



INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE DE L'ADERE

Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie

Mémoire de fin d'étude

Influence de la culture sur les occupations en Asie

Adaptations nécessaires à la pratique d'un ergothérapeute
de formation occidentale

MATHONIERE Manon

Sous la direction de MARQUES Ana, Maître de mémoire

*Mémoire d'initiation à la recherche réalisé dans le cadre de la validation de l'U.E. 6.5
S6 : Evaluation de la pratique professionnelle et recherche*

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute.

Session juin 2023

Note aux lecteurs

« Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de Formation concerné. »

Charte anti-plagiat

Le respect du droit d'auteur, le plagiat et la contrefaçon, d'après le Code de la propriété intellectuelle.

Un plagiat, ou copie, constitue un délit de contrefaçon. Il est régi par les articles suivants:

Art. L 335-2 "Toute édition d'écrits, de composition musicale, de dessin, de peinture ou de toute autre production, imprimée ou gravée en entier ou en partie, au mépris des lois et règlements relatifs à la propriété des auteurs, est une contrefaçon ; et toute contrefaçon est un délit." (...)

Art. L 335-3 "Est également un délit de contrefaçon toute reproduction, représentation ou diffusion, par quelque moyen que ce soit, d'une œuvre de l'esprit en violation des droits de l'auteur, tels qu'ils sont définis et réglementés par la loi. » (...)

Ce délit est puni d'une lourde amende et d'une peine d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à 2 ans.

Toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite (numérisation, copie à partir d'une page Internet...). Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque (Article Art. L 122-4.). À défaut de l'autorisation préalable de l'auteur, il y aura contrefaçon.

Si le maître de mémoire constate un plagiat au cours de la guidance, il le signale à l'étudiant et le met en garde contre cette pratique.

En cas de non-respect des règles de citation des références bibliographiques (ni guillemets ni renvoi à un auteur, mais sources mentionnées en bibliographie) dans le mémoire, l'importance de l'oubli est appréciée par les membres du jury de mémoire (U.E. 6.5) et sanctionnée dans la note attribuée à la partie du travail correspondante.

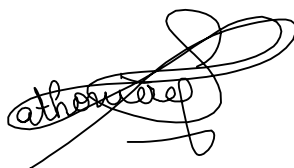
En cas de plagiat et selon son importance, la note 0 peut être attribuée à la partie correspondante ou à l'ensemble du travail écrit.

Je, soussignée MATHONIERE Manon

Atteste avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat et de m'y être conformée.

Et certifie que le dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne pourra être cité sans respect des principes de cette même charte.

Fait à Wissous, le 27 mars 2023



À Renée

Remerciements

Ce travail est le point final de ces trois dernières années d'études réalisées à l'Institut de Formation en Ergothérapie de l'ADERE. Et la majuscule, je l'espère, du commencement d'une nouvelle histoire ponctuée à son tour de recherches en ergothérapie et de nombreuses apostrophes professionnelles.

À ma maîtresse de mémoire, Ana MARQUES,

Je vous adresse ma reconnaissance et mes sincères remerciements pour votre bienveillance, vos conseils et vos réflexions qui ont fait grandir les miennes tout au long de cette année.

À l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie de l'ADERE,

Merci pour ces trois belles années qui s'achèvent. Merci de m'avoir fait confiance, de m'avoir soutenu dans mes projets, même les plus fous (un stage au Cambodge, mais quelle idée ?).

J'ai grandi à vos côtés, maintenant place à l'école ?

À tous les professionnels de santé rencontrés pendant ces 3 ans,

Merci à tous, vous avez contribué de près comme de loin à la création de mon identité professionnelle.

Aux sept ergothérapeutes interrogés dans le cadre de mon enquête,

Merci d'avoir répondu positivement à mes sollicitations, d'avoir éclairé de vos réponses mes recherches et de m'avoir laissé croire que mon accent anglais n'était pas si mauvais que ça.

À mes tuteurs de stages,

Merci pour votre bienveillance, les connaissances apportées et votre soutien sans faille venu combler les miennes.

À mes amis,

Merci à tous d'avoir été ce soutien dont j'avais besoin lorsque les pleurs n'étaient plus utilisés que pour hyperboliser mes rires.

Vous pensiez vraiment que j'allais tous vous citer ? Et oui.

Merci à mon double blond, ma génie incompris, Pépin, Doudou, Félix, Flo, Naël, Margot, mes filleuls, pour nos rires infinis, ces pains au chocolat partagés avant la bibliothèque, nos pauses-café ou « Kamoulox » à répétition. Vous avez réussi à me supporter, moi et ma dopamine débordante, mon humour et mes râlements pendant 3 ans, on remet ça pour 10 ?

Enfin, ma famille,

Merci de m'accompagner depuis déjà plusieurs années dans mes différents projets, personnel et professionnel. Vous êtes les fondations de ma maison, la Rome de tous mes chemins. Sans vos encouragements, votre soutien infailible, votre amour, je ne serais la personne que je suis aujourd'hui et mon travail demeurerait incomplet.

Mention spéciale à Maevan et Maverick,

Vous ne lirez probablement jamais ce travail, parce qu'il est « trop long, tu parles trop » (Maverick, 2023).

Merci d'être vous et par vos bêtises avoir amusés mes soirées.

Mention spéciale x2 aux trois figures maternelles qui compose ma vie,

Tata (et tous les Gautier), je ne vous remercierai jamais assez pour votre soutien, vos relectures et le temps accordé à mes oraux, vous êtes mon second foyer.

Maman, merci d'avoir cru en moi et de ne pas avoir fait de syncope à l'annonce de mes projets.

Mamie, je ne sais pas de quel don tu es dotée, mais tu as toujours su me reconforter lorsque ça n'allait pas, ta simple présence est un cadeau.

GLOSSAIRE

ANFE : Association Nationale Française d'Ergothérapie

APOTRG : Asia Pacifique Occupational Therapy Regional Group

AVQ : Activités de Vie Quotidienne

COTA : China Occupational Therapist Association

ENOTHE : European Network of Occupation Therapy

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

HKOTA : Hong Kong Occupational Therapy Association

JAOT : Japanese Association of Occupational Therapist

KAOT : Korean Association of Occupational Therapist

MAOTA : Malaysian Occupational Therapist Association

MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

OTAT : Occupational Therapist Association of Thailand

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PEO : Personne Environnement Occupation

SAOT : Singapore Association of Occupational Therapist

SSR : Service de Soins de Suite et de Réadaptation

WFOT : World Federation of Occupational Therapists

Table des matières

GLOSSAIRE	7
INTRODUCTION	10
1. Problématique	11
a. Présentation du contexte	11
b. De la situation de départ à la question de recherche	11
CADRE CONCEPTUEL.....	14
1. Le handicap en fonction des cultures	14
a. Concept de culture	16
b. Influence de la culture sur la perception du handicap en Asie	17
2. L'impact de la culture sur les occupations en Asie de l'Est	19
a. Notion d'occupation.....	19
b. Concept d'occupation en Asie.....	21
3. Pratique de l'ergothérapie en Asie de l'Est.....	24
a. L'Ergothérapie	24
b. Quelle pratique de l'ergothérapie en Asie de l'Est	25
c. Questionner la mise en œuvre des outils occidentaux en Asie de l'Est.....	29
4. Adaptations nécessaires à la pratique d'un ergothérapeute issu de formation occidentale ...	33
a. Définition du terme adaptation	33
b. Adaptations liées au thérapeute.....	33
c. Adaptations liées à la pratique de l'ergothérapie impactée par la culture.....	38
HYPOTHESE.....	41
PHASE EXPERIMENTALE.....	42
1. Méthodologie d'enquête.....	42
a. Choix de la méthodologie.....	42
c. Population cible.....	44
d. Réalisation des entretiens	46
2. Recueil et analyse des résultats	49
a. Données recueillies	49
b. Thématiques.....	55
3. Discussion.....	73
a. Analyse croisée entre les analyses d'entretiens et le cadre conceptuel.....	73
b. Retour sur les hypothèses	81
c. Limites de l'étude	82
d. Intérêts de l'étude.....	83

CONCLUSION.....	85
BIBLIOGRAPHIE	86
ANNEXES.....	92

INTRODUCTION

« On peut affirmer clairement qu'un enfant qui joue à la dinette ou fait semblant d'avoir mal commence à participer à la culture humaine » - Boris Cyrulnik.

De nos jours, de nombreux ergothérapeutes nord-américains ou européens, s'expatrient sur d'autres continents, tels que l'Asie. Ainsi, plongés dans un bain culturel inconnu jusqu'alors, les professionnels doivent mettre en place de multiples adaptations.

En effet, comme l'indique Jasmin (2020) une culture est caractérisée par ses valeurs, croyances ou encore les contextes sociaux. De ce fait, les sociétés semblent être le reflet de l'expression de la culture au sein de leur système. Il est donc légitime de se demander si elle pourrait avoir une influence sur la pratique d'une profession dont les apports théoriques proviennent principalement de pays occidentaux tels que les Etats-Unis, le Canada, et l'Europe. Mes propos s'appuient sur les recherches de Charret L., et Thiébaud Samson S (2017) qui montrent que, dans ses fondements, l'ergothérapie s'appuie sur un concept universel : celui de l'activité. Or le concept d'occupation survenu plus tardivement ne fait pas encore consensus. Cette notion plus récente, définit désormais davantage la profession, notamment dans la traduction anglo-saxonne de l'ergothérapie : occupational therapy. Ainsi, j'ai souhaité garder le terme occupation, inhérent à l'ergothérapie selon de nombreuses définitions, et ce afin de pouvoir mettre en avant l'impact de la culture sur les interprétations possibles des occupations. Il existe de multiples différences entre les pays occidentaux mais elles ne sont pas aussi marquées que celles entre l'Occident et l'Asie de l'Est. C'est pourquoi le sujet se tourne vers cette région du monde.

Afin de connaître les adaptations nécessaires à la pratique des ergothérapeutes issus d'une formation européenne, nord-américaine ou canadienne se retrouvant confrontés à l'impact de la culture sur les occupations, je vais tout d'abord analyser la notion de handicap selon les différentes cultures afin de comprendre quelle est la place de la culture dans son interprétation. Ensuite, j'aborderai l'impact de la culture sur les occupations en Asie de l'Est afin d'étudier l'importance de l'interprétation culturelle des occupations. Enfin, j'étudierai la pratique de l'ergothérapie en Asie de l'Est afin de rechercher les adaptations possibles et nécessaires à la pratique de l'ergothérapie.

1. Problématique

a. Présentation du contexte

La formulation de ma question de recherche fait suite à une interrogation ainsi qu'à une forte envie de découverte du monde. En effet, je nourris le désir de poursuivre mes études à l'étranger puis d'y pratiquer l'ergothérapie.

Un premier constat m'a conduit à de nombreux questionnements. La formation en ergothérapie en France se base sur de multiples apports théoriques qui prennent naissance dans de grands pays occidentaux¹ tels que les Etats-Unis ou le Canada². Les modèles conceptuels étudiés, certaines méthodes, et bilans lorsqu'ils ne sont pas locaux, nous viennent donc principalement de pays de culture occidentale. Il est vrai qu'il subsiste des différences entre nos pays qu'elles soient administratives, politiques, scolaires, gastronomiques etc... Cependant, on retrouve des similitudes, historiques ou religieuses par exemple, entre les cultures des continents Américain et Européen. De plus, notre pratique s'exerce, se développe et s'enrichit auprès de patients issus, dans une large mesure d'une culture similaire à celle connue ou souhaitant s'adapter à notre culture. Par ailleurs, ces patients sont rencontrés dans un environnement socio-culturel connu par le thérapeute³. Il existe donc des différences entre un ergothérapeute exerçant dans le pays de sa formation et un ergothérapeute issu d'une formation occidentale allant exercer en Asie de l'Est. La deuxième situation nécessitera selon moi davantage d'adaptations.

b. De la situation de départ à la question de recherche

De ces premières réflexions ont surgi de nombreuses questions. Comment partir exercer le métier d'ergothérapeute à l'étranger ? Qu'implique ce choix quant aux papiers administratifs, à l'équivalence de diplôme, à l'adaptation de la pratique professionnelle ? L'adaptation est un terme clé que je n'avais pas encore saisi à cette phase de ma réflexion, et pourtant cela me

¹ Afin de faciliter la lecture de mon devoir, j'évoquerai sous le terme pays *occidentaux* les pays suivants : pays européens, les Etats-Unis, le Canada et l'Australie

² Bien que l'on puisse reconnaître des différences entre les formations en ergothérapie entre les Etats-Unis, le Canada et des différents pays européens, telles que le grade licence ou master. Les formations ne sont effectivement pas toujours transposables. Néanmoins ces différences seront ici omises pour s'intéresser plus généralement à la formation dite occidentale.

³ sont ici évoqués sous le terme thérapeutes les ergothérapeutes

questionnait déjà. Quelle est la possibilité pour un ergothérapeute diplômé en France de pouvoir pratiquer dans un pays étranger ? Quelles adaptations de la pratique sont possibles ? Quelles adaptations du thérapeute peuvent être nécessaires ? Quels types d'adaptations et à quoi ? A ce niveau de mes recherches et bien que le terme « adaptation » soit récurrent, l'importance de la culture me semblait être le point essentiel de mon attention.

A la suite de mes lectures (Jasmin, 2020) ; (Gardou, 2013) ; (Yau, 2007) ; (Yim, 2021) mais aussi à la réalisation de mon 3^e stage effectué au Cambodge, j'ai davantage pris connaissance et centralisé mes recherches autour de la culture asiatique. La culture est un terme large dont la simple définition ne peut couvrir tous les champs que cette notion aborde. Au-delà de la culture, j'ai alors cherché à connaître la mise en place de la pratique de l'ergothérapeute en Asie. Sa pratique allait-elle être modifiée ? Avait-il⁴ les connaissances nécessaires ? Quelles difficultés allait-il rencontrer ? Sa pratique telle qu'enseignée en Occident était-elle adaptée auprès de ces patients ?

Cela renvoyait à un autre point évoqué quelques mois auparavant. Une pratique tournée vers l'étranger. Il est vrai, et ce constat a souvent eu des répercussions sur l'orientation de mes recherches, que la France est un pays multiculturel. Ainsi, mon questionnement aurait pu s'élaborer autour de la pratique de l'ergothérapie auprès des différentes cultures en France. Mais mon intérêt se portait sur l'exercice de l'ergothérapeute occidental dans un pays de culture différente et l'analyse des adaptations engendrées.

Un nouvel élément est ensuite apparu, complétant ainsi mon fil de recherches. Les habitudes de vie et activités de vie quotidienne varient d'un pays à un autre. De même que les occupations peuvent être différentes d'une culture à une autre. A travers la lecture d'articles et mon expérience de stage à l'étranger, j'ai pris conscience des difficultés qu'engendre la compréhension du terme « occupation ». De-là est né le désir d'approfondir cette notion et les adaptations que pourraient nécessiter ces différentes possibilités d'interprétation.

Mon raisonnement de départ a évolué et s'est tournée vers la pratique de l'ergothérapie en Asie. Je me suis documentée sur la profession en Asie Pacifique (Mackenzie & McKinstry, 2018), en Chine, mais aussi en Jordanie (Malkawi et al., 2020) ou en Oman ; (Al Busaidy & Borthwick, 2012). Je me suis intéressée aux différences de culture et à leurs impacts selon

⁴ Il sera utilisé le pronom « il » pour parler des ergothérapeutes hommes comme femmes conformément à la règle grammaticale

Jasmin (2020), à l'adaptation de la pratique selon Awaad (2003), aux moyens permettant de pratiquer à l'étranger selon la WFOT (2020), aux connaissances et compétences nécessaires pour partir exercer à l'étranger. J'ai relevé la notion d'habitudes de vie, d'activités de vie quotidienne et plus généralement d'occupation en observant notamment leur modification d'un Etat à un autre, avec l'aide de différents auteurs dont Yau (2007). Finalement, mes multiples questionnements, mes nombreuses lectures et mes observations de stage au Cambodge, celui-ci ayant fortement guidé mes réflexions, m'ont conduit à la question de recherche suivante :

Comment l'ergothérapeute de formation occidentale adapte-t-il sa pratique à un exercice en Asie de l'Est⁵, en intégrant l'influence de la culture sur la perception du handicap et sur les occupations ?

⁵ Sont ici rassemblés sous le terme Asie de l'Est les pays suivants composant l'Asie de l'Est et du Sud-Est : Chine, Hong-Kong, Japon, Corée (sud et nord), Mongolie, Taïwan, Singapour, Thaïlande, Vietnam, Cambodge, Malaisie, Philippines, Laos, Birmanie, Brunei, Indonésie, Timor Oriental

CADRE CONCEPTUEL

1. Le handicap en fonction des cultures

La santé ainsi que la notion de handicap peuvent être définies différemment selon l'époque, le lieu ou encore l'approche (sociologique, anthropologique, historique, etc.). Ainsi la vision du handicap et de la santé, par leurs différentes interprétations et représentations dévoilent la diversité des sociétés et la multiplicité des univers. « Ces représentations ont une histoire et une géographie ; elles varient d'une culture à l'autre et à l'intérieur même d'une société selon l'époque » (Gardou, 2013, p.9). Les définitions viennent de différents horizons et connaissent une multitude de remaniements à travers les époques et les sociétés. Pour soutenir mon étude, j'appuierai mes recherches sur des définitions internationales et nationales.

Premièrement en France, la loi « handicap » du 11 février 2005 nous dit « constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. » (Art. L. 114, 2005). L'Organisation Mondiale de la Santé donne une définition du handicap

« est handicapée toute personne dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromises. » (Constitution de l'OMS, 1948).

Comme évoqué précédemment, les définitions évoluent et sont remaniées. C'est le cas de cette définition, qui connaît, en 1980, une évolution avec la première publication d'une classification qui sera révisée et aboutira finalement en 2001 : « classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé » (OMS, 2001 cités par Winance, 2008, p.380). Selon, Winance (2008), cette classification a évolué « d'une description des conséquences des maladies » (p.380) à « une description de la santé » (p.380). En effet, « le texte de 2001 lie la notion de handicap à celle de santé, et les définit en termes de fonctionnement » (Winance, 2008, p.381).

Ainsi, la santé est quant à elle définie par l'OMS comme « un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou

d'infirmité ». (Constitution de l'OMS, 1948). Bien que reconnue mondialement, cette définition reste fortement influencée par un regard occidentalisé. Afin de ne pas trivialisier les interprétations liées à la santé, il est possible de faire le constat de deux systèmes : culture anthropocentrique et culture cosmocentrique. (Jasmin, 2020).

La culture anthropocentrique supporte une visualisation du monde occidental, selon laquelle la santé et la maladie sont centrées sur l'individu.

La culture cosmocentrique supporte une visualisation du monde oriental, notamment en Asie et en Afrique. Cette fois-ci la santé et la maladie ne se concentrent plus sur l'individu mais sur un système de plus grande ampleur. Il s'agit de retrouver une « connexion » perdue entre santé et maladie. Pour ce faire, le jeûne, la méditation, le réalignement d'énergies, la mobilisation des réseaux sociaux etc peuvent être des solutions envisagées. (Jasmin, 2020).

En Chine,

*« Une personne handicapée est définie comme une personne qui souffre d'anomalies ou de perte d'un certain organe ou d'une fonction, psychologiquement ou physiologiquement, ou d'une structure anatomique qui a perdu entièrement ou partiellement la capacité d'exercer une activité de manière considérée comme normale »*⁶ (Facts on People with Disabilities in China, s.d, p.1).

Au Cambodge, le handicap *« fait référence à une personne qui présente un déficit ou une altération physique ou mentale qui provoque une perturbation de la vie ou des activités quotidiennes »* (Ministère de la santé du Cambodge, 2022). Or, il est possible de se demander si ces définitions ne souhaitent pas se rapprocher de celle donnée internationalement par l'OMS et de ce fait, il est intéressant de se demander s'il existe des différences entre les définitions promues par les pays et les représentations de ces populations autour du handicap.

Selon Gardou (2013), dans la société chinoise par exemple, le handicap est perçu comme une défaillance ou une faute venue d'un parent ou d'un ancêtre. Ainsi en Chine, le terme « handicapé » peut être traduit par deux termes. Le premier « personne étant dans l'incapacité en raison d'un obstacle » (Gardou, 2013, p.177) mais le second et le plus couramment employé est traduit par « estropié, mutilé, invalide, invalidité » (Gardou, 2013, p.177). Ici est soulignée la différence d'approche qu'il est possible de rencontrer vis-à-vis du handicap en Chine. C'est pourquoi je vais étudier la notion de culture afin de pouvoir comprendre son impact sur la

⁶ Les citations issues de littérature anglo-saxonne seront traduites en français et insérées en italiques afin de signaler leur traduction

compréhension du handicap par la population. Par ailleurs, cette connaissance des différentes cultures permet d'orienter favorablement la prise en soin. En effet, cela permet au thérapeute de proposer un plan de traitement en cohérence avec les besoins du patient tout en respectant les facteurs personnels et environnementaux qui entourent ce dernier.

a. Concept de culture

i. Définition de la culture

La culture peut se définir selon un « système symbolique partagé par les membres d'une collectivité distincte, qui comprend un réseau dynamique d'éléments, comme les symboles, les normes, les valeurs, les croyances, les productions, les savoirs, les savoir-faire et les savoir-être ». (Fortier et Pizzaro Noël, 2018 cités par Jasmin, 2020, p.56). Elle résulte d'une interaction entre les différents membres d'un groupe et l'environnement. Ces interactions sont portées par des croyances traditionnelles et des pratiques sociales. Par ailleurs, la culture se reflète chez les personnes qui la portent. C'est pourquoi, il nous est possible de l'apercevoir symboliquement au travers des valeurs, des croyances, des habitudes de vie ou bien des savoirs d'une personne.

ii. Les différentes formes d'expression de la culture

Comme évoqué précédemment, la culture est le résultat de l'interaction d'un système mettant en jeu des membres, des éléments symboliques et un environnement. Ainsi, le reflet porté par la culture à la possibilité de se saisir de différentes formes. Jasmin (2020) et Mumford (2020) citent comme expression de la culture tout symboles, langues, connaissances, normes, lois, valeurs, croyances, idéologie, morale, art : productions matérielles et artistiques, traditions, coutumes et toutes les capacités et habitudes que peut acquérir un Homme en tant que membre d'une société.

iii. Diversité de valeurs dans la culture

Il existe différentes cultures qui peuvent prendre différentes formes. Dans la suite de cette constatation, je lie à ces cultures des valeurs qui leur sont propres. En effet, les valeurs, traditions, croyances et culture, bien que différenciables sont inconsciemment liées. De ce fait, nous retrouvons des valeurs qui sont propres à la culture occidentale et d'autres propres à la

culture orientale⁷. S'il semble judicieux ici de les aborder, c'est parce que ces valeurs impactent la prise en soin du thérapeute. En effet, les valeurs peuvent influencer certaines perceptions et orienter choix, désir, vouloir, compréhension etc. La notion d'occupation par exemple se retrouve influencée par la culture et les valeurs qu'elle porte.

Ainsi, seront abordés ici les différentes valeurs existantes entre les pays d'occident cités précédemment et les pays d'Asie de l'Est.

Selon Jasmin (2020), les Etats-Unis, le Canada et l'Europe privilégient grandement l'autonomie, l'individualisme et les capacités de la personne tandis que les pays non occidentaux et ici ceux composant l'Asie de l'Est se concentrent davantage sur l'interdépendance et l'identité collective de la famille. A cet effet, Morel (2017) nous indique que « l'indépendance et l'autonomie qui sont des objectifs établis en occident, sont en décalage avec la culture japonaise. Celle-ci privilégie au contraire l'harmonie avec la nature et la société dans un esprit collectiviste et non individualiste » (p.98)

Je m'appuie sur les textes de Jasmin (2020), Yau (2007) et Yim (2021) pour dire qu'il est par ailleurs possible de constater en occident, sans faire de généralisation, une répartition plus ou moins égalitaire entre travail et loisirs tandis que la culture orientale⁸ se concentre principalement sur le travail et la productivité au sein de ce dernier.

Il va être désormais étudié comment la culture, les valeurs, traditions et croyances influencent les perceptions possibles du handicap.

b. Influence de la culture sur la perception du handicap en Asie

Le handicap peut être perçu selon différents biais en fonction du regard qui lui est porté. Les approches, bien que similaires, restent influencées par la culture qu'elles portent. La France a sa propre perception de la santé, de la maladie et du handicap qui diffère de la perception asiatique. Ainsi, le système de croyances ne connaissant pas les mêmes influences, les interprétations sont diverses. Il existe différentes perceptions du handicap. Ce dernier est moins reconnu et accepté auprès des cultures orientales. En Asie, selon Al Busaidy, et Borthwick,

⁷ Est abordé sous le terme de culture orientale principalement la culture asiatique issue du continent asiatique et plus précisément encore de l'Asie de l'Est et du Sud-Est.

⁸ Emploi du terme de culture orientale pour évoquer toute culture non-occidentale et ici précisément la culture asiatique

(2012) le handicap peut être considéré comme la manifestation de mauvais esprits ou être en lien avec un acte religieux. La Chine perçoit le handicap comme une « incapacité de la personne à prendre soin d'elle, des autres, de pouvoir manger, gagner de l'argent, travailler et réaliser tout type d'activité ». (Gardou, 2013, p.180). Un jugement est émis selon lequel « on glisse de la déficience à la dépendance, de la dépendance à l'inutilité sociale » (Gardou, 2013, p.180). Le pays met en avant la faculté à se rendre utile. Cette notion d'utilité est partagée avec le Japon mais aussi d'autres pays tels que Singapour, Taiwan ou la Corée du Sud. Les personnes en situation de handicap sont majoritairement considérées comme inaptes à travailler et donc improductives. Le handicap est perçu différemment selon si la personne est en capacité ou non de se réaliser au sein de la société. La Chine désigne alors des « bons handicapés » et des « mauvais handicapés » (Gardou, 2013, p.190) ceux étant en capacité de travailler et les autres considérés comme « fainéants ». Cette terminologie prend son sens dans les valeurs du pays, qui sont celles du travail et de la productivité. Par ailleurs, les croyances sont aussi le reflet de la méconnaissance du handicap. Cette méconnaissance mène parfois à des confusions maladie, handicap. Par ailleurs, le handicap est souvent lié dans les croyances à une forme de honte. Cette notion de honte du handicap revient régulièrement en Asie « un enfant handicapé vient détruire la face d'une famille, or c'est cette dernière qui vient construire les relations humaines et sociales » (Gardou, 2013, p.192). Selon les croyances, le handicap est alors porteur de honte, de malédiction et vient entacher l'apparence de la famille.

Il a été possible de constater que la culture influence la perception du handicap. La suite interrogera l'impact de la culture sur les occupations.

2. L'impact de la culture sur les occupations en Asie de l'Est

a. Notion d'occupation

i. L'importance du contexte sociétal

Avant tout, il est important de reconnaître que les occupations et la science qui les étudie se retrouvent être influencées par le contexte dans lequel il est possible de les rencontrer. En effet, si nous nous situons dans un contexte sociétal occidental, ici les Etats-Unis, le Canada et l'Europe, nous retrouvons des définitions et interprétations propre à ce contexte. Bien que prudent à ne pas faire de rapides généralisations, il est important de souligner les différences en termes d'occupation d'une société à une autre. C'est l'une des raisons pour lesquelles j'ai souhaité garder le terme « occupation » et ne pas le remplacer par le terme « activité⁹ ». Le terme occupation connaît des traductions différentes ainsi que des interprétations propres à chaque pays. Les occupations sont alors différentes dans selon les différents contextes. C'est pourquoi, il est intéressant d'étudier les occupations, qui connaissent un emploi de plus en plus important en ergothérapie, peut être l'une des raisons de confusion dans la compréhension de la profession mais aussi apporter des difficultés à l'adaptation de la pratique.

