

La grille transculturelle de la Clinique pédiatrique transculturelle de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont comme outil d'évaluation

Béatrice Chenouard, Catherine Smith, Tinh Nhan Luong, Frantz Raphaël and Ariane Boyer

Number 156, 2023

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1097413ar>
DOI: <https://doi.org/10.7202/1097413ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ)

ISSN

2564-2375 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Chenouard, B., Smith, C., Luong, T. N., Raphaël, F. & Boyer, A. (2023). La grille transculturelle de la Clinique pédiatrique transculturelle de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont comme outil d'évaluation. *Intervention*, (156), 141–154. <https://doi.org/10.7202/1097413ar>

Article abstract

Professionals working at the Pediatric Transcultural Clinic at Maisonneuve-Rosemont Hospital have been using a specific tool for twenty years when working with Montreal's culturally diverse population: the transcultural evaluation grid. The development of this tool is based on several theoretical and methodological aspects of ethno-psychiatry. It can be used for social workers to help identify and consider the impacts of migration journeys and changes in cultural references in order to better understand patients' difficulties. It also emphasizes the importance of patients' interpretation of their problems according to their beliefs, and personal and cultural points of view. Wider distribution of this tool could enrich social workers' evaluation of patients from culturally diverse backgrounds.

© Béatrice Chenouard, Catherine Smith, Tinh Nhan Luong, Frantz Raphaël et Ariane Boyer, 2023



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

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

La grille transculturelle de la Clinique pédiatrique transculturelle de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont comme outil d'évaluation

Béatrice Chenouard, T.S., Psychothérapeute, Programme Santé Mentale Jeunesse, CLSC St Michel

Catherine Smith, Psychologue, Clinique externe de pédiatrie, Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Tinh Nhan Luong, Pédiatre, Département de pédiatrie, Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Frantz Raphaël, Médecin ethno thérapeute retraité

Ariane Boyer, Psychologue, Clinique externe de pédopsychiatrie, Hôpital Maisonneuve-Rosemont

RÉSUMÉ :

La diversité culturelle de la population montréalaise a amené les professionnels de la Clinique pédiatrique transculturelle de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont à inscrire un outil de travail expérimenté depuis une vingtaine d'années dans leur méthodologie d'évaluation. L'élaboration de cette grille d'évaluation transculturelle s'appuie sur plusieurs fondements théoriques et méthodologiques de l'ethnopsychiatrie. Elle constitue un guide pour aider l'intervenant à identifier et à tenir compte des éléments du parcours migratoire et des impacts du changement dans les repères culturels. Elle permet aussi d'accorder une place au sens donné par l'usager à ses difficultés selon ses croyances, son point de vue personnel et culturel. La diffusion plus large de cette grille pourrait enrichir l'évaluation du fonctionnement social des travailleurs sociaux auprès des personnes issues de la diversité ethnoculturelle en accordant une plus grande place aux éléments culturels et migratoires.

141

MOTS-CLÉS :

Santé mentale, ethnopsychiatrie, diversité culturelle, parcours migratoire, repères culturels, croyances, évaluation du fonctionnement social, approche transculturelle

INTRODUCTION

Au Québec comme au Canada, l'arrivée de nouveaux immigrants provenant de différents pays et cultures crée une population de plus en plus diversifiée. Le recensement de 2021 montre que 23 % de la population canadienne est issue de l'immigration et que celle-ci constitue le principal moteur de la croissance démographique au pays (Statistique Canada, 2022). De plus, 31,5 % des jeunes de moins de 15 ans nés au Canada ont au moins un parent né à l'étranger (Statistique Canada, 2022). Au Québec, Montréal est la ville recensant la proportion la plus élevée d'immigrants, avec 24,3 % de sa population en 2021.

Une fois au pays d'accueil, certains de ces immigrants font face à plusieurs obstacles : isolement social, pauvreté, barrière de langue, sentiment d'incompréhension et de non-appartenance à la société d'accueil. D'autres arrivent marqués par un parcours migratoire traumatique. Du fait de la distance

qui existe entre la culture de ces familles et celle du pays d'accueil, la migration peut entraîner des bouleversements qui perturbent leur équilibre personnel ou familial (Vatz Laaroussi, 2019).

Le travail psychosocial auprès de ces familles immigrantes présume une certaine sensibilité et compétence culturelle dont font preuve les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux à Montréal. Néanmoins, les difficultés rencontrées par les professionnels auprès de cette population sont réelles. Un rapport réalisé par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) fait part en effet d'une appréciation moins favorable des services de santé par les personnes issues de la multiethnicité considérant les intervenants plus ou moins bien outillés pour agir en contexte interculturel. Ces derniers auraient, par ailleurs, tendance à penser que c'est aux usagers de s'adapter aux façons de faire et de penser du Québec (INSPQ, 2015). Différentes études montrent que la population immigrante a moins recours aux services d'aide à cause de la barrière linguistique et culturelle (Arsenault, 2019; Kirmayer, 2007). La distance culturelle manifeste entre les familles venues d'ailleurs et les pratiques classiques occidentales rend plus difficile l'alliance thérapeutique (Mc Mahon et al., 2020). Aussi, le rapport de la commission Laurent (2021) a souligné que les enfants noirs sont surreprésentés en protection de la jeunesse, et que différentes barrières linguistiques, culturelles et socio-économiques empêchent les familles immigrantes de tirer profit pleinement des services publics. Il est noté que la mécompréhension des parcours migratoires et des traumatismes peut engendrer des signalements inopportuns par le milieu scolaire. Des recommandations ont été émises pour éviter ces pratiques ayant un effet discriminatoire et pour adapter davantage les services à la diversité par le renforcement des compétences interculturelles des intervenants, tant en milieu scolaire que dans le réseau de la santé et de services sociaux.

En ce qui concerne le besoin de formation, plusieurs auteurs soutiennent que la formation interculturelle doit contribuer à développer ou à accroître des attitudes conduisant à reconnaître et à prendre en compte l'identité et l'histoire personnelle de l'utilisateur, mais aussi à prendre conscience de soi et de ses propres biais, valeurs et préconceptions (Bassey, 2013; Kirmayer, 2012; Rogers et O'Bryon, 2014).

Selon le rapport de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ, 2015) sur la formation interculturelle dans le réseau de la santé et des services sociaux, les intervenants plus expérimentés et sensibilisés au phénomène de l'immigration souhaitent avoir accès à des formations moins générales et plus étroitement liées à leurs pratiques d'intervention.

Lors des demandes de consultation des intervenants à la Clinique pédiatrique transculturelle, nous constatons leur besoin d'outils concrets favorisant une démarche réflexive pour aborder avec les familles les éléments migratoires et culturels, ainsi que les croyances. C'est ce qui a motivé notre équipe à présenter la grille transculturelle en tant qu'outil de travail, expérimenté depuis une vingtaine d'années, dans sa méthodologie d'évaluation et d'intervention auprès d'une population montréalaise plurielle.

