



## Directives pour la formation en psychiatrie culturelle

Laurence J Kirmayer, MD, FRCPC<sup>1</sup>; Kenneth Fung, MD, FRCPC<sup>2</sup>; Cécile Rousseau, MD, MSc, FRCPC<sup>3</sup>; Hung Tat Lo, MB, FRCPC<sup>4</sup>; Peter Menzies, PhD, RSW<sup>5</sup>; Jaswant Guzder, MD, FRCPC<sup>6</sup>; Soma Ganesan, MD, FRCPC<sup>7</sup>; Lisa Andermann, MD, FRCPC<sup>8</sup>; Kwame McKenzie, MD, MRCPsych (UK)<sup>9</sup>

*Un énoncé de principes rédigé par la Section de psychiatrie transculturelle et le Comité permanent de l'éducation de l'Association des psychiatres du Canada, et approuvé par le conseil d'administration de l'APC, le 28 septembre 2011.*

### Introduction

La société canadienne est une société extrêmement diversifiée qui a significativement contribué, depuis longtemps, au développement de la psychiatrie transculturelle. Les universitaires et cliniciens canadiens sont reconnus internationalement pour leurs études de l'influence qu'exerce la culture sur la santé mentale. Cependant, on ne dispose à ce jour d'aucune directive nationale visant à intégrer la culture à la formation et la pratique psychiatriques. Le présent article, préparé par la Section de psychiatrie transculturelle de l'Association des

psychiatres du Canada (APC) pour le compte du Comité permanent de l'éducation, fournit la justification, précise le contenu et définit les stratégies pédagogiques de la formation en psychiatrie culturelle. Il s'appuie sur une revue de la littérature, les leçons tirées des expériences des programmes canadiens de formation existants et le consensus dégagé par les spécialistes. Cet article traite de questions qui concernent à la fois la psychiatrie générale et des populations spécifiques, notamment les immigrants, les réfugiés et les communautés ethnoculturelles, ainsi que les Premières Nations, les Inuits et les Métis.

<sup>1</sup> Professeur James McGill et directeur, Division de psychiatrie sociale et transculturelle, Université McGill, Montréal, Québec; Directeur, Unité de recherche sur la culture et la santé mentale, Institut de psychiatrie communautaire et familiale, Hôpital général juif, Montréal, Québec.

<sup>2</sup> Professeur adjoint, Programme d'études sur la culture, la communauté et la santé, Département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto, Ontario; Directeur clinique, Asian Initiative in Mental Health, Toronto, Ontario.

<sup>3</sup> Professeure, Division de psychiatrie sociale et transculturelle, Département de psychiatrie, Université McGill, Montréal, Québec; Directrice, Équipe de recherche et d'intervention transculturelles, CSSS de la Montagne, Montréal, Québec.

<sup>4</sup> Professeur adjoint, Programme d'études sur la culture, la communauté et la santé, Université de Toronto, Toronto, Ontario.

<sup>5</sup> Membre de la Première Nation Sagamok Anishnawbek, Ontario; Chef clinique, Service aux Autochtones, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto, Ontario; Professeur adjoint, Département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto, Ontario; Professeur auxiliaire, École de travail social et de santé dans les milieux ruraux et du nord, Université Laurentienne, Sudbury, Ontario.

<sup>6</sup> Professeure adjointe, Département de psychiatrie, Université McGill, Montréal, Québec; Chef de la division de pédopsychiatrie, Centre de développement et de santé mentale des enfants, Hôpital général juif, Montréal, Québec.

<sup>7</sup> Professeur clinique, Département de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, Colombie-Britannique; Chef et directeur médical, Département de psychiatrie, Services de soins aigus et communautaires de santé mentale de Vancouver, Vancouver, Colombie-Britannique; Directeur, Programme transculturel, Vancouver, Colombie-Britannique.

<sup>8</sup> Professeure adjointe, Programme d'études sur la culture, la communauté et la santé, Département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto, Ontario.

<sup>9</sup> Professeur, Département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto, Ontario; Scientifique principal, Directeur de l'équité en santé et Directeur de l'étiologie sociale de la maladie mentale, Programme de formation des Instituts de recherche en santé du Canada, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto, Ontario.

© Tous droits réservés 2012. Association des psychiatres du Canada. Toute reproduction, citation ou paraphrase de ces sommaires, intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, est interdite sans l'autorisation écrite de l'APC. Les commentaires des membres sont les bienvenus. Veuillez adresser vos observations au président de l'Association des psychiatres du Canada à : 141, avenue Laurier Ouest, bureau 701, Ottawa (Ontario) K1P 5J3; tél. : 613-234-2815; téléc. : 613-234-9857; courriel : [president@cpa-apc.org](mailto:president@cpa-apc.org). Référence 2012-53.

Avis : L'Association des psychiatres du Canada a pour politique de réviser chaque énoncé de principes, déclaration de politique et guide de pratique clinique tous les cinq ans après la publication ou la dernière révision. Tout document qui a été publié depuis plus de cinq ans et dans lequel il n'est pas expressément mentionné qu'il a été révisé ou conservé à titre de document officiel de l'APC, soit révisé ou tel que publié à l'origine, doit être considéré comme un document de référence historique uniquement.

## Contexte

Il existe une abondante littérature qui illustre les nombreuses façons dont les variations culturelles influent sur les manifestations symptomatiques et la présentation clinique de la gamme complète des problèmes de santé mentale tels que la dépression, l'anxiété et les problèmes liés aux traumatismes, ainsi que la psychose et les troubles mentaux organiques<sup>1,2</sup>. Il a été démontré que ces variations culturelles influencent la capacité des médecins à détecter, diagnostiquer et traiter adéquatement les problèmes de santé mentale. Les différences culturelles dans les pratiques de santé constituent aussi des déterminants importants à l'égard de l'attitude adoptée face à la maladie, de l'adaptation, de l'observance et de la réponse au traitement, de la réadaptation et du rétablissement. Il est clairement établi que les différences culturelles contribuent aux disparités en santé et aux inégalités d'accès aux soins, et que l'identité et les connaissances culturelles sont des déterminants importants de l'évolution clinique<sup>3-8</sup>. Tout système de soins de santé mentale qui vise à réaliser l'équité doit donc aborder les enjeux de la diversité culturelle<sup>9</sup>. C'est ce qu'ont reconnu des organisations gouvernementales et professionnelles des États-Unis, du Royaume-Uni, du Canada et d'autres pays<sup>3,10,11</sup>.

Dans le cadre de sa stratégie de santé mentale, la Commission de la santé mentale du Canada situe la prise en compte des besoins diversifiés des Canadiens au troisième rang des sept principes fondamentaux d'un système de santé mentale réformé<sup>12</sup>. Ces besoins diversifiés comprennent ceux ayant trait à la culture et à l'ethnicité ainsi que ceux qui sont associés au genre, à l'orientation sexuelle, à l'invalidité et à d'autres aspects de l'expérience susceptibles d'interagir avec les valeurs culturelles.

Les pays conceptualisent la diversité culturelle de différentes manières selon leur rapport historique aux migrations, leurs politiques et idéologies de la citoyenneté, et leurs modèles d'identité ethnique et de stratification sociale<sup>13-17</sup>. Le contexte canadien se distingue à maints égards. Depuis 1976, le Canada s'est doté d'une politique officielle de multiculturalisme<sup>18</sup>, qui reconnaît et favorise formellement la diversité au sein de la société canadienne comme étant une caractéristique partagée de notre identité collective<sup>19</sup>. Cette politique reflète et encourage le maintien d'un milieu social dans lequel l'attention portée à la culture est conçue comme une valeur positive, comme une nécessité qui permet de respecter et de répondre aux aspirations des personnes et communautés ethnoculturelles. Toutefois, cet engagement explicite en faveur de la diversité est relativement récent, et la formation des professionnels a généralement ignoré l'histoire des politiques eurocentriques et racistes de même que certaines pratiques d'exclusion dont les répercussions continuent d'affecter les individus et les communautés<sup>20-22</sup>. Au cours des dernières années, on assiste à une reconnaissance

accrue accordée à l'histoire des colonisations et aux conséquences désastreuses des politiques d'assimilation forcée des peuples autochtones du Canada à la société dominante, ainsi qu'à une meilleure appréciation de la résilience et de la vitalité des cultures, des langues et des traditions des Premières Nations, des Inuits et des Métis comme autant de ressources qui contribuent au maintien de la santé mentale et au bien-être.

Bien que le Canada ait été dès sa création une nation culturellement diversifiée, l'origine géographique des nouveaux arrivants au Canada a beaucoup changé au fil du temps. Avant 1960, plus de 90 % des immigrants provenaient d'Europe; en 2006, ce nombre avait chuté sous la barre des 19 %. Aujourd'hui, la majorité des quelque 250 000 personnes qui arrivent au Canada chaque année proviennent d'Asie, d'Afrique, du Moyen-Orient et d'Amérique latine; des régions d'une grande hétérogénéité sociale et culturelle, qui diffèrent sensiblement des cultures européennes prédominantes dans les cycles de migration antérieurs. Cette nouvelle migration, conjuguée aux événements géopolitiques récents, vient ébranler la confiance envers le multiculturalisme, et attirer l'attention sur des formes nouvelles et persistantes d'inégalité qui ont une incidence sur la santé mentale et l'accès aux services de certaines parties de la population canadienne. Il est essentiel de bien comprendre ces questions si l'on veut assurer une formation adéquate aux psychiatres et autres professionnels de la santé mentale.

## Initiatives et programmes de formation existants

Les États-Unis, le Royaume-Uni et l'Australie ont fait des efforts importants pour élaborer des directives et documents de formation dans le but d'accroître la compétence culturelle des cliniciens. La plupart des facultés de médecine du Canada abordent des thèmes généraux, notamment la relation médecin-patient, le statut socioéconomique et le racisme, et offrent de l'information sur les communautés ethnoculturelles qu'elles desservent, mais peu d'entre elles accordent suffisamment d'attention aux questions touchant l'accès aux soins de santé ou la langue<sup>23</sup>.

Les modèles de formation basés sur une configuration catégorielle de l'identité culturelle, telle que conceptualisée aux États-Unis, se fondent sur cinq blocs ethnoraciaux définis par le recensement américain (Afro-Américains, Asio-Américains et Insulaires du Pacifique, Hispaniques, Amérindiens et Autochtones de l'Alaska, et Caucasiens)<sup>14</sup>. Cette répartition de divers groupes en grands blocs a grandement facilité les efforts de revendication des groupes minoritaires aux États-Unis<sup>24</sup>. De nombreux programmes offrent maintenant aux stagiaires des séances dirigées par des représentants de ces communautés. Bien que cette catégorisation favorise une reconnaissance minimale de la diversité, elle peut aussi avoir pour malencontreuse conséquence de minimiser l'hétérogénéité

et la diversité et de renforcer ainsi les stéréotypes réducteurs et simplistes. En outre, l'éducation basée sur de grands groupes culturels ou géographiques ne peut aborder le degré élevé de diversité à l'intérieur du contexte canadien, où la composition démographique n'est généralement pas celle de grands blocs ethnoculturels, mais plutôt de petites communautés hétérogènes, dont un nombre important d'Autochtones et de réfugiés<sup>25</sup>. Afin de répondre à la diversité des centres urbains du Canada, les cliniciens doivent élaborer des stratégies générales pour pouvoir prodiguer des soins culturellement sécuritaires, compétents et sensibles, qui puisse être adaptées selon les circonstances auprès de groupes divers<sup>14</sup>.