Afin d'étudier les occupations le plus justement possible, il est donc important de s'intéresser au contexte qui les comprend. En effet, le contexte peut comprendre « divers facteurs contextuels notamment sociaux, culturels et économiques. » (Jasmin, 2020 p.3). De la même façon, il est important de prendre en compte les facteurs sociétaux qui peuvent venir influencer l'individu et ses occupations lors de sa prise en soin. Les occupations sont donc influencées « notamment par la société et la culture dans laquelle elles sont observées. » (Jasmin, 2020, p.49). Ainsi, elles sont le reflet des significations et caractéristiques créées par une culture et partagées par les différents groupes sociaux d'une société. Whiteford et Wilcock (2000) voient en effet un lien entre occupation et culture. Ces deux thèmes centraux devraient, selon eux, être de nouveau investigué pour favoriser la pratique interculturelle. Ainsi, il est possible de dire que « Les occupations sont socialement apprises et culturellement construites ou déterminées, leur actions ou recommandations devraient tenir compte du contexte des individus ainsi que leur culture, soit ce qui est porteur de sens pour eux ou leur collectivité. »

⁹ Le mot « activité » peut lui aussi rencontrer différentes traductions et interprétations, néanmoins j'ai choisi de conserver le mot « occupation » puisqu'il est de plus en plus employé dans le domaine de l'ergothérapie et qu'il fonde le nom de la profession en anglais « occupational therapy »

(Jasmin, 2020, p.49). Cette idée est également partagée par Walsh (2013) qui évoquait déjà des ergothérapeutes possédant « *des compétences pour favoriser la participation des clients, tout en tenant compte des facteurs physiques, psychologiques, spirituels, culturels et politiques qui exercent une influence sur les résultats des soins de santé [...]* » (p.21).

Les occupations peuvent être définies de bien des façons. Néanmoins, il est recherché ici à les interpréter selon un regard professionnel, celui de l'ergothérapie. Or la profession tient ses connaissances théoriques et philosophiques principalement de valeurs occidentales. Il nous est donc possible d'imaginer que la notion d'occupation identifiée au travers de la profession soit issue d'un contexte occidental et interprétée selon ses valeurs, sa culture, ses croyances, et habitudes de vie.

ii. Définition des occupations en ergothérapie

L'occupation est un terme que l'on retrouve dans de nombreux modèles en ergothérapie lorsque l'on souhaite réunir des informations au sujet d'un patient. Elles viennent compléter les informations personnelles du patient et son environnement. Elles regroupent de nombreux éléments « l'occupation correspond à l'ensemble d'activités qui structure la vie et qui est porteur de sens pour l'individu ou la collectivité, comme l'alimentation, l'éducation, le travail, le jeu ou le repos. » (Polatajko, Davis et al., 2013, cité par Jasmin, 2020, p.2).

De nombreuses définitions de l'occupation ont alors été présentées lors de ces dernières années. J'ai retenu celle apportée par le groupe ENOTHE (European network of Occupation Therapy) qui dit que les occupations sont « un groupe d'activités, culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socioculturelle et qui est le support de la participation à la société » (Meyer, 2013 cité par André et al., en 2018, p5.). Cette définition semble être pertinente au vu de mon sujet notamment par le fait qu'elle aborde les notions de culture et de contexte socioculturel. La notion de culture est aussi évoquée dans la définition donnée par Doris Pierce en 2016 « Une occupation a une forme, une cadence, un début et une fin, un aspect partagé ou solitaire, un sens culturel pour la personne et un nombre infini d'autres qualités contextuelles perçues. » (Pierce & Morel, 2016, p.25)

Quelle que soit la définition retenue, « l'idée de l'occupation chez les ergothérapeutes englobe ce que font les gens, qui a du sens pour eux dans leur contexte, leur agir dans leur vie quotidienne. » (André et al., 2018, p.6).

b. Concept d'occupation en Asie

i. Notion d'occupations en Asie de l'Est et contexte sociétal

Comme vu précédemment les occupations se retrouvent être influencées par le contexte et la culture qui les entourent. Darnell (2002) souligne l'idée que le concept d'occupation est ethnocentrique et loin d'être universel. C'est pourquoi il est aussi possible d'observer des différences dans la compréhension du terme occupation entre les pays occidentaux. Il m'est néanmoins possible d'émettre l'hypothèse que les occupations rencontrées en Asie sont différentes de celles habituellement vues en occident. Le concept même d'occupation diffère. Le terme connaît parfois des traductions qui en changent le sens. En arabe, « *occupation* » se traduit par un terme signifiant « *travail, emploi* » (Malkawi et al., 2020, p.2). Ceci créé par exemple une première confusion de la profession en Jordanie. Cette difficulté de traduction est présente dans le monde entier et n'épargne pas l'Asie de l'Est. Ainsi, si j'ai fait le choix de garder le terme occupation et de ne pas le remplacer c'est pour mettre en avant les difficultés que son emploi peut apporter et souligner que son utilisation peut montrer une première non prise en compte de la culture locale. Le terme « occupation » peut donc être compris différemment, selon sa traduction par exemple, et les occupations elles-mêmes peuvent avoir des sens différents dans différents contextes. Souvent, la traduction engendre elle-même la modification du sens.

Les différents pays d'Asie de l'Est présentent des valeurs tournées sur le travail et la productivité. Cette réflexion est étayée par Yau (2007) qui met en évidence en Chine l'apparition de deux caractéristiques : *fonction et réalisation* (p.61). L'une évoque les fonctions physiques et mentales nécessaires à une personne pour s'occuper des actes quotidiens et des rôles sociaux. L'autre, s'attarde sur la productivité de la personne et sa sociabilité. De ce fait, les occupations présentent en Asie de l'Est semblent principalement être orientées vers le travail et la construction des relations humaines et sociales ce qui peut s'éloigner de la visualisation occidentale qu'il peut se faire des occupations. Yau en 2007, nous dit « *les domaines des rôles occupationnels et performances occupationnelles apparaissent être au second plan des interventions* » (p.62). Or, les éléments abordés précédemment sont des occupations bien qu'elles diffèrent de la forme habituellement rencontrée en occident et lors de la formation.

Ainsi, l'on pourrait dire qu'elles n'apparaissent pas au second plan, mais plutôt que ces dernières sont modifiées notamment par le contexte socioculturel.

En Asie de l'Est, sur l'exemple de Singapour, trois grands domaines ont été mis en avant par les thérapeutes comme étant des activités significatives pour la population, sont cités « *l'éducation, la santé physique et le travail* » (Yang et al., 2006, p.203). Elles sont les activités qui font sens pour la population. Les fêtes religieuses, par exemple, peuvent être interprétées comme une forme de loisirs au même titre que la famille. Les patients sont majoritairement à la recherche de traitements médicamenteux ou de chirurgie et non de thérapie comme nous l'indique Yau (2007). Les activités de vie quotidienne sont elles aussi délaissées par le patient notamment puisqu'elles sont prises en charge par la famille ou les domestiques. En effet, les activités et occupations se centrent autour du travail mais s'associent aussi à cette dernière. L'interdépendance et la famille étant de fortes valeurs il est possible de constater que le rythme quotidien rencontré soit en accord avec ces deux thématiques. La personne se conforme au rythme et aux besoins de la famille en dehors de son temps de travail.

Ce qui ressort de la notion d'occupation est que cette dernière est, comme dit précédemment, ethnocentrique et loin d'être universelle. De ce fait, le regard du thérapeute porté sur les occupations d'une population est souvent biaisé par l'idée qu'il se fait lui-même de ce terme. Il est selon moi intéressant de laisser les populations s'exprimer et choisir le terme qui leur convient pour parler des activités qui font sens pour elles. Cette réflexion s'appuie sur les propos de Yau (2007, p.63) qui indique qu'il n'est pas important de trouver le mot ou terme parfait qui conviendrait à tous puisque l'essence même de la profession demeurerait inchangée. L'idée étant de pouvoir simplement s'adapter aux situations présentées.

ii. Le travail comme principale occupation

J'ai précédemment vu que le travail¹⁰, l'éducation et la santé physique étaient les grands domaines d'occupation retenus par la population. Effectivement le travail ainsi que la famille prennent une place majeure en Asie de l'Est. Dans de nombreux pays asiatiques, le travail est l'activité qui permet à la personne de s'accomplir. C'est d'ailleurs ce qui explique la difficulté pour une personne en situation de handicap, qui ne peut pas travailler, à s'intégrer au sein de ces sociétés. En chinois, deux termes désignent le travail *gongfu* signifie « travail, temps, art,

¹⁰ La notion de travail peut également diverger dans les différents pays et dans le temps, néanmoins on ne peut ouvrir cette discussion dans le cadre de ce mémoire

habileté et art martial » (Gardou, 2013, p.191) et *Huo* comme nom, verbe « vivre et sauver la vie à quelqu'un » et comme adjectif « vivant, vif, expressif, souple ». (Gardou, 2013, p.191). Le travail dans ces termes s'exprime comme une activité signifiante et libératrice de la personne. La vie de la personne se concentre autour du travail, car c'est ce qui lui permet de vivre. Il est l'occupation principale. Selon la pensée chinoise, « le travail fonde et structure la vie, et la vie fonde et structure le travail » (Gardou, 2013, p.191). Cette pensée rejoint l'idée principale des occupations qui nous dit que « l'occupation correspond à l'ensemble d'activités qui structure la vie » (Polatajko, Davis et al., 2013 cité par Jasmin, 2020, p.2). Ici, en regard de la société chinoise, l'occupation qui structure la vie et permet son accomplissement est le travail. Cette pensée est fortement liée, comme évoqué précédemment aux valeurs de l'Asie de l'Est et à l'importance de la « *valeur du rôle de travailleur et d'être productif* » (Yau, 2007, p.61). Par ailleurs, l'ergothérapie « est une profession de santé centrée sur le client et soucieuse de promouvoir la santé et le bien-être par l'occupation » (World Federation of Occupational Therapist, 2019, p.3) c'est pourquoi il était intéressant de s'interroger autour des occupations rencontrées en Asie de l'Est et de l'impact de la culture sur ces dernières afin de pouvoir par la suite étudier comment l'ergothérapeute de formation occidentale, professionnel s'appuyant sur les occupations peut-il s'adapter.

3. Pratique de l'ergothérapie en Asie de l'Est

a. L'Ergothérapie

L'ergothérapie est une profession du paramédical qui tend à prévenir et réduire les situations de handicap d'une personne en prenant en compte ses activités de vie quotidienne. Effectivement, l'ergothérapeute est un « professionnel de santé, exerçant dans les champs sanitaires, médico-social et social » (Association Nationale Française d'Ergothérapie, 2022).

« Considéré comme spécialiste du rapport entre l'activité (ou occupation selon la terminologie internationale désignant l'ergothérapie) et la santé, il mène des actions d'une part pour prévenir et modifier les activités délétères pour la santé, et d'autre part pour assurer l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire et rendre possible leur accomplissement de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace. » (ANFE, 2022).

L'ergothérapeute s'appuie sur des techniques de rééducation, de réadaptation, de réhabilitation ainsi que de réinsertion professionnelle pour orienter sa pratique. La personne, l'environnement et les occupations des personnes font partie des domaines d'intervention du thérapeute, et nous les retrouvons notamment dans de nombreux modèles conceptuels qui permettent de guider la pratique du professionnel : le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel, Personne Environnement Occupation ou encore le Modèle Occupation Humaine par exemple.

Si nous reprenons une définition de l'ergothérapie donnée par l'association américaine d'ergothérapie, cette dernière nous dit :

« L'ergothérapie est l'emploi thérapeutique des occupations de la vie de tous les jours avec des personnes, des groupes ou des populations dans l'objectif d'améliorer ou de favoriser leur participation. Les ergothérapeutes emploient leurs connaissances des transactions entre le patient, l'engagement du patient dans des occupations valorisées et le contexte pour définir des plans d'interventions basés sur l'occupation. » (American Occupational Therapy Association, 2020).

Nous retrouvons dans cette définition différents contextes que nous avons pu précédemment évoquer, tels que les occupations valorisées et le contexte.

Néanmoins, il ne faut pas tomber dans la généralisation d'application de ces définitions. De fait, l'ergothérapie est une profession qui a émergé et qui a connu un développement et une

évolution premièrement au Canada et aux Etats-Unis. De ce fait elle est influencée par une conception du monde principalement occidentale qui valorise l'autonomie. Ainsi « *la philosophie et les croyances fondamentales, ainsi que les hypothèses qui ont été adoptées par l'ergothérapie ont émergé et se sont développées dans des contextes socio-culturels occidentaux, européens et judéo-chrétiens* » (Yau, 2007, p.60). Comme dit précédemment, il est alors possible de se demander comment intervenir et exercer auprès d'un public ayant une vision cosmocentrée lorsqu'on a été formée dans une vision anthropocentrée occidentale ?

De plus, il est légitime de se demander, qu'avec cette pratique de l'ergothérapie telle que définie, comment peut-elle s'appliquer auprès de pays non occidentaux, porteurs de valeurs propres tels que les pays d'Asie de l'Est ?

b. Quelle pratique de l'ergothérapie en Asie de l'Est

i. Lieux d'intervention de l'ergothérapie en Asie de l'Est

L'ergothérapie peut sembler moins développée en Asie de l'Est qu'elle peut l'être dans les différents pays occidentaux, notamment aux Etats-Unis et au Canada. En comparaison à ces deux pays, l'ergothérapie s'est développée plus tardivement en Asie. Ainsi, certains pays sont encore en marge de la profession. Pourtant l'ergothérapie est bien présente dans les pays d'Asie de l'Est néanmoins l'on rencontre une répartition inégale des centres de formation selon les pays ou les régions. Certains pays comme le Japon présentent de nombreux centres de formations (74 instituts de formation au Japon), d'autres tel que la Thaïlande ne présente encore que 13 instituts tandis que certains pays quant à eux n'ont pas encore de centres de formation. Il est possible de trouver des associations nationales dans plusieurs des pays sélectionnés pour l'étude : Chine, Hong Kong, Indonésie, Japon, République de Corée, Malaisie, Philippines, Singapour, Taiwan et la Thaïlande.

Le Cambodge, le Laos, la Birmanie, Brunei, Timor oriental et la Mongolie quant à eux n'ont pour le moment pas d'associations nationales et ne semblent pas accueillir de programmes à la formation en ergothérapie.

Les secteurs d'intervention des ergothérapeutes diplômés dans ces pays sont similaires à ceux occidentaux. On retrouve principalement la pédiatrie (pédopsychiatrie, polyhandicap, troubles des apprentissages, neurologie, traumatologie, etc.), les services de rééducation et

réadaptation (service de neurologie, traumatologie, rhumatologie, etc.), la gériatrie (gérontopsychiatrie, soins préventifs, curatifs et palliatifs, démences, rééducation) ainsi que la santé mentale. Les lieux de pratique sont eux aussi similaires on y retrouve des secteurs privés (centre de rééducation, agences sociales, entreprises et d'autres), les hôpitaux, les cabinets libéraux et le secteur médico-social publique. Néanmoins, au-delà des secteurs d'intervention, l'on retrouve des différences de pratique de l'ergothérapie liées aux difficultés d'application des concepts fondamentaux de la profession.

De plus, les pays n'ayant pas de programmes de formations à l'ergothérapie se voient accueillir de nombreux ergothérapeutes expatriés. La profession étant méconnue dans ces pays, on ne retrouve pas de postes ouverts au sein des hôpitaux. Ces ergothérapeutes pratiquent principalement en libéral dans des cabinets, au domicile des patients, ou interviennent directement auprès des écoles ou lieux de vie. L'on retrouve principalement des interventions auprès d'enfants mais aussi de personnes âgées et adultes plus occasionnellement.

Après avoir étudié la présence de l'ergothérapie en Asie de l'Est, il est pertinent de s'interroger sur sa pratique possible dans cette région du monde.

ii. Influence de la culture sur une pratique de l'ergothérapie occidentale appliquée en Asie de l'Est

L'impact du contexte sociétal sur les occupations a été étudié, or l'ergothérapeute est considéré comme le professionnel des occupations. Sa pratique est de ce fait influencée par les occupations du patient qui sont-elles mêmes influencées par le contexte sociétal. C'est pourquoi nous allons étudier dans cette partie quelle peut être l'influence du contexte sociétal sur une pratique issue de formation occidentale appliquée en Asie de l'Est.

L'ergothérapie est une profession ayant pris naissance et connu un développement important au Canada ainsi qu'aux Etats-Unis. Selon Malkawi et al., (2020), Yau (2007) et Yim (2021), les connaissances théoriques de l'ergothérapie, ses concepts, ses théories, modèles et idées sont influencés par une conception du monde occidental valorisant l'autonomie¹¹ et l'individualisme. Ceci favorise alors son application auprès de cette culture. C'est pourquoi il est important que le professionnel prenne en compte les différents facteurs sociétaux. En outre,

¹¹ Je n'aurais pas la possibilité de développer les différentes conceptions d'autonomie, mais on entend ici l'autonomie au sens le « lien avec la dépendance à la société, est un processus interactif d'adaptation reposant sur la capacité à choisir et à gérer sa vie en toute conscience » (Sève-Ferrieu, 2008)

l'influence socio-culturelle peut amener à une influence sur la reconnaissance des occupations. « L'ergothérapeute peut s'interroger sur les facteurs culturels liés au contexte de la pratique qui influencent son processus de pratique » (Jasmin, 2020, p.71).

Il existe de nombreuses différences de pratique notables liées aux différents contextes socio-culturels, or le travail serait colossal de toutes les citer en fonction de la région du monde, du pays, de la période etc. C'est pourquoi j'ai ici synthétisé les grandes différences de pratique pour un ergothérapeute de formation occidentale exerçant en Asie de l'Est, en me basant sur les auteurs suivants : An (2017), Kawakatsu et al., (2022), Malkawi et al., (2020) et Yim (2021).

Systeme de santé

- Difficulté d'adaptation des notions théoriques (langue, modèles, bilans)

« Les concepts en ergothérapie et les connaissances sont conceptualisés anglais, nécessitant une traduction dans une autre langue, cependant, mis à part le coût et les efforts pour traduire les concepts de base, les hypothèses derrière certains des principaux concepts de la profession, les théories et les modèles sont souvent étrangers et incompatibles avec les cultures non-occidentales » (Malkawi et al., 2020, p.2)

- Modèle médical de santé concentré sur une rééducation analytique
- Importance de la médecine traditionnelle (santé idéale yin/yang (Yau, 2007, p.60), harmonie entre trois systèmes : la nature, soi et les autres, importance d'appartenir à une branche, d'aider et de progresser sur ses objectifs (Kawakatsu et al., 2022, p.209)).

Personne

- Attentes et demandes des patients quant à l'intervention en ergothérapie. Pour beaucoup de patients, atteindre l'indépendance n'est pas important « *les clients ne croyaient généralement pas qu'il était important d'atteindre l'indépendance et qu'on s'attendait à ce qu'on s'en occupe* » ; « *ma belle-fille, mon enfant, ma servante peuvent m'aider à le faire, il n'y a pas nécessité que j'y arrive* » (Yim, 2021, p.44). Les patients s'attendent à ce que le thérapeute leur indique quoi faire sans s'appuyer sur leurs occupations.
- Responsabilité des familles et identité collective de la famille. Comme évoqué précédemment, les activités de vie quotidiennes sont délaissées par le patient notamment puisqu'elles sont prises en charge par la famille. Par ailleurs, la famille se culpabilise pour la naissance d'un enfant en situation de handicap, qu'elle juge comme

une malédiction reçue. La famille entière est impactée si l'un de ses membres se trouve être touché par une situation de handicap comme l'explique Gardou (2013)

« L'existence d'un enfant handicapé de naissance pose traditionnellement à une famille chinoise trois sortes de problèmes : un problème de face, un problème d'avenir des parents, un problème de projet marital pour les enfants non handicapés de la famille » (p.185)

- D'après An, (2017) l'importance de la hiérarchie des rôles au sein de la famille et du rôle tenu au sein de la société.

Environnement

- Schémas de la construction des foyers différents de ceux connus en occident (agencement des pièces, répartition du temps, habitudes de vie quotidiennes : baguettes/couverts etc). La difficulté apportée par ces éléments est la méconnaissance du thérapeute occidental étant confronté à un des aménagements qu'il ne connaît pas et ne maîtrise pas encore. Par exemple, ne maîtrisant pas lui-même l'usage des baguettes il peut lui être difficile de saisir l'enjeu et principalement de trouver des adaptations adéquates et adaptées au patient. C'est pourquoi il est intéressant qu'il se soit imprégné du mode de vie de la population auprès de laquelle il intervient afin de pouvoir adopter et maîtriser ces subtilités pour ainsi mieux en comprendre l'importance.
- Lieux et ressources fournis pour la pratique de l'ergothérapie.
- Accessibilité restreinte au matériel notamment à celui retrouvé dans les pays occidentaux (aides techniques, outils d'évaluation etc.).

Environnement hospitalier

- Demande de rendement par l'hôpital pour prouver l'efficacité de la thérapie en lien avec la notion de productivité. Pour des raisons culturelles liées à la pudeur, les patients refusent l'accès à leur domicile pour les visites à domicile.
- Utilisation de machines (électrodes, ultrason,...) plutôt que d'activités pour la rééducation. Les ergothérapeutes sont alors contraints par leur hiérarchie hospitalière de délaissier les occupations contre l'utilisation d'outils. *« L'utilisation des machines rapporte beaucoup à l'hôpital, mais si les praticiens décident d'utiliser les activités à la place, les revenus seront réduits de moitié » (Yang et al., 2006, p197).*

- Tous les médecins ne reconnaissent pas encore les valeurs de l'ergothérapie, c'est aussi le cas en France mais l'on peut supposer que cela soit de manière plus importante en Asie. « *L'équipe médicale ne connaît pas comment les ergothérapeutes travaillent et comment est leur contribution pour les patients* » (Malkawi et al., 2020, p.4).

c. Questionner la mise en œuvre des outils occidentaux en Asie de l'Est

i. *Modèles conceptuels*

L'étude des différents modèles conceptuels en Asie de l'Est nous montre que leur présence n'est pas à négliger. Néanmoins, à part égale avec les évaluations, bilans et autres outils dédiés à la pratique de l'ergothérapie leur application semble compromise.

L'utilisation des modèles est propre aux thérapeutes, c'est pourquoi il est possible de retrouver de nombreux modèles cités dans la littérature, tels que le Modèle des Occupations Humaines (MOH) ou la Mesure Canadienne du Rendement et le l'Engagement Occupationnel (MCREO). Ces derniers soutiennent principalement la pratique et guident la pensée du thérapeute « *c'est juste une façon de guider ma pensée* » (Yang et al., 2006, p.199) mais ne servent pas d'évaluation, notamment parce que les ergothérapeutes rencontrent des difficultés à les rendre opérationnel.

Le modèle universel biomédical est l'un des seuls modèles cités comme accepté et appliqué. Ce dernier s'appuie principalement sur les déficits physiques et physiologiques des patients, connaissant ainsi une influence moindre du contexte socio-culturel dans la prise en soin. Celui-ci étant quantifiable et mesurable correspond davantage aux attentes du système hospitalier asiatique.

Les difficultés d'application des différents modèles sont dû à plusieurs éléments :

- L'impossibilité de réaliser certaines évaluations.
- L'impossibilité de comparer les résultats obtenus aux échantillonnages occidentaux fournis au risque de biaiser leur interprétation.
- Environnement du patient et le rôle passif pris par ce dernier dans la thérapie (Yang et al., 2006, p.203).

- Incompréhension de la profession et de son enjeu par les autres professionnels soignants.
- Implication difficile des familles « Ils n'étaient pas habitués à être invité à faire partie du plan de traitement » (Yang et al., 2006, p.201).

Il ne faut pas conclure hâtivement que les modèles ne sont pas applicables et inexistant en Asie de l'Est. Néanmoins leur utilisation peut nécessiter des adaptations pour convenir aux demandes de cette région du monde. Dans son appropriation par le thérapeute, le modèle peut parfois être utilisé pour guider la pratique ou réaliser des évaluations qui feront offices d'exercices.

Ainsi, en accord avec les propos de Yang et al., (2006) il reste un besoin important de recherches autour des adaptations nécessaires aux évaluations afin de décider de l'utilité clinique internationale des modèles développés. Certaines pistes évoquent le développement de nouveaux modèles, sur l'exemple du modèle Kawa ou l'adaptation de modèles existants aux cultures non occidentales.

ii. Présentation du modèle Kawa

Le modèle Kawa, créé en 2005 Michael Iwama et un groupe d'ergothérapeutes japonais, est le seul modèle d'ergothérapie provenant d'Asie. Il a été développé en réponse au questionnement sur le sens de l'ergothérapie au Japon et « l'importance de la culture dans les idées philosophiques sous-jacentes et dans le processus d'intervention en ergothérapie. » (Morel, 2017, p.97)

Aussi, comme il a pu être étudié précédemment, « la culture a un impact fondamental sur notre façon d'appréhender la vie, la santé, la thérapie. » (Morel, 2017, p.97)

Le modèle Kawa adopte une perspective systémique en reliant le cours de la vie d'une personne à son environnement, en utilisant la métaphore de la rivière pour exprimer les difficultés personnelles.

Il aborde quatre concepts métaphoriques liés à la rivière (Morel, 2017, p.98) : les facteurs environnementaux, les circonstances de vie et les problèmes, les déterminants personnels et le cours de la vie et la santé.

Le modèle Kawa a pour objectifs de « proposer un outil d'évaluation et thérapeutique en cohérence avec la culture de la personne et ainsi éviter toute domination culturelle du thérapeute ». (Morel, 2017, p.98) Ainsi il souhaite favoriser la collaboration et la négociation entre la personne et l'ergothérapeute.

Bien que développé pour répondre aux besoins des ergothérapeutes japonais, le modèle Kawa peut être utilisé indépendamment du contexte socio-culturel, car il se base sur l'autoévaluation subjective de la situation par le patient lui-même. Cependant, il ne remplace pas les bilans et évaluations spécifiques nécessaires dans certaines situations de soins.

C'est pourquoi la prochaine partie s'intéresse aux bilans et évaluations existantes afin d'étudier leurs applications.

iii. Bilans et évaluations

Dans cette partie, il va être question de la mise en œuvre des modèles, des évaluations, bilans et outils divers utilisés en ergothérapie. En effet, comme étudié précédemment les concepts et bases de l'ergothérapie nous viennent des Etats-Unis et du Canada et sont donc fortement influencés par la culture occidentale. « *Les évaluations et les outils sont basés sur les normes culturelles occidentales et fondés sur des concepts de base qui pourraient être inappropriés dans une autre culture* » (Malkawi et al., 2020, p.4). De fait, plusieurs critiques de la littérature ont soulevé que certains modèles d'ergothérapie ne prennent pas en considération la culture non-occidentale dans leur application.

L'application de modèles, d'évaluation et de bilans se trouve être mise en difficulté et ce pour plusieurs raisons.

Premièrement, la réalisation de certains bilans ou mises en situation se trouvent compromises par l'environnement physique. Effectivement, ce dernier étant différent de celui sur lequel s'appuie les notions théoriques, il n'est pas toujours adapté et ne correspond à l'environnement physique requis par certains outils d'évaluation. De plus, il est parfois impossible pour l'ergothérapeute d'accéder au domicile du patient. Cela peut venir d'un refus du patient, mais aussi du système hospitalier, qui ne permet pas la réalisation de visite à domicile.

Dans un second temps, le domaine des activités de vie quotidienne connaît lui aussi une influence de la culture et des valeurs de sa population, ne permettant pas toujours l'application des bilans, évaluations, ou mises en situations telles qu'elles sont réalisées en occident. De plus, les habitudes de vie du patient ou croyances qu'elles soient religieuses ou traditionnelles présentent elles aussi un obstacle à surmonter par le thérapeute. Prenons l'exemple d'une mise en situation habillage et cuisine. La première peut se voir refuser par le patient pour deux raisons : l'exposition de son corps à un étranger peut ne pas être accepté par la personne, dans le cas de mise en situation douche ou habillage comme l'explique Al Busaidy & Borthwick (2012) « *la majorité n'acceptera pas l'idée que vous vous teniez debout et que vous les observiez pendant qu'ils se lavent ou s'habillent* » (p.156) ou cette dernière peut présenter un désintérêt pour cette tâche qui pourra être réalisée avec l'aide d'un membre de la famille. Il en est de même pour la mise en situation cuisine qui peut être compromise par l'accomplissement de cette tâche par un autre membre du foyer.

Enfin, les différents outils utilisés couramment en occident se voient difficilement employés en Asie de l'Est pour deux raisons. La première, ils nécessitent un besoin de traduction, parfois d'adaptation et de validation scientifique notamment par des recherches afin de pouvoir être présentés et expliqués au patient. La seconde est l'absence du matériel nécessaire à ces évaluations ou bilans. « *Il y a un manque d'équipements et d'outils thérapeutiques essentiels dans les hôpitaux* » ; « *il y a un manque d'outils d'évaluation* » (Malkawi et al., 2020, p.4). Ce manque est expliqué par la volonté des systèmes hospitaliers de privilégier des thérapies manuelles et non liées à l'activité. Les ergothérapeutes n'ont alors pas accès au matériel dont ils auraient besoin.

