

Psychiatrie transculturelle : pour une éthique de tous les mondes

Audrey Mc Mahon, Rahmeth Radjack and Marie Rose Moro

Volume 3, Number 2, 2020

Éthique et santé mentale
Ethics and Mental Health

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1073547ar>
DOI: <https://doi.org/10.7202/1073547ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Programmes de bioéthique, École de santé publique de l'Université de Montréal

ISSN

2561-4665 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Mc Mahon, A., Radjack, R. & Moro, M. R. (2020). Psychiatrie transculturelle : pour une éthique de tous les mondes. *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, 3(2), 54–62. <https://doi.org/10.7202/1073547ar>

Article abstract

Transcultural psychiatry is at the confluence of culture, mental health and illness. It places the patient at the centre of the relationship while respecting his or her individual and collective way of thinking and doing. Culture defines ontological representations, explanatory models and therapeutic practices which influence expressions of suffering and specific modes of coping and healing, as diverse as the cultures from which they arise. Yet, Western psychiatry is just as indivisible from the culture from which it emerged, which brings up the question of mental suffering and care in transcultural situations. Transcultural psychiatry brings the clinician to question and widen his or her clinical practice with regards to social, geopolitical and historical issues which colour the bonds in the social fabric, in power imbalances and in access to health care for individuals of cultural minorities. How can we make our consultations with patients from different parts of the world and who speak different languages ethical? How should one care for patients when faced with cultural otherness? And what are the effects on the mental health of today's youth, who are raised in global societies which generate complex identity challenges that can lead to radicalization? This article offers some answers to these clinical and ethical questions through the hybridization of representations, in order to ensure a harmonious coexistence and a renewed creativity, for an "ethos of solidarity" in mental health care.

Copyright © Audrey Mc Mahon, Rahmeth Radjack and Marie Rose Moro, 2020



This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

<https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/>

ARTICLE (ÉVALUÉ PAR LES PAIRS / PEER-REVIEWED)

Psychiatrie transculturelle : Pour une éthique de tous les mondes

Audrey Mc Mahon¹, Rahmeth Radjack², Marie Rose Moro^{2,3}

Résumé

La psychiatrie transculturelle s'intéresse à l'impact de la culture sur la santé mentale et la maladie et remet le patient au centre de la relation en respectant ses manières de faire et de penser, individuellement mais aussi collectivement. La culture définit les représentations ontologiques, les théories étiologiques et les logiques thérapeutiques qui influencent l'expression symptomatologique de la souffrance et les modes de résilience des individus, tout aussi variés que les cultures desquelles elles émergent. Or la psychiatrie occidentale est de la même manière indissociable de la culture dans laquelle elle est née, ce qui pose la question de la souffrance psychique et des soins en situation transculturelle. La psychiatrie transculturelle amène le clinicien à se remettre en question et à élargir la clinique aux questions sociales, géopolitiques et historiques qui teintent les liens du tissu social, les relations de pouvoir et l'accès aux soins pour les individus des communautés culturelles. Comment faire que notre rencontre avec les patients venus d'autres mondes et ne partageant pas la même langue que nous soit éthique? Comment soigner face à l'altérité culturelle? Et quels impacts pour la santé mentale des jeunes d'aujourd'hui qui grandissent dans ces sociétés mondialisées aux défis identitaires complexes qui peuvent mener à des radicalités? Nous proposons dans cet article quelques réponses à ces défis éthiques et cliniques, en passant par le métissage des représentations, gage d'un meilleur vivre ensemble et d'une créativité renouvelée, pour un « ethos de la solidarité » dans les soins en santé mentale.

Mots-clés

transculturel, altérité, complémentarité, psychiatrie, radicalisation

Abstract

Transcultural psychiatry is at the confluence of culture, mental health and illness. It places the patient at the centre of the relationship while respecting his or her individual and collective way of thinking and doing. Culture defines ontological representations, explanatory models and therapeutic practices which influence expressions of suffering and specific modes of coping and healing, as diverse as the cultures from which they arise. Yet, Western psychiatry is just as indivisible from the culture from which it emerged, which brings up the question of mental suffering and care in transcultural situations. Transcultural psychiatry brings the clinician to question and widen his or her clinical practice with regards to social, geopolitical and historical issues which colour the bonds in the social fabric, in power imbalances and in access to health care for individuals of cultural minorities. How can we make our consultations with patients from different parts of the world and who speak different languages ethical? How should one care for patients when faced with cultural otherness? And what are the effects on the mental health of today's youth, who are raised in global societies which generate complex identity challenges that can lead to radicalization? This article offers some answers to these clinical and ethical questions through the hybridization of representations, in order to ensure a harmonious coexistence and a renewed creativity, for an "ethos of solidarity" in mental health care.

Keywords

transcultural, otherness, complementarity, psychiatry, radicalization

Introduction

« Il n'existe pas d'étrangers. Il n'existe que des versions de nous-mêmes. » Toni Morrison, *L'origine des autres*, 2018

La clinique transculturelle interroge nos identités multiples, professionnelles, culturelles, d'hommes, de femmes, d'humain. Elle amène à la rencontre de la diversité, de la pluralité des cultures et donc, à la rencontre de la différence. Différence qui, de tous les temps, a fait surgir des réactions dichotomiques, du rejet à la fascination. Poser la question de la différence c'est inévitablement prendre conscience de sa propre identité et inversement. De la même façon, la place que nous faisons à ce qui nous semble autre définit aussi notre propre place (1). La clinique transculturelle nous rappelle, sans cesse, cette nécessité à penser l'altérité des patients qui conduit obligatoirement à penser l'altérité en soi (2), concept de Kristeva beaucoup utilisé en clinique transculturelle.

Ces questions, complexes mais essentielles, sont d'autant plus d'actualité aujourd'hui de par l'importance des migrations, de la mondialisation et des sociétés de plus en plus reliées les unes aux autres. L'Agence des Nations Unies pour les réfugiés compte actuellement un nombre sans précédent de personnes déracinées à travers le monde, avec plus de 25.9 millions de réfugiés. Depuis toujours, la santé mentale est étroitement liée aux mouvements de société et le clinicien n'a d'autres choix que d'être traversé par la géopolitique (3). Ces réalités entraînent des défis multiples pour le clinicien et imposent une réflexion tant pour la prévention de la souffrance psychique que pour l'établissement d'une relation et la construction d'un récit dans les soins aux patients.