Les enquêtes portant sur la formation en psychiatrie culturelle au Canada ont révélé un développement inégal de celle-ci à l'échelle du pays<sup>26</sup>. La plupart des programmes canadiens de résidence en psychiatrie n'offrent qu'une exposition très limitée à la psychiatrie culturelle<sup>27</sup>, ce qui explique pourquoi à ce jour les organismes de réglementation et organisations canadiennes n'ont pas élaboré de directives précises touchant la formation ou la pratique clinique en psychiatrie culturelle. Dans les normes d'agrément du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC), on ne trouve qu'une brève mention du fait que les milieux d'apprentissage, d'enseignement et d'évaluation doivent faciliter « l'acquisition des connaissances, des habiletés et des comportements reliés aux facteurs d'âge, de sexe, de culture et d'origine ethnique pertinents à la spécialité ou à la surspécialité »<sup>28</sup>, p. 9. Les objectifs plus spécifiques à la psychiatrie soulignent que « dans tous les aspects de la pratique spécialisée, le résident doit être en mesure de transiger avec professionnalisme avec les questions entourant le sexe, l'âge, la culture, l'ethnicité, la spiritualité et l'éthique »<sup>29</sup>, p. 1. Un énoncé de principes de l'APC<sup>30</sup> concernant la formation pour le travail en région rurale et éloignée souligne aussi brièvement l'importance de porter attention à la culture locale et aux questions de santé mentale des Autochtones. Des énoncés de principes antérieurs<sup>31,32</sup> sur la formation en psychiatrie d'urgence et en toxicomanie reconnaissent la pertinence des facteurs socioculturels; cependant, on ne fournit aucun détail à propos du programme d'études.

## Concepts clés

Les progrès importants accomplis par la psychiatrie culturelle au cours des dernières années pourraient fournir suffisamment d'éléments pour permettre l'élaboration d'un programme d'études de base. Des travaux ont été entrepris par plusieurs universités du Canada<sup>33-38</sup> en vue de développer un programme d'études, des méthodes didactiques et des ressources pour la formation. Dans cette section, nous résumons les concepts clés dirigeant le développement d'un programme d'études de base.

## *Culture, race et ethnicité*

La notion de culture comprend un vaste ensemble de significations qui ont évolué avec les changements de configuration des sociétés et notre compréhension de la nature des communautés et traditions<sup>39</sup>. La culture englobe tous les aspects d'un mode de vie transmis socialement, allant des valeurs et connaissances jusqu'aux pratiques et comportements sociaux. À ce titre, les institutions et les ordres professionnels de savoir et de pratique tels que la psychiatrie sont également imprégnés de culture. Les cultures produisent des formes d'identité, dont la race et l'origine ethnique. La race est une marque sociale d'identité, habituellement basée sur des traits physiques communs attribués à certaines caractéristiques intrinsèques supposées d'un groupe<sup>40-42</sup>. Quoiqu'il n'y ait aucune définition biologique cohérente du concept de race, celui-ci revêt une importance particulière en psychiatrie principalement en raison du fait que le racisme et les pratiques de discrimination, d'exclusion et d'oppression sociales peuvent avoir des conséquences très négatives sur la santé mentale et la manière dont les groupes interagissent avec les services de santé<sup>43</sup>. L'ethnicité désigne les façons dont les groupes s'identifient comme peuples ou communautés historiques<sup>44</sup>. La dynamique de la culture, de la race et de l'ethnicité dépend des interactions entre les groupes au sein d'un grand ensemble social. Le Canada a sa propre histoire et sa propre dynamique en matière d'identité et de santé mentale<sup>45</sup>.

## *Biologie culturelle et neuroscience culturelle*

Anciennement, on définissait les notions de culture par opposition à la nature (humaine), que l'on supposait enracinée dans une biologie universelle. On reconnaît de plus en plus qu'il existe des biologies locales reflétant des différences qui sont influencées par la culture chez les populations humaines<sup>46</sup>. Celles-ci peuvent contribuer aux différences pharmacocinétiques et possiblement pharmacodynamiques de la réponse aux médicaments<sup>47</sup>. Le domaine émergent de la neuroscience culturelle révèle que des différences dans l'éducation des enfants ou dans les contextes sociaux peuvent influencer sur les mécanismes neuropsychologiques de l'attention, la mémoire, la cognition et l'émotion, de même que sur la représentation de soi et la psychopathologie<sup>48,49</sup>.

## *Déterminants sociaux et culturels de la santé et disparités de la santé*

Les différences culturelles entraînent des identités, des positions et des statuts sociaux particuliers qui sont associés à une exposition variable à des types particuliers de déterminants sociaux, d'adversité et d'accès aux ressources, notamment les services de santé<sup>50</sup>. Cela provoque d'importantes disparités au niveau de la prévalence de problèmes spécifiques de santé mentale et de leur évolution clinique.

### ***Racisme, préjugés et discrimination***

Parmi les déterminants sociaux de la santé les plus importants on retrouve l'exposition systématique à la discrimination et à l'exclusion, celles-ci pouvant être associées à des idéologies racistes ou à des formes plus subtiles de discrimination, tant sur le plan personnel que dans le cadre de pratiques institutionnelles<sup>43,51,52</sup>. Les inégalités structurelles ainsi que des pratiques quotidiennes de dénigrement deviennent des formes de microagression<sup>53</sup>.

### ***Racisme institutionnel***

Défini comme l'échec de la part des institutions à dispenser des soins et services appropriés à cause de la culture, l'origine ethnique ou la race, le racisme institutionnel préoccupe particulièrement les établissements de soins de santé mentale. Même lorsque les personnes ne sont pas explicitement racistes, on peut constater ou détecter le racisme institutionnel dans certaines attitudes et comportements qui constituent des formes de discrimination. Les préjugés involontaires, l'ignorance, le manque d'égard et les stéréotypes peuvent ainsi désavantager les personnes appartenant à un groupe minoritaire<sup>54,55</sup>.

### ***Migration, colonisation et santé mentale***

La migration et la colonisation peuvent apporter des changements culturels rapides. Lorsqu'un tel changement est imposé et qu'il mine les valeurs culturelles de base, il peut contribuer à un stress acculturatif et social, des conflits d'identité, des conflits familiaux et à d'autres problèmes de santé mentale<sup>56</sup>.

### ***Les influences culturelles sur les mécanismes psychopathologiques***

La culture peut contribuer directement aux mécanismes sous-jacents de la psychopathologie en influençant la neurobiologie des troubles mentaux par des expériences de développement, le régime alimentaire et d'autres aspects du comportement, ainsi qu'en créant la forme et le contenu des processus cognitif et interpersonnel<sup>57,58</sup>. En guise d'exemples, on peut citer les divers types de trouble panique qui dépendent des interprétations spécifiquement culturelles des sensations<sup>59</sup>, et les variations de forme et de prévalence des troubles dissociatifs, reflétant la place de la dissociation dans les traditions religieuses et de guérison<sup>60</sup>.

### ***Maladie et comportements de recherche d'aide***

Les interprétations culturelles des sensations, des symptômes, des maladies et d'autres types de problèmes orientent le choix de stratégies adaptatives, la recherche d'aide et l'utilisation des soins de santé<sup>57</sup>. Pour ce motif, indépendamment de leurs contributions aux mécanismes de la psychopathologie, les connaissances et pratiques culturelles ont un rôle clé lorsqu'il s'agit d'améliorer l'accès aux soins de santé, reconnaître et répondre adéquatement aux préoccupations des patients, négocier le traitement et en assurer l'observance.

### ***Compétence culturelle et sécurité culturelle***

Divers cadres théoriques ont été développés en vue d'assurer que l'organisation et la prestation de services de santé mentale soient respectueuses et adaptées aux spécificités sociales, culturelles et politiques de différents groupes<sup>61</sup>. L'essentiel de ces efforts s'est centré sur la notion de compétence culturelle, qui comprend la conscience de l'impact de l'identité ethnoculturelle du clinicien sur ses patients; la connaissance des antécédents linguistiques et culturels des groupes rencontrés en pratique clinique et leurs interactions avec les problèmes et traitements de santé mentale; les compétences requises pour travailler avec des groupes particuliers; et la mise en place d'une organisation ou d'un système capable de garantir l'équité d'accès et de résultats à des populations diverses<sup>62-64</sup>. Outre la compétence culturelle, la Commission de la santé mentale du Canada a adopté le concept de sécurité culturelle, élaboré à l'origine en Nouvelle-Zélande, qui souligne les différences de pouvoir et la vulnérabilité inhérentes aux situations cliniques qui mettent en scène des groupes dominants et sous-dominants de la société<sup>65-67</sup>. La notion de sécurité culturelle se fonde sur la reconnaissance des expériences historiques et politiques de d'oppression et de marginalisation et exige d'accorder une attention explicite aux enjeux structurels et organisationnels qui assurent que la voix et la perspective des patients, leur culture et leur communauté soient prises en compte.

### ***Évaluation clinique et formulation culturelle***

La formulation culturelle, d'abord présentée dans la 4<sup>e</sup> édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV), est un outil indispensable qui propose d'organiser l'information culturelle pertinente sur le plan clinique en une formulation diagnostique<sup>68,69</sup>. Des travaux récents ont mis au point des entrevues semi-structurées et des directives détaillées sur la façon de mener des entrevues de formulation culturelle auprès des patients et de leur famille<sup>70</sup>.

### ***Travailler avec des interprètes et des agents culturels***

Plus de 20 % de la population du Canada ont une langue maternelle autre que l'anglais ou le français. Ils peuvent éprouver le désir ou le besoin de parler ces langues en temps de crise ou de détresse. Une communication claire et efficace est essentielle pour l'établissement d'un diagnostic précis, et la négociation et la prescription d'un traitement approprié. Les situations où patients et cliniciens ne parlent pas couramment la même langue exigent que l'on ait recourt à des interprètes médicaux professionnels pour assurer des soins sûrs et efficaces<sup>71</sup>. Les contraintes pratiques et les attitudes des professionnels face à la présence d'un tiers, contribuent à nourrir les réticences face à l'utilisation d'interprètes<sup>72</sup>. En conséquence, des interprètes compétents sont encore largement sous-utilisés dans les soins de santé. Même lorsque la communication linguistique est établie, la

formulation culturelle peut nécessiter le recours à des agents ou des médiateurs culturels, c'est-à-dire des personnes-ressources ou des professionnels qui ont une connaissance approfondie des antécédents socioculturels spécifiques du patient ainsi que des systèmes médicaux qui peuvent servir d'intermédiaires, favorisant la compréhension et la collaboration mutuelles.