L'objectif du présent article est d'exposer l'apport possible de la grille transculturelle dans la démarche d'analyse et de compréhension des situations par les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux et notamment par les travailleurs sociaux dans leur rôle d'évaluation du fonctionnement social. Nous décrirons le contexte d'utilisation de la grille dans le cadre des consultations à la Clinique pédiatrique transculturelle, puis nous nous arrêterons sur son élaboration, qui s'appuie sur l'approche ethnopsychiatrique. Dans la perspective de favoriser son utilisation pratique par les intervenants dans leur rôle d'évaluation des situations familiales rencontrées, le contenu de la grille transculturelle sera détaillé au travers de quatre volets : migration, culture, croyances et santé mentale. Nous terminerons par une analyse critique des apports et des limites de cette grille.

1. Contexte d'utilisation de la grille transculturelle

Rappelons d'abord que la Clinique pédiatrique transculturelle, fondée en 1999 à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, est née de la préoccupation d'un pédiatre, Dr Selim Rashed, qui souhaitait instaurer un nouveau cadre thérapeutique capable de répondre aux besoins des familles immigrantes dont les vécus migratoires sont complexes ou qui utilisent des étiologies traditionnelles pour donner sens à la pathologie de leur enfant. La clinique s'adresse à la fois aux intervenants et aux familles immigrantes. Ces intervenants sont le plus souvent des travailleurs sociaux, des psychoéducateurs, des psychologues, des éducateurs spécialisés ou des médecins. Ils œuvrent en CLSC dans différents programmes jeunesse, en milieu scolaire, en milieu hospitalier, pour les services de la protection de la jeunesse ou encore dans des organismes communautaires s'adressant à une population réfugiée ou issue de la diversité culturelle.

Dans notre contexte d'intervention des programmes jeunesse, ce sont généralement les difficultés chez les enfants et les jeunes avec des symptômes de santé mentale qui amènent la famille à consulter.

La démarche de référence d'une famille à la Clinique pédiatrique transculturelle commence toujours par une consultation avec l'intervenant en l'absence de la famille concernée. Celle-ci est mise au courant par son intervenant de la discussion avec l'équipe multidisciplinaire et multiethnique de la clinique, visant à dégager de nouvelles pistes d'intervention et à évaluer la pertinence d'une intervention familiale à l'aide du dispositif thérapeutique groupal¹ qu'offre la clinique.

L'intervenant précise les difficultés vécues par les membres de la famille dans un contexte migratoire et d'adaptation culturelle. Il décrit ce qu'il connaît de leur parcours. Il expose aussi les entraves rencontrées dans son intervention, ses questionnements ou incompréhensions culturelles éventuelles. La clinique a pour mission de soutenir les intervenants lorsqu'ils sont confrontés aux différences culturelles et à la complexité des situations migratoires. Dans le contexte de la consultation, la grille transculturelle est alors utilisée pour la collecte de données sur les dimensions relatives au parcours migratoire, les éléments culturels et les croyances de la famille. Elle constitue un guide pour comprendre la situation sous ces différents angles. Elle vise à prendre du recul, à aider les intervenants à se décentrer de leur propre lunette culturelle, et à dégager des pistes pour compléter l'évaluation et envisager les futures interventions. C'est à partir des données sur les quatre volets de la grille transculturelle que l'équipe de consultation va asseoir son analyse en collaboration avec les référents et leur faire des propositions pour la suite de la prise en charge ou pour l'intervention à venir par le dispositif thérapeutique transculturel (Chenouard, 2019).

143

2. Construction de la grille transculturelle

Historiquement, c'est en 1998 que la grille d'évaluation Legendre-Raphaël a émergé des travaux de l'équipe de la Clinique transculturelle de l'Hôpital Jean-Talon à Montréal, dans une volonté d'adapter les services aux besoins de la population immigrante provenant de sociétés parfois éloignées de la culture occidentale et/ou marquée par un parcours migratoire traumatique (Legendre et Raphaël, 2002).

1 Selon le modèle d'intervention ethnopsychiatrique, le groupe familial est rencontré au sein du dispositif thérapeutique groupal composé d'une équipe multiethnique et multidisciplinaire (pédiatre, psychologue, travailleuse sociale), des intervenants référents et d'un interprète médiateur culturel.

Pour renforcer l'utilisation pratique de la grille, l'équipe de la Clinique pédiatrique transculturelle de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont a élaboré une nouvelle version en 2020, en développant chacun des quatre volets présents : migration, culture, croyances et santé mentale.

La création de la grille a été influencée par les écrits des pionniers dans le domaine transculturel en France, notamment ceux de Tobie Nathan, psychologue, et de Marie-Rose Moro, pédopsychiatre. Les nombreuses publications de ces auteurs et leurs déplacements au Québec pour former certains professionnels ont contribué en effet à inscrire une dimension transculturelle notamment dans les soins psychiatriques à l'Hôpital Jean-Talon et les soins pédiatriques à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

En élaborant cette grille, l'équipe a souhaité mettre en évidence la rigueur méthodologique du complémentarisme de Georges Devereux, fondateur de l'ethnopsychiatrie. Le complémentarisme implique une double vision ou un double discours pour la compréhension d'une situation (Devereux, 1970). Cette méthode se base sur le principe que culture et psychisme sont interdépendants pour comprendre le comportement humain et que le psychisme d'une personne est marqué par la culture dans laquelle elle a grandi (Moro, 2006).

L'approche transculturelle sur laquelle se base le modèle d'évaluation et d'intervention de la clinique suppose donc une double lecture individuelle (ou psychologique) et anthropologique d'une situation (Devereux, 1970). Elle met en lumière des éléments historiques, anthropologiques, sociaux, médicaux ou psychologiques qui favorisent une analyse approfondie des impacts du vécu migratoire. La culture est utilisée comme levier dans le travail thérapeutique en permettant notamment de dénouer les nœuds en lien avec des étiologies traditionnelles ignorées par la médecine occidentale (Moro, 2006). L'approche transculturelle est particulièrement appropriée pour les personnes et les familles aux prises avec des problèmes de santé mentale (Rachédi et Taïbi, 2019). Elle permet en fait aux immigrants d'exprimer leurs difficultés et leurs troubles sans se couper de leurs croyances, de leurs coutumes et de leur histoire (Mestre, 2006).