4. Adaptations nécessaires à la pratique d'un ergothérapeute issu de formation occidentale

a. Définition du terme adaptation

Selon le petit Robert (2022), l'adaptation correspond à l'appropriation d'un organisme aux conditions internes et externes de l'existence, permettant à cet organisme de durer et de se reproduire. La faculté d'adaptation évoque l'aptitude à modifier son comportement pour répondre à de nouvelles situations.

Ainsi, l'adaptation met en avant un changement dans le système existant dans l'objectif de s'approprier un nouvel environnement. Cette idée s'appuie sur la définition donnée par Berry (1997) « l'adaptation fait référence aux changements qui prennent place au sein d'un groupe ou auprès d'une personne en réponse aux demandes de l'environnement » (p.13). Le changement peut être immédiat ou à plus long terme.

« Les adaptations peuvent prendre différentes formes » (Berry, 1997, p.13). A cet effet, la demande d'adaptation peut venir d'une multitude de possibilité. De ce fait, il semble cohérent de supposer que la réponse à la demande sera spécifique à cette dernière et donc différente d'une autre. Ainsi, nos propos étayés par ceux de Berry, (1997) supposent qu'il existe une grande variété de facteurs dont dépendent les adaptations. En réponse à ces facteurs, l'on voit l'apparition de stratégies intégrées par les personnes ou groupes. Deux d'entre elles que nous développerons ci-dessous se démarquent « l'adaptation psychologique et socioculturelle » (Searle & Ward, 1990 cité par Berry, 1997, p.14).

b. Adaptations liées au thérapeute

i. Se préparer avant de partir exercer à l'étranger

Avant tout départ pour un exercice à l'étranger et la mise en place d'adaptations, il est nécessaire que l'ergothérapeute se confronte à différentes problématiques d'ordre législatives par exemple.

En conséquence, ce dernier se doit de préparer son départ. Pour se faire, la récupération d'informations sur la pratique de l'ergothérapie dans le pays de destination est un premier pas. Le thérapeute pourra se renseigner sur sa possibilité d'exercer dans le pays choisi. Le diplôme

d'Etat français, reconnu par la WFOT peut suffire à la pratique dans certains pays néanmoins d'autres demandent des équivalences, un nombre d'années d'études spécifiques ou de repasser un examen sur l'exemple de la Thaïlande qui exige un écrit ainsi qu'un oral en thaï afin de pratiquer. D'autres papiers administratifs sont à prévoir tels que le visa de travail et le passeport. De plus, il est nécessaire que l'ergothérapeute soit averti de la langue parlée sur son futur lieu d'exercice. L'anglais et sa maîtrise notamment, peut-être un prérequis important pour la réalisation des séances et l'entente avec les différents professionnels sur la structure.

La WFOT publie tous les deux ans un guide de la pratique de l'ergothérapie à l'international, dans lequel diverses informations nécessaires à la pratique internationales sont répertoriées. Par pays, il est alors possible de se saisir des informations suivantes : langue parlée, nom de la profession, nombre d'ergothérapeute sur le territoire, enregistrement requis, nombre d'années d'études requises, opportunités d'emploi et visa requis. (World Federation of Occupational Therapists, 2020).

Nous mettrons de côté ces premiers prérequis afin de nous intéresser plus particulièrement à la pratique de l'ergothérapie elle-même et ce que cette dernière va mobiliser chez le thérapeute.

ii. Adaptations personnelles du thérapeute

Dans la littérature, les notions d'adaptation psychologique, de sensibilité culturelle et de sensibilité culturelle sont évoquées (Dumont & Walsh, Awaad, Al Busaidy et al., Murden).

ii.1 Adaptation psychologique

Il existe différentes formes d'adaptation. Soulignées par Searle et Ward (1990), il existe des adaptations dites psychologiques. En psychologie, c'est « *la modification des conduites qui visent à assurer l'équilibre entre un organisme et ses milieux de vie, ainsi que les processus qui sous-tendent ces modifications* » (Fischer et al., 2020, p.103) que l'on peut directement associer au thérapeute. Ce dernier s'adaptera et s'appropriera lui-même le nouveau contexte dans lequel il sera amené à travailler. Ceci lui permettra de comprendre quels sont les enjeux de ce contexte et comment cela peut impacter sa pratique auprès des patients. Les adaptations peuvent être internes et externes « développer un sens clair de l'identité personnelle et culturelle, entretenir une bonne santé mentale et la réalisation de la satisfaction personnelle [...], capacité à faire face

aux problèmes quotidiens en particulier dans les domaines de la vie familiale, du travail et de l'école » (Berry, 1997, p.14).

ii.2 Sensibilité culturelle

La sensibilité culturelle « réfère à la capacité de comprendre les différences et les similitudes, et de reconnaître les valeurs, les traditions, les croyances et les comportements ethnoculturels des autres populations » (Doorenbos et al., 2005, p.327). Pour les thérapeutes, développer leur sensibilité culturelle permettrait de se saisir des enjeux de la culture sur leur pratique et comprendre davantage son importance et impact. « *L'apprentissage et la connaissance de différentes cultures et modes de vie pourraient être un outil inestimable dans l'élaboration de plans de traitement adaptés à la culture* » (Murden et al., 2008, p.199). Ainsi, développer sa sensibilité culturelle peut être l'une des premières adaptations mises en place par l'ergothérapeute. Néanmoins, l'ergothérapeute tout en développant sa sensibilité culturelle, prêtera attention à conserver la singularité de chaque individu et ainsi ne pas transférer ses apprentissages sans s'assurer de la validité de ces derniers.

Murden et al., (2008) évoquent l'apprentissage et l'apport de connaissances. Cette idée est soutenue par Jasmin (2020) qui aborde lui aussi l'acquisition de connaissances « sur l'être humain, son environnement et ses occupations » (p.246). Ceci suit la logique des adaptations personnelles mises en place par l'ergothérapeute. De nombreux procédés cognitifs découlent de la sensibilité culturelle.

Jasmin (2020) met en avant la réflexion nécessaire sur soi et sa pratique. La réflexion sur soi fait référence à la connaissance de ses valeurs, de l'objet de ses attentions et de ce que le thérapeute peut être amené à privilégier. Prendre conscience de son ethnocentricité, c'est être vigilant de ne pas imposer ses propres pensées et façon de faire. Dans cette même thématique, mes propos étant toujours étayés par ceux de Jasmin (2020), la prise de recul du thérapeute sur sa position est une forme d'adaptation. Cela lui permet de ne pas être interprétatif et ainsi ne pas « justifier certains comportements par une appartenance culturelle » (Jasmin, 2020, p.71) et améliorer son raisonnement de sorte à se décentrer de sa personne. Cette prise de conscience et ce recul sont également évoqués par Murden et al., (2008) « *La capacité du praticien de reconnaître, de respecter et d'accepter les différences culturelles, tout en étant conscient que ces différences se situent dans des contextes culturels plus vastes* » (p.201).

A la suite de ces adaptations le thérapeute pourra personnellement, s'il le souhaite, en mettre en place de nouvelles qui faciliteront notamment sa pratique. Nous pouvons citer par

exemple « adapter son langage et vocabulaire, s’informer sur les normes à respecter, connaître les habitudes de vie et se les approprier, s’approprier le rythme de vie » (Jasmin, 2020, p.72).

ii.3 Compétence culturelle

L’on retrouve différentes définitions de la compétence culturelle qui « varie selon l’approche interculturelle, de même que les concepts qui en découlent » (Black, 2016 cité par Jasmin, 2020, p.243). Chavez et al., 2010 cité par Jasmin, 2020 donne la définition suivante « elle renvoie à la capacité d’agir et d’interagir de manière efficace avec des personnes de différents groupes culturels en faisant preuve de sensibilité culturelle lorsqu’on intervient auprès d’elles » (p.243). Cette définition vient faire écho à la notion abordée précédemment, la sensibilité culturelle. Elle souligne l’importance des interactions de la personne avec différents groupes culturels et met en évidence l’appréciation nécessaire des similitudes et différences entre les différentes cultures. Pour interagir efficacement, l’ergothérapeute doit être capable selon Vulpe et al., 2001 cité par Jasmin, 2020 :

- De communiquer avec des personnes d’autres cultures de manière à favoriser leur respect, leur confiance, leur collaboration et leur engagement
- Adapter ses compétences professionnelles à leur culture ou à leur contexte de vie
- S’adapter personnellement à leur culture ou à leur contexte de vie pour se sentir bien et être à l’aise d’interagir avec elles (Vulpe et al., 2001 cité par Jasmin, 2020, p.243).

La notion de compétence culturelle sera de nouveau abordée dans la partie acquisition de compétence, afin d’étudier comment l’ergothérapeute peut-il devenir culturellement compétent.

Il a été étudié dans cette partie les processus personnels d’adaptation mis en place par l’ergothérapeute. Il sera désormais étudié les adaptations liées à l’environnement.

iii. Adaptations à l’environnement

iii.1 L’environnement

Dans cette partie, l’on souhaite s’intéresser aux adaptations du thérapeute liées à l’environnement. Premièrement, l’environnement est défini dans le Robert (2023) par « un ensemble de conditions naturelles et culturelles qui peuvent agir sur les organismes vivants et

les activités humaines. ». De ce fait, différents types d'environnement existent mais nous nous intéresserons ici à l'environnement dit de travail de l'ergothérapeute. Autrement dit l'environnement physique. L'environnement est un élément important de l'intervention en ergothérapie comme le dit Kielhofner (2002) « l'environnement a un impact sur la qualité des performances des gens dans la réalisation de leurs activités, c'est pourquoi il est considéré comme un concept central en ergothérapie » (Kielhofner, 2002 cité par Meyer, 2010 cité par André et al., 2018, p.258).

iii.2 L'environnement physique

Dans le cas de la pratique d'un ergothérapeute occidental en Asie, l'environnement rencontré est différent de celui dans lequel ce dernier avait pour habitude d'évoluer et pratiquer. Effectivement, le lieu d'intervention est nouveau ; que cela soit un hôpital, une clinique ou les interventions à domicile. Lors de ces dernières, le thérapeute peut être confronté à un agencement méconnu de sa part du logement ce qui peut engendrer des difficultés dans les mises en situation de vie quotidienne. Au Cambodge par exemple, certaines familles n'ont pas de cuisine ou cette dernière est réduite. Par ailleurs, selon Al Busaidy & Borthwick., (2012), pour certaines familles « *cuisiner n'est pas une priorité pour récupérer de l'indépendance* » (p.157). De la même façon, que les familles « *ont des femmes de ménage ou beaucoup de personnes pour les assister* » (Al Busaidy & Borthwick, 2012, p.157) et de ce fait ne perçoivent pas l'importance de réaliser des mises en situation cuisine, habillage ou toilette. Le mobilier ou son utilisation peuvent être lui aussi être amené à être modifié ce qui impactera la pratique de l'ergothérapeute dans un premier temps, qui ne retrouvera pas l'utilisation qu'il connaît habituellement. De nouveau, Al Busaidy & Borthwick., (2012), indiquent que « *si vous leur dites qu'ils doivent s'asseoir sur une chaise ou dormir dans un lit, c'est vraiment très différent pour eux* » (p.157). Ainsi, de nombreuses habitudes locales font que certaines populations dorment sur des nattes à même le sol, mangent assis au sol avec les doigts ou des baguettes. Si le patient rencontre des difficultés dans une habitude locale qui est méconnue de l'ergothérapeute occidental, il sera plus difficile pour le professionnel de proposer une intervention. Prenons l'exemple d'un patient mangeant avec des baguettes, qui suite à un accident rencontre des difficultés de préhension mais indique avoir pour objectif de manger de nouveau seul avec des baguettes. L'ergothérapeute occidental, pourra rencontrer des difficultés lors de son intervention, ne maîtrisant pas lui-même cette habitude de vie. Au-delà des lieux, les conditions sont quant à elles aussi modifiées, telles que la chaleur ou les horaires de travail.

Dans l'environnement physique, l'on perçoit aussi les différences en termes d'équipement. Différents auteurs tels que Malkawi et al., (2020) et Al Busaidy & Borthwick., (2012) recensent un manque d'équipement notamment pour la réalisation de bilans ou d'activités. Les ressources semblent être limitées. Il existe peu de matériel d'orthèses ou de décapeurs thermiques, peu d'équipements d'activités de vie quotidienne tel que des accessoires de chaussettes nous dit Malkawi et al., (2020). Ils citent « *il y a un manque d'équipement et d'outils thérapeutiques essentiels dans les hôpitaux en raison du financement et du budget limités* » (p.4). Ainsi l'on observe des difficultés pouvant être liées à l'environnement, or si l'on reprend les termes de Kielhofner nous indiquant que l'environnement a un impact sur la qualité des performances et que c'est un concept central en ergothérapie nous pouvons supposer qu'il devient un facteur à considérer lors de l'intervention en ergothérapie.

c. Adaptations liées à la pratique de l'ergothérapie impactée par la culture

i. *Prise en compte de la culture lors de l'intervention en ergothérapie*

Cette partie reprend des notions abordées précédemment, notamment celles sur la pratique de l'ergothérapie, de l'impact culturel et des occupations.

En effet, il est important que l'ergothérapeute prenne en compte lors de sa pratique les différents facteurs composant son patient, notamment ceux impactés par la culture.

« L'approche systémique du patient demande de voir ce dernier selon les différents facteurs et/ou systèmes individuels, environnementaux et occupationnels afin d'observer les corrélations entre chacun. Pour réaliser cela, l'ergothérapeute doit au préalable acquérir un ensemble de connaissances sur l'être humain, son environnement et ses occupations » (Jasmin, 2020, p.60).

L'environnement et les occupations sont donc deux éléments sensibles à la culture et dont l'ergothérapeute doit avoir connaissance pour proposer une intervention la plus adaptée possible. Effectivement, « l'ergothérapeute travaille étroitement avec la culture quand il travaille sur les adaptations d'environnements et de façon de faire d'un patient » (Jasmin, 2020, p.60). Les facteurs sociétaux doivent eux aussi être pris en compte dans les propositions du thérapeute puisqu'ils viennent influencer l'individu et ses occupations. Comme nous le dit Jasmin (2020), afin que l'intervention soit efficace « l'ergothérapeute doit prendre en compte

la culture de sorte à pouvoir proposer une aide qui soit cohérente avec les occupations porteuses de sens pour le patient » (p.60).

De ce fait, une intervention centrée sur la personne, permet au thérapeute de prendre en considération la culture, la langue, l'environnement, les habitudes de vie du patient afin que ce dernier soit davantage investi dans l'intervention. L'ergothérapeute va être à la recherche des occupations qui font sens pour son patient. Pour ce faire, il pourra s'appuyer sur « *l'intégration des activités locales et traditionnelles et des méthodes d'auto-assistance, et l'adaptation sensible et éclairée des méthodes existantes.* » (Awaad, 2003, p.412). Ainsi l'ergothérapeute peut composer ses interventions et se basant sur des activités connues et appréciées de ses patients. Par ailleurs, la connaissance en amont du patient individuellement, l'identification de ses buts occupationnels permet de « s'assurer que les occupations utilisées en thérapies soient culturellement sûres ». (Kinébanian et Stomph, 2010 cités par Pierce & Morel, 2016 p.152)

ii. *Acquisition de connaissances*

Il va être désormais étudié l'importance de la connaissance au préalable du thérapeute dans sa prise en compte de la culture lors de son intervention en ergothérapie.

Les connaissances nécessaires au thérapeute peuvent émaner de ses connaissances personnelles qu'il a de lui mais aussi de celles qu'il peut acquérir sur l'environnement dans lequel il travaille. En effet, « l'ergothérapeute est porteur de culture et divers facteurs culturels teintent son contexte et son processus de pratique, il est pertinent dans un premier temps de réfléchir sur soi et sa pratique » (Jasmin, 2020, p.70). Il doit donc prendre conscience de ce qu'il a socialement appris et tenter de s'en séparer. Dans un second temps, l'ergothérapeute pourra devenir « culturellement compétent » (Pierce & Morel, 2016, p.152). C'est-à-dire qu'il pourra prendre connaissance de l'environnement qui l'entoure en s'intéressant à la famille, l'histoire, la langue, les traditions, les coutumes, les croyances religieuses, les valeurs etc. Ainsi il pourra réussir à composer sa pratique avec les éléments présents à sa disposition. Comme Jasmin (2020) a pu l'évoquer, Chiang & Carlson (2015) déclarent que la compétence culturelle nécessite la « *conscience de ses propres croyances et comportements culturels, variables culturelles, questions de santé et de handicap liées à la culture et les stratégies pour développer une pratique culturellement sensible* » (p.563). Et en effet, « l'information sur d'autres cultures et comment elles diffèrent de la nôtre sont la base du développement de la compétence culturelle ». (Pierce et Morel, 2016, p.158).

Afin de poursuivre ses recherches et continuer de se former, l'ergothérapeute peut s'appuyer sur ses observations de ce que fait le patient pour mieux comprendre ses comportements. En effet, « l'observation est un moment particulièrement important dans la compréhension du fonctionnement de la personne engagée dans ses occupations » (André et al., 2018, p.408). Pour mieux connaître la personne au-delà des observations, le thérapeute pourra s'appuyer sur des entretiens afin de savoir qui est le patient et ainsi élaborer à ses côtés l'ensemble des pistes de travail.

Ainsi,

« l'approche culturellement compétente en matière de traitement comprend la prise en compte des qualités du thérapeute, une conscience de l'environnement socioculturel, une orientation individuelle dans l'évaluation, une analyse de la signification culturelle et l'exécution des activités et des tâches de la vie quotidienne, et la sélection et l'adaptation soigneuses des approches de traitement. » (Awaad, 2003, p.412).

La prise en compte de la culture se fait donc par différents biais et permet de proposer une intervention la plus adaptée possible au patient et son environnement. Cette pratique reste dans la continuité de la pratique de l'ergothérapeute, la complétant de connaissances supplémentaires liées à la nouvelle culture rencontrée. Cette prise en soin d'un patient n'est pas relative à la pratique à l'étranger bien que son importance ne fasse aucun doute, mais elle est aussi mise en place lorsque l'ergothérapeute rencontre un patient de culture différente et ce même s'il exerce en occident.

HYPOTHESE

Etant donné tous les éléments apportés sur l'impact de la culture sur la notion de handicap, sur la notion d'occupation et sur les pratiques des ergothérapeutes, ma question de recherche est formulée ainsi :

Comment l'ergothérapeute de formation occidentale adapte-t-il sa pratique à un exercice en Asie de l'Est, en intégrant l'influence de la culture sur la perception du handicap et sur les occupations ?

Afin d'orienter mes recherches, j'ai formulé les hypothèses suivantes :

1. Les adaptations sont nécessaires pour améliorer la pratique en ergothérapie.
2. Les adaptations suivent un processus évolutif et progressif qui répond aux besoins de la pratique et de l'apprentissage des praticiens.
3. Les adaptations sont influencées par les caractéristiques individuelles des praticiens, leur expérience et leur environnement.

PHASE EXPERIMENTALE

Après s'être documenté et avoir enrichi la réflexion de connaissances théoriques issues d'ouvrages et d'articles qui composent désormais le cadre conceptuel, il est nécessaire de réaliser une enquête exploratoire au travers d'entretiens afin de répondre à la question de recherche. En effet, selon Quivy & Van Campenhoudt (2017), la partie exploratoire d'un mémoire comprend la prise d'informations grâce aux lectures mais aussi à l'aide d'outils de recherche. Ces entretiens ont pour objectif de recenser les différentes adaptations, déterminer les différents types d'adaptations et les catégoriser, analyser la façon dont elles sont mises en place et les difficultés qui peuvent être rencontrées. De ce fait, l'enquête interrogera des ergothérapeutes diplômés d'un pays européens, des Etats-Unis ou du Canada. Sous forme d'entretiens formels semi-directifs. Ces témoignages permettront de déterminer comment sont mises en place les différentes adaptations nécessaires à la pratique de l'ergothérapie par ces professionnels se retrouvant confrontés à une modification de leur pratique due à l'influence de la culture sur la perception des occupations. Cette méthode permet de lier apports théoriques et expérience pratique. Cette expérience pratique des thérapeutes permettra d'apporter un regard professionnel sur l'étude que j'analyserai objectivement. Le sujet sera pensé et interprété différemment d'un thérapeute à l'autre ce qui permettra d'obtenir un champ de réponses complet qui fera sens commun. Le sujet sera ainsi approfondi et enrichi par l'apport des différentes expériences

1. Méthodologie d'enquête

a. Choix de la méthodologie

La méthodologie d'enquête utilisée pour ces recherches est une méthode qualitative par entretien, qui est centrée sur la personne et son discours. En effet, comme le dit Boutin, (2019) l'entretien de recherche qualitatif est axé sur la collecte de données afin de mieux comprendre et interpréter la façon dont les personnes, construisent le monde qui les entoure dans un environnement social particulier. En lien avec mon sujet, il est préférable de privilégier une méthode qualitative dans le but de rassembler différents vécus possibles d'adaptations, l'objectif de l'enquête étant de comprendre le processus d'adaptation des ergothérapeutes occidentaux exerçant en Asie. Cet outil permettra de faire une analyse approfondie des données

recueillies. De plus, Boutin (2019) souligne l'intérêt de l'enquête par entretien dans les domaines de la sociologie, abordant notamment la culture, ce qui, par l'usage, conforte le choix de cet outil pour mon enquête.

Les questions posées seront semi-directives afin de laisser la liberté aux thérapeutes d'apporter leurs expériences personnelles. Selon Salah & Said, (2018) l'entretien semi-directif est un mode d'entretien dans lequel le chercheur amène le répondant à communiquer des informations nombreuses, détaillées et de qualité sur les sujets liés à la recherche. Les entretiens seront par ailleurs individuels, particulièrement pour permettre aux ergothérapeutes de pouvoir s'exprimer sans que ces derniers soient coupés par d'autres interventions. En effet, même si des techniques de groupes comme le Focus Groupe ou la méthode Delphi permettraient d'obtenir un consensus et les ergothérapeutes pourraient rebondir sur des vécus similaires et partagés, ici, il est privilégié dans un premier temps de plutôt recueillir le vécu propre à chacun et d'accompagner les ergothérapeutes dans une introspection et un cheminement sur le processus de changement qu'ils ont traversé. Cela ne pourra se faire donc qu'à travers l'individualité des entretiens, qui permettra un échange personnalisé grâce au fil directeur des questions et du récit du professionnel.

b. Le terrain d'enquête

Le terrain d'enquête n'impose pas de service ou de secteur d'intervention particulier. A contrario, il incite à découvrir différents lieux de pratique afin de pouvoir réunir la multitude d'adaptations possibles sans écarter celles pouvant être propres à un secteur d'exercice.

Le terrain d'enquête intègre des ergothérapeutes exerçants en Asie de l'Est et du sud-est. Il intègre des thérapeutes exerçants ou ayant exercé plus de six mois en Asie. L'Asie étant un vaste continent regroupant 47 pays, j'ai décidé d'orienter mes recherches sur les pays d'Asie du Sud-Est (11 pays : Birmanie, Brunei, Cambodge, Indonésie, Laos, Philippines, Singapour, Thaïlande, Timor oriental et le Vietnam.). J'ai fait le choix de m'orienter vers les pays d'Asie et notamment du Sud-Est après la réalisation de mon stage au Cambodge qui m'a permis de rencontrer des situations, qui m'ont permis par la suite de formuler mes différentes questions ayant conduit à ces recherches. Beaucoup de ces pays étant de petits États et n'ayant pas de formation d'ergothérapie, j'ai pris la décision d'élargir mon terrain d'enquête aux pays d'Asie de l'Est (aussi nommé Asie orientale) comprenant : la Chine, Hong-Kong, La Corée¹² (sud et

¹² Pour des raisons inhérentes au contexte politique entre les deux Corées, seule la Corée du sud sera retenue pour le terrain d'enquête

nord), le Japon, la Mongolie et Taïwan. Ainsi, 16 pays sont concernés par l'enquête. Par ailleurs, le choix d'élargir le terrain aux pays d'Asie orientale n'est pas anodin. Parmi eux, certains proposent une formation en ergothérapie (le Japon, la Chine, la Corée du Sud notamment). Ainsi, il est intéressant de venir questionner l'adaptation auprès de ces pays qui disposent eux-mêmes de centres de formations. L'intérêt étant toujours porté sur un ergothérapeute de formation initiale occidentale, il est néanmoins enrichissant de pouvoir approfondir le sujet auprès de personnel exerçant aux côtés de thérapeutes issus de la formation locale et ainsi soulever les différences ou similitudes de pratiques. Par ailleurs, un pays formateur permettra d'obtenir une littérature, spécifiquement par le biais des journaux d'ergothérapie nationaux. Les autres pays asiatiques ne sont pas totalement exclus de l'enquête et sont intégrés au cadre conceptuel, leurs écrits permettent la compréhension de nombreux fondamentaux. Néanmoins, élargir davantage le terrain d'enquête pourrait réunir des témoignages qui ne porteraient pas sur la même problématique. Effectivement, il est possible de constater de grandes différences entre l'Asie de l'Ouest (occidentale) et l'Asie de l'Est (orientale) : religions, coutumes, croyances, organisation sociétale et bien d'autres points divergent encore. Afin d'obtenir un échantillonnage qui soit varié tout en gardant une problématique commune, il semble donc important de restreindre le terrain d'enquête à des pays similaires en termes de pratique religieuse, d'organisation sociétale, de croyances et autres. Par ailleurs, l'Asie occidentale se rapproche plutôt de l'Europe et du modèle occidental, de ce fait la comparaison ne serait pas la même.

c. Population cible

L'enquête a pour volonté d'interroger des ergothérapeutes à la formation initiale occidentale sans critères d'exclusion liés à l'âge, le sexe et le milieu professionnel. Afin d'être varié, l'échantillonnage souhaite rassembler des ergothérapeutes issus de plusieurs pays occidentaux, aux parcours professionnels et lieux d'exercices en Asie différents. L'enquête souhaite interroger au minima 4 ergothérapeutes dont un ergothérapeute français diplômé d'État. Si le temps me le permet et si cela est nécessaire, davantage d'entretiens pourront être réalisés. Il est important de recueillir au minimum un témoignage d'ergothérapeute diplômé d'Etat français afin que l'entretien ne soit pas entravé par la barrière de la langue et pouvoir faire le lien directement avec la même formation d'ergothérapeute suivie en France.

Les critères d'inclusion à l'étude sont :

- Être diplômé d'ergothérapie d'un pays d'Europe, des États-Unis ou du Canada.
- Avoir eu une pratique d'au moins six mois dans un pays occidental avant le départ en Asie.
- Avoir eu une pratique en Asie d'au moins six mois.
- Maîtrise de l'anglais ou du français.

Les 6 mois de pratique en occident peuvent avoir été faits après le retour d'Asie. Il n'existe pas d'ordre prédéfini. La maîtrise de l'anglais ou du français est nécessaire pour que les échanges puissent être compris par les deux parties et permettent ensuite une retranscription des entretiens. Ces critères ont pour objectif de réunir des ergothérapeutes ayant connu les deux expériences d'exercice en Occident et en Asie et pouvant ainsi comparer leurs deux pratiques et la transition de l'une à l'autre, afin de recenser des différences et évoquer les adaptations qu'ils ont pu mettre en place. Six mois semble être le temps nécessaire pour rencontrer de multiples situations et cas pratiques pouvant conduire à des adaptations. Par ailleurs, les thérapeutes peuvent pratiquer de nouveau en occident ou hors de l'Asie de l'Est au moment de l'entretien. La maîtrise de l'anglais ou du français est un critère, car l'échange dans les entretiens se fera avec l'une de ces deux langues. Par ailleurs, les ergothérapeutes interrogés doivent consentir à la participation à l'enquête ainsi qu'à l'enregistrement de l'entretien.

Les thérapeutes sont informés de la sauvegarde de leur enregistrement d'entretien de façon anonyme dans un dossier sécurisé par un mot de passe. La conservation de l'entretien sera limitée dans le temps et l'enregistrement sera supprimé dès l'obtention du diplôme.

Les critères de non-inclusion à l'enquête sont :

- Un refus de l'ergothérapeute de participer à l'entretien ou d'être enregistré
- La non-maîtrise de l'anglais ou du français pour la réalisation des entretiens.
- L'ergothérapeute n'a pas travaillé dans l'un des pays d'Asie sélectionnés pour l'enquête ou lors d'un temps insuffisant ne correspondant pas aux 6 mois demandés par l'enquête.
- L'ergothérapeute n'a pas exercé en occident, et ainsi n'a pas de point de comparaison avec l'expérience qu'il a eu en Asie et les adaptations que cette dernière a pu lui demander.

