *Hybridity, or a Cultural Logic of Globalization*. Philadelphia, Pennsylvania, Temple University Press.
- Krause, I.B. 2006. "Hidden Points of View in Cross Cultural Psychotherapy and Ethnography". *Transc Psychiatry*, 43(2):181-204.
- Lacroix, M. & Shrage, E. 2004. "Globalization and Community Mental Health- Introduction". *Can J Comm Mental Health*, 23(2)5-12.
- Lei, L., Liang, YX. & Krieger, GR. 2004. "Stress in Expatriates". *Clin Occup Environ Med*, 4(1):221-229.
- Leitao, M. 2001. Sao Paulo Schizophrenia Care Study. Cited at the Conference on Mental Health in the Americas. Partnership for Progress. Washington DC, Dec. 6-8.
- Lolas, S. F. 2005. Salud Pública: ¿Práctica versus Investigación? *Investigación en Salud*, 7 (1): 4-5.
- Marmora, L. 1998. "International Migration. World Order or Disorder?" *Study Emigr*, 35(130):199-214.
- Martin, S. 2001. "Heavy Traffic: International Migration in an Era of Globalization". *Brookings Review*, 19:225-229.
- Mastrogianni, A. & Bhugra, D. 2003. "Globalization, Cultural Psychiatry, and Mental Distress". *Int J Soc Psychiatry*, 49(3): 163-165.
- Miller, G. 2006. "The Unseen: Mental Illness's Global Toll". *Science* 311: 458-461.
- Murray, C.J.L. & Frenk, J. 2000. "A Framework for Assessing the Performance of Health Systems". *Bull World Health Org*, 78:717-731.
- Murray, C.J.L., Jakidou, DE. & Frenk, J. 1999. "Health Inequality and Social Group Differences: What Should We Measure?" *Bull World Health Org*, 77:537-543.
- Murray, C.J.L. & López, AD. 1996. "Evidence-based Health Policy. Lessons from the Global Burden of Disease Study". *Science*, 274:740-743.
- Murray, C.J.L. & López, AD. 1999. *The Global Burden of Disease. A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.
- Okasha, A. 2005. "Globalization and Mental Health: A WPA Perspective". *World Psychiatry* 4 (1): 1-2
- Paim, JS. & de Almeida, Filho N. 1998. Collective Health: "A New 'Public Health' or Field Open to New Paradigms?" *Rev Saude Publica*, 32(4):299-316.
- Pan American Health Organization (PAHO). 1990. Regional Conference About the Restructuring of Psychiatric Services in the Region. Caracas, Venezuela, November 12-14.
- Pan American Health Organization. 2001. Conclusions of the Working Group on Mental Health Policies. Conference on Mental Health in the Americas: Partnership for Progress. Washington DC, December 6-8.
- Pan American Health Organization. 2001. Conclusions of the Working Group on Mental Health Policies. Conference on Mental Health in the Americas: Partnership for Progress. Washington DC, December 6-8.
- Pan American Health Organization. 2001. Mental Health Policies. Working

- Paper for the Conference on Mental Health in the Americas: Partnership for Progress. Washington DC, December 6-8.
- Paz, O. 1981. Alrededores de la literatura hispanoamericana. En *In/Mediaciones*, pp. 25-37. Barcelona: Seix Barral.
- Rigby, M., Birch, K. & Roberts, R. 2000. "The Need to Ensure that the Globalization of Information and Telematics does not Destabilize Health-Care Worldwide". *J Telemed Telecare*, 6, Suppl. 1:116-118.
- Rizzolatti, G. & Fadiga, L. 1998. "Grasping Objects and Grasping Action Meanings: The Dual Role of Monkey Rostroventral Promoter Cortex (area F5)". *Novartis Foundation Symposium*, Vol. 218, pp. 18-51. New York, Wiley.
- Rosen, A. 2006. "Destigmatizing Day-to-Day Practices: What Developed Countries can Learn from Developing Countries". *World Psychiatry* 5(1):21-24.
- Sakamoto, H. 2005. "Globalization of Bioethics as an Intercultural Social Tuning Technology". *J Int Bioethique*, 16(1-2):17-27, 189-90.
- Saul, JR. 2004 (March). "The Collapse of Globalism, and the Reverse of Nationalism". *Harper's Magazine*, 308:33-44.
- Savin, D. & Martínez, R. 2006. "Cross Cultural Boundary Dilemmas: A Graded-Risk Assessment Approach". *Transc Psychiatry*, 43(2):243-258.
- Simmons, A. 2002. "Mondialisation et Migration Internationale: Tendencias, Interrogation et Modeles Theoriques". *Cahiers Quebecois de demographie*, 31(1): 7-33.
- Stiglitz, JE. 2002. *Globalization and its Discontent*. London: Penguin Books (288 pp).
- Waitzkin, H., Jasso-Aguilar, R., Landwehr, A. & Mountain, C. 2005. "Global Trade, Public Health, and Health Services: Stakeholders' Constructions of the Key Issues". *Soc Science Med* 61: 893-906.
- Ward, C. & Styles, I. 2003. "Lost and Found: Reinvention of the Self Following Migration". *J Applied Psychoanal Studies*, 5(3): 349-367.
- Watkins, M. 2003. "Politics in time and space globalization. In, W. Clement and L.Vosko (Eds.), *Changing Canada: Political Economy as Transformation*, (pp 3-24). Montreal: McGill-Queen University Press.
- World Health Organization. 2001a. Atlas, Mental Health Resources in the World. Geneva.
- World Health Organization. 2001. The World Health Report 2001—Mental Health: New Understanding, New Hope. WHO, Geneva.
- Yach, D. 1997. "Health for All in the 21st Century: A Global Perspective". *NATL Med J India*, 10(2):82-89.

A PROPOS DES AUTEURS

Renato D. Alarcón, MD, MPH. Professeur de psychiatrie, Mayo Clinic College of Medicine, et Directeur médical, Mood Disorders Unit, Mayo Psychiatry and Psychology Treatment Center, Rochester, Minnesota, USA. Né à Arequipa, Pérou, il a obtenu son diplôme de Cayetano Heredia Peruvian University à Lima, a été interne à Johns Hopkins Hospital, et a obtenu son MPH de Johns Hopkins University, School of Public Health. Membre de l'Académie nationale de médecine au Pérou. Auteur de plus de 200 documents, 12 livres (notamment *Identidad de la Psiquiatría Latinoamericana*, *Los mosaicos de la esperanza*, *Texto Latinoamericano de Psiquiatría y Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría*), et chapitres sur la santé mentale et la santé publique, psychiatrie

Perspectives latino-américaines sur la mondialisation

culturelle, diagnostic psychiatrique et recherche clinique.

Marina Julia Piazza-Ferrand, DSc, MPH. Professeur de santé publique, Cayetano Heredia Peruvian University, et Directeur d'un programme international financé par Fogarty-NIDA conjointement avec Michigan State University. MPH et Doctorat en sciences de Johns Hopkins University School of Public Health. Chercheur Hubert Humphrey à Hopkins, études post-doctorat au Center for Adolescent Health Promotion and Disease Prevention in Baltimore, Maryland, USA. Enquêteur principal pour l'Etude de l'OMS sur le genre, l'alcool et la culture (GENACIS) au Pérou, met en place actuellement le Système national de surveillance sur la demande en médicaments pour la Commission nationale pour une vie et un développement sans drogues.