144

Avec l'approche transculturelle, les intervenants des différentes disciplines doivent ainsi apprendre à travailler avec plusieurs lectures, et à établir les interactions nécessaires entre elles (Moro, 2006). Les éléments culturels ou migratoires peuvent ainsi donner sens à des problèmes de santé mentale. Des croyances peuvent aussi apporter une interprétation différente de la lecture occidentale et permettre aux familles d'exprimer davantage leur perspective. Aussi, l'intervenant prendra le temps de sonder la perception de l'utilisateur et de l'amener à bien lui expliquer sa vision de la situation. Le sens apporté par la famille est en effet toujours ce qui prédomine lors des interventions basées sur l'approche transculturelle (Chenouard, 2019). Cette plus grande place accordée au sens que la famille donne à ses difficultés va aussi dans le sens de rapports plus égalitaires dans la relation clinique entre la famille et l'intervenant.

Il est important de préciser que le contenu de la grille est le produit de ce que les familles immigrantes rapportent à la clinique, de leur parcours migratoire et de leur vécu personnel et familial.

3. Présentation de la grille transculturelle

La grille est constituée de repères pour mieux comprendre l'expérience singulière des usagers. Elle se présente sous forme de thèmes pour chacun des volets qui sont abordés par l'intervenant avec la famille au cours d'une ou plusieurs rencontres dans le contexte de son évaluation. Le parcours migratoire, les éléments culturels, les croyances et enfin le volet de la santé mentale constituent les quatre volets considérés. L'objectif de cette exploration est d'identifier les éléments de stress, de mieux saisir les enjeux culturels auxquels la famille fait face, de comprendre le sens qu'elle donne à ses difficultés et de faire le lien avec les problématiques de santé mentale qui ont été rapportées.

Grille transculturelle

Outil pour guider l'analyse des intervenants développé par l'équipe de la Clinique pédiatrique transculturelle de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Parcours migratoire



Au pays d'origine

- D'où proviennent les membres de la famille ? Dans quel milieu vivaient-ils ? (ex: rural ou urbain)
- Dans quelles conditions vivaient-ils ?
- Qu'ont-ils vécu ? (catastrophe naturelle, guerre, violence, traumatisme, conflit ethnique, torture, deuil, discrimination, séparation d'êtres chers, etc.)
- Quel était le projet migratoire ?

Durant la migration

- Par quels pays sont-ils passés avant d'arriver ici ? Ont-ils vécu des migrations internes dans le pays d'origine ?
- Dans quelles circonstances s'est déroulé le trajet migratoire ? (ex: durée, mode de transport, camp de réfugiés, passage clandestin, traumatisme, séparation, conditions périlleuses, etc.)

Depuis l'arrivée au pays d'accueil

- Quel est leur statut migratoire ?
- Dans quelles conditions socioéconomiques vivent-ils ici ? (reconnaissance de diplôme, emploi, déclassé social, analphabétisme, francisation, logement, etc.)
- Comment se sont déroulées leur adaptation et intégration ? (choc culturel, idéalisation du pays d'accueil, réseau social ou familial, perception de discrimination ou de racisme, etc.)

Éléments culturels



- Quels sont les rapports de filiation : qui sont les membres de la famille immédiate et élargie et quelle est la nature des relations ?
- Quels sont les changements dans les repères culturels de la famille ? (ex: relation homme-femme, autorité parentale, méthode d'éducation et de discipline, rapport avec l'école, les obligations et interdits sociaux et familiaux)
- Comment les parents assument-ils leur rôle parental en contexte migratoire ?
- Existe-t-il un fossé culturel entre les enfants et les parents, y a-t-il des chocs culturels intrafamiliaux ou des conflits intergénérationnels ?
- Existe-t-il des enjeux de métissage culturel ?
- Les parents sont-ils de la même origine ethnoculturelle ?
- Quelle(s) langue(s) parlent les membres de la famille ? Y a-t-il une barrière linguistique intrafamiliale et/ou avec la société d'accueil ?
- Quel sentiment d'appartenance les enfants ont-ils envers leur famille, leur communauté ethnoculturelle et québécoise, leur milieu scolaire, leur groupe de pairs, etc. ? Sont-ils en quête d'affiliation et à risque de s'affilier à des groupes marginalisés ou déviants (enfant exposé) ?
- Comment se fait la transmission culturelle au sein de la famille ?

145

Croyances et traditions



- Quel est le sens donné par les membres de la famille quant aux difficultés de l'enfant ?
- Ont-ils des croyances traditionnelles concernant les causes de ces difficultés ?
- Ont-ils recours à des pratiques ou des remèdes traditionnels ?
- Ont-ils été élevés dans une religion ? Pratiquent-ils cette religion ?
- Vont-ils chercher du soutien dans la spiritualité ou auprès d'une communauté religieuse ?
- Quel est le rapport avec les ancêtres en ce qui a trait au lien avec l'invisible ?
- Les croyances sont-elles source de conflits dans la famille ?

Santé mentale



- Symptômes liés à la santé mentale pour chacun des membres de la famille.

La formation *L'évaluation en contexte de diversité culturelle à l'aide de la grille transculturelle* est requise pour utiliser cet outil.

3.1. Premier volet : le parcours migratoire

Nous aborderons le parcours migratoire au travers de trois grandes étapes : le contexte prémigratoire, le trajet migratoire et l'arrivée au pays d'accueil.

Contexte prémigratoire : connaître ce que la famille a vécu avant la migration aura pour objectif d'identifier les causes pouvant être liées aux difficultés actuelles de la famille. En premier lieu, toute migration s'inscrit dans une histoire et un projet. Les impacts d'une migration planifiée et souhaitée seront différents de ceux d'une migration forcée et parfois soudaine (Rachédi et Taibi, 2019). Il ne faut toutefois pas négliger le fait que, même volontaire, une migration s'accompagne souvent d'ambivalence et peut être vécue différemment par les membres d'une même famille (Vatz-Laaroussi, 2019). Le contexte dans lequel vivait la famille au pays d'origine (statut socio-économique, emploi, soutien familial, etc.) et les événements vécus (guerre, catastrophe naturelle, violence, séparation d'êtres chers, traumatismes) peuvent exacerber les difficultés d'adaptation au pays d'accueil ou au contraire s'avérer être des éléments protecteurs (Vatz-Laaroussi, 2019). L'origine rurale ou urbaine de la famille nous communique des informations sur le mode de vie passé, l'accès à la scolarisation et la distance plus ou moins grande avec la culture d'accueil.

Trajet migratoire : il est important que l'intervenant se penche avec la famille sur cette étape du parcours. Cela permettra de découvrir d'éventuels traumatismes issus du trajet migratoire qui n'auraient pas été abordés d'emblée, comme les violences vécues aux mains de passeurs clandestins ou dans un camp de réfugiés, par exemple. Nous observons à la Clinique pédiatrique transculturelle que le fait de verbaliser l'histoire du trajet migratoire peut favoriser un ancrage au pays d'accueil alors que la famille prend le temps de s'arrêter sur son vécu et d'intégrer son cheminement. Une recherche-action menée dans des écoles québécoises a d'ailleurs fait ressortir que la mise en place de groupes de parole sur différentes thématiques liées à la migration permet de mettre en lumière les deuils et les traumatismes, et contribue au développement du bien-être psychologique des élèves (Papazian-Zohrabian et al., 2019).

