Document generated on 07/15/2025 10:27 a.m.

Santé mentale au Québec

Travailler avec les jeunes issus de l'immigration : vers une pratique pédopsychiatrique culturellement sensible

Working with young immigrants: towards a practice promoting culturally sensitive child psychiatry

Trabajar con los jóvenes provenientes de la inmigración: hacia una práctica pedopsiquiátrica culturalmente sensible

Trabalhar com jovens originários da imigração: em direção a uma prática pedopsiquiátrica culturalmente sensível

Sylvaine De Plaen

Volume 31, Number 2, Fall 2006

Ethnopsychiatrie

URI: https://id.erudit.org/iderudit/014807ar
DOI: https://doi.org/10.7202/014807ar

See table of contents

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)
1708-3923 (digital)

Explore this journal

Cite this article

De Plaen, S. (2006). Travailler avec les jeunes issus de l'immigration : vers une pratique pédopsychiatrique culturellement sensible. *Santé mentale au Québec*, *31*(2), 123–134. https://doi.org/10.7202/014807ar

Article abstract

Transcultural psychiatry appears to be a precious tool to help us reflect on our ways of doing and thinking in complex clinical situations. This paper presents three concepts associated with the practice of transcultural psychiatry: continuity, multiplicity and articulation of different spaces. "The variable geometry frame" elaborated by Moro underlines the importance of mobility and dynamism of clinical work. The analysis of a specific clinical situation shows us how transcultural psychiatry can help us navigate better in complex clinical situations. We propose the concept of "culturally sensitive child psychiatry" to describe our way of integrating culture in clinical practice.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 2006

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/

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

Travailler avec les jeunes issus de l'immigration : vers une pratique pédopsychiatrique culturellement sensible

Sylvaine De Plaen*

Le travail clinique auprès des jeunes issus de cultures minoritaires ou métissées nous oblige à réfléchir sur les modes d'intégration des dimensions socioculturelles dans les pratiques de soin. À cet effet, l'ethnopsychiatrie constitue un outil privilégié pour réfléchir sur les pratiques cliniques institutionnelles, en particulier en ce qui concerne les situations complexes requérant des approches multimodales. Ce texte reprend certains concepts situés au cœur de la pensée et la pratique ethnopsychiatrique, à savoir ceux relatifs à la continuité, à la multiplicité et à l'articulation des espaces. Le terme de « dispositif à géométrie variable », élaboré par Moro souligne en particulier l'importance de la mobilité et du dynamisme du cadre de travail dans les prises en charges cliniques transculturelles. Autour de la présentation d'une situation clinique complexe, nous proposons un modèle d'intégration de la culture dans un contexte de clinique externe de pédopsychiatrie. Nous proposons le terme de « pédopsychiatrie culturellement sensible » pour évoquer les adaptations du cadre ethnopsychiatrique dans notre travail auprès des jeunes issus de l'immigration.

Intégrer l'ethnopsychiatrie dans le cadre d'une pratique institutionnelle en pédopsychiatrie constitue un outil privilégié pour réfléchir sur les modalités actuelles de prestation des soins en santé mentale pour les enfants et leurs familles. Également, cette démarche nous offre une occasion précieuse de réajuster et de renouveler ces pratiques cliniques afin de nous aider à mieux répondre aux besoins d'une société québécoise en pleine mutation.

Toutefois, ce travail d'intégration représente tout un défi dans le contexte actuel de la pratique pédopsychiatrique. En effet, depuis quelques années, l'accent se déplace de plus en plus vers une médicalisation de la souffrance psychologique et vers une recherche de standardisation et de rentabilité économique des modes de soin. Ces nouvelles tendances sont accompagnées trop souvent d'une minimisation des dimensions relationnelles des difficultés et de la thérapie ainsi que de l'importance de l'engagement thérapeutique du clinicien spécialiste

* Pédopsychiatre, Hôpital Sainte-Justine.

auprès de ses patients. Dans ce contexte, le pédopsychiatre oeuvrant en milieu hospitalier universitaire se fait souvent rappeler qu'on attend de lui une implication à la fois plus restreinte et plus pointue dans les situations cliniques concernées.