La psychiatrie transculturelle s'intéresse à l'impact de la culture sur la santé mentale et la maladie et remet le patient au centre de la relation en respectant ses manières de faire et de penser, individuellement mais aussi collectivement. L'ethnologue britannique E. B. Taylor définit la culture comme « un tout complexe qui comprend la connaissance, les croyances, l'art, la morale, le droit, les coutumes et les autres capacités et habitudes acquises par l'homme en tant que membre de la société » (4). La culture prescrit le vivre ensemble, la place de chacun, la manière d'être et d'habiter le monde. Plus important encore pour le champ de la psychiatrie, la culture rend possible et façonne l'expérience, l'émergence, l'expression, les causes et le cours des problèmes de santé mentale, tout en influençant l'efficacité des modes individuels et collectifs d'élaboration, d'agency (être actif dans son soin et sa guérison), de créativité et de résilience (5). La symptomatologie des troubles, les théories étiologiques et les idiomes de détresse sont donc tout aussi variés que les cultures desquelles ils émergent. En anthropologie, Hannerz décrit la *complexité culturelle* et insiste sur la diversité interne des cultures et des multiples sous-

cultures et systèmes de représentations qui les façonnent (6). Il parle également de l'impact de la mondialisation sur le développement des sociétés, amenant d'une part, un rapprochement et une homogénéisation et d'autre part, une interdépendance renforcée qui accentue la différenciation, résultat d'un croisement d'influences locales et globales (7). La psychiatrie occidentale est de la même manière indissociable des diverses influences et de la culture dans lesquelles elle est née, ce qui pose la question de la souffrance psychique en situation transculturelle et de ce qui distingue le normal du pathologique (8,9).

Une réflexion s'impose alors sur la nécessité d'adapter les soins et les gestes cliniques, en les inscrivant aussi bien dans l'intime que dans le quotidien des personnes qui les vivent et qui résistent à cette souffrance pouvant prendre des formes multiples. Comment faire pour que notre rencontre avec les patients venus d'autres mondes et ne partageant pas la même langue que nous soit éthique? Se posent alors des questions concrètes de l'éthique du soin, qui sont celles de se comprendre, d'être informés, ce qui signifie traduire et parfois faire des médiations pour y arriver. Alors quelle place pour la langue maternelle et quelles formes de traductions en clinique quotidienne? Comment soigner face à l'altérité culturelle? Et quels impacts pour la santé mentale des jeunes d'aujourd'hui qui grandissent dans ces sociétés mondialisées aux défis identitaires complexes qui peuvent mener à des radicalités? Ces radicalités qu'ils expriment sont parfois le reflet même des expériences radicales qu'ils vivent dans ces situations transculturelles où une partie de leur histoire et de leur expérience sont niées (10).

Nous proposons dans cet article quelques réponses à ces défis éthiques et cliniques, en passant par le métissage des représentations, gage d'un meilleur vivre ensemble et d'une créativité renouvelée, pour un « ethos de la solidarité » dans les soins en santé mentale (11).

La position transculturelle : comment faire pour que notre rencontre avec les patients venus d'autres mondes et ne partageant pas la même langue que nous soit éthique?

Pour débiter, il nous apparaît nécessaire de définir l'éthique telle que conceptualisée dans une approche transculturelle. Il s'agit ici d'une co-construction de la relation entre le patient et le soignant, dans laquelle une information juste et partagée, prenant compte des langues maternelles et de la diversité des représentations, est essentielle. La reconnaissance de la singularité de la relation et le respect de la subjectivité des patients est indispensable. Il importe également d'être conscient des relations de pouvoir et de ses propres référents en tant que soignants afin d'assurer une équité quant au statut de la parole, de la maladie et des appartenances. Cette équité doit passer par le respect des affiliations, la laïcité étant du côté du thérapeute, pour augmenter la liberté du patient, sa dignité et son accès aux soins. Ces fondements éthiques primordiaux sont discutés plus amplement dans les propos qui suivent.

Pour aborder la position transculturelle actuelle, il nous faut brièvement retourner dans l'histoire même des racines d'une psychiatrie de la diversité culturelle. La psychiatrie culturelle est née de la rencontre des mondes à travers la colonisation, influencée par des logiques de hiérarchies des cultures et des êtres humains. En 1904, lors d'un voyage à Java, Emil Kraepelin faisait la rencontre de l'altérité ultime : la « folie » des autres (5,8). Souhaitant tester l'universalité de sa classification des troubles mentaux, il donna naissance à la psychiatrie comparée et nota des variations dans l'expression symptomatologique des troubles. À lui, se sont succédés des psychiatres, anthropologues et philosophes issus du contexte colonial. La théorie de Lévy-Bruhl sur la différence considérable entre le fonctionnement mental de l'indigène et du colonisateur, qu'il nomma « mentalité primitive, prélogique », est un exemple de l'eurocentrisme de l'époque (12). Frantz Fanon, psychiatre issu de la colonie française de la Martinique, a quant à lui dénoncé les impacts néfastes du colonialisme et des régimes d'oppression sur la subjectivité, dans son livre *Peau noire, masques blancs* (1952). L'impact des environnements sociaux et de la culture sur la psychopathologie est alors progressivement reconnu, ce qui donne naissance à des courants de pensée tel « culture et personnalité » ou culturalisme aux États-Unis, théorisé entre autres par Ruth Benedict et Margaret Mead. Malgré le fait que le reproche d'un trop grand « relativisme culturel » leur ait souvent été fait, elles ont démontré l'importance de l'éducation des enfants et des soins de puéricultures dans les processus de transmission culturelle et de socialisation propre à chaque société. Les travaux de Lévi-Strauss, anthropologue français qui rapproche les champs de l'anthropologie et de la psychanalyse, marquent un point de rupture historique en reconnaissant une universalité entre toutes les cultures et la richesse de cette coexistence pour les civilisations (13). Il démontre également que l'identité culturelle est un processus dynamique plutôt qu'une entité figée. En 1953, le médecin psychiatre Louis Mars publie *Introduction à l'ethnopsychiatrie* et établit les fondements de l'ethnopsychiatrie comme discipline à part entière, dans le souhait d'allier psychiatrie occidentale et ethnologie (14). Georges Devereux, contemporain de Louis Mars, fait connaître ce mouvement en France et poursuit le développement de ce qui sera appelé l'ethnopsychanalyse. Devereux propose alors une révolution méthodologique, le complémentarisme, et soutient l'importance de l'équivalence entre psychisme et culture, comme éléments indissociables s'influencant l'un l'autre (15,16). Il décrit également la notion de contre-transfert culturel, soit les réactions implicites et explicites du thérapeute face à l'altérité de son patient, soubassement théorique d'une actualité essentielle encore aujourd'hui dans le travail auprès des populations venues d'univers culturels divers. Parallèlement, dans les années 1950-1960, H. Collomb à Dakar, puis F. Fanon en Algérie, développent des modèles de soins similaires, remettant en question la psychiatrie occidentale et insistant sur la nécessité d'adapter les soins aux populations non-européennes (3). En France, le mouvement de l'ethnopsychiatrie est poursuivi par T. Nathan, puis par M. R. Moro qui est aujourd'hui la cheffe de file de la clinique dite transculturelle en France. En Amérique du Nord, l'ethnopsychiatrie prend la variante de ce qui est maintenant appelé psychiatrie transculturelle.

