

Comment les services d'intervention précoce pour la psychose peuvent-ils mieux servir les migrants, les minorités ethniques et les populations autochtones ?

How could Early Intervention Services for Psychosis better serve migrants, ethnic minorities and Indigenous populations?

Salomé M. Xavier, G. Eric Jarvis, Clairéline Ouellet-Plamondon, Geneviève Gagné, Amal Abdel-Baki and Srividya N. Iyer

Volume 46, Number 2, Fall 2021

Premiers épisodes psychotiques : défis pratiques de l'intervention précoce

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1088188ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1088188ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Xavier, S. M., Jarvis, G. E., Ouellet-Plamondon, C., Gagné, G., Abdel-Baki, A. & Iyer, S. N. (2021). Comment les services d'intervention précoce pour la psychose peuvent-ils mieux servir les migrants, les minorités ethniques et les populations autochtones ? *Santé mentale au Québec*, 46(2), 331–364. <https://doi.org/10.7202/1088188ar>

Article abstract

Objectives To synthesize the available epidemiological and clinical evidence relevant to the mental health care of migrant, ethnic minority and Indigenous populations in the context of early psychosis.

Methods This study provides a narrative review of the literature on psychosis in these populations, including issues related to the provision of early intervention services for psychosis.

Results Migrant status has long been reported as a significant risk factor for psychosis in many geographic contexts. This increased risk among migrants seems to persist beyond the first generation and has been found to be higher in all migrant populations, but especially for black ethnic minorities and individuals migrating from economically developing countries to developed ones. Recent evidence suggests that this higher risk is at least in part due to migrants' and minorities' cumulative exposure to social adversities, such as racial discrimination, marginalization and socio-economic disadvantage. Systemic racism affects migrant and minority populations by creating bias in diagnostic practices and aggravating treatment disparities in addition to contributing to causation of psychosis. Furthermore, migrant and ethnic minority groups are known to seek mental healthcare after longer delays, to be more frequently forcibly hospitalized, to disengage from treatment prematurely and to be less satisfied with their treatment. The consideration of social and cultural context and factors is essential to the provision of good healthcare, especially in a culturally diverse society. Furthermore, acknowledging power relationships that stem from the societal context and shape institutions and models of care is a key step towards structural competence and safety in mental healthcare. Several strategies have been proposed to make mental healthcare services and systems more culturally and structurally competent. These include the use of interpreters and cultural brokers, tailored assessments and specialised cultural interventions. However, these strategies have yet to be adopted broadly in early intervention for psychosis.

Conclusion Given its emphasis on meaningful engagement and person-centered care, early intervention should integrate inclusive, structurally competent and context-informed interventions as a priority. Efforts must be made to apply knowledge from and adapt the tools of social and cultural psychiatry to the field of early intervention in psychosis. Sociocultural considerations, hitherto inconsistently applied in psychosis research and service design in Quebec, are especially relevant to the province given its distinct linguistic context, its increasing cultural diversity, and its ongoing effort to systematize and expand the delivery of early intervention services.

Comment les services d'intervention précoce pour la psychose peuvent-ils mieux servir les migrants, les minorités ethniques et les populations autochtones?

Salomé M. Xavier^{a, b}

G. Eric Jarvis^{a, c, d}

Clairéline Ouellet-Plamondon^{e, g, h}

Geneviève Gagné^e

Amal Abdel-Baki^{e, f, g, h}

Srividya N. Iyer^{a, b, c, f}

RÉSUMÉ Objectifs Synthétiser les connaissances cliniques et épidémiologiques disponibles concernant les soins de santé mentale des populations migrantes, des minorités ethniques et des populations autochtones, dans le contexte de psychose débutante.

-
- a. Département de psychiatrie, Université McGill, Montréal.
 - b. Centre de recherche Douglas et Clinique PEPP-Montréal (Programme de prévention et d'intervention précoce pour la psychose), Montréal.
 - c. Division de psychiatrie sociale et transculturelle, Université McGill, Montréal.
 - d. Service de consultation culturelle et Unité de recherche en culture et santé mentale, Hôpital Général Juif, Montréal.
 - e. Clinique JAP (Jeunes adultes psychotiques), Département de Psychiatrie et d'addictologie, Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, Montréal.
 - f. ACCESS Esprits ouverts, Montréal.
 - g. Département de Psychiatrie et d'addictologie, Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, Montréal.
 - h. Centre de recherche du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, Montréal.

Méthodes Revue de littérature narrative portant sur la psychose débutante dans ces populations et les enjeux liés à la prestation de services d'intervention précoce.

Résultats Le statut de migrant est depuis longtemps considéré comme un facteur de risque important de psychose dans de nombreux contextes géographiques. Ce risque accru chez les migrants semble persister au-delà de la première génération et s'est avéré plus élevé dans toutes les populations migrantes, mais surtout pour les minorités ethniques noires et les individus migrant de pays en développement économique vers des pays développés. Des données récentes suggèrent que ce risque plus élevé est dû, du moins en partie, à l'exposition cumulative des migrants et des minorités à des adversités sociales, telles que la discrimination raciale, la marginalisation et le désavantage socioéconomique. Le racisme systémique affectant ces populations peut être source de biais diagnostique, accentuer les disparités de traitement et contribuer à la causalité de la psychose. Certains groupes de migrants et de minorités ethniques ont des délais d'accès aux soins plus longs, sont plus souvent hospitalisés involontairement, se désengagent prématurément et sont moins satisfaits du traitement. Tenir compte du contexte socioculturel est essentiel à la prestation de soins de qualité, en particulier dans une société diversifiée. En outre, la reconnaissance des relations de pouvoir qui découlent du contexte sociétal et qui façonnent les institutions et les modèles de soins est une étape clé vers la compétence et la sécurité structurelles dans les soins de santé mentale. Plusieurs stratégies ont été proposées pour rendre les services et systèmes de soins de santé mentale plus compétents sur le plan culturel et structurel : notamment le recours à des interprètes et à des médiateurs culturels, des évaluations adaptées et des services d'interventions culturelles spécialisées. Cependant, ces stratégies n'ont pas encore été adoptées à grande échelle dans le programme d'intervention précoce pour la psychose.

Conclusion Les services d'intervention précoce pour la psychose devraient intégrer des interventions inclusives, structurellement compétentes et éclairées par le contexte, afin de promouvoir l'engagement et des soins centrés sur la personne. Des efforts doivent être faits pour appliquer les connaissances de la psychiatrie sociale et culturelle et adapter ses outils au domaine de l'intervention précoce dans la psychose. Les considérations socioculturelles, jusqu'à présent appliquées de manière inconsistante dans la recherche sur la psychose et la conception des services au Québec, sont particulièrement pertinentes pour la province étant donné son contexte linguistique distinct, sa diversité culturelle croissante et son effort continu pour systématiser la prestation des services d'intervention précoce à large échelle.

MOTS CLÉS intervention précoce, premier épisode psychotique, immigrants, minorités ethniques, autochtones, psychiatrie transculturelle, compétence culturelle, sécurité culturelle, culture, psychose

How could Early Intervention Services for Psychosis better serve migrants, ethnic minorities and Indigenous populations?

ABSTRACT Objectives To synthesize the available epidemiological and clinical evidence relevant to the mental health care of migrant, ethnic minority and Indigenous populations in the context of early psychosis.

Methods This study provides a narrative review of the literature on psychosis in these populations, including issues related to the provision of early intervention services for psychosis.

Results Migrant status has long been reported as a significant risk factor for psychosis in many geographic contexts. This increased risk among migrants seems to persist beyond the first generation and has been found to be higher in all migrant populations, but especially for black ethnic minorities and individuals migrating from economically developing countries to developed ones. Recent evidence suggests that this higher risk is at least in part due to migrants' and minorities' cumulative exposure to social adversities, such as racial discrimination, marginalization and socio-economic disadvantage. Systemic racism affects migrant and minority populations by creating bias in diagnostic practices and aggravating treatment disparities in addition to contributing to causation of psychosis. Furthermore, migrant and ethnic minority groups are known to seek mental healthcare after longer delays, to be more frequently forcibly hospitalized, to disengage from treatment prematurely and to be less satisfied with their treatment. The consideration of social and cultural context and factors is essential to the provision of good healthcare, especially in a culturally diverse society. Furthermore, acknowledging power relationships that stem from the societal context and shape institutions and models of care is a key step towards structural competence and safety in mental healthcare. Several strategies have been proposed to make mental healthcare services and systems more culturally and structurally competent. These include the use of interpreters and cultural brokers, tailored assessments and specialised cultural interventions. However, these strategies have yet to be adopted broadly in early intervention for psychosis.

Conclusion Given its emphasis on meaningful engagement and person-centered care, early intervention should integrate inclusive, structurally competent and context-informed interventions as a priority. Efforts must be made to apply knowledge from and adapt the tools of social and cultural psychiatry to the field of early intervention in psychosis. Sociocultural considerations, hitherto inconsistently applied in psychosis research and service design in Quebec, are especially relevant to the province given its distinct linguistic context, its increasing cultural diversity, and its ongoing effort to systematize and expand the delivery of early intervention services.

KEYWORDS early intervention, first episode psychosis, migrants, ethnic minorities, Indigenous populations, social and cultural psychiatry, immigrants, cultural competence, cultural safety, culture, psychosis

Les services de santé mentale, dont les services d'intervention précoce pour la psychose (PPEP)¹, doivent répondre aux besoins d'une population très diversifiée. Un Canadien sur 5 est né à l'étranger, 2 enfants canadiens sur 5 sont nés à l'extérieur du pays ou ont un parent né à l'étranger (statistique Canada, 2016a,b) et environ 18 % des immigrants canadiens vivent au Québec (statistique Canada, 2016c). Les peuples autochtones constituent 3 % de la population canadienne et 11 % de ces populations habitent au Québec (statistique Canada, 2016c).

Pourquoi la culture est-elle pertinente ?

La culture, dont la définition a varié au cours de l'histoire (Eagleton, 2000), n'est pas une entité fixe, mais un système complexe et dynamique existant à la fois dans le monde extérieur et au sein de chaque personne. Elle englobe les pratiques, créations et connaissances humaines transmissibles et imprègne toute rencontre et expérience. Elle façonne tous les systèmes de signification, y compris la maladie et le traitement, et devient particulièrement saillante en temps de crise, lorsqu'elle est menacée et à travers l'expérience de l'altérité (Kirmayer, 2008). Elle influence les mécanismes intrinsèques, les manifestations, l'évolution (Chaze et coll., 2015), et plusieurs déterminants de la maladie, puisque les distinctions culturelles sont depuis longtemps liées aux disparités sociales. Ces distinctions découlent des concepts d'ethnicité, de race et des attributions morales associées qui existent et sont perpétuées par les dynamiques sociopolitiques du pouvoir (Kirmayer, 2012).

L'ethnicité est une catégorisation sociale qui peut également correspondre à une identification de groupe autoattribuée. Habituellement, les membres d'un groupe ethnique partagent une origine géographique commune ou un contexte culturel, religieux ou historique comprenant des éléments tels qu'une langue, des valeurs ou des pratiques communes (Banks, 1996). Les regroupements ethniques et leurs implications sont généralement (bien qu'à tort) attribués exclusivement aux minorités ethniques et aux groupes marginaux, même si les groupes majoritaires présentent leurs propres perspectives, ceux de la culture dominante, y incluant les connaissances scientifiques et la pratique médicale (Lock et Gordon, 1988). La race est une autre forme d'identi-

1. Pour une description détaillée sur la psychose et les PPEP dans le contexte canadien et international, nous référons le lecteur à l'article « Détection et intervention précoce pour la psychose : Pourquoi et comment ? » du présent numéro.

fication de groupe, principalement attribuée par autrui, sur la base de caractéristiques physiques superficielles. Bien que l'importance de ces caractéristiques raciales ait été discréditée (Gravlee, 2009), l'idée que la race est un concept strictement biologique (au lieu d'une construction sociale) continue d'influencer les dynamiques sociales de pouvoir, perpétuant les politiques de clivage, les conflits, le racisme manifeste et la violence (Fredrickson, 2002), avec de graves conséquences pour les communautés racialisées (Fernando, 2012).

Le contexte culturel québécois

Le modèle multiculturel de citoyenneté du Canada (Kymlicka, 1995) a été une réponse historique à la société de colonisation et à la diversité ethnoculturelle qui en a découlé. Historiquement, la lutte des Canadiens français pour conserver une identité en tant que groupe ethnoculturel fondateur a entraîné des conséquences sociopolitiques importantes (Bibeau, 1998). Les établissements de santé québécois fonctionnent en français, l'unique langue officielle du Québec, sauf les exceptions autorisées dans les régions à concentration anglophone importante. Depuis la Révolution tranquille (McRoberts, 1988), le Québec s'est aussi fermement positionné, ainsi que ses institutions publiques (hôpitaux, écoles, etc.), comme un état laïque. Des débats récurrents sur les limites des « accommodements raisonnables pour l'autre » (Bouchard, 2008), ont conduit à la commission Bouchard-Taylor nommée par le gouvernement qui soutient l'interculturalisme (plutôt que le multiculturalisme) comme cadre de référence pour le Québec. L'interculturalisme est « une politique ou un modèle qui prône des relations harmonieuses entre les cultures basées sur des échanges intensifs centrés sur un processus d'intégration qui ne cherche pas à éliminer les différences tout en favorisant le développement d'une identité commune ». L'adoption de la Loi sur la laïcité de l'État, en 2019, s'est accompagnée d'un débat sur l'équilibre entre la liberté individuelle de conscience et de religion et la nécessité pour l'État de projeter neutralité et laïcité. C'est dans ce contexte sociopolitique que les PPEP du Québec aspirent à offrir les meilleurs soins possibles et universellement accessibles à toute leur clientèle, y compris aux migrants, aux minorités ethniques et aux populations autochtones. Tenir compte de ce contexte et bien le comprendre est essentiel pour assurer une meilleure accessibilité des soins, sans quoi certains enjeux peuvent contribuer à décourager l'expression des identités ethnoculturelles ainsi que la conviction que cette diversité soit accueillie (Wong, 2011).

Cet article a pour but de rassembler des évidences théoriques et empiriques issues des domaines de la santé mentale publique, de la psychiatrie sociale et culturelle et des PPEP, afin d'informer et guider de façon pragmatique les cliniciens et la prestation de services de santé mentale aux populations migrantes et minorités ethniques souffrant de troubles psychotiques. Quoique nous regroupions les résultats concernant les migrants, les minorités ethniques et les populations autochtones, il existe une grande hétérogénéité entre les contextes historiques et culturels de ces groupes.

Méthodes

Cette revue narrative de la littérature synthétise les données concernant la prestation des services d'intervention précoce aux migrants, minorités ethniques et populations autochtones. Compte tenu du peu d'études publiées dans ce domaine, la recherche a été élargie pour inclure des études marquantes au niveau épidémiologique et des études cliniques et d'intervention chez les minorités ethniques. Les articles inclus ont été identifiés d'abord par le premier auteur, à l'aide de bases de données en ligne (MEDLINE, PsycInfo et Embase) en utilisant les mots clés suivants en anglais: «*early intervention services*», «*psychosis*», «*schizophrenia*», «*culture*», «**migrant**», «*ethnic minority/ies*», «*ethnicity*», «*Indigenous populations*», ainsi que dans les bibliographies des articles sélectionnés. Des études supplémentaires ont été incluses après consultation des autres auteurs ayant une expertise approfondie en psychiatrie sociale et culturelle et en intervention précoce pour la psychose. L'accent a été mis sur les études canadiennes et québécoises. Considérant leur contexte historico-politique et culturel uniques, les considérations relatives aux communautés autochtones sont abordées dans une section distincte.

Résultats

Contexte épidémiologique

Déterminants sociaux. Les privations sociomatérielles augmentent le risque de psychose (Anderson et coll., 2012), et les minorités ethniques sont habituellement plus démunies sociomatériellement au Québec (Boudarbat et Connolly, 2013; Lebihan et coll., 2018) et ailleurs (Allen et coll., 2014; Nielsen et Krasnik, 2010). Les migrants sont plus à risque de développer des troubles psychotiques non affectifs et affectifs, risque

persistant au-delà d'une génération (Morgan et coll., 2019), étant plus élevé pour les individus migrant avant l'âge de 18 ans (Anderson et coll., 2020), pour les minorités noires et pour les individus des pays en développement économique qui migrent vers les pays occidentaux (Selten et coll., 2020). Les variations considérables entre les populations migrantes et les pays d'accueil suggèrent que des phénomènes sociaux et politiques complexes sont impliqués.

Au Canada, des taux plus élevés de schizophrénie sont rapportés chez les migrants européens au début du 20^e siècle, par rapport à la majorité non migrante (Smith et coll., 2006). Récemment, une étude ontarienne rapporte des taux plus élevés de psychose chez les réfugiés d'Afrique de l'Est et d'Asie du Sud et pour les migrants de première génération originaires des Caraïbes et des Bermudes (Anderson et coll., 2015). Plusieurs études ont permis de rejeter les hypothèses liant les risques plus élevés à une cause génétique primaire ou à une migration sélective (Fearon et Morgan, 2006) et concluent qu'il est peu probable que les facteurs de risque neurodéveloppementaux dus à des complications périnatales ou la consommation plus élevée de cannabis (hypothèse non applicable pour plusieurs populations migrantes) soient des explications (Morgan et coll., 2019). Compte tenu du façonnement culturel des symptômes psychiatriques et des évidences documentant des tendances diagnostiques racialisées suivant des agendas historico-politiques (Fernando, 2010 ; Fernando, 2012 ; Metzl, 2009 ; Schwartz et coll., 2019), quoique les diagnostics erronés ne puissent constituer à eux seuls une explication suffisante (Heslin et coll., 2015), cette hypothèse ne peut être complètement écartée (Ademola et coll., 2012 ; Gara et coll., 2019 ; Jarvis, 2008 ; Zandi et coll., 2010).

Néanmoins, l'idée que l'exposition cumulative à l'adversité sociale contribue significativement aux taux plus élevés de troubles psychotiques observés dans certains groupes ethniques minoritaires fait consensus. En effet, certains sont exposés à de multiples expériences négatives, démontrées comme déterminants des maladies mentales (particulièrement des troubles psychotiques). Ces expériences peuvent survenir non seulement durant la trajectoire migratoire, mais s'étendre sur de longues périodes post-migration : séparation d'une figure d'attachement, discrimination, désavantages sociaux (pauvreté, chômage, faible niveau d'éducation, célibat, etc.), traumatisme intergénérationnel, exclusion sociale et éloignement/aliénation culturel et linguistique (Jongsma et coll., 2020 ; Morgan et coll., 2007 ; Pearce et coll., 2019 ; Reininghaus et coll., 2010 ; Tarricone et coll. 2021). Des facteurs sociaux

liés au groupe d'appartenance influencent l'exposition aux facteurs de risque au niveau individuel, en agissant au niveau micro (famille, quartier) et macro (société globale). En effet, des études sur le capital social et la densité populationnelle d'un groupe ethnique ont montré que l'appartenance à des groupes sociaux et culturels, soutenant surtout dans un contexte d'identification positive au groupe, peuvent atténuer les effets de la discrimination et des désavantages sociaux (Baker et coll., 2020 ; Bécares, 2018 ; Veling et coll., 2010).

Accès aux services, engagement dans les PPEP et évolution. Les déterminants sociaux influencent également l'accès, l'engagement dans les services et l'évolution des migrants et minorités ethniques. Certaines études rapportent une évolution plus négative, d'autres n'ont pas trouvé de différences significatives alors que certaines ont observé une meilleure évolution clinique et fonctionnelle chez les migrants avec une psychose débutante (Abdel-Baki et coll., 2018 ; Golay et coll., 2019 ; Maguire et coll., 2020). Les parcours d'accès aux soins sont plus complexes pour les migrants et les minorités ethniques tant au Canada qu'ailleurs dans le monde (Maraj et coll., 2018b ; Rotenberg et coll., 2017). La navigation difficile dans le système de santé, nécessite souvent que les familles défendent le droit aux services pour leurs jeunes, ce qui peut être difficile pour les familles de groupes minoritaires (Macdonald et coll., 2020). Les jeunes peuvent se sentir isolés et avoir du mal à trouver des soins adéquats, surtout s'ils ont un soutien social limité. Notamment, les étudiants internationaux, un sous-groupe en croissance (statistique Canada, 2020), font face à des défis supplémentaires (p. ex. assurance santé limitée, craintes pour leur visa) (Lee et coll., 2016). Quoique les expériences diffèrent selon les sous-groupes, les minorités ethniques recourent aux services de santé mentale plus tard dans l'évolution de la maladie et moins fréquemment que la population majoritaire ; sont plus susceptibles d'accéder aux services par les urgences ou dans le contexte d'interventions policières et sont plus fréquemment hospitalisées contre leur gré (Anderson et coll., 2015 ; Jarvis et coll., 2005). Une plus grande proportion d'entre eux se désengage du traitement, possiblement en lien avec un manque d'information, la difficulté à se repérer dans les services, des expériences antérieures négatives avec le système de santé, l'inadéquation des soins, la stigmatisation et le fait que le traitement ne correspond pas aux préférences du patient (Ouellet-Plamondon et coll., 2015 ; Whitley et coll., 2006 ; Thomson et coll., 2015). Les raisons pour se désengager des migrants

et des minorités visibles varient, étant souvent différentes de celles des non-migrants (Maraj et coll., 2018a). Notamment, les enjeux autour de la langue et les limitations associées de services pour les allophones et les anglophones au Québec (Landry, 2014) sont reconnus pour influencer la satisfaction et l'engagement dans les PPEP (Maraj et coll., soumis). Ces données suggèrent que les institutions canadiennes ne parviennent pas encore à fournir les meilleurs soins de santé mentale possible à ces populations, de sorte à ne pas reproduire au sein même du système de santé les inégalités et exclusions sociales qui augmentent leur risque de psychose et de mauvaise évolution.

Approche clinique visant les populations culturellement diversifiées

Qu'implique la culture dans la pratique de la santé mentale ? La psychiatrie et les prestataires de services ont leur propre culture, et différentes notions de santé et de bien-être existent et doivent être respectées (Katz et Alegria, 2009). En outre, les pratiques acceptées reflètent les valeurs et les préférences des groupes dominants, et leur adoption sans discussion peut exclure les individus appartenant à des minorités. Ignorer ces aspects ou attribuer « la culture » uniquement au patient risque de reproduire les dynamiques de préjugés et de marginalisation (Burgess et coll., 2004). Inversement, la reconnaissance des différences, des incertitudes et des limites de la capacité d'empathie crée un espace de communication et négociation (Kirmayer, 2008). Cette démarche est essentielle pour instaurer confiance et sécurité, et pour développer une relation thérapeutique.

Les rôles des soignants (médecins et autres cliniciens) et les modes relationnels avec les patients diffèrent selon les cultures (Kirmayer, 2012). Ces différentes notions de soignant et de guérison influencent la manière dont la proximité, la divulgation, la confidentialité, l'implication de la famille, le partage des connaissances et du pouvoir sont compris et appliqués (Savin et Martinez, 2006). En outre, un patient ne peut être entièrement compris sans tenir compte de son contexte, qui comprend des éléments locaux (familles, quartiers), spécifiques à un groupe (p. ex. religieux) et macrosociaux qui influencent la santé, les récits de maladie, les stratégies d'adaptation et l'utilisation des ressources communautaires et sanitaires (Kirmayer, 2005).

Les façons d'exprimer la détresse sont façonnées par la culture (Kirmayer et Young, 1998; Kleinman et coll., 1997), posant d'importants défis aux cliniciens, qui tentent de faire « entrer » les récits de maladie dans des catégories diagnostiques d'une classification

psychiatrique reflétant les concepts culturels occidentaux de la normativité. Conclure à un diagnostic en l'absence de connaissances sur les normes et croyances d'un patient peut même être préjudiciable (Kleinman, 1987). Dans la psychose, les aspects phénoménologiques qui soutiennent ou permettent de préciser les diagnostics, tels que la pauvreté du discours, la pensée désorganisée, l'affect inapproprié, non congruent ou émoussé, les croyances en marge de la normativité culturelle ou bizarres, sont difficiles à interpréter lorsqu'il existe des barrières culturelles et linguistiques.

Les cliniciens ont tendance à surdiagnostiquer la psychose la confondant avec le trouble de stress post-traumatique, qui comme les troubles affectifs pourraient être sous-diagnostiqués chez les minorités ethniques (Adeponle et coll., 2012; Zandi et coll., 2016). Par ailleurs, les récits de traumatismes sont omniprésents chez les patients issus de minorités ethniques, chez lesquels les multiples désavantages sociaux s'entrecroisent, et peuvent influencer la psychose de manière directe et indirecte (Rosen et coll., 2017). Des expériences hallucinatoires peuvent se produire chez les personnes ayant subi un traumatisme (indépendamment du diagnostic de trouble psychotique), et les symptômes du trouble de stress posttraumatique peuvent coexister avec des symptômes psychotiques (Stevens et coll., 2017). Quoiqu'un diagnostic de psychose ne doit pas être écarté à priori chez les populations migrantes, il faut veiller à comprendre les symptômes psychotiques dans le contexte des récits personnels et collectifs de traumatismes présents et passés. Il convient de noter en particulier les similitudes entre les expériences liées à la migration et à l'installation dans le pays d'accueil et l'expérience de la psychose. Par exemple, les croyances persécutrices, les idées de référence et les sentiments d'étrangeté et d'aliénation associés à la psychose pourraient avoir une qualité assez similaire aux sentiments de marginalisation et d'altérité que les groupes minoritaires sont susceptibles d'éprouver (Veling et coll., 2016). Inversement, les pertes de repères sont couramment décrites par les patients pendant et après un épisode psychotique (Myers, 2019).

Les études sur les différences de symptomatologie psychotique entre les groupes ethniques sont difficiles à interpréter ou à généraliser vu leurs contextes spécifiques (Maraj et coll., 2017; Morgan et coll., 2017; van der Ven et coll., 2012; Veling et coll., 2007) et faiblesses méthodologiques (p. ex. individus aux origines diverses regroupés en grandes catégories ethniques, entraînant l'occultation de différences importantes entre les groupes minoritaires).

L'évolution de la maladie et les aspects subjectifs du rétablissement varient d'un groupe à l'autre (Whitley et Drake, 2010) et peuvent être particulièrement importants lorsqu'on compare des personnes issues de milieux culturels et sociaux différents. Les aspects culturels, entre autres, déterminent les préférences de traitement et les priorités générales de la vie, influençant ainsi la planification de l'avenir et la manière dont les personnes intègrent la maladie dans leur récit de vie. Par exemple, dans l'étude de Whitley (2006), les aspects liés à Dieu et à la religion ont été des facilitateurs de rétablissement cruciaux pour les participants canadiens d'origine antillaise, contrairement aux participants canadiens d'origine européenne.

Que peut-on faire pour améliorer les soins? Les modèles d'adaptation culturelle des services et des interventions vont du jumelage ethnique (Weinfeld, 1999) aux approches centrées sur la personne (Kleinman et coll. 1988a,b). Le jumelage ethnique ou des adaptations culturelles spécifiques pourraient être adéquats dans certaines circonstances (Cabral et Smith, 2011; Griner et Smith, 2006) et des lignes directrices générales pour les interventions culturellement adaptées ont été publiées (Balaratnasingam et coll., 2015). Ces procédures appliquent des méthodes de recherche participative, impliquant de multiples parties prenantes pour développer des interventions pertinentes localement. Notamment, des adaptations culturelles spécifiques d'interventions psychosociales se sont avérées efficaces pour réduire la sévérité des symptômes de patients atteints de schizophrénie (Degan et coll., 2018).

Plusieurs instruments ont été créés pour des populations culturellement diverses dans des contextes variés, notamment l'opérationnalisation du *Guide de Formulation culturelle* (OCF) (American Psychiatric Association [APA], 2000), avec la création de *L'Entretien de formulation culturelle* (CFI) (APA, 2013; tableau 1). Toutefois, les obstacles identifiés à une utilisation plus large du CFI comprennent les contraintes de temps, le manque de moyens (p. ex. la disponibilité des interprètes) et les difficultés à réaliser des entretiens approfondis avec des patients gravement malades (Aggarwal et coll., 2020; Jarvis et coll., 2020b).

La compétence culturelle, la sécurité culturelle et l'humilité culturelle ont été proposées comme approches générales pour améliorer la prestation de services aux minorités ethniques. La compétence culturelle concerne les attitudes, les compétences et les connaissances qui permettent aux prestataires de services et aux institutions de servir

efficacement les communautés ayant des origines culturelles différentes (Sue, 2006). L'humilité culturelle met l'accent sur la connaissance de soi et l'autocritique (plutôt que sur des connaissances culturelles spécifiques), en accordant une attention particulière aux déséquilibres implicites de pouvoir qui découlent de la relation patient-clinicien, impliquant d'éviter les approches paternalistes. L'humilité culturelle inclut aussi le désir de développer des partenariats avec des personnes et des groupes qui défendent les intérêts de l'autre (Tervalon et Murray-Garcia, 1998). La sécurité culturelle (Williams, 1999) se concentre sur les disparités de pouvoir qui imprègnent les institutions et les soins cliniques afin de promouvoir des espaces sécuritaires favorisant les soins collaboratifs. Développée à l'origine pour les communautés autochtones, l'approche de sécurité culturelle considère les histoires de colonialisme, d'oppression et de traumatisme et crée des espaces sécuritaires où ces sujets peuvent être dénoncés et reconnus (Brascoupe et Waters, 2009; Koptie, 2009). Tous ces concepts se rapportent non seulement aux relations patient-clinicien, mais aussi au niveau institutionnel (Metzl et Hansen, 2014). Un certain élan de changement actuel espère modifier les établissements de santé au niveau structurel afin de s'attaquer aux inégalités et à la dynamique d'oppression structurelle qui y existe (Kirmayer et coll., 2018). Les recommandations portent sur la responsabilisation de chaque membre de l'institution de santé en tant qu'acteur du changement structurel, et sur l'octroi aux parties prenantes ou aux partenaires communautaires d'un statut décisionnel qui reflète la diversité des populations desservies par l'institution. Les stratégies pour les cliniciens vont de l'acquisition d'une formation aux pratiques anti-oppressives à la défense des droits des patients individuels, en passant par une collaboration plus étroite avec les communautés minoritaires et la promotion du changement de politiques (Corneau et Stergiopoulos, 2012). En outre, les programmes de formation des cliniciens doivent intégrer des connaissances sur les déterminants sociaux de la santé et leur prise en compte dans le diagnostic et la planification du traitement (Hansen et coll., 2018).

Le *Cultural Consultation Service* [service de consultation culturelle] (CCS), développé à Montréal, a été adapté pour être utilisé à l'échelle internationale (Kirmayer et coll., 2003; Jarvis et coll., 2020b,c). S'inspirant des domaines de l'OCF qu'il adapte aux cas individuels et aux familles, le CCS fournit sur demande de consultation d'expert, une évaluation approfondie des immigrants et des réfugiés, basée sur une approche centrée sur la personne, guidée par les principes de sécurité

et d'humilité culturelles. Ces consultations impliquent souvent les cliniciens en charge des soins du patient, des membres de la communauté culturelle, les familles, des interprètes et des médiateurs culturels. L'apport des interprètes est crucial lorsqu'il existe d'importantes barrières linguistiques. Les interprètes doivent idéalement connaître le contexte des soins de santé mentale afin de pouvoir traduire fidèlement le discours des patients et des familles et ne pas masquer l'expression linguistique de la psychopathologie. Les médiateurs culturels peuvent fournir des conseils ou des éclaircissements sur les aspects culturels qui peuvent aider les cliniciens à mieux comprendre les patients et la situation. Ce rôle peut être joué par les interprètes eux-mêmes ou par des cliniciens qui connaissent intimement la culture d'origine du patient (Miklavcic et LeBlanc, 2014). L'inclusion d'interprètes et de médiateurs culturels dans les consultations doit être clarifiée au préalable avec les patients et familles, car des questions de honte, de stigmatisation et de craintes autour de la confidentialité peuvent se poser (Kirmayer et coll., 2013).

L'inclusion de membres de la famille, de parties prenantes importantes et de guérisseurs des communautés locales peut contribuer à favoriser l'alliance et la compréhension partagée de concepts distincts de la maladie et du traitement (Jarvis et coll., 2020a; Pope et coll., 2019). La collaboration étroite avec les familles dans les PPEP fait partie des composantes essentielles pour favoriser l'engagement, prévenir les rechutes et optimiser l'évolution du patient (Claxton et coll., 2017; Malla et coll., 2020; Iyer et coll., 2020). En outre, les familles apprécient les soins adaptés à leur culture (MacDonald et coll., 2020). Dans le contexte interculturel, le clinicien doit être conscient que les structures familiales peuvent être parfois très différentes des siennes et que des valeurs culturelles et des perceptions de la maladie distinctes peuvent exister au sein d'une même famille (Alegria et coll., 2010). Permettre l'émergence de différents discours autour de la psychose (signification, processus, causes, conséquences) est crucial pour établir un partenariat avec les familles. Également, les jeunes patients issus de l'immigration personnelle ou familiale peuvent se retrouver entre deux ou plusieurs cultures, essayant de donner un sens à une expérience psychotique à travers de multiples sources de signification. Déduire qu'un jeune adhère aux valeurs et modèles explicatifs traditionnels de son pays d'origine, sans l'avoir vérifié auprès de lui, peut constituer une forme de préjugé et lui donner l'impression d'être catégorisé. Inversement, déduire qu'il adhère aux valeurs de la société d'accueil peut aussi

le faire se sentir incompris. Les cliniciens doivent être attentifs aux processus de développement de l'identité chez les jeunes, ainsi qu'aux possibles sentiments de conflit de loyauté dans un déchirement identitaire entre la culture d'origine et celle d'accueil. Ces complexités peuvent constituer des défis aux soins des patients, mais sont aussi de possibles sources de résilience et de récupération (Rousseau, 2005).

Populations autochtones

Les populations autochtones portent un lourd fardeau social et sanitaire (Anderson et coll., 2016), enraciné dans un long héritage de traumatismes, d'expropriation et de persécution, débutant avec la colonisation et s'étant perpétué à travers l'assimilation culturelle forcée, notamment via les pensionnats (Hartmann et coll., 2016). La notion de bien-être des peuples autochtones englobe les aspects spirituels, mentaux et émotionnels, le tout encadré par un système éco-social englobant l'individu, la communauté, la terre et les animaux (Adelson, 2005; Kirmayer et coll., 2009). La perte du lien avec la terre et la déconnexion mentale et spirituelle qui en découlent sont des expériences particulièrement traumatisantes pour certains. Plusieurs autochtones partagent des difficultés sociales avec les migrants, notamment la déprivation sociomatérielle, la marginalisation et les expériences de discrimination au long cours (King et coll., 2009). La recherche sur la santé mentale des populations autochtones s'est concentrée sur la toxicomanie, les conséquences psychologiques des traumatismes historiques et le suicide (Nelson et Wilson, 2017) qui a été associé à un changement culturel rapide et au déplacement des communautés autochtones. (Harlow et coll., 2014). Les rares études sur le sujet, suggèrent un risque plus élevé de psychose et des taux plus élevés de traitement coercitif (Demarchi et coll., 2012; Gynther et coll., 2019; Hunter et coll., 2011; Tapsell et coll., 2019).

La prestation de soins de santé mentale aux populations autochtones fait face à de multiples défis, allant de l'éloignement géographique de certaines communautés (Judd et coll., 2002) à la remise en question de la validité des instruments cliniques couramment utilisés (McCarthy, 2001). En outre, considérant l'héritage colonial, une emphase sur le modèle biomédical risque de reproduire des modèles de domination, de paternalisme et de préjugés, ainsi que de négliger les pratiques de santé autochtones (McCallum, 2005). Les déplacements, la séparation et l'éloignement de la famille ou la communauté lors d'une

hospitalisation peuvent être traumatiques, rappelant des expériences intergénérationnelles oppressives passées.

Le maintien et la réincorporation des pratiques de guérison autochtones constituent une forme de revitalisation culturelle, de décolonisation et de restitution du contrôle (McCormick, 2008). Les interventions devraient se concentrer sur les nombreuses sources de résilience des autochtones, tout en reconnaissant les contextes sociopolitiques passés et présents (Gone et Kirmayer, 2020). Les dynamiques de pouvoir que la rencontre clinique peut reproduire doivent être abordées activement afin de créer un espace sécuritaire pour le travail thérapeutique (Koptie, 2009). Un programme de formation sur les connaissances de base concernant les expériences des patients autochtones a été créé par l'Association des médecins autochtones du Canada (2009), dans le but de susciter la réflexion des professionnels de la santé sur leurs propres préjugés et de suggérer des moyens de développer des interventions sensibles à la culture. La Commission de la santé mentale du Canada (2012) a aussi formulé des recommandations pour améliorer la santé mentale des autochtones.

Discussion

La culture et le contexte social façonnent l'expérience humaine, y compris le vécu de maladie. Par conséquent, la prise en charge des personnes servies par les PPEP devrait, avant tout, prendre en compte ces aspects (Alegria et coll., 2010). Les fondations théoriques et scientifiques qui justifient l'adaptation de services aux populations culturellement diversifiées dans ce cadre sont nombreuses, tel que nous l'avons décrit dans cet article. Cependant, l'incorporation des aspects socioculturels dans l'organisation des PPEP n'en est encore qu'à ses débuts au niveau international (Jones et coll., 2021 ; OnTrackNY, 2018 ; Orygen, 2016a,b). Toutefois, ni la planification stratégique de l'intervention précoce de l'Association canadienne pour la santé mentale (Ehmann et coll., 2004), ni la première édition du cadre de référence pour les PPEP (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017) n'intègrent d'informations sur comment tenir compte de l'importance du contexte culturel des patients, des besoins spécifiques des minorités ethniques et des adaptations requises en terme organisationnel ou d'approche de soins. Par conséquent, les cliniciens et gestionnaires des PPEP peuvent avoir du mal à identifier les stratégies et les ressources favorisant l'engagement des jeunes de minorités ethniques dans les soins proposés.

Au-delà du contexte de la psychiatrie, de l'intervention précoce pour la psychose et du Québec, plusieurs instruments et stratégies cliniques ont été adaptés pour le travail clinique auprès des populations culturellement diverses. Par exemple, des adaptations de la CCS ont été développées au Royaume-Uni (Bhui et coll., 2015), en France (Larchanché, 2015), Suède (Bäärnhielm, Wistedt et Rosso, 2015) et Espagne (Qureshi et coll., 2008). Nagy et coll. (2019) ont développé un service de consultation multiculturelle par les pairs pour les professionnels de santé aux États-Unis. Des instruments alternatifs aux adaptations de l'OCF et du CFI ont aussi été créés, comme le Brief Cultural Interview [Entretien culturel bref] (Groen, et coll., 2017) des Pays-Bas et le modèle d'évaluation multiculturelle, préconisé par certains psychologues (Edwards et coll., 2017). Rousseau et coll. (2020) ont proposé des séminaires interdisciplinaires de discussion de cas cliniques comme alternative à l'utilisation du CFI, spécialement dans le cadre de la psychiatrie de l'enfance. Finalement, d'autres chercheurs et cliniciens ont adapté des instruments d'évaluation et des programmes ciblant des populations spécifiques (Balaratnasingam et coll., 2015; Edge et coll., 2016; Zandi et coll., 2008). Ces exemples, malgré qu'ils ne soient pas spécifiques à l'intervention précoce pour la psychose, comprennent des principes qui pourraient être généralisés dans ce contexte. Des études sont nécessaires pour comprendre comment ces outils culturellement sensibles peuvent être utilisés et adaptés pour le domaine de l'intervention précoce pour la psychose.

Au Canada (et au Québec en particulier), une société de colonisation accueillant de nombreux groupes ethniques différents, des modèles de soins flexibles pourraient être plus appropriés que l'adaptation culturelle, bien que des modèles hybrides puissent coexister (Kirmayer et coll., 2013). Des instruments tels que le CFI pourraient ainsi être utilisés et adaptés au contexte de l'intervention précoce. L'adaptation culturelle des interventions, y compris des séances d'éducation psychologique familiale et celle pour les jeunes patients, devrait de surcroît être envisagée. L'implication des familles et de représentants de la communauté du jeune dans la planification du traitement sont de plus à privilégier tout comme l'inclusion de représentants des diverses communautés présentes dans le territoire couvert par le PPEP dans les décisions concernant la conception et la planification des services (Jarvis et coll., 2020a).

Surtout, chaque patient aura toujours des besoins distincts. Les demandeurs d'asile confrontés à des problèmes de citoyenneté et à

des événements traumatiques récents pourraient bénéficier davantage d'une aide efficace pour leurs démarches sociales que de l'affectation à un thérapeute de culture ou de langue similaire. Une évaluation minutieuse des traumatismes prémigratoires, permigratoires et postmigratoires devrait aussi devenir un incontournable. De même, pour les personnes confrontées au racisme et à une discrimination manifeste, un environnement thérapeutique culturellement sécuritaire peut avoir une importance cruciale dans la création de l'alliance thérapeutique. De même, les principes d'humilité, de respect, de curiosité et de sensibilité face à la culture de l'autre devraient imprégner l'approche clinique (Kirmayer, 2012).

Considérant le contexte sociopolitique actuel où la population dénonce les iniquités dans le système de santé envers les minorités culturelles au Québec, il est d'autant plus pertinent que les PPEP et leurs cliniciens soient outillés pour être en mesure de défendre les intérêts et les droits de leurs patients, de s'intéresser aux questions de culture, d'équité, de diversité et d'inclusion, et d'avoir les ressources, le soutien administratif et le temps nécessaires (p. ex. afin d'identifier et impliquer des interprètes et des médiateurs culturels) pour offrir des soins adaptés. Il est important de s'assurer que la « protocolisation » actuelle des soins dans les PPEP tienne compte des aspects décrits dans cet article, et s'assure que l'importance accordée à la gestion des risques et à l'observance au traitement pharmacologique ne compromette pas la prestation de soins culturellement compétents et sécuritaires. Sans attention particulière, cela pourrait mettre en péril l'ouverture, l'humilité culturelle, la flexibilité et la confiance requises (Stasilius et coll., 2020).

Les tableaux 2, 3 et 4 énumèrent les recommandations clés pour les PPEP. Le tableau 5 présente des vignettes illustrant certains concepts mis en évidence dans cet article.

Conclusion

L'abondance de données sur les déterminants sociaux et les avantages des approches sensibles à la culture ne se sont pas encore traduits par des changements suffisants au niveau des pratiques ni leur intégration au niveau des politiques. En effet, les sujets de la diversité culturelle et du contexte social doivent être intégrés au cadre de référence pour les PPEP du Québec et ailleurs dans le monde. Le développement et l'adoption d'évaluations et d'approches culturellement sensibles sont

cruciaux pour atteindre l'objectif d'une intervention précoce pour la psychose centrée sur la personne et orientée vers le rétablissement (Jones et coll., 2021). Parmi ces approches figurent l'évaluation et la prise en compte des déterminants sociaux de la psychose, des spécificités et des préférences culturelles, et l'accent mis sur les forces des individus et des communautés plutôt que sur leurs vulnérabilités. La psychose n'est pas seulement une affection génétique ou neurologique; ses nombreuses manifestations sont ancrées dans la culture et le contexte sociopolitique. Un traitement réussi doit négocier avec les patients, les familles et les communautés ce qui est primordial pour eux et comment le patient s'intègre dans cet espace, afin de maintenir l'espoir et de trouver un sens à l'expérience vécue.

TABLEAU 1
Le guide de formulation culturelle (*Outline Cultural Formulation [OCF]*)
du DSM-IV

Premier domaine : Identité culturelle
Exploration des identités culturelles du patient, ainsi que les enjeux identitaires liés au genre, rôles familiaux et professionnels, langues parlées et les positionnements de l'individu face à sa culture d'origine et la culture du pays d'accueil.
Deuxième domaine : Modèles explicatifs de la maladie
Exploration la compréhension ou les explications qu'ont les patients et leur famille de la maladie, ses origines, ses implications et ses significations. Le « problème » peut être nommé par le patient et sa famille, en ouvrant la possibilité de chercher un sens à la maladie, et d'évaluer toutes les alternatives thérapeutiques. Ce domaine est basé sur les questions à propos des modèles explicatifs de Kleinman (1998), qui incluent les causes, l'évolution attendue, le mécanisme ou le processus de la maladie et le traitement souhaitable de la maladie.
Troisième domaine : Facteurs liés à l'environnement psychosocial
Exploration du fonctionnement dans différentes sphères de sa vie familiale, professionnelle et culturelle, ainsi que le cadre politique et social dans lequel l'individu et ses proches se retrouvent au présent, ainsi qu'au cours de toute sa vie, au pays d'origine et au pays d'accueil.
Quatrième domaine : La relation patient-clinicien
Exploration et remise en question des relations de pouvoir découlant des rôles institutionnels du patient/clinicien et de leurs statuts social et culturel.

TABEAU 2

Recommandations pour les PPEP

Recommandations générales

- Les soins doivent être centrés sur la personne en tant qu'individu à part entière, y compris l'évaluation du contexte social et culturel des patients.
- Les services doivent être attentifs à la sécurité culturelle pour les individus issus de minorités culturelles.
- Des ressources financières et du soutien administratif devraient être alloués pour garantir et faciliter l'accès rapide à des interprètes et médiateurs culturels chaque fois que cela est nécessaire.
- S'assurer d'établir des partenariats ou minimalement de faire la liaison ou accompagner le patient vers les ressources communautaires appropriées, par exemple : des ressources liées à diverses communautés culturelles ; des organismes venant en aide aux réfugiés (p. ex. Praid).
- Une formation de base sur les approches sensibles à la culture et les soins tenant compte des traumatismes doit être offerte aux cliniciens ainsi que du mentorat et de la formation continue.
- Développer la capacité de travailler avec des médiateurs culturels et interprètes.
- Dans les régions à forte concentration de minorités culturelles, lorsque possible, l'intégration d'un clinicien familier avec la culture et parlant couramment la langue de la population minoritaire est un atout.
- Quoique tous les cliniciens devraient recevoir une formation de base, les PPEP peuvent se doter d'un spécialiste formé aux soins/interventions culturellement sensibles et appropriés afin d'agir comme personne-ressource.
- Intégrer les diverses parties prenantes de la communauté dans la planification des services.
- Adapter les activités psychoéducatives pour les populations multiculturelles et y intégrer les aspects des déterminants sociaux connus de la santé.
- Promouvoir l'inclusion des lignes directrices sur les approches de travail auprès de la clientèle culturellement diversifiée dans les PPEP au niveau provincial.
- Promouvoir et faciliter l'utilisation d'outils tels le CFI et ses modules complémentaires qui peuvent constituer de bons outils pour évaluer la culture des patients et de leur famille.
- Envisager une consultation auprès de services spécialisés, comme le CCS ou la Clinique transculturelle de l'Hôpital Jean Talon, pour les cas cliniques où des enjeux liés au diagnostic ou au traitement représentent un défi pour l'équipe clinique en lien avec la langue, la culture ou la religion du patient, et entravent le cheminement et la progression de la situation du patient.

Recommandations pour mieux servir les jeunes autochtones

- Être attentifs à la sécurité culturelle
- Avoir accès à des services d'interprètes
- S'assurer de faire la liaison avec les ressources communautaires appropriées (p. ex. les centres d'amitié autochtone qu'on retrouve à travers la province <https://www.rcaa.qc.ca/info/qui-sommes-nous/>)
- Faciliter la continuité des soins pour ceux qui peuvent retourner dans leur communauté après avoir été hospitalisés en centre urbain.

TABEAU 3
Points clés de pratique pour les cliniciens travaillant dans les PPEP

Connaissances – Savoir que certaines questions peuvent susciter des souvenirs traumatisants. Être prêt à aborder ces questions avec tact et à fournir des soins tenant compte des traumatismes. – Être informé sur les sources de soutien social supplémentaire, des organisations communautaires et des ressources disponibles pour les minorités ethniques. Consulter et/ou faciliter l'accès des patients à ces services, le cas échéant. – Être informé sur les étapes et les démarches d'immigration et de demande d'asile et les droits associés aux différents statuts, afin d'être plus en mesure de soutenir/accompagner le patient dans ses démarches. Savoir quels sont les organismes régionaux qui peuvent aider. Ces démarches peuvent être particulièrement longues, générer beaucoup de stress, et demandent une bonne capacité d'organisation et une maîtrise de la langue que certains jeunes n'ont pas. – Ne pas avoir peur de discuter de religion/spiritualité avec les patients et leur famille. Savoir qu'il existe divers récits et modèles explicatifs sur les causes des maladies, les traitements et les stratégies d'adaptation. Attitudes – Pratiquer l'autoexamen réfléchi et la conscience critique (D'où est-ce que je viens ? Où est-ce que je me situe professionnellement, moralement, socialement et politiquement ?). – Être conscient de ses propres préjugés et faire attention aux stéréotypes. – Cultiver l'humilité culturelle en reconnaissant les limites de la connaissance de la culture du patient et de son expérience subjective de la maladie. – S'attendre à (et accepter) l'incertitude dans la pratique clinique (notamment par rapport aux diagnostic et démarches thérapeutiques). – Être honnête et respectueux. Dévoiler ses propres opinions professionnelles et informer le patient et sa famille tout au long de la consultation, sans les imposer. – Être curieux de l'identité culturelle, la religion, les idéologies, les croyances, les valeurs et les perceptions de la maladie (causes, déclencheurs, moment et apparition, gravité, conséquences) et les modes de traitement connus/préférés des patients. – Être flexible et ouvert à la négociation. Être curieux de savoir ce que les patients et leur famille pensent être utile, surtout si leurs idées diffèrent des soins psychiatriques « standard ». Une authentique ouverture du thérapeute peut permettre de trouver un modèle explicatif de la maladie et/ou un plan d'intervention hybride, intégrant à la fois des composantes traditionnelles de la culture du patient et des composantes des modèles biomédical ou biopsychosocial occidentaux. Compétences et pratiques – Réfléchir à l'avantage de faire appel à un interprète ou à un médiateur culturel. – Prévoir un temps de consultation supplémentaire (surtout si vous travaillez avec des interprètes). – Assurer la confidentialité. Certains patients issus de petites communautés ethnoculturelles peuvent être mal à l'aise avec les interprètes, mais beaucoup seront reconnaissants d'avoir la possibilité de s'exprimer dans leur langue maternelle. Selon la préférence du patient, ceci peut se faire pour l'entrevue complète ou une partie de l'entrevue. – Utiliser des outils tels le : CFI pour guider votre évaluation. – Identifier et répondre aux besoins sociaux (logement, couverture santé, revenu, problèmes judiciaires, statut d'immigration, etc.) – Se renseigner sur les difficultés sociales spécifiques qui affectent le patient et sa famille. – Reconnaître et réfléchir aux aspects historiques, sociaux et politiques sous-jacents particuliers de chaque consultation. – Poser des questions ouvertes et ne pas faire d'hypothèses généralisées. – Envisager des alternatives au diagnostic de psychose. Être attentif aux différentes manières d'exprimer la souffrance psychologique. N'oublier pas que les troubles de l'humeur et

- le TSPT sont sous-diagnostiqués chez les patients de groupes ethniques minoritaires présentant des troubles psychotiques présumés. Se renseigner sur son processus et sa trajectoire de migration, la situation politique actuelle dans son pays d'origine et au moment où il l'a quitté.
- Chercher à comprendre le récit du patient dans son contexte social et culturel spécifique.
 - Travailler en collaboration : faire participer les familles et (si cela est adéquat) les pairs ou d'autres membres pertinents de la communauté.
 - Explorer la culture familiale : langues parlées, structures sociales et formalités, normes, rôles de genre.
 - Demander au jeune patient de parler de sa culture, de son pays d'origine, de son mode de vie, de son histoire, etc. Ne pas avoir honte de ne pas connaître la culture du patient. Être honnête et curieux. L'authenticité et le véritable intérêt seront appréciés.
 - Concevoir les plans d'intervention avec la participation collaborative du patient, des membres de la famille et de membres de la communauté, lorsque pertinent.
 - Se concentrer sur des objectifs communs et sur les forces individuelles, familiales et communautaires
 - Aborder les éventuels désaccords intergénérationnels en termes de valeurs, de croyances et de perception de la maladie.
 - Un problème courant dans certaines communautés culturelles est la réunification, c'est-à-dire lorsque des familles rejoignent un parent qui a immigré avant le reste de la famille, pour travailler au Canada depuis de nombreuses années, pour ensuite les faire venir. Le processus est souvent douloureux et compliqué pour les adolescents qui ont pu se sentir abandonnés et se sentent obligés de quitter leur pays d'origine et les grands-parents (leur famille élargie) qui les ont élevés. Ils se retrouvent ensuite avec les parents, sans se connaître réciproquement ou se rendre compte une fois au Canada que la « réalité nord-américaine » n'est pas celle dont ils avaient rêvé ou qu'ils avaient vue à la télévision.
 - Discuter du cas avec tous les participants à la consultation (clinicien référent, gestionnaire de cas, interprète, médiateur culturel) avant et après la consultation.
 - Consulter des services spécialisés (p. ex. services transculturels spécialisés) si nécessaire.

TABEAU 4

Travailler avec des interprètes

- S'assurer de la disponibilité d'un interprète accrédité¹.
- Toujours offrir la possibilité de faire appel à un interprète si la première langue du patient et/ou de la famille est différente de la langue maternelle du clinicien².
- Aborder cette possibilité avec le patient, en gardant à l'esprit les enjeux de confidentialité.
- Soigneusement expliquer le rôle de l'interprète.
- Rencontrer l'interprète avant et après la consultation et clarifier les objectifs de la consultation.
- Indiquer à l'interprète la pertinence de traduire le discours du patient sans en altérer la forme originale. Cela permettra d'évaluer les troubles de la pensée et de la parole qui peuvent être liés à la psychose.
- Traiter l'interprète comme un membre de l'équipe d'évaluation et écouter les commentaires qu'il peut avoir sur le comportement du patient dans le contexte de sa culture d'origine.

¹ Garder en tête que les membres de la famille (même s'ils sont bien intentionnés) ne sont pas des interprètes : différents facteurs liés à la proximité du patient (volonté d'aider, problèmes de stigmatisation/de honte, rôles au sein de la famille et relations abusives) peuvent interférer avec une traduction précise et mettre les membres de la famille dans des situations inconfortables ou dangereuses.

² Même si le patient parle couramment la langue dominante, la possibilité de parler sa langue maternelle sera probablement appréciée, même si elle est refusée. C'est un geste de respect qui devrait être employé chaque fois que possible.

TABLEAU 5
Vignettes cliniques

Vignette 1. Diagnostic différentiel Oumar, 19 ans, a quitté son pays d'Afrique, car il se sentait persécuté par son beau-père qui ne partageait pas ses croyances. Il décrit avoir eu très peur de lui après avoir changé de religion à l'adolescence, ce que son beau-père désapprouvait grandement. Il dit avoir reçu de mauvais traitements, il a eu très peur pour sa vie, c'est pourquoi il a fui. Il a traversé plusieurs pays et s'est caché dans un cargo. Il a été amené aux services frontaliers dès son arrivée au Canada, sans statut. Il a passé plusieurs mois en détention avant qu'on s'inquiète de sa santé mentale; on a d'abord cru qu'il mentait vu la désorganisation de son discours. Quelques mois plus tard, il a finalement obtenu le droit de rester au pays et il a été référé à la clinique PEP, après avoir transité dans un refuge pour itinérants. Omar croyait qu'en venant au Canada, il laisserait tous les problèmes derrière lui, mais sa situation à son arrivée au Canada a été très difficile pour lui. Il vit maintenant en appartement et est isolé socialement. Il rapporte voir et parler à une personne bienveillante depuis son jeune âge. Il explique qu'il n'est pas le seul dans son village à avoir une telle protection, c'est une chance. Depuis qu'il est au Canada, il parle davantage à cette personne qu'il est le seul à voir; sa présence est réconfortante. L'évaluation approfondie et le suivi permettront de clarifier la situation. En présence de complexité, il faut se laisser du temps avant de poser un diagnostic. L'histoire migratoire peut s'accompagner de traumatisme. Le trauma est un facteur de risque pour la psychose tandis que certains symptômes de stress post-traumatique peuvent s'apparenter à des symptômes psychotiques. Ce qui peut être décrit comme une expérience hallucinatoire, peut également faire partie d'un vécu normal, en accord avec la culture du patient et de sa communauté d'origine. Le début en très jeune âge, l'absence de difficulté fonctionnelle et le fait qu'une telle expérience est approuvée par sa culture et ne génère pas de détresse importante orientent moins vers un trouble psychotique primaire et plutôt vers un phénomène lié à sa culture.
Vignette 2. Adhésion au traitement Ying est une jeune femme de 27 ans suivie à la clinique depuis 2 ans. Elle cesse périodiquement sa médication contre l'avis du psychiatre qui pense désormais à faire une demande d'autorisation de soins, car les conséquences de ses rechutes sont majeures sur sa scolarisation, sa santé physique (elle cesse de manger) et la font beaucoup souffrir. Les motifs menant à ses arrêts échappent à l'équipe, car en entrevue, elle se montre toujours ouverte aux recommandations qui lui sont faites et elle semble y adhérer. C'est finalement lorsqu'une rencontre familiale a lieu avec la jeune et sa mère, avec l'aide d'une interprète, que tout s'éclaire. On découvre que Ying vit un conflit de loyauté entre les recommandations médicales et son allégeance à son père, avec qui l'équipe traitante n'a jamais eu de contact, qui insiste toujours pour qu'elle remplace la médication par un traitement traditionnel. Ying se retrouve coincée, ambivalente, entre ces deux pôles. Auparavant, lorsque les rencontres téléphoniques avaient lieu avec la mère, en français, celle-ci n'osait pas « dénoncer » le père. La présence de l'interprète a permis de mieux comprendre et de dénouer l'impasse.

Vignette 3. Dynamiques intergénérationnelles dans le cadre transculturel

Melha, 21 ans, s'identifie comme femme. Elle demeure toujours avec ses parents, très conservateurs, qui refusent d'envisager cette réalité. Pour son père, Rachid, elle sera toujours Moussa, son fils aîné. Une colère sourde existe donc entre les deux, surtout depuis sa disparition de l'été dernier : une hospitalisation cachée au père par la mère, Hajer, et la petite sœur, Louna. Lors de l'unique rencontre qui a eu lieu avec l'équipe, Louna a joué le rôle de l'interprète pour sa mère qui ne maîtrise pas bien le français. Compte tenu du grand malaise de Louna dans cette position, elle a « traduit » de façon à protéger sa mère, car celle-ci ne comprend pas les mœurs du Québec. La maman perçoit l'hospitalisation comme un grand malentendu : son fils n'a qu'à se concentrer sur ses études et cesser ses mauvaises fréquentations pour que tout aille mieux. Melha, elle, a trouvé refuge dans le soutien que lui offre son intervenante pivot. Avec elle, elle se sent comprise et acceptée, mais se sent aussi déchirée ayant l'impression de trahir ses parents qui lui ont tout donné. Elle sait qu'ils ont tout sacrifié pour elle et que ses choix les blessent. Le jour où son père la surprend avec du rouge à lèvres au retour d'une sortie, il lui crie dessus ; elle lui tient tête, encouragée par ses discussions avec son intervenante. Son père décide de la mettre à la porte et la renie. L'intervenante la dirige vers un hébergement d'urgence. Melha vit très difficilement la rupture d'avec sa famille qu'elle aime beaucoup malgré tout et se sent étrangère à ces femmes du centre d'hébergement qui ne partagent pas du tout les valeurs de son pays d'origine. C'est un piège que de s'allier au jeune adulte en faisant abstraction de la famille. Lorsque la famille est en plus grand décalage culturel avec l'équipe que le jeune, car les parents, au contraire du jeune maîtrisent peu ou pas la langue ou les codes du groupe majoritaire, la création d'une alliance avec eux peut en effet être plus ardue. L'équipe gagnera à investir le temps supplémentaire nécessaire à l'approche de ces parents, en s'alliant avec des interprètes linguistiques et même idéalement culturels.

Vignette 4. Enjeux structurels/hypothèses culturelles

Rudy est un jeune d'ascendance haïtienne, né à Montréal de parents immigrants. Son père est reparti s'établir aux États-Unis lorsqu'il était encore enfant, et il a grandi avec sa mère et ses tantes. Étudiant brillant, sportif de haut niveau et entouré d'un bon cercle d'amis, il a toujours été très proche de sa mère dont il fait la fierté. Lorsqu'il est hospitalisé pour un premier épisode de psychose, c'est un choc pour sa mère, elle n'a rien vu. Par la suite, elle fera tout ce qu'elle peut pour être la meilleure aidante qui soit : rencontres familiales, séances de psychoéducation pour les proches, groupe de soutien par les pairs. Après 6 mois, Rudy ne donne plus de nouvelles. La mère partage des inquiétudes puis se rétracte quand une ordonnance d'évaluation psychiatrique est abordée. L'équipe n'aura plus de nouvelles jusqu'à ce que Rudy soit amené par les policiers à l'urgence après avoir été trouvé sur la rue complètement désorganisé. L'équipe traitante ne comprend pas que la mère n'a pas contacté le 9-1-1 ou avisé l'équipe de la détérioration. Bien qu'elle fasse a priori confiance aux soignants, la mère craint énormément les forces policières, qu'elle perçoit comme dangereuses face à son fils. Combien de jeunes hommes noirs ont été malmenés, voire tués par des policiers en Amérique du Nord ? En Haïti, ils sont corrompus ; d'ailleurs là-bas, plusieurs médecins sont de connivence avec les politiciens qui maltraitent leurs opposants ; qu'en est-il ici ? Pour elle, il est hors de question de les appeler. Cette information, importante, n'a malheureusement pas été communiquée à l'équipe. Dans ce contexte, le fait d'avoir proposé à la mère cette hypothèse pour expliquer sa résistance apparente aurait pu permettre d'instaurer un climat de confiance où elle se serait sentie plus à l'aise d'exposer ses craintes et de les discuter avec les soignants.

Vignette 5. Immigration, religiosité et le processus lent de construction de la confiance

Goya est une femme de 28 ans, née à Sao Tomé-et-Principe et émigrée à 18 ans, qui vit seule avec son fils de 3 ans. Mis à part sa mère, avec qui Goya a un rapport à la fois distant et conflictuel, toute la famille vit à Sao Tomé-et-Principe. Depuis des années, Goya s’est convertie à l’église adventiste du septième jour, y étant un membre actif. Goya a commencé son suivi psychiatrique à la suite d’un changement de comportement remarqué par d’autres membres de son église qui l’ont amenée aux urgences. La présentation initiale était marquée par un discours et un comportement désorganisé, ainsi que par des anomalies de la perception (auditive, olfactive et somatique), des changements d’humeur et des sentiments de peur et d’angoisse. Après quelques jours d’hospitalisation, Goya avait retrouvé son calme et se maintenait plutôt réservée, refusant d’évoquer l’épisode l’ayant amenée à l’hôpital. Elle se méfiait des soignants, et confiait en privé qu’elle priait constamment pour demander la protection de Dieu contre des mauvaises personnes qui voulaient voler son enfant. Pendant son suivi ambulatoire, elle a toujours soutenu des idées de référence vagues et son discours était centré sur l’idée de devoir dédier sa vie à l’évangélisation. Elle n’avait pas de souvenir clair de l’évènement qui a précipité son hospitalisation, mais elle l’associait à un phénomène de sorcellerie et possession. L’aide du pasteur de son église a permis d’encadrer ses croyances spirituelles dans la normativité d’un vécu ardent de sa religiosité, encadré dans sa culture d’origine. L’intérêt montré en sa spiritualité a permis d’établir un rapport de confiance entre Goya et l’équipe soignante. Elle a pu partager un passé marqué par des abus physiques et des privations matérielles, le rôle de sa religiosité pour gérer l’isolement dans un nouveau pays et les phénomènes hallucinatoires qui perduraient depuis son enfance, ainsi qu’à la suite d’un épisode dépressif postpartum. À cette époque, Goya avait peur de ne pas être capable d’élever son enfant seule et craignait de perdre la garde de son fils. Elle a contacté à plusieurs reprises les services de santé, mais a systématiquement abandonné le suivi, se sentant mal comprise quant à son vécu de la religion, et contrainte à la prise des médicaments. Avant son hospitalisation, la crainte de pouvoir perdre son enfant a de nouveau fait surface suite à une nouvelle dépression. Elle a arrêté la prise de médicaments quelques mois après sa sortie de l’hôpital, mais maintient désormais son suivi et reste cliniquement stable.

Salomé Magalhães Xavier est bénéficiaire d’une bourse de doctorat de la Fondation pour la science et technologie [Fundação para a Ciência e Tecnologia], IP (FCT), Portugal (ref. SFRH/BD/143544/2019)

RÉFÉRENCES

Adelson, N. (2005). The embodiment of inequity: Health disparities in Aboriginal Canada. *Canadian journal of public health*, 96(2), S45-S61. <https://doi.org/10.1007/BF03403702>

Adeponle, A. B., Thombs, B. D., Groleau, D., Jarvis, E. et Kirmayer, L. J. (2012). Using the cultural formulation to resolve uncertainty in diagnoses of psychosis among ethnoculturally diverse patients. *Psychiatric Services*, 63(2), 147-153. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100280>

Aggarwal, N. K., Jarvis, G. E., Gomez-Carrillo, A., Kirmayer, L. J. et Lewis-Fernandez, R. (2020). The Cultural Formulation Interview since DSM-5: Prospects for trai-

- ning, research and clinical practice. *Transcultural Psychiatry*, 57(4), 496-514. <https://doi.org/10.1177%2F1363461520940481>
- Alegria, M., Atkins, M., Farmer, E., Slaton, E. et Stelk, W. (2010). One size does not fit all: taking diversity, culture and context seriously. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 37(1-2), 48-60. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0283-2>
- Allen, J., Balfour, R., Bell, R. et Marmot, M. (2014). Social determinants of mental health. *International review of psychiatry*, 26(4), 392-407. <https://doi.org/10.3109/09540261.2014.928270>
- Anderson, K. K., Fuhrer, R., Abrahamowicz, M. et Malla, A. K. (2012). The incidence of first-episode schizophrenia-spectrum psychosis in adolescents and young adults in Montreal: an estimate from an administrative claims database. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(10), 626-633. <https://doi.org/10.1177/070674371205701007>
- Anderson, K. K., Flora, N., Ferrari, M., Tuck, A., Archie, S., Kidd, S., Taryn, T., Kirmayer, L.J. et McKenzie, K. (2015). Pathways to first-episode care for psychosis in African-, Caribbean-, and European-origin groups in Ontario. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(5), 223-231. <https://doi.org/10.1177/070674371506000504>
- Anderson, I., Robson, B., Connolly, M., Al-Yaman, F., Bjertness, E., King, A., Tynan M., Madden R., Bang A., Coimbra Jr, C.E., Pesantes, M.A., Amigo, H., Andronov, S., Armien, B., Obando D.A., Axelsson P., Bhatti Z. S., Bhutta, Z.A., Bjerregaard, P... Yap, L. (2016). Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet—Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. *The Lancet*, 388(10040), 131-157. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00345-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00345-7)
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bäärnhielm, S., Åberg Wistedt, A. et Rosso, M. S. (2015). Revising psychiatric diagnostic categorisation of immigrant patients after using the Cultural Formulation in DSM-IV. *Transcultural psychiatry*, 52(3), 287-310.
- Balaratnasingam, S., Anderson, L., Janca, A. et Lee, J. (2015). Towards culturally appropriate assessment of Aboriginal and Torres Strait Islander social and emotional well-being. *Australasian Psychiatry*, 23(6), 626-629. <https://doi.org/10.1177/1039856215608283>
- Baker, S., Jackson, M., Jongsma, H. et Saville, C. W. N. (2020, July 10). A comprehensive systematic review and multilevel meta-analysis of the ethnic density effect in psychosis. <https://doi.org/10.31234/osf.io/jcxzw>
- Banks, M. (1996). *Ethnicity: Anthropological constructions*. Routledge.
- Bhui, K.S., J.A. Owiti, A. Palinski, M. Ascoli, B. De Jongh, J. Archer, P. Staples, N. Ahmed, and A. Ajaz. 2015. A Cultural Consultation Service in East London: Experiences and Outcomes from Implementation of an Innovative Service. *International Review of Psychiatry*, 27(1), 11-22.
- Bibeau, G. (1998). Tropismes québécois. Je me souviens dans l'oubli. *Anthropologie et Sociétés*, 19(3), 151-198.
- Boudarbat, B. et Connolly, M. (2013). Évolution de l'accès à l'emploi et des conditions de travail des immigrants au Québec, en Ontario et en Colombie-Britannique entre 2006 et 2012 (No. 2013s-28). CIRANO.

- Burgess, D., Fu, S. et van Ryan, M. (2004). Why do providers contribute to disparities and what can be done about it? *Journal of General Internal Medicine*, 19, 1154-1159. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.30227.x>
- Brascoupé, S. et Waters, C. (2009). Cultural safety exploring the applicability of the concept of cultural safety to aboriginal health and community wellness. *International Journal of Indigenous Health*, 5(2), 6-41. <https://doi.org/10.3138/ijih.v5i2.28981>
- Bouchard, G. et Taylor, C. (2008). *Building the future, a time for reconciliation: Report. Commission de consultation sur les pratiques d'accommodement reliées aux différences culturelles*. Québec. Gouvernement du Québec. 310 p. and 286 p.
- Caballero, L. (2008). Formulación cultural de casos psiquiátricos DSM-IV-TR [DSM-IV-TR cultural formulation of psychiatric cases]. In L. C. Martínez & R. Lewis-Fernández (Eds.), *Formulación y abordaje cultural de casos psiquiátricos* [Formulation and management of psychiatric cases] (p. 11-34). Madrid, Spain: Luzán.
- Cabral, R. R. et Smith, T. B. (2011). Racial/ethnic matching of clients and therapists in mental health services: a meta-analytic review of preferences, perceptions, and outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 58(4), 537. <https://doi.org/10.1037/a0025266>
- Chaze, F., Thomson, M. S., George, U. et Guruge, S. (2015). Role of cultural beliefs, religion, and spirituality in mental health and/or service utilization among immigrants in Canada: A scoping review. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 34(3), 87-101. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2015-015>
- Claxton, M., Onwumere, J. et Fornells-Ambrojo, M. (2017). Do family interventions improve outcomes in early psychosis? A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 8, 371. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00371>
- Corneau, S. et Stergiopoulos, V. (2012). More than being against it: Anti-racism and anti-oppression in mental health services. *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 261-282. <https://doi.org/10.1177/1363461512441594>
- Degnan, A., Baker, S., Edge, D., Nottidge, W., Noke, M., Husain, N., Rathod, S. et Drake, R. (2017). The nature and efficacy of culturally-adapted psychosocial interventions in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*. <https://doi.org/10.1017/S0033291717002264>
- Demarchi, C., Baune, B. T. et Clough, A. R. (2012). Detecting psychotic symptoms in Indigenous populations: A review of available assessment tools. *Schizophrenia research*, 139(1-3), 136-143. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.05.017>
- Eagleton, T. (2000). *The idea of culture*. Oxford, England: Blackwell.
- Edge, D., Degnan, A., Cotterill, S., Berry, K., Drake, R., Baker, J., et al. (2016). Culturally-adapted Family Intervention (CaFI) for African-Caribbeans diagnosed with schizophrenia and their families: A feasibility study protocol of implementation and acceptability. Pilot and Feasibility Studies, 2, 39.
- Edwards, L. M., Burkard, A. W., Adams, H. A. et Newcomb, S. A. (2017). A mixed-method study of psychologists' use of multicultural assessment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 48(2), 131.
- Ehmann T., Gilbert M., Hanson L. (2004). *Early Psychosis Intervention: A Framework for Strategic Planning*. Canadian Mental Health Association.

- Fearon, P. et Morgan, C. (2006). Environmental factors in schizophrenia: the role of migrant studies. *Schizophrenia bulletin*, 32(3), 405-408. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj076>
- Fernando, S. (2010). DSM-5 and the "Psychosis Risk Syndrome". *Psychosis*, 2(3), 196-198.
- Fernando, S. (2012). Race and culture issues in mental health and some thoughts on ethnic identity. *Counselling Psychology Quarterly*, 25(2), 113-123.
- Fredrickson, G. M. (2002). *Racism: A short history*. Princeton University Press.
- Gara, M. A., Minsky, S., Silverstein, S. M., Miskimen, T. et Strakowski, S. (2019). A naturalistic study of racial disparities in diagnoses at an outpatient behavioral health clinic. *Psychiatric Services*, 70(2), 130-134. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800223>
- Gendron, M., Roberson, D., van der Vyver, J. M. et Barrett, L. F. (2014). Perceptions of emotion from facial expressions are not culturally universal: evidence from a remote culture. *Emotion*, 14(2), 251. <https://doi.org/10.1037/a0036052>
- Golay, P., Baumann, P. S., Jatón, L., Restellini, R., Solida, A., Mebdouhi, N. et Conus, P. (2019). Migration in patients with early psychosis: A 3-year prospective follow-up study. *Psychiatry research*, 275, 108-114. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.03.021>
- Gone, J. P. et Kirmayer, L. J. (2020). Advancing Indigenous mental health research: Ethical, conceptual and methodological challenges. <https://doi.org/10.1177/2F1363461520923151>
- Gravlee, C. C. (2009). How race becomes biology: Embodiment of social inequality. *American Journal of Physical Anthropology*, 139(1), 47-57. <https://doi.org/10.1002/ajpa.20983>
- Griner, D. et Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health intervention: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 43(4), 531. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.4.531>
- Groen, S. P., Richters, A., Laban, C. J. et Devillé, W. L. (2017). Implementation of the Cultural Formulation through a newly developed Brief Cultural Interview: Pilot data from the Netherlands. *Transcultural Psychiatry*, 54(1), 3-22.
- Gynther, B., Charlson, F., Obrecht, K., Waller, M., Santomauro, D., Whiteford, H. et Hunter, E. (2019). The epidemiology of psychosis in Indigenous populations in Cape York and the Torres Strait. *EClinicalMedicine*, 10, 68-77. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2019.04.009>
- Hansen, H., Braslow, J. et Rohrbaugh, R. M. (2018). From cultural to structural competency—training psychiatry residents to act on social determinants of health and institutional racism. *JAMA psychiatry*, 75(2), 117-118. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.3894>
- Harlow, A. F. et Clough, A. (2014). A systematic review of evaluated suicide prevention programs targeting indigenous youth. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 35(5), 310. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000265>
- Hartmann, W. E., Wendt, D. C., Burrage, R. L., Pomerville, A. et Gone, J. P. (2019). American Indian historical trauma: Anticolonial prescriptions for healing, resi-

- lience, and survivance. *American Psychologist*, 74(1), 6. <https://doi.org/10.1037/amp0000326>
- Heslin, M., Lomas, B., Lappin, J. M., Donoghue, K., Reininghaus, U., Onyejiaka, A., Croudace T., Jones P. B., Murray R. M., Fearon P., Dazzan P., Morgan C. et Doody, G. A. (2015). Diagnostic change 10 years after a first episode of psychosis. *Psychological medicine*, 45(13), 2757-2769. <https://doi.org/10.1017/S0033291715000720>
- Hunter, E., Gynther, B., Anderson, C., Onnis, L. A., Groves, A. et Nelson, J. (2011). Psychosis and its correlates in a remote indigenous population. *Australasian Psychiatry*, 19(5), 434-438. <https://doi.org/10.3109/10398562.2011.583068>
- Indigenous Physicians Association of Canada et The Royal College of Physicians & Surgeons of Canada. (2009). Cultural safety in practice: A curriculum for family medicine residents and physicians. Ottawa, Ontario, Canada: IPAC-RCPSC Family Medicine Curriculum Development Working Group. <https://www.ipac-amac.ca/downloads/core-curriculum.pdf>
- Iyer, S. N., Malla, A., Taksal, A., Maraj, A., Mohan, G., Ramachandran, P., Margolese, H.C., Schmitz, H., Joobor, R. et Rangaswamy, T. (2020). Context and contact : a comparison of patient and family engagement with early intervention services for psychosis in India and Canada. *Psychological Medicine*, 1-10. <https://doi.org/10.1017/S0033291720003359>
- Jarvis, G.E., Kirmayer, L. J., Jarvis, G. K. et Whitley, R. (2005). The role of Afro-Canadian status in police or ambulance referral to emergency psychiatric services. *Psychiatric Services*, 56(6), 705-710. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.6.705>
- Jarvis, G. E. (2008). Changing psychiatric perception of African Americans with psychosis. *European Journal of American Culture*, 27(3), 227-252. https://doi.org/10.1386/ejac.27.3.227_1
- Jarvis, G. E., Iyer, S. N., Andermann, L. et Fung, K. P. (2020a). Culture and psychosis in clinical practice. In *A Clinical Introduction to Psychosis* (p. 85-112). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815012-2.00004-3>
- Jarvis, G. E., Kirmayer, L. J., Gomez-Carrillo, A., Aggarwal, N. K. et Lewis-Fernandez, R. (2020b). Update on the Cultural Formulation Interview. *Focus*, 18(1), 40-46.
- Jarvis GE, Larchanche S, Bennegadi R, Ascoli M, Bhui KS, Kirmayer LJ. (2020c). Cultural Consultation in Context: A Comparison of the Framing of Identity During Intake at Services in Montreal, London, and Paris. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 44(3):433-455.
- Jones, N., Kamens, S., Oluwoye, O., Mascayano, F., Perry, C., Manseau, M. et Compton, M. T. (2021). Structural Disadvantage and Culture, Race, and Ethnicity in Early Psychosis Services: International Provider Survey. *Psychiatric Services*, appi-ps. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000211>
- Jongsma, H. E., Gayer-Anderson, C., Tarricone, I., Velthorst, E., Van Der Ven, E., Quattrone, D., di Forti M., Menezes P.R., Del-Ben C.M., Arango C., Lasalvia A., Berardi D., La Cascia C., Bobes J., Bernardo M., Sanjuán J., Santos J.L., Arrojo M., de Haan L., ... Kirkbride, J. B. (2020). Social disadvantage, linguistic distance, ethnic minority status and first-episode psychosis: results from the EU-GEI case—control study. *Psychological medicine*, 1-13. <https://doi.org/10.1017/S003329172000029X>

- Judd, F., Fraser, C., Grigg, M., Scopelliti, J., Hodgins, G., Donoghue, A. et Humphreys, J. (2002). Rural psychiatry. *Disease Management & Health Outcomes*, 10(12), 771-781. <https://doi.org/10.2165/00115677-200210120-00004>
- King, M., Smith, A. et Gracey, M. (2009). Indigenous health part 2: the underlying causes of the health gap. *The Lancet*, 374(9683), 76-85. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60827-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60827-8)
- Kirmayer, L. J., Groleau, D., Guzder, J., Blake, C. et Jarvis, E. (2003). Cultural consultation: A model of mental health service for multicultural societies. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(3), 145-153.
- Kirmayer, L. J. (2005). Culture, context and experience in psychiatric diagnosis. *Psychopathology*, 38(4), 192-196. <https://doi.org/10.1159/000086090>
- Kirmayer, L. J. (2008). Empathy and alterity in cultural psychiatry. *Ethos*, 36(4), 457-474. <https://doi.org/10.1111/j.1548-1352.2008.00027.x>
- Kirmayer, L. J., Fletcher, C. et Watt, R. (2009). Locating the ecocentric self: Inuit concepts of mental health and illness. *Healing traditions: the mental health of Aboriginal peoples in Canada*. UBC Press, Vancouver, British Columbia, Canada, 289-314. https://www.researchgate.net/profile/Laurence-Kirmayer/publication/285757131_Locating_the_ecocentric_self_Inuit_concepts_of_mental_health_and_illness/links/56645d5f08ae418a786d4dc0/Locating-the-ecocentric-self-Inuit-concepts-of-mental-health-and-illness.pdf
- Kirmayer, L. J. (2012). Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 149e164. <https://doi.org/10.1177/02F1363461512444673>
- Kirmayer, L. J., Guzder, J. et Rousseau, C. (Eds.). (2013). *Cultural consultation: Encountering the other in mental health care*. Springer Science & Business Media.
- Kirmayer, L. J., Kronick, R. et Rousseau, C. (2018). Advocacy as key to structural competency in psychiatry. *JAMA psychiatry*, 75(2), 119-120. <https://doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.3897>
- Kleinman, A. (1987). Anthropology and psychiatry: The role of culture in cross-cultural research on illness. *The British Journal of Psychiatry*, 151(4), 447-454. <https://doi.org/10.1192/bjp.151.4.447>
- Kleinman, A. (1988a). *Rethinking psychiatry: From cultural category to personal experience*. The Free Press.
- Kleinman A. (1988b). *The illness narratives. Suffering, healing, and the human condition*. Basic Books.
- Kleinman, A., Das, V. et Lock, M. (Eds.). (1997). *Social suffering*. University of California Press.
- Koptie, S. (2009). Irihapeti Ramsden: The public narrative on cultural safety. *First Peoples Child & Family Review*, 4(2), 30-43. <https://doi.org/10.7202/1069328ar>
- Kymlicka, W. (1995). *Multicultural citizenship: A liberal theory of minority rights*. Clarendon Press.
- Larchanché S. (2015a). Clinical Medical Anthropology and Its Contribution to Integrating Cultural Diversity in Psychotherapy: the Experience of the Minkowska Center. Presented at the SFU Summer School, July 20, 2015.

- Landry, R. (2014). *Life in an official minority language in Canada*. Moncton, New Brunswick: Canadian Institute for Research on Linguistic Minorities. Retrieved from <https://www.icrml.ca/en/contact-us/download/133/8707/47>
- Lebihan, L., Takongmo, C. O. M. et McKellips, F. (2018). Health disparities for immigrants: Theory and evidence from Canada. *Review of Economics*, 69(3), 183-206. <https://doi.org/10.1515/roe-2017-0029>
- Lee, C., Marandola, G., Malla, A. et Iyer, S. (2016). Challenges in and recommendations for working with international students with first-episode psychosis: A descriptive case series. *International Journal of Migration, Health and Social Care*. <https://doi.org/10.1108/IJMHSC-07-2015-0025>
- Lock, M. et Gordon, D. (Eds.). (2012). *Biomedicine examined* (Vol. 13). Springer Science & Business Media.
- MacDonald, K., Ferrari, M., Fainman-Adelman, N. et Iyer, S. N. (2020). Experiences of pathways to mental health services for young people and their carers: a qualitative meta-synthesis review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 1-23. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01976-9>
- Maguire, J., Sizer, H., Mifsud, N. et O'Donoghue, B. (2020). Outcomes for migrants with a first episode of psychosis: A systematic review. *Schizophrenia research*. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.05.048>
- Maraj, A., Anderson, K. K., Flora, N., Ferrari, M., Archie, S., McKenzie, K. J. et ACE Project Team. (2017). Symptom profiles and explanatory models of first-episode psychosis in African-, Caribbean-and European-origin groups in Ontario. *Early intervention in psychiatry*, 11(2), 165-170.
- Maraj, A., Veru, F., Morrison, L., Joobar, R., Malla, A., Iyer, S. et Shah, J. (2018a). Disengagement in immigrant groups receiving services for a first episode of psychosis. *Schizophrenia research*, 193, 399-405. <https://doi.org/10.1111/eip.12272>
- Maraj, A., Iyer, S. N. et Shah, J. L. (2018b). Enhancing the engagement of immigrant and ethnocultural minority clients in Canadian early intervention services for psychosis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(11), 740-747. <https://doi.org/10.1177/2F0706743718773752>
- McCarthy, M. (2001). US mental-health system fails to serve minorities, says US Surgeon General. *The Lancet*, 358(9283), 733. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05940-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05940-2)
- McCormick, R. (2008). Aboriginal approaches to counselling. In L. J. Kirmayer & G. Valaskakis (Eds.), *Healing traditions: The mental health of Aboriginal peoples in Canada* (pp. 337-355). University of British Columbia Press
- McRoberts, K. (1988). *Quebec: Social change and political crisis*. McClelland and Stewart Limited.
- Mental Health Commission of Canada. (2012). *Changing directions, changing lives: The mental health strategy for Canada*. https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHStrategy_Strategy_ENG.pdf
- Metzl, J. M. (2009). *The protest psychosis: How schizophrenia became a black disease*. Beacon Press.
- McCallum, M. J. (2005). This last frontier: Isolation and aboriginal health. *Canadian Bulletin of Medical History*, 22(1), 103-120. <https://doi.org/10.3138/cbmh.22.1.103>

- Metzl, J. M. et Hansen, H. (2014). Structural competency: theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Social science & medicine*, 103, 126-133. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.06.032>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2019). *Cadre de référence: Programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques (Pipep)* <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001978/>
- Miklavcic, A. et LeBlanc, M. N. (2014). Culture brokers, clinically applied ethnography, and cultural mediation. In L. J. Kirmayer, J. Guzder et C. Rousseau (Eds.), *Cultural consultation: Encountering the other in mental health care* (p. 115-137). New York: Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7615-3_6
- Morgan, C., Kirkbride, J., Leff, J., Craig, T., Hutchinson, G., McKenzie, K., Hutchinson, G., McKenzie K., Morgan, K., Dazzan, P., Doody, G.A., Jones, P., Murray, R. et Fearon, P. (2007). Parental separation, loss and psychosis in different ethnic groups: a case-control study. *Psychological medicine*, 37(4), 495-504. <https://doi.org/10.1017/S0033291706009330>
- Morgan, C., Charalambides, M., Hutchinson, G. et Murray, R. M. (2010). Migration, ethnicity, and psychosis: toward a sociodevelopmental model. *Schizophrenia bulletin*, 36(4), 655-664. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbq051>
- Morgan, C., Fearon, P., Lappin, J., Heslin, M., Donoghue, K., Lomas, B., Reininghaus U., Onyejiaka A., Croudace T., Jones P.B., Murray R.M., Doody G.A. et Dazzan, P. (2017). Ethnicity and long-term course and outcome of psychotic disorders in a UK sample: the AESOP-10 study. *The British Journal of Psychiatry*, 211(2), 88-94. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.193342>
- Morgan, C., Knowles, G. et Hutchinson, G. (2019). Migration, ethnicity and psychoses: evidence, models and future directions. *World Psychiatry*, 18(3), 247-258. <https://doi.org/10.1002/wps.20655>
- Myers, N. (2019). Beyond the “Crazy House”: Mental/Moral Breakdowns and Moral Agency in First-Episode Psychosis. *Ethos*, 47(1), 13-34. <https://doi.org/10.1111/etho.12225>
- Nagy, G. A., LeMaire, K., Miller, M. L., Howard, M., Wyatt, K. et Zerubavel, N. (2019). Development and implementation of a multicultural consultation service within an academic medical center. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(4), 656-675.
- Nelson, S. E. et Wilson, K. (2017). The mental health of Indigenous peoples in Canada: A critical review of research. *Social Science & Medicine*, 176, 93-112. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.01.021>
- Nielsen, S. S. et Krasnik, A. (2010). Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review. *International journal of public health*, 55(5), 357-371. <https://doi.org/10.1007/s00038-010-0145-4>
- OnTrackNY. (2018). *Delivering culturally competent care in FEP manual*. Retrieved from NYSP OnTrack Manual Template (nyculturalcompetence.org)
- Ouellet-Plamondon, C., Rousseau, C., Nicole, L. et Abdel-Baki, A. (2015). Engaging immigrants in early psychosis treatment: a clinical challenge. *Psychiatric Services*, 66(7), 757-759. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300284>

- Orygen. (2016a). *Clinical practice in early psychosis. Working with cultural diversity in early psychosis*. <https://www.orygen.org.au/Training/Resources/Psychosis/Clinical-practice-points/Working-with-cultural-diversity-in-early-psychosis/Working-with-cultural-diversity-in-early-psychosis?ext>
- Orygen. (2016b). *Australian clinical guidelines for early psychosis*. <https://www.orygen.org.au/Campus/Expert-Network/Resources/Free/Clinical-Practice/Australian-Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis/Australian-Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis.aspx?ext>
- Pearce, J., Rafiq, S., Simpson, J. et Varese, F. (2019). Perceived discrimination and psychosis: a systematic review of the literature. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 54(9), 1023-1044. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01729-3>
- Pope, M. A., Jordan, G., Venkataraman, S., Malla, A. K. et Iyer, S. N. (2019). "Everyone has a role": perspectives of service users with first-episode psychosis, family caregivers, treatment providers, and policymakers on responsibility for supporting individuals with mental health problems. *Qualitative health research*, 29(9), 1299-1312. <https://doi.org/10.1177%2F1049732318812422>
- Qureshi, A., Collazos, F., Ramos, M. et Casas, M. (2008). Cultural competency training in psychiatry. *European psychiatry*, 23, 49-58.
- Reininghaus, U., Craig, T. K., Fisher, H. L., Hutchinson, G., Fearon, P., Morgan, K., Dazzan, P., Doody, G.A., Jones, P.B., Murray, R.M. et Morgan, C. (2010). Ethnic identity, perceptions of disadvantage, and psychosis: findings from the AESOP study. *Schizophrenia Research*, 124(1-3), 43-48. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.08.038>
- Rosen, C., Jones, N., Longden, E., Chase, K. A., Shattell, M., Melbourne, J. K., Keedy, S. et Sharma, R. P. (2017). Exploring the intersections of trauma, structural adversity, and psychosis among a primarily African-American sample: a mixed-methods analysis. *Frontiers in psychiatry*, 8, 57. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00057>
- Rousseau, C., Key, F. et Measham, T. (2005). The work of culture in the treatment of psychosis in migrant adolescents. *Clinical child psychology and psychiatry*, 10(3), 305-317. <https://doi.org/10.1177%2F1359104505053751>
- Rousseau, C., Johnson-Lafleur, J., Papazian-Zohrabian, G. et Measham, T. (2020). Interdisciplinary case discussions as a training modality to teach cultural formulation in child mental health. *Transcultural psychiatry*, 57(4), 581-593.
- Rotenberg, M., Tuck, A., Ptashny, R. et McKenzie, K. (2017). The role of ethnicity in pathways to emergency psychiatric services for clients with psychosis. *BMC psychiatry*, 17(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1285-3>
- Savin, D. et Martinez, R. (2006). Cross-cultural boundary dilemmas: a graded-risk assessment approach. *Transcultural psychiatry*, 43(2), 243-258. <https://doi.org/10.1177%2F1363461506064853>
- Schwartz, E. K., Docherty, N. M., Najolia, G. M. et Cohen, A. S. (2019). Exploring the racial diagnostic bias of schizophrenia using behavioral and clinical-based measures. *Journal of abnormal psychology*, 128(3), 263. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/abn0000409>
- Selten, J. P., Van Der Ven, E. et Termorshuizen, F. (2020). Migration and psychosis: a meta-analysis of incidence studies. *Psychological medicine*, 50(2), 303-313. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000035>

- Smith, G. N., Boydell, J., Murray, R. M., Flynn, S., McKay, K., Sherwood, M. et Honer, W. G. (2006). The incidence of schizophrenia in European immigrants to Canada. *Schizophrenia research*, 87(1-3), 205-211. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.06.024>
- Stasiulis, E., Gibson, B. E., Webster, F. et Boydell, K. M. (2020). Resisting governance and the production of trust in early psychosis intervention. *Social Science & Medicine*, 253, 112948. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112948>
- Statistics Canada. (2016a). *Immigration and ethnocultural diversity: Key results from the 2016 Census*. Retrieved from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/171025/dq171025b-eng.htm?indid=14428-1&indgeo=0>
- Statistics Canada. (2016b). *150 years of immigration in Canada*. Retrieved from <https://www.statcan.gc.ca/pub/11-630-x/11-630-x2016006-eng.htm>.
- Statistics Canada. (2016c). *Statistics on Indigenous peoples*. Retrieved from https://www.statcan.gc.ca/en/subjects-start/indigenous_peoples
- Statistics Canada (2020). Table 37-10-0086-01 Postsecondary enrolments, by status of student in Canada, country of citizenship and gender. <https://doi.org/10.25318/3710008601-eng>
- Stevens, L. H., Spencer, H. M. et Turkington, D. (2017). Identifying Four Subgroups of Trauma in psychosis: Vulnerability, psychopathology, and Treatment. *Frontiers in psychiatry*, 8, 21. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00021>
- Sue, S. (2006). Cultural competency: From philosophy to research and practice. *Journal of community Psychology*, 34(2), 237-245. <https://doi.org/10.1002/jcop.20095>
- Tarricone, I., D'Andrea, G., Jongsma, H. E., Tosato, S., Gayer-Anderson, C., Stilo, S. A., Suprani F., Iyegbe C., van der Ven E., Quattrone D., di Forti, M., Velthorst E., Menezes P.R., Arango C., Parellada, M., Lasalvia A., La Cascia C., Ferraro L., Bobes J., ... Morgan, C. (2021). Migration history and risk of psychosis: results from the multinational EU-GEI study. *Psychological Medicine*, 1-13. <https://doi.org/10.1017/S003329172000495X>
- Tapsell, R., Hallett, C. et Mellsop, G. (2018). The rate of mental health service use in New Zealand as analysed by ethnicity. *Australasian Psychiatry*, 26(3), 290-293. <https://doi.org/10.1177%2F1039856217715989>
- Tervalon, M. et Murray-Garcia, J. (1998). 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*, 9(2), 117-125. <https://doi.org/10.1353/hpu.2010.0233>
- Thomson, M. S., Chaze, F., George, U. et Guruge, S. (2015). Improving immigrant populations' access to mental health services in Canada: a review of barriers and recommendations. *Journal of immigrant and minority health*, 17(6), 1895-1905. <https://doi.org/10.1007/s10903-015-0175-3>
- Van Der Ven, E., Bourque, F., Joobor, R., Selten, J. P. et Malla, A. K. (2012). Comparing the clinical presentation of first-episode psychosis across different migrant and ethnic minority groups in Montreal, Quebec. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(5), 300-308. <https://doi.org/10.1177%2F070674371205700505>
- Veling, W., Selten, J. P., Mackenbach, J. P. et Hoek, H. W. (2007). Symptoms at first contact for psychotic disorder: comparison between native Dutch and ethnic

- minorities. *Schizophrenia Research*, 95(1-3), 30-38. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.06.024>
- Veling, W., Hoek, H. W., Wiersma, D. et Mackenbach, J. P. (2010). Ethnic identity and the risk of schizophrenia in ethnic minorities: a case-control study. *Schizophrenia bulletin*, 36(6), 1149-1156. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp032>
- Veling, W., Pot-Kolder, R., Counotte, J., van Os, J. et van der Gaag, M. (2016). Environmental social stress, paranoia and psychosis liability: a virtual reality study. *Schizophrenia bulletin*, 42(6), 1363-1371. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw031>
- Weinfeld, M. (1999). The Challenge of Ethnic Match: Minority Origin Professionals in. *Ethnicity, politics, and public policy: Case studies in Canadian diversity*, 117.
- Whitley, R., Kirmayer, L. J. et Groleau, D. (2006). Understanding immigrants' reluctance to use mental health services: a qualitative study from Montreal. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 5 <https://doi.org/10.1177%2F070674370605100401>
- Whitley, R. et Drake, R. E. (2010). Recovery: a dimensional approach. *Psychiatric services*, 61(12), 1248-1250. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.12.1248>
- Whitley, R. (2016). Ethno-racial variation in recovery from severe mental illness: a qualitative comparison. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(6), 340-347. <https://doi.org/10.1177%2F0706743716643740>
- Williams, R. (1999). Cultural safety. *Australia and New Zealand Journal of Public Health*, 23(2), 213-214. <https://doi.org/10.1111/j.1467-842X.1999.tb01240.x>
- Zandi, T., Havenaar, J. M., Limburg-Okken, A. G., Van Es, H., Sidali, S., Kadri, N., et al. (2008). The need for culture sensitive diagnostic procedures. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(3), 244-250. (See PDF)
- Zandi, T., Havenaar, J. M., Smits, M., Limburg-Okken, A. G., Van Es, H., Cahn, W., Algra, A., Kahn, R. S. et Van Den Brink, W. (2010). First contact incidence of psychotic disorders among native Dutch and Moroccan immigrants in the Netherlands: influence of diagnostic bias. *Schizophrenia Research*, 119(1-3), 27-33. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.02.1059>
- Zandi, T., Havenaar, J. M., Laan, W., Kahn, R. S. et van den Brink, W. (2016). Effects of a culturally sensitive assessment on symptom profiles in native Dutch and Moroccan patients with a first psychosis referral. *Transcultural Psychiatry*, 53(1), 45-59. <https://doi.org/10.1177%2F1363461515577288>