



Directives pour la formation en psychiatrie culturelle

Laurence J. Kirmayer, MD, FRCPC, FCAHS, FRSC¹; Kenneth Fung, MD, FRCPC MSc²;
Cécile Rousseau, MD³; Hung Tat Lo, MBBS, MRCPsych, FRCPC⁴; Peter Menzies, PhD, RSW⁵;
Jaswant Guzder, BSc, MDCM, FRCPC⁶; Soma Ganesan, MD, FRCPC⁷;
Lisa Andermann, MPhil, MD, FRCPC⁸; Kwame McKenzie, MD, FRCPsych (UK)⁹

Le présent énoncé de principes a été révisé intégralement par la section de la psychiatrie transculturelle et le Comité permanent de l'éducation de l'Association des psychiatres du Canada (APC) et a été approuvé aux fins de réédition par le conseil d'administration de l'APC, le 8 février 2019. L'énoncé de principes original¹ a été initialement approuvé par le conseil d'administration de l'APC le 28 septembre 2011

Introduction

La société canadienne est une société extrêmement diversifiée et grâce à des politiques de multiculturalisme et à une solide tradition universitaire et de recherche en psychiatrie transculturelle, les universitaires et cliniciens canadiens sont reconnus internationalement pour leurs

études de l'influence qu'exerce la culture sur la santé mentale. En réponse au besoin de directives nationales visant à intégrer la culture à la formation et la pratique psychiatriques, une version antérieure de cet article a été rédigée par la Section de psychiatrie transculturelle de

¹ Professeur James McGill et directeur, Division de la 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

² Directeur clinique, Asian Initiative in Mental Health, Réseau universitaire de santé, Toronto, Ontario; professeur agrégé, département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto, Ontario; Président, Société d'étude de la psychiatrie et la culture, Toronto, Ontario.

³ Professeure, Division de la psychiatrie sociale et culturelle, Université McGill, Montréal, Québec.

⁴ Directeur, Asian Clinic, Hong Fook Mental Health Association, Toronto, Ontario.

⁵ Psychiatre, Services de thérapie et de consultation Four Directions, travaille avec les communautés des Premières Nations du Nord de l'Ontario.

⁶ Professeure, Département de psychiatrie, Université McGill, Montréal, Québec; clinicienne principale, service de consultation culturelle, Institut de psychiatrie communautaire et familiale, Hôpital général juif, Montréal, Québec, clinicienne principale, pédopsychiatrie, Hôpital général juif, Montréal, Québec.

⁷ Professeur clinique de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, Colombie-Britannique; directeur, programme de psychiatrie transculturelle, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, Colombie-Britannique;

⁸ Psychiatre, Mount Sinai Hospital, Toronto, Ontario; professeure agrégée, Division de l'Équité, genre et populations, Département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto, Ontario

⁹ Chef de direction, Institut Wellesley, Toronto, Ontario; Professeur de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto, Ontario; Directeur, Département d'équité en santé, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto, Ontario.

© Association des psychiatres du Canada, 2020. Tous droits réservés. Ce document ne peut être reproduit intégralement ou en partie sans la permission écrite de l'APC. Les commentaires des membres sont les bienvenus et seront acheminés au conseil ou au comité approprié de l'APC. Veuillez adresser toute correspondance et demande d'exemplaires au président, Association des psychiatres du Canada, 141, av. Laurier Ouest, bureau 701, Ottawa ON K1P 5J3; tél.: 613-234-2815; téléc.: 613-234-9857; courriel: president@cpa-apc.org. No de référence 2012-53-RI.

Citation suggérée: Kirmayer LJ, Fung K, Rousseau C, et coll. Directives pour la formation en psychiatrie culturelle. *Can J Psychiatry*. 2020;65(X):xxx—xxx.

Note: L'Association des psychiatres du Canada a comme politique de réviser chaque énoncé de principe, déclaration de politique et guide de pratique clinique tous les cinq ans après la publication ou la dernière révision des documents. Tout document qui a été publié plus de cinq ans auparavant et dans lequel il n'est pas mentionné explicitement 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.

l'APC pour le compte du Comité permanent de l'éducation. Cette révision met à jour l'article avec du nouveau matériel qui reflète les progrès dans le champ de la formation psychiatrique et de la psychiatrie culturelle, dont les méthodes de formation sont axées sur les compétences, la recherche récente sur les déterminants structurels culturels et sociaux de la santé mentale, et l'introduction de l'Entretien de formulation culturelle dans le DSM-5. Les directives sont basées sur une revue de la littérature, les résultats d'expériences menées avec des programmes de formation existants, et le consensus dégagé par les experts. Le présent article traite de questions qui concernent à la fois la psychiatrie générale et des populations spécifiques, notamment les immigrants, les réfugiés et les communautés racialisées et ethnoculturelles, ainsi que les Premières Nations, les Inuits et les Métis.

Contexte

Une abondante littérature 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, notamment les troubles mentaux communs comme la dépression, l'anxiété et les problèmes liés aux traumatismes, ainsi que la psychose et les troubles mentaux organiques.^{2,3} 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 sont des déterminants importants du comportement de la maladie, de l'adaptation, de la réponse au traitement et de l'observance, de la réhabilitation 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 du résultat du traitement.⁴⁻⁹ L'iniquité ne provient pas de la diversité culturelle en soi, mais des réponses des systèmes de santé et sociaux à la diversité. Tout système de soins de santé mentale qui vise à réaliser l'équité doit donc aborder les enjeux de la diversité culturelle.¹⁰ C'est ce qu'ont reconnu des organisations gouvernementales et professionnelles des États-Unis, du Royaume-Uni, du Canada et d'autres pays.^{4,11,12}

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 quatrième rang des sept principes fondamentaux d'un système de santé mentale réformé.¹³ Ces besoins

diversifiés comprennent ceux qui sont liés 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 pour influencer les déterminants sociaux essentiels de la santé, l'accès aux soins, la qualité des services, et les résultats.^{14,15}

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.¹⁶⁻²⁰ Le contexte canadien se distingue à maints égards. Depuis 1976, le Canada s'est doté d'une politique officielle de multiculturalisme,²¹ qui reconnaît et favorise formellement la diversité au sein de la société canadienne comme étant une caractéristique partagée de notre identité collective.²² 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.²³⁻²⁶ 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, 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. Le rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada a présenté des mesures visant à promouvoir la réconciliation, notamment des changements spécifiques du système de santé aptes à assurer la sécurité culturelle.^{27,28}

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 pour cent des immigrants provenaient d'Europe; en 2006, ce nombre avait chuté sous la barre des 19 pour cent. 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 diversité interne, 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 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.²⁹⁻³¹ La plupart des facultés de médecine du Canada abordent des thèmes généraux, notamment la relation médecin-patient, le statut socio-économique 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 les dimensions culturelles ou linguistiques de l'accès aux soins de santé ou de leur prestation.³² Les initiatives récentes en vue d'aborder les disparités en santé ont plaidé l'importance de la compétence structurelle dans la formation et la pratique médicale.³³

Aux États-Unis, les modèles de formation ont été organisés en fonction de 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).¹⁷ Cette répartition de divers groupes en grands blocs a facilité les efforts de revendication des groupes minoritaires aux États-Unis.³⁴ Bien que cette catégorisation favorise une reconnaissance minimale de la diversité, elle minimise l'hétérogénéité et la diversité des groupes. 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.³⁵ 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 puissent être adaptées selon les circonstances auprès de groupes divers.^{36,37}

Les enquêtes portant sur la formation en psychiatrie culturelle au Canada ont révélé un développement inégal de celle-ci à l'échelle du pays.³⁸ La plupart des programmes canadiens de résidence en psychiatrie n'offrent qu'une exposition très limitée à la psychiatrie culturelle,³⁹ ce qui explique pourquoi les organismes de réglementation et organisations canadiennes n'ont pas élaboré de directives précises touchant la formation ou la pratique clinique en psychiatrie culturelle. La seule mention des questions culturelles dans les normes d'agrément du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) énonce: « Les milieux d'apprentissage doivent offrir des expériences qui facilitent l'acquisition des connaissances, des habiletés et des comportements reliés aux facteurs d'âge, de sexe, de culture et d'origine ethnique appropriés à la psychiatrie.^{40, p9}» On y mentionne aussi la nécessité d'installations pour une expérience supervisée des consultations communautaires. Rien n'est dit d'autres sujets ou de populations spécifiques, dont les immigrants, les réfugiés, les communautés ethnoculturelles, ou l'emploi d'interprètes. Un énoncé de principes de l'APC 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.⁴¹ Des énoncés de principes antérieurs 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.^{42,43}

Concepts clés

Les progrès importants accomplis par la psychiatrie culturelle au cours des dernières années pourraient fournir suffisamment d'éléments à un programme d'études de base. Des travaux ont été entrepris par plusieurs universités du Canada⁴⁴⁻⁴⁹ 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 d'un programme d'études de base.

Culture, race, 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.⁵⁰ 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 de connaissances techniques ou professionnelles et de pratique comme la psychiatrie

sont également imprégnés de culture. Les cultures produisent des formes d'identité, dont la race et l'origine ethnique, qui peuvent être attribuées aux individus. Le processus de racialisation catégorise les gens selon leur apparence ou une autre caractéristique.⁵¹⁻⁵³ Quoiqu'il n'y ait aucune définition biologique cohérente du concept de race, on emploie le concept de *racialisation* pour rendre compte des diverses formes de racisme, explicites et implicites, qui se sont révélées avoir des conséquences directes sur la santé physique et mentale, mais aussi à cause des effets fondamentaux du racisme sur l'exposition aux déterminants sociaux de la santé. Le racisme institutionnel, la discrimination, l'exclusion sociale et l'oppression peuvent également influencer sur la façon dont les groupes perçoivent les services de santé et interagissent avec eux.⁵⁴ L'*ethnicité* désigne les façons dont les groupes s'identifient comme peuples ou communautés historiques.⁵⁵ 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.⁵⁶

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*⁵⁷ reflétant des différences qui sont influencées par la culture chez les populations humaines, selon l'alimentation, les modes de vie, et la coévolution avec la sélection de polymorphismes génétiques spécifiques.^{58,59} Ces variations peuvent contribuer aux différences de comportement parmi les populations ainsi qu'aux différences pharmacocinétiques et pharmacodynamiques de la réponse aux médicaments.⁶⁰ Le développement du cerveau dépend essentiellement de l'environnement social, qui est façonné par les pratiques culturelles.^{61,62} Un ensemble croissant de travaux en neuroscience culturelle révèle de quelle manière des différences dans l'éducation des enfants ou dans les contextes sociaux quotidiens 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.⁶³⁻⁶⁵