Arrivée au pays d'accueil : en troisième lieu, l'exploration avec la famille de la période d'arrivée au pays d'accueil inclut l'évaluation des conditions sociales et économiques (besoins de base comblés ou non, qualité du logement, accès à l'emploi, reconnaissance ou non des compétences professionnelles, besoin de francisation, etc.) ainsi que l'adaptation et l'intégration au nouveau pays. Les membres de la famille vivent-ils certains chocs, déceptions ou insatisfactions depuis leur arrivée? La discrimination perçue ou vécue et les éléments de racisme font parfois partie de la réalité post-migratoire (Garneau, 2019). Les situations de déqualifications professionnelles sont nombreuses, amenant des sentiments de non-reconnaissance, d'insécurité et de précarité qui auront des impacts importants sur les relations de couple et sur les liens parents-enfants (Vatz-Laaroussi, 2019). Le statut d'immigration est aussi important à valider puisque le niveau de stress diffère d'une catégorie à l'autre (Blackmore et al., 2020). Par exemple, nous observons chez les demandeurs d'asile un grand stress rattaché à la longue période d'évaluation de leur dossier, à l'incertitude quant à leur acceptation et à la complexité des procédures administratives, ce qui vient parfois faire obstacle à leur disponibilité pour investir d'autres sphères de leur vie et pour favoriser leur enracinement au pays d'accueil (Vatz-Laaroussi, 2019).

3.2 Deuxième volet : les éléments culturels

L'objectif sera ici de mieux saisir l'impact pour la famille des changements dans les repères culturels amenés par la migration. Ceux-ci peuvent entraîner des bouleversements, notamment dans la façon d'exercer le rôle parental, dans les relations parents-enfants ou de couple (Baubet et Moro, 2009).

Les relations homme-femme peuvent ainsi prendre des formes et des significations différentes du fait du changement du contexte culturel. Par exemple, la possibilité de travailler donne parfois une certaine autonomie à la femme et une liberté plus grande de pouvoir d'action, ce qui peut créer un déséquilibre, et parfois une inversion dans les relations du couple (Vatz-Laaroussi, 2019). Il est aussi important d'évaluer l'impact qu'a eu la migration sur les liens de filiation, c'est-à-dire les relations à l'intérieur d'une famille (Moro, 2011). Celles-ci peuvent se voir fragilisées par une migration échelonnée dans le temps et ayant amené des séparations de plusieurs années. La hiérarchie parent-enfant peut être mise à mal si on observe une barrière de langue pour les parents et que l'enfant doit jouer le rôle d'interprète, ce qui lui donne ainsi plus de pouvoir (Baubet et Moro, 2009). Il arrive parfois que la barrière de langue soit intrafamiliale s'il n'y a pas de langue commune au sein de la famille. On rencontre des situations dans lesquelles plusieurs langues circulent dans la famille du fait des déplacements ou de l'implication de différents membres auprès des enfants. Il peut arriver que l'enfant et le parent ne maîtrisent pas entièrement la même langue. Nous pouvons également observer des incompréhensions entre les parents et les enfants qui peuvent parfois être liées au fossé culturel. Ceci peut être causé par les processus de métissage² qui se font à des rythmes différents pour les enfants et leurs parents (Moro, 2011). Par exemple, l'enfant ayant davantage expérimenté le système culturel du pays d'accueil par la fréquentation scolaire pourrait adopter des valeurs et comportements incompréhensibles ou inacceptables pour le parent. Du côté des interdits, l'orientation sexuelle, l'identité de genre ou la consommation de cannabis sont des exemples de thèmes à l'origine de tensions parents-enfants et prennent des sens différents selon la culture dans laquelle on évolue. Ces chocs générationnels peuvent être exacerbés par la migration et vécus comme des chocs culturels intrafamiliaux (Skandrani et Bouche-Florin, 2013). Remettre en contexte ces éléments peut aider les familles à mieux comprendre l'origine de leurs conflits et favoriser une adaptation de leurs pratiques et une stabilité dans leurs relations.

La perte du réseau de soutien peut aussi avoir un impact sur le rôle parental alors que les parents doivent exercer plusieurs fonctions, qu'elles soient de nature domestique, éducative ou économique, alors qu'elles étaient partagées parfois par la famille élargie au pays d'origine. Prenons l'exemple de parents ayant vécu en milieu rural au sein d'un *lakou*³ haïtien, qui pouvaient se fier au réseau élargi familial et communautaire lorsqu'ils devaient aller travailler et dont les enfants étaient pris en charge par la famille et/ou les voisins. Ils se retrouvent avec une perte importante de ce réseau dans le pays d'accueil. Lorsque ces familles essaient de reproduire ce mécanisme d'entraide en terre étrangère en laissant un enfant seul dans un appartement sous la supervision du voisin d'en face, cela est souvent interprété comme une incompétence parentale.

Il est utile d'identifier les chocs culturels existant entre la famille et les institutions de la société d'accueil, avec des incompréhensions de part et d'autre du fait des différences dans les repères culturels. La notion de famille et la conception des rôles et des liens intrafamiliaux sont souvent vécues différemment, surtout si les personnes sont plus habituées à un mode de vie communautaire. En ce qui a trait à l'éducation des enfants, la façon d'exercer l'autorité et la discipline peut changer. Par exemple, un parent peut se sentir offusqué et menacé par l'intervention de la protection de la jeunesse si l'État n'intervient pas dans la sphère privée dans son pays d'origine. Par ailleurs, il pourrait y avoir un malentendu entre les parents et l'école concernant leur rôle respectif d'éducateur quant à la discipline chez les enfants. De plus, les obligations en lien avec les systèmes de loyauté ne sont pas les mêmes d'une culture à l'autre. Les intervenants peuvent par exemple avoir de la difficulté à

2 Processus lié à la construction identitaire des enfants nés de parents migrants ou de couples d'origine culturelle, ethnique ou religieuse différente. Le métissage permet de passer d'un univers à l'autre sans renoncer à ses propres représentations; les identités culturelles de l'individu se mélangent les unes aux autres (Moro, 2015).

3 Modèle de famille ancestrale haïtienne dans les zones rurales et para-urbaines. La vie de la famille s'organise avec les différents membres d'un territoire que l'on nomme *lakou* (Bijoux, 2000).

saisir l'obligation que se donnent certaines familles aux revenus précaires de subvenir aux besoins de la famille restée au pays d'origine. Ces éléments rappellent l'importance du décentrage chez l'intervenant.