La clinique transculturelle contemporaine rejette le modèle épidémiologique basé sur une logique biomédicale occidentale comme seule nosologie, lui reprochant de minimiser l'impact des facteurs sociaux et culturels en les considérant seulement comme des épiphénomènes (8,17). Elle choisit le modèle anthropologique, qui a pour objet d'étude l'expérience culturelle et subjective du patient (8). Kleinman, psychiatre et anthropologue américain, parle de l'importance de la *narrativité* pour saisir l'expérience subjective de la maladie et de la notion de « souffrance sociale » pour la prise en compte du contexte global dans lequel elle s'inscrit (18,19).

Cette évolution historique de la psychiatrie transculturelle et les nombreux questionnements éthiques qu'elle soulève éclairent la clinique d'aujourd'hui, à savoir les notions de reconnaissance d'une égalité entre les peuples, de rapports de pouvoir entre les cultures et de discrimination institutionnelle qui succèdent aux logiques colonisatrices, ainsi que les questions éthiques systématiques entre l'universel et le spécifique et entre les représentations multiples du monde et de la maladie du point de vue de la science et des sociétés.

Considérations épistémologiques et méthodologiques

La recherche anthropologique propose deux approches, la position *etic* qui est celle d'un observateur externe qui utilise son propre regard sur l'objet de recherche et la position *emic*, qui s'intéresse plutôt à la perspective intrinsèque de l'objet d'étude. Le risque transculturel est donc double. Dans un premier temps, en passant outre la culture dans le soin à la personne par l'application de critères diagnostiques psychiatriques occidentaux pour les patients de toutes cultures, on risque ce que Kleinman décrit comme la « category fallacy » en omettant de considérer les significations locales des troubles et en ne questionnant pas la pertinence de nos pratiques (20). De l'autre côté, il y a aussi le risque de réduire l'autre à ce que l'on pense savoir de sa culture et ainsi de le contraindre dans une notion figée, marginalisée de son être. Pour le clinicien, il s'agit d'un saut épistémologique qui nécessite ouverture et créativité.

« Pour comprendre la complexité de l'humain, une seule approche ne suffirait pas. En utilisant qu'une paire de lunettes, on prive l'humain de son entièreté et on peut devenir violent », disait Garine Papazian-Zohrabian, psychologue, lors d'une récente conférence sur le trauma et la résilience des réfugiés (21). La plus grande originalité de Devereux a certainement été ses écrits sur la méthode complémentariste qui demeure l'un des socles de la clinique transculturelle : « le complémentarisme n'est pas une "théorie", mais une généralisation méthodologique. Le complémentarisme n'exclut aucune méthode, aucune théorie valable – il les coordonne » (16). Cette méthode propose un double discours obligatoire mais non simultanément entre deux disciplines ou plus et suppose que la médecine s'associe, par exemple, à l'anthropologie, la psychologie, la linguistique, l'histoire, la philosophie ou la géographie. Cette méthode évite de réduire l'humain à un seul aspect de lui-même et permet de rencontrer l'altérité des patients avec une plus grande finesse clinique et diagnostique.

L'universalité psychique, autre principe fondamental de la clinique transculturelle, postule que les êtres humains ont en commun des logiques, des processus, un fonctionnement psychique qui les définit et qui est le même pour tous, sans hiérarchie (15). De ce principe découle la nécessité d'accorder le même statut (éthique et scientifique) à tous les êtres humains, « à leurs productions culturelles et psychiques, à leurs manières de vivre et de penser même si elles sont différentes et parfois déconcertantes! [...] Mais si tout homme tend vers l'universel, il y tend par le particulier de sa culture d'appartenance » (2). La culture s'inscrit dans la langue maternelle, les manières de socialiser et d'habiter le monde, dans un processus dynamique, complexe et multiforme, influencé par les apports extérieurs et ses propres mouvements intérieurs. C'est là toute la dialectique entre le monde du dehors (la culture au sens anthropologique) et le monde du dedans (le fonctionnement psychique de l'individu), lieu de construction de l'identité et des liens qui unissent les humains les uns aux autres. Ce dialogue entre culture et psychisme est aussi celui de la diversité culturelle et de la pluralité des références. En effet, « loin de tout universalisme rigide, de tout relativisme absolu, et de toute fascination pour l'"exotisme" » (2), il est indispensable de penser ces différences pour la clinique psychiatrique d'aujourd'hui.

Toutefois, plusieurs auteurs remettent en question la notion qu'il est possible d'appliquer des principes et des lois psychologiques universelles à tous les humains, indépendamment de leur culture. Par exemple, des intellectuels afro-américains défenseurs d'une approche afrocentrique, tel Joseph A. Baldwin, aka Kobi Kambon, insistent qu'il existe une psychologie afro-américaine ancrée dans la philosophie et la cosmologie africaine, entièrement indépendante de la psychologie occidentale et qui la précède (22,23). Azibo distingue la psychologie africaine de la psychologie occidentale de par sa nature et son essence même (24). En effet, la psychologie africaine considère l'intuition et la connaissance de soi comme aussi importantes que les faits observables, ces derniers étant le socle de la psychologie occidentale. De plus, la notion même du « soi » diffère grandement de la vision occidentale alors que dans une perspective afrocentrique, le soi est indissociable de l'appartenance à la communauté (22).

Ces différences nécessitent d'observer de plus près le codage culturel de la psychopathologie, et ce à trois niveaux distincts : l'être, le sens et le faire (25,26). Le premier pose la question des représentations ontologiques concernant l'origine et la nature des humains, leur identité, leur fonction et leur place dans le monde. Le deuxième aborde le niveau étiologique de la maladie pour donner sens au désordre qui nous habite. Pourquoi suis-je tombé malade? Quelles conséquences de la maladie et comment l'expliquer? Zempléni, anthropologue hongrois, disait que toutes les sociétés tentent de « penser l'insensé » à l'aide de théories culturelles dans un espoir de survivre à la douleur et à la maladie (27). Le troisième niveau concerne les logiques thérapeutiques traditionnelles, découlant des deux autres niveaux, et mises en œuvre par le groupe pour tenter de répondre au dysfonctionnement et réordonner les mondes après le désordre. La culture influence ainsi les modes de résilience, de soins

et de guérison (5). Par exemple, dans les sociétés où le monde visible (monde des humains) coexiste avec le monde invisible (monde des esprits, de la sorcellerie, de la possession) - représentations ontologiques - une femme déprimée et en douleurs pourrait expliquer sa condition par la présence d'un esprit en elle (par exemple, un *djinn*¹ dans le monde musulman) – théorie étiologique – et donc passer par la logique thérapeutique de gestion des conflits (jalousie, transmission transgénérationnelle, violence) et de la protection de l'être (par l'aide d'un guérisseur ou d'un marabout, des réunions familiales, négociations avec l'esprit s'il s'agit d'un *djinn*, etc.).