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. Cela provoque d'importantes disparités à l'égard de la prévalence de problèmes spécifiques de santé mentale et de leur évolution clinique. Les valeurs, pratiques et institutions culturelles locales interagissent avec les déterminants sociaux de la santé plus importants, notamment la mondialisation, la migration et l'urbanisation. Les interactions complexes entre la vulnérabilité, la résilience individuelle et communautaire, et les déterminants sociaux de la santé influent sur le risque de problèmes de santé mentale spécifiques pour différents groupes. Par conséquent, il y a des différences significatives des taux de problèmes de santé mentale entre les groupes au Canada.⁶⁶ Par exemple, en Ontario les taux de psychose sont de 60 pour cent plus élevés chez les immigrants des Caraïbes que chez les Canadiens de naissance ou les immigrants africains; cependant, les taux de psychose chez les immigrants des Philippines sont plus faibles de 50 pour cent.⁶⁷ Les populations de réfugiés ont tendance à courir un risque accru de troubles mentaux communs et de psychose, mais le risque de maladie est influencé autant par les questions de post-migration que par les facteurs de pré-migration comme l'exposition à la violence.⁶⁸ Une approche nuancée pour comprendre et prendre en compte ces influences dans l'évaluation, le traitement et la recherche est apte à produire de meilleurs résultats.⁶⁹

Racisme, préjudice 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 explicitement racistes ou à des formes plus subtiles de discrimination, tant sur le plan personnel que dans le cadre de pratiques institutionnelles.^{54,70,71} Ces formes de discrimination entraînent des inégalités structurelles ainsi que des pratiques quotidiennes de stéréotypes, de méconnaissance, de dénigrement et de « microagressions » qui peuvent avoir des effets nuisibles sur la santé mentale et la prestation des services.⁷²

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 par les préjugés involontaires, l'ignorance, le manque d'égard et les stéréotypes qui peuvent désavantager les groupes minoritaires.^{73,74}

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, à des conflits d'identité, à des conflits familiaux et à d'autres problèmes de santé mentale.⁷⁵ Une littérature sur la psychologie postcoloniale examine les conséquences sociales, politiques et sur la santé mentale de ces histoires pour les populations contemporaines, notamment les Autochtones et de nombreux groupes d'immigrants.^{76,77}

Influences culturelles sur les mécanismes de psychopathologie

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.^{78,79} Citons en exemple les divers types du trouble panique qui dépendent des interprétations spécifiquement culturelles des sensations,⁸⁰ et les variations de forme et de prévalence des troubles dissociatifs, reflétant la place de la dissociation dans les traditions religieuses et de guérison.⁸¹

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. Indépendamment de leurs contributions aux mécanismes de la psychopathologie, les connaissances et pratiques culturelles sont de première importance lorsqu'il s'agit d'améliorer l'accès aux soins de santé, de reconnaître les préoccupations des patients et d'y répondre adéquatement, de négocier le traitement et d'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. 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.⁸²⁻⁸⁴ 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.⁸⁵⁻⁸⁷ La notion de sécurité culturelle se fonde sur la reconnaissance des expériences historiques et politiques d'oppression et de marginalisation, et exige d'accorder une attention explicite aux enjeux structurels et organisationnels qui protègent la voix et la perspective des patients, leur culture et leur communauté.

Évaluation clinique et formulation culturelle

Le DSM-5 offre un Entretien de formulation culturelle (EFC) et un modèle de formulation culturelle qui propose d'organiser l'information culturelle pertinente sur le plan clinique en une formulation diagnostique.⁸⁸ L'EFC est présenté en deux versions, l'une pour les patients l'autre pour les informateurs et 12 modèles supplémentaires servent à évaluer les domaines spécifiques (modèle explicatif, niveau de fonctionnement, réseaux sociaux, facteurs de stress psychosociaux, spiritualité, religion et traditions morales, identité culturelle, adaptation et recherche d'aide, et la relation clinicien-patient) et des questions liées aux populations spécifiques (enfants, personnes âgées, migrants, aidants) ainsi que des indications détaillées pour mener des entretiens de formulation culturelle avec les patients et leur famille.⁸⁹ Le DSM-5 a également introduit d'importants construits pour évaluer les concepts culturels de détresse, notamment les explications culturelles, les idiomes de détresse, les syndromes culturels et les diagnostics des gens.⁹⁰

Travailler avec des interprètes et des agents culturels

Plus de 20 pour cent 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 recouru à des interprètes médicaux professionnels pour assurer des soins sûrs et efficaces.⁹¹ Les contraintes pratiques et les attitudes des professionnels contribuent à nourrir les réticences face à l'utilisation d'interprètes.⁹² 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 de recourir 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 afin de relever les défis consistant à évaluer le développement en fonction des différentes cultures ainsi que des conflits intergénérationnels au sein des familles d'immigrants.⁹³

Technologies d'information et de communication et médias sociaux

Le développement rapide des technologies d'information et de communication et des médias sociaux a eu un effet substantiel sur maintes facettes de la santé mentale et de la prestation des services, et celles-ci prendront de plus en plus d'importance dans les années à venir. Ces technologies doivent être prises en compte d'au moins quatre façons dans la formation en psychiatrie culturelle, relativement à leur effet sur: 1) le développement individuel, l'identité et le bien-être; 2) le changement des réseaux sociaux et des communautés (p. ex., communautés diasporiques et transnationales; groupes formés en raison d'intérêts communs ou de préoccupations dont la maladie); 3) de nouvelles formes de psychopathologie (p. ex., utilisation problématique d'Internet, du téléphone cellulaire ou des jeux vidéo); et 4) la transmission d'information sur la santé mentale et les interventions.⁹⁴⁻⁹⁶ Tous ces domaines interagissent avec des facteurs sociaux spécifiques et exigent que nous enrichissions nos notions de culture et de contexte, et que nous tenions compte de la diversité pour un accès équitable et efficace.

Psychiatrie informatique

Les tentatives d'utiliser la bioinformatique et l'intelligence artificielle pour mettre au point des méthodes d'évaluation clinique plus précise et des traitements ciblés doivent tenir compte de la diversité

sociale et culturelle. Les algorithmes de diagnostic et de traitement actuels se soucient généralement peu de diversité et les cliniciens doivent être formés à appliquer ces outils de façon à intégrer culture et contexte dans un cadre développemental et écosocial.^{97,98}

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.⁹⁹ 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.^{100,101}

Santé mentale mondiale et 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. Les questions culturelles sont au cœur des tentatives de transfert et d'adaptation des interventions. Le respect de la culture, tout essentiel qu'il soit à l'identité et au bien-être humains, est également un droit de la personne. La culture même soulève des questions complexes liées à l'éthique et aux droits de la personne, dans la mesure où elle définit des dimensions fondamentales de la différence sociale 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 en ce qui a trait aux problèmes de santé mentale.^{102,103} 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.¹⁰⁴⁻¹⁰⁷ La *Loi sur les Indiens*, le système scolaire des pensionnats indiens et le système de protection de la jeunesse ont eu des répercussions profondes sur la santé mentale des populations autochtones.¹⁰⁸⁻¹¹⁰ Ces événements

historiques ont produit ce qui a été nommé un « traumatisme intergénérationnel ». Pour y répondre, les individus et les communautés autochtones ont développé des ressources et des stratégies de résilience uniques qui se fondent sur la culture, la langue, la spiritualité et les liens à la famille, à la communauté et au lieu afin d'atténuer les effets du traumatisme intergénérationnel et de la violence structurelle existante.¹¹¹

La nécessité d'une formation en compétence et sécurité culturelle est largement reconnue si l'on veut répondre aux besoins en santé mentale des peuples autochtones.^{112,113} De nombreuses communautés sont situées dans des régions éloignées, ce qui pose des problèmes logistiques pour 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 pour cent des peuples autochtones du Canada 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. Les organisations autochtones ont qualifié la sécurité culturelle de 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.¹¹⁴⁻¹¹⁶ La sécurité culturelle s'attaque aux inégalités structurelles et aux déséquilibres de pouvoir qui rendent les consultations cliniques risquées pour les peuples autochtones.^{87,117,118}

L'Association des médecins indigènes du Canada et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ont élaboré récemment un programme d'études de base et des documents de formation en entrevue clinique pour les résidents.^{119,120} 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; et (3) l'élaboration d'un plan de traitement intégré. De récentes publications offrent des directives sur la formation en sécurité culturelle et sur les problèmes de santé mentale des Autochtones.^{121,122}

Compétences de base et habiletés essentielles

La compétence culturelle fait appel à des changements à l'échelle des systèmes, des praticiens et des interventions.^{31,36} Chez les praticiens, les attitudes, les connaissances et les habiletés de la compétence culturelle 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.¹²³ Cela exige que l'on se penche sur des questions culturelles fondamentales, notamment: (1) l'identité propre du clinicien et sa relation avec des patients de diverses origines; (2) les habiletés de communication et l'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 moral ou éthique; (4) une connaissance spécifique des populations et communautés particulières auprès desquelles travaille le clinicien.^{44,124} Les praticiens doivent aussi comprendre l'importance de l'adaptation culturelle des plans de soins et des interventions et savoir revendiquer au niveau du système des systèmes et des indicateurs équitables qui permettent de mesurer le progrès vers l'équité d'accès et de résultats.

Au cœur de la compétence culturelle se trouvent les habiletés relationnelles et les processus pour bâtir la confiance, la compréhension mutuelle, et la collaboration, intégrées avec la compréhension de la phénoménologie et la signification localisée de l'expérience des symptômes et de la maladie.¹²⁵⁻¹²⁷ 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 de préjugés, et d'aborder les dynamiques interpersonnelle et institutionnelle du racisme, les déséquilibres de pouvoir, l'exclusion sociale et le stress acculturatif

- qui ont des 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'établissement des immigrants, des travailleurs communautaires, des conseillers, des aidants naturels et des guérisseurs¹²⁸;
 4. la familiarisation avec les valeurs, les perspectives et les expériences des communautés locales pertinentes pour les soins psychiatriques, notamment les groupes ethnoculturels et racialisés, 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 comme le proposent l'Entretien de formulation culturelle et le modèle de formulation culturelle dans le DSM-5 ou des outils comparables;
 6. l'acquisition d'expérience dans la négociation de traitements avec des personnes, des familles et des réseaux communautaires élargis pertinente pour les soins des patients de diverses origines ethnoculturelles.

Chacun de ces domaines comporte un enseignement didactique, des expériences cliniques, et la création de milieux d'apprentissage et de pratique spécifiques qui prêtent à une discussion constante, une réflexion et une intégration des attitudes, des connaissances et des habiletés.

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 fonction des processus à un modèle de formation axée sur les compétences.¹²⁹ Le CRMCC a lancé en 1993 le projet *Canadian Medical Education Directions for Specialists* (CanMEDS), lequel a été révisé en 2005 et 2015.¹³⁰

CanMEDS a changé l'objet de la formation en substituant les besoins de la société aux intérêts et capacités des fournisseurs de soins de santé. Au rôle traditionnel d'expert médical du médecin spécialiste, on adjoint ceux de communicateur, collaborateur, leader, 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 la dernière mise à jour, la sécurité culturelle est explicitement soulignée dans le rôle du communicateur.¹³⁰ Dans le Tableau 1, nous relierons les compétences culturelles essentielles spécifiques à chacun des rôles de CanMEDS et des compétences habilitantes correspondantes.