L'interprétation en pédopsychiatrie exige une formation spécifique, tant pour le clinicien que pour l'interprète. Il s'agit en particulier de relever les défis consistant à évaluer le développement en fonction de normes différentes et de pouvoir évaluer les conflits intergénérationnels se déroulant au sein des familles d'immigrants dans le respect des différents acteurs<sup>73</sup>.

### ***Enjeux politiques***

La conception et la mise en œuvre de systèmes et d'institutions de soins de santé mentale sûrs et compétents exigent que l'on prête attention aux questions structurelles et organisationnelles à plusieurs niveaux<sup>74</sup>. Des schémas démographiques globaux et les politiques sociales d'immigration et d'intégration façonnent la manière dont ces services sont offerts. Les droits de la personne, le multiculturalisme, l'interculturalisme et d'autres approches de la diversité influencent le soutien juridique et économique ainsi que la faisabilité et l'acceptabilité des modèles spécifiques d'organisation des services<sup>75,76</sup>.

### ***La santé mentale mondiale et les droits de la personne***

Il y a une reconnaissance croissante de la nécessité de développer des services psychiatriques appropriés au contexte des pays à faible et moyen revenus, où les problèmes de santé mentale contribuent lourdement au fardeau de la maladie<sup>77</sup>. Les questions culturelles sont au cœur des tentatives de transfert et d'adaptation des interventions. La reconnaissance et le respect de la culture sont essentiels à l'identité et au bien-être humains, c'est pourquoi ils font partie des droits fondamentaux de la personne. La prise en compte de la culture soulève des questions complexes liées à l'éthique et aux droits de la personne, dans la mesure où elle définit des dimensions fondamentales de l'organisation comme les phases du développement et l'identité sexuelle et collective.

### ***La santé mentale autochtone***

Les peuples autochtones constituent environ quatre pour cent de la population canadienne, mais ils sont surreprésentés au niveau des problèmes de santé mentale<sup>78,79</sup>. Bien qu'il y ait une grande variation entre les groupes, les taux plus élevés de troubles psychiatriques et de toxicomanie observés chez de nombreux segments de la population autochtone peuvent être liés aux effets persistants des mesures historiques sociales, économiques et politiques de l'assimilation forcée, de la marginalisation et de la discrimination<sup>80-83</sup>. La *Loi sur les Indiens*, le

système scolaire des pensionnats indiens et les organismes de protection de la jeunesse ont eu des répercussions profondes sur la santé mentale des populations autochtones<sup>84-86</sup>. Cependant, les individus, communautés et peuples autochtones disposent de ressources et de stratégies de résilience uniques qui se fondent en grande partie sur la culture, la langue, la spiritualité et les liens à la famille, à la communauté et au lieu<sup>87</sup>.

La nécessité d'une formation en compétence culturelle est largement reconnue si l'on veut répondre aux besoins en santé mentale des peuples autochtones<sup>88,89</sup>. De nombreuses communautés sont situées dans des régions éloignées, ce qui pose des problèmes logistiques au niveau de la prestation des soins qui suppose l'examen d'approches spécialisées, en étroite collaboration avec des travailleurs communautaires, des équipes mobiles d'intervention d'urgence et de consultation, et la télépsychiatrie. Plus de 50 % des peuples autochtones habitent dans des villes où ils n'ont pas toujours accès à des services culturellement adaptés qui respectent et tirent parti des richesses de leur langue et de leurs traditions culturelles et spirituelles. L'Organisation nationale de la santé autochtone, l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada, et le Comité consultatif sur les Premières Nations, les Inuits et les Métis de la Commission de la santé mentale du Canada ont identifié la sécurité culturelle comme un cadre important pour l'élaboration de programmes de formation et de changements institutionnels en vue d'améliorer la qualité et le caractère approprié des soins de santé mentale<sup>90,91</sup>. La sécurité culturelle s'attaque aux inégalités structurelles et aux déséquilibres de pouvoir qui rendent les consultations cliniques risquées pour les peuples autochtones<sup>67,92,93</sup>.

L'Association des médecins indigènes du Canada et le CRMCC ont élaboré récemment un programme d'études de base et des documents de formation en entrevue clinique pour les résidents<sup>94,95</sup>. La formation comporte des lectures, des discussions, des jeux de rôle et des interactions avec des formateurs des communautés autochtones, afin de fournir :

1. Une compréhension élémentaire des liens entre les pratiques et politiques gouvernementales anciennes et actuelles à l'égard des peuples des Premières Nations, des Inuits et des Métis, et les déterminants sociaux de la santé, l'accès aux services de santé et les résultats de santé intergénérationnels.
2. Une réflexion sur les propres valeurs culturelles et les réactions émotionnelles des stagiaires face à l'histoire, aux identités et aux événements contemporains touchant les Premières Nations, les Inuits et les Métis.

Le programme d'études mis au point pour les résidents en médecine familiale traite également de compétences cliniques spécifiques propres à la psychiatrie, notamment :

1. La sécurité culturelle en entrevue clinique.

2. L'identification des ressources communautaires adaptées aux réalités culturelles du traitement.
3. L'élaboration d'un plan de traitement intégré.

## Compétences de base et habiletés essentielles

La compétence culturelle fait appel à des attitudes, des connaissances et des habiletés qui permettent à un professionnel de la santé mentale de prodiguer des soins compétents, équitables et efficaces afin de répondre aux besoins diversifiés de tous les patients<sup>96</sup>. Cela exige que l'on se penche sur des questions culturelles fondamentales dont, notamment :

1. L'identité propre du clinicien et sa relation avec des patients de diverses origines.
2. Les habiletés de communication et aptitude à travailler avec des interprètes et des agents culturels.
3. Des modèles conceptuels expliquant la manière dont le contexte et les antécédents culturels influent sur les processus de développement, la psychopathologie, la recherche d'aide, l'adaptation à la maladie, la réponse au traitement, la guérison, le rétablissement et le bien-être, ainsi que les questions d'ordre morale ou éthique.
4. Une connaissance spécifique des populations et communautés particulières auprès desquelles travaille le clinicien<sup>33,97</sup>.

L'acquisition de compétences culturelles exige un enseignement didactique, un mentorat et une expérience supervisée de milieux cliniques et communautaires spécifiques permettant d'aborder chacun de ces domaines. Cela devrait à tout le moins comprendre :

1. La possibilité d'explorer et de réfléchir à son identité et à ses antécédents culturels, ceux-ci constituant à la fois une ressource et une source éventuelle de préjugés, et d'aborder les dynamiques interpersonnelle et institutionnelle du racisme (les déséquilibres de pouvoir, l'exclusion sociale et le stress acculturatif) au niveau de leurs répercussions sur la santé mentale et le travail clinique.
2. Les connaissances de base issues de la recherche récente et des modèles conceptuels de la psychiatrie culturelle, de l'anthropologie médicale et de la psychologie transculturelle s'avèrent utiles pour reconnaître les influences sociales et culturelles exercées sur les mécanismes de la psychopathologie et les variations culturelles dans la manifestation des symptômes, la recherche d'aide, l'observance et la réponse au traitement.
3. Une formation préparant à travailler avec des interprètes médicaux et des agents culturels ainsi qu'avec des travailleurs d'établissements des

immigrants, des travailleurs communautaires, des conseillers, des aidants naturels et des guérisseurs<sup>98</sup>.

4. La familiarisation avec les valeurs, les perspectives et les expériences des communautés locales pertinentes aux soins psychiatriques, notamment les groupes ethnoculturels, les immigrants et les réfugiés quel que soit le groupe d'âge et la période de la vie (enfant, adolescent, adulte et aîné).
5. L'acquisition d'expérience dans la collecte d'information sociale et culturelle au moyen d'entrevues et d'évaluations individuelles et familiales, ainsi que par la préparation de formulations culturelles tel que proposé dans le DSM-IV-TR.
6. L'acquisition d'expérience dans la négociation de traitements avec des personnes, des familles et des réseaux communautaires élargis pertinente aux soins des patients de diverses origines ethnoculturelles.

Un cadre organisationnel est nécessaire afin de faire correspondre des compétences spécifiques à ces besoins de formation. L'une des avancées majeures de la formation médicale fut le passage d'un modèle de type flexnérien axé sur les structures et la formation en termes de processus à un modèle de formation axée sur les compétences<sup>99</sup>. À titre d'un des pionniers du domaine de la formation axée sur les compétences, le CRMCC a lancé en 1993 le projet *Canadian Medical Education Directions for Specialists* (CanMEDS), lequel a été révisé en 2005<sup>100</sup>. Le projet représente un changement de paradigme en réorientant la formation des intérêts et capacités des fournisseurs de soins de santé vers les besoins de la société. Au rôle traditionnel d'expert médical du médecin spécialiste, on adjoint ceux de communicateur, collaborateur, gestionnaire, promoteur de la santé, érudit et professionnel. Le cadre CanMEDS convient tout particulièrement à une future élaboration d'un modèle pour la formation en compétence culturelle. Dans le Tableau 1, nous relierons les compétences culturelles essentielles spécifiques à chacun des rôles de CanMEDS.

Pour faciliter la conception d'un programme d'études en compétence culturelle qui réponde aux compétences définies par CanMEDS, les grands thèmes organisateurs du domaine de la psychiatrie culturelle s'articulent autour des différents modules d'enseignement de base suivants : Culture et santé; Culture, maladie et psychopathologie; Culture et pratique clinique; et Culture et politiques, services et systèmes de santé (Tableau 2). Le Tableau 3 présente un résumé d'un modèle de programme d'études doté d'objectifs d'apprentissage spécifiques décrits pour chacun des quatre modules d'enseignement.