L'humanité commune qui nous lie comme humain ne peut laisser les cliniciens insensibles face à la souffrance, mais déstabilise parfois face à toutes les formes singulières qu'elle peut prendre, ce qui appelle à une complexification des pratiques. La prise en compte de ces différences culturelles en clinique relève alors d'une exigence éthique et nécessite de réfléchir sur les particularités du cadre transculturel à mettre en place.

Ne pas être obligé de nous ressembler pour être soigné par nous : le cadre transculturel

On le sait maintenant, l'alliance thérapeutique est une composante fondamentale pour l'engagement du patient et l'efficacité des soins. La relation thérapeutique s'appuie normalement sur des implicites culturels, une grille de lecture du monde, partagés entre le médecin et le patient. La question du comment soigner face à l'altérité culturelle se pose alors que ces grilles de lecture deviennent multiples. La clinique avec les migrants implique de repenser nos manières de faire et de métisser nos représentations du monde afin de se rencontrer, quelque part, sur le chemin de la thérapie. Le passage par d'autres logiques permet également de revoir sa propre pratique médicale comme une pratique façonnée par la culture dans laquelle elle a évolué, et ainsi éviter le piège inconscient de l'ethnocentrisme. Il s'agit de déconstruire pour pouvoir mieux co-construire. Ainsi, prendre conscience du type de logique qui organise notre pensée comme clinicien devient un impératif et réclame de faire « l'élaboration de l'altérité en soi » (2).

L'altérité relève de tout ce qui est autre, sentiment ressenti par tout migrant dans son pays d'accueil où la culture du dedans et celle du dehors ne concordent plus. Sartre disait : « Nous ne sommes nous qu'aux yeux des autres ». Altérité et identité vont alors de pair, car sans « autre », il ne peut y avoir de « soi ». Il ne peut y avoir d'éthique pour un homme, ou une femme, seul. Mais encore faut-il reconnaître cette différence en soi pour l'accueillir chez l'autre, car c'est par la différence que tout existe. « Il n'y aurait pas de mélodie s'il n'y avait qu'une note, ni de symphonie s'il n'y avait qu'un instrument. C'est donc à juste titre qu'on fait l'éloge de la différence et même qu'on invoque le droit à la différence. Mais droit à la différence signifie en réalité droit à l'identité, car on voit bien qu'en disant différence on veut dire indirectement, identité (1) ». Là est une question fondamentale, au cœur de la clinique transculturelle avec les migrants, soit permettre et soutenir ces identités parfois bafouées par les inégalités et confuses par les mécanismes d'acculturation et de métissage. Ricœur disait que l'éthique, c'est « la visée de la 'vie bonne' avec et pour autrui dans les institutions justes. » Il ajoutait, inspiré de l'œuvre d'Emmanuel Lévinas, « pas de soi sans un autre qui le convoque à la responsabilité » (29,30). La clinique transculturelle convoque ainsi le clinicien au-delà de sa responsabilité professionnelle, à celle de son humanité partagée. La clinique de l'altérité est donc celle de tous.

Contre-transfert culturel et décentrage

Le clinicien se doit de reconnaître qu'il est lui aussi un être culturel et saisir l'impact que peuvent avoir son identité et ses appartenances sur les patients qu'il rencontre, tout comme l'impact que l'altérité des patients peut avoir sur lui. Devereux élargit les concepts de transfert et de contre-transfert de Freud et théorise les notions de transfert et de contre-transfert culturels pour rendre compte de cette altérité chez le thérapeute. Il les définit comme la somme de toutes les réactions implicites ou explicites du patient par rapport au clinicien et du clinicien par rapport à son patient, respectivement (31). Il s'agit alors pour le clinicien de se questionner sur sa position face à la différence de son patient, ses manières de faire, de penser la maladie et le monde, puisque de cette position, résultera sa réponse au patient et sa capacité à entrer en relation avec lui. Le transfert et le contre-transfert culturel empruntent également à l'histoire, à la géopolitique, etc., et s'inscrivent dans des histoires collectives qui teintent les réactions et dont il faut être conscient. Ce recul réflexif de la part du clinicien est nécessaire pour éviter, consciemment ou inconsciemment, des passages à l'acte agressifs et même racistes. Suivant une logique similaire, Derivois propose de prendre conscience de la *géohistoire de la rencontre clinique*, « articulant histoires collectives et histoires singulières dans la rencontre avec l'autre », afin d'adapter sa posture professionnelle (3).

En effet, les différences dans la perception du monde et par conséquent, des maladies, sont parfois inconnues, déroutantes et opposées à la vision du monde du clinicien. La clinique transculturelle oblige à un effort de *décentrage*, soit un effort conscient de ne pas ramener l'inconnu à du connu et de résister à la méfiance face à l'altérité (2). Notons au passage que ramener au même est également la démarche de la science, car la recherche consiste à tenter de rattacher ce que l'on ignore à ce que l'on connaît. Il importe donc de rester ouvert et créatif face à la différence et potentiellement découvrir de nouvelles perspectives. Il est question d'arriver à se décentrer afin que le sens du patient émerge et d'accepter que ce soit lui qui détienne le savoir de sa propre expérience subjective et culturelle.

¹ Dans le monde musulman, « les djinns sont des esprits qui vivent dans des villages, en parallèle du monde des humains, et peuvent être bons ou mauvais. [...] Cet esprit peut prendre le « siège » d'un humain et ainsi le posséder. Il convient alors d'aller consulter un *fundi wa madjinni* (littéralement « Docteur ès djinns ») qui, lors de trances rituelles, fera s'exprimer l'esprit afin qu'il se nomme et exprime ses doléances. Le *fundi* opérera soit un *adorcisme*, si l'esprit peut cohabiter en paix avec l'humain qu'il possède, soit un *exorcisme* pour l'en chasser » (28).

Compétence culturelle et sécurité culturelle

Cette capacité à se décentrer passe par la rencontre de patients d'origines multiples mais également par la notion de *compétence culturelle*, développée dans une optique d'offrir des soins sensibles, éthiques et respectueux de la diversité. Elle inclut, entre autres, une connaissance des impacts des déterminants sociaux et culturels sur les inégalités en santé, l'importance de l'interface entre culture, psychopathologie et résilience, la capacité à travailler avec les interprètes et une compréhension systémique et institutionnelle de l'accès aux soins de santé (32). De plus, le concept de *sécurité culturelle*, développé en Nouvelle-Zélande face au mécontentement des Maoris dans les soins de santé, va au-delà de la compétence culturelle en insistant sur les déséquilibres de pouvoir inhérents à la situation clinique qui implique des représentants des groupes dominants et minoritaires de la société (33). La sécurité culturelle emprunte à l'histoire de la colonisation, puis à la politique, et invite à penser les expériences d'oppression, de stigmatisation et de marginalisation afin de réfléchir sur la discrimination institutionnelle et ainsi protéger la voix des patients et des communautés culturelles (32,34). Le livre *Révoltes postcoloniales au cœur de l'Hexagone*, de Malika Mansouri, est un exemple poignant qui illustre comment les discriminations institutionnelles et le contexte social postcolonial français impactent, encore aujourd'hui, la quête identitaire et le développement psychologique d'adolescents franco-algériens (35). James M. Jones, psychologue afro-américain d'influence, analyse quant à lui les différents types de racisme et de discrimination, soit individuel, institutionnel et culturel. Dans une récente réédition de son livre *The psychology of Diversity: Beyond Prejudice and Racism*, des techniques et des outils cliniques pour améliorer les relations intergroupes y sont proposés dans le souci de militer pour une clinique de la diversité (36). Ainsi, il est fondamental d'inclure ces considérations socio-politiques dans l'espace clinique afin d'offrir des soins culturellement sensibles et sécuritaires.

Partage des représentations et métissage culturel

Les dispositifs de soins transculturels sont nombreux et découlent de la réalité politique et institutionnelle de chaque pays. Au Canada, le modèle politique multiculturaliste facilite en quelque sorte la mise en place de services culturels divers en santé mentale. Toutefois, les défis d'inégalité d'accès aux soins et la sous-utilisation des services de santé mentale par les nouveaux arrivants par peur, entre autres, de stigmatisation et de discrimination, demeurent (37). En France, une consultation transculturelle pour migrants de première génération avec un groupe de co-thérapeutes a été créée à Paris en 1986. Elle s'est quelque peu transformée au cours des années et est maintenant considérée comme un dispositif à géométrie variable qui propose surtout des suivis en groupe et qui s'intéresse principalement aux questions d'altérité et de métissages concernant aussi les deuxième et troisième générations de migrants. Le thérapeute principal coordonne la consultation et distribue la parole aux co-thérapeutes qui font des propositions aux patients et à leur famille, propositions qu'ils peuvent s'approprier ou décliner. Les co-thérapeutes proviennent de domaines professionnels variés (psychologie, psychiatrie, anthropologie) et ont tous des altérités visibles et invisibles. Le but premier de cette consultation est donc le partage des représentations pour permettre une multiplicité de lectures et d'hypothèses et ainsi favoriser un travail dynamique et ouvert de tissage de liens entre les différents univers culturels. Pour ces migrants, et plus particulièrement pour ces « enfants d'ici, venus d'ailleurs » (26), cette notion de métissage est au cœur de leur construction identitaire. Il s'agit alors pour le thérapeute transculturel de supporter la créativité des liens identitaires entre filiation/transmission transgénérationnelle et affiliations diverses au pays d'accueil. C'est d'ailleurs l'une des tâches de l'éthique, que de permettre la rencontre de différents systèmes de valeurs dans un souci d'harmonisation (38) et ainsi rendre compatibles la culture du « dedans » et celle du « dehors ». D'autres dispositifs transculturels, dérivés et adaptés à partir de ce dispositif, ont d'ailleurs été pensés au regard des besoins des dernières années : la consultation « mineurs isolés étrangers », la consultation « adoption internationale », la médiation interculturelle à l'hôpital, à l'école et en protection de l'enfance, la consultation « engagement des jeunes » portant sur les radicalités, etc. (39).

L'importance des langues maternelles

Pour que ces échanges aient lieu, il faut d'abord se comprendre, ce qui passe par le partage des langues maternelles. La langue constitue un marqueur fondamental de la construction identitaire et de l'affiliation à un groupe ethnique (40). « On apprend à parler dans notre langue maternelle, et c'est ainsi, d'ailleurs, que l'on apprend le mieux à parler dans un échange de mots et de sentiments, dans des échanges qui permettent de se raconter des histoires et d'avoir envie d'autres langues et d'autres histoires [...] Au-delà de la langue, ce sont la transmission parentale et collective qui est en jeu », écrit Moro (41). Pour le clinicien, ce passage par la langue maternelle concède une meilleure compréhension du patient et une finesse diagnostique. Pour le patient, il est de son droit d'avoir accès à une communication optimale pour pouvoir se raconter, s'exprimer pleinement, mais également pour comprendre le monde du clinicien, ses théories étiologiques et ses logiques thérapeutiques.

Des études ont démontré qu'il est possible de faire des interventions psychothérapeutiques efficaces en présence d'un interprète (42,43). Plus qu'un simple traducteur, l'interprète devient médiateur culturel et permet de mieux situer les savoirs. Comme le dit bien l'expression italienne « traduttore, traditore », le médiateur culturel permet d'éviter un appauvrissement du sens des mots en ajoutant une compréhension approfondie des codages et des leviers culturels. Il est aussi celui qui permet le passage d'une langue à l'autre, d'un monde à l'autre. Il est celui qui s'est métissé et qui aux yeux des familles, représente cette possibilité de faire partie des deux mondes. Il est donc primordial pour le clinicien de rester loin des idées préconçues quant à la difficulté à travailler avec les interprètes et au temps supplémentaire que cela nécessite, et de se former à ce travail, afin d'éviter toute forme de discrimination et de racisme institutionnel.

Adapter la clinique et... le temps

Changer d'univers culturel implique la perte parfois brutale d'une langue, d'un système de référence, d'un système de codage des perceptions, des sensations et des représentations, soit une acculturation. Pour celui qui migre, il y a un avant et un après la migration. Nathan parle des effets potentiellement traumatiques de celle-ci, en soutenant que par la rupture du cadre culturel externe qu'elle implique, la migration entraîne par ricochet une rupture au niveau du cadre culturel intériorisé, cadre à partir duquel est décodée la réalité (44). Il s'inspire d'Anzieu pour parler de la perte de l'enveloppe culturelle qui provoque à son tour des modifications de l'enveloppe psychique. À ces transformations s'ajoutent les raisons de la migration, souvent soudaines de par la guerre et l'instabilité politique, traumatiques de par les multiples violences et emplies de deuils et de séparations. Baubet et Moro questionnent ainsi la place centrale de l'identité dans la migration : « Comment continuer à être soi tout en se modifiant, comment maintenir le sentiment de continuité de soi, de son histoire, de son rapport aux autres (visibles et invisibles), lorsque la réalité n'est que ruptures ? » (2). Camilleri apporte un élément de réponse en évoquant les stratégies identitaires utilisées par les migrants afin de restaurer un équilibre entre « la fonction ontologique de l'identité (relative à son enculturation) et la fonction pragmatique (relative à la nécessité de s'adapter à l'environnement) » (45,46). De plus, toute migration n'est pas nécessairement traumatique et selon la nature de l'expérience migratoire, elle peut même être source de résilience. Plusieurs études ont démontré comment un statut de réfugié protégé et des conditions post-migratoires favorables, malgré des niveaux élevés d'exposition traumatique pré-migratoire, permettent à la plupart des enfants et des adultes réfugiés de bien s'adapter, de réduire l'impact des traumatismes vécus et de faciliter la guérison (47). Pour les patients, il faut du temps, du temps pour se poser, du temps pour se retrouver et du temps pour se raconter. Les migrations modifient aussi les sociétés qui les accueillent et les identités individuelles et collectives. Ainsi, pour le clinicien et l'institution, il faut un temps supplémentaire pour aller à la rencontre de la différence, accueillir les interprètes et négocier les interventions. Bertina écrivait que « l'âme chemine plus longtemps et le corps – en avant – doit lui laisser le temps. Qu'elle puisse le rejoindre » (48). La clinique transculturelle est aussi une clinique où le temps doit s'ajuster à la temporalité de chacun pour permettre les « potentialités créatrices » et le tissage de lien entre les mondes (2). Ceci est d'autant plus important pour ces jeunes qui vivent des identités métissées, car le risque de nier une partie de leur histoire et de leur expérience est de les exposer à des radicalités.

L'engagement des jeunes, comment leur donner envie de vivre avec nous?

Mais quelle position prendre pour le clinicien face aux jeunes pour qui ces liens entre les mondes semblent effrités, rompus? De tous les temps, la psychiatrie a été le reflet des mouvances de la société et demande sans cesse à s'actualiser. Ces dernières années, le champ de la psychiatrie transculturelle doit répondre à l'amplification des phénomènes d'engagement et de radicalisation chez ces jeunes qui viennent questionner le lien social et le « vivre-ensemble ». Face aux transformations des sociétés se pose la question des transformations identitaires des individus et du comment vivre ensemble dans nos sociétés mondialisées (3).

La radicalisation implique le rejet du statu quo, dans une vision dichotomique du monde, mais pas nécessairement de manière violente. Elle peut même être un moteur de changement puissant des sociétés, comme l'ont démontré les actions alors considérées radicales de Mandela, Gandhi et plusieurs autres. La radicalisation, qu'elle soit violente ou non, prend racines dans la polarisation des sociétés et est fondamentalement systémique. En ce sens, la radicalisation est en quelque sorte une clinique du lien social et il serait risqué de regarder cette souffrance sociale comme simplement individuelle face aux jeunes rencontrés en clinique. Dans les dernières années, la radicalisation menant à la violence et l'engagement des jeunes est un phénomène qui a été observé mondialement, autant chez les groupes majoritaires que minoritaires. L'interface entre santé mentale et radicalisation est de plus en plus importante (49). Il est donc important pour le clinicien de poser un regard sur les facteurs de vulnérabilités identifiés, alors qu'ils sont aussi ceux des jeunes rencontrés en clinique de santé mentale et transculturelle: discrimination, intimidation, traumatismes dans l'enfance, désaffiliation sociale et familiale, sentiment de non-reconnaissance, incertitudes identitaires, marginalisation sociale, économique, culturelle et d'autres encore (50,51). La clinique de la radicalisation emprunte ainsi à la méthode complémentariste et nécessite un regard pluriel, pour être comprise dans son entièreté (10). D'ailleurs, plus on complexifie, moins on réduit l'humain à un aspect de lui-même et plus on l'éloigne des mécanismes de radicalisation.

L'implication des professionnels de la santé mentale dans la clinique de la radicalisation implique ainsi une réflexion éthique constante sur le risque de médicaliser la souffrance sociale et appelle à la transdisciplinarité (49). Ici aussi, le risque est double, soit de psychiatriser la dissidence et l'action antisociale et à l'opposé, de judiciariser la souffrance des individus. Nous parlons donc ici de ces jeunes qui souffrent de vide et de remaniements identitaires, amenant parfois à des affects dépressifs, à la psychopathologie et possiblement, à la radicalisation.

Véronique Nahoum-Grappe, anthropologue, parle de la vulnérabilité de l'adolescence comme d'un vertige philosophique avec un besoin de radicalités inhérent à cette période de la vie (52). Les jeunes plus vulnérables, qui font face à un vécu d'inégalités, à des discours sociaux polarisés et à une perte symbolique du sens d'identité, pourront être tentés par la singularité et le sentiment d'affiliation que leur offre la radicalisation violente. Cette optique leur fait miroiter un sentiment de « pureté » et de sens identitaire renouvelé (52). Heather Lawford, psychologue, étudie le concept de *générativité* chez les adolescents, soit le désir de changer le monde et d'y laisser quelque chose en héritage. Elle a démontré que ce sentiment est fortement associé à des comportements prosociaux et à l'engagement communautaire chez les jeunes, mais qu'on le retrouve aussi dans les discours extrémistes (53). Alors comment, en tant que cliniciens de la santé mentale (psychologues, psychiatres, travailleurs

sociaux, éducateurs), est-il possible de favoriser le désengagement de la violence et de tourner le visage des jeunes vers des engagements qui protègent les solidarités sociales? Comment les soutenir pour mettre leur colère et leurs idéaux au service de l'engagement et du vivre-ensemble? Il importe alors d'agir en agent de liaison en reconnaissant leurs appartenances multiples, pour les aider à panser les ruptures de liens et les relier à nouveau au monde. Derivois soutient que « ce que nous appelons choc des cultures ou des civilisations dans le monde externe n'est que l'expression de nos fissures identitaires internes [...]». C'est la difficulté à les gérer à l'intérieur qui nous pousse à les déplacer sur l'extérieur, dans une ultime tentative d'être en paix avec nous-mêmes » (3). Il s'agit ainsi d'aider ces jeunes à vivre avec eux-mêmes pour qu'ils puissent vivre avec les autres, car ce qui permet la résilience, c'est le lien et le sens (54).

Cette posture thérapeutique demande donc à tous les acteurs de la société, aux politiciens, aux acteurs de la santé publique et des systèmes de justice, aux professionnels de la santé et aux familles, de soutenir un monde où le dialogue de la diversité est encore possible, pour porter la réintégration de ces individus au lieu, au-delà, de leur emprisonnement figuré ou symbolique.