En plus de faire des compétences des rôles, le CRMCC s'est engagé à adopter la Compétence par conception (CPC) pour toute la formation postdoctorale. Celle-ci se distingue de la formation médicale traditionnelle en ce qu'elle passe d'un programme d'études d'acquisition de connaissances, axé sur le temps et les stages, à une approche davantage centrée sur l'apprenant, dont les progrès dans la formation sont indiqués par l'atteinte d'habiletés observable, à la faveur d'évaluations formatives et sommatives fréquentes.¹³¹ En pratique, la plupart des programmes postdoctoraux adopteront probablement un format hybride conservant une certaine forme de structure de stages cliniques avec une souplesse accrue.

Les jalons de CanMEDS présentent les habiletés à atteindre en vertu de chaque rôle à chaque phase de la formation.¹³² Les phases de la formation sont divisées en: (1) *transition à la discipline*, qui peut prendre la forme d'un « camp d'entraînement » pour faire en sorte que les diplômés en médecine issus de différentes facultés de médecine à l'intérieur et à l'extérieur du Canada soient prêts à entamer une formation de résidence avec des compétences de base (voir aussi l'énoncé de principes de l'APC sur la formation des diplômés internationaux en médecine (DIM)); (2) *fondements de la discipline*, la formation fondamentale des résidents juniors; (3) *discipline de base*, la formation des résidents seniors qui porte sur la majorité des compétences de base; et (4) *transition à la pratique*, la formation des résidents seniors après l'examen du Collège royal en préparation de la transition à la pratique indépendante. Au Tableau 1, nous avons ébauché des jalons pour les compétences culturelles de base afin d'aider à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation du programme d'études.

Un autre concept de la CPC a trait aux activités professionnelles fiables (APC), qui décrit les tâches

Tableau 1. Compétences culturelles de base et jalons du cadre CanMEDS^a

Rôle	Domaine ^b	Compétences CanMEDS habilitantes ^c	Transition à la discipline	Fondements de la discipline	Discipline de base	Transition à la pratique	Pratique avancée
EXPERT MÉDICAL							
Réfléchir à ses propres préjugés, privilèges et oppressions et les reconnaître, apprécier l'intersectorialité.	AS	1.2, 1.6	Décrire comment les préjugés et les présomptions influent sur les soins cliniques. Définir les concepts liés au pouvoir, au privilège et à l'oppression.	Identifier comment ces concepts se reflètent dans la relation clinique et utiliser un cadre anti-oppressif pour formuler et dispenser les soins aux patients.	Identifier l'oppression institutionnelle et réfléchir à la façon dont elle peut être perpétuée et allégée dans les soins de santé mentale.	Incorporer les connaissances changeantes dans sa pratique, et s'adapter au paysage socio-politique et culturel en évolution.	Enseigner et faciliter les compétences de réflexion chez les prestataires de soins de santé d'une façon qui ne provoque pas la défensive.
Développer et maintenir une conscience de l'effet de l'identité racialisée dans l'évaluation et le diagnostic, laquelle peut résulter d'un préjugé et de facteurs socioculturels influant sur la présentation	AK	1.3, 1.6, 5.1	Décrire l'effet de l'identité racialisée dans l'évaluation des présentations et des diagnostics du patient (p. ex., psychoses). Décrire l'impact du racisme dans la vie des clients.	Nommer les façons dont les idiomes culturels de détresse, les préjugés des cliniciens et la qualité de la relation thérapeutique contribuent aux différences d'évaluation et de diagnostic.	Nommer les façons dont les préjugés personnels influencent les interprétations de la détresse et la qualité de la relation thérapeutique, et entraînement des différences d'évaluation et de diagnostic.	Minimiser l'effet des préjugés personnels en utilisant des instruments d'évaluation structurée, en demeurant conscient et appréciant des différences d'expression de la symptomatologie, et en sachant l'effet du racisme systémique ou individuel sur le développement de la confiance dans la relation thérapeutique.	
Identifier les spectres de l'orientation de genre et sexuelle et comprendre l'effet du sexisme, de l'homophobie et de la transphobie sur la santé mentale de la personne et de la communauté; créer un endroit inclusif sécuritaire qui respecte l'orientation de genre et sexuelle.	KS	1.3, 5.1, 5.2	Définir les concepts et termes de base, y compris sexe/genre, identité ou expression de genre, orientation sexuelle. Identifier la discrimination systémique et les traumatismes individuels ou communautaires attribuables à l'orientation de genre ou sexuelle et comment ceux-ci interagissent avec la maladie psychiatrique.	Appliquer des concepts au travail avec des personnes (p. ex., demander les pronoms préférés systématiquement, évaluer la violence axée sur le genre).	Intégrer la compréhension actuelle de l'identité de genre pour offrir du soutien et des consultations sur la dysphorie de genre.	Créer un endroit clinique qui est respectueux et inclusif des diverses orientations sexuelles et de genre.	
Entreprendre l'apprentissage nécessaire pour comprendre la colonisation des peuples autochtones du Canada et contribuer à la sécurité culturelle et à la guérison.	KS	1.3, 5.1, 5.2	Décrire l'histoire de la colonisation des peuples autochtones, définir le traumatisme trans-générationnel.	Appliquer des concepts au travail avec des personnes autochtones.	Identifier les problèmes historiques et systémiques liés aux services de protection de l'enfance, au système de justice pénale et aux soins de santé des personnes autochtones.	Créer un endroit cliniquement sécuritaire et avec des équipes de traitement qui sont respectueuses et inclusives des personnes autochtones.	Favoriser la collaboration avec des groupes autochtones.
Identifier les groupes marginalisés et contribuer à la sécurité culturelle et à l'habilitation.	KS	1.3, 5.1, 5.2	Décrire l'histoire de la psychiatrie avec les populations marginalisées.	Comprendre comment le DSM peut potentiellement contribuer à « l'altérité » et à l'oppression.		Créer un endroit clinique qui respecte un cadre anti-oppression.	

(Suite à la page suivante)

Tableau 1. (suite)

Rôle	Domaine ^b	Compétences CanMEDS habilitantes ^c	Transition à la discipline	Fondements de la discipline	Discipline de base	Transition à la pratique	Pratique avancée
Appliquer les connaissances sur l'épidémiologie des problèmes de santé mentale d'un point de vue transculturel et mondial.	KS	1.3			Envisager l'épidémiologie des problèmes de santé mentale d'un point de vue transculturel et mondial et leur effet sur le diagnostic et les soins.		Faire progresser la recherche sur l'épidémiologie des problèmes de santé mentale mondialement.
Identifier et utiliser les concepts culturels de détresse au travail, notamment les syndromes culturels, les idiomes de détresse culturels, et les modèles explicatifs.	KS	1.3, 2.1, 2.2	Décrire le rôle des concepts culturels de détresse et donner des exemples communs.	Identifier et utiliser les concepts culturels de détresse dans les soins cliniques.	Identifier et utiliser les concepts culturels de détresse avec les patients et les familles.		Mener une recherche pour élucider davantage les différents concepts culturels de détresse.
Identifier et utiliser les facteurs socioculturels, dont les stresseurs, les soutiens et la résilience, en tenant compte des intersections de l'âge, du statut socio-économique, du genre, de l'orientation sexuelle, de la religion, de la spiritualité, de la migration, et des identités culturelles. Utiliser le cadre de compétences structurel au besoin.	KS	1.3, 2.2	Identifier les enjeux socioculturels et leur effet sur les soins.	Identifier et utiliser les stresseurs, les soutiens et la résilience socioculturels dans les soins cliniques.	Identifier et utiliser les stresseurs, les soutiens et la résilience socioculturels avec les patients, les familles ou les communautés.		Mener une recherche non exploitante et en collaboration sur les stresseurs, les soutiens et la résilience socioculturels.
Identifier et utiliser les différences ethniques pertinentes pour le traitement pharmacologique et somatique, comme les différences de pharmacocinétique (métabolisme), pharmacodynamique (réponse au médicament), et susceptibilité aux effets secondaires.	KS	1.3, 3.1, 3.4		Identifier et utiliser les différences ethniques pertinentes pour la prise en charge			Mener une recherche sur les différences ethniques dans le traitement.
Négocier les facteurs socioculturels, comme les attentes et la dynamique du pouvoir du rôle guérisseur-patient, qui influencent l'établissement d'un engagement clinique et d'une alliance thérapeutique culturellement sécuritaire et compétente.	AS	1.2, 1.6	Identifier les facteurs socioculturels dans l'établissement d'un engagement et d'une alliance thérapeutique culturellement sécuritaires.	Négocier les facteurs socioculturels dans l'établissement d'un engagement et d'une alliance thérapeutique culturellement sécuritaires dans les soins.	Négocier les facteurs socioculturels dans l'établissement d'un engagement et d'une alliance thérapeutique culturellement sécuritaires avec les patients et les familles individuellement et dans les équipes de soins.		
Mener et organiser une entrevue appropriée, culturellement sécuritaire et compétente, comportant un examen de l'état mental, tel qu'indiqué par un examen adéquat et minutieux des phénomènes mentaux et de la capacité d'évaluer, organiser et interpréter les observations dans le contexte des facteurs socioculturels, à l'aide de l'Entretien de formulation culturelle (EFC) au besoin.	S	2.2		Mener des entrevues culturellement compétentes et sécuritaires.	Mener des entrevues culturellement compétentes et sécuritaires, notamment en utilisant l'EFC de façon appropriée et adéquate.	Démontrer l'utilisation des modules supplémentaires appropriés de l'EFC.	