Les groupes, institutions et organismes communautaires constituent une source importante de connaissances et de ressources. Ils peuvent offrir soutien, conseils et information relatifs aux besoins, aux modèles explicatifs de la maladie, ainsi qu'aux antécédents d'exposition à des facteurs de risque des groupes locaux. Les services

| <b>Tableau 1 Compétences culturelles essentielles dans le cadre des compétences CanMEDS<sup>a</sup></b>  |         |
|--|---------|
| Rôle   | Domaine |
| <b>Expert en médecine</b>  |         |
| Réfléchir à ses propres préjugés et suppositions et pouvoir les reconnaître.   | A       |
| Maîtriser l'épidémiologie des problèmes de santé mentale selon une perspective transculturelle et mondiale.  | K       |
| Maîtriser les connaissances des différences culturelles dans des idiomes de détresse, la présentation des symptômes, les modèles explicatifs de la maladie, et les syndromes liés à la culture.  | K       |
| Comprendre les enjeux culturels théoriques, cliniques et thérapeutiques en fonction du sexe et de l'âge.   | K       |
| Maîtriser les connaissances des différences ethniques, dont celles relatives à la pharmacocinétique. (métabolisme) et la pharmacodynamique (réponse aux médicaments, susceptibilité aux effets secondaires), pertinentes à l'égard de l'évaluation et du traitement psychiatrique. | K       |
| Démontrer la capacité de négocier les facteurs socioculturels, dont les attentes et la dynamique de pouvoir relatives au rôle de guérisseur-patient, qui influencent l'établissement de l'engagement et de l'alliance thérapeutique.   | S       |
| Mener et organiser une entrevue appropriée, culturellement compétente.   | S       |
| Découvrir les stressors socioculturels pertinents, notamment l'effet de la migration, de la pauvreté et de la discrimination, particulièrement chez les groupes désavantagés.  | S       |
| Effectuer un examen adéquat de l'état mental, comme l'illustre un examen rigoureux approfondi des phénomènes mentaux, et être capable d'évaluer, d'organiser et d'interpréter les observations dans un contexte où interviennent des facteurs socioculturels.                      | S       |
| Examiner les enjeux culturels et présenter une compréhension intégrative biopsychosociale-spirituelle.   | S       |
| Apprécier l'opportunité de recourir à la formulation culturelle.   | S       |
| Établir de façon collaborative un plan d'intervention culturellement approprié qui prend en compte les facteurs socioculturels pouvant créer les conditions propices à la santé et au rétablissement dans une perspective holistique.  | S       |
| Démontrer une compréhension des enjeux culturels pertinents dans les interventions psychothérapeutiques et la capacité, s'il y a lieu, de les modifier en adaptant les objectifs, processus et contenus de ces interventions.  | S       |
| Gérer de façon appropriée les différences ethniques dans l'utilisation de la pharmacothérapie et la thérapie somatique.  | S       |
| Orienter adéquatement les patients vers les ressources communautaires pertinentes, notamment les services ethnoculturels spécifiques concernés et (ou) les services d'établissement pour immigrants et réfugiés.   | KS      |
| <b>Communicateur</b>   |         |
| Pouvoir moduler de manière adaptative son style et sa méthode de communication afin de faciliter la communication avec le patient et sa famille.   | AS      |
| Recourir de façon appropriée aux interprètes linguistiques et culturels.   | S       |
| Pouvoir faire un usage approprié des ressources traduites pour les soins cliniques.  | S       |
| Posséder l'aptitude à négocier efficacement et à concilier les différences de compréhension de la maladie et du traitement chez les prestataires, les patients et leurs familles.  | S       |
| <b>Érudit</b>  |         |
| Prendre conscience des préjugés et des pièges culturels dans la recherche, notamment la conceptualisation, la méthodologie, l'interprétation et la diffusion   | AK      |
| Mener des recherches culturellement compétentes, dont notamment des recherches participatives communautaires.  | S       |
| <b>Professionnel</b>   |         |
| Faire preuve d'intégrité, d'honnêteté, de compassion et de respect face à la diversité.  | A       |
| Établir des relations avec les patients axées sur la collaboration et le respect, sensibles au sexe et à la culture.   | AS      |
| Être conscient et pouvoir élaborer une approche des questions éthiques concernant les populations diversifiées.  | AKS     |
| <b>Collaborateur</b>   |         |
| Reconnaître les différences et les dynamiques de pouvoir dans les relations de collaboration professionnelle.  | A       |
| Connaître les ressources communautaires pertinentes à la collaboration.  | K       |
| Consulter au besoin d'autres médecins, professionnels de la santé, organismes, leaders religieux, dirigeants communautaires et conseillers culturels, et collaborer efficacement avec eux.   | S       |

| Tableau 1 continué   |         |
|--|---------|
| Rôle   | Domaine |
| Gestionnaire   |         |
| Respecter la diversité en travaillant en équipe.   | AS      |
| Être conscient de la dynamique du pouvoir et prendre les mesures appropriées pour s'attaquer à l'inégalité attribuable aux forces socioculturelles à l'œuvre au sein des équipes.  | AS      |
| Participer à la mise en œuvre et la promotion de l'assurance de la qualité en prenant en compte les enjeux culturels et d'équité.  | KS      |
| Assurer une allocation équitable des ressources de santé et l'accès aux soins.   | AKS     |
| Promoteur de la santé  |         |
| Identifier et comprendre les répercussions du racisme, les obstacles à l'accès aux soins ainsi que d'autres facteurs sociaux pouvant provoquer des séquelles de santé mentale et des disparités en santé chez les groupes défavorisés. | AK      |
| Connaître les principaux groupes de défense des droits en matière de soins de santé mentale au niveau régional, national et international.   | K       |
| Pouvoir participer à des stratégies efficaces de promotion de la santé mentale, notamment à l'aide d'exposés et d'ateliers éducatifs communautaires.   | S       |
| Veiller efficacement à ce que le système de santé et la communauté répondent aux besoins biopsychosociaux, culturels et spirituels des patients et de leur famille..   | S       |
| * Adapté des objectifs de formation spécifiques du stage, Département de psychiatrie, Université de Toronto.<br>A = attitude; K = connaissance; S = compétence   |         |

| Tableau 2 Thèmes fondamentaux du programme d'études en psychiatrie culturelle |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Numéro  | Thème fondamental                                    | Description  | Rôles CanMEDS  |
| I   | Culture et santé                                     | Identifier les répercussions de la culture et des déterminants sociaux sur le sain développement et le bien-être mental, et développer une réflexion sur ce sujet.   | Expert en médecine, Promoteur de la santé, Érudit et Professionnel                                     |
| II  | Culture, maladie et psychopathologie                 | Identifier et comprendre les répercussions de la culture sur les symptômes, l'expérience de la maladie et la psychopathologie  | Expert en médecine et Érudit   |
| III   | La culture dans la pratique clinique                 | Aborder la culture dans la pratique clinique de façon à pouvoir dispenser des soins culturellement compétents aux patients et à leur famille, et faciliter le processus de rétablissement.   | Expert en médecine, Communicateur, Collaborateur, Gestionnaire, Promoteur de la santé et Professionnel |
| IV  | Culture et politiques, services et systèmes de santé | Identifier les enjeux culturels et d'équité ainsi que les défis posés par les politiques, services et systèmes, de façon à pouvoir élaborer des stratégies visant à combler ces lacunes au moyen de la défense des droits, l'autonomisation, la recherche et la promotion de la santé mentale. | Expert en médecine, Communicateur, Collaborateur, Gestionnaire, Promoteur de la santé et Érudit        |

offerts par les organismes communautaires peuvent permettre d'être plus sensibles à la culture, mais ils peuvent aussi parfois constituer une source de stigmatisation ou un obstacle à l'accès aux services de santé mentale. L'établissement de relations de travail efficaces avec les représentants d'organismes communautaires représente une compétence importante pour ceux oeuvrant dans des milieux diversifiés.

La réorganisation des services de santé mentale autour de modèles de soins partagés suppose un changement du rôle des psychiatres, qui doivent acquérir des compétences spécifiques afin de pouvoir agir en tant que consultants efficaces auprès des professionnels des soins de première ligne. Cela comprend notamment :

1. La compréhension des dynamiques interinstitutionnelles et systémiques qui influencent le

partenariat, l'orientation, le suivi et les soins conjoints des patients.

2. La capacité de procéder à une évaluation écologique de la personne, de la famille et des ressources communautaires, et de la transposer en un plan d'intervention multisectoriel.
3. La nécessité de faire preuve d'une certaine souplesse en assumant les différents rôles attribués au consultant, tout en gardant bien en vue les objectifs cliniques.

## Méthodes pédagogiques

La psychiatrie culturelle comporte des questions pragmatiques et politiques concernant l'équité des services de santé ainsi que des questions scientifiques



| <b>Tableau 3 Objectifs d'apprentissage d'un programme d'études de base en psychiatrie culturelle</b> |  |  |                           |
|--|--|--|---------------------------|
| Numéro   | Sujet  | Objectifs et compétences   | Objectifs d'apprentissage |
| <b>I Culture et santé</b>  |  |  |                           |
| 1  | Histoire et culture de la psychiatrie  | Comprendre la pensée psychiatrique dominante, la psychologie et le domaine de la santé mentale dans une perspective culturelle et historique.  | AK                        |
| 2  | Histoire de la psychiatrie culturelle  | Comprendre comment l'attention accordée à la culture en psychiatrie s'inscrit dans des contextes historiques particuliers, dont le colonialisme, la migration et la mondialisation.  | AK                        |
| 3  | Concepts de culture, de race et d'ethnicité, et d'identité   | Définir les concepts de base et les appliquer à l'analyse de la pertinence et de la généralisabilité de la recherche et de la littérature clinique.  | ASK                       |
| 4  | Ethnopsychologies : concepts culturels de l'esprit, et de l'émotion, du soi et de l'identité individuelle  | Être conscient de l'influence dominante en psychiatrie du concept individualiste de la personne; reconnaître les autres formes de l'expérience émotionnelle, du soi et de l'identité individuelle.                                       | AK                        |
| 5  | Les variations culturelles dans la famille, les trajectoires développementales et les définitions de la normalité; fonctionnement et bien-être                                       | Être conscient de la diversité de la composition de la famille, de sa structure et de ses rôles dans la définition des phases de la vie, des buts et des valeurs.  | ASK                       |
| 6  | Déterminants sociaux et culturels de la santé, incluant les conséquences de la migration, de la colonisation, du racisme et de la discrimination                                     | Identifier les principaux déterminants de la santé qui relèvent du contexte canadien, notamment l'expérience des peuples autochtones, des immigrants, des réfugiés et des minorités ethnoculturelles.                                    | AK                        |
| 7  | Sources culturelles de la résilience et de la guérison, et du rétablissement, incluant la religion et la spiritualité.   | Reconnaître le rôle de ressources potentielles propices à l'adaptation, la résilience, la guérison aux niveaux individuel, familial et communautaire.  | AK                        |
| <b>II Culture, maladie et psychopathologie</b>   |  |  |                           |
| 1  | Modèle explicatif de la maladie et idiomes de détresse   | Distinguer entre les attributions causales, les explications de la maladie et les idiomes de détresse.   | KS                        |
| 2  | Syndromes liés à la culture  | Comprendre et identifier comment la culture peut contribuer aux syndromes discrets.  | KS                        |
| 3  | Épidémiologie psychiatrique transculturelle; problèmes de comparabilité et d'erreur de catégorie   | Comprendre les problèmes conceptuels et méthodologiques en établissant des comparaisons transculturelles, et dégager les différences culturelles sur le plan de la prévalence, de l'évolution et du résultat en évaluant la littérature. | KS                        |
| 4  | Recherche d'aide, adaptation et guérison   | Comprendre comment les modèles cognitifs et culturels influencent l'usage des stratégies d'adaptation, la recherche d'aide et les soins de santé.  | K                         |
| 5  | Influences culturelles sur la psychopathologie des catégories de troubles majeurs : humeur, somatoforme, dissociatif, psychotique, abus de substances et troubles de la personnalité | Examiner de façon détaillée l'incidence de la culture sur certains troubles psychiatriques communs et majeurs.   | K                         |
| 6  | Changement de culture; migration et santé mentale; acculturation, biculturalisme; questions d'identité et conflit intergénérationnel   | Identifier les problèmes de santé mentale liés à la culture qui sont distincts des troubles psychiatriques majeurs (par exemple, les codes V du DSM-IV)  | K                         |