Dans un autre ordre d'idées, il importe d'évaluer les affiliations (sentiment d'appartenance à un groupe) des jeunes qui nous consultent (Rezzoug et al., 2013). Se sentent-ils liés à leurs parents et à leur famille? Sont-ils affiliés à des groupes particuliers? Il a été démontré que les jeunes issus de l'immigration qui ressentent un fort sentiment d'appartenance à leur famille seront moins à risque de s'affilier à des groupes déviants ou marginalisés (Moro, 1989, 2009). Or, certains jeunes que nous rencontrons à la Clinique pédiatrique transculturelle rejettent leur culture d'origine sans avoir nécessairement intégré la culture du pays d'accueil. Marie-Rose Moro a d'ailleurs développé le concept d'enfant « exposé » en terme « d'exposition au risque transculturel » pour désigner ces jeunes qui se retrouvent ainsi en flottement entre l'univers culturel de la maison et celui de la société d'accueil. Ils sont alors à la recherche de groupes d'appartenance pour combler ce vide (Moro, 1989, 2011). Certains jeunes peuvent aussi se sentir partagés entre plusieurs appartenances culturelles et avoir besoin d'un accompagnement dans la construction de leur identité culturelle. Ces éléments rappellent l'importance des ancrages familiaux et culturels, qui souvent sont associés à la résilience des enfants issus de l'immigration (De La Noë et Sharara, 2006). Des enjeux de transmission culturelle se posent forcément au pays d'accueil puisque, étant donné l'éloignement du pays, de la famille et des ancêtres, celle-ci ne peut plus se faire comme au pays d'origine (Moro, 2011; Raphaël, 2019). Au pays d'accueil, il s'agit de la transmission intergénérationnelle de la langue, du partage de son histoire, des liens à maintenir avec les membres de la famille restée au pays d'origine, de la transmission d'un savoir-faire ou d'un savoir-être culturel. Il arrive que les parents évitent de parler de certains éléments de leur histoire pour taire leur vécu prémigratoire douloureux auprès de leurs enfants (Mestre, 2016). Certains enfants ne connaissent pas ou connaissent peu l'histoire de leur origine, ce qui a nécessairement des impacts sur leur construction identitaire.

3.3. Troisième volet : les croyances et pratiques ancestrales

En clinique transculturelle, le volet des croyances implique les croyances religieuses et spirituelles, mais aussi les théories étiologiques des troubles, c'est-à-dire le sens que les familles attribuent aux problèmes. Accorder une importance aux croyances d'une famille consiste ainsi pour l'intervenant à explorer le sens qu'elle donne à ses difficultés. Selon la classification de Dr Bijoux (2000), les familles haïtiennes, par exemple, vont y accorder un sens différent en fonction de leur appartenance religieuse. Ainsi, certaines familles catholiques ou protestantes peuvent parler de *Maladie Bon Dyé* comme étant une épreuve ou une punition envoyée par Dieu. Ceci pourrait permettre d'aider la personne à identifier les raisons concrètes qui ont poussé Dieu à la mettre à l'épreuve ou à la punir. Une personne vodouisante pourra évoquer une *Maladie Diable* si elle pense que les symptômes qu'elle vit sont les manifestations du diable⁴ qu'elle a en elle. L'intervenant pourra aider la personne à identifier ce qu'elle appelle *diable*⁵, en lien avec les éléments stressants ou traumatiques vécus (Raphaël, 2019). Une autre personne vodouisante fera un lien entre ses difficultés et une *Maladie Lwa*⁶ reliée au non-respect de ses ententes avec ses lwa. En effet, chaque groupe culturel se crée des univers de sens pour interpréter leur vie, leur souffrance, la maladie et la mort, et ainsi vivre avec leurs questionnements existentiels (Augé et Herlich, 1984). Il s'agit donc, en ce qui nous concerne, d'aller à la rencontre de la personne, de créer une ouverture pour qu'elle se sente à l'aise

4 Autrefois, les personnes catholiques pouvaient avoir recours à l'exorcisme pour chasser les cas de possession par le diable.

5 Il s'agit de faire une distinction entre le diable de l'enfer et le diable sur terre, qui se manifeste par la violence, le viol, les abus (Raphael, 2019).

6 Les *lwa* sont les esprits vodou. Ils sont aussi appelés *zanj* (ange), *sen* (saint), *mystè* (mystère) et *dyab* (diable) (Vonarx, 2005).

de révéler ses propres théories étiologiques. Concrètement, certains Maghrébins peuvent évoquer la présence de *djinn*s. Dans le monde musulman, les djinns sont des esprits, en parallèle au monde des humains, qui peuvent être bons ou mauvais. Si une personne est possédée par le djinn, il convient d'aller consulter un *fundi wa madjinni*, docteur des esprits qui accomplira certains rituels afin que l'esprit se nomme et s'exprime (Harmant, 2013). Il faut souligner ici l'importance de la présence de l'interprète médiateur culturel, qui pourra apporter des éclairages à l'intervenant sur ces problématiques de croyances.

Certains enjeux relationnels peuvent être interprétés par la famille par la transgression d'interdits, par exemple l'interdiction d'aller à des funérailles pour une femme enceinte ou de marier une personne d'une autre ethnie. Nous observons que les intervenants de première ligne se sentent souvent démunis face aux croyances ancestrales des familles, ne sachant comment travailler avec celles-ci. Lorsque le sens donné par la famille diverge du sens donné par l'intervenant, il est difficile pour chacun de s'entendre sur des modalités de traitement et nous observons des impasses thérapeutiques. L'approche transculturelle favorise l'élaboration du discours de la famille autour de la représentation qu'elle se fait de la maladie. Cela permet ainsi à la famille de se sentir entendue et validée. Comme le rapporte Nathan (2001), « l'important n'est plus de distinguer le vrai du faux d'une pensée, mais ce que cette pensée mobilise ». Moro (2006) dira : « il ne s'agit pas de cause, mais de sens ». Il s'agit donc pour l'intervenant de chercher à comprendre l'univers de l'autre, d'accepter différentes façons de penser, de dire et de faire.

Les croyances englobent également les appartenances religieuses, qui peuvent apporter soutien et réconfort aux familles rencontrées. En effet, les différentes religions s'organisent autour de symboles et rituels individuels ou collectifs et peuvent même suggérer différentes pratiques de soins, de guérison ou de protection (Raphaël, 2010, 2019; Vonarx, 2019). Dans son récent ouvrage, Boris Cyrulnik souligne d'ailleurs que la religion est un facteur de résilience précieux (2017). Les intervenants pourront solliciter les familles en ce sens, par exemple en proposant l'adaptation d'un rituel de deuil qui ne peut être réalisé tel qu'il l'aurait été au pays d'origine, mais qui peut tout de même être adapté en terre d'accueil (Rachédi et al., 2006).