(Suite à la page suivante)

Tableau 1. (suite)

Rôle	Domaine ^b	Compétences CanMEDS habitantes ^c	Transition à la discipline	Fondements de la discipline	Discipline de base	Transition à la pratique	Pratique avancée
Formuler une compréhension culturelle intégrative du cadre bio-psycho-social-spirituel (culture enchâssée dans le cadre BPSS) et de l'aperçu de formulation culturelle (AFC).	S	2.2, 2.3, 2.4		Formuler les questions culturelles qui utilisent le cadre BPSS.	Formuler les questions culturelles qui utilisent le cadre BPSS et l'AFC.		
Formuler en collaboration un plan d'intervention et de prise en charge culturellement approprié en tenant compte des facteurs socioculturels en vue de la santé et du rétablissement holistiques.	S	2.3, 2.4		Formuler en collaboration un plan de prise en charge culturellement compétent et sécuritaire des soins des patients.	Formuler en collaboration un plan de prise en charge culturellement compétent et sécuritaire dans les soins individuels et en équipe, y compris avec des partenaires et guérisseurs communautaires.		
Interventions psychologiques et sociales culturellement adaptées comme il se doit, notamment en modifiant les buts, le processus et le contenu.	S	3.1, 3.4		Interventions psychologiques et sociales culturellement adaptées comme il se doit dans les soins cliniques.		Appliquer les interventions psychologiques et sociales culturellement adaptées comme il se doit à des communautés ou populations spécifiques.	Développer et rechercher l'adaptation culturelle des interventions psychologiques et sociales pour des communautés ou populations spécifiques.
Faciliter l'accès des patients et des familles aux ressources communautaires pertinentes, notamment des services principaux, intersectoriels et/ou culturellement spécifiques (p. ex., services d'établissement des immigrants et réfugiés, organismes LGBTQ+, organisations confessionnelles, ONG, organisations de consommateurs, services autochtones, etc.).	KS	3.3, 4.1	Identifier des ressources communautaires utiles pour diverses communautés.	Faciliter l'accès des patients et des familles aux ressources communautaires pertinentes en matière de soins.			Faciliter les changements structurels pour améliorer l'accès aux ressources communautaires pertinentes.
COMMUNICATEUR							
Moduler sa méthode et son style de communication de façon adaptive pour faciliter la communication avec le patient, la famille et la communauté.	AS	1.1 -1.6, 2.1		Identifier le style de communication du patient (verbal, non verbal, contexte élevé c. faible) et s'adapter conformément.	Identifier le style de communication du patient et de la famille, y compris la dynamique et les difficultés, et s'adapter.		Identifier le style de communication du patient, de la famille et de la communauté et s'adapter conformément, notamment au travail communautaire.
Démontrer l'utilisation appropriée de documents traduits et d'interprètes linguistiques et culturels, en identifiant le processus de recherche de sens, en soutenant l'habilitation et la résilience, et en portant attention à l'effet sur le rétablissement.	S	1-4	Identifier et utiliser des documents traduits pour les soins.	Travailler efficacement avec des interprètes pour aborder les barrières linguistiques.	Travailler efficacement avec des interprètes linguistiques et culturels pour aborder les barrières linguistiques et explorer les facteurs culturels.		Former des interprètes linguistiques et culturels.

(Suite à la page suivante)

Tableau 1. (suite)

Rôle	Domaine ^b	Compétences CanMEDS habilitantes ^c	Transition à la discipline	Fondements de la discipline	Discipline de base	Transition à la pratique	Pratique avancée
Négocier efficacement et aplanir les différences de compréhension de la maladie et du traitement chez les prestataires de soins, les patients et les familles.	S	2.1, 2.3, 3, 4		Obtenir et examiner le modèle explicatif du patient relativement à la maladie ou au traitement.	Obtenir et négocier le modèle explicatif du patient, de la famille et du prestataire de soins relativement à la maladie ou au traitement.		Obtenir et négocier le modèle explicatif du patient, de la famille, du prestataire de soins et des intervenants communautaires relativement à la maladie ou au traitement.
ÉRUDIT Se consacrer à l'apprentissage continu pour améliorer la sécurité et la compétence culturelle (CC).	AKS	1.1 -1.3	Réfléchir à ses propres préjugés socioculturels et à leur effet sur les soins.	Élaborer une approche de la CC (micro) clinique et la sécurité.	Élaborer une approche (méso/macro) et la sécurité.	Élaborer une CC spécifique pour des populations spécifiques.	Élaborer et mener une recherche sur la sécurité et la CC, notamment des récits à la première personne.
Proposer des modèles, enseigner et promouvoir la compétence et la sécurité culturelles chez les prestataires de soins de santé.	S	2.1-2.6			Promouvoir la compétence et la sécurité culturelles chez les prestataires de soins de santé.		Proposer des modèles, enseigner et promouvoir la compétence et la sécurité culturelles chez les prestataires de soins de santé.
Identifier les préjugés et les limitations dans les données probantes influencées par les facteurs culturels, les forces politiques et l'histoire dans la construction des connaissances et l'encadrement de la recherche, de la conceptualisation à la méthodologie, l'interprétation et la diffusion. Connaître et examiner d'autres modèles de génération de connaissances.	AKS	3.3, 3.4, 4, 1-4.4	Identifier comment les formes actuelles des connaissances sont générées en psychiatrie.	Reconnaître les limitations / préjugés culturels de la médecine fondée sur les données probantes.	Élaborer des utilisations sécuritaires et culturellement adaptées de la recherche pour concilier les différences.	Faciliter la diffusion des connaissances et des lacunes d'un point de vue critique aux prestataires de soins de santé, aux équipes et aux communautés concernées.	Mener une recherche culturellement compétente comme une recherche communautaire participative.
PROFESSIONNEL Former des relations collaboratives et respectueuses avec patients et collègues, qui démontrent une conscience des questions concernant le genre, l'orientation sexuelle, les expériences culturelles et le contexte colonial et néocolonial au Canada.	AS	1.1	Démontrer de l'intégrité, de la compassion, et du respect pour la diversité; démontrer de l'humilité et de l'ouverture d'esprit pour apprendre des patients, des familles et des autres du cercle des soins.	Former et favoriser des relations collaboratives et respectueuses avec patients et collègues, qui démontrent une conscience du genre, de l'orientation sexuelle et de la culture.			

(Suite à la page suivante)

Tableau 1. (suite)

Rôle	Domaine ^b	Compétences CanMEDS habilitantes ^c	Transition à la discipline	Fondements de la discipline	Discipline de base	Transition à la pratique	Pratique avancée
Identifier et élaborer une approche des questions éthiques qui concernent diverses populations, spécialement en fonction d'un cadre de diversité, équité, intégration, antiracisme, et anti-oppression.	AKS	1, 3		Identifier et résoudre les questions éthiques en dispensant des soins à des patients de diverses populations.	Élaborer une approche et promouvoir le dialogue sur les questions éthiques qui concernent diverses populations.		
COLLABORATEUR							
Identifier les différences et la dynamique de pouvoir et prendre les mesures appropriées pour aborder l'iniquité attribuable aux forces socioculturelles au sein des équipes.	AS	1, 2	Démontrer du respect pour la diversité en travaillant avec les équipes.	Identifier les différences et la dynamique de pouvoir attribuables aux forces socioculturelles au sein des équipes, et contribuer à une formation d'équipes efficace.	Résoudre les conflits issus des différences et de la dynamique de pouvoir, attribuables aux forces socioculturelles au sein des équipes.		Offrir une consultation aux équipes et aux organisations pour résoudre les conflits et accroître l'équité d'une perspective socioculturelle.
Identifier, avoir des liens et collaborer avec les ressources communautaires pertinentes, notamment d'autres médecins, des professionnels de la santé, des organismes, des dirigeants religieux, des dirigeants communautaires, des guérisseurs et des conseillers culturels comme il se doit pour améliorer les soins cliniques.	KS	1, 2		Identifier et faciliter l'utilisation des ressources communautaires pour les patients.	Collaborer avec les ressources communautaires pertinentes pour dispenser des soins intégrés.	Prenez les devants pour joindre les ressources communautaires pertinentes et explorer une nouvelle collaboration utile à la pratique.	Former une relation collaborative soutenue avec les partenaires communautaires et faciliter la collaboration parmi eux.
Offrir une consultation et collaborer à des initiatives efficacement avec d'autres médecins, des professionnels de la santé, des organismes, des dirigeants religieux, des guérisseurs et d'autres fournisseurs pour les diverses communautés.	S	1-3			Offrir une consultation collaborative efficacement à d'autres médecins, des professionnels de la santé, des organismes, des dirigeants religieux, des dirigeants communautaires, des guérisseurs et d'autres fournisseurs pour les diverses communautés.		Collaborer efficacement à des initiatives avec d'autres médecins, des professionnels de la santé, des organismes, des dirigeants religieux, des dirigeants communautaires, des guérisseurs pour les diverses communautés.
Dresser un plan des services en collaboration avec les utilisateurs de services et leur famille qui favorise le rétablissement et est basé sur les propres objectifs de l'utilisateur des services et sur une évaluation des forces, des ressources, des obstacles et des difficultés. Identifier comment les principes du rétablissement peuvent être mis en œuvre à tous les niveaux des services.	ASK		Entamer, sous supervision, des discussions avec l'utilisateur des services et sa famille au sujet des objectifs de rétablissement, des forces, des ressources, des obstacles et des difficultés.	Explorer la signification et les valeurs qui sous-tendent les objectifs de rétablissement de l'utilisateur des services. Inspirer de l'espoir en aidant à opérationnaliser les objectifs de rétablissement de l'utilisateur des services en étapes réalisables.	Identifier des soutiens pour les principaux objectifs de rétablissement, notamment des services de santé physique et de comportement pertinents, et des soutiens apportés par les pairs et autres soutiens non cliniques.	Dresser un plan des services en collaboration avec les utilisateurs de services et leur famille qui favorise le rétablissement et est basé sur les propres objectifs de l'utilisateur des services, et ses forces, ressources, obstacles et difficultés.	

(Suite à la page suivante)

Tableau 1. (suite)

Rôle	Compétences CanMEDS habilitantes ^c	Transition à la discipline	Fondements de la discipline	Discipline de base	Transition à la pratique	Pratique avancée
LEADER						
Mener et participer à l'assurance de la qualité et à l'amélioration de la prestation des soins de santé qui tient compte des questions culturelles, des déterminants sociaux de la santé (DSS), et d'équité.	1.1 - 1.4, 3			Participer à l'assurance de la qualité et à l'amélioration de la prestation des soins de santé qui tient compte des questions culturelles, des DSS, et d'équité.		Entendre, élaborer et diriger l'assurance de la qualité, l'amélioration de la prestation des soins de santé qui tient compte des questions culturelles, des DSS, et d'équité.
Promouvoir l'allocation équitable des ressources de soins de santé et l'accès aux soins, tout en contestant les réponses qui maintiennent ou aggravent l'iniquité et les décisions politico-économiques qui encadrent ces questions et produisent des suppositions.	2.1, 3			Soutenir les initiatives qui favorisent l'allocation équitable des ressources de soins de santé et l'accès aux soins.		Mener et promouvoir des initiatives qui mènent à l'allocation équitable des ressources de soins de santé et à l'accès aux soins d'un niveau systémique.
PROMOTEUR DE LA SANTÉ						
Identifier et aborder l'effet du racisme, de l'oppression, des obstacles à l'accès, et d'autres facteurs socioculturels menant aux troubles de santé mentale et aux disparités de santé chez les patients et les groupes désavantagés ou marginalisés à l'aide de l'habilitation, de la mobilisation et de la guérison individuelles et collectives.	1.1, 2.1, 2.3	Identifier l'effet du racisme, de l'oppression, des obstacles à l'accès, et d'autres facteurs socioculturels menant aux troubles de santé mentale et aux disparités de santé.	Aborder l'effet du racisme, de l'oppression, des obstacles à l'accès, et d'autres facteurs socioculturels menant aux troubles de santé mentale et aux disparités de santé dans les soins cliniques.	Aborder l'effet du racisme, de l'oppression, des obstacles à l'accès, et d'autres facteurs socioculturels menant aux troubles de santé mentale et aux disparités de santé chez les patients et leur famille.		Aborder l'effet du racisme, de l'oppression, des obstacles à l'accès, et d'autres facteurs socioculturels menant aux troubles de santé mentale et aux disparités de santé au niveau communautaire.
Identifier et travailler avec les groupes de défense des intérêts communautaires, régionaux, nationaux et internationaux en soins de santé mentale, en évaluant de façon critique la place de chaque groupe dans la hiérarchie politique et économique.	1.1, 2.1, 2.3	Identifier les groupes de défense des intérêts en soins de santé mentale et commencer à établir des liens.	Acquérir une compétence en matière de modalités de défense des intérêts, comme la conception d'une campagne, la liaison avec des politiciens, la rédaction de lettres, le début d'une initiative, etc.	Identifier les groupes de défense des intérêts en soins de santé mentale, en examinant de façon critique l'influence potentielle des intérêts commerciaux pharmaceutiques et de la santé.		Collaborer avec les groupes de défense des intérêts locaux, nationaux et internationaux en soins de santé mentale.