| Tableau 3 continué   |  |   |                           |
|--|--|---|---------------------------|
| Numéro   | Sujet  | Objectifs et compétences  | Objectifs d'apprentissage |
| <b>III Culture dans la pratique clinique</b>                   |  |   |                           |
| 1  | Influences culturelles sur la nosologie psychiatrique  | Reconnaître de quelles façons la culture, l'histoire et la politique influent sur la production et l'usage des diagnostics et de la nosologie psychiatriques.   | AK                        |
| 2  | Modèles de sécurité culturelle et de compétence culturelle   | Identifier les dimensions de base des modèles de sécurité et de compétence culturelles destinés à améliorer les soins.  | AK                        |
| 3  | Communication interculturelle  | Comprendre l'incidence de la différence culturelle sur la communication clinique dans des contextes médicaux et psychiatriques.   | AKS                       |
| 4  | Travailler avec des interprètes, des agents culturels, des médiateurs et des conseillers culturels | Examiner les modèles et développer des connaissances et des compétences de bases nécessaires permettant de collaborer avec des interprètes linguistiques et des agents culturels.   | KS                        |
| 5  | Formulation culturelle   | Apprendre à recueillir l'information nécessaire et à produire une formulation culturelle.   | KS                        |
| 6  | Travailler avec les familles et les communautés  | Apprendre les modèles et les approches d'évaluation familiale et établir une collaboration avec des personnes-ressources non apparentées en matière de culture.   | KS                        |
| 7  | Ethnopsychopharmacologie   | Reconnaître l'incidence des variations culturelles sur le régime alimentaire et l'environnement, et l'influence de la génétique des populations sur l'effet des médicaments ainsi que sur la signification culturelle des médicaments.  | KS                        |
| 8  | Culture et psychothérapie  | Stratégies pour adapter la psychothérapie (par exemple, psychodynamique, thérapie cognitivo-comportementale et familiale) au travail interculturel; interventions tirées de différentes cultures (par exemple, l'attention consciente). | KS                        |
| 9  | Composer avec la spiritualité, la religion et la guérison  | Stratégies de collaboration à la guérison culturelle, spirituelle ou traditionnelle ou visant l'intégration de ces différents types de guérison aux soins cliniques.  | KS                        |
| 10   | Culture et éthique clinique  | Identifier et négocier les questions éthiques afférentes aux soins de santé mentale interculturels.   | KS                        |
| <b>IV Culture et politiques, services et systèmes de santé</b> |  |   |                           |
| 1  | Modèles de service pour des sociétés culturellement diversifiées                                   | Identifier les modèles de service mis au point par différents pays et administrations, leur origine et leur justification.  | K                         |
| 2  | Santé mentale autochtone   | Identifier les principaux enjeux liés à la prestation de services de santé mentale adaptés aux peuples autochtones.   | AKS                       |
| 3  | Santé mentale des immigrants et des réfugiés   | Reconnaître les principaux enjeux de santé mentale des immigrants et des réfugiés, notamment le trauma, la perte, l'incertitude du statut, les stratégies et stress d'acculturation, et l'intégration.                                  | K                         |
| 4  | Promotion de la santé mentale  | Comprendre le rôle de la culture dans l'élaboration et la mise en œuvre de programmes de promotion de santé mentale.  | KS                        |
| 5  | Santé mentale mondiale   | Examiner la pertinence de la culture dans la prestation de services de santé mentale dans les pays à faible ou moyen revenu.  | K                         |
| 6  | Culture et droits de la personne   | Reconnaître le statut de la culture en tant que droit de la personne et son incidence sur les services de santé mentale et d'autres enjeux en lien avec les droits de la personne.  | AK                        |
| 7  | Défense des droits et assurance de la qualité  | Stratégies pour gérer les changements du système et la défense des droits visant à assurer l'équité dans les soins et les résultats cliniques de santé mentale.   | KS                        |
| A = attitude; K = connaissance; S = compétence                 |  |   |                           |

fondamentales touchant la nature de la psychopathologie. Par conséquent, la formation doit d'une part maintenir l'équilibre entre l'apprentissage expérientiel portant sur les attitudes et renforçant les habiletés et, d'autre part, l'enseignement didactique et conceptuel qui met l'accent sur les modèles, les méthodes et les données<sup>26</sup>. La formation peut faire appel à diverses méthodes pédagogiques, notamment :

1. Des exercices de réflexion individuels ou en groupe dans un environnement sûr, lesquels peuvent s'avérer la meilleure façon de faciliter les changements d'attitudes personnels.
2. Des lectures proposées, des présentations didactiques et des études de cas susceptibles d'accroître les connaissances des stagiaires relatif aux concepts et enjeux liés à la prestation de soins à des populations diversifiées.
3. Des jeux de rôles, des entrevues supervisées, la prestation de soins directs aux patients, des interventions auprès des familles et des communautés, et le maintien de collaborations, sont des modalités qui constituent toutes de précieuses occasions d'apprentissage pour l'acquisition de compétences grâce au modelage, à la rétroaction et à la supervision<sup>26</sup>.

Ces approches se complètent et se renforcent mutuellement. À titre d'exemple, le fait de travailler directement auprès d'une population particulière de patients améliore non seulement les compétences cliniques, mais est aussi propice aux changements d'attitudes, surtout quand ceux-ci sont facilités par une supervision adéquate. Les activités d'apprentissage autoréflexives et didactiques peuvent être dispensées au moyen de séminaires de compétence culturelle, de conférences de cas et de présentations cliniques, alors que l'acquisition de compétences cliniques s'avère plus efficace lorsqu'elle est intégrée à des stages pendant toute la durée de la résidence. Cette approche intégrative se révèle particulièrement importante pour souligner le fait que la compétence culturelle est une compétence transversale, nécessaire lors de chaque rencontre clinique pour tout psychiatre<sup>33</sup>.

La formation en psychiatrie culturelle exige la création de contextes favorisant la réflexion sur soi, de façon à ce que les stagiaires prennent progressivement conscience de leurs propres postulats et de leurs présupposés culturels et sociopolitiques, qui peuvent s'enraciner dans leur identité et leurs antécédents personnels, mais aussi dans certains aspects de l'expérience collective dont les stagiaires ne sont pas conscients. Ainsi, les expériences de colonisation ont façonné l'identité de bien des gens. Les attitudes face à l'autorité et les représentations des groupes dominants et subordonnés qui en résultent, influencent les attitudes et le comportement dans un milieu clinique.

Comprendre et respecter les antécédents culturels d'autrui fait appel à des attitudes d'intérêt, de modestie ou d'humilité<sup>101</sup>. La rencontre clinique interculturelle est un miroir de rencontres semblables dans la société élargie, et elle apporte avec elle tous les présupposés, les tensions et les attentes culturelles et historiques qui encadrent ces interactions quotidiennes. Les cliniciens doivent apprendre à utiliser leur propre identité, à la fois comme outil de connaissance de soi — en étant conscients de la manière dont ils apparaissent aux autres, étant donné ce contexte socio-historique — et comme moyen facilitant l'exploration de l'identité de leurs patients, des significations de la maladie, du contexte social de la maladie et de l'adaptation, et de la relation clinique elle-même<sup>102</sup>. Cette conscience de soi est le point central de l'apprentissage expérientiel et de la formation clinique.

Tirer profit de la diversité des antécédents des stagiaires et des professionnels eux-mêmes peut s'avérer une excellente façon de favoriser des attitudes positives et d'encourager une compréhension plus empathique de l'expérience des immigrants et des minorités. Cela suppose des environnements de formation et de pratique dans lesquels il soit sécuritaire pour les cliniciens de réfléchir et de discuter de questions culturelles. La mise sur pied d'un groupe de discussion et de réflexion pour les stagiaires, à l'écart des processus d'évaluation officielle de formation, peut favoriser des échanges plus ouverts et libres.

En plus de comprendre comment leurs propres antécédents influencent l'interaction clinique avec autrui, les stagiaires doivent examiner les manières dont les concepts et les pratiques de la psychiatrie se fondent sur des valeurs et des prémisses culturelles spécifiques. Par exemple, l'accent mis sur l'autonomie et les choix individuels comme indicateurs de la santé psychologique et des objectifs thérapeutiques reflète les valeurs dominantes de l'individualisme. Celles-ci sont contestées par les traditions qui accordent une plus grande importance à l'harmonie familiale ou de groupe et au consensus. Ainsi, le milieu clinique peut être considéré comme un lieu de négociation entre différents systèmes culturels de connaissances et de pratique, et différents systèmes de valeurs qui reflètent les valeurs et idéologies implicites qui structurent le savoir médical et le système de santé<sup>103-105</sup>. L'anthropologie médicale et psychologique offre des cadres conceptuels et des études comparatives des systèmes de santé pouvant éclairer le travail clinique en psychiatrie culturelle. Parmi les modèles existants en psychiatrie et dans les disciplines connexes de la santé mentale, les perspectives de la théorie des systèmes familiaux et de la thérapie familiale sont celles qui se prêtent le mieux pour comprendre les particularités des personnes migrantes et des communautés ethnoculturelles. L'accent mis sur les systèmes, ou les réseaux de relations, convient parfaitement bien aux valeurs des gens d'origines ethnoculturelles variées.

La prise de conscience des différences de connaissances, de valeurs et d'orientations culturelles constitue le fondement pour l'apprentissage des compétences essentielles de la psychiatrie culturelle : établir une alliance de travail dans le contexte de déséquilibre des relations de pouvoir et de divergences des valeurs et vues sur le monde; formuler les problèmes en fonction d'une dynamique sociale et culturelle spécifique; élaborer des plans de traitement qui mobilisent les ressources disponibles; et négocier des interventions avec les patients, leur famille et la communauté.

Le travail interculturel exige aussi une certaine tolérance face à l'ambiguïté, ce qui pose un défi aux modèles de pratique professionnelle qui privilégient la maîtrise et l'efficacité. Les cliniciens doivent disposer de la latitude nécessaire pour reconnaître l'incertitude de l'évaluation et du traitement, et du temps pour préciser l'évaluation et négocier les interventions appropriées. En matière de formation, cela exige un milieu favorable; cela nécessite en particulier que l'on apporte des changements structurels dans les institutions de soins de santé, de façon à ce que l'on puisse accorder davantage de temps et les ressources nécessaires à la prestation de soins adéquats.

En fin de compte, la mise en œuvre à grande échelle de pratiques culturellement sécuritaires et compétentes repose sur les changements institutionnels. Les cliniciens peuvent être les principaux acteurs de l'instauration et de la promotion de ces changements. La résolution de problèmes avec les stagiaires au sujet de la mise en place d'un réseau de soutien (au niveau de l'équipe clinique et de l'institution) peut contribuer à ce que les pratiques cliniques passent d'un modèle fondé sur l'expertise professionnelle à un autre davantage axé sur les patients et pouvant composer avec l'incertitude.