149

Par ailleurs, les croyances incluent le rapport qu'entretient la famille avec l'invisible, que ce soit par l'entremise des ancêtres ou de divinités. On peut vérifier par exemple si la famille demande protection aux esprits, si elle parle aux ancêtres ou si elle fait des rituels pour implorer leur aide.

Pour terminer ce volet, il est aussi pertinent de se demander si les croyances religieuses ou les étiologies utilisées dans un couple culturellement mixte sont des sources de conflits dans la famille. Des parents pourraient ne pas s'entendre sur la cause des difficultés de leur enfant si leurs systèmes de croyances sont différents. Prenons l'exemple d'une mère vodouisante et d'un père athée. La mère pourrait penser à un mauvais sort et chercher à mettre en place des rituels, ce avec quoi le père pourrait être en désaccord. Ces sources de tension prennent nécessairement place dans une histoire familiale qui se doit d'être explorée. Est-ce que les familles respectives des parents étaient d'accord avec l'union de ceux-ci malgré leurs croyances différentes? Comment gèrent-ils leur différente vision au quotidien et quel impact cela peut-il avoir sur leurs enfants?

3.4 Quatrième volet : la santé mentale

Il s'agit ici de faire le lien entre les trois volets précédents et l'expression des symptômes de santé mentale tels qu'ils sont identifiés par les intervenants qui nous réfèrent les familles en consultation. Notons ici que les motifs de consultation de la majorité des usagers que nous rencontrons, à la Clinique pédiatrique transculturelle comme dans les cliniques de pédopsychiatrie, sont le plus

souvent rattachés à des problèmes de comportement, des problèmes de consommation, des symptômes anxieux, de la tristesse, des idéations suicidaires, de l'agitation ou des symptômes psychosomatiques. Le quatrième volet de la grille transculturelle identifie les symptômes de santé mentale que présentent les membres de la famille selon la vision occidentale psychiatrique. La complexité de cette évaluation revient à distinguer ce qui est culturel de ce qui relève de la pathologie : un discours qui à première vue paraît délirant ou paranoïde ne veut pas nécessairement dire que la personne présente des symptômes psychotiques et vice versa. Il peut simplement s'agir d'une façon de parler de la souffrance culturellement acceptable pour un groupe spécifique et de croyances en lien avec leur appartenance religieuse. Les intervenants de première ligne communautaires, les professionnels des CLSC et des écoles peuvent identifier les symptômes liés à la santé mentale, mais doivent aussi identifier leurs limites face à des situations plus complexes et à la maladie mentale. En cas de doute, il est important de chercher du soutien en ce sens, que ce soit par une demande d'évaluation en santé mentale ou une demande de consultation en clinique transculturelle.

4. Analyse critique : apports et limites de la grille

Lors des consultations à la Clinique pédiatrique transculturelle, les intervenants référents sont en quelque sorte initiés à l'utilisation de la grille par l'analyse de la problématique faite par l'équipe. De cette façon, ils apprennent peu à peu à la mettre en application dans leur travail quotidien d'évaluation. C'est dans ce contexte plus large que nous allons considérer les apports et les limites de la grille.

Avant d'entamer cette analyse, il faut dire que divers outils d'évaluation interculturelle ont déjà été développés, mais que la spécificité de notre grille transculturelle réside précisément dans les interactions qu'elle implique entre les différents volets migratoires, culturels et de croyances entourant la problématique de santé mentale.

150

De ce fait, l'utilisation de la grille tend en premier lieu à élargir la réflexion chez les intervenants, favorisant la prise de conscience de leur propre univers culturel et l'expression des chocs culturels.

Nous observons que la grille permet souvent un ajout aux éléments qui se trouvent déjà dans les rapports d'évaluation des différents professionnels. Les éléments qui émanent des volets migratoires, culturels et de croyances contribuent à enrichir leur analyse. Soulignons ici que la grille vient en appui à la pratique des travailleurs sociaux conformément au cadre de référence de leur ordre professionnel, qui demande de « replacer les problèmes de la personne dans son contexte de vie en identifiant les valeurs, les normes, la culture d'appartenance, les croyances, les pratiques religieuses et spirituelles » (Boily et Bourque, 2011).

De façon concrète, la grille procure des repères clairs et tangibles pour explorer les éléments culturels et migratoires et pour faire entrer ces considérations dans l'analyse. La grille vient notamment aider à élargir la compréhension du concept de culture, en considérant l'identité de la famille, en tenant compte des différenciations culturelles familiales et en aidant à mieux saisir l'importance du sentiment d'appartenance familiale.

Par ailleurs, l'analyse de la situation sous ces quatre angles apporte parfois des concepts étiologiques. Prenons l'exemple d'un enfant présentant une grande agitation. Les parents pourront mieux en comprendre la cause si l'intervenant est en mesure d'identifier avec eux les déplacements vécus successivement ou encore l'incompréhension de cette migration par l'enfant.

Il est vrai que l'exploration du parcours migratoire permet de faire des liens entre des éléments du passé depuis le pays d'origine et la situation présente de la famille, mettant parfois en évidence l'impact d'éléments de stress qui remontent au pays d'origine. Ceci pourra aider la famille à comprendre les raisons qui l'ont amenée à consulter.

Que ce soit lors des consultations à la Clinique pédiatrique transculturelle ou lors de l'évaluation effectuée par les différents professionnels, l'analyse des différentes données permet non seulement d'identifier les problématiques, mais aussi d'établir des pistes d'interventions rattachées aux différents volets de la grille. Dans le même ordre d'idées, la considération des quatre volets met parfois en évidence les forces des familles ayant surmonté différentes épreuves, et les aide à prendre conscience de leurs ressources personnelles, par exemple la résilience de la famille autour d'un projet familial rassembleur. Le maintien de relations nourrissantes avec la famille restée au pays d'origine, la fierté des origines contribuant à l'estime de soi, le bilinguisme de la famille : voilà autant de ressources sur lesquelles l'intervenant pourra appuyer la suite de son intervention.

La grille comporte cependant certaines limites pour les intervenants des différentes disciplines qui tenteront de l'introduire dans leur pratique professionnelle. Certaines familles éprouvent en effet des réticences à parler de leur parcours migratoire en raison des traumatismes vécus. D'autres familles pourront refuser de parler de leur passé et des aspects culturels, voulant rompre avec les valeurs de leur culture d'origine. Les intervenants pourront effectivement se sentir démunis devant la complexité de certaines situations ou la difficulté à installer une relation de confiance. Dans certains cas, les groupes d'intervention transculturels comme la Clinique pédiatrique transculturelle de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont ou la Clinique transculturelle de l'Hôpital Jean-Talon pourront s'avérer nécessaires. L'effet contenant du cadre transculturel, la fonction de portage du groupe, la multiplicité des références culturelles et des expériences migratoires apportées pourraient alors favoriser l'installation de la relation d'aide (Chenouard, 2019).

151

Une limite importante est rattachée à la distance culturelle entre la famille et l'intervenant, dont les impacts peuvent demeurer malgré l'utilisation de la grille. En dépit de son apport réflexif, la grille n'empêche pas le choc culturel par rapport à la famille, à ses croyances, à sa façon de considérer ses problèmes.

Les intervenants n'étant souvent pas de la même culture que les familles qu'ils rencontrent, la présence d'un interprète médiateur culturel peut s'avérer primordiale pour que l'intervenant reçoive les éclairages culturels nécessaires à sa compréhension (Boulebsol, 2016). Mais plusieurs enjeux entourent cette question : difficulté de trouver un interprète formé au rôle de médiateur culturel ou susceptible de jouer ce rôle, difficulté d'accès aux interprètes et également besoin de formation des intervenants pour travailler avec un interprète-médiateur culturel. Cette réalité constitue une limite importante pour tirer profit de la grille transculturelle.

Par ailleurs, la présence d'éléments traumatiques dans le vécu de certaines familles immigrantes, plus fréquente chez les demandeurs d'asile, nécessite une mise en garde en ce qui concerne la méthodologie pour utiliser la grille compte tenu de l'importance des bonnes pratiques en lien avec le traumatisme. La formation sur *L'évaluation en contexte de diversité culturelle à l'aide de la grille transculturelle*, actuellement en développement, sera ainsi requise pour l'utiliser de façon adéquate et optimale. Cette formation fournira différents éléments méthodologiques pour aborder convenablement le vécu migratoire et culturel avec les familles. Plutôt que de poser des questions pouvant être vécues comme intrusives, l'intervenant apprendra peu à peu à utiliser des inducteurs de sens et de récits tels que des images, des métaphores, des proverbes, des contes ou ses propres expériences pour qu'un récit puisse se dérouler au rythme de l'usager (Moro, 2011; Nathan, 2001).

Au-delà du renforcement méthodologique pour faire usage de la grille transculturelle, la formation permettra aussi d'augmenter le volet réflexif au travers de mises en situation concrètes.

En dernier lieu, nous pensons qu'une évaluation rigoureuse de la grille est nécessaire. Dans le contexte d'une utilisation plus importante de la grille par les intervenants de première et de deuxième ligne dans leur travail d'évaluation, le développement d'une démarche de recherche devrait permettre de mesurer les impacts et l'efficacité de la grille tant du côté des intervenants que des familles.

CONCLUSION

La grille transculturelle contribue à familiariser les intervenants avec les problématiques migratoires, culturelles et de croyances dans leurs pratiques en santé mentale. Elle renforce leurs compétences en les outillant davantage pour aller chercher les données trop souvent négligées dans l'histoire du parcours migratoire depuis le pays d'origine jusqu'au pays d'accueil et pour tenir compte des enjeux culturels et liés aux croyances que vivent les familles.

Cet outil présente des retombées cliniques intéressantes lorsqu'il est utilisé avec les équipes de consultation avec les intervenants de différentes disciplines. Du fait du rôle spécifique que détiennent les travailleurs sociaux pour mettre en contexte les difficultés rencontrées par les familles, il pourra être particulièrement profitable lors des entrevues d'évaluation du fonctionnement social.

La grille transculturelle est la particularité de la Clinique pédiatrique transculturelle selon le modèle d'intervention transculturelle Nathan/Moro. Il s'agit d'un outil important pour la formation des étudiants, des stagiaires et des intervenants référents qui participent à nos consultations.

152

Au-delà des consultations et des interventions familiales proposées par les cliniques transculturelles avec des équipes multiethniques et multidisciplinaires, la grille transculturelle constitue un outil accessible tant pour les services de première que de deuxième ligne. Elle permet ainsi aux intervenants communautaires, aux intervenants du milieu scolaire, des CLSC ou des services de la protection de la jeunesse de se familiariser avec l'approche transculturelle.

Afin de contribuer à la recherche sur l'élaboration d'outils cliniques visant une amélioration des soins pour les personnes issues de la diversité culturelle, nous souhaitons qu'une évaluation de la grille puisse être réalisée en vue de renforcer sa validation.

ABSTRACT:

Professionals working at the Pediatric Transcultural Clinic at Maisonneuve-Rosemont Hospital have been using a specific tool for twenty years when working with Montreal's culturally diverse population: the transcultural evaluation grid. The development of this tool is based on several theoretical and methodological aspects of ethno-psychiatry. It can be used for social workers to help identify and consider the impacts of migration journeys and changes in cultural references in order to better understand patients' difficulties. It also emphasizes the importance of patients' interpretation of their problems according to their beliefs, and personal and cultural points of view. Wider distribution of this tool could enrich social workers' evaluation of patients from culturally diverse backgrounds.

KEYWORDS:

Mental health, ethno-psychiatry, cultural diversity, migration journey, cultural references, beliefs, evaluation of social functioning, transcultural approach

RÉFÉRENCES

- Augé, M. et Herlish, C. (1984). *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Éditions des archives contemporaines.
- Arsenault, S. (2019). Les réfugiés dans le monde : une réalité complexe. Dans L. Rachedi et B. Taïbi (dir.), *L'intervention interculturelle* (3^e éd., p. 256-285). Chenelière Éducation.
- Bassey, S. et Melluish, S. (2013). Cultural competency for mental health practitioners: a selective narrative review. *Counselling Psychology Quarterly*, 26(2), 151-173. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/09515070.2013.792995>
- Beaubet, T. et Moro, M. R. (2009). Effets de la migration et de l'exil. Dans T. Baubet et M. R. Moro (dir.), *Psychopathologie transculturelle de l'enfance à l'âge adulte* (2^e éd., p. 49-57). Masson.
- Bijoux, L. (2000). *Coup d'œil sur la famille haïtienne*. Édition des Antilles.
- Blackmore, R., Boyle, J. A., Fazel, M., Ranasinha, S., Gray, K. M., Fitzgerald, G., Misso, M. et Gibson-Helm, M. (2020). The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *Plos Medecine*, 17(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003337>
- Boulebsol, C. (2016). Pertinence de l'utilisation d'un interprète médiateur culturel en contexte d'intervention en santé mentale. *Le partenaire*, 245(1), 15-17.
- Boily, M. et Bourque S. (2011). *Cadre de référence de l'évaluation du fonctionnement social*. OTSTCFQ. <https://www.otstcfq.org/wp-content/uploads/2016/09/cadre-reference-evaluation-fonctionnement-social.pdf>
- Chenouard, B. (2019). L'ethnopsychiatrie au Québec d'hier à aujourd'hui : méthodologie et enjeux. Dans L. Rachedi et B. Taïbi (dir.), *L'intervention interculturelle* (3^e éd., p. 168-191). Chenelière Éducation.
- Cyrułnik, B. (2017). *Psychothérapie de Dieu*. Odile Jacob.
- De La Noë, Q. et Sharara, R. (2006). De la vulnérabilité des mères migrantes et de leurs enfants à la résilience. Dans M. R. Moro, Q. De La Noë et Y. Mouchenik (dir.), *Manuel de psychiatrie transculturelle* (p. 385-400). La pensée sauvage.
- Devereux, G. (1970). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Gallimard.
- Garneau, S. (2019). Racisme et discrimination raciale : des repères pour intervenir. Dans L. Rachedi et B. Taïbi (dir.), *L'intervention interculturelle* (3^e éd., p. 80-104). Chenelière Éducation.
- Harmant, V. (2013). Quête identitaire et troubles de la filiation : réflexion sur un cas de possession par les djinns à Mayotte. *L'Autre*, (14), 54-62. <https://doi.org/10.3917/lautr.040.0054>
- Institut national de santé publique du Québec (2015). *La formation interculturelle dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux. Constats et pistes d'action*. https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2076_formation_interculturelle_reseau_sante.pdf
- Kirmayer, L. J., (2007). Psychotherapy and the cultural concept of the person. *Transcult Psychiatry*, 44(2), 232-257. doi: 10.1177/1363461506070794.
- Kirmayer, L. J., Fung, K., Rousseau, C., Tat Lo, H., Menzies, P., Guzder, J., Ganesan, S., Andermann, L. et Mckensie, K. (2012). Guidelines for training in cultural psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry*, 66(2), 195-246. <https://doi.org/10.1177/0706743720907505>
- Legendre, G. et Raphael, F. (2002). Grille d'évaluation clinique. Dans F. Raphaël, A. Veillette et B. Chenouard (dir.), *Consultations en ethnothérapie et en santé mentale, les services du Cesame et l'approche d'ethnothérapie au CLSC St-Michel*. CLSC-St-Michel.
- Mc Mahon, A., Radjack, R. et Moro, M. R. (2020). Psychiatrie transculturelle : pour une éthique de tous les mondes. *Revue canadienne de bioéthique*, 3(2), 54-62. <https://doi.org/10.7202#1073547ar>.
- Mestre, C. (2006a). La psychiatrie transculturelle : un champ nécessaire et complexe. Dans M. R. Moro, Q. de La Noë et Y. Mouchenik (dir.), *Manuel de psychiatrie transculturelle* (p. 179-195). La pensée sauvage.
- Mestre, C., (2016b). *Bébés d'ici, mères d'exil*. Éditions Ères.
- Moro, M. R. (1989). *L'enfant exposé*. La pensée sauvage.
- Moro, M. R. (2006). Bases de la clinique transculturelle. Dans M. R. Moro, Q. De La Noë et Y. Mouchenik (dir.), *Manuel de psychiatrie transculturelle. Travail clinique, travail social* (p. 159-178). La pensée sauvage.
- Moro, M. R. (2011). *Enfants d'ici, venus d'ailleurs*. Pluriel.
- Moro, M. R. (2015). La nécessité transculturelle aujourd'hui pour une société « bonne » pour tous. *Le carnet Psy*, 188, 18-21. <https://doi.org/10.3917/lcp.188.0018>

- Nathan, T. (2001). *Nous ne sommes pas seuls au monde*. Seuil.
- Papazian-Zohrabian, G., Mamprin, C. et Lemire, V. (2019). Les groupes de parole en milieu scolaire : un espace de développement du bien-être psychologique des jeunes réfugiés. *Revue québécoise de psychologie*, 40(3), 87-102. <https://doi.org/10.7202/1067550ar>
- Rachédi, L., Montgomery, C. et Halsouet, B. (2016). Mort et deuil en contexte migratoire : spécificités, réseaux et entraide. *Enfances Familles Générations*, 24, 1-25. <https://doi.org/10.7202/1038114ar>
- Rachédi, L. et Taïbi, B. (2019). *L'intervention interculturelle* (3^e éd.). Chenelière Éducation.
- Raphaël, F. (2010). L'ethnopsychiatrie haïtienne : un enracinement dans l'histoire du pays. *L'Autre*, 11(3), 323-332. <https://doi.org/10.3917/lautr.033.0323>
- Raphaël, F. (2019). Médecine créole haïtienne, santé mentale, médecine classique occidentale : un rapport de choc culturel et de complémentarité. Dans O. Damus et N. Vonarx (dir.), *Anthropologie de la médecine créole haïtienne* (p. 165-196). Éditions Academia/L'Harmattan.
- Commission spéciale sur le droit des enfants et de la protection de la jeunesse (2021). *Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes dans Laurent*. https://www.csdepj.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport_final_3_mai_2021/2021_CSDEPJ_Rapport_Resume_version_finale_numerique.pdf
- Rezzoug, D., Baubet, T. et Moro, M. R. (2013). Enfance : entre vulnérabilité et créativité. Dans T. Baubet et M. R. Moro (dir.), *Psychopathologie transculturelle de l'enfance à l'âge adulte* (2^e éd., p. 190-216). Masson.
- Rogers, M. R. et O'Bryon, E. C. (2014). Multicultural training models and curriculum. Dans F. T. L. Leong, L. Comas-Díaz, G. C. Nagayama Hall, V. C. McLoyd et J. E. Trimble (dir.), *APA handbook of multicultural psychology, vol. 2. Applications and training* (p. 659-679). American Psychological Association.
- Statistique Canada (2022). Les immigrants représentent la plus grande part de la population depuis plus de 150 ans et continuent de façonner qui nous sommes en tant que Canadiens. *Le quotidien*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-631-x/11-631-x2019001-fra.htm>
- Skandrani, S. M. et Bouche-Florin, L. (2013). Adolescence : la construction identitaire et ses aléas. Dans T. Baubet et M. R. Moro (dir.), *Psychopathologie transculturelle de l'enfance à l'âge adulte* (2^e éd., p. 217-236). Masson.
- Vatz Laaroussi, M. (2019). Les dynamiques d'intégration et d'inclusion des personnes et des familles immigrantes et réfugiées : une responsabilité partagée. Dans L. Rachedi et B. Taïbi (dir.), *L'intervention interculturelle* (3^e éd., p. 54-79). Chenelière Éducation.
- Vonarx, N. (2005). Vaudou et productions de savoirs. La place du terrain anthropologique. Notes de recherche. *Anthropologie et Sociétés*, 29(3), 207-221. <https://doi.org/10.7202/012615ar>
- Vonarx, N. (2019) Le vodou haïtien : religion, système de soin ou les deux à la fois? Dans O. Damus et N. Vonarx (dir.), *Anthropologie de la médecine créole haïtienne* (p. 201-224). Éditions Academia – L'Harmattan.