(Suite à la page suivante)

Tableau 1. (suite)

Rôle	Domaine ^b	Compétences CanMEDS habilitantes ^c	Transition à la discipline	Fondements de la discipline	Discipline de base	Transition à la pratique	Pratique avancée
Défendre les intérêts des patients et des communautés marginalisées pour aborder les déterminants de la santé, les questions de genre, l'oppression, et l'accès équitable aux ressources au niveau micro (p. ex., aider les personnes à obtenir des bénéfices auxquels elles ont droit), au niveau méso (p. ex., faire en sorte que des politiques anti-oppressives soient instaurées en institution), et au niveau macro (p. ex., identifier les politiques pertinentes, travailler avec le gouvernement, organiser des campagnes de défense des intérêts et y participer).	S	1.1, 2	Identifier les ressources et les aides disponibles pour aborder les questions d'iniquité.	Défendre les intérêts des patients marginalisés pour aborder les déterminants de la santé, les questions de genre, l'oppression et l'accès équitable aux ressources.	Défendre les intérêts des patients marginalisés et de leur famille pour aborder les déterminants de la santé, les questions de genre, l'oppression et l'accès équitable aux ressources.		Défendre les intérêts des communautés marginalisées pour aborder les déterminants de la santé, les questions de genre, l'oppression et l'accès équitable aux ressources et à leur distribution au niveau de la communauté ou du système.
Participer à des initiatives de promotion de la santé mentale individuelle et communautaire culturellement appropriées, comme des exposés éducatifs communautaires et des ateliers.	S	1.2, 1.3, 2.2, 2.3		Intégrer la promotion de la santé mentale culturellement appropriée dans les soins des patients.	Être animateur de la promotion de la santé mentale culturellement appropriée dans les familles ou les groupes de patients.		Être animateur de la promotion de la santé mentale culturellement appropriée dans les communautés.
Défendre efficacement les intérêts des besoins holistiques, notamment les besoins biopsychosociaux, culturels et spirituels des patients, des familles et des communautés.	S	1.1, 2.1, 2.3	Identifier les besoins holistiques des patients, des familles et des communautés.	Défendre les intérêts des besoins holistiques des patients et les habiliter dans les soins cliniques.	Défendre les intérêts des besoins holistiques des patients et de leur famille.		Défendre les intérêts des besoins holistiques des patients, des familles et des communautés au niveau communautaire systémique.

^a Adapté de *Rotation Specific Educational Objectives and Draft Milestones for Sociocultural Dimensions of Psychiatry* de Fung K, Munshi A, Andermann L, et Pillar 4 groupe de travail pour le comité de direction de la formation médicale basée sur les compétences, département de psychiatrie, Université de Toronto

^b A = attitude; K = connaissance; S = habileté

^c CanMEDS 2015 Compétences habilitantes

Tableau 2. Thèmes fondamentaux du programme d'études en psychiatrie culturelle

Thèmes fondamentaux	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, Leader, 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, Leader, Promoteur de la santé et Érudit

cliniques observables dont les superviseurs peuvent confier l'exécution aux stagiaires sous supervision à divers degrés, selon leur niveau de compétence. Chaque APC définie intègre les compétences habilitantes pertinentes des différents rôles CanMEDS. Par exemple, la tâche clinique de dispenser des soins à un réfugié comporte naturellement des compétences associées à l'expert médical, au communicateur, au collaborateur, au professionnel, et aux rôles de promotion de la santé. Bien que l'utilisation des APC et des jalons varie, au Canada, la tendance actuelle se dirige vers l'utilisation des compétences et des jalons pour faciliter la conception du programme d'études et la mise en œuvre de l'enseignement, alors que les APC peuvent servir à faciliter les évaluations et la rétroaction. Relativement peu d'APC seront élaborées pour évaluer chaque phase de la formation. La compétence et la sécurité culturelle doivent être *explicitement* incluses dans les APC avec les jalons de compétence correspondants apposés sur elles, puisqu'il y a une tendance à présumer à tort que les considérations, les approches et le discours dominants répondent adéquatement aux besoins des communautés marginalisées ou minoritaires.

Un certain nombre de considérations spécifiques entrent dans la conception et la mise en œuvre d'un programme d'études de CPC en psychiatrie culturelle. Premièrement, il faut mettre désormais l'accent sur l'enseignement et l'acquisition de compétences cliniques observables, plutôt que sur l'enseignement didactique basé sur les connaissances. En psychiatrie culturelle, les attitudes, les connaissances et les habiletés que renferment certaines compétences sont complexes et ne sont pas toujours facilement enseignées ou observées dans des rencontres cliniques de tous les jours, surtout qu'elles varient selon le contexte clinique particulier. L'apprentissage expérientiel

par des exercices de réflexion individuels ou en groupe, le recours à une classe « inversée » dotée de ressources en ligne, et l'usage accru de la simulation pour l'enseignement de la psychiatrie culturelle doivent être développés. Deuxièmement, comme de fréquentes évaluations et rétroactions du travail sont nécessaires, les superviseurs cliniques qui n'enseignent pas traditionnellement la psychiatrie culturelle peuvent être tenus de faciliter l'enseignement et l'évaluation de la compétence et de la sécurité culturelle, renforçant le besoin de développer le corps professoral. Les partenaires interprofessionnels et communautaires qui participeront de plus en plus à titre de collaborateurs ou d'enseignants doivent aussi s'engager à ce processus. Finalement, les indicateurs de la compétence culturelle doivent être attentivement intégrés aux nouveaux outils mis au point pour évaluer les APC et les jalons de compétence, notamment les brefs exercices d'évaluation clinique (mini-CEX) et des outils d'évaluation semblables sur papier ou en ligne.

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.

Comme les objectifs comportent l'acquisition d'attitudes, de connaissances et d'habiletés pour les stagiaires, une variété de méthodes pédagogiques doivent être employées

Tableau 3. Objectifs d'apprentissage d'un programme d'études de base en psychiatrie culturelle

Sujet	Objectifs et compétences	Objectifs d'apprentissage
I Culture et Santé		
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
II Culture, maladie et psychopathologie		
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 (p. ex. dans le DSM-5: D'autres troubles qui peuvent susciter l'attention clinique).	K
III La culture dans la pratique clinique		
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

(Suite à la page suivante)

Tableau 3. (suite)

Sujet	Objectifs et compétences	Objectifs d'apprentissage
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
IV Culture et politiques, services et systèmes de santé		
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 = habileté.

pour faciliter l'apprentissage, notamment: (1) des exercices ou des devoirs de réflexion individuels ou en groupe dans un environnement sûr, lesquels peuvent s'avérer la meilleure façon de favoriser les changements d'attitudes personnelles; (2) des lectures proposées, des présentations didactiques et des études de cas susceptibles d'accroître les connaissances des stagiaires relatives 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 et des collaborations auprès des familles et des communautés sont toutes de précieuses occasions d'apprentissage pour l'acquisition de compétences grâce au modelage, à la rétroaction et à la supervision.

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 à des connaissances de travail accrues et aux changements d'attitudes, surtout quand ceux-ci sont facilités par une supervision adéquate. Les deux premiers groupes d'activités d'apprentissage peuvent être dispensées de manière stratégique et expéditive 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 écologiquement et enchâssée à des stages pendant toute la durée de la résidence.¹³³ Cette approche intégrative se

révèle particulièrement importante pour éviter de confondre compétence culturelle de base et psychiatrie culturelle comme surspécialité qui ne s'applique qu'aux psychiatres culturels; elle renforce plutôt la position selon laquelle la compétence culturelle est une compétence de base essentielle et nécessaire dans chaque rencontre clinique pour chaque psychiatre.⁴⁴ Cette formation implique que les membres du corps professoral de tous les stages doivent recevoir une formation et un soutien pour maintenir et améliorer leur propre compétence culturelle de base, et acquérir une expertise pour l'enseigner et l'évaluer.

Les groupes, institutions et organismes communautaires constituent une source importante de connaissances et d'expérience. Ils peuvent offrir soutien, conseils et information relatifs aux besoins, aux modèles explicatifs de la maladie, ainsi qu'aux antécédents des groupes locaux qui peuvent être significatifs en ce qui concerne leur exposition aux facteurs de risque pour le développement de problèmes de santé et leur capacité d'accéder aux services et de les utiliser. Ils peuvent eux-mêmes offrir des services spécifiques qui sont plus sensibles à la culture, mais ils peuvent aussi parfois constituer une source de stigmatisation ou un obstacle à l'accès à des services de santé mentale optimaux. Ils sont un allié potentiel utile dans le développement de services de compétence culturelle et dans l'acquisition individuelle de connaissances. Savoir identifier et établir des relations de travail avec les représentants d'organismes communautaires représente une compétence importante 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 (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; et (3) 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 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.³⁸

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. Par exemple, les expériences de colonisation ont façonné l'identité de bien des gens, et 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—alors qu'il y a un tronc commun d'expérience humaine qui permet l'empathie dans toutes les cultures, des détails importants des antécédents de chaque personne demeurent difficiles à apprécier pleinement sans une longue exposition avec le temps à leurs réalités sociales.¹³⁴ Ainsi, les stagiaires qui tendent à privilégier la maîtrise, l'acquisition de compétences et d'autorité professionnelles doivent apprendre à tolérer l'ambiguïté, l'incertitude et le fait de ne pas savoir—et développer la confiance de permettre aux patients une mesure de contrôle sur leur propre positionnement social et leur auto-divulgence graduelle. 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 qui encadrent ces interactions quotidiennes. Les cliniciens doivent apprendre à utiliser leur propre identité, à la fois comme outil de connaissance de soi et 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.¹³⁵ 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. Reconnaître que les cliniciens ont chacun leurs propres trajectoires de vie et ne peuvent pas représenter la diversité d'un groupe culturel en raison des variations de classe sociale, d'éducation et d'acculturation peut réduire la tendance à établir des stéréotypes.

Pour utiliser leurs connaissances culturelles, toutefois, il faut aux cliniciens des cadres conceptuels de la psychiatrie culturelle et des sciences sociales qui explicitent le rôle de la culture dans la santé et la maladie. 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 non seulement les antécédents ethnoculturels des patients et du clinicien, mais aussi les valeurs et idéologies implicites qui structurent le savoir médical et le système de santé.¹³⁶⁻¹³⁸ 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 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: (1) établir une

alliance de travail dans le contexte de déséquilibre des relations de pouvoir et de divergences des valeurs et vues sur le monde; (2) formuler les problèmes en fonction d'une dynamique sociale et culturelle spécifique; et (3) 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,^{126,139} 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. Mais dans les institutions de soins de santé, cela nécessite en particulier que l'on apporte des changements structurels, de façon à ce que l'on puisse accorder davantage du temps et des 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 les personnes pouvant composer avec l'incertitude.¹⁴⁰

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

1. *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. Les formulations culturelles servent aussi à mettre l'accent sur l'importance de la famille, de la communauté et d'autres questions liées aux systèmes sociaux pour bien des patients. 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.

2. *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. 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.
3. *Expérience du travail interinstitutionnel et intersectoriel communautaire.* Bien que la coopération multidisciplinaire soit répandue dans les milieux cliniques, l'enseignement pratique des enjeux systémiques est encore largement inadéquat. 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.^{140,141}
4. *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 les droits individuels contre les droits collectifs, et des situations où les professionnels doivent envisager de modifier les procédures courantes et adopter des positions revendicatrices tout en évitant de s'appropriier la voix ou l'expérience d'autrui.¹⁴² 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.^{143,144} Cela peut comporter des consultations spécialisées auprès de patients hospitalisés, des consultations externes et communautaires, et un traitement à durée limitée.^{145,146} 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 et qu'il exige d'être ouvert à une remise en question des postulats de la pratique psychiatrique standard. 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-divulgence 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

Au Canada, la recherche a documenté des inégalités évidentes dans l'accès aux services de santé mentale et les résultats de différents groupes. Il est établi qu'aborder spécifiquement les différences culturelles peut améliorer l'accès aux soins et les résultats cliniques. Il faut toutefois plus de recherche sur tous les aspects de l'interaction entre culture et santé mentale, y compris les modèles de psychopathologie, les services de santé et le rétablissement. Cela exige ensuite une nouvelle génération de chercheurs formés à appliquer les perspectives des sciences sociales contemporaines et diverses méthodes d'étude de la culture et de la psychiatrie. 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. Les études les plus avancées sont à multiples niveaux et méthodes, elles intègrent les approches quantitatives et qualitatives, et demandent des équipes de chercheurs qui peuvent collaborer étroitement à étudier les divers niveaux où la culture influe, de l'individu à la société dans son ensemble. 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 la capacité de pouvoir remettre en question sa propre discipline à travers d'autres perspectives.⁴⁸

Tableau 4. Modèle d'évaluation pour les entrevues observées et les présentations de cas*

- 1.0 **Relation médecin–patient**
 - Approche le patient de manière culturellement appropriée.
- 2.0 **Entrevue et EEM**
 - Adapte adéquatement l'entrevue et l'EEM pour les rendre compétentes sur le plan culturel.

Contenu de l'entrevue

 - Identifie les stressés sociaux et culturels et les inégalités systémiques.
 - Explore le modèle explicatif de la maladie du patient.
 - Examine les traitements complémentaires et de rechange.
 - Examine les identités culturelles pertinentes, l'histoire–trauma–stress de la migration, les stratégies d'acculturation et la spiritualité.
 - Identifie les soutiens sociaux et culturels, notamment la famille, les réseaux de parenté et les communautés.
- 3.0 **Présentation de cas**
 - Présente fidèlement les enjeux sociaux et culturels pertinents et leur incidence sur le tableau clinique et le diagnostic.
- 4.0 **Formulation**
 - Identifie précisément les éléments sociaux et culturels de la maladie du patient.
- 5.0 **Plan de traitement**
 - Identifie d'autres investigations biopsychosociales–culturelles immédiatement requises pour confirmer le diagnostic ou dispenser des soins optimaux au patient.
 - Prend en compte les facteurs sociaux et culturels dans tous les aspects de la planification du traitement.
 - Recommande et promeut les collaborations appropriées avec la famille, la communauté ou d'autres fournisseurs de services.
 - Examine les questions susceptibles d'influer sur le rétablissement au-delà de la simple réduction des symptômes.

* 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

L'évaluation en formation et en perfectionnement professionnel continu

Un processus d'évaluation bien pensé est 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. L'appréciation et l'évaluation sont les piliers de l'élaboration du programme d'études. Pour les stagiaires et les praticiens, l'évaluation est un motivateur puissant pour apprendre et elle peut aider le clinicien à distinguer les domaines où il leur faut plus d'expérience.

Dans les domaines de la psychiatrie culturelle et de la compétence culturelle, mettre au point des instruments d'évaluation valides et fiables peut être difficile car le but réel est d'effectuer des changements significatifs d'attitudes et de compétences cliniques, lesquelles continuent à se développer avec l'expérience et persistent bien après que le cours a été donné; vérifier les connaissances factuelles transmises pendant les cours est beaucoup plus direct à l'aide de moyens traditionnels. 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.⁴⁴

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, transmises en particulier lors des 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), le mini-CEX, 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 supervisée et la présentation de cas, puisqu'une prestation réussie lors des examens oraux demeure l'un des principaux critères pour réussir la formation psychiatrique. 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 d'œuvrer auprès de communautés diversifiées en tant qu'Expert en médecine, Collaborateur et Leader. 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 pour le succès de la formation en compétence culturelle.¹⁴⁷ Étant donné toute l'activité des programmes d'études postdoctoraux de la formation en compétence culturelle, 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 en adaptant la compétence culturelle à leurs propres domaines de spécialité. 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, des superviseurs de psychothérapie et des stages facultatifs. La compétence culturelle peut aussi être évaluée au niveau des organisations.¹⁴⁸ 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 certaines 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 seniors et juniors, résidents et membres de la communauté. La configuration exacte dépendra de la disponibilité locale et de la stratégie de mise en œuvre, mais la diversité offre la possibilité d'effectuer différentes parties du leadership et de s'approprier différentes parties du

programme d'études. 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. Le plan et la stratégie de mise en œuvre découlent du programme d'études de psychiatrie culturelle, des besoins locaux ainsi que du temps et des ressources disponibles, notamment l'expertise dont dispose l'équipe de direction.

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 développées 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. Les connaissances peuvent être enseignées par différentes méthodes, notamment les textes, les cours donnés en personne ou à l'aide de webinaires et de séries de séminaires. Les attitudes peuvent aussi être enseignées par diverses méthodes notamment la réflexion personnelle, le travail en groupe, et l'exposition à différentes communautés au fil du temps. Toutefois, l'amélioration des compétences cliniques réussit le mieux par la pratique et l'encadrement. Cela exige alors que les superviseurs eux-mêmes soient habiles avec les approches de la sécurité et de la compétence culturelles ou que d'autres sources d'expertise puissent apporter un soutien aux stagiaires en cette matière. La quantité de formation nécessaire des superviseurs variera selon leur rôle, L'exposition au travail des groupes communautaires et la formation spécifique ou les placements dans des milieux qui offrent des soins culturellement spécifiques peuvent être utiles avec une supervision appropriée.
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

L'échange accéléré de connaissances et la confrontation de différents systèmes de valeurs et de perspectives que provoque la mondialisation accroissent l'importance de la

psychiatrie culturelle en tant que discipline universitaire et qu'un des piliers centraux de la formation clinique et de la prestation de services. La reconnaissance du fait que la culture est au cœur 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. Parallèlement, les sciences sociales et la neuroscience culturelle peuvent offrir à la psychiatrie des modèles conceptuels visant à une compréhension intégrative de la santé mentale et des maladies mentales.

La Section de psychiatrie transculturelle de l'APC a contribué au Centre de ressources multiculturelles en santé mentale (CRMSM, www.mmhrc.ca), un centre d'échange de connaissances en ligne dont le but est de soutenir les soins de santé mentale interculturels. Outre la documentation pour les patients et les praticiens, le CRMSM a des sections où partager de la documentation au sujet des programmes d'études, des instruments d'apprentissage interactif et d'auto-évaluation, ainsi que des documents décrivant des modèles de pratique clinique et de changement organisationnels.¹⁴⁹ Les activités de PPC de ce domaine comportent le programme d'été annuel, et les instituts d'études avancées en psychiatrie culturelle, organisés par la division de la psychiatrie sociale et transculturelle de l'Université McGill et une Journée annuelle de psychiatrie culturelle, qui est un événement agréé national de vidéoconférence, coparrainé par la section transculturelle de l'Association des psychiatres du Canada. Ces initiatives soutiennent les efforts continus de faire de la psychiatrie culturelle un élément essentiel des connaissances et des compétences pour tous les psychiatres. Naturellement, 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.

Références

- Kirmayer LJ, Fung K, Rousseau C, et al. Directives pour la formation en psychiatrie culturelle. *Can J Psychiatry*. 2012;57(3): Suppl 1-16.
- Kirmayer LJ. Cultural variations in the response to psychiatric disorders and emotional distress. *Soc Sci Med* 1989;29:327-39.
- López S, Guarnaccia PJ. Cultural psychopathology: Uncovering the social world of mental illness. *Annual Review of Psychology* 2000; 51:571-98.
- Surgeon General. *Mental Health: Culture, Race, and Ethnicity*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services; 2002.
- Smedley BD, Stith AY, Nelson AR, Institute of Medicine (U.S.) Committee on Understanding and Eliminating Racial and Ethnic Disparities in Health Care. *Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care*. Washington, D.C.: National Academy Press; 2003.
- Hyman I. Setting the stage: Reviewing current knowledge on the health of Canadian immigrants. *Canadian Journal of Public Health* 2004;95:1-4.
- Alarcón RD, Bell CC, Kirmayer LJ, Lin K-H, Ustun TB, Wisner KL. Beyond the funhouse mirrors: Research agenda on culture and psychiatric diagnosis Dans: Kupfer DJ, First MB, Regier DA, eds. *A Research Agenda for DSM-V*. Washington: American Psychiatric Press; 2002:219-89.
- 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;59:1264-72.
- Cummings JR, Druss BG. Racial/ethnic differences in mental health service use among adolescents with major depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2011;50: 160-70.
- Alegria M, Atkins M, Farmer E, Slaton E, Stelk W. One size does not fit all: taking diversity, culture and context seriously. *Administration and policy in mental health* 2010;37:48-60.
- 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: Department of Health; 2005.
- 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: Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie; 2006.
- Commission de la santé mentale du Canada. *Vers le rétablissement et le bien-être: un cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada*. Ottawa: Commission de la santé mentale du Canada; 2009.
- Raphael D, ed. *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*. 3 ed. Toronto: Canadian Scholar's Press; 2016.
- Goldner EM, Bilsker D, Jenkins E. *A concise introduction to mental health in Canada*. Toronto: Canadian Scholars' Press; 2016.
- Anderson AB, Frideres JS. *Ethnicity In Canada: Theoretical Perspectives*. Toronto: Butterworth & Company (Canada) Ltd.; 1981.
- Hollinger DA. *Postethnic America: Beyond Multiculturalism*. New York: Basic Books; 1995.
- Isajiw WW, ed. *Multiculturalism in North America and Europe: Comparative Perspectives on Interethnic Relations and Social Incorporation*. Toronto: Canadian Scholar's Press; 1997.
- Susser I, Patterson TC. *Cultural diversity in the United States: a critical reader*. Malden, Mass.: Blackwell; 2001.
- Troper H, Weinfeld M, eds. *Ethnicity, Politics, and Public Policy: Case Studies in Canadian Diversity*. Toronto: University of Toronto Press; 1999.
- Kivisto P. *Multiculturalism in a global society*. Oxford, UK: Blackwell Pub.; 2002.
- Kambourelli S. *The technology of ethnicity: Canadian multiculturalism and the language of law*. Dans: Bennett D, ed. *Multicultural States: Rethinking Difference and Identity*. London: Routledge; 1998:208-22.