Conclusion

La psychiatrie transculturelle rappelle le rôle de la psychiatrie comme institution sociale qui s'est transformée avec le mouvement des sociétés. Loin des logiques coloniales et d'oppression, la psychiatrie transculturelle contemporaine est une clinique de la complémentarité, du métissage des cultures et de l'ouverture face à l'altérité. En reconnaissant l'universalité psychique tout en laissant place aux singularités culturelles, elle oblige à l'équité dans les soins. Cette clinique de l'altérité s'intéresse à la relation entre culture et psychisme et à l'impact du codage culturel sur les représentations ontologiques, les théories étiologiques et les logiques thérapeutiques qui influencent ainsi l'expression symptomatologique de la souffrance et les modes de résilience des individus.

Ces prémisses épistémologiques obligent le clinicien à faire l'élaboration de l'altérité en soi, en passant par le décentrage et l'analyse de son contre-transfert culturel, éléments complexes à acquérir, mais pourtant fondamentaux pour pouvoir penser l'autre et offrir des soins éthiques et sensibles à la diversité culturelle. La psychiatrie transculturelle amène le clinicien à se remettre en question et à élargir la clinique aux questions sociales, géopolitiques et historiques qui teintent les liens du tissu social, les relations de pouvoir et l'accès aux soins pour les individus des communautés culturelles (3,37). Elle encourage les espaces de dialogue où le métissage des représentations permet la co-crédation de vérités multiples et d'identités nouvelles. C'est entre autres par le passage d'une langue à l'autre que cette rencontre des mondes est possible.

De même, les migrations conduisent à des transformations identitaires profondes, individuelles et collectives, qui remettent en question le vivre-ensemble et qui fragilisent parfois les plus vulnérables en quête d'idéaux et de sens. La psychiatrie transculturelle pose ainsi le défi aux cliniciens de devenir des thérapeutes du lien, du vivre-ensemble, des « thérapeutes mondialisés » (3), engagés socialement et prêts à faire face à l'imprévisibilité du monde. Et pour cela, nous nous devons de reconnaître les inégalités, ouvrir le dialogue et être prêts à recevoir les idées de tous pour redonner une voix aux minorités et tendre vers un meilleur équilibre sociétal. Peut-être est-ce là une piste de réflexion pour l'instauration d'une meilleure équité en santé mentale au niveau mondial ? La psychiatrie transculturelle est une clinique de l'humain dans toute sa diversité, ses langues et ses cultures, qui porte l'émancipation d'une lecture unique, une vision plurielle du sujet et milles et une possibilité de métissage et de créativité face à l'adversité et aux chances du monde.

« C'est notre regard qui enferme souvent les autres dans leurs plus étroites appartenances, et c'est notre regard aussi qui peut les libérer. » Amin Maalouf, *Les identités meurtrières* (1998)

Remerciements

Merci à Rahmeth Radjack et Marie Rose Moro pour le partage et la transmission de leurs connaissances et de leur passion pour cette clinique de tous les mondes.

Conflits d'intérêts

Aucun à déclarer

Acknowledgements

Many thanks to Rahmeth Radjack and Marie Rose Moro for sharing their knowledge and passing on their passion for a clinical practice rooted in diversity.

Conflicts of Interest

None to declare

Responsabilités des évaluateurs externes

Les recommandations des évaluateurs externes sont prises en considération de façon sérieuse par les éditeurs et les auteurs dans la préparation des manuscrits pour publication. Toutefois, être nommé comme évaluateurs n'indique pas nécessairement l'approbation de ce manuscrit. Les éditeurs de la [Revue canadienne de bioéthique](#) assument la responsabilité entière de l'acceptation finale et de la publication d'un article.

Peer-reviewer responsibilities

Reviewer evaluations are given serious consideration by the editors and authors in the preparation of manuscripts for publication. Nonetheless, being named as a reviewer does not necessarily denote approval of a manuscript; the editors of [Canadian Journal of Bioethics](#) take full responsibility for final acceptance and publication of an article.

Édition/Editors: Stanislav Birko & Aliya Affdal

Évaluation/Peer-Review: Anonyme & Jeff Matherson Cadichon

Affiliations

¹ Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario (CHEO), Université d'Ottawa, Ottawa, Canada

² Maison de Solenn, Hôpital Cochin, Paris, France

³ Faculté de médecine, Université Paris Descartes Sorbonne, Paris, France

Correspondance / Correspondence: Audrey Mc Mahon, audreymcmahon@msn.com

Reçu/Received: 25 Feb 2019

Publié/Published: 30 Oct 2020

Les éditeurs suivent les recommandations et les procédures décrites dans le [Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors](#) de COPE. Plus précisément, ils travaillent pour s'assurer des plus hautes normes éthiques de la publication, y compris l'identification et la gestion des conflits d'intérêts (pour les éditeurs et pour les auteurs), la juste évaluation des manuscrits et la publication de manuscrits qui répondent aux normes d'excellence de la revue.

The editors follow the recommendations and procedures outlined in the COPE [Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors](#). Specifically, the editors will work to ensure the highest ethical standards of publication, including: the identification and management of conflicts of interest (for editors and for authors), the fair evaluation of manuscripts, and the publication of manuscripts that meet the journal's standards of excellence.

Références

1. Lombard J. Le même et l'autre. Philosophie de l'altérité. St-Denis (Réunion); 2017.
2. Baubet T, Moro MR. Psychopathologie transculturelle. 2^e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2013.
3. Derivois D. Clinique de la mondialité. Paris: De Boeck; 2017.
4. Taylor EB. Primitive culture. London: John Murray; 1871.
5. Kirmayer LJ. Ethno and cultural psychiatry. In: H. Callan, editor. International Encyclopedia of Anthropology. New Jersey: Wiley; 2018.
6. Hannerz U. Cultural complexity. Studies in the social organization of meaning. New York: Columbia University Press; 1992.
7. Sturm G, Bonnet S, Coussot Y. et al. [Connexions transnationales et dynamiques familiales. L'impact des nouvelles technologies sur la communication et les liens dans les familles en situation de migration](#). Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux. 2017;1(58):171-187.
8. Baubet T. Évolutions et perspectives de la psychiatrie transculturelle. In: Baubet T, Moro MR, editors. Psychopathologie transculturelle. 2^e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2013.
9. Zarifian E. Les jardiniers de la folie. Paris: Odile Jacob; 1999.
10. Gutton P, Moro MR. Quand l'adolescent s'engage. Radicalité et construction de soi. Paris: In press; 2017.
11. Rousseau C. Foreword. In Wenzel T, Drozdek B, editors. An Uncertain Safety – Integrative Health Care for the 21st Century Refugees. Springer International Publishing; 2019.
12. Mouchenik Y. Introduction au concept de culture en anthropologie. In: Moro MR, editor. DU compétences et psychiatrie transculturelle. Paris: Faculté de médecine, département de psychiatrie; Octobre 2016.
13. Lévi-Strauss C. La pensée sauvage. Paris : Poche Pocket; 1990.
14. Mars L. Introduction à l'ethnopsychiatrie. Bulletin de l'Association Médicale Haïtienne. Port-au-Prince: Imprimerie de l'État; 1953.
15. Devereux G. Essais d'ethnopsychiatrie générale. Paris: Gallimard; 1983 [1970].
16. Devereux G. Ethnopsychanalyse complémentariste. Paris: Flammarion; 1985 [1972].
17. Scher S, Kozłowska K. Rethinking Health Care Ethics. Singapore: Palgrave; 2018.
18. Kleinman A. The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition. New York: Basic Books; 1988.
19. Kleinman A, Das V, Lock M. Social Suffering. Berkeley: University of California Press; 1997.
20. Kleinman A. [Depression, somatization and the « new cross-cultural psychiatry »](#). Soc Sci Med. 1977;11(1):3-9.
21. Papazian-Zohrabian G. Traumas, traumatismes, adaptation et résilience : quels concepts pour quelles pratiques? Communication au: Colloque Parcours de résilience : comment accompagner les réfugiés suite aux traumas; 16-17 Oct 2018; Montréal, QC.
22. Belgrave FZ, Allison KW. African American Psychology : From Africa to America. 2e éd. Los Angeles: SAGE Publications, Inc; 2010.
23. Baldwin JA. [African \(black\) psychology: issues and synthesis](#). J Black Studies. 1986;16(3):235-249.
24. Azibo DA. African psychology in historical perspective and related commentary. Trenton. NJ: Africa World Press; 1996.
25. Moro MR. Parents en exil. Psychopathologie et migrations. Paris: PUF; 1994.
26. Moro MR. Enfants d'ici, venus d'ailleurs. Paris: Pluriel; 2011.
27. Zempléni A. La maladie et ses causes. Introduction. L'Etnographie, 1985;LXXXI(2): 13-44.
28. Harmant V. [Quête identitaire et troubles de la filiation : Réflexion sur un cas de possession par les djinns à Mayotte](#). L'Autre. 2013;1(14):54-62.
29. Ricoeur P. Soi-même comme un autre. Paris : Seuil; 1990.
30. Giraud F. L'introduction de la spécificité dans les systèmes de soins. Aspects éthiques. In : Moro MR, De La Noë Q, Mouchenik Y, editors. Manuel de psychiatrie transculturelle. Grenoble : La pensée sauvage; 2006.
31. Devereux G. De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement. Paris: Flammarion; 2012 [1967].
32. Kirmayer LJ, Fung K, Rousseau C, et al. [Guidelines for training in cultural psychiatry](#). Can J Psychiatry. 2012;57(3 Suppl):1-16.

33. Papps E, Ramsden I. [Cultural safety in nursing: The New Zealand experience](#). Int J Qual Health Care. 1996;8:491-497.
34. Kirmayer LJ. [Rethinking cultural competence](#). Transcultural Psychiatry. 2012;49(2):149-164.
35. Mansouri M. Révoltes postcoloniales au cœur de l'Hexagone. Voix d'adolescents. Paris: Presses universitaires de France; 2013.
36. Jones JM, Dovidio JF, Vietze DL. The Psychology of Diversity: Beyond Prejudice and Racism. New Jersey: Blackwell Publishing Ltd; 2014.
37. Kirmayer LJ, Guzder J, Rousseau C. Cultural Consultation: Encountering the Other in Mental Health Care. New York: Springer Science; 2014.
38. Cours éthique en psychiatrie. In : Quintin, J., rédacteurs. Éthique. Université de Sherbrooke : Faculté de médecine et des sciences de la santé, Département de psychiatrie; Printemps 2018.
39. Radjack R, Rizzi A, Harf A, Moro MR. [Actualités en psychiatrie transculturelle en France](#). Annales Médico-Psychologiques. 2017;175(6):505-592.
40. Tarazi-Sahab L, El Hussein M, Moro MR. [L'accueil de patients traumatisés : la langue maternelle, un levier thérapeutique médiatisant ?](#) Cliniques. 2016;11(1):72-88.
41. Moro MR. Grandir en situation transculturelle. Bruxelles: Fabert; 2010.
42. Bolton J. [The third presence: A psychiatrist experience of working with non English speaking patients and interpreters](#). Transcultural Psychiatry. 2002;39(1):97-114.
43. Leanza Y, Miklavcic A, Boivin I, Rosenberg E. Working with Interpreters. In : Kirmayer LJ, Guzder J, Rousseau C, editors. Cultural Consultation: Encountering the Other in Mental Health Care. New York: Springer Science; 2014. p.89-114.
44. Nathan T. La folie des autres: Traité d'ethnopsychiatrie clinique. 3^e éd. Paris: Dunod; 2013.
45. Amin A. [Stratégies identitaires et stratégies d'acculturation : deux modèles complémentaires](#). Alterstice. 2012;2(2):103-116.
46. Camilleri C et al. Stratégies identitaires. Paris: Presses Universitaires de France; 1998.
47. Cleveland J, Rousseau C, Guzder J. Cultural consultation for refugees. In : Kirmayer LJ, Guzder J, Rousseau C, editors. Cultural Consultation: Encountering the Other in Mental Health Care. New York: Springer Science; 2014. p.245-268.
48. Bertina A. Le dehors ou la migration des truites. Arles: Actes sud; 2001.
49. Rousseau C. De la radicalisation à la conscience de l'autre: Intervenir et prévenir. Communication au : Conférences de l'AMPQ; Février 2018; Montréal, QC.
50. Audet G, Fleury R, Rousseau C. [Comprendre pour mieux agir : la radicalisation menant à la violence chez les jeunes](#). Sherpa. Montréal (QC); 2018.
51. [Centre pour la prévention de la radicalisation menant à la violence](#). Montréal (QC); 2018.
52. Nahoum-Grappe V. Radicalisation des jeunes. In : Moro MR, Idriss I. Séminaire « Différences, laïcités, discriminations, radicalités ». Paris: Maison de Solenn; Octobre 2016.
53. Lawford H, Ramey HL. ["Now I know I can make a difference": generativity and activity engagement as predictors of meaning making in adolescents and emerging adults](#). Developmental Psychology. 2015;51(10):1395-1406.
54. Cyrulnik B. Le Murmure des fantômes. Paris: Éditions Odile Jacob; 2003.