Parmi les autres méthodes pédagogiques utiles à la formation en psychiatrie culturelle, ont compte notamment :

### ***Les études de cas***

Les rencontres de l'équipe clinique ainsi que d'autres contextes où sont discutés les cas individuels offrent une méthode privilégiée pour l'apprentissage du processus et du contenu de la formulation culturelle. La méthode de l'étude de cas, qui est la norme en médecine, peut servir à analyser la complexité des influences culturelles exercées sur la présentation du tableau clinique et l'évolution du patient, à identifier les dimensions culturelles des positions du clinicien et à s'attaquer aux préjugés et abandonner les postulats non avérés.

### ***Éducation en pluralisme***

La psychiatrie culturelle repose sur un respect fondamental pour la diversité des visions du monde. Cette diversité comporte des notions de connaissance, d'autorité et de valeurs pouvant différer radicalement de celles du praticien. Travailler avec de telles différences radicales exige une certaine compréhension des notions

de pluralisme philosophiques et éthiques ainsi que des aptitudes à la rencontre dialogique qui peuvent être modelées et exercées dans le cadre d'ateliers avec les stagiaires, et renforcées par la supervision clinique.

### ***Expérience du travail interinstitutionnel et intersectoriel communautaire***

Les stagiaires ont besoin d'expériences de consultation sur des questions institutionnelles et communautaires. Aborder les questions systémiques peut s'enseigner à l'aide de séminaires de formation continue regroupant des participants de secteurs et d'institutions multiples en vue de mener des discussions approfondies sur les différents cas considérés<sup>106,107</sup>.

### ***Favoriser la réflexion éthique***

Les difficultés auxquelles font face les réfugiés, les minorités ethnoculturelles et d'autres populations vulnérables ou groupes marginalisés soulèvent des questions complexes sur le plan éthique, mettant en cause des situations où les professionnels doivent envisager de modifier les procédures courantes et adopter des positions revendicatrices tout en évitant de s'approprier la voix ou l'expérience d'autrui<sup>108</sup>. La formation exige un contexte où l'on puisse traiter de questions éthiques de façon explicite et en discuter selon de multiples perspectives.

En bénéficiant de la supervision appropriée, tout milieu clinique dont la population de patients présente une grande diversité peut se révéler utile à la formation en psychiatrie culturelle. En outre, certains types de programmes spécialisés, dont la consultation culturelle et des services s'adressant à des groupes ethniques particuliers, peuvent offrir des possibilités de formation plus poussée<sup>109,110</sup>. Cela peut comporter des consultations spécialisées auprès de patients hospitalisés, des consultations externes et communautaires, et un traitement à durée limitée<sup>111,112</sup>. Ces stages comportent habituellement des activités cliniques qui impliquent un contact direct avec les patients, une consultation avec les cliniciens orienteurs et un service d'approche des différentes sources d'orientation communautaire. Le stage en consultation culturelle convient davantage aux stagiaires seniors parce qu'il met l'accent sur la consultation avec d'autres professionnels. La majeure partie de l'apprentissage se fait au moyen de lectures ciblées portant sur des cas précis, ainsi qu'une collaboration étroite avec des agents culturels. La supervision de groupe et l'auto-divulgaration de cliniciens mentors expérimentés sont essentielles à l'acquisition de compétences cliniques et au développement de la confiance, ainsi qu'à l'adoption d'une approche clinique efficace.

### **Formation en recherche**

Il y a lieu d'intensifier la recherche sur tous les aspects de l'interaction entre la culture et la santé mentale, notamment les modèles psychopathologiques, les services de santé et le rétablissement. Afin de pouvoir

aborder les questions de diversité culturelle dans les services de santé mentale, les chercheurs doivent être familiers avec une vaste gamme de méthodologies<sup>37</sup>. La recherche auprès des populations autochtones soulève des questions éthiques particulières. Les méthodes de recherche participatives communautaires s'appuyant sur l'implication des communautés dans tous les aspects de la recherche, dont notamment la conception, le recrutement, la mise en œuvre, la collecte de données, l'interprétation et la diffusion revêtent une importance particulière pour la psychiatrie culturelle. L'enseignement des compétences de recherche en psychiatrie culturelle exige l'établissement d'un équilibre entre la rigueur méthodologique et l'apprentissage de façon à pouvoir remettre en question sa propre discipline à travers d'autres perspectives.

### L'évaluation en formation et en perfectionnement professionnel continu

L'évaluation constitue un élément essentiel de la formation en compétence culturelle durant la résidence, car non seulement offre-t-elle une évaluation sommative du stagiaire, mais aussi une rétroaction formative facilitant l'apprentissage de même qu'un incitatif motivationnel de constamment réfléchir, apprendre et effectuer des changements de comportement. Le concept de plan directeur — emprunté par des chercheurs en éducation au domaine de l'architecture — peut s'avérer utile afin de définir à l'avance l'élaboration des tests en fonction des objectifs d'apprentissage (comme la combinaison des rôles CanMEDS avec le modèle attitudes-compétences-connaissances [ASK] de la compétence culturelle) en ayant comme objectif de créer des instruments d'évaluation valides<sup>33</sup>.

Les attitudes peuvent être évaluées à l'aide de la tenue d'un journal de réflexions et de compositions écrites, ainsi que par la supervision clinique et l'observation directe. Les connaissances fondées sur le contenu, en particulier les séminaires, ateliers et conférences de cas, peuvent être évaluées efficacement par des examens écrits à choix multiples ou objectifs. Les compétences peuvent être évaluées par un examen clinique objectif structuré (ECOS), des entrevues observées ou enregistrées, la supervision directe des soins et les consultations de dossiers. Parmi les exemples d'instruments d'évaluation formative qui ont été mis au point, mentionnons notamment l'ajout de postulats et d'énoncés culturels aux feuilles de notation de l'examen oral du CRMCC, y compris la mention détaillée de l'identité culturelle, le besoin d'interprètes, l'examen de modèles explicatifs et la sensibilisation au fait que l'examen de l'état mental peut comporter des aspects où des facteurs culturels sont présents, en plus de mentionner la culture, le cas échéant, dans le diagnostic et le plan de traitement. Au Tableau 4, nous présentons un modèle d'échantillon destiné à évaluer des éléments spécifiques de la compétence culturelle lors de l'entrevue

**Tableau 4 Modèle d'évaluation pour les entrevues observées et les présentations de cas<sup>a</sup>**

|     |  |
|-----|--|
| 1.0 | Relation médecin-patient <ul style="list-style-type: none"> <li>• Approche le patient de manière culturellement appropriée.</li> </ul>   |
| 2.0 | Entrevue et EEM <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adapte adéquatement l'entrevue et l'EEM pour les rendre compétentes sur le plan culturel .</li> </ul> Contenu de l'entrevue <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifie les stressors sociaux et culturels et les inégalités systémiques.</li> <li>• Explore le modèle explicatif de la maladie du patient</li> <li>• Examine les traitements complémentaires et de rechange.</li> <li>• Examine les identités culturelles pertinentes, l'histoire-trauma-stress de la migration, les stratégies d'acculturation et la spiritualité.</li> <li>• Identifie les soutiens sociaux et culturels, notamment la famille, les réseaux de parenté et les communautés.</li> </ul> |
| 3.0 | Présentation de cas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Présente fidèlement les enjeux sociaux et culturels pertinents et leur incidence sur le tableau clinique et le diagnostic.</li> </ul>   |
| 4.0 | Formulation <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifie précisément les éléments sociaux et culturels de la maladie du patient.</li> </ul>  |
| 5.0 | Plan de traitement <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifie d'autres investigations biopsychosociales-culturelles immédiatement requises pour confirmer le diagnostic ou dispenser des soins optimaux au patient.</li> <li>• Prends en compte les facteurs sociaux et culturels dans tous les aspects de la planification du traitement.</li> <li>• Recommande et promeut les collaborations appropriées avec la famille, la communauté ou d'autres fournisseurs de services.</li> <li>• Examine les questions susceptibles d'influer sur le rétablissement au-delà de la simple réduction des symptômes.</li> </ul>   |

<sup>a</sup> Adapté de la feuille de notation de l'examen oral du Département de psychiatrie de l'Université de Toronto

EEM = examen de l'état mental

supervisée et la présentation de cas. Ces éléments peuvent être adaptés et intégrés aux feuilles de notation existantes et utilisés aussi dans le cadre d'une rétroaction formative des entrevues de la pratique régulière et pour des examens d'évaluation finale.

Les rapports d'évaluation annuels durant la formation constituent d'excellentes occasions d'examiner les compétences culturelles essentielles générales en regard de chacun des rôles CanMEDS, d'identifier les aspects pouvant être améliorés, et de faciliter un plan d'apprentissage. Une nouvelle tendance consiste à utiliser

une rétroaction multi-sources (360 degrés) en guise de méthodologie d'évaluation, ce qui s'avère particulièrement pertinent afin d'évaluer la compétence culturelle essentielle à pouvoir œuvrer auprès de communautés diversifiées en tant qu'Expert en médecine, Collaborateur et Gestionnaire. Selon les stages, la rétroaction multi-sources devrait prendre en compte l'avis des superviseurs, des professionnels interdisciplinaires de la santé, des partenaires communautaires concernés, et si possible, des patients et de leur famille.

Le développement du corps professoral est primordial au succès de la formation en compétence culturelle<sup>113</sup>. Il est important d'offrir des programmes de perfectionnement professionnel continu (PPC) au corps professoral existant afin de développer la connaissance du contenu et des concepts du programme d'études de résidence enrichi et d'améliorer les compétences de supervision et d'évaluation. Les professeurs eux-mêmes devraient être évalués sur la base de leurs compétences culturelles à l'égard du travail clinique et de la supervision. La compétence culturelle peut être ajoutée comme titre sur les formulaires d'évaluation des superviseurs, où les résidents en psychiatrie peuvent ainsi évaluer le personnel sur la prise en compte et la sensibilité aux questions culturelles durant la supervision de tous les stages cliniques, obligatoires et facultatifs. La compétence culturelle peut aussi être évaluée au niveau des systèmes et des institutions de santé<sup>114</sup>. Le changement organisationnel est un complément essentiel aux efforts entrepris auprès des praticiens.

## Créer l'infrastructure nécessaire à la mise en œuvre de la formation

La mise en œuvre de la formation en psychiatrie culturelle exige le développement d'une infrastructure locale. Cependant, la plupart des communautés disposent déjà de plusieurs des ressources clés qui peuvent être mises en commun afin d'appuyer la formation. Trois idées principales peuvent guider ce processus :

1. Le leadership devrait être multiple et partagé entre professeurs, résidents et membres de la communauté. L'élaboration d'une compréhension commune au sein de ce leadership, au moyen d'ateliers animés visant la conception d'un programme d'études local et d'un plan de mise en œuvre, peut agir comme catalyseur du processus.
2. Les ressources nécessaires au plan sont principalement le temps consacré par les stagiaires, les professeurs et les éducateurs communautaires. Les superviseurs doivent bien connaître les approches développés autour des concepts de sécurité et de compétence culturelle, ou recourir à l'expertise d'autres professionnels et membres de la communauté afin d'appuyer les stagiaires dans ce domaine.

L'exposition au travail des groupes communautaires et à la formation ou les placements dans des milieux qui offrent des soins culturellement spécifiques peuvent s'avérer utiles lorsqu'elle s'effectue sous une étroite supervision.