23. Gunew SM. *Haunted nations: the colonial dimensions of multiculturalisms*. 1st ed. New York: Routledge; 2003.
24. Comeau TD, Allahar AL. Forming Canada's ethnoracial identity: Psychiatry and the history of immigration practices. *Identity: An International Journal of Theory and Research* 2001;1:143-60.
25. Dowbiggin I. Keeping this country sane: C.K. Clarke, immigration restriction, and Canadian psychiatry, 1890-1925. *The Canadian Historical Review* 1995;76:598-627.
26. Kirmayer LJ. Critical psychiatry in Canada. In: Moodley R, Ocampo M, eds. *Critical psychiatry in Canada*. New York: Routledge; 2014:170-81.
27. Canada TaRCo. *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir: sommaire du rapport final de la commission de vérité et réconciliation du Canada*. Ottawa: Commission de vérité et réconciliation du Canada.; 2015.
28. Boksa P, Joobar R, Kirmayer LJ. Mental wellness in Canada's Aboriginal communities: striving toward reconciliation. *J Psychiatry Neurosci* 2015;40:363-5.
29. Hernandez M, Nesman T, Mowery D, Acevedo-Polakovich ID, Callejas LM. Cultural competence: a literature review and conceptual model for mental health services. *Psychiatric services* 2009;60:1046-50.
30. Pumariega AJ, Rothe E, Mian A, et coll. Practice parameter for cultural competence in child and adolescent psychiatric practice. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013;52:1101-15.
31. Truong M, Paradies Y, Priest N. Interventions to improve cultural competency in healthcare: a systematic review of reviews. *BMC Health Serv Res* 2014;14:99.
32. Pena Dolhun E, Munoz C, Grumbach K. Cross-cultural education in U.S. medical schools: development of an assessment tool. *Acad Med* 2003;78:615-22.
33. Metzl JM, Hansen H. Structural competency: theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Soc Sci Med* 2014; 103:126-33.
34. Alarcon R. Hispanic psychiatry: From margin to mainstream. *Transcultural Psychiatry* 2001;38:5-25.
35. Beiser M. The health of immigrants and refugees in Canada. *Can J Public Health* 2005;96 Suppl 2: S30-44.
36. Kirmayer LJ. Rethinking cultural competence. *Transcult Psychiatry* 2012;49:149-64.
37. Good MJ, Hannah SD. "Shattering culture": perspectives on cultural competence and evidence-based practice in mental health services. *Transcult Psychiatry* 2015;52:198-221.
38. Rousseau C, Perreault M, Leichner P. Residents' perceptions of transcultural psychiatric practice. *Community Mental Health Journal* 1995;31:73-85; discussion 7-9.
39. Baxter CL. Transcultural psychiatry in Canadian psychiatry residency programs. *Annals of the Royal College of Physicians and Surgeons Canada* 2002;35:492-4.
40. Bureau de l'éducation du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Normes spécifiques d'agrément des programmes de résidence en psychiatrie*. Ottawa: Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2005.
41. Berntson A, Goldner E, Leverette J, Moss P, Tapper M, Hodges B. La formation psychiatrique postdoctorale en régions rurales et éloignées: accroître les compétences et former des partenariats. *Can J Psychiatry* 2005;50:1-8.
42. El-Guebaly N, Garneau Y. *Programme-cadre de formation des résidents en psychiatrie sur l'alcoolisme et la toxicomanie [énoncé de principes]*. Ottawa: Association de psychiatres du Canada; 1996 March 27, 2007.
43. Dawe I. Les urgences psychiatriques, nouvelles tendances et enjeux de formation. *Can J Psychiatry* 2004;49: Encart 1-6.
44. Fung K, Andermann L, Zaretsky A, Lo HT. An integrative approach to cultural competence in the psychiatric curriculum. *Acad Psychiatry* 2008;32:272-82.
45. Lo HT, Fung KP. Culturally competent psychotherapy. *Can J Psychiatry* 2003;48:161-70.
46. Grabovac A, Clark N, McKenna M. Pilot study and evaluation of postgraduate course on "the interface between spirituality, religion and psychiatry". *Acad Psychiatry* 2008;32:332-7.
47. Grabovac AD, Ganesan S. Spirituality and religion in Canadian psychiatric residency training. *Can J Psychiatry* 2003;48:171-5.
48. Kirmayer LJ, Rousseau C, Corin E, Groleau D. Training researchers in cultural psychiatry: The McGill-CIHR Strategic Training Program. *Academic Psychiatry* 2008;32:320-6.
49. Kirmayer LJ, Rousseau C, Guzder J, Jarvis GE. Training clinicians in cultural psychiatry: A Canadian perspective. *Academic Psychiatry* 2008;32:313-9.
50. Kuper A. *Culture: The anthropologists' account*. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1999.
51. Koenig BA, Lee SS-J, Richardson SS. *Revisiting race in a genomic age*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press; 2008.
52. Hacking I. Why race still matters. *Daedalus* 2005;134:106-16.
53. Graves JL Jr. *The Emperor's New Clothes: Biological Theories of Race at the Millennium*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press; 2001.
54. Noh S, Kaspar V, Wickrama KA. Overt and subtle racial discrimination and mental health: preliminary findings for Korean immigrants. *Am J Public Health* 2007;97:1269-74.
55. Banks M. *Ethnicity: Anthropological Constructions*. London: Routledge; 1996.
56. Clarke DE, Colantonio A, Rhodes AE, Escobar M. Ethnicity and mental health: Conceptualization, definition and operationalization of ethnicity from a Canadian context. *Chronic Diseases in Canada* 2008;28:128-47.
57. Lock MM, Nguyen V-K. *An anthropology of biomedicine*. Chichester, West Sussex; Malden, MA: Wiley-Blackwell; 2010.
58. Chiao JY, Blizinsky KD. Culture-gene coevolution of individualism-collectivism and the serotonin transporter gene. *Proc Biol Sci* 2010;277:529-37.
59. Kitayama S, King A, Hsu M, Liberzon I, Yoon C. Dopamine-System Genes and Cultural Acquisition: The Norm Sensitivity Hypothesis. *Curr Opin Psychol* 2016;8:167-74.
60. Lin K-M, Smith MW, Ortiz V. Culture and psychopharmacology. *Psychiatr Clin North Am* 2001;24:523-38.
61. Wexler BE. *Brain and culture: neurobiology, ideology, and social change*. Cambridge, Mass.: MIT Press; 2006.
62. Worthman CM. *Formative experiences: the interaction of caregiving, culture, and developmental psychobiology*. Cambridge; New York: Cambridge University Press; 2010.
63. Kim HS, Sasaki JY. Cultural neuroscience: biology of the mind in cultural contexts. *Annu Rev Psychol* 2014;65:487-514.

64. Hyde LW, Tompson S, Creswell JD, Falk EB. Cultural neuroscience: new directions as the field matures. *Culture and Brain* 2015;3:75-92.
65. Seligman R, Choudhury S, Kirmayer LJ. Locating culture in the brain and in the world: From social categories to the ecology of mind. Dans: Chiao JY, Turner R, Li S, Seligman R, eds. *Handbook of Cultural Neuroscience*. Oxford: Oxford University Press; 2016: 3-20.
66. Hansson EK, Tuck A, Lurie S, McKenzie K. Rates of mental illness and suicidality in immigrant, refugee, ethnocultural, and racialized groups in Canada: a review of the literature. *Can J Psychiatry* 2012; 57:111-21.
67. Anderson KK, Cheng J, Susser E, McKenzie KJ, Kurdyak P. Incidence of psychotic disorders among first-generation immigrants and refugees in Ontario. *CMAJ* 2015;187: E279-86.
68. Kirmayer L, Narasiah L, Muniz M, et coll. Common mental health problems in immigrants and refugees: General approach to the patient in primary care. *Canadian Medical Association Journal* 2011;183.
69. McKenzie K. Issues and options for improving services for diverse populations. *Canadian Journal of Community Mental Health* 2016; 34:69-88.
70. Veling W, Selten JP, Susser E, Laan W, Mackenbach JP, Hoek HW. Discrimination and the incidence of psychotic disorders among ethnic minorities in The Netherlands. *Int J Epidemiol* 2007;36: 761-8.
71. Gee GC, Spencer MS, Chen J, Takeuchi D. A nationwide study of discrimination and chronic health conditions among Asian Americans. *Am J Public Health* 2007;97:1275-82.
72. Sue DW, Capodilupo CM, Torino GC, et coll. Racial microaggressions in everyday life: Implications for clinical practice. *American Psychologist* 2007;62:271-86.
73. McKenzie K, Bhui K. Institutional racism in mental health care. *Bmj* 2007;334:649-50.
74. Fernando S. *Mental health, race and culture*. 3rd ed. Basingstoke, Hampshire; New York, NY: Palgrave Macmillan; 2010.
75. Bhugra D, Gupta S. *Migration in mental health*. Cambridge: Cambridge University Press; 2011.
76. Moodley R, Ocampo M. *Critical psychiatry and mental health: exploring the work of Suman Fernando in clinical practice*. Hove, East Sussex; New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group; 2014.
77. Teo T. *Critical psychology: A geography of intellectual engagement and resistance*. *Am Psychol* 2015;70:243-54.
78. Kirmayer LJ, Bhugra D. Culture and mental illness: social context and explanatory models. In: Salloum IM, Mezzich JE, eds. *Psychiatric Diagnosis: Patterns and Prospects*. New York: John Wiley & Sons; 2009:29-37.
79. Gone JP, Kirmayer LJ. On the wisdom of considering culture and context in psychopathology. In: Millon T, Krueger RF, Simonsen E, eds. *Contemporary Directions in Psychopathology: Scientific Foundations of the DSM-V and ICD-11*. New York: Guilford; 2010: 72-96.
80. Hinton D, Good BJ, eds. *Culture and Panic Disorder*. Stanford: Stanford University Press; 2009.
81. Kirmayer LJ. Somatoform and dissociative disorders in cultural perspective: Comment on Griffiths and Gonzalez. In: Mezzich J, Kleinman A, Fabrega H Jr., Parron D, eds. *Culture and Psychiatric Diagnosis*. Washington: American Psychiatric Press; 1996:151-7.
82. Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh-Firempong O, 2nd. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public health reports* 2003;118:293-302.
83. Tseng W-S, Streltzer J, eds. *Cultural Competence in Clinical Psychiatry*. Washington: American Psychiatric Publishing Inc.; 2004.
84. 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. *Clinical Psychology Review* 2008;28:1386-99.
85. 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;18:247-56.
86. Anderson J, Perry J, Blue C, et coll. "Rewriting" cultural safety within the postcolonial and postnational feminist project: Toward new epistemologies of healing. *Advances in Nursing Science* 2003; 26:222-32.
87. Papps E, Ramsden I. Cultural safety in nursing: the New Zealand experience. *Int J Qual Health Care* 1996;8:491-7.
88. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
89. Lewis-Fernandez R, Aggarwal N, Hinton L, Hinton DE, Kirmayer LJ, eds. *DSM-5 Handbook on the Cultural Formulation Interview*. Washington: American Psychiatric Press; 2015.
90. Lewis-Fernández RL, Kirmayer LJ, Guarnaccia P, Ruiz P. Cultural concepts of distress. In: Sadock B, Sadock V, Ruiz P, eds. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. New York: Lippincott, Williams & Wilkins; 2017:2443-60.
91. Farooq S, Fear C. Working through interpreters. *Advances in Psychiatric Treatment* 2003;9:104-9.
92. Diamond LC, Schenker Y, Curry L, Bradley EH, Fernandez A. Getting By: Underuse of Interpreters by Resident Physicians. *Journal of General Internal Medicine* 2009;24:256-62.
93. Rousseau C, Measham T, Moro MR. Working with interpreters in child mental health. *Child and Adolescent Mental Health* 2011;16: 55-9.
94. Kirmayer LJ, Raikhel E, Rahimi S. Cultures of the Internet: identity, community and mental health. *Transcult Psychiatry* 2013; 50:165-91.
95. Hilty DM, Crawford A, Teshima J, et coll. A framework for telepsychiatric training and e-health: Competency-based education, evaluation and implications. *Int Rev Psychiatry* 2015;27:569-92.
96. Crawford A, Gratzler D, Jovanovic M, et coll. *Building eHealth and Telepsychiatry Capabilities: Three Educational Reports Across the Learning Continuum*. Acad Psychiatry 2018.
97. Kirmayer LJ, Lemelson R, Cummings CA. *Re-visioning psychiatry: cultural phenomenology, critical neuroscience, and global mental health*. New York, NY: Cambridge University Press; 2014.
98. Wallace R. *Computational psychiatry: a systems biology approach to the epigenetics of mental disorders*. New York, NY: Springer Science+Business Media; 2017.
99. Graves DL, Like RC, Kelly N, Hohensee A. Legislation as intervention: A survey of cultural competence policy in health care. *Journal of Health Care Law and Policy* 2007;10:339-61.
100. Kirmayer LJ. Multicultural medicine and the politics of recognition. *J Med Philos* 2011;36:410-23.

Directives pour la formation en psychiatrie culturelle

101. Kirmayer LJ. Culture and context in human rights. Dans: Dudley M, Silove D, Gale F, eds. *Mental Health and Human Rights*. Oxford: Oxford University Press; 2012: 95-112.
102. Waldram JB, Herring A, Young TK. *Aboriginal health in Canada: historical, cultural, and epidemiological perspectives*. 2nd ed. Toronto; Buffalo: University of Toronto Press; 2006.
103. Kirmayer LJ, Valaskakis GG. *Healing traditions: the mental health of Aboriginal peoples in Canada*. Vancouver: UBC Press; 2009.
104. Wesley-Esquimaux CC, Smolewski M. *Historic trauma and Aboriginal healing*. Ottawa: Aboriginal Healing Foundation; 2004.
105. King M, Smith A, Gracey M. Indigenous health part 2: the underlying causes of the health gap. *Lancet* 2009;374:76-85.
106. 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.
107. Menzies P. Intergenerational trauma from a mental health perspective. *Native Social Work Journal* 2010;7:63-85.
108. Stout MD, Kipling G. *Aboriginal people, resilience and the residential school legacy*. Ottawa: Aboriginal Healing Foundation; 2003.
109. Warry W. *Ending Denial: Understanding Aboriginal Issues*. Toronto: Broadview Press; 2007.
110. Brant Castellano M, Archibald L, DeGagné M, eds. *From Truth to Reconciliation: Transforming the Legacy of Residential Schools*. Ottawa: Aboriginal Healing Foundation; 2008.
111. Kirmayer LJ, Dandaneau S, Marshall E, Phillips ML, Williamson KJ. Rethinking resilience from indigenous perspectives. *Can J Psychiatry* 2011;56:84-91.
112. Commission royale sur les peuples autochtones. *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones*. Ottawa: La Commission; 1996.
113. 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: 356-63.
114. Aboriginal Nurses Association of Canada, Canadian Nurses Association, Canadian Association of Schools of Nursing. *Cultural Competence and Cultural Safety in Nursing Education: A Framework for First Nations, Inuit and Métis Nursing*. Ottawa: Author; 2009.
115. Smye V, Josewski V, Kendall E. *Cultural Safety: An Overview*. Ottawa: First Nations, Inuit and Métis Advisory Committee, Mental Health Commission of Canada; 2010.
116. Commission de la santé mentale du Canada. *Changer les orientations, changer des vies: Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. Ottawa: Commission de la santé mentale du Canada; 2012.
117. 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.
118. Walker R, Cromarty H, Kelly L, St. Pierre-Hansen N. 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.
119. The Indigenous Physicians Association of Canada, The Royal College of Physicians & Surgeons of Canada. *Cultural Safety in Practice: A Curriculum for Family Medicine Residents and Physicians*. Winnipeg & Ottawa: IPAC-RCPCSC Family Medicine Curriculum Development Working Group; 2009.
120. The Indigenous Physicians Association of Canada and 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 & Ottawa: IPAC-RCPCSC Psychiatry Curriculum Development Working Group; 2009.
121. Menzies P, Lavallée LF, eds. *Journey to Healing: Aboriginal People with Addicton and Mental Health Issues*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health; 2014.
122. Greenwood M, De Leeuw S, Lindsay NM, Reading C, eds. *Determinants of Indigenous Peoples' Health: Canadian Scholars' Press*; 2015.
123. Qureshi A, Collazos F, Ramos M, Casas M. Cultural competency training in psychiatry. *Eur Psychiatry* 2008;23 Suppl 1:49-58.
124. Kirmayer LJ, Rousseau C, Jarvis GE, Guzder J. The cultural context of clinical assessment. In: Tasman A, Maj M, First MB, Kay J, Lieberman J, eds. *Psychiatry*. 3 ed. New York: John Wiley & Sons; 2008:54-66.
125. Orange DM. *The suffering stranger: hermeneutics for everyday clinical practice*. New York: Routledge/Taylor & Francis Group; 2011.
126. Kirmayer LJ. Embracing uncertainty as a path to competence: cultural safety, empathy, and alterity in clinical training. *Cult Med Psychiatry* 2013;37:365-72.
127. Kirmayer LJ, Bennegadi R, Kastrup M. Cultural awareness and responsiveness in person-centered psychiatry. Dans: Mezzich J, Botbol M, Christodoulou G, Cloninger CR, Salloum I, eds. *Person-Centered Psychiatry*. Heidelberg: Springer Verlag; 2016:77-95.
128. Blake C. Ethical considerations in working with culturally diverse populations: The essential role of professional interpreters. *Canadian Psychiatric Association Bulletin* 2003;21-2.
129. Carraccio C, Wolfsthal SD, Englander R, Ferentz K, Martin C. Shifting paradigms: from Flexner to competencies. *Acad Med* 2002;77:361-7.
130. Frank J, Snell L, Sherbino J, eds. *Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins*. Ottawa: Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2015.
131. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *La compétence par conception: une nouvelle ère de la formation médicale au Canada*. Ottawa: Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2014.
132. Frank JR, Snell L, Sherbino J, eds. *The Draft CanMEDS 2015 Milestones Guide*. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2014.
133. Rousseau C, Johnson-Lafleur J, Papazian-Zohrabian G, Measham T. Interdisciplinary case discussions as a training modality to teach cultural formulation in child mental health. *Transcult Psychiatry* 2018;1363461518794033.
134. Tervalon M, Murray-Garcia J. Cultural humility versus cultural competence: a critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 1998;9:117-25.
135. Kirmayer LJ, Rousseau C, Jarvis GE, Guzder J. The cultural context of clinical assessment Dans: Tasman A, Lieberman J, Kay J, eds. *Psychiatry*. 2 ed. New York: John Wiley & Sons; 2003: 19-29.

136. Lock M. The tempering of medical anthropology: Troubling natural categories. *Medical Anthropology Quarterly* 2001;15: 478-92.
137. Young A. A description of how ideology shapes knowledge of a mental disorders. Dans: Lindenbaum S, Lock M, eds. *Knowledge, Power and Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. Berkeley: University of California Press; 1993.
138. Lock M, Young A, Cambrosio A, eds. *Living and Working with New Medical Technologies: Intersections of Inquiry*. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.
139. Guzder J, Rousseau C. A diversity of voices: the McGill ‘Working with Culture’ seminars. *Cult Med Psychiatry* 2013; 37:347-64.
140. Rousseau C, Alain N, De Plaen S, Chiasson-Lavoie M, Elejalde A, Lynch A. 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;17:109-25.
141. De Plaen S, Alain N, Rousseau C, Chiasson M, Lynch A, Elejalde A. Mieux travailler en situations cliniques complexes: L’expérience des séminaires transculturels interinstitutionnels. *Santé Mentale au Québec* 2005;30:9-36.
142. Savin D, Martinez R. Cross-cultural boundary dilemmas: a graded-risk assessment approach. *Transcult Psychiatry* 2006;43: 243-58.
143. Kirmayer LJ, Groleau D, Guzder J, Blake C, Jarvis E. Cultural consultation: A model of mental health service for multicultural societies. *JCan J Psychiatry* 2003;48:145-53.
144. Measham T, Rousseau C, Nadeau L. The development and therapeutic modalities of a transcultural child psychiatry service. *Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review* 2005;14: 68-72.
145. Measham T, Rousseau C, Nadeau L. Immigrants and mental health services: Increasing collaboration with other service providers. *Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review* 2005;14:73-6.
146. Nadeau L, Measham T. Caring for migrant and refugee children: challenges associated with mental health care in pediatrics. *J Dev Behav Pediatr* 2006;27:145-54.
147. Andermann L, Fung K, Kulkarni C, Lo T. 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: CAMH; 2008.
148. Siegel C, Davis-Chambers E, Haugland G, Bank R, Aponte C, McCombs H. Performance measures of cultural competency in mental health organizations. *Adm Policy Ment Health* 2000;28: 91-106.
149. Bhui K, Warfa N, Edonya P, McKenzie K, Bhugra D. Cultural competence in mental health care: a review of model evaluations. *BMC health services research* 2007;7:15.