À ce niveau, l'ethnopsychiatrie apparaît une pratique qui vient prendre le contre-pied des positions institutionnelles en vogue : elle souligne en particulier la nécessité de reconnaître la multiplicité des expériences ainsi que celle des rapports à la vie, à la santé et à la maladie ; elles rappellent l'importance de resituer les individus en détresse dans le contexte de leur histoire individuelle et de la complexité de leurs itinéraires et de leurs appartenances sociales et collectives. De manière plus spécifique, la psychiatrie transculturelle se veut une pratique essentiellement psychothérapeutique, une pratique qui s'inscrit dans le cadre d'une relation bien définie entre thérapeute(s) et patient(s), tout en utilisant les données culturelles comme un matériel privilégié pour construire la relation, travailler les conflits et tisser des trames narratives qui réintroduisent sens et cohérence dans le désordre engendré par la souffrance. Parmi les enjeux mis de l'avant par la pratique ethnopsychiatrique, trois principes de base nous paraissent particulièrement pertinents pour notre pratique : la continuité (entre l'avant et l'après de l'expérience migratoire, entre soi et les autres), la multiplicité (la diversité des perspectives et des encodages culturels de l'expérience humaine) et l'articulation entre les espaces (à la fois de pensée et de soin).

Le nouveau *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* émis récemment par le gouvernement du Québec a fait l'objet de critiques diverses de la part des professionnels du champ de la santé mentale, plutôt pour les modalités de sa mise en œuvre que pour les idées de fond qui le sous-tendent. Parmi les concepts plus pertinents pour notre champ de pratique clinique, nous retenons principalement le souhait d'une collaboration plus soutenue et plus efficace entre les divers paliers d'intervention, notamment entre les interventions réalisées par la première ligne et celles faites par les institutions plus spécialisées de deuxième et troisième lignes. Nous pensons que les approches développées en ethnopsychiatrie, notamment ce que Moro (1998, 107) décrit comme le « dispositif à géométrie variable », constituent des méthodes inspirantes qui permettent de mieux penser et de mieux actualiser ces collaborations entre institutions.

Dans ce texte, nous reviendrons sur ces dimensions de l'approche ethnopsychiatrique pour mieux en préciser la pertinence dans notre contexte de soin. Nous présentons ensuite une vignette clinique qui

illustre cette recherche d'une intégration pertinente de la culture dans un contexte de travail pédopsychiatrique en clinique externe. Nous proposons le terme de « pédopsychiatrie culturellement sensible » pour décrire une pratique clinique qui tente d'intégrer à la fois les dimensions relatives à la culture, à la subjectivité et à la psychopathologie pour les jeunes issus de l'immigration ou encore dits « de la deuxième génération ».

Quelques concepts de l'ethnopsychiatrie

Dans son article intitulé « The location of cultural experience », paru en 1966, Winnicott soulignait déjà l'importance de la culture pour la santé mentale des individus et des collectivités. Pour cet auteur, le sentiment de continuité personnelle se situe au cœur même de la santé mentale, garant du sentiment d'identité de soi à travers les aléas du développement et de la vie quotidienne. Winnicott perçoit le jeu comme étant issu de l'espace transitionnel entre la mère et l'enfant, cet espace qu'il voit comme garant du maintien du sentiment de continuité de soi malgré les angoisses potentiellement traumatiques causées par la séparation de l'objet maternel, alors que l'image maternelle est encore insuffisamment intégrée pour garantir sa permanence. Lieu à la fois protecteur et source de créativité, l'espace transitionnel est donc particulièrement précieux pour le développement et la préservation de la santé mentale de l'enfant en développement.

Pour Winnicott, la culture est également associée à un espace transitionnel ; elle joue le même rôle pour les collectivités que le jeu pour l'enfant, à savoir le maintien d'un certain sentiment de continuité et d'intégration pour les groupes et les individus qui les composent, et ceci malgré le passage du temps et les inévitables mouvements et perturbations qui y sont associées. La reconnaissance de l'importance de l'espace culturel tout comme sa préservation deviennent ainsi des enjeux privilégiés de la démarche thérapeutique, au-delà des dimensions subjectives portées par chacun.

En ethnopsychiatrie, la continuité apparaît également comme un concept clé, situé au coeur du dispositif d'évaluation et de prise en charge. Ici, il s'agit notamment de permettre de réintroduire un sentiment de continuité dans un contexte marqué par des ruptures, des pertes et parfois même de l'aliénation suite au processus migratoire et aux difficultés d'intégration dans la société hôte. Le sens d'une certaine continuité de soi pour le migrant passe ici par le maintien de certaines valeurs sociales et culturelles qui ont contribué à la construction de l'individu et de son identité ainsi que par la construction progressive

d'un sentiment d'appartenance collective double, c'est-à-dire qui concerne à la fois le groupe d'origine et la société d'accueil.

Le maintien du sentiment de la continuité de l'identité culturelle apparaît comme protecteur pour l'individu, aux prises avec des fractures diverses dans son rapport à lui-même, à son environnement et aux autres. La continuité n'exclut pas ici le métissage et les bricolages identitaires associés à la rencontre interculturelle. La pratique clinique nous a cependant montré qu'en temps de crise, les valeurs culturelles de la culture d'origine peuvent avoir un aspect structurant fondamental, même si l'individu prend habituellement plus de liberté dans son rapport à ses racines et à son histoire.

La notion de multiplicité et de diversité se situe également au cœur de la pratique ethnopsychiatrique, ceci de diverses façons. Dans le dispositif classique élaboré par Nathan (1988), la multiplicité se trouve mise en image par la diversité des professions et des origines culturelles des co-thérapeutes présents ; le voyage entre les langues (langue maternelle, langue du pays hôte) et entre les niveaux de sens (anthropologique, psychodynamique, systémique…) constitue une autre illustration de cette multiplicité et de la possibilité que des identités plurielles puissent coexister dans une certaine harmonie. La diversité des identités culturelles et les rapports dynamiques toujours présents entre la personne et sa culture d'origine (ou celle de ses parents) recouvrent également la diversité des parcours, des histoires et des subjectivités en jeu.

Dans ce cadre, l'articulation entre les divers espaces et niveaux d'intervention apparaît fondamentale, notamment pour échapper au clivage ou à l'amputation partielle d'une partie de l'expérience et du sentiment de soi. Quand elle évoque le « dispositif à géométrie variable », Moro (1998, 107) souligne l'importance d'adapter les modalités thérapeutiques aux particularités présentées par les situations cliniques. Ainsi, les prises en charge cliniques ethnopsychiatriques peuvent comporter des volets multiples, qui sont parallèles mais pas nécessairement simultanés, en fonction de l'évolution de la situation en question. Par exemple, dans le cas d'un enfant migrant aux prises avec des problèmes d'apprentissage, un travail plus spécifique portant sur les aspects culturels, familiaux et/ou systémiques peut avoir lieu dans le cadre de la prise en charge de grand groupe ; un volet individuel de type thérapie de jeu peut venir s'y greffer, tout comme un autre volet de type orthopédagogique ou orthophonique.

En ethnopsychiatrie, la multiplicité ne se veut pas concurrentielle ou compétitive mais plutôt complémentaire et mutuellement nourrissante, à l'image des nouvelles sociétés métissées qui tentent de gérer la

différence comme une richesse plutôt que comme une menace. Nous pensons que cette vision dynamique et plurielle du travail thérapeutique peut nous aider à penser notre travail multidisciplinaire au sein de l'institution tout comme nos collaborations avec les professionnels issus du milieu extra-hospitalier. Au contraire d'une vision du travail thérapeutique se déroulant sur un mode séquentiel et linéaire, l'ethnopsychiatrie appelle des représentations évoquant davantage la circularité ou encore la connectivité, telle qu'évoquée dans les nouveaux modèles neuronaux.

Nous allons maintenant nous pencher sur une situation clinique dont la prise en charge, qui s'est effectuée dans le contexte d'une clinique externe de pédopsychiatrie, a été nourrie et soutenue par l'approche ethnopsychiatrique. Nous préférons parler ici d'une approche pédopsychiatrique culturellement sensible plutôt que d'un travail ethnopsychiatrique comme tel, cette approche nous apparaissant plus pertinente dans notre contexte de pratique. Cette perspective clinique ne place pas d'emblée la culture au centre du travail thérapeutique mais elle vise plutôt la reconnaissance des parcours particuliers d'individus aux prises avec un métissage complexe de leurs expériences et de leur construction identitaire.

Par l'adaptation du cadre (qui se démarque d'une approche plus duelle et plus médicale du soin psychiatrique), la pratique culturellement sensible permet un renforcement de l'alliance thérapeutique avec les jeunes et leur famille ainsi que l'émergence éventuelle mais non obligatoire des éléments culturels au cours du travail clinique. Pour ces derniers, en effet, la place de la culture dans l'expérience et dans les représentations est souvent fluide, complexe et changeante. Nous sommes sensibles au risque d'une prise en compte trop plaquée ou contraignante de la culture dans le contexte d'une expérience à la fois métissée et complexe sur le plan des repères identitaires.

Travailler autrement en situation clinique complexe

Quand je la rencontre pour la première fois, Chantal vient d'avoir douze ans ; c'est une jeune fille originaire du Sud-Asiatique, toute menue, qui s'exprime à peine et semble très intimidée et inconfortable dans mon bureau. Le contact avec moi est ténu et Chantal demeure peu accessible dans les échanges. Je la trouve encore bien fragile malgré le congé reçu récemment de l'hôpital. Chantal vient en effet de passer trois mois dans une unité d'hospitalisation de notre hôpital pour un tableau de désorganisation aiguë et sévère ; ce tableau est demeuré en bonne partie obscur quant à sa vraie nature pour les professionnels impliqués.

Chantal a finalement reçu un diagnostic de dépression psychotique mais elle a peu répondu à la médication introduite. Durant toute l'hospitalisation, le lien avec la famille est demeuré fragile, avec peu de verbalisations et d'échanges entre la famille et l'équipe traitante, ceci malgré l'utilisation d'un interprète pour faciliter les communications. De son côté, Chantal est demeurée silencieuse et en retrait durant la majorité de son séjour. Maintenant, elle doit réintégrer l'école et retrouver sa place dans la famille.

Nous notons d'emblée que le début des difficultés de Chantal a coïncidé avec le placement en urgence de sa soeur aînée par les services sociaux, ceci suite à des fugues répétées. La famille de Chantal nous apparaît à la fois fragile dans ses ancrages et peu intégrée à la société québécoise. La transition problématique à l'adolescence des deux filles vient révéler au grand jour la précarité de l'organisation familiale.

Pour le suivi en externe, nous tentons de mettre en place un cadre qui puisse faire une place aux variables culturelles et à la dynamique familiale tout en tenant compte de la fragilité importante de la jeune fille ainsi que des divers acteurs impliqués. Nous tenons à faire une place privilégiée aux parents afin de mieux comprendre leur difficulté à protéger et à accompagner leurs deux filles dans leur construction d'elles-mêmes.

Notre équipe est une équipe régulière de pédopsychiatrie et ne compte donc pas de groupe de consultation spécialisé en ethnopsychiatrie. Par ailleurs, nous privilégions le travail en binôme dès qu'il nous semble pertinent, ceci afin de favoriser l'élaboration d'une multiplicité de points de vue, afin d'ouvrir les voies du transfert (Moro parle de « transfert diffracté » pour les groupes) et afin d'offrir un espace de contenance et de support plus efficace pour les familles en détresse. Nous intégrons aussi fréquemment un interprète à nos consultations pour diverses raisons : nous privilégions ainsi le recours à la langue maternelle, toujours plus chargée affectivement et plus proche du monde intérieur, nous offrons un espace plus favorable au partage des éléments culturels et des trajectoires migratoires, et nous construisons un espace transitionnel permettant à la fois la coexistence et la continuité entre des univers de référence différents au sein de l'espace thérapeutique. L'ethnopsychiatrie nous sensibilise à la richesse de rencontres « à plusieurs voix », espace préservant à la fois la pluralité des perspectives, la complexité des processus identificatoires et la mobilité des représentations. Ce parti pris pour la multiplicité dans le travail clinique nous permet de mieux penser une ouverture de l'espace thérapeutique qui puisse éventuellement déborder le seul cadre familial et valoriser une intégration étroite des intervenants extrahospitaliers au travail psychothérapeutique.

Dans un premier temps, nous avons ainsi installé des rencontres individuelles avec Chantal en alternance avec des rencontres familiales ; une travailleuse sociale et un interprète participaient conjointement avec la pédopsychiatre en charge aux séances de travail avec la famille. Les rencontres individuelles permettaient notamment de réévaluer l'état psychiatrique de Chantal et de faire les réajustements nécessaires au niveau de la médication psychotrope. Les intervenants scolaires ont été invités à participer à certaines des rencontres familiales afin de partager avec nous leurs observations en milieu scolaire ; Chantal apparaissait en effet peu disponible pour les apprentissages et avait des comportements qui préoccupaient les professionnels impliqués, notamment des vols et des fréquentations douteuses.

En cours de suivi, nous avons également demandé à ce qu'une évaluation psychologique soit faite dans notre service, ceci afin de préciser les capacités intellectuelles de Chantal ainsi que sa fragilité affective. Cette démarche a constitué un point tournant pour Chantal, qui s'est vue confirmer qu'elle était « intelligente », malgré ses difficultés scolaires, et également qu'elle ne souffrait plus de pathologie psychiatrique majeure. Ceci a permis de rassurer à la fois Chantal et ses parents, demeurés très inquiets des vulnérabilités révélées par l'épisode de désorganisation de leur fille. Ce sont davantage des fragilités au niveau de la construction identitaire qui ont été relevées ainsi qu'un risque de dérapage sur le plan des comportements associé à un désir de valorisation et de réussite sociale rapide.

Après quelques semaines de prise en charge, nous avons décidé d'intégrer aux rencontres familiales la sœur aînée avec son intervenante sociale en centre d'accueil, le lien entre les deux soeurs nous paraissant particulièrement significatif. Dans un troisième temps, suite au placement en urgence de Chantal elle-même quelques mois après le début de notre prise en charge (pour des agirs agressifs à l'endroit des parents), nous avons poursuivi les rencontres familiales sur une modalité encore plus élargie, intégrant cette fois Chantal avec sa nouvelle intervenante des Centres Jeunesse, la travailleuse sociale responsable de la famille au Centre Jeunesse, la sœur et son intervenante personnelle, la travailleuse sociale de l'hôpital, les deux parents, l'interprète et moi-même (soit une dizaine de personnes). Cette intégration des intervenants sociaux au sein de notre espace de soin pédopsychiatrique visait d'une part à mieux articuler le travail de chacun des professionnels impliqués, compléter les perspectives de chacun sur la situation clinique, soutenir les intervenants dans une situation où les urgences se sont souvent succédées et contenir le vécu contre-transférentiel souvent intense vécu par les intervenants.

Le travail sur l'histoire et la dynamique familiale s'est ainsi poursuivi en groupe plus vaste, un travail que les intervenants en charge dans les centres d'accueil respectifs des deux sœurs pouvaient ensuite poursuivre en dehors de l'hôpital.

Au cours de ce suivi, nous avons été étonnés de constater à quel point les deux soeurs étaient ignorantes de l'histoire et de la culture de leurs parents, toutes deux étant nées au Québec. Les parents de Chantal n'avaient en effet jamais senti le besoin, ou jamais été capables, de parler avec leurs filles de leurs propres souvenirs d'enfance ou de voyage, ni non plus des empreintes laissées en eux par le pays natal. Nous avons alors décidé de travailler plus spécifiquement et plus concrètement sur les éléments culturels lors de quelques séances, notamment en demandant à chaque membre de la famille d'apporter un objet associé au pays d'origine à partir duquel pouvaient émerger des paroles et des images, en discutant certaines pratiques ou célébrations religieuses, ou encore en élaborant un génogramme familial qui permettait aux deux filles de questionner leurs parents à propos de la famille étendue et de son histoire. Cette famille nous semblait en effet avoir besoin d'un minimum de médiatisation et de support pour que des idées, des mots et des souvenirs non menaçants puissent être évoqués et ensuite partagés.

Tout au long de la prise en charge, la famille de Chantal est toujours demeurée très prude quant à son passé. Cela nous est apparu en partie conforme à la façon culturelle de gérer les traumas et les conflits ; il demeure cependant possible qu'une part de ce silence sur les origines soit également associé à la présence d'empreintes traumatiques difficilement représentables et partageables dans l'espace thérapeutique. Ce manque de mots sur l'histoire et sur les conflits passés, dans un contexte traversé constamment par des urgences psychosociales répétées pour les deux filles (notamment suite à des fugues), nous laissait l'impression que des choses essentielles nous échappaient probablement pour mieux cerner la situation clinique, ce qui pouvait à l'occasion provoquer un fort sentiment d'impuissance et de frustration. Nous pensons que ce vécu affectif du côté des intervenants pouvait également refléter une partie de l'expérience intime des deux sœurs, aux prises avec les trous et les blancs du discours parental sur les origines.

Dans notre travail, nous avons tenté de respecter les limites posées par la famille à notre endroit tout en ouvrant le plus possible un espace sécuritaire et contenant pour que des échanges puissent avoir lieu de façon constructive, sans heurter les éléments culturels par ailleurs structurants pour le groupe familial. Les liens construits et maintenus

entre les divers intervenants impliqués (hôpital, école, Centre Jeunesse) ont soutenu le travail thérapeutique, permis une meilleure articulation entre les divers niveaux d'intervention et aidé à contenir les émotions contre-transférentielles. Les liens entre les filles et leurs parents s'en sont trouvés enrichis et les clivages institutionnels ont été minimisés.

Au cours de cette prise en charge « combinée », Chantal et sa sœur ont pu continuer à se construire comme personnes et à s'organiser plus solidement sur le plan psychique, ceci malgré la persistance de difficultés pour les parents à pleinement assumer un rôle parental dans le contexte d'une société québécoise qui leur est demeurée en partie étrangère (et étrange). Chantal est devenue une jeune fille plus dégagée et souriante, davantage capable de se relier et d'investir positivement les liens avec ses parents ainsi qu'avec les intervenants impliqués. Sur le plan psychopathologique, elle est apparue de plus en plus stable et elle a finalement pu cesser toute médication sans aucun indice de rechute.

Conclusion

Dans les situations cliniques complexes présentées par les enfants issus de l'immigration, nous avons à repenser nos façons de travailler en acceptant d'ouvrir notre cadre habituel d'intervention davantage centré sur la psychopathologie et sur l'individu. Pour les jeunes immigrants et leur famille, les troubles psychiatriques majeurs nécessitent une prise en charge qui puisse combiner divers niveaux d'intervention de façon articulée, ceci afin de pouvoir tenir compte à la fois de la fragilité psychiatrique présente (par des évaluations complémentaires au besoin, une médication et parfois même une hospitalisation), de la dynamique individuelle (suivi psychothérapeutique ou psychoéducatif, à l'hôpital, au centre jeunesse ou au CSSS), des variables relatives à la famille (suivi familial tenant compte des dysfonctionnements éventuels et des risques associés) ainsi que des facteurs socioculturels (en tenant compte de l'histoire migratoire, la culture et la langue maternelle).

Penser la continuité, la multiplicité et l'articulation des niveaux de sens et d'intervention nous aide à construire des dispositifs de soin plus mobiles et plus dynamiques, inscrits dans un engagement thérapeutique à la fois réel et complexe, et en lien avec les lieux et ressources extra-hospitalières. Par la richesse de sa théorie et de sa méthode, l'ethnopsychiatrie nous semble constituer une discipline riche en enseignement pour stimuler la créativité dans le travail clinique et redynamiser des pratiques parfois trop figées, ceci quel que soit le contexte de travail.

Une pratique clinique « culturellement sensible » permet de poser un cadre qui permette et facilite la prise en compte des éléments

culturels tels qu'ils émergent éventuellement au cours du travail clinique, ceci en particulier avec des jeunes plongés dans la complexité des métissages identitaires contemporains.

Références

De Plaen, S., 2000, Histoire d'un métissage thérapeutique… Ou comment articuler les concepts psychodynamiques et culturels dans une pratique psychiatrique hospitalière de consultation obstétricale, *Anthropologie médicale*, 3, 69-75.

Moro, M. R., *Parents en exil. Psychopathologie et Migration*, le Fil Rouge, PUF, Paris.

Moro, M. R., 1998, *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*, Dunod, Paris.

Moro, M. R., 2002, *Enfants d'ici venus d'ailleurs*, Hachette Littératures, La Découverte, Paris.

Nathan, T., 1986, *La folie des autres, Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Dunod, Paris.

Winnicott, D., The location of cultural experience, *International Journal of Psycho-Analysis*, 48, 368.

Winicott, D. W., 1975, *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, Gallimard.

ABSTRACT

Working with young immigrants: towards a practice promoting culturally sensitive child psychiatry

Transcultural psychiatry appears to be a precious tool to help us reflect on our ways of doing and thinking in complex clinical situations. This paper presents three concepts associated with the practice of transcultural psychiatry: continuity, multiplicity and articulation of different spaces. "The variable geometry frame" elaborated by Moro underlines the importance of mobility and dynamism of clinical work. The analysis of a specific clinical situation shows us how transcultural psychiatry can help us navigate better in complex clinical situations. We propose the concept of "culturally sensitive child psychiatry" to describe our way of integrating culture in clinical practice.

RESUMEN

Trabajar con los jóvenes provenientes de la inmigración: hacia una práctica pedopsiquiátrica culturalmente sensible

El trabajo clínico con jóvenes provenientes de culturas minoritarias o mestizas nos obliga a reflexionar acerca de los modos de integración de las dimensiones socioculturales en los métodos de tratamiento. En este aspecto, la etnopsiquiatría constituye una herramienta privilegiada para reflexionar acerca de los métodos clínicos institucionales, en particular en lo concerniente a las situaciones complejas que requieren de enfoques multimodales. Este texto retoma ciertos conceptos situados en el centro del pensamiento y la práctica etnopsiquiátrica, tales como aquellos relacionados con la continuidad, la multiplicidad y la articulación de los espacios. El término de "dispositivo a geometría variable", elaborado por Moro, subraya en particular la importancia de la movilidad y el dinamismo del marco de trabajo al tomar a cargo las clínicas transculturales. Mediante la presentación de una situación clínica compleja, proponemos un modelo de integración de la cultura dentro de un contexto de clínica externa de pedopsiquiatría. Proponemos el término "pedopsiquiatría culturalmente sensible" para evocar las adaptaciones del marco etnopsiquiátrico en nuestro trabajo con los jóvenes provenientes de la inmigración.

RESUMO

Trabalhar com jovens originários da imigração: em direção a uma prática pedopsiquiátrica culturalmente sensível

O trabalho clínico realizado com jovens vindos de culturas minoritárias ou mestiças, nos obriga a refletir sobre os modos de integração das dimensões socioculturais nas práticas dos tratamentos. Para isso, a etnopsiquiatria constitui uma ferramenta privilegiada para refletir sobre as práticas clínicas institucionais, principalmente no que diz respeito às situações complexas que requerem abordagens multimodais. Este texto retoma alguns conceitos situados no âmago do pensamento e da prática etnopsiquiátrica, a saber, os relativos à continuidade, à multiplicidade e à articulação dos espaços. O termo "dispositivo de geometria variável", elaborado por Moro ressalta, principalmente, a importância da mobilidade e do dinamismo do quadro de trabalho nos tratamentos clínicos transculturais. A respeito da apresentação de uma situação clínica complexa, propomos um modelo de integração da cultura em um

contexto clínico externo de pedopsiquiatria. Propomos o termo "pedopsiquiatria culturalmente sensível" para evocar as adaptações do quadro etnopsiquiátrico em nosso trabalho com jovens originários da imigração.