3. L'établissement et le perfectionnement d'un nouveau programme d'études exigent une évaluation continue. Par conséquent, une partie de la mise en œuvre consiste à instaurer un processus visant à assurer la surveillance du programme d'études, recevoir des commentaires et identifier comment la formation peut être améliorée. L'accréditation et d'autres méthodes de surveillance locale peuvent garantir que cette information serve bien à améliorer la formation.

## Conclusion

La mondialisation accroît l'importance de la psychiatrie culturelle en tant que discipline universitaire et l'un des piliers centraux de la formation clinique et de la prestation de services. La reconnaissance du fait que la culture est au cœur du développement d'une identité et du bien-être personnel, et que certains groupes subissent des inégalités flagrantes sur le plan de la santé mentale et de l'accès aux services a incité la psychiatrie à prêter une attention systématique à la culture.

La Section de psychiatrie transculturelle de l'APC va mettre en place un centre de mobilisation des connaissances de façon à pouvoir partager de la documentation au sujet de programmes d'études, d'instruments d'apprentissage interactif et d'auto-évaluation, ainsi que des documents décrivant des modèles de pratique clinique et de changement organisationnel. Grâce à de nouvelles initiatives qui s'inscrivent dans le cadre des programmes de formation et de PPC, la psychiatrie culturelle peut faire partie des connaissances et des compétences essentielles pour tous les psychiatres. Ces compétences professionnelles doivent s'accompagner de changements institutionnels et faire l'objet d'une surveillance de la part d'organismes d'accréditation, de manière à ce que tous les Canadiens puissent bénéficier d'un système de santé mentale culturellement sécuritaire et compétent qui puisse répondre aux besoins d'une population diversifiée de façon respectueuse et efficace.

## Bibliographie

1. Kirmayer LJ. Cultural variations in the response to psychiatric disorders and emotional distress. *Soc Sci Med.* 1989;29:327-339.
2. López S, Guarnaccia PJ. Cultural psychopathology: uncovering the social world of mental illness. *Annu Rev Psychol.* 2000;51:571-598.
3. Surgeon General. *Mental health: culture, race, and ethnicity.* Rockville (MD): US Department of Health and Human Services; 2002.
4. Smedley BD, Stith AY, Nelson AR, et coll. *Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care.* Washington (DC): National Academy Press; 2003.

5. Hyman I. Setting the stage: reviewing current knowledge on the health of Canadian immigrants. *Can J Public Health*. 2004;95:1–4.
6. Alarcón RD, Bell CC, Kirmayer LJ, et coll. Beyond the funhouse mirrors: research agenda on culture and psychiatric diagnosis. Dans : Kupfer DJ, First MB, Regier DA, éditeurs. *A research agenda for DSM-V*. Washington (DC): American Psychiatric Press; 2002. p. 219–289.
7. Alegria M, Chatterji P, Wells K, et coll. Disparity in depression treatment among racial and ethnic minority populations in the United States. *Psychiatr Serv*. 2008;59:1264–1272.
8. Cummings JR, Druss BG. Racial/ethnic differences in mental health service use among adolescents with major depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50:160–170.
9. Alegria M, Atkins M, Farmer E, et coll. One size does not fit all: taking diversity, culture and context seriously. *Adm Policy Ment Health*. 2010;37:48–60.
10. Department of Health. *Delivering race equality in mental health care: an action plan for reform inside and outside services and the government's response to the inquiry in the death of David Bennett*. London (GB): Department of Health; 2005.
11. Kirby MJL, Keon WJ. *De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*. Ottawa (ON): Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie; 2006.
12. Commission de la santé mentale du Canada. *Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada*. Ottawa (ON): Commission de la santé mentale du Canada; 2009.
13. Anderson AB, Frideres JS. *Ethnicity in Canada: theoretical perspectives*. Toronto (ON): Butterworth & Company (Canada) Ltd; 1981.
14. Hollinger DA. *Postethnic America: beyond multiculturalism*. New York (NY): Basic Books; 1995.
15. Isajiw WW, éditeur. *Multiculturalism in North America and Europe: comparative perspectives on interethnic relations and social incorporation*. Toronto (ON): Canadian Scholar's Press; 1997.
16. Susser I, Patterson TC. *Cultural diversity in the United States: a critical reader*. Malden (MA): Blackwell; 2001.
17. Troper H, Weinfeld M, éditeurs. *Ethnicity, politics, and public policy: case studies in Canadian diversity*. Toronto (ON): University of Toronto Press; 1999.
18. Kivisto P. *Multiculturalism in a global society*. Oxford (GB): Blackwell; 2002.
19. Kambourelli S. The technology of ethnicity: Canadian multiculturalism and the language of law. Dans : Bennett D, éditeur. *Multicultural states: rethinking difference and identity*. London (GB): Routledge; 1998. p. 208–222.
20. Gunew SM. *Haunted nations: the colonial dimensions of multiculturalisms*. 1st ed. New York (NY): Routledge; 2003.
21. Comeau TD, Allahar AL. Forming Canada's ethnoracial identity: psychiatry and the history of immigration practices. *Identity (Mahwah, N J)*. 2001;1:143–160.
22. Dowbiggin I. Keeping this country sane: CK Clarke, immigration restriction, and Canadian psychiatry, 1890–1925. *Can Hist Rev*. 1995;76:598–627.
23. Peña Dolhun E, Muñoz C, Grumbach K. Cross-cultural education in US medical schools: development of an assessment tool. *Acad Med*. 2003;78:615–622.
24. Alarcón RD. Hispanic psychiatry: from margin to mainstream. *Transcult Psychiatry*. 2001;38:5–25.
25. Beiser M. The health of immigrants and refugees in Canada. *Can J Public Health*. 2005;96(Suppl 2):S30–S44.
26. Rousseau C, Perreault M, Leichner P. Residents' perceptions of transcultural psychiatric practice. *Community Ment Health J*. 1995;31:73–85; discussion 87–89.
27. Baxter CL. Transcultural psychiatry in Canadian psychiatry residency programs. *Ann R Coll Physicians Surg Can*. 2002;35:492–494.
28. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Normes générales applicables à tous les programmes de résidence*. Ottawa (ON): CRMCC; 2011.
29. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Objectifs de la formation en psychiatrie*. Ottawa (ON): CRMCC; 2009.
30. Berntson A, Goldner E, Leverette J, et coll. La formation psychiatrique postdoctorale en régions rurales et éloignées : accroître les compétences et former des partenariats. *Can J Psychiatry*. 2005;50:1–8.
31. El-Guebaly N, Garneau Y. Programme-cadre de formation des résidents en psychiatrie sur l'alcoolisme et la toxicomanie [Internet]. *Bulletin de l'Association des psychiatres du Canada*. 1996;29(5):Encart. À l'adresse : <http://publications.cpa-apc.org/media.php?mid=234>.
32. Dawe I. Les urgences psychiatriques, nouvelles tendances et enjeux de formation [énoncé de principes]. *Can J Psychiatry*. 2004;49(5 Suppl):1–6. Article en anglais, en français.
33. Fung K, Andermann L, Zaretsky A, et coll. An integrative approach to cultural competence in the psychiatric curriculum. *Acad Psychiatry*. 2008;32:272–282.
34. Lo HT, Fung KP. Culturally competent psychotherapy. *Can J Psychiatry*. 2003;48:161–170.
35. Grabovac A, Clark N, McKenna M. Pilot study and evaluation of postgraduate course on "the interface between spirituality, religion and psychiatry." *Acad Psychiatry*. 2008;32:332–337.
36. Grabovac AD, Ganesan S. Spirituality and religion in Canadian psychiatric residency training. *Can J Psychiatry*. 2003;48:171–175.
37. Kirmayer LJ, Rousseau C, Corin E, et coll. Training researchers in cultural psychiatry: The McGill–CIHR Strategic Training Program. *Acad Psychiatry*. 2008;32:320–326.
38. Kirmayer LJ, Rousseau C, Guzder J, et coll. Training clinicians in cultural psychiatry: a Canadian perspective. *Acad Psychiatry*. 2008;32:313–319.
39. Kuper A. *Culture: the anthropologists' account*. Cambridge (MA): Harvard University Press; 1999.
40. Koenig BA, Lee SS-J, Richardson SS. *Revisiting race in a genomic age*. New Brunswick (NJ): Rutgers University Press; 2008.
41. Hacking I. Why race still matters. *Daedalus*. 2005;134:106–116.
42. Graves JL Jr. *The emperor's new clothes: biological theories of race at the millennium*. New Brunswick (NJ): Rutgers University Press; 2001.
43. Noh S, Kaspar V, Wickrama KA. Overt and subtle racial discrimination and mental health: preliminary findings for Korean immigrants. *Am J Public Health*. 2007;97:1269–1274.
44. Banks M. *Ethnicity: anthropological constructions*. London (GB): Routledge; 1996.
45. Clarke DE, Colantonio A, Rhodes AE, et coll. Ethnicité et santé mentale : Conceptualisation, définition et opérationnalisation de l'ethnicité dans le contexte canadien. *Maladies chroniques au Canada*. 2008;28:143–165.
46. Lock MM, Nguyen V-K. *An anthropology of biomedicine*. Malden (MA): Wiley-Blackwell; 2010.
47. Lin K-M, Smith MW, Ortiz V. Culture and psychopharmacology. *Psychiatr Clin North Am*. 2001;24:523–538.
48. Wexler BE. *Brain and culture: neurobiology, ideology, and social change*. Cambridge (MA): MIT Press; 2006.
49. Worthman CM. *Formative experiences: the interaction of caregiving, culture, and developmental psychobiology*. New York (NY): Cambridge University Press; 2010.
50. Alegria M, Pescosolido BA, Williams S, et coll. Culture, race/ethnicity and disparities: fleshing out the socio-cultural framework for health services disparities. Dans : Pescosolido BA, Martin JK, McLeod JD, et coll., éditeurs. *Handbook of the sociology of health,*

- illness and healing: a blueprint for the 21st century. New York (NY): Springer; 2010. p. 363–382.
51. Veling W, Selten JP, Susser E, et coll. Discrimination and the incidence of psychotic disorders among ethnic minorities in the Netherlands. *Int J Epidemiol.* 2007;36:761–768.
  52. Gee GC, Spencer MS, Chen J, et coll. A nationwide study of discrimination and chronic health conditions among Asian Americans. *Am J Public Health.* 2007;97:1275–1282.
  53. Sue DW, Capodilupo CM, Torino GC, et coll. Racial microaggressions in everyday life: implications for clinical practice. *Am Psychol.* 2007;62:271–286.
  54. McKenzie K, Bhui K. Institutional racism in mental health care. *BMJ.* 2007;334:649–650.
  55. Fernando S. *Mental health, race and culture.* 3rd ed. New York (NY): Palgrave Macmillan; 2010.
  56. Bhugra D, Gupta S. *Migration in mental health.* Cambridge (MA): Cambridge University Press; 2011.
  57. Kirmayer LJ, Bhugra D. Culture and mental illness: social context and explanatory models. Dans: Salloum IM, Mezzich JE, éditeurs. *Psychiatric Diagnosis: Patterns and Prospects.* New York (NY): John Wiley & Sons, Ltd; 2009. p. 29–37.
  58. Gone JP, Kirmayer LJ. On the wisdom of considering culture and context in psychopathology. Dans: Millon T, Krueger RF, Simonsen E, éditeurs. *Contemporary directions in psychopathology: scientific foundations of the DSM-V and ICD-11.* New York (NY): Guilford Press; 2010. p. 72–96.
  59. Hinton D, Good BJ, éditeurs. *Culture and panic disorder.* Stanford (CA): Stanford University Press; 2009.
  60. Kirmayer LJ. Somatoform and dissociative disorders in cultural perspective: comment on Griffiths and Gonzalez. Dans: Mezzich J, Kleinman A, Fabrega H Jr, et coll., éditeurs. *Culture and psychiatric diagnosis.* Washington (DC): American Psychiatric Press; 1996. p. 151–157.
  61. Bhui K, Warfa N, Edonya P, et coll. Cultural competence in mental health care: a review of model evaluations. *BMC Health Serv Res.* 2007;7:15.
  62. Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, et coll. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Rep.* 2003;118:293–302.
  63. Tseng W-S, Streltzer J, éditeurs. *Cultural competence in clinical psychiatry.* Washington (DC): American Psychiatric Publishing Inc; 2004.
  64. Yamada AM, Brekke JS. Addressing mental health disparities through clinical competence not just cultural competence: the need for assessment of sociocultural issues in the delivery of evidence-based psychosocial rehabilitation services. *Clin Psychol Rev.* 2008;28:1386–1399.
  65. Johnstone MJ, Kanitsaki O. An exploration of the notion and nature of the construct of cultural safety and its applicability to the Australian health care context. *J Transcult Nurs.* 2007;18:247–256.
  66. Anderson J, Perry J, Blue C, et coll. “Rewriting” cultural safety within the postcolonial and postnational feminist project: toward new epistemologies of healing. *ANS Adv Nurs Sci.* 2003;26:222–232.
  67. Papps E, Ramsden I. Cultural safety in nursing: the New Zealand experience. *Int J Qual Health Care.* 1996;8:491–497.
  68. Lewis-Fernandez R, Diaz N. The cultural formulation: a method for assessing cultural factors affecting the clinical encounter. *Psychiatr Q.* 2002;73:271–295.
  69. Mezzich JE. Cultural formulation and comprehensive diagnosis. Clinical and research perspectives. *Psychiatr Clin North Am.* 1995;18:649–657.
  70. Mezzich JE, Caracci G, Fabrega H Jr, et coll. Cultural formulation guidelines. *Transcult Psychiatry.* 2009;46:383–405.
  71. Farooq S, Fear C. Working through interpreters. *Adv Psychiatr Treat.* 2003;9:104–109.
  72. Diamond LC, Schenker Y, Curry L, et coll. Getting by: underuse of interpreters by resident physicians. *J Gen Intern Med.* 2009;24:256–262.
  73. Rousseau C, Measham T, Moro MR. Working with interpreters in child mental health. *Child Adolesc Ment Health.* 2011;16:55–59.
  74. Graves DL, Like RC, Kelly N, et coll. Legislation as intervention: a survey of cultural competence policy in health care. *J Health Care Law Policy.* 2007;10:339–361.
  75. Kirmayer LJ. Multicultural medicine and the politics of recognition. *J Med Philos.* 2011;36(4):410–423.
  76. Kirmayer LJ. Culture and context in human rights. Dans: Dudley M, Silove D, Gale F, éditeurs. *Mental Health and Human Rights.* Oxford (GB): Oxford University Press; 2012.
  77. Collins PY, Patel V, Joestl SS, et coll. Grand challenges in global mental health. *Nature.* 2011;475:27–30.
  78. Waldram JB, Herring A, Young TK. *Aboriginal health in Canada: historical, cultural, and epidemiological perspectives.* 2nd ed. Toronto (ON): University of Toronto Press; 2006.
  79. Kirmayer LJ, Valaskakis GG. *Healing traditions: the mental health of Aboriginal peoples in Canada.* Vancouver (BC): University of British Columbia Press; 2009.
  80. Wesley-Esquimaux CC, Smolewski M. *Traumatisme historique et guérison autochtone.* Ottawa (ON): Fondation autochtone de guérison; 2004.
  81. King M, Smith A, Gracey M. Indigenous health part 2: the underlying causes of the health gap. *Lancet.* 2009;374:76–85.
  82. Reading J. The crisis of chronic disease among Aboriginal Peoples: a challenge for public health, population health and social policy. Victoria (BC): Centre for Aboriginal Health Research; 2009.
  83. Menzies P. Intergenerational trauma from a mental health perspective. *Native Social Work J.* 2010;7:63–85.
  84. Stout MD, Kipling G. *Peuples autochtones, résilience et séquelles du régime des pensionnats.* Ottawa (ON): Fondation autochtone de guérison; 2003.
  85. Warry W. *Ending denial: understanding Aboriginal issues.* Toronto (ON): Broadview Press; 2007.
  86. Brant Castellano M, Archibald L, DeGagné M. *De la vérité à la réconciliation : transformer l’héritage des pensionnats.* Ottawa (ON): Fondation autochtone de guérison; 2008.
  87. Kirmayer LJ, Dandeneau S, Marshall E, et coll. Rethinking resilience from indigenous perspectives. *Can J Psychiatry.* 2011;56:84–91.
  88. Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA). *Le rapport de la commission royale sur les peuples autochtones.* Ottawa (ON): CRPA; 1996.
  89. Gone JP, Alcantara C. Identifying effective mental health interventions for American Indians and Alaska Natives: a review of the literature. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol.* 2007;13:356–363.
  90. Association des infirmières et des infirmiers autochtones du Canada, Association des infirmières et infirmiers du Canada, Association canadienne des écoles de sciences infirmières. *Compétence culturelle et la sécurité culturelle en enseignement infirmier : programme d’études pour la profession infirmière autochtone.* Ottawa (ON): auteur; 2009.
  91. Smye V, Josewski V, Kendall E. *Cultural safety: an overview.* Ottawa (ON): First Nations, Inuit and Métis Advisory Committee, Mental Health Commission of Canada; 2010.
  92. Brascoupé S, Waters C. Cultural safety: exploring the applicability of the concept of cultural safety to Aboriginal health and community wellness. *Journal of Aboriginal Health.* 2009;7:6–40.
  93. Walker R, Cromarty H, Kelly L, et coll. Achieving cultural safety in Aboriginal health services: implementation of a cross-cultural safety model in a hospital setting. *Diversity in Health and Care.* 2009;6:11–22.



94. The Indigenous Physicians Association of Canada, the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Cultural safety in practice: a curriculum for family medicine residents and physicians. Winnipeg (MB), Ottawa (ON): IPAC–RCPSC Family Medicine Curriculum Development Working Group; 2009.
95. The Indigenous Physicians Association of Canada the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Promoting improved Mental Health for Canada's Indigenous Peoples: a curriculum for psychiatry residents and psychiatrists. Winnipeg (MB), Ottawa (ON): IPAC–RCPSC Psychiatry Curriculum Development Working Group; 2009.
96. Qureshi A, Collazos F, Ramos M, et coll. Cultural competency training in psychiatry. *Eur Psychiatry*. 2008;23(Suppl 1):49–58.
97. Kirmayer LJ, Rousseau C, Jarvis GE, et coll. The cultural context of clinical assessment. Dans : Tasman A, Maj M, First MB, et coll, éditeurs. *Psychiatry*. 3rd ed. New York (NY): John Wiley & Sons, Ltd; 2008. p. 54–66.
98. Blake C. Ethical considerations in working with culturally diverse populations: the essential role of professional interpreters. *Can Psychiatr Assoc Bull*. 2003;21–22.
99. Carraccio C, Wolfsthal SD, Englander R, et coll. Shifting paradigms: from Flexner to competencies. *Acad Med*. 2002;77:361–367.
100. Frank JR, rédacteur. Le cadre des compétences CanMEDS 2005 pour les médecins : l'excellence des normes, des médecins et des soins. Ottawa (ON): Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2005.
101. Tervalon M, Murray-García J. Cultural humility versus cultural competence: a critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *J Health Care Poor Underserved*. 1998;9:117–125.
102. Kirmayer LJ, Rousseau C, Jarvis GE, et coll. The cultural context of clinical assessment. Dans : Tasman A, Lieberman J, Kay J, éditeurs. *Psychiatry*. 2nd ed. New York (NY): John Wiley & Sons, Ltd; 2003. p. 19–29.
103. Lock M. The tempering of medical anthropology: troubling natural categories. *Med Anthropol Q*. 2001;15:478–492.
104. Young A. A description of how ideology shapes knowledge of a mental disorder. Dans : Lindenbaum S, Lock M, éditeurs. Knowledge, power and practice: the anthropology of medicine and everyday life. Berkeley (CA): University of California Press; 1993.
105. Lock M, Young A, Cambrosio A, éditeurs. Living and working with new medical technologies: intersections of inquiry. Cambridge (MA): Cambridge University Press; 2000.
106. Rousseau C, Alain N, De Plaen S, et coll. Repenser la formation continue dans le réseau de la santé et des services sociaux : l'expérience des séminaires inter-institutionnels en intervention transculturelle. *Nouvelles pratiques sociales*. 2005;17:109–125.
107. De Plaen S, Alain N, Rousseau C, et coll. Mieux travailler en situations cliniques complexes : L'expérience des séminaires transculturels interinstitutionnels [Working better in complex clinical situations: the experience of interinstitutional and transcultural seminars]. *Santé Ment Qué*. 2005;30:281–299.
108. Savin D, Martinez R. Cross-cultural boundary dilemmas: a graded-risk assessment approach. *Transcult Psychiatry*. 2006;43:243–258.
109. Kirmayer LJ, Groleau D, Guzder J, et coll. Cultural consultation: a model of mental health service for multicultural societies. *Can J Psychiatry*. 2003;48:145–153.
110. Measham T, Rousseau C, Nadeau L. The development and therapeutic modalities of a transcultural child psychiatry service. *Can Child Adolesc Psychiatry Rev*. 2005;14:68–72.
111. Measham T, Rousseau C, Nadeau L. Immigrants and mental health services: increasing collaboration with other service providers. *Can Child Adolesc Psychiatry Rev*. 2005;14:73–76.
112. Nadeau L, Measham T. Caring for migrant and refugee children: challenges associated with mental health care in pediatrics. *J Dev Behav Pediatr*. 2006;27:145–154.
113. Andermann L, Fung K, Kulkarni C, et coll. Promoting cultural competence in psychiatry: a faculty development approach: faculty development grant final report submitted to the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Toronto (ON): Centre for Addiction and Mental Health; 2008.
114. Siegel C, Davis-Chambers E, Haugland G, et coll. Performance measures of cultural competency in mental health organizations. *Adm Policy Ment Health*. 2000;28:91–106.