Critères d'exclusion à l'enquête : l'ergothérapeute ne répond pas à l'ensemble des questions ou quitte l'entretien avant la fin de ce dernier.

d. Réalisation des entretiens

Mon enquête aura lieu de février à mi-avril 2023.

Les entretiens seront réalisés en visioconférence due à la possibilité que le thérapeute soit sur son lieu de travail à l'étranger. « L'interviewer dans son lieu de travail permettra à l'interviewer d'avoir des éléments indicateurs sur sa vie professionnelle. » (Salah & Said, 2018, p.10). Les conditions de visioconférence doivent réunir : une connexion stable, un lieu non bruyant avec un minimum de passage, caméra allumée (si l'entretien se fait par visioconférence), respectant le décalage horaire. Une rencontre en présentiel sera privilégiée si le thérapeute est en France. En effet, un entretien en présentiel est préférable à un distanciel. Les apports sont différents, il est plus facile d'approfondir certaines notions et de rebondir sur d'autres, le contact humain apporte ce que le distanciel coupe. Les échanges seront en français ou en anglais. En fonction du développement des réponses, je prévois entre 45 et 55 minutes maximum d'entretien, en une seule fois. Les entretiens sont individuels et enregistrés avec un dictaphone. Le consentement de l'ergothérapeute est recueilli pour l'enregistrement vocal. Il est assuré que les données seront anonymisées pour l'étude des résultats afin de garantir la confidentialité. Elles seront conservées selon les normes de sécurité de sauvegarde, c'est-à-dire dans un dossier sécurisé par un mot de passe, puis supprimées dès l'obtention du diplôme.

Pour l'élaboration, il est nécessaire de préparer le guide d'entretien (objectifs, contexte, thèmes, contenus et thématiques). Les questions du guide d'entretiens sont réparties selon 3 grandes thématiques :

- La perception du handicap en Asie de l'Est
- L'influence de la culture
- Les adaptations

Un premier mail sera envoyé pour établir un contact et présenter ma recherche. Par la suite, un échange sera réalisé avec le thérapeute pour vérifier si les différents critères d'inclusion à l'étude sont respectés. Pour finir, une décision commune d'une date d'entretien sera prise.

Pour la passation de l'entretien, l'étude sera présentée en amont sans donner ma question de recherche, afin que le thérapeute ait connaissance de la thématique de mes recherches. Au début de l'entretien, un rappel sera réalisé concernant l'enregistrement avec consentement et anonymisation des données. Je m'assurerai pendant l'entretien que le contexte est posé et respecté et que le thérapeute comprend mes questions ainsi que l'initiative de mes recherches.

Enfin, je réaliserai un retour d'entretien au thérapeute interrogé et je lui ferai part de mes remerciements.

e. Modalités d'analyses

En lien avec mon outil, je vais procéder à une retranscription mot à mot afin de pouvoir réaliser une analyse de contenu. Selon Wanlin (2007), l'analyse de contenu s'organise autour de trois phases chronologiques : la préanalyse, l'exploitation du matériel ainsi que le traitement des résultats, l'inférence et l'interprétation. Ce sera donc une analyse qualitative, catégorielle, par thématiques. De fait, « l'analyse de données qualitatives est un processus impliquant un effort d'identification des thèmes, de construction d'hypothèses (idées) émergeant des données ainsi que de clarification du lien entre les données, les thèmes et les hypothèses conséquentes » (Tesch, 1990 cité par Wanlin, 2007, p.251). Les résultats seront hiérarchisés par thèmes, selon la réponse qu'ils apportent et leur pertinence, le tout en regard du cadre conceptuel et de l'hypothèse. Les termes, mais aussi les silences et le langage corporel seront analysés. Je m'appuie sur la théorie ancrée, aussi nommée « the grounded theory » par ses deux créateurs, Glaser et Strauss en 1967. Selon cette approche, « ce n'est pas l'interviewer qui possède l'expertise du sujet, mais bien la personne interviewée » (Bowers, 1988 cité par Couture, 2003, p.129). Ainsi, « l'analyse des données s'effectue principalement en rassemblant sous différentes catégories les informations présentes dans les entrevues » (Couture, 2003, p.129). Cette méthode qualitative permet notamment au chercheur « de relier la structure de ces récits à des processus sociaux jusque-là invisibles et souvent méconnus des participants eux-mêmes. » (Benoit, 2021, p.128).

Par ailleurs, les entretiens réalisés en anglais seront retranscrits en anglais. Ils ne feront pas l'objet d'une traduction en français. Néanmoins, lors de leur utilisation, les termes et citations reprises seront quant à eux traduits en français afin d'être utilisés et analysés.

f. Réglementation

Anciennement loi Huriet-Sérusclat (1988), la loi Jardé votée le 12/03/12 entrée en vigueur en 2016 s'applique « à la recherche impliquant la personne humaine » (Lemaire, 2019, p.373). Elle connaît des changements. Désormais, selon, Levy et al., (2017) toute recherche impliquant la personne humaine interventionnelle ou non doivent recevoir l'avis d'un comité de protection des personnes après dépôt d'un dossier. Il est aussi fait notion de recueil de consentement et de

sécurité, de sauvegarde des données. De ce fait, l'étude utilisera un dictaphone, un stockage sécurisé et anonymisera les personnes interrogées.

2. Recueil et analyse des résultats

7 ergothérapeutes ont répondu à mes questions par le biais de la réalisation d'un entretien en anglais ou en français. Deux d'entre elles étaient mes tutrices lors de mon stage au Cambodge en mai-juin 2022, deux ont été contactés par le biais des réseaux sociaux LinkedIn et Facebook, deux ont répondu à mes sollicitations par mail et la dernière est issue d'un contact fourni par une ergothérapeute ayant répondu positivement à ma recherche d'entretien par le biais d'un groupe Facebook.

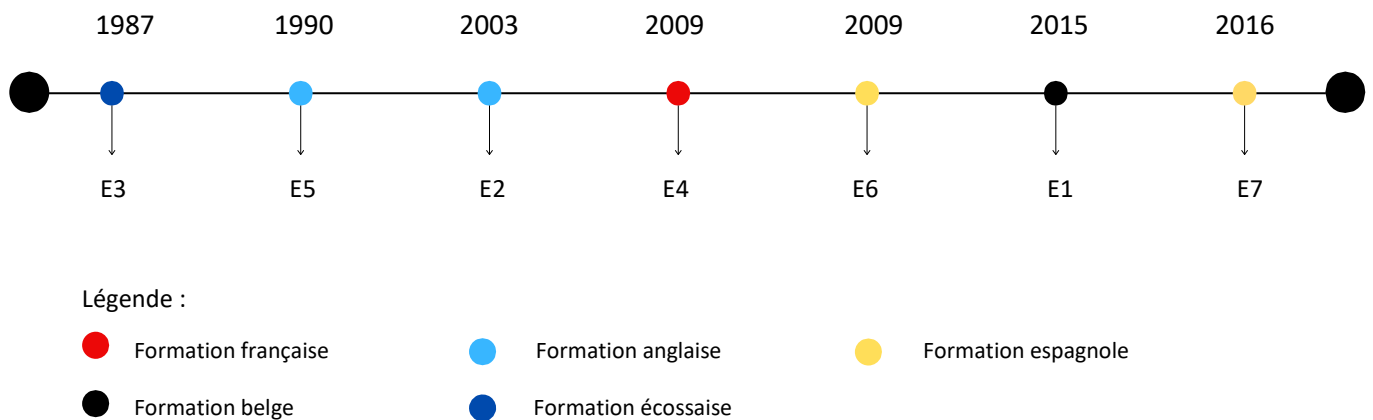
Au total, 33 ergothérapeutes ont été contactés par mail. 17 par Messenger et 2 par LinkedIn. Un mail a pu être envoyé aux associations nationales telles que : L'ANFE, JAOT, COTA, HKOTA, KAOT, MAOT, SAOT et l'OTAT. L'association régionale APOTRG a, elle aussi, été contactée, toutes restent sans réponse. J'ai pu rejoindre des groupes d'ergothérapeutes sur Facebook tels que « Home Care Philippines (Occupational Therapists) » ; « Occupational Therapy in Korea » ; « Malaysia OT Freelance Occupational Therapist » ; « Pediatric Occupational Therapists » ; « Travel Physical and Occupational Therapist Jobs » ; « Occupational Therapist Jobs in Thailand » ; « Travel Occupational Therapist Jobs (OT) » afin d'y présenter mon étude et ma recherche d'entretiens. 2 contacts ont été établis par messages WhatsApp et ont été appelés téléphoniquement sans réponse positive 4 cliniques.

a. Données recueillies

Les ergothérapeutes seront cités sous la forme E pour Ergothérapeute suivi d'un chiffre (1, 2, 3...) pour les identifier. Le chiffre correspond à l'ordre de réalisation des entretiens dont deux sont retranscrits entièrement en annexes (voir ANNEXE V et ANNEXE VI).

Afin de fluidifier la lecture, les citations retenues des entretiens réalisés en anglais sont traduites et incluses en français.

Fig.1 **Frise chronologique de l'année d'obtention du diplôme d'ergothérapeute des professionnels interrogés pour l'enquête**



Analyse :

Avec l'aide de cette frise chronologique, il est possible de constater les années d'obtention du diplôme en ergothérapie des ergothérapeutes interrogées¹³ pour l'enquête. Connaître cette information nous permet de situer le nombre d'années d'expérience des thérapeutes interrogées et ainsi permettre d'anticiper des biais dus au temps. Certaines questions du guide d'entretien interrogent le thérapeute sur son arrivée dans le pays de sa pratique en Asie ou les adaptations qu'il a pu mettre en place lors de ce changement. Or, lorsque cette arrivée n'est pas récente, la question peut demander au thérapeute de faire appel à d'anciens souvenirs, remontant parfois à plus de 30 ans (sur l'exemple de l'entretien 3). Ces souvenirs peuvent avoir été altérés par le temps. Il est possible que l'ergothérapeute ne puisse s'en souvenir ou alors que cette dernière ait intégré totalement certaines adaptations qui désormais ne lui paraissent plus en être. Ainsi, c'est pourquoi selon moi, le temps peut être un facteur qui lors des entretiens peut venir taire certaines informations. Cette frise nous permet alors d'anticiper dans quel entretien cette difficulté sera majoritairement présente. De plus, la formation en ergothérapie évolue, et ce, depuis de nombreuses années. Il est alors légitime de supposer que les apprentissages reçus entre E3 et E7 sont différents, ce qui pourrait impacter leur nécessité d'adaptation.

¹³ Conjugaison au féminin et dernière personne du pluriel puisque les ergothérapeutes interviewées dans le cadre de l'enquête sont toutes de sexe féminin.

Tab. I. Profil des ergothérapeutes interrogées : origine de formation et pratique en Asie de l'Est, expérience professionnelle en Occident et en Asie de l'Est

Ergo-thérapeutes	Pays de formation et d'exercice occidental	Pays d'exercice en Asie de l'Est	Nombres d'années d'exercice en occident	Nombres d'années d'exercice en Asie de l'Est	Structures en Occident	Structure en Asie de l'Est
E1	Formation en Belgique puis exercice en France	Cambodge	3 ans	2 ans	SSR neurologique adulte FAM	ONG
E2	Angleterre	Thaïlande	5 ans	4 ans	Service de neurologie adultes et personnes âgées Service de chirurgie pédiatrique	Clinique libérale pédiatrique aussi nommée « special needs center »
E3	Ecosse	Singapour	Entre 1 à 2 ans	>30 ans Toujours en exercice	Département médico-social	Hôpital : service de neurologie Clinique libérale pédiatrique
E4	France	Japon Singapour	5 ans	3 ans au Japon 3 ans à Singapour, toujours	4 ans dans un centre d'enseignements adaptés	Cabinet libéral pédiatrique au Japon Centre de rééducation

				en exercice	1 ans dans un cabinet libéral pédiatrique	pour enfants à Singapour
E5	Angleterre	Hong- Kong	6 mois à un 1 an	11 ans Toujours en exercice	Différents services en santé mentale	4 ans d'exercice au sein d'un centre spécialisé pour enfants 6 ans d'exercice dans un cabinet libéral pédiatrique
E6	Espagne	Cambodge	5 ans	7 ans Toujours en exercice	1 an au Chili 4 ans dans un SSR pour la rééducation des membres supérieurs	Cabinet libéral pédiatrique
E7	Espagne	Cambodge	2 ans ½	Presque 3 ans Toujours en exercice	SSR gériatrique et neurologique	Cabinet libéral pédiatrique

Analyse :

Ce tableau présente les profils des ergothérapeutes interrogées dans le cadre de l'enquête.

Premièrement, il met en évidence la diversité des profils des ergothérapeutes, provenant principalement de pays d'Europe de l'Ouest et de pays frontaliers, à l'exception du Royaume-Unis, avec des formations qui diffèrent, mais présentant moins de disparités par rapport au Canada et aux États-Unis. Malgré les distinctions entre ces pays européens, leur proximité géographique facilite l'analyse des réponses. Le temps d'exercice dans un pays occidental varie de un à cinq ans, ce qui permet aux ergothérapeutes d'acquérir une expérience en Occident et de se forger une opinion sur cette pratique. Par ailleurs, l'on suppose qu'un temps d'exercice plus long en occident tel que **E2**, **E4** et **E6** en ont eu, a permis l'obtention d'un avis davantage critique.

Les structures d'exercices sont variées et concernent tout type de population. Les expériences des ergothérapeutes sont diversifiées, sans corrélation entre le lieu d'exercice ou la durée d'exercice dans un pays occidental pour les ergothérapeutes provenant d'un même pays (Espagne et Angleterre). Cependant, l'ergothérapeute française est la seule à avoir exercé auprès d'enfants dans un cabinet libéral avant d'acquérir de l'expérience en Asie de l'Est.

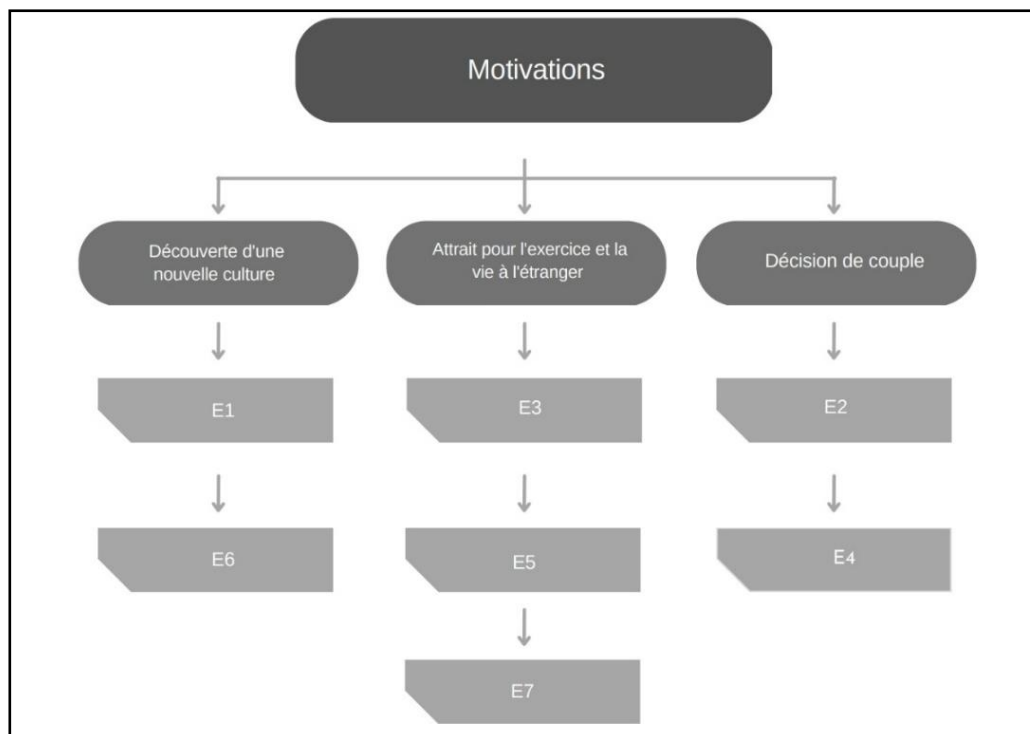
Dans un second temps, le tableau révèle des lieux d'exercice moins hétérogènes en Asie de l'Est. En effet, trois ergothérapeutes sur sept ont exercé ou exercent au Cambodge, ce qui peut s'expliquer par la réalisation de mon stage dans ce pays et/ou par l'absence de formation en ergothérapie dans celui-ci. La venue d'ergothérapeutes occidentaux serait alors nécessaire pour répondre aux besoins de la population locale et expatriée. De plus, à l'exception de deux ergothérapeutes (**E1** et **E2**), toutes exercent encore Asie de l'Est, principalement en pédiatrie dans l'équivalence de cabinets libéraux. Les expériences varient alors de trois à plus de trente ans.

Le point qui me semble le plus important à faire ressortir de ce tableau est l'homogénéité des lieux d'exercices en Asie de l'Est. Il est possible de suggérer que la pratique dans des cabinets libéraux internationaux facilite l'effacement de la barrière de la langue, et que des pays comme le Cambodge, où la formation en ergothérapie n'existe pas, n'ouvrent pas de postes dans les structures hospitalières. À l'inverse, des pays comme le Japon, qui compte 73 instituts de

formation en ergothérapie, ne nécessite pas l'intervention d'ergothérapeutes occidentaux au sein de leurs services hospitaliers.

Ainsi, l'accès à la pratique dans des cabinets libéraux semble être privilégié par les ergothérapeutes occidentaux, qui doivent maîtriser l'anglais et avoir une connaissance du public occidental pour exercer dans ces cliniques accueillant une population locale et expatriée.

Fig. 2. Présentation des motivations ayant conduit les ergothérapeutes à partir travailler en Asie de l'Est



Analyse :

Il semble que parmi les trois ergothérapeutes souhaitant exercer à l'étranger, deux d'entre elles, **E3** et **E5**, exercent effectivement à l'étranger depuis respectivement plus de 30 ans et 11 ans. Leur volonté initiale d'exercer à l'étranger s'est donc consolidée au fil du temps. En revanche, **E7** exerce à l'étranger depuis seulement 3 ans, mais il est envisageable que cette période se prolonge pendant de nombreuses années.

Cependant, il est intéressant de noter que lorsque la motivation première de partir exercer en Asie de l'Est est en lien avec une décision de couple, l'on observe qu'après 4 ans à exercer en Thaïlande, **E2** est finalement retournée travailler en Angleterre. Pour **E4**, les décisions prises par le couple ont conduit ces derniers à partir 3 ans au Japon, puis revenir en France avant de finalement repartir à Singapour, où ils sont depuis désormais 3 ans.

En ce qui concerne deux des ergothérapeutes interrogées, **E1** et **E6**, outre l'attrait de l'exercice à l'étranger, leur motivation principale était de découvrir une nouvelle culture. Par conséquent, il est possible de supposer que **E1** et **E6** axeront leurs réponses autour de la culture qu'elles ont découverte, tandis que **E3**, **E5** et **E7** évoqueront principalement leur volonté d'exercer à l'étranger.

b. Thématiques

Les entretiens ont tous fait l'objet d'une retranscription mot à mot. Deux d'entre eux ont été laissés en annexes (voir ANNEXES V et VI).

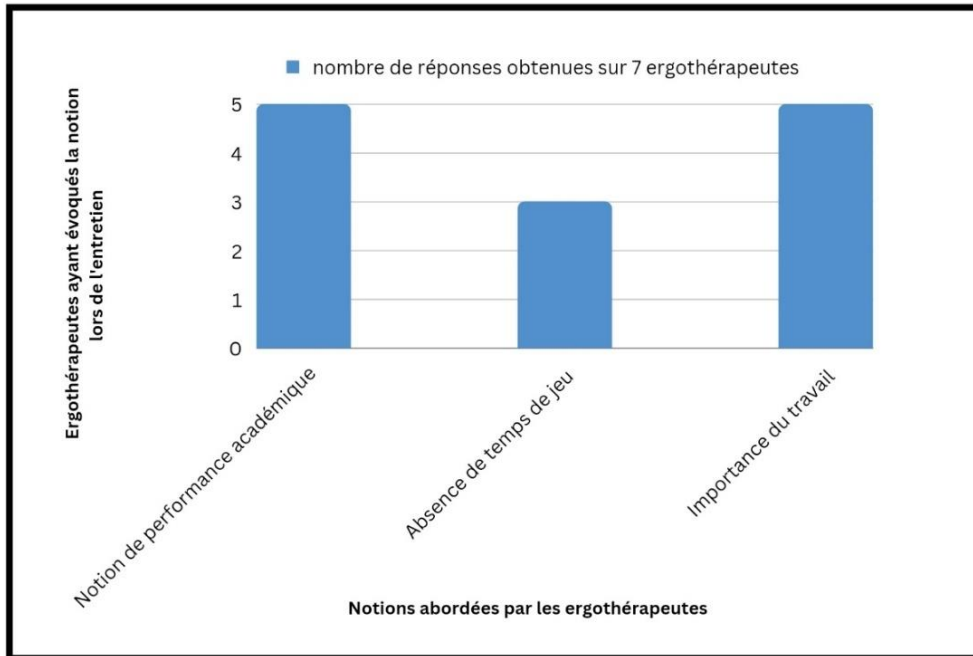
J'ai fait le choix de réaliser une analyse catégorielle. De ce fait, les entretiens furent l'objet de nombreuses relectures afin de pouvoir en faire ressortir différents thèmes (Quivy, R., & Van Campenhoudt, L., 2017) que voici :

Tab. II. **Présentation des thèmes et sous-thèmes apparu lors de l'analyse des données des entretiens.**

Thèmes	Notion de productivité en Asie de l'Est	Evolutions liées au thérapeute	Adaptations environnementales	Adaptations intuitives	Adaptations continues de la pratique de l'ergothérapeute occidental en Asie
Sous-thèmes	Occupations et réussite scolaire	Apprentissages	Lieu d'exercice	Adaptations aux besoins	Adaptations progressives
	Occupation et travail	Ressources	Hiérarchie	Adaptations selon la demande	Processus long
	Pression académique	Observations	Famille	Notion de naturel	Etapas
		Vécu	Conditions environnementales		

Notion de productivité en Asie de l'Est

Fig. 3. Présentation des principales notions abordées par les ergothérapeutes



Lors de l'analyse des entretiens, sont ressorties trois grandes notions en lien avec la thématique de la productivité : la notion de performance académique abordée par 5 ergothérapeutes, l'absence de temps de jeu évoquée par 3 ergothérapeutes et l'importance du travail soulevée par 5 ergothérapeutes.

Tab. III. La notion de productivité en Asie de l'Est

Notion de productivité en Asie de l'Est	
E1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les occupations sont reliées au travail. Peu d'occupations sont liées aux loisirs. ▪ L'école, les activités de vie quotidienne et la vie professionnelle sont mis en avant. <p>« Les occupations tournent peu autour des loisirs. » « Le quotidien est beaucoup rythmé par le travail. »</p>
E2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Peu de place faite pour les temps de jeu. « Les occupations sont un peu comme réglementées et strictes ». ▪ Demande de productivité du thérapeute et temps de travail surveillé
E3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La culture asiatique est centrée sur le travail <p>« Il est attendu que les personnes restent beaucoup plus longtemps au travail »</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Il existe une préférence des temps d'enrichissement au temps de jeu ▪ Les occupations principales pour les enfants sont tournées sur les études. Les temps de jeu ainsi que le sport apparaissent dans un second temps et ne sont pas valorisés <p>« Les parents sont beaucoup plus concentrés sur les études par exemple que sur le jeu » « Le temps libre, encore une fois n'a pas une place énorme dans l'enfance »</p>

E4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Point de vue orienté sur les apprentissages scolaire ▪ Présence importante des études dans les occupations des enfants ▪ Peu de notion de jeu, de jeu libre, de temps libre ▪ Méritocratie « il y a un concours pour entrer au CP » <p>« Les singapouriens ne vont jamais les mettre faire tel ou tel sport juste pour qu'ils se dépensent et qu'ils en retirent du plaisir. On a toujours une notion de qu'est ce que ça va leur apprendre, leur apporter et est-ce que ça va être un plus pour eux. »</p> <p>« Les gens vont beaucoup faire des choses pour augmenter les performances, de la même manière, ça implique l'enfant mais ça implique aussi sa famille »</p>
E5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Attentes de résultats académiques des parents <p>« Les parents portent beaucoup d'importance à ce que l'enfant sache lire, écrire et épeler »</p>
E6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Différence notable d'occupations entre les enfants issus de famille aisées et les enfants issus de familles pauvres <p>« Ils doivent juste trouver un moyen de se faire de l'argent dans la rue »</p>
E7	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Importance des résultats académiques <p>« J'ai eu plusieurs parents dont la principale préoccupation était davantage la performance scolaire que la performance des activités de vie quotidiennes »</p>

➤ Analyse :

Les ergothérapeutes ont souligné la prédominance de la notion de productivité en Asie de l'Est, notamment lors de leur prise en soin. En effet, toutes mettent en avant l'importance du travail et des performances académiques dans cette région du monde. On observe une valorisation du travail, qu'il soit scolaire ou professionnel, qui dépasse celle accordée aux activités de la vie quotidienne, aux loisirs ou au sport. Par exemple, **E7** mentionne « j'ai eu plusieurs parents dont la principale préoccupation était davantage la performance scolaire que la performance des activités de vie quotidiennes ».

Cette notion de productivité affecte à la fois les adultes et les enfants, comme l'indiquent les sept ergothérapeutes interrogées pour l'enquête exerçant toutes en pédiatrie. L'ergothérapeute **4** souligne « les gens vont beaucoup faire des choses pour augmenter les performances, de la même manière, ça implique l'enfant, mais ça implique aussi sa famille ». Ainsi, tous sont impliqués dans les performances des uns et des autres, ce qui demande également l'implication de l'ergothérapeute. Les demandes émanant des parents sont souvent axées sur la performance, dès le plus jeune âge, comme le souligne **E4**, « il y a un concours pour entrer au CP ». Les attentes des parents sont souvent centrées sur les performances scolaires, comme l'explique **E5**, « les parents portent beaucoup d'importance à ce que l'enfant sache lire, écrire et épeler » laissant peu de place à d'autres objectifs liés aux activités de la vie quotidienne, aux loisirs ou au sport. Or l'ergothérapeute **4**, formée en France, rappelle qu'« en France, on est vraiment collés à nos activités de vie quotidienne ».

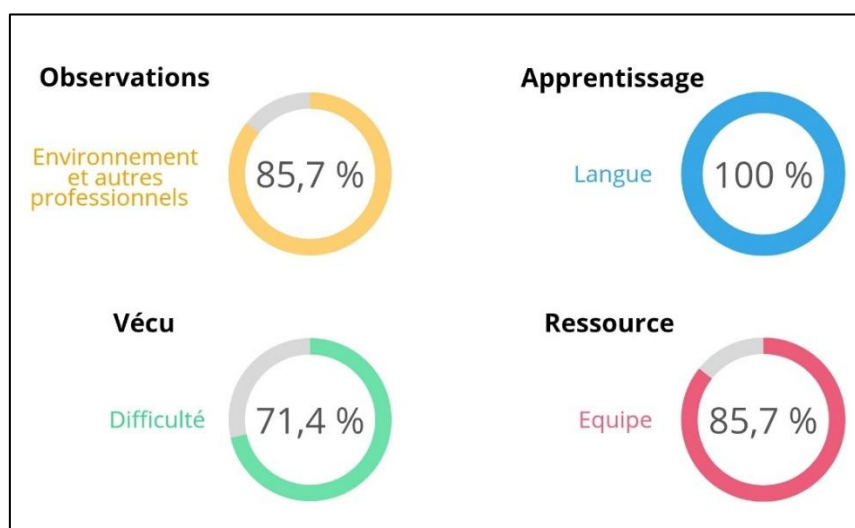
Dans un autre aspect abordé par les ergothérapeutes, il est souligné l'absence de temps de jeu. En lien avec l'importance accordée à la réussite scolaire des enfants, les temps de jeu sont réduits, voire absent. En effet, il existe une préférence pour les temps d'enrichissement au temps de jeu évoqué par l'ergothérapeute 3. Elle précise « le temps libre, encore une fois, n'a pas une place énorme dans l'enfance ». Cette idée est également évoquée par E2 et E4, qui ajoutent qu'il y a peu de notion de jeu libre. Or, c'est pendant ces moments de jeu que se développent des compétences, notamment liées aux interactions sociales. Ce que souligne aussi les propos suivants : lors des séances de groupe, « les enfants devaient s'asseoir et attendre leur tour pour faire certaines compétences. Et cela semblait être très culturel. » (E2). En effet, la culture paraît donc être à l'initiative de cette demande de performance académique et d'absence de jeu.

Enfin, un dernier point est abordé par l'ergothérapeute 6, qui soulève la distinction entre les enfants issus de familles aisées et les enfants issus de familles pauvres. Toutes les ergothérapeutes ont abordé la notion de performance académique ou l'absence de jeu au profit de programmes d'enrichissement, et cela parce qu'elles travaillent ou travaillaient toutes dans des cliniques pédiatriques recevant tout autant d'enfants locaux, qu'expatriés, pouvant ainsi financer la thérapie. Cependant, l'ergothérapeute 6 aborde quant à elle le travail demandé aux enfants issus de familles pauvres, qui n'est pas lié à la performance scolaire, mais plutôt au besoin de subsister, « ils doivent juste trouver un moyen de se faire de l'argent dans la rue ». Néanmoins, cet exemple n'est cité qu'une seule fois, probablement parce qu'il ne concerne pas la population auprès de laquelle les différentes ergothérapeutes exercent.

❖ **En conclusion**, cette partie met en évidence la prédominance de la **notion de productivité** en Asie de l'Est, avec une **valorisation** marquée du **travail** et des **performances académiques**. Elle souligne également l'absence de temps de jeu et les différences socio-économiques dans les attentes envers les enfants. Les ergothérapeutes notent ces tendances dans leur pratique et **comprennent l'importance d'adapter** leurs interventions en fonction de ces réalités culturelles et sociales.

Evolutions liées au thérapeute

Fig. 4. Présentation des principaux éléments évoqués par les ergothérapeutes par sous-thème



Dans chaque sous-thème, voici en pourcentage l'importance des réponses données par les ergothérapeutes interrogés.

Légende : résultats en pourcentage du nombre d'ergothérapeutes ayant évoqué cet élément lors de leur réponse.

Tab. IV. Présentation des différentes évolutions du thérapeute avec les termes clés

E1	E2
<p>Apprentissage</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modification des idées, écoute, langue (khmer) <p>Vécu</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Difficulté</u> : barrière de la langue ; explications ; compréhension ; sentiment perte d'efficacité et de sens ; remise en question <p>Ressources</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipe ; questionnement personnel ; visites 	<p>Apprentissage</p> <ul style="list-style-type: none"> • Langue (thaï) ; interaction ; appui sur les ergothérapeutes thaïlandais <p>Vécu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque du domicile ; facilité avec le temps, prise de confiance, effort pour apprendre la langue ; excitation, bonheur <p>Ressources</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suivi d'une ergothérapeute thaïlandaise et collègues ; lectures et recherches, questionnement
E3	E4
<p>Apprentissage</p> <ul style="list-style-type: none"> • Collection d'informations ; connaître les différentes cultures ; langue <p>Vécu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frustration ; désillusion ; excitation, vécu de liberté ; collaboration difficile avec les écoles <p>Ressources</p>	<p>Apprentissage</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprendre comment fonctionne le pays ; entretiens ; langue (japonais) ; développer une multiculturalité <p>Vécu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Difficulté : pour comprendre ; découragement ; petites victoires <p>Ressources</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Poser des questions aux parents ; empathie déjà présente chez les ergothérapeutes 	<ul style="list-style-type: none"> • Autres professionnels (discussion et observation)
E5	E6
Apprentissage <ul style="list-style-type: none"> • Langue (cantonais) ; superviseur Vécu <ul style="list-style-type: none"> • Difficulté ; progression ; prise de confiance Ressources <ul style="list-style-type: none"> • Etre consciente de la culture ; superviseur 	Apprentissage <ul style="list-style-type: none"> • Ouverture d'esprit, langue (khmer) Vécu <ul style="list-style-type: none"> • Difficulté ; frustration ; évolution ; tristesse ; effort Ressources <ul style="list-style-type: none"> • Questionnement ; autres professionnels ; compréhension
E7	
Apprentissage <ul style="list-style-type: none"> • Langue (khmer) ; salutations et quotidien Vécu <ul style="list-style-type: none"> • Aucun effort Ressources <ul style="list-style-type: none"> • Autres professionnels ; recherches ; ouverture d'esprit 	

Analyse :

Toutes les ergothérapeutes interrogées évoquent avoir rencontré des difficultés liées à la barrière de la langue, comme le souligne l'ergothérapeute **3** qui mentionne « je devais avoir un traducteur qui traduisait, ce qui était frustrant ». En conséquence, toutes, à l'exception de l'ergothérapeute **3** rapportent avoir appris la langue de leur pays d'exercice ou au moins les bases nécessaires pour être comprises lors de leurs séances thérapeutiques. L'ergothérapeute **2** déclare par exemple « j'ai appris la langue le plus possible ». **E4** explique avoir acquis quelques notions de japonais, mais ne mentionne aucun apprentissage de la langue à Singapour, tout comme **E3**. L'ergothérapeute **3** l'explique en indiquant que « l'anglais étant la langue des affaires à Singapour, la majorité des personnes parlent maintenant anglais ». Cela explique pourquoi ces deux ergothérapeutes n'ont pas appris la langue à Singapour, mais ont néanmoins rencontré des difficultés lorsque les enfants qu'elles recevaient ne maîtrisaient pas encore l'anglais.

Les ergothérapeutes **1, 3, 4, 5, 6** évoquent leurs expériences personnelles, souvent qualifiées de « difficiles » (**E5**), pour différentes raisons souvent inhérentes à chaque professionnelle. L'ergothérapeute **1** exprime se sentir « démunie face à certaines situations », tandis que l'ergothérapeute **3** explique avoir été frustrée et parfois désillusionnée. L'ergothérapeute **4** dit avoir ressenti « être dans une impasse ». **E5** et **E6** partagent des expériences personnelles difficiles, notamment parce que, selon **E5**, « je n'aimais pas vraiment

Hong-Kong quand nous sommes arrivés parce que nous n'avions pas de voiture et un petit appartement » et selon E6, « cela demande plus d'efforts ».

Seules E2 et E7 ne partagent pas de vécu difficile. Au contraire, l'ergothérapeute 2 déclare « j'ai adoré m'adapter » et souligne ses propos par des mots tels que bonheur et excitation. En contraste avec E6, l'ergothérapeute 7 exprime que son expérience n'a demandé aucun effort, « cela ne m'a pas demandé d'efforts, car j'ai vécu au sein d'une famille multiculturelle ». Il est clair ici que les caractéristiques personnelles du thérapeute interrogé jouent un rôle important dans leurs expériences. Les vécus diffèrent en fonction de chaque individu.

Néanmoins, toutes les ergothérapeutes, à l'exception d'E5, expliquent avoir utilisé l'observation de l'environnement et des autres professionnels afin de comprendre le fonctionnement du pays et faire évoluer leur pratique. L'ergothérapeute 1 déclare par exemple « j'ai visité les domiciles des enfants à plusieurs reprises pour mieux comprendre leur quotidien ».

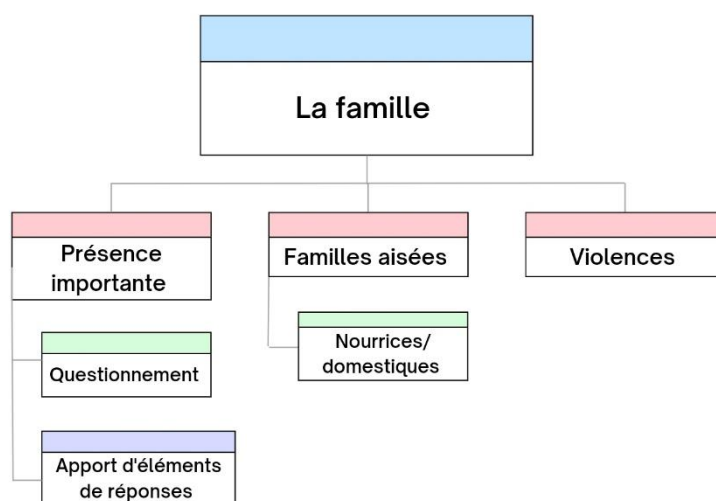
Toutes les ergothérapeutes soulignent l'importance de l'auto-questionnement dans leur démarche professionnelle « me questionner » (E6). Elles expriment la nécessité de se remettre en question, comme le mentionne l'ergothérapeute 6 qui se demande « suis-je assez ouverte ? ». Elles s'engagent également dans un questionnement envers les autres professionnels exerçant à leurs côtés, « j'ai posé beaucoup de questions à l'équipe locale » (E1), « j'ai suivi une ergothérapeute thaïlandaise et questionné mes collègues » (E2) mais aussi un questionnement tourné vers les parents est évoqué par l'ergothérapeute 3 qui souligne l'importance de « poser des questions aux parents ».

Les ergothérapeutes ont alors pu se saisir de différentes ressources, observations, collègues locaux, lectures, réflexion personnelle et l'ouverture d'esprit. En utilisant ces outils, elles ont pu renforcer leur confiance en elles et faire évoluer leur pratique, tout en réduisant leurs difficultés personnelles.

❖ **En résumé**, ce paragraphe met en évidence les **défis liés aux barrières linguistiques**, les **expériences personnelles** variées des ergothérapeutes et leur engagement dans des **stratégies d'adaptation** et **d'apprentissage** pour surmonter ces difficultés. Leur ouverture d'esprit, l'observation de l'environnement, les échanges avec les collègues et les questionnements sont autant de ressources qu'elles utilisent pour améliorer leur pratique et renforcer leur confiance professionnelle.

Adaptations environnementales

Fig. 5. La famille : un élément nécessaire aux adaptations environnementales



La notion de famille est un élément de réponse repris de nombreuses fois par les ergothérapeutes interrogées. **E2** indique que cette dernière est très présente, « ils sont très aidés par leurs mères et grand-mères pour l’habillage, lavage des dents et prise des repas. Et donc ils sont encore très dépendants pour leurs activités de vie quotidienne ». **E6** cherche « comment travailler avec les parents » afin de pouvoir s’appuyer sur ces derniers lors de l’intervention.

E2, **E3**, **E4**, **E5**, **E6** et **E7** évoquent des parents aisés, ce qui conduit à la forte présence de nourrices ou de domestiques. **E4** nous dit « un enfant de cinq ans, qui est tous les jours ramené par sa nourrice en poussette à la maison et qui ne marche pas. En fait, c’est très classique ici. »

E7, **E6**, **E5** évoquent la récurrence des violences domestiques. **E6** nous dit « vous savez frapper les enfants pour les éduquer, c’est quelque chose qu’ils considèrent OK pour eux. »

➤ Analyse :

Lors des entretiens, les ergothérapeutes interrogées ont souligné l’importance de s’adapter à l’environnement, qui englobe trois aspects essentiels : la famille, le lieu de travail et le pays. En ce qui concerne la famille, les ergothérapeutes ont mis en évidence son rôle central dans les soins pédiatriques, où elle est rapidement intégrée dans le processus de la prise en charge. Certaines professionnelles, telles que les intervenantes **4** et **6**, ont partagé leur point de vue sur l’implication importante des parents dans le suivi des enfants. L’ergothérapeute **6** se demande même « comment travailler avec les parents » après avoir rencontré des difficultés de communication avec ces derniers¹⁴. L’ergothérapeute **2** a évoqué un souvenir dans lequel elle

¹⁴ Communication altérée par la barrière de la langue et les différentes incompréhensions culturelles

explique avoir eu de long temps d'échange avec les parents suite à une session d'ergothérapie. L'ergothérapeute **4** a mentionné des parents dont « l'implication est beaucoup plus importante » et a précisé inclure « énormément les parents dans la prise en charge en posant énormément de questions » ; « j'ai une petite fille dont la mère est indienne, le père français et ils vivent à Singapour. Donc finalement, elle est confrontée à trois types de cultures différentes » ; « c'est pour ça que j'ai un entretien notamment avec les parents [...] pour comprendre qu'est-ce que c'est, qu'elles sont les spécificités et comment fonctionnent les choses [...] beaucoup plus intrusif sur certains points qu'il ne pouvait l'être quand je travaillais en France ». Cette ergothérapeute a souligné l'importance d'engager un dialogue avec les parents pour obtenir des informations qui lui permettront de s'adapter et comprendre les spécificités culturelles et ainsi adapter ses propositions en conséquence.

Par ailleurs, deux autres points sont abordés en lien avec la famille. Tout d'abord, la présence de nourrices ou de domestiques au sein des familles aisées, ce qui constitue une considération importante pour éviter les erreurs d'interprétation. Seule l'ergothérapeute **1** exerçant dans une ONG ne fait pas mention de cette présence. L'ergothérapeute **2** explique qu'« ils sont très aidés par leurs mères et grand-mères pour l'habillage, le lavage des dents et la prise des repas. Et donc ils sont encore très dépendants pour les activités de vie quotidienne ». À son tour, **E4** évoque « un enfant de cinq ans, qui est tous les jours ramené par sa nourrice en poussette à la maison et qui ne marche pas. En fait, c'est très classique ici ». **E4** et **E6** affirment toutes les deux que « à la maison, ils ont une autre approche où l'enfant ne fait rien ». (**E6**) Les ergothérapeutes doivent alors être plus vigilantes sur ces points afin d'éviter tout malentendu entre ce qui pourrait être dû à un trouble du développement ou à une habitude culturelle. Le second point abordé est la violence présente au sein des foyers, rapportée par trois ergothérapeutes (**E3**, **E6** et **E7**). Toutes les trois expriment leur désaccord avec cette pratique, mais l'ergothérapeute **6** explique « c'est difficile de se battre contre ça. Ça ne veut pas dire que je dois comprendre parce que c'est leur culture » ; « c'est difficile de prendre soin de l'enfant, car il n'y a rien que je puisse faire [...] il n'y a pas d'organisation qui aideront l'enfant ». Elle souligne que cela ne signifie pas qu'elle doit comprendre cette violence en raison de sa dimension culturelle. Elle constate également les difficultés à prendre soin de l'enfant dans ces situations, car il n'y a pas d'organisations pour les aider. Malgré leur désapprobation, les ergothérapeutes sont confrontées à un problème pour lequel elles ne trouvent pas encore de solution.

❖ **En résumé**, cette partie met en évidence la nécessité pour les ergothérapeutes de **s'adapter aux différentes dimensions de la famille** lorsqu'ils travaillent en collaboration avec elle. Elle souligne également les défis liés à la communication avec les parents, à la présence de nourrices ou de domestiques, ainsi qu'à la violence au sein des foyers, qui exigent une **approche adaptée et sensible aux spécificités culturelles**.

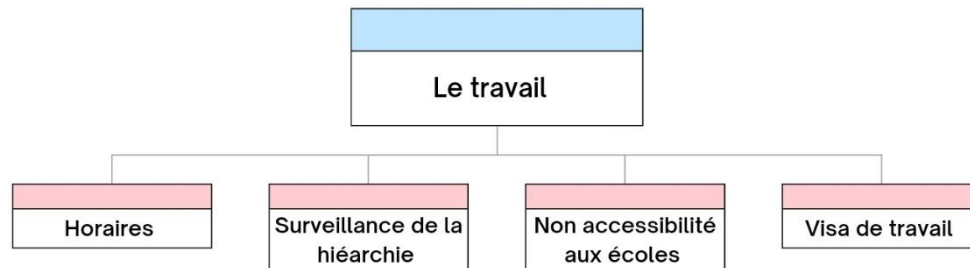


Fig. 6. *Les adaptations environnementales nécessaires sur le lieu d'exercice de l'ergothérapeute*

E1, **E2**, **E3**, **E4** et **E7** évoquent des horaires de travail modifiés sur leur lieu d'exercice. **E1** indique « je me suis un peu adaptée pour les horaires, car je commençais à 7 h 30 ». **E2** explique avoir eu des journées de travail plus longues. **E3** et **E4** expliquent avoir rencontré des difficultés à accéder aux écoles, selon **E3**, « elles sont plus difficiles pour y entrer et observer les enfants ». **E2**, **E4** et **E5** abordent de leur côté des difficultés liées à la mise en place de leur visa de travail. Seule **E2** explique avoir ressenti l'importance de sa hiérarchie sur ses temps de travail qui étaient surveillés et réglementés « présence de CCTV ». Par ailleurs, **E4** évoque la difficulté d'avoir accès à certains outils d'évaluation « pour l'évaluation [...] faire avec quelque chose qui parle et qui soit validé pour ce type de population [...] c'est un frein, c'est aussi la difficulté justement à avoir ces outils en n'étant pas en France. »

➤ **Analyse :**

L'environnement de travail de l'ergothérapeute occidental en Asie de l'Est diffère considérablement de celui auquel elles sont habituées en Occident. Les ergothérapeutes interrogées ont relevé plusieurs différences significatives. Tout d'abord, les horaires de travail sont considérés comme plus longs, « je commençais à 7 h 30 » dit **E1**, « 8h-18h » et « 5 à 6

jours de travail par semaine dont le samedi » selon **E3**. Cela met en évidence une différence culturelle dans les attentes en matière d'heures de travail et peut avoir un impact sur la vie personnelle des ergothérapeutes. De plus, l'ergothérapeute **2** rapporte avoir été surveillée par sa hiérarchie avec une « CCTV pour vérifier que tout le monde travaille ». L'ergothérapeute **4** mentionne également des difficultés dans ses relations avec sa hiérarchie « c'est parfois difficile de comprendre, de discuter avec ma hiérarchie sur les particularités, je vais dire française ». Cela souligne les défis liés à la diversité culturelle et à la nécessité de trouver des moyens de communication efficaces pour surmonter les barrières linguistiques et culturelles.

En revanche, deux autres ergothérapeutes, **E3** et **E5**, ont exprimé une plus grande liberté dans leur pratique, probablement en raison de l'ouverture de leur propre cabinet libéral. Cependant, les deux ergothérapeutes **E3** et **E4** exerçant à Singapour, rencontrent des difficultés pour accéder aux écoles, « elles sont plus difficiles pour y entrer et observer les enfants » (**E3**). L'ergothérapeute **4** a soulevé l'hypothèse « si c'était parce que le lycée n'accepte pas que l'on fasse ce qu'eux appellent du business au sein de l'établissement ». Ces contraintes locales entravent donc leur pratique professionnelle.

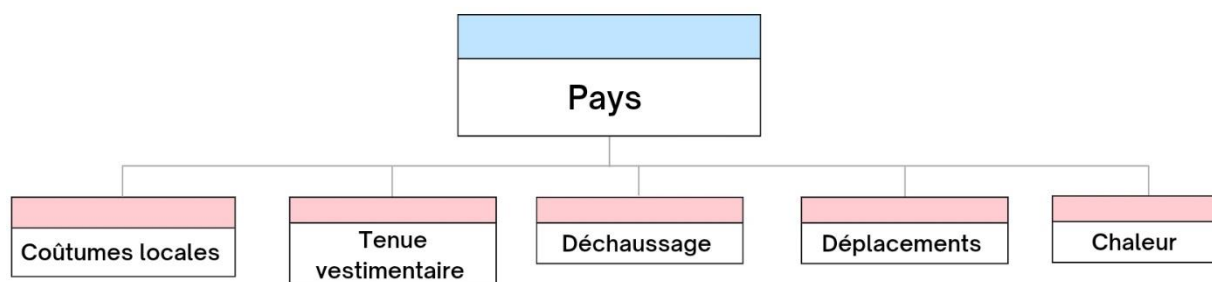
De plus, l'ergothérapeute **4** mentionne les difficultés liées à la réalisation de bilans, notamment parce que « pour l'évaluation [...] faire avec quelque chose qui parle et qui soit validé pour ce type de population [...] c'est un frein, c'est aussi la difficulté justement à avoir ces outils en n'étant pas en France ». **E6** aborde également les bilans et explique que la réalisation de ces derniers nécessite des ajustements, citant l'exemple suivant « il y en a un qui demande d'évaluer les déplacements de l'enfant en transport, or, il n'y a pas de transports ici ». De même, les ergothérapeutes précisent que les bilans ne sont pas utilisés pour évaluer les enfants « ce ne serait pas juste de les évaluer avec des normes qui ne sont pas les leurs » (**E3**), ils sont néanmoins parfois nécessaires et requis par les établissements pour compléter le dossier des enfants pour justifier une demande d'aide. Cela met en évidence les défis auxquels sont confrontés les ergothérapeutes pour adapter leur pratique dans un contexte culturel différent et l'importance de développer des ressources adaptées à ces spécificités.

Enfin, **E2**, **E3**, **E4** et **E5** soulignent les difficultés existantes pour l'obtention d'un visa de travail ou la nécessité de s'enregistrer auprès des organisations nationales « vous devez être enregistré. [...] maintenant, c'est juste difficile parce que si vous voulez travailler à Singapour, vous devez avoir un superviseur, ce qui coûte très cher pour la personne qui vous embauche » (**E3**). Ces exigences bureaucratiques peuvent représenter des obstacles supplémentaires pour

les ergothérapeutes occidentales souhaitant travailler en Asie de l'Est, tant du point de vue des coûts que des procédures complexes.

- ❖ **En somme**, les ergothérapeutes occidentales en Asie de l'Est font face à des **différences marquées** dans **leur environnement de travail**, avec des **horaires** plus longs, des contraintes de **surveillance**, des difficultés avec la **hiérarchie**, des contraintes locales pour la **pratique** professionnelle, des difficultés dans la réalisation des **bilans** ainsi que des obstacles **administratifs**. Pour répondre à cela, les 7 ergothérapeutes interrogées ont alors mis en place **différentes adaptations**.

Fig. 7. Adaptations environnementales nécessaires selon les habitudes du pays d'exercice de l'ergothérapeute



E7 indique l'importance d'avoir une tenue vestimentaire appropriée à l'environnement de travail « vous devriez avoir vos épaules couvertes dans votre environnement de travail ». La notion de déchaussage est notamment reprise par les ergothérapeutes **E2**, **E4** et **E7**. Par ailleurs, la chaleur du pays d'exercice est abordée par **E1**, **E2**, **E3**, **E4** et **E7**. De plus, **E1** souligne l'importance « d'être à l'aise avec les coutumes locales ».

➤ Analyse :

Dans le contexte de travail, les ergothérapeutes soulignent l'importance des adaptations nécessaires liées à leur lieu d'exercice et à l'environnement général du pays où elles travaillent. Elles font face à des ajustements liés à la chaleur importante et aux climats parfois « extrême » (**E7**). De plus, elles doivent souvent se déchausser avant d'accéder à leur lieu d'exercice ou d'autres espaces publics. Chaque ergothérapeute mentionne également des exemples

personnels d'adaptations qu'elles ont dû réaliser selon leur environnement. Par exemple, l'ergothérapeute **5** déclare « il y a beaucoup de bouchons et pas de place pour se garer. J'ai donc plus de voiture et je me déplace uniquement en transports et taxis ». En ce qui concerne les adaptations physiques liées à l'environnement, **E3** évoque ses difficultés à trouver des espaces « pour faire des choses dehors en accord avec la profession ». L'ergothérapeute **7** aborde quant à elle l'environnement culturel et historique, « ils sont encore en train de se soigner des effets de la guerre civile et du génocide » ce qui, selon elle, a indirectement un impact sur ses interventions thérapeutiques.

Plusieurs ergothérapeutes interrogées mentionnent aussi l'importance de la tenue vestimentaire, que ce soit sur leur lieu de travail ou en dehors. En raison de la chaleur, l'ergothérapeute **4** explique que les tenues sont moins formelles et plus légères et ce même sur le lieu de travail. Néanmoins, **E2** et **E7** font mention de « vêtements appropriés » (**E2**). L'ergothérapeute **7** illustre son propos par un exemple vécu au sein de sa clinique en disant « récemment, en fait, notre équipe a entendu qu'une école particulière s'est plaint au sujet de la tenue de certaines de mes collègues [...] nos collègues khmers ont alors expliqué qu'ici, nous devions toujours avoir nos épaules couvertes dans notre environnement de travail, depuis personne ne cause de problème et tout le monde s'est ajusté et porte des vêtements appropriés culturellement ». Ainsi, malgré la chaleur et la possibilité du port de tenues dites « plus légères » (**E4**), les ergothérapeutes s'adaptent aux demandes culturelles, notamment lorsque celles-ci émanent de leur lieu d'exercice.

Enfin, les ergothérapeutes insistent sur l'importance de s'adapter à l'environnement pour exercer leur profession. Elles comprennent qu'il est nécessaire de s'ajuster comme le dit **E4** « on ne peut pas vivre et pratiquer comme des Français dans un pays étranger si nos patients ne vivent pas et ne sont pas comme des Français dans le pays où ils sont » impliquant ainsi des ajustements environnementaux. **E1** conclut alors qu'il faut « être à l'aise avec les coutumes locales ».

❖ **En résumé**, ce paragraphe met en lumière les **différentes formes d'adaptations** que les ergothérapeutes mettent en place en fonction de leur **environnement de travail**, qu'il s'agisse des **conditions climatiques**, de **l'accès** aux lieux de travail ou des **exigences culturelles** et **historiques**. Il souligne également l'importance de **s'adapter aux normes vestimentaires** et de comprendre les **coutumes** du pays où elles exercent.

Adaptations intuitives

Fig. 8. Diagramme circulaire représentant les cinq étapes des adaptations intuitives présentées par les ergothérapeutes



6 ergothérapeutes sur les 7 interrogées évoquent la notion de « naturel » dans leurs adaptations. **E3** nous dit « je pense que nos personnalités se prêtent à l'adaptation » faisant ainsi référence à la personnalité de l'ergothérapeute. **E5** partage ce même avis. **E6** et **E3** soulignent l'intérêt de s'intégrer dans la culture, « cela vient avec le fait que vous n'êtes pas en immersion dans la culture, mais dès que vous l'êtes, vous savez, vous apprenez à être plus compréhensif » (**E6**) et « m'intégrer dans la culture et la profession » (**E3**). Les ergothérapeutes interrogées rapportent l'importance de s'appuyer sur les besoins des patients tout en tenant compte de la culture afin de proposer des interventions et objectifs les plus justes possible. **E1** dit « si on ne part pas d'un besoin qui est identifié, d'une demande des personnes sur place, que la personne ou sa famille ne comprennent pas l'importance de ce qui est fait et l'importance qu'ils ont dans la prise en charge, alors ça n'a pas de sens pour eux, donc ils ne vont pas le faire. » **E4** précise en lien avec la culture « si on n'en tient pas compte, forcément, on va se retrouver avec un décalage entre ce qu'on perçoit de l'enfant et peut-être qu'on va percevoir des difficultés qui en fait ne sont pas des difficultés qui sont juste un manque de pratique. » Pour finir, selon les ergothérapeutes, les adaptations « c'est une nécessité et vous réalisez avec le temps que ça ne marche pas si vous ne vous ajustez pas au nouveau pays, si vous n'ajustez pas votre point de vue ou vos stratégies » (**E6**) qui permettent de répondre aux besoins et demandes des patients et ainsi proposer des interventions pertinentes « si on veut proposer quelque chose de pertinent, on est obligé de s'adapter. » (**E4**)

➤ Analyse :

Dans cette thématique, les ergothérapeutes interrogées pour l'enquête soulignent à plusieurs reprises le caractère naturel des adaptations qu'elles ont effectuées en lien avec la culture, l'environnement ou les besoins de leur profession. Elles expliquent que ces adaptations se font de manière instinctive. Pour deux d'entre elles, **E3** et **E5**, l'adaptation est liée avec le caractère personnel, **E5** déclare « je pense que c'est juste mon caractère » et la personnalité de l'ergothérapeute « je pense que nos personnalités se prêtent à l'adaptation » (**E3**). Pour toutes, les adaptations permettent une meilleure compréhension et intégration de la culture. En effet, l'ergothérapeute **6** explique suite à la mention de difficultés rencontrées que « cela vient avec le fait que vous n'êtes pas en immersion dans la culture, mais dès que vous l'êtes, vous savez, vous apprenez à être plus compréhensif » ces propos sont similaires à ceux de l'ergothérapeute **3**, qui affirme « m'intégrer dans la culture et la profession ». De même, l'ergothérapeute **7** fait le lien avec la pratique en expliquant « qu'il est toujours important et nécessaire d'être respectueux des patients et de tenir compte de leurs valeurs et de leurs cultures ». Par ailleurs, l'ergothérapeute **4**, insiste sur l'importance de la prise en compte de la culture, car « si on n'en tient pas compte, forcément, on se retrouve avec un décalage entre ce qu'on perçoit de l'enfant et peut-être qu'on va percevoir des difficultés qui en fait ne sont pas des difficultés qui sont juste un manque de pratique ». Les connaissances et la compréhension développées en accord avec la culture permettent donc au thérapeute de prendre conscience des préjugés que celle-ci pourrait entraîner. Les adaptations se font donc naturellement, mais semblent être une « nécessité ». **E6** met en lumière cette nécessité en déclarant « c'est une nécessité et vous réalisez avec le temps que ça ne marche pas si vous ne vous ajustez pas au nouveau pays, si vous n'ajustez pas votre point de vue ou vos stratégies ». Les ergothérapeutes soulignent la nécessité de s'adapter afin de répondre le plus justement aux besoins de leurs patients. L'ergothérapeute **4** précise que c'est « une nécessité » notamment « si on veut proposer quelque chose de pertinent, on est obligé de s'adapter ». Effectivement, l'ergothérapeute **1** justifie l'importance de partir des besoins du patient afin que l'intervention soit pertinente « si on ne part pas d'un besoin qui est identifié, d'une demande des personnes sur place, que la personne ou sa famille ne comprennent pas l'importance de ce qui est fait et l'importance qu'ils ont dans la prise en charge, alors ça n'a pas de sens pour eux, donc ils ne vont pas le faire ». Au cours des entretiens, les ergothérapeutes ont insisté sur la nécessité de s'appuyer sur les besoins du patient pour proposer une intervention en ergothérapie. Ce principe est également présent en

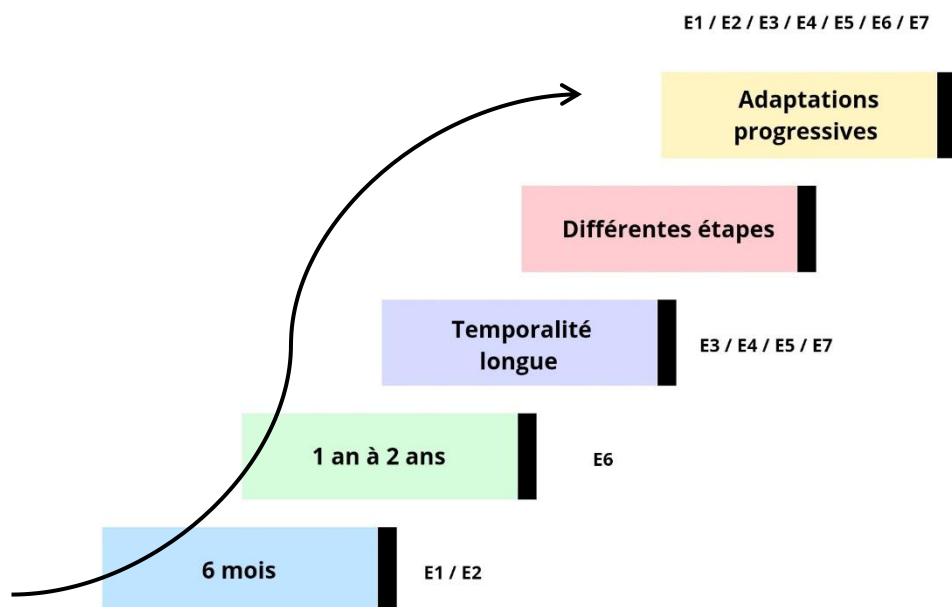
Occident, ce qui explique la sensation de naturalité exprimée par les ergothérapeutes. Néanmoins, toutes font apparaître dans leurs réponses l'importance des apprentissages liés à la culture et la nécessité de ces derniers pour proposer des interventions pertinentes.

Pour conclure, **E5** indique qu'il faut percevoir ces adaptations « comme un challenge positif ».

❖ **En résumé**, les ergothérapeutes perçoivent les **adaptations culturelles** comme un **défi** positif et soulignent l'importance des **apprentissages** liés à la **culture** pour proposer des **interventions pertinentes**. Elles insistent sur la nécessité de **s'adapter** et de tenir compte des **besoins** des patients pour offrir une prise en charge adéquate en ergothérapie.

Adaptations continues de la pratique de l'ergothérapeute occidental en Asie

Fig. 9. Présentation des termes clés évoqués par les ergothérapeutes pour parler de la temporalité de la mise en place de leurs adaptations



Deux ergothérapeutes, **E1** et **E2** évoquent 6 mois nécessaires « pour être à l'aise avec les coutumes locales » (**E1**) « pour construire des bases » (**E2**). **E6** cite quant à elle 1 an et demi à 2 ans pour « comprendre la culture ». **E3**, **E4**, **E5**, **E7** évoquent quant à elles une progression continue « les adaptations ça évolue tout le temps » (**E4**), « courbe d'apprentissage progressive » (**E3**), « je pense que c'est quelque chose que je continue à faire tous les jours,

après 2 ans » (E7). E1 et E3 précisent la présence d'étapes « la mise en place d'adaptations s'est faites en plusieurs étapes » (E1). Enfin, toutes les ergothérapeutes interrogées lors des entretiens indiquent une progression « c'était définitivement progressif » (E6), « progression naturelle » (E2), « c'était probablement progressif » (E3).

➤ Analyse :

L'on remarque que les réponses données sur le temps nécessaire à la mise en place des adaptations varient selon le temps d'exercice de l'ergothérapeute. En effet, les deux ergothérapeutes, E1 et E2, ayant exercé respectivement 2 ans et 4 ans en Asie de l'Est avant de retourner pratiquer dans un pays occidental, indiquent 6 mois nécessaires pour être à l'aise avec les coutumes locales et construire des bases solides sur lesquelles appuyer leur pratique.

L'ergothérapeute 1 déclare « il m'a fallu quelques mois pour vraiment mieux comprendre la culture » tandis que E2 explique que ces 6 mois lui ont notamment permis de « construire des bases en thaï et avoir confiance en mon travail ». E6 évoque une période plus longue d'environ 1 an et demi à 2 ans pour s'adapter et « comprendre la culture ». À l'exception de E7, qui exerce depuis 3 ans au Cambodge, les ergothérapeutes ayant mentionné une temporalité longue et des adaptations qui évoluent tout le temps, E3, E4 et E5 exercent en Asie de l'Est depuis respectivement plus de 30 ans, 6 ans et 11 ans. En effet, l'ergothérapeute 3 dit « c'était probablement progressif », propos également soutenu par E5 et précisés par E4 « les adaptations ça évolue tout le temps. La temporalité est très longue ». Il est alors possible de se demander si le nombre d'années d'exercice n'influe pas à cet instant sur les réponses données par les ergothérapeutes.

D'autre part, E2, E3, E4, E5, E6 et E7 soulignent que l'adaptation et la compréhension de la culture sont un processus continu, progressif qui évolue avec le temps. E3 mentionne une courbe d'apprentissage progressive et E7 affirme que « c'est quelque chose que je continue à faire tous les jours, après 2 ans ».

E1, E2 et E3 précisent pareillement qu'il y a eu différentes étapes dans la mise en place des adaptations. L'ergothérapeute 1 indique « la mise en place des adaptations s'est faites en plusieurs étapes » et E2 mentionne un « processus d'apprentissage graduel » ce qui suggère que l'adaptation culturelle puisse se faire de manière progressive et par étapes successives.

La notion de progressivité est reprise par toutes les ergothérapeutes interrogées dans le cadre de l'enquête. Son importance est mise en avant dans les propos suivants « encore maintenant, il y a des choses que je réalise. Oh non, ça ne marche pas pour cette culture et j'ai donc à

l'adapter » exemple donné par l'ergothérapeute **6**, exerçant depuis 7 ans au Cambodge. L'ergothérapeute **7** rejoint cette idée et explique « j'apprends toujours de nouvelles choses et je m'ajuste ».

En résumé, les ergothérapeutes interrogées indiquent que les **adaptations** à la **culture** locale et leur **pratique** sont un **processus** qui demande du **temps** et évolue **progressivement**. Certaines mentionnent une période d'environ 6 mois à 2 ans pour comprendre pleinement la culture et adapter leur pratique, tandis que d'autres soulignent que les adaptations sont un processus continu qui se développe au fil du temps.

3. Discussion

a. Analyse croisée entre les analyses d'entretiens et le cadre conceptuel

Suite aux entretiens réalisés auprès de 7 ergothérapeutes exerçant en Asie de l'Est et afin de répondre à la question de recherche qui est : « Comment l'ergothérapeute de formation occidentale adapte-t-il sa pratique à un exercice en Asie de l'Est, en intégrant l'influence de la culture sur la perception du handicap et sur les occupations ? » il est important de reprendre les réponses données par les ergothérapeutes et venir les étudier en regard de la littérature composant le cadre conceptuel de sorte à vérifier s'il y a une corrélation entre les écrits et les expériences partagées par les ergothérapeutes interrogées lors de l'enquête.

La notion de productivité

Dans cette thématique, les réponses des ergothérapeutes sont en accord avec les écrits de la littérature. Elles soulignent la prédominance de la notion de productivité en Asie de l'Est, avec une valorisation marquée du travail et des performances académiques. Cette idée est également soutenue par les travaux de Jasmin (2020), Yau (2007) et Yim (2021) qui mettent en évidence les valeurs liées au travail et la productivité dans la culture non occidentale. Yang et al., (2006) énonce précisément que les activités significatives pour les populations en Asie de l'Est sont orientées sur « l'éducation, la santé physique et le travail » (p.203), ce qui est pareillement souligné par les ergothérapeutes interrogées, qui mentionnent l'importance accordée à « la performance scolaire » (E7).

Yau (2007), évoque la « valeur du rôle du travailleur et d'être productif » (p.61). Bien que l'enquête porte sur des ergothérapeutes exerçant en pédiatrie, on retrouve ces valeurs du rôle du travailleur et de la productivité dans les réponses des thérapeutes. En effet, E4, E5 et E7 insistent sur la notion de performance. Les parents demandant aux enfants d'être performants, en particulier sur le plan scolaire. De plus, le rôle de travailleur apparaît également dans certaines réponses des ergothérapeutes. E3 mentionne, par exemple, les horaires de travail tardifs des parents, qui doivent employer une nourrice ou faire appel aux grands-parents. Les enfants sont alors couchés plus tard qu'ils ne le devraient pour que de 21h à 23h les parents puissent les voir. Ainsi, le travail semble jouer un rôle central dans la construction de la vie des

individus, ce qui est en accord avec la pensée chinoise mentionnée par Gardou (2013) « le travail fonde et structure la vie, et la vie fonde et structure le travail » (p.191).

De plus, l'ergothérapeute 1 rejoint les propos de Yau (2007) selon lesquels « le rôle occupationnel et la performance occupationnelle apparaissent être au second plan des interventions » (p.62). Cette idée est également reflétée en pédiatrie, comme l'explique l'ergothérapeute 7, qui mentionne des « parents dont la principale préoccupation était davantage la performance scolaire que la performance des activités de vie quotidiennes ».

Il a été étudié, à l'aide de la littérature et des entretiens, que les occupations sont influencées « notamment par la société et la culture dans laquelle elles sont observées » (Jasmin, 2020, p.49). Les occupations, et principalement l'importance accordée à l'éducation et au travail en Asie de l'Est diffèrent de celles de l'Occident, ce qui modifie les propositions faites par les ergothérapeutes. E4 explique qu'« en France, on est vraiment collés à nos activités de vie quotidienne » tandis qu'en Asie de l'Est, la performance prend le dessus. Par conséquent, l'ergothérapeute doit s'adapter et se détacher des objectifs et des méthodes auxquels il se référerait en Occident afin de proposer une intervention prenant en compte l'importance accordée à la performance, en particulier scolaire pour les enfants, dans le but de répondre aux attentes des parents.

Evolution liées au thérapeute

Dans cette thématique, les entretiens permettent de compléter les informations issues de la littérature en se basant sur les expériences vécues par les ergothérapeutes. La littérature mentionne l'importance de « l'apprentissage et la connaissance de différentes cultures et modes de vie » (Murden et al., 2008, p.199) comme « un atout inestimable dans l'élaboration de plans de traitement adaptés à la culture » (Murden et al., 2008, p.199). Les entretiens ont confirmé que les ergothérapeutes mettaient en place des stratégies d'adaptation et d'apprentissage pour surmonter leurs difficultés, en commençant souvent par l'apprentissage de la langue locale : thaï, khmer, cantonais, japonais, etc. Jasmin (2020) souligne également l'importance des adaptations liées au « langage et vocabulaire » nécessaires.

À l'exception d'E5, toutes les ergothérapeutes interrogées soulignent l'importance de l'observation et du questionnement des autres professionnels locaux, pour mieux comprendre la culture et le fonctionnement du pays, afin d'améliorer leur pratique. Cette importance de l'observation est aussi mentionnée dans la littérature, notamment par André et al., 2018 qui

soulignent que « l'observation est un moment particulièrement important dans la compréhension du fonctionnement de la personne engagée dans ses occupations ». Bien que la littérature ne mentionne pas directement l'importance du questionnement du personnel local, de nombreuses ergothérapeutes ont souligné lors des entretiens l'importance de poser des questions à l'équipe locale. Comme l'ergothérapeute 1 qui explique avoir « posé beaucoup de question à l'équipe locale ». Cependant, André et al., (2018) reprennent l'idée d'« être culturellement compétent » tout comme Pierce et Morel., (2016) qui abordaient déjà la notion de compétence culturelle en 2016, qui exprime l'importance de « l'information sur d'autres cultures et comment elles diffèrent de la nôtre sont la base du développement de la compétence culturelle » (p.158). Il est possible de penser que l'acquisition d'informations sur d'autres cultures peut se faire par le biais d'échanges avec d'autres professionnels locaux, comme le suggèrent les réponses des ergothérapeutes.

Ensuite, l'importance de l'auto-questionnement est également relevée à la fois par les ergothérapeutes lors des entretiens et dans la littérature, par exemple par Jasmin (2020), qui indique qu'il est nécessaire de « réfléchir sur soi et sa pratique » (p.70). Les ergothérapeutes interrogées insistent sur les questionnements nécessaires pour faire progresser leur pratique, y compris l'auto-questionnement « me questionner » ou encore « suis-je assez ouverte » comme l'indique l'ergothérapeute E6. Par ailleurs, les ergothérapeutes 3 et 4 évoquent pareillement le questionnement des parents, en raison de leur pratique en pédiatrie. E3 souligne l'importance de « poser des questions aux parents » tandis qu'E4 explique poser davantage de questions intrusives contrairement aux entretiens faits en France. Cette démarche n'est pas spécifiquement mentionnée dans la littérature, mais elle peut être liée à la notion de compétence culturelle, qui nécessite la collecte d'information, comme le soulignent Pierce et Morel., (2016).

Un autre aspect n'est pas abordé dans la littérature, mais qui revêt une importance lors des entretiens, concerne les caractéristiques personnelles de l'ergothérapeute dans son évolution. En effet, la littérature se concentre sur les apports généraux que peut obtenir un ergothérapeute, sans tenir compte des traits individuels. Cependant, les entretiens mettent en évidence l'importance des expériences individuelles, des vécus et des connaissances préalables de chaque ergothérapeute dans son évolution. Tandis que E7 explique que « cela ne m'a pas demandé d'efforts, car j'ai vécu au sein d'une famille multiculturelle » E6 fait part de « cela demande plus d'efforts ». Les difficultés rencontrées peuvent donc varier considérablement et les apprentissages qui en découlent aussi.

Adaptations environnementales

Dans cette thématique, de nombreux éléments sont abordés à la fois dans la littérature et lors des entretiens avec les ergothérapeutes. Cependant, des divergences d'idées sont observées entre les écrits et les réponses fournies par les ergothérapeutes interrogés.

La famille est un élément essentiel qui est mentionnée à plusieurs reprises dans le cadre conceptuel et qui est également souligné par les ergothérapeutes lors des entretiens. Des similitudes entre les écrits et les paroles des thérapeutes sont observées. En effet, la littérature met en évidence des valeurs en Asie de l'Est qui accordent une importance particulière à l'interdépendance et l'identité collective de la famille, selon Jasmin (2020). La famille, tout comme le travail, joue un rôle crucial dans le développement social et professionnel de la personne en Asie de l'Est. Gardou (2013) souligne que « un enfant handicapé vient détruire la face d'une famille, or c'est cette dernière qui vient construire les relations humaines et sociales » (p.192). Ainsi, la famille occupe une place centrale dans le développement de la personne.

Lors des entretiens, les thérapeutes abordent largement la question de la famille et notamment des parents. L'ergothérapeute 4 mentionne des parents dont « l'implication est beaucoup plus importante ». Les professionnelles mettent en évidence l'engagement et l'investissement de la famille dans le processus de soins. Les propos tenus par les ergothérapeutes concordent donc avec la littérature et semblent soutenir l'importance des valeurs mentionnées en Asie de l'Est. Cependant, deux points soulèvent des interrogations. La validité de cette concordance peut être remise en question en raison d'un biais : toutes les ergothérapeutes interrogées exercent en pédiatrie, spécifiquement auprès de jeunes enfants âgés entre « 2 et 14 ans » (E7), et de familles pour certaines aisées. Ces facteurs sociaux pourraient influencer une participation plus importante des parents ou de la famille. Cette réflexion nous amène à nous demander si la présence des parents et leur implication sont uniquement dues à ces facteurs ou si elles sont également liées aux valeurs de l'Asie de l'Est.

De plus, un auteur mentionne une situation contraire dans laquelle l'implication de la famille paraît difficile, « ils n'étaient pas habitués à être invité à faire partie du plan de traitement » (Yang et al., 2006, p.201). Toutefois, il est difficile de comparer les deux situations précédentes, issues de la littérature et des entretiens, car elles reposent sur des contextes différents tels que le milieu libéral et hospitalier, ainsi que la prise en charge d'adultes ou d'enfants. Par conséquent, il est difficile de déterminer l'importance de la famille dans les soins.

On peut simplement constater que sa présence peut varier en fonction de l'environnement. Néanmoins, l'ergothérapeute peut s'appuyer sur la famille, notamment « en posant énormément de questions » (E4), afin de collaborer avec elle et recueillir suffisamment d'informations pour proposer une approche adaptée et sensible aux spécificités culturelles.

Un autre aspect qui affecte les interventions est abordé à la fois dans la littérature et par les ergothérapeutes : la présence de nourrices et de femmes de ménage au sein des familles. En effet, 6 des 7 des ergothérapeutes interrogées indiquent avoir rencontré des familles qui avaient une nourrice ou une femme de ménage, et expliquent que cela peut avoir une influence sur l'intervention en ergothérapie. Al busaidy & Borthwick., (2012) font également référence à la présence de « femmes de ménages ou beaucoup de personnes pour les assister » (p.157) au sein des familles. Les exemples, qu'ils concernent des adultes ou des enfants, soulignent la même difficulté : la perte d'indépendance due à la non-nécessité d'accomplir une tâche. Dans la littérature, Yim (2021) illustre parfaitement cette problématique en citant « ma belle-fille, mon enfant, ma servante peuvent m'aider à le faire, il n'y a pas nécessité que j'y arrive » (p.44). Lors des entretiens, l'ergothérapeute 2 explique « ils sont très aidés par leurs mères et grand-mères pour l'habillage, le lavage des dents et la prise des repas. Et donc ils sont encore très dépendants pour les activités de vie quotidienne ». À la maison, il y a donc une approche « où l'enfant ne fait rien » (E6). Le travail des activités de vie quotidiennes, qui est au cœur de la rééducation en ergothérapie, est donc affecté et plus difficile à soumettre aux enfants et aux adultes, puisqu'il est réalisé par la famille ou les nourrices/femmes de ménages.

Les ergothérapeutes mettent en place diverses adaptations en réponse à leur environnement de travail. Ces adaptations environnementales peuvent être liées à leur lieu d'exercice, ainsi qu'au pays dans lequel ils travaillent. Selon Kielhofner (2002), « l'environnement a un impact sur la qualité des performances des gens dans la réalisation de leurs activités, c'est pourquoi il est considéré comme un concept central en ergothérapie » Kielhofner, 2002 cité par Meyer, 2010 cité par André et al., 2018, p.258). Cela s'applique également aux ergothérapeutes occidentaux travaillant en Asie de l'Est. L'environnement impact la qualité des performances des ergothérapeutes occidentaux dans la pratique de l'ergothérapie, ce qui explique pourquoi ils doivent mettre en place des adaptations. Les entretiens mettent en évidence les adaptations personnelles réalisées par les ergothérapeutes en fonction des exigences de leur environnement. Plusieurs ergothérapeutes mentionnent des adaptations nécessaires en termes d'horaires, de climat, de hiérarchie, d'exigences historiques et de normes vestimentaires. La littérature ne fait pas état spécifiquement de ces adaptations, car elles sont propres à chaque individu et à chaque

lieu d'exercice. Cependant, certains impacts de l'environnement sur la pratique des ergothérapeutes mentionnés dans la littérature se retrouvent également dans les entretiens.

En effet, les ergothérapeutes indiquent qu'elles réalisent des évaluations, mais rencontrent des difficultés lors de leur mise en place ou de l'interprétation des résultats. Par exemple, l'ergothérapeute 4 mentionne « faire quelque chose qui soit validé pour ce type de population », tandis que l'ergothérapeute 6 souligne « il y en a un qui demande d'évaluer les déplacements de l'enfant en transport, or, il n'y a pas de transports ici ». L'ergothérapeute 3 insiste sur les difficultés d'évaluation en précisant qu'il « ne serait pas juste de les évaluer avec des normes qui ne sont pas les leurs ». Ces observations faites par les ergothérapeutes sont soutenues dans la littérature par Malkawi et al., (2020) qui expliquent que « les évaluations et les outils sont basés sur les normes culturelles occidentales et fondés sur des concepts qui pourraient être inappropriés dans une autre culture » (p.4). De plus, l'ergothérapeute 4 mentionne également la difficulté à obtenir le matériel nécessaire pour réaliser ces évaluations, « c'est un frein, c'est aussi la difficulté justement à avoir ces outils en n'étant pas en France », ce qui vient corroborer les propos d'Al Busaidy & Borthwick (2012) et Malkawi et al., (2020), qui mentionnent une « accessibilité restreinte du matériel » et un « manque d'outils d'évaluation » (Malkawi et al., 2020, p.4). Ces observations semblent donc corroborer les difficultés remarquées par les ergothérapeutes.

En outre, bien que le modèle Kawa soit mentionné par Morel (2017) comme étant « un outil d'évaluation et thérapeutique en cohérence avec la culture de la personne et ainsi éviter toute dominance culturelle du thérapeute » (p.98), aucune des ergothérapeutes interrogées n'a fait référence à ce modèle ni à son utilisation, même l'ergothérapeute 4 qui a exercé 3 ans au Japon, le pays d'origine du modèle. Malgré les difficultés rencontrées, les ergothérapeutes semblent persister dans l'utilisation des mêmes évaluations qu'elles utilisaient en Occident. L'on peut se demander si le contexte de la pédiatrie (où les patients sont trop jeunes pour s'appuyer sur le modèle Kawa) ou le manque de connaissances des ergothérapeutes occidentales sur le modèle Kawa influent sur leur non-utilisation de ce dernier.

Pour terminer cette partie, il est constaté une autre différence entre la littérature et les données recueillies des entretiens. Dans la littérature, il est expliqué que les visites à domiciles sont rendues difficiles, notamment pour une question de pudeur de la part des patients. Or l'ergothérapeute 1 explique « j'ai visité les domiciles des enfants », à l'inverse deux ergothérapeutes exerçant à Singapour ont souligné lors des entretiens des difficultés à accéder aux écoles. L'on constate que l'accessibilité à certains lieux peut être rendue difficile,

néanmoins il ne semble pas avoir de corrélations entre la littérature et les entretiens, démontrant ainsi la diversité des expériences possibles. La seule corrélation constatée paraît être sur l'accessibilité des écoles à Singapour. Pour les autres professionnels, chaque expérience est unique et semble être propre aux patients rencontrés.

Adaptations intuitives

Après une analyse approfondie, les ergothérapeutes ont mis en évidence le caractère naturel des adaptations réalisées en fonction de la culture, de l'environnement et des besoins professionnels. Walsh (2013), souligne que les ergothérapeutes possèdent des « compétences pour favoriser la participation des clients, tout en tenant compte des facteurs physique, psychologique, spirituels, culturels et politiques qui exercent une influence sur les résultats des soins » (p.21). Cette approche semble constituer le fondement même de la pratique de l'ergothérapeute, quel que soit son lieu d'exercice. Ces compétences et la nécessité de partir des besoins des individus sont des éléments fondamentaux de la profession, ce qui explique pourquoi la notion de naturalité revient fréquemment dans les réponses des ergothérapeutes interrogées. L'ergothérapeute 3 souligne d'ailleurs « je pense que nos personnalités se prêtent à l'adaptation », faisant référence ici à la personnalité de l'ergothérapeute. Néanmoins, elle évoque tout de même la présence d'adaptations dans ses propos. En effet, bien que la capacité de favoriser la participation d'un patient en partant de ses besoins soit une compétence essentielle de l'ergothérapeute, quel que soit son lieu ou pays d'exercice, les 7 ergothérapeutes interrogées soulignent l'importance des adaptations et des apprentissages liés à la culture.

Selon ces ergothérapeutes, les adaptations permettent une meilleure compréhension et intégration de la culture. Elles permettent également de surmonter les difficultés liées au « fait que vous n'êtes pas en immersion dans la culture, mais dès que vous l'êtes, vous savez, vous apprenez à être plus compréhensif » indique l'ergothérapeute 6. Doorenbos et al., (2005) appellent cela la « sensibilité culturelle », qu'ils définissent comme la « capacité de comprendre les différences et les similitudes et de reconnaître les valeurs, les traditions, les croyances et les comportements ethnoculturels des autres populations ». Murden et al., (2008) partagent un point de vue similaire et évoquent la « capacité du praticien de reconnaître, de respecter et accepter les différences culturelles, tout en étant conscient que ces différences se situent dans des contextes culturels plus vastes » (p.201). Plus récemment, en 2016, Pierce et Morel ont évoqué la notion de compétence culturelle. Cette compétence semble s'être développée intuitivement chez les 7 ergothérapeutes interrogées dans le cadre de l'enquête, qui indiquent,

à l'instar de l'ergothérapeute 3, s'être « intégrée à la culture ». De plus, l'ergothérapeute 6 souligne l'importance de prendre en compte la culture, car « si on n'en tient pas compte, forcément, on se retrouve avec un décalage entre ce qu'on perçoit de l'enfant et peut-être qu'on va percevoir des différences qui en fait ne sont pas des différences qui sont juste un manque de pratique ». Cependant, Jasmin (2020) rappelle qu'il est essentiel d'être vigilant et de prendre le recul nécessaire vis-à-vis des situations afin de ne pas « justifier certains comportements par une appartenance culturelle ».

En conclusion, les ergothérapeutes soulignent l'importance des adaptations culturelles, des apprentissages et de partir des besoins individuels pour proposer des interventions pertinentes. L'ergothérapeute 6 affirme que « c'est une nécessité et vous réalisez avec le temps que ça ne marche pas si vous ne vous ajustez pas au nouveau pays, si vous n'ajustez pas votre point de vue ou vos stratégies ». De même, l'ergothérapeute 4 précise qu'il est indispensable « si on veut proposer quelque chose de pertinent, on est obligé de s'adapter ». Comme le souligne Jasmin (2020), « l'ergothérapeute doit prendre en compte la culture de sorte à pouvoir proposer une aide qui soit cohérente avec les occupations porteuses de sens pour le patient » (p.60). Un élément apparaît dans la littérature, mais n'est nullement mentionné par les ergothérapeutes. En effet, Awaad (2003) évoque la possibilité d'« intégration des activités locales et traditionnelles » (p.412) dans les interventions proposées aux patients afin d'assurer leur pertinence. On peut alors se demander si les ergothérapeutes n'abordent pas ce sujet en raison de leur pratique principalement axée sur les performances scolaires en pédiatrie, ou alors l'utilisation d'activités locales est évidente et donc non mentionnée.

Adaptations continues de la pratique de l'ergothérapeute occidental en Asie

Cette thématique étudie la continuité et la progressivité des adaptations culturelles réalisées par les ergothérapeutes. Cependant, cette notion n'est pas abordée dans la littérature existante. Il n'y a aucune mention de la temporalité nécessaire à la mise en place des adaptations, ce qui renforce implicitement l'opinion des ergothérapeutes selon laquelle cette temporalité est longue. Comme le souligne E4, « les adaptations, ça évolue tout le temps ». Il serait en effet difficile de définir dans la littérature une durée moyenne commune à la majorité des ergothérapeutes, en prenant en compte les différents facteurs personnels et environnementaux propres à chaque professionnel. L'analyse révèle effectivement différentes appréciations du temps nécessaires aux adaptations telles que « 6 mois » (E1), « 1 an et demi à 2 ans » (E6) ou encore « la temporalité est très longue » (E4). Il est probable que ces divergences soient influencées par les parcours professionnels variés des ergothérapeutes en

Asie. Selon les ergothérapeutes interrogées, il faut du temps pour comprendre la culture, comme le précise E1, « il m'a fallu quelques mois pour vraiment mieux comprendre la culture ». Ainsi, les adaptations et la compréhension sont décrites comme un processus continu et progressif. L'ergothérapeute 6 insiste sur la notion de progressivité en signalant qu'« encore maintenant, il y a des choses que je réalise », même après 7 ans d'exercice au Cambodge.

3 ergothérapeutes interrogées évoquent également l'existence d'étapes nécessaires à leurs adaptations. Bien qu'aucun écrit, qu'il soit issu de la littérature ou des ergothérapeutes, ne mentionne explicitement ces étapes, il est probable que la mise en place des adaptations soit liée personnellement au professionnel qui les élabore, comme expliqué précédemment. Néanmoins, bien que l'ordre des étapes ne soit défini dans la littérature ni par les ergothérapeutes, on observe des thèmes communs, tels que la « réflexion sur soi » (Jasmin, 2020, p.49) et sur sa culture, la prise d'« information sur d'autres cultures » (Pierce & Morel, 2016), devenir « culturellement compétent » (Pierce & Morel, 2016), être « à l'aise avec les coutumes locales » (E1), « l'observation » (André et al., 2018), les apprentissages « j'ai appris le thaï » (E2), et enfin, la mise en pratique des acquis suite à une augmentation de la confiance en soi et de l'expérience de l'ergothérapeute.

En conclusion, la mise en place des adaptations culturelles requiert une temporalité qui n'est pas définie dans la littérature, mais qui semble être propre à chaque professionnelle. Les thérapeutes interrogées soulignent l'existence d'un processus continu et progressif qui répond aux attentes individuelles et permet ainsi de faire évoluer la pratique.

b. Retour sur les hypothèses

L'analyse que j'ai pu faire des résultats et leur mise en lien avec le cadre conceptuel permettent de donner des réponses aux hypothèses.

Pour rappel, les trois hypothèses formulées étaient :

1. Les adaptations sont nécessaires pour améliorer la pratique en ergothérapie.
2. Les adaptations suivent un processus évolutif et progressif qui répond aux besoins de la pratique et de l'apprentissage des praticiens.
3. Les adaptations sont influencées par les caractéristiques individuelles des praticiens, leur expérience et leur environnement.

Dans la discussion, tant les ergothérapeutes que la littérature s'accordent à dire que les ergothérapeutes nécessitent des apprentissages liés à la culture afin de mettre en place des adaptations culturelles qui permettront de répondre avec pertinence aux besoins de leur pratique et de leurs patients. En effet, les ergothérapeutes comprennent la nécessité de s'adapter afin de mieux comprendre et connaître l'environnement et la culture avec lesquelles ils sont amenés à travailler. De plus, les expériences personnelles et professionnelles des ergothérapeutes ainsi que leur environnement d'exercice semblent influencer les adaptations des ergothérapeutes. Enfin, les ergothérapeutes évoquent la mise en place de leurs adaptations selon un processus continu, qui requiert du temps, et évolue progressivement.

En regard de ces analyses, il est possible d'indiquer que les adaptations sont jugées nécessaires par les ergothérapeutes pour répondre avec pertinence aux besoins des patients, gagner en confiance dans leur pratique et ainsi améliorer la qualité de la pratique en ergothérapie. Les thérapeutes soulèvent également un processus évolutif et progressif qui répond aux besoins et aux apprentissages. Enfin, l'on constate à cet effet des adaptations soumises aux influences individuelles, aux expériences et à l'environnement des professionnels.

De ce fait, il est possible de valider les trois hypothèses formulées ci-dessus.

c. Limites de l'étude

Cette étude a révélé l'importance de la compréhension et des apprentissages liés la culture, ainsi que l'existence d'un processus progressif pour que l'ergothérapeute occidental exerçant en Asie de l'Est puisse mettre en place des adaptations culturelles afin de répondre de manière pertinente aux besoins des patients.

L'étude présente néanmoins plusieurs limites. Tout d'abord, la contrainte de temps a été un obstacle. L'enquête a dû être interrompue en raison des délais impartis pour la rédaction de ce mémoire. Par conséquent, les entretiens n'ont pas été arrêtés en raison de la saturation de l'échantillon, mais pour permettre suffisamment de temps pour la rédaction des résultats et des analyses. Bien que la représentativité ne soit pas recherchée dans cette enquête, il aurait été pertinent d'obtenir des témoignages d'ergothérapeutes exerçant dans d'autres pays d'Asie de l'Est, notamment la Chine, qui est mentionnée à plusieurs reprises dans la littérature, ce qui aurait pu apporter un éclairage supplémentaire à la discussion. De plus, en relation avec la

littérature, j'ai pu constater un manque de littérature provenant d'Asie du Sud-Est, à l'exception de Singapour.

La littérature elle-même présente des limites. En effet, j'ai rencontré des difficultés d'accès à certains articles et la majorité de ceux obtenus étaient en anglais. La langue anglaise a pu constituer une barrière lors de la lecture, demandant plus de temps pour la compréhension, l'interprétation et la traduction. De même, 5 entretiens sur 7 ont été réalisés en anglais, ce qui a parfois entraîné des difficultés de compréhension des propos avancés, tant de ma part que de celle des personnes interrogées. Par exemple, le terme « occupation » dont j'ai omis de préciser le sens au début de mes entretiens, a pu engendrer des confusions auprès des ergothérapeutes. Confusion due à l'anglais, mais probablement aussi aux différentes interprétations du terme, selon le pays.

En ce qui concerne les entretiens, le décalage horaire entre l'Europe et l'Asie a pu conduire à des entretiens très matinaux ou tardifs, entraînant de la fatigue et conduisant occasionnellement à des réponses moins détaillées. De plus, la visioconférence a restreint l'analyse des gestes et des expressions des ergothérapeutes. La réalisation d'entretiens semi-directif, a également été une difficulté, car je n'ai pas été formé à leur conduite. Il m'a fallu de l'entraînement, en particulier lors des premiers entretiens, pour à poser les bonnes questions de relance lorsque cela était nécessaire. Certaines de mes erreurs dans la conduite des entretiens ont pu entraîner des répétitions de la part des ergothérapeutes.

Un biais a pu être soulevé par E6, l'importance du contexte socio-économique des familles auprès desquelles exercent les ergothérapeutes de l'enquête.

Enfin, les différences de formation parmi les participants occidentaux inclus dans l'enquête ont pu influencer certaines des réponses fournies par les thérapeutes.

d. Intérêts de l'étude

Les intérêts de cette étude sont nombreux et variés. Tout d'abord, elle a eu des implications scolaires et professionnelles significatives. La littérature anglaise ainsi que la réalisation et la retranscription des entretiens en anglais m'ont permis de développer et d'enrichir mes compétences en anglais professionnel et scientifique. En parallèle, j'ai également acquis des compétences en méthodologie de recherche et développé un regard critique sur mon propre travail. Cette étude m'a également offert l'opportunité de m'affirmer et de me positionner en tant que future professionnelle.

Mon stage m'a permis d'avoir une expérience de terrain que mes recherches sont venues soutenir à l'aide de littérature et d'analyses plus approfondies. De plus, ces recherches m'ont donné l'occasion d'explorer et de découvrir l'ergothérapie à l'étranger, ce qui m'a permis de mieux comprendre les enjeux liés au développement de cette profession à l'échelle mondiale.

En ce qui concerne l'enquête elle-même, bien que j'aie initialement considéré comme une limitation le fait que toutes les ergothérapeutes interrogées exercent en pédiatrie, je vois maintenant cela comme un avantage. Cela m'a permis d'obtenir des réponses sans biais lié à la diversité des services ou des populations traitées, ce qui a contribué à des réponses basées sur des exemples similaires.

De plus, lors des entretiens, j'ai été à plusieurs reprises surprise par les réponses fournies par les ergothérapeutes. Cette surprise souligne, à mon avis, l'intérêt de l'enquête qualitative et ainsi la pertinence de la méthodologie choisie.

CONCLUSION

L'Asie de l'Est. Le Japon, Singapour, la Thaïlande ou encore le Vietnam. Destination touristique par évidence, l'Asie de l'Est reçoit aussi de nombreux ergothérapeutes en quête de défis ou à la recherche d'une nouvelle pratique. Ces professionnels, en soif de voyages et de découvertes, font la rencontre d'une nouvelle culture : la culture asiatique. Or, cette dernière influence largement la façon qu'a un individu d'apercevoir le monde. Pour ces différentes raisons, les réflexions de ce mémoire se sont tournées autour de la question suivante : comment l'ergothérapeute de formation occidentale adapte-t-il sa pratique à un exercice en Asie de l'Est, en intégrant l'influence de la culture sur la perception du handicap et sur les occupations ?

La littérature a mis en évidence des différences significatives entre la pratique dans les pays occidentaux et celle en Asie de l'Est. Les barrières culturelles ont été identifiées comme un facteur clé qui interfère avec la pratique de l'ergothérapeute occidental, nécessitant ainsi des adaptations.

Pour comprendre les adaptations nécessaires, 7 entretiens semi-directifs ont été menés auprès d'ergothérapeutes de formation occidentale exerçant ou ayant exercé en Asie de l'Est. Les résultats de cette enquête, combinés à la revue de littérature, ont permis de mettre en évidence la nécessité d'adapter les interventions afin de répondre avec pertinence aux besoins des patients. Afin de s'adapter, les thérapeutes réalisent des apprentissages culturels qui s'appuient notamment sur l'observation, la réflexion sur soi et sa pratique ainsi que des questionnements. Ils développent ainsi ce que la littérature nomme : une sensibilité culturelle et des compétences culturelles. Il est également important de souligner que les adaptations sont propres à chaque individu et varient selon l'environnement de travail, l'expérience du professionnel ou ses prédispositions. De surcroît, les ergothérapeutes ont décrit un processus d'adaptation continu, évoluant progressivement pour répondre aux attentes individuelles des thérapeutes et ainsi faire évoluer leur pratique.

Cette recherche ouvre de nouvelles perspectives et soulève de nouveaux questionnements. Il a été souligné que les concepts fondamentaux théoriques de l'ergothérapie ont émergé et évoluent dans les pays occidentaux. Par conséquent, il est légitime de s'interroger sur le contenu de la formation en ergothérapie en Asie de l'Est et sur les difficultés rencontrées par les ergothérapeutes diplômés dans cette région pour appliquer les différents concepts occidentaux étudiés au cours de leur formation.

BIBLIOGRAPHIE

Article

Al Busaidy, N. S. M., & Borthwick, A. (2012). Occupational Therapy in Oman : The Impact of Cultural Dissonance. *Occupational Therapy International*, 19(3), 154-164. <https://doi.org/10.1002/oti.1332>

An, S. J. L. (2017). Parent Training Occupational Therapy Program for Parents of Children with Autism in Korea. *Occupational Therapy International*, 2017, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2017/4741634>

Awaad, J. (2003). Culture, Cultural Competency and Occupational Therapy : A Review of the Literature. *British Journal of Occupational Therapy*, 66(8), 356-412. <https://doi.org/10.1177/030802260306600804>

Berry, J. W. (1997). Immigration, Acculturation, and Adaptation. *Applied Psychology*, 46(1), 5-34. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.1997.tb01087.x>

Charret, L. & Thiébaud Samson, S. (2017). Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie. *Contraste*, 45(1), 17-36. <https://doi.org/10.3917/cont.045.0017>

Chiang M, Carlson G. (2015). Occupational therapy in multicultural context : issues and strategies. *British OT* <https://doi.org/10.1177/030802260306601204>

Couture, M. (2003). La recherche qualitative : introduction à la théorisation ancrée. *Interactions*, 7(2), 127-133.

Doorenbos, A. Z., Schim, S. M., Benkert, R. & Borse, N. N. (2005). Psychometric Evaluation of the Cultural Competence Assessment Instrument Among Healthcare Providers. *Nursing Research*, 54(5), 324-331. <https://doi.org/10.1097/00006199-200509000-00006>

Dumont, C., & Walsh, H. A. L'importance de tenir compte des facteurs culturels et linguistiques lors de la prestation de soins à domicile. *Actualités ergothérapeutiques*, 15(6), 19. https://www.caot.ca/document/3985/nov_AE_NOV_2013.pdf#page=19

Kawakatsu, Y., Yokoi, K., Tanno, K., Eakman, A. M. & Hirayama, K. (2022, 25 avril). Development of the Japanese Version of the Engagement in Meaningful Activities Survey. *OTJR : Occupation, Participation and Health*, 42(3), 209-218. <https://doi.org/10.1177/15394492221090624>

Lemaire, F. (2019). La loi Jardé : ce qui change. *La Presse Médicale*, 48(3), 238-2

Levy, C., Rybak, A., Cohen, R., & Jung, C. (2017). La loi Jardé, un nouvel encadrement législatif pour une simplification de la recherche clinique. *Archives de Pédiatrie*, 24(6), 571-577.

Mackenzie, L. & McKinstry, C. (2018, juin). Knowledge translation in the context of the Asia Pacific region. *Australian Occupational Therapy Journal*, 65(3), 165-167. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12487>

Malkawi, S. H., Alqatarneh, N. S., & Fehringer, E. (2020). The Influence of Culture on Occupational Therapy Practice in Jordan. *Occupational Therapy International*, 1-9. <https://doi.org/10.1155/2020/1092805>

Murden, R., Norman, A., Ross, J., Sturdivant, E., Kedia, M., & Shah, S. (2008). Occupational therapy students' perceptions of their cultural awareness and competency. *Occupational Therapy International*, 15(3), 191-203. <https://doi.org/10.1002/oti.253>

Salah, A., & Said Mehdi, D. (2018). L'entretien de recherche dit "semi-directif" Dans les domaines des sciences humaines et sociales. *Al-Jamie Journal in psychological Studies and Educational sciences*, 3(8), 30-42.

Sève-Ferrieu, N. (2008). Indépendance, autonomie et qualité de vie : analyse et évaluations. *Encyclopédie médico-chirurgicale*, 4(4), 1-15. [https://doi.org/10.1016/s1283-0887\(08\)43675-7](https://doi.org/10.1016/s1283-0887(08)43675-7)

Wanlin, P. (2007). L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens: une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. *Recherches qualitatives*, 3(3), 243-272.

Whiteford, G. E. & Wilcock, A. A. (2000). Cultural Relativism : Occupation and Independence Reconsidered. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67(5), 324-336.
<https://doi.org/10.1177/000841740006700505>

Winance, M. (2008). La notion de handicap et ses transformations à travers les classifications internationales du handicap de l'OMS, 1980 et 2001. *Dynamis*, 28, 377-406.

World Federation of Occupational Therapists. (2020, 28 octobre). *WFOT Occupational Therapy International Practice Guide*. WFOT. <https://www.wfot.org/resources/wfot-occupational-therapy-international-practice-guide>

Yang S, Sbek MP, Tsunaka M, Lim HB. (2006). Cultural influence on occupational therapy practice in singapore : a pilot study. *Occupational therapy international*, 13(3), 176-203
<https://doi.org/10.1002/oti.217>

Yau, M. K. (2007). Universality and cultural specificity in occupational therapy practice: From Hong Kong to Asia. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 17(2), 60-64.
<https://cyberleninka.org/article/n/14250.pdf>

Yim Loh, S. (2021). Promoting literacy in occupational therapy. *Occupational therapy in Asia* : *UM bulletin* 2021, 21(44).
https://www.researchgate.net/publication/354219353_Occupational_Therapy_in_Asia_UM_Bulletin_2021

Chapitre de livre

André, F., Schabaille, A. & Bertrand, R. (2018). *Engagement, occupation et santé : une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie*. Association Nationale Française des Ergothérapeutes, 4-12.

André, F., Schabaille, A. & Bertrand, R. (2018). *Engagement, occupation et santé : une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie*. Association Nationale Française des Ergothérapeutes, 255-265.

André, F., Schabaille, A. & Bertrand, R. (2018). *Engagement, occupation et santé : une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie*. Association Nationale Française des Ergothérapeutes, 300-308.

André, F., Schabaille, A. & Bertrand, R. (2018). *Engagement, occupation et santé : une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie*. Association Nationale Française des Ergothérapeutes, 403-410.

Benoit, L. (2021). Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie. In Antoine, B. (ed.) *La théorie ancrée (Grounded Theory)* (p. 127-144). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.casti.2021.01.0127>

Fischer, G., Tarquinio, C. & Dodeler, V. (2020). Chapitre 3. Stress et santé. In G. Fischer, C. Tarquinio & V. Dodeler (ed) *Les bases de la psychologie de la santé: Concepts, applications et perspectives* (p. 103-141). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.fisch.2020.02.0069>

Gardou, C. (2013, 15 mars). En Chine, les deux faces du handicap. In. Guinamard & F. Lupu (ed.) *Le handicap au risque des cultures (Connaissances de la diversité)* (p. 10-15). Eres

Gardou, C. (2013, 15 mars). En Chine, les deux faces du handicap. In. Guinamard & F. Lupu (ed.) *Le handicap au risque des cultures (Connaissances de la diversité)* (p. 175-196). Eres

Morel, M. C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux*. De Boeck supérieur, 97-106.

Pierce, D. & Morel, M. (2016, août 26). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie* (1^{re} éd.). De Boeck supérieur, 25-28.

Pierce, D. & Morel, M. (2016, août 26). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie* (1^{re} éd.). De Boeck supérieur, 152-158.

Livre

Boutin, G. (2019). *L'entretien de recherche qualitatif, 2e édition : Théorie et pratique*. PUQ

Jasmin, E. (2020, 9 janvier). *Des sciences sociales à l'ergothérapie : Mieux comprendre la société et la culture pour mieux agir comme spécialiste en habilitation à l'occupation*. PU QUEBEC.

Quivy, R., & Van Campenhoudt, L., (2017), *Manuel de recherche en sciences sociales* (5^e édition). Paris : Dunod.

Communiqué de presse

Facts on People with Disabilities in China. (s. d.). ILO. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/---ilo-beijing/documents/publication/wcms_142315.pdf

World federation of occupational therapists [WFOT], Dickson-swift, V., Hocking, C., Hyett, N., Kenny, A., McKinstry, C. & Whiteford, G. (2019). *Occupational therapy and community centred practice* [Communiqué de presse]. https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://wfot.org/checkout/19067/24234&ved=2ahUKEwjupNmA3af8AhUPVqQEHVltCx8QFnoECA0QAQ&usg=AOvVaw2sytPg-PK_sv5z0-VGApqG

SITOGRAPHIE

Le Robert. (s. d.). Adaptation. In *Le Robert en ligne*. Consulté 20 janvier 2023 à l'adresse <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/adaptation>

Constitution. (s. d.). Consulté 20 octobre 2022, à l'adresse <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>

Ministère de la Santé et de la Prévention. (2022, août 1). *Ergothérapeute*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/ergotherapeute>

Le Robert. (s. d.). Environnement. In *Le Robert en ligne*. Consulté 3 février 2023 à l'adresse <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/environnement>

PODCAST

Todd, E. (2021, 14 avril). *L'origine des idéologies asiatiques* (épisode 3). Radio sauvage.

LOI

Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, (2005). NOR : SANX0300217L

ANNEXES

Annexe I	93
Annexe II	98
Annexe III	103
Annexe IV	105
Annexe V	107
Annexe VI	121

Guide d'entretien

Présentation du contexte d'étude :

Les adaptations nécessaires à la pratique de l'ergothérapie en Asie de l'Est : ce qu'il faut adapter et comment ?

Question de recherche :

Comment l'ergothérapeute de formation occidentale adapte-t-il sa pratique à un exercice en Asie de l'Est, en intégrant l'influence de la culture sur la perception du handicap et sur les occupations ?

- ➔ A l'aide des entretiens je souhaite définir comment les adaptations sont-elles mises en place par les ergothérapeutes afin de valider ou d'invalider mon hypothèse.

Mots clés : adaptation, ergothérapie, Asie, handicap, occupation, culture.

Durée estimée de l'entretien : 45 à 55 minutes.

Critères de participation à l'entretien :

- Être un ergothérapeute diplômé
- Avoir pratiqué au moins 6 mois en France ou dans l'un des pays occidentaux défini par l'enquête (pays européens, Etats-Unis et Canada)
- Avoir pratiqué au moins 6 mois dans un des pays d'Asie de l'Est ou du sud-est
- Parler l'anglais ou le français de manière fluente

Avant l'entretien, un formulaire de consentement sera transmis. Il doit être retourné et signé.

L'accord écrit et oral du thérapeute interrogé concernant l'enregistrement de l'entretien seront de nouveau demandés avant le début de ce dernier. Il lui sera rappelé que les données recueillies seront anonymisées, stockées selon les normes de sécurité de sauvegarde et supprimées dès la fin des recherches.

Passation de l'entretien.

Conclusion et remerciements.

Ordre des questions**Questions principales****Questions complémentaires**

Question sur le thérapeute

1	Pouvez-vous rapidement vous présenter, ainsi que les motivations vous ayant conduites à partir exercer à l'étranger ?	Depuis quand êtes-vous diplômé ? D'où êtes-vous diplômé ? Combien de temps et où avez-vous pratiqué en occident ? Combien de temps et où avez-vous pratiqué en Asie de l'Est ? Quel fût le contexte de votre départ ? Quelles motivations ?
----------	---	---

Question sur la notion de handicap en Asie de l'Est

2	Avez-vous remarqué des différences concernant l'interprétation du handicap et des situations de handicap entre vos deux lieux d'exercices ? (en occident et en Asie)	<ol style="list-style-type: none">1. Comment est perçu le handicap là où vous travaillez (avez travaillé) en Asie ? En occident ?2. Le handicap est-il interprété de la même façon selon vous en Occident et en Asie ? L'aviez-vous anticipé ?3. La perception du handicap selon la population locale peut-elle influencer votre pratique ? Avez-vous des exemples à me donner ?
----------	--	--

Questions sur l'influence de la culture

3	Selon vous, comment la culture influence-t-elle les occupations de vos patients ?	Le terme occupation est-il compris dans le pays où vous pratiquez de la même manière que vous l'interpréter personnellement ? Y a-t-il une différence d'interprétation du terme ? Rencontrez-vous des occupations similaires en Asie et en occident ? En quoi sont-elles
----------	---	--

		<p>différentes ? Comment la culture impacte-t-elle les occupations ?</p> <p>Avez-vous rencontré une ou des occupations modifiées par la culture ?</p>
4	<p>Selon vous, comment votre pratique est-elle influencée par la culture du pays où vous pratiquez ?</p> <p>Pourquoi ?</p>	<p>Par quoi votre pratique peut-elle être modifiée ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Votre pratique en Asie est-elle similaire de celle en occident ? Pourquoi ? Pensez-vous qu'il est possible de garder une pratique identique ? Est-il nécessaire de s'adapter ou est-ce un choix ? 2. Réalisez-vous des bilans ou évaluations ? Sont-ils les mêmes que vous faisiez en occident ? Existe-il des difficultés ou limite à mettre en place les outils appris dans votre formation occidentale ? 3. Avez-vous des exemples d'impact de la culture sur votre pratique ? 4. Comment intervient la culture sur votre pratique ? Comment intégrez-vous la culture dans votre pratique ? 5. Comment découvre-t-on une autre culture ? 6. Quelles sont les spécificités d'accompagner une personne avec une autre culture que la sienne ? <p>Avez-vous constaté une évolution dans votre pratique ?</p>

		Avez-vous un exemple d'influence à me donner que votre pratique a pu connaître ?
--	--	--

Questions sur les adaptations

5	Quelles adaptations vous concernant personnellement avez-vous mis en place lors du changement de pays ?	Y-a-t-il des prérequis nécessaire selon vous avant de partir ? Dans votre quotidien, vos habitudes de vie personnelles ont-elles été modifiées ? Vivez-vous selon le rythme/mode de vie/coutumes des locaux ? Quelle a été la temporalité ? Pouvez-vous me donner des exemples d'adaptations que vous avez mis en place ? Y-a-t-il eu une évolution entre le début et la fin de la mise en place des adaptations ?
6	Quelles adaptations avez-vous mis en place concernant votre pratique ? (supposée influencée par la culture)	Lieux, utilisation de modèles, méthodes de pratique, langues, connaissance du système de santé, compréhension des enjeux et objectifs pour l'autre ? Pour mettre en place des moyens d'intervention, trouver des objectifs ? Comment adapter sa pratique à un autre système de valeur et croyance ? Quelle a été la temporalité ? Pouvez-vous me donner des exemples d'adaptations que vous avez mis en place ? Y-a-t-il eu une évolution entre le début et la fin de la mise en place des adaptations ?
7	Comment se sont faites vos adaptations ? Quelle a été votre ressentie ?	Qu'est-ce que cela a mobilisé chez vous ? Un effort ? Un sentiment de perte d'efficacité ou de sens ? Une contribution enrichissante, une richesse professionnelle ? Quelles étaient les ressources et les expériences internes ? Avez-vous un exemple ?
8	De quelle manière avez-vous adapté votre pratique ?	Pendant quelle période de temps ? En une seule étape ? (Découverte, appropriation ?)

	Quelle a été la temporalité ?	Était-ce naturel ? Avez-vous eu besoin d'étayage ? Était-ce immédiat ? Progressif ? Une étape à la fois ? Tout en même temps ? Quel a été votre parcours ? Reconnaissez-vous des changements, une évolution ? Avez-vous des exemples à me donner ?
9	Comment avez-vous mis en place ces adaptations ? Quelles ont été vos ressources et limites ?	Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans votre pratique ? Qu'avez-vous mis en place ? Modification de votre pratique ? Questionnement personnel ? Questionnement d'autres professionnels ? Comment avez-vous obtenu des informations ? Étude du contexte ? Prendre du recul ? Tests/essais ? Évolution de votre pratique ? Comptez-vous sur des outils / les personnes ? Pouvez-vous m'illustrer comment vous avez mis en place une adaptation ?
10	Pourquoi vous a-t-il semblé important de vous adaptés ? Était-ce un choix ou une nécessité ?	Intégration culturelle ? Pratique appropriée et respectant la culture des patients ? Mieux comprendre les enjeux pour les patients ? Faire progresser votre pratique ?

Question bonus/ ouverture : après votre retour dans votre pays de formation, est-ce que ça a été difficile de se réajuster/ se réadapter ?

Interview guide

Context presentation :

The necessary adaptations to the practice of occupational therapy in East asi : what needs to be adapted and how ?

Research Question :

How does a Western-trained occupational therapist adapt their practice when working in East asia, taking into account the influence of culture on disability perception and occupations ?

➔ Through interviews, I aim to determine how adaptations are implemented by occupational therapists to validate or invalidate my hypothesis.

Keywords : Occupational therapy – Asia – culture – disability – occupation – adaptation

Estimated interview duration : 45 to 55 minutes.

Criteria for interview participation :

- Must be practiced for at least 6 months in France or one of the Western countries defined in the survey
- Must have practiced for at least 6 months in one of the East Asian or Southeast Asia countries
- Must be fluent in English or French

Prior to the interview, a consent form will be provided, which must be returned and signed.

Written and verbal consent from the therapist being interviewed regarding the recording of the interview will be requested again before its commencement. They will be reminded that the collected data will be anonymized, stored according to backup security standards and deleted upon the conclusion of the research.

Conducting the interview.

Conclusion and acknowledgments.

Questions order	Principal questions	Complementary questions
Question for the therapist		
1	Can you quickly introduce yourself, as well as the motivations that led you to practice abroad ?	<p>How long have you graduated ? Where did you graduate from ? How long and where did you practice in the West? How long and where did you practice in East Asia ?</p> <p>What was the context of your departure ? What motivations ?</p>
Question on disability in East Asia		
2	Have you noticed any differences in the interpretation of disability and situations of disability between your two places of exercise ? (In West and Asia)	<p>How is disability perceived where you work (have worked) in Asia ? In West ?</p> <p>Is disability interpreted in the same way in your opinion in the West and in Asia ? Did you anticipate it ?</p> <p>Can the perception of disability according to the local population influence your practice ?</p> <p>Do you have any examples to give me ?</p>
Questions about the influence of culture		
3	In your opinion, how does culture influence the occupations of your patients ?	<p>Is the term occupation understood in the country where you practice in the same way as you personally interpret it ?</p> <p>Is there a difference in interpretation of the term ?</p> <p>Do you encounter similar occupations in Asia and the West ?</p>

		<p>How are they different ?</p> <p>How does culture impact occupations ?</p> <p>Have you encountered any occupations modified by culture ?</p>
<p>4</p>	<p>How do you think your practice is influenced by the culture of the country where you practice ? Why ?</p>	<p>How can your practice be changed ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Is your practice in Asia similar to that in the West ? Have you noticed any differences ? Do you think is it possible to keep a similar practice ? Is it necessary to adapt or is it a choice ? 2. Do you carry out assessments or evaluations ? Are they the same as what you did in the West ? Are there any difficulties or limitations in implementing the tools learned in your initial training ? 3. Do you have an example of influence to give me that your practice may have known ? 4. How does culture affect your practice ? How do you integrate culture into your practice ? 5. How do you discover an another culture ? 6. What are the specificities of accompanying a person with a culture other than his own ? <p>An evolution in your practice ?</p>

Questions about adaptations

5	<p>What adaptations have you personally made when you change from west to asian country ?</p>	<p>Are there any prerequisites in your opinion before leaving? Have your daily personal life habits changed? Do you live according to the rhythm of the premises? What was the temporality? Can you give me examples of adaptations that you have put in place? Has there been any change between the beginning and the end of the implementation of the adaptations ?</p>
6	<p>What adaptations have you made to your practice ? (Assumed to be culturally influenced)</p>	<p>Locations, use of models, methods of practice, languages, knowledge about health system there, understanding the issues and objectives for the other? how to adapt their practice to another system of values and beliefs? Can you give me some examples of adaptations that you have put in place ? Has there been any change between the beginning and the end of the implementation of the adaptations ?</p>
7	<p>How your adaptations has been done ? How was it felt ?</p>	<p>What did this mobilize in you ? Effort ? A feeling of loss of efficiency or meaning ? An enriching contribution ? What were the internal resources and experiences ? Do you have an example ?</p>
8	<p>How have you adapted your practice ? What was the temporality ?</p>	<p>In what time period ? In a single step ? Was it natural ? Did you shoring ? Was it immediate ? Progressive ? One step at a time ? All at the same time ? What was your path ? Do you recognize changes, an</p>

		evolution ? Do you have any examples to give me ?
9	How did you implement these adaptations ? What were your resources and your limitations ?	What difficulties did you encounter in your practice ? What did you set up ? Modification of your practice ? Personal questioning ? Questioning of other professionals ? How did you acquire information ? Study of the context ? Step back ? Tests ? Evolution of your practice ? Are you relying on tools/people ? Can you illustrate to me how you set up an adaptation ?
10	Why did you feel it was important to adapt ? Did this seem important to you? Is it a choice or a necessity?	Cultural integration ? Appropriate practice and respectful of patient culture ? Better understanding of patients issues ? Advancing your practice ?

Bonus Question : after your return in your country of formation, was it difficult to adapt again yourself ?

MATHONIERE Manon

31 route de Montjean

91320 Wissous

06.78.68.89.36

Manonmathoniere94@gmail.com



Sorbonne University médecine

IFE Adère Ergothérapie

Collection of consent

To participate in an interview

Project title : How are the necessary adaptations to the professional practice of a Western occupational therapist faced with the impact of culture on occupations in East Asia implemented?

Mathoniere Manon

Adère Occupational Therapy training institute

Sorbonne University médecine

Manonmathoniere94@gmail.com

+ 33 6 78 68 89 36

Directore of etasblishment : *Yolaine Zamora*

Adère Occupational Therapy training institute

52 rue Vitruve, 75 020 Paris

Yolaine.zamora@adere-paris.fr

This interview is conducted as part of a graduation thesis. This is supervised by Lisbeth Charret, teacher and member of the administrative team of the Adère occupational Therapy training institute.

I'm invited to participate in the research, named above. It is led by MATHONIERE Manon and ZAMORA Yolaine.

The purpose of this study is to questions and provide answers concerning the adaptation of occupational therapy practice in a foreign country. We will address the concept of disability abroad. What adaptations are possible ? How are implement the adaptations ?

My participation will consist of participating in an individual interview including ten questions. This interview will have lasted about thirty minutes up to forty five. I will be asked to talk about my studies, my place of practice, my current practice and my experience to adapt. If you accept this interview can be recorded.

I consent to this interview being recorded : *yes ou no*

I refuse to have this interview recorded : *yes ou no*

I understand that my participation in this research implies that I give sometimes personal information as well as my point of view concerning certain subjects. I have received assurance from the researcher that measures are taken to minimize the various risks, in particular it is possible for me to

stop the interview as soon as I wish, I just have to notify my interlocutor. My identity will not be disclosed.

The researcher has given me the assurance that he will treat the information that I share with him strictly confidential. I expect that the content will only be used for the analysis of the information collected, their processing as well as their use for the writing of a final research paper and according to the respect of confidentiality.

The information collected, whether on paper by the researcher or by recording if I have accepted the latter, will be stored securely. Only the researcher will have access to it and this information will be deleted at the end of this research project.

My participation in this research is voluntary and I am free to withdraw at any time, to refuse to answer a question that I don't want to answer without suffering negative consequences. I only undertake to inform my interlocutor of the cessation of my participation in this interview.

For any additional information concerning this study, I can contact the researcher or his supervisor.

The researcher recommends that I (keep/print/save) a copy of the consent form.

By signing my name, I consent to participate in this interview.

I, undersigned Mr or Mrs

Participant's name : _____

Choose freely and voluntarily to participate in an interview as part of the end-of-studies research dissertation.

Signature of participant _____ **Date :** _____

Name of researcher : _____

Signature of researcher _____ **Date :** _____

MATHONIERE Manon

31 route de Montjean

91320 Wissous

06.78.68.89.36

Manonmathoniere94@gmail.com



Sorbonne Université médecine

IFE Adère Ergothérapie

Recueil de consentement

Pour participer à un entretien

Titre du projet : Comment sont mise en place les adaptations nécessaires à la pratique professionnelle d'un ergothérapeute occidental confronté à l'impact de la culture sur les occupations en Asie de l'Est ?

Mathoniere Manon

Institut de formation en Ergothérapie de l'Adère

Sorbonne Université médecine

Manonmathoniere94@gmail.com

+ 33 6 78 68 89 36

Directrice d'établissement : *Yolaine Zamora*

Institut de formation en Ergothérapie de l'Adère

52 rue Vitruve, 75 020 Paris

Yolaine.zamora@adere-paris.fr

Cette interview est réalisée dans le cadre d'un mémoire de fin d'études. Celui-ci est supervisé par Lisbeth Charret, enseignante et membre de l'équipe administrative de l'institut de formation en ergothérapie de l'Adère.

Je suis invité(e) à participer à la recherche, nommée ci-haut. Elle est menée par MATHONIERE Manon et ZAMORA Yolaine.

Le but de cette étude est de venir interroger et apporter des éléments de réponses concernant les adaptations de la pratique de l'ergothérapie dans un pays étranger. Nous aborderons la notion de handicap à l'étranger. Quelles peuvent être les adaptations possibles et comment ces dernières sont-elles mises en place ?

Ma participation consistera à participer à un entretien individuel composé de 10 questions. Cette interview aura pour durer une trentaine de minutes pouvant aller jusqu'à quarante-cinq. On me demandera d'évoquer mes études, mon lieu d'exercice, ma pratique actuelle ainsi que mon expérience concernant la mise en place d'adaptation.

Si vous l'acceptez cet entretien pourra être enregistré.

J'accepte que cet entretien soit enregistré : *oui ou non*

Je refuse que cet entretien soit enregistré : *oui ou non*

Je comprends que ma participation à cette recherche implique que je donne des informations parfois personnelles ainsi que mon point de vue concernant certains sujets. J'ai reçu l'assurance du chercheur que des mesures sont prises en vue de minimiser les différents risques notamment il m'est possible d'arrêter l'entretien dès lors que je le souhaite sous réserve de prévenir mon interlocuteur. Mon identité ne sera pas divulguée.

Le chercheur m'a donné l'assurance qu'il traitera l'information que je partagerai avec elle de façon strictement confidentielle. Je m'attends à ce que le contenu ne soit utilisé que pour l'analyse des données recueillies, leur traitement ainsi que leur utilisation pour la rédaction d'un mémoire de recherche de fin d'études et selon le respect de la confidentialité.

Les données collectées que cela soit sur papier par le chercheur ou bien par enregistrement si j'ai accepté ce dernier seront conservées de façon sécuritaire. Seul le chercheur y aura accès et ces données seront supprimées à la fin de ce projet de recherches.

Ma participation à cette recherche est volontaire et je suis libre de me retirer en tout temps, de refuser de répondre à toute question à laquelle je ne veux pas répondre sans subir de conséquences négatives. Je m'engage uniquement à prévenir mon interlocuteur de l'arrêt de ma participation à cet entretien.

Pour tout renseignement additionnel concernant cette étude, je peux communiquer avec le chercheur ou son superviseur.

Le chercheur me recommande de (garder/imprimer/sauvegarder) une copie du formulaire de consentement.

En signant de mon nom, je consens à participer à cet entretien.

Je soussigné(e) Mr ou Mme

Nom du participant : _____

Choisis librement et volontairement de participer à un entretien dans le cadre du mémoire de recherche de fin d'études.

Signature du participant _____ **Date :** _____

Nom du chercheur : _____

Signature du chercheur _____ **Date :** _____

Entretien 4

Moi : Du coup. Pour rappel, l'entretien est enregistré, il sera anonymisé et effacé dès lors, l'obtention du diplôme. Vous venez de me donner votre accord. Je débute l'enregistrement.

E4 : D'accord.

Moi : J'ai dix questions qui normalement prennent environ entre 35 et 45 minutes en fonction des détails donnés. Elles portent sur le thérapeute en lui-même, la notion de handicap, de culture et principalement sur les adaptations. Notamment les adaptations et leur mise en place, les adaptations du professionnel avant même les adaptations mises en place lors de la pratique. Les premières adaptations lors de l'arrivée dans le pays, puis par la suite, du coup, dans la pratique en tant que ergothérapeute, voilà.

E4 : D'accord. Très bien.

Moi : Du coup, pour débiter ma première question, pouvez-vous rapidement vous présenter ainsi que les motivations vous ayant conduite à partir exercer à l'étranger ?

E4 : Alors je m'appelle E4. Du coup, j'ai pour me présenter sur le plan de l'ergo. J'ai eu mon diplôme en 2009. J'ai travaillé ensuite quatre ans dans un centre d'enseignement adapté accroché à un lycée d'enseignement adapté. Donc l'idée, c'était de pouvoir... Le site est composé de 80 % d'élèves handicapés et de 20 % d'élèves valides. Mais même les valides, en fait, avaient des difficultés pour complètement suivre dans le milieu ordinaire. Et du coup, accroché à ce lycée, il y avait un centre de soins avec des kinés, des ergo, des orthophonistes et une psychomot et des psychologues aussi. Et l'idée, c'était de pouvoir apporter tous les soins nécessaires aux enfants sur la journée et ne pas les voir après l'école ou en dehors des temps scolaires, et d'être plus proche des enseignants aussi. Voilà donc j'ai travaillé quatre ans là-dedans. Ensuite, je me suis installée en libéral. Pendant un an, j'étais collaboratrice dans un cabinet à Paris et, et pendant cette année libérale en fait, mon mari a eu une proposition de partir travailler au Japon. C'est un projet qui nous motivait de partir à l'étranger depuis très longtemps. On a accepté. Donc on est parti pendant trois ans. J'ai remonté une activité libérale à Tokyo et Yokohama. Au bout de trois années, mon mari a décidé de changer de travail. Il a cherché un peu partout et il s'est avéré qu'il a trouvé un poste en France. Donc on est revenu à Paris. Là, j'ai retravaillé dans un centre pour enfants polyhandicapés de près de trois ans à 18 ans, et où, j'étais en charge de tout ce qui était la mise en place de moyens de communication et de toute la communication alternative, et cetera, et donc de réfléchir à toute cette pratique pour les enfants, suivis dans ce centre. Et, et pendant qu'on était là, le travail de mon mari l'a envoyé à Singapour pour monter un bureau. Voilà, c'est comme ça qu'on est parti à Singapour. Et à Singapour. J'ai travaillé dans deux centres. D'abord un centre de soins attaché à ce qu'on pourrait appeler une crèche. Pas tout à fait les mêmes modalités qu'en France, mais dans une crèche. Donc l'idée, c'était que je puisse voir les enfants de la crèche qui en avaient besoin. Et aussi avoir une prise en charge un peu plus comme du libéral en France, voir des enfants suivis ailleurs pour des problèmes de

changement, de règles, de règles au niveau du visa. Mon activité a pris fin et je ne pouvais pas renouveler mon visa chez eux. Et donc là, j'ai été chercher du travail et maintenant, je travaille dans un centre et une clinique pour enfants euh... En gros, c'est du, c'est du, c'est du, comme un centre libéral en France. L'idée, c'est de voir des enfants qui sont suivis, qui vont en école ordinaire et qui ont besoin d'ergothérapie ou d'orthophoniste ou de psychologues. Et donc on les voit sur, sur les temps hors du temps scolaire. Voilà.

Moi : OK, très bien, super. Du coup ça répond, à la question principale et toutes les petites questions qui seraient venues ensuite. Ma question numéro deux porte sur la notion de handicap en Asie de l'Est et du Sud-Est. Avez-vous remarqué des différences concernant l'interprétation du handicap et des situations de handicap entre vos deux lieux d'exercice ? Du coup supposé en France, puis après du coup en Asie ?

E4 : Alors, je vais commencer par Singapour parce que je suis bien dedans, en ce moment, donc ça va être peut-être plus simple. C'est très différent de la France sur la notion du handicap dans le sens où c'est un pays où tout va être plus accessible. Il y a des ascenseurs partout pour entrer dans le métro, il va y avoir des bateaux ou des pentes pour entrer dans n'importe quel magasin ou n'importe quel shop. Et s'il y a pas, il y a une aide de la communauté où tout de suite quelqu'un va venir aider, dans tous les sens. Un exemple tout bête, je me suis cassé le pied ce week-end. J'étais à l'hôpital. J'arrive, dès qu'on arrive devant l'hôpital, il y a des fauteuils roulants mis à disposition pour tout et n'importe qui, après pour aller dans les différents services avec mon fauteuil. J'ai jamais eu besoin de me déplacer toute seule, il y a toujours une personne, n'importe qui, un accompagnant, un personnel soignant, n'importe qui pour me pousser et je n'avais même pas besoin d'en faire la demande. Donc c'est un pays qui, au niveau d'accessibilité, est beaucoup plus aidant qu'en France, je trouve sur l'aménagement. Mais à l'inverse, euh, il y a et il y a très peu d'enfants handicapés qui vont dans des milieux valides. En gros, il y a une séparation qui est beaucoup plus nette. Il y a des institutions, des centres pour personnes en situation de handicap et on les retrouvera très peu en école ordinaire. Pour les enfants ou au travail, je n'ai pas d'exemple de... Fin, j'ai bien un ou deux exemples de gens qui travaillent en étant en situation de handicap, mais ce n'est pas, ce n'est pas la même chose. En France, il y a cette volonté de beaucoup plus d'intégration, notamment au niveau des droits. C'est ça reste quelque chose qui ici est beaucoup plus... Euh, oui, je veux dire une certaine manière marquée. Elles sont pour moi, elles ne font pas partie intégrante de la société, comme ont essayé de le faire en France. Par contre, à l'inverse, il y a beaucoup d'aides familiales. Et donc si ces personnes ne travaillent pas, mais ça se voit aussi au niveau des personnes âgées. Elles sont prises en charge par la famille, elles vivent au sein de la famille et les gens s'en occupent. Il y a moins de ce côté, même de structures, je dirais où on les met pour vivre, elles vont beaucoup plus être au sein de la famille et même les structures dont je vous parle, ce sont des structures de jour en fait. Il y a peu, après peut être que ma connaissance n'est pas totale là-dessus. En tout cas, je trouve que autant c'est beaucoup plus accessible un peu partout. Autant, je trouve qu'il y a, c'est moins inclus dans la société.

Moi : D'accord. Et du coup, la perception du handicap par la population locale a-t-elle ou peut-elle influencer votre pratique ?

E4 : Je trouve qu'il y a du bon sur le fait que tout soit accessible. C'est aussi montrer aux gens que les choses peuvent être accessibles. Et notamment que, bah en fait, mettre une pente au lieu d'un escalier, ça simplifie la vie de tout le monde. Mais bon, ce n'est pas grand-chose. Mais je ne vais pas dire que ça change totalement la base de ma pratique.

Moi : OK et par rapport au Japon du coup ?

E4 : Et le Japon. Je pense que j'ai encore moins de notion de comment ça se passe à l'intérieur du pays. J'avais beaucoup essayé de rencontrer des ergothérapeutes japonaises et j'ai jamais réussi. J'avais proposé de les rencontrer, de les voir pour discuter un peu des pratiques et de comment ça se passait. Je n'ai jamais réussi à aller les voir. Je pense que c'est un effet dû à un effet culturel et à la barrière de la langue, notamment. Les Japonais c'est un peu comme les français, ont parlé très mal en anglais et eux aussi, et du coup s'était un peu effrayant de se voir quelqu'un arriver en disant venez, on va aller boire un café en anglais et discutez de nos pratiques. Et moi je ne parlais pas assez japonais pour avoir cette discussion-là. Donc j'avais une collègue avec qui j'ai échangé, qui était japonaise mais qui avait fait sa formation en Australie. Donc qui était-elle même n'était pas incluse, elle connaissant d'autres ergo japonaise mais elle disait qu'elle n'était pas incluse dedans en fait. C'était vraiment, elle travaillait pas de la même manière.

Moi : D'accord et bien du coup, en parlant de culture. Selon vous, est-ce que, comment la culture influence-t-elle les occupations des patients?

E4 : Comment influence-t-elle... Hum. Alors ça influence énormément. C'est à dire que, ici je travaille quasiment qu'avec des enfants. Et en fait, à Singapour, il est très courant de voir une personne à la maison. C'est entre la nounou et la bonne, la domestique. Donc elle est là souvent pour aider à s'occuper des enfants, s'occuper du ménage, de la cuisine, des courses etc etc et du coup il y a beaucoup de, de, d'activité fait par les enfants en France, que les enfants font et qui ne sont pas fait ici. Je pense des exemples tout simple par exemple. Un enfant de huit ans qui ne sait pas faire ses lacets, en France, on ne trouverait ça pas normal. Ici c'est juste qu'il n'a jamais eu besoin de les faire parce que sa nounou lui a toujours fait pour lui. Et en fait, comme il a ce personnel qui est dédié notamment à s'occuper des enfants. Il y a un manque d'autonomie sur des tâches comme ça par, par, par culturalisme en fait. Et je ne parle pas que des enfants que je vois en prise en charge. Avoir un enfant de six ans qui est amené tous les jours, non j'exagère mais qui est en dernière année de maternelle, donc cinq ans, qui tous les jours est ramené par sa helper en poussette à la maison et qui ne marche pas. En fait, c'est très classique, ici. C'est très courant, donc y'a plein de choses comme ça, qui, au niveau de l'autonomie notamment et des apprentissages des enfants, sont, ne sont pas faits. Et à l'inverse, apprendre à s'habiller, à se laver et des choses comme ça sont appris à la, à, à l'école maternelle. En gros, il n'y a pas d'école maternelle à Singapour. L'École commence à 18 mois et va jusqu'à l'entrée, notre équivalence CP. Il y a 5 années de maternelle entre guillemets, qui sont vraiment entre la crèche et la maternelle pour nous. Avec, c'est difficile de les comparer au système qu'on a en France. Mais du coup, tout, il y a plein de notions comme ça qui sont appris à l'école et pas à la maison. Donc, y'a...Et du coup, la maison c'est vraiment pas, c'est beaucoup moins un lieu

d'apprentissage et d'autonomie que ne l'est la maison en France. Surtout, ouais. Au niveau culturel, c'est vraiment très, très différent. Du coup, les enfants ont l'habitude voilà que beaucoup de choses soient faites pour eux à la maison.

Moi : Et du coup, est ce que vous voyez une différence entre la manière, peut-être, d'interpréter les occupations dans les pays occidentaux et dans les pays d'Asie?

E4 : Comment ça?

Moi : Est-ce que, bah par exemple où on trouve les occup- sous le terme occupation. On retrouve des occupations similaires en Occident ou en Asie, où est-ce que il y a une perception qui fait que ce n'est pas exactement les mêmes. Par exemple, dans les lectures que j'ai pu faire, on parle souvent d'occupation tourné sur le loisir, le sport et autres en occident, alors que c'est plutôt tourné sur le travail, principalement en Asie.

E4 : Alors ? Oui et non. Alors il y aura tout ce qui va être sport, loisirs, et cetera, vont être un des... des compétences à acquérir. Je ne sais pas comment bien le formuler. En gros, tout est perçu comme, ici, je parle ici à Singapour. Tout est perçu sur un plan très académique, C'est à dire que même faire, je ne sais pas moi, même faire du sport. Il y a une notion d'apprentissage académique derrière. Je ne sais pas si c'est très clair ? Notamment au niveau des, je parlais notamment au niveau des enfants. On ne va jamais, fin les Singapouriens, ne vont jamais les mettre faire tel ou tel sport, juste pour qu'ils se dépensent et qu'ils en retirent du plaisir. On a toujours une notion de qu'est-ce que ça va leur apprendre, leur apporter et est-ce que ça va être un plus pour leur. Pour leur entrée dans telle ou telle école plus tard, et ce dès le plus jeune âge. Donc les enfants, ils ont beaucoup, beaucoup, de cours du soir. Et dans ces cours du soir, ça peut être... Il y en a, ils appellent ça enrichissement center. C'est vraiment. Pour se développer et ça peut aussi bien avoir des cours d'anglais que justement pratiquer un instrument de musique ou un sport, et cetera. Il y a peu de notions de jouer pour jouer en fait. Et du coup, il y a aussi très peu de notion de temps libre et de jeux libres. Donc c'est donc c'est un peu, ça rejoint par rapport à ce que tu as lu, sur le fait que tout était tourné vers euh, vers les apprentissages. Après, c'est pas, c'est vraiment très culturel à Singapour pour ça. Et il y a d'autres pays d'Asie qui sont sur le même modèle. Après, ce n'était pas le cas au Japon par exemple. Pas si jeune en tout cas. De mon expérience passée. Je sais, c'est un pays qui est complètement basé sur la méritocratie. Et donc dès hum... Il y a un concours pour entrer en CP, national. Et ce concours va déterminer dans quelle école, avec un classement national et dans quelle école tu peux aller. Après il va y avoir des concours très régulièrement dans les classes et si tu es dans les bonnes têtes tu pourras rester dans ta bonne école ou augmenter dans une école meilleure et si tu es en fin de peloton tu vas être rétrogradé dans des écoles jugées moins bien. Donc c'est vraiment quelque chose de très très marqué et donc tout jeux libres n'apportent rien pour ça. Donc les gens vont beaucoup faire des choses pour augmenter les performances, de la même manière, ça implique l'enfant mais ça implique aussi le reste de la famille. Les parents vont faire du volontariat dans l'école qu'ils souhaitent pour augmenter les chances que leurs enfants puissent aussi aller dans cette école. Donc ça implique, l'école est vraiment un projet familial, après, il y a des règles dans tous les sens. Si j'habite à moins d'un kilomètre de cette école, j'augmente mes chances d'être

dans cette école alors que si j'habite à plus d'un kilomètre, mes chances sont réduites. Donc c'est un enjeu énorme sur tout et beaucoup de choses sont tournées autour oui, du niveau académique. Mais ça ne les empêche pas de faire, de faire d'autres jeux et d'autres choses, mais ça reste le « mindset » quoi.

Moi : D'accord. Selon vous, comment votre pratique est-elle influencée par la culture du pays où vous pratiquez?

E4 : Alors moi, je ne dirais pas que ma pratique est influencée par la culture. Moi, je dirais plutôt que j'ai l'impression d'être un choc des cultures. Je veux dire par là que en fait. Moi je suis dans un centre qui est très international. Des ergothérapeutes viennent de plusieurs endroits dans le monde différents, mais ça reste quand même une culture qui est plutôt anglo-saxonne et et du coup, c'est parfois difficile de comprendre, de discuter avec ma hiérarchie sur les particularités je vais dire française. C'est à dire que dans le monde anglo-saxon, là, le soin prime sur le reste. Donc les gens vont tout faire pour que l'enfant puisse aller dans sa rééducation, donc prendre sur le temps scolaire fin tout est fait pour que vraiment avoir une prise en charge hyper précoce. Tout faire pour que le soin soit la priorité, ça dure dans le temps. Voilà, ça permet à l'enfant de s'améliorer, de se développer. Et puis après il peut revenir dans sa vie et dans ses apprentissage. Et dans tout ça. En France, c'est l'école qui prime surtout. Donc en tant que thérapeute, on doit se placer dans des endroits où ça ne perturbe pas l'école et ces freins qui sont sur plusieurs plans. Ils sont sur la part des parents, je ne veux pas de mon enfant soit stigmatisé, à être retiré de la classe pendant ses temps d'apprentissage. Ça vient de l'enfant, en mode moi j'ai pas envie que les autres sachent que je fais de la thérapie etc. et puis ça vient aussi de l'école, bah non c'est au thérapeute de s'adapter à l'emploi du temps scolaire de l'enfant. Y'a vraiment ces trois choses qui sont marquées et du coup c'est plus difficile de le faire passer à des collègues où il y a une hiérarchie qui en fait, que ça n'est pas du tout cette vision-là. Et c'est compliqué. Plus de faire changer ma pratique, on a un peu plus à se mettre dans la confrontation sur des choses, où, on se comprend pas. Après, il y a sur ce plan là et après, j'allais dire un autre point. Euh...Sur...Après moi je suis beaucoup d'enfants qui ont par exemple eu des prises en charge ergo, justement beaucoup plus anglo-saxonne et qui n'ont pas, les parents ne se sont pas retrouvés dedans. Je pense que, en France, on est beaucoup plus terre à terre sur nos objectifs. C'est à dire que par rapport à mes collègues qui vont leur dire il y a un problème de motricité fine faut travailler la motricité fine. Ils vont faire pleins de jeux, pleins d'activités pour travailler ça. Nous on va beaucoup plus être sur, bah en fait, il y a un problème avec la pince, on va travailler la pince, on va le faire comme ça. On va détailler nos objectifs, moyens utilisés des choses comme ça et de manière beaucoup plus précise pour que les parents puissent être beaucoup plus au centre de la prise en charge et suivre l'évolution et là où ça en est. Et beaucoup plus terre à terre aussi sur les activités quotidiennes, qui restent, je trouve, que par rapport à, en France, on est vraiment collés à nos activités de vie quotidienne. C'est vraiment la base. On part de ça et c'est ce qui fait la spécificité je trouve de notre métier. C'est de vraiment être sur ce point là et de les aider, de développer de manière très rapide ce qui est moins le cas dans, dans les parties plus anglophones. Ça ne veut pas dire qu'ils ne les travaillent pas, mais c'est moins une priorité, je pense.

Moi : Oui. D'accord. Et du coup, réalisez-vous des bilans ou des évaluations ? Est ce qu'ils sont les mêmes que ceux que vous avez pu éventuellement du coup réaliser en France ?

E4 : Alors j'utilise, oui, j'utilise les mêmes. C'est une bonne question. C'est une question a été posée et en fait comme je vois des enfants qui sont dans le, même si parfois ils parlent très mal français. Ils sont dans le système scolaire français. Du coup, c'était un choix de ma part de, de faire et de les mettre au même ordre que ce qu'on pourrait attendre d'eux en France. Et quand c'est des enfants qui ne sont pas dans le système scolaire français, en fait, je les réoriente souvent en bilan sur mes collègues. En disant, il est plutôt dans un système *inaudible* il sera beaucoup plus. Ce sera beaucoup mieux qu'il soit évalué par une de mes collègues. Même si on préfère que la prise en charge soit français après et que je le vois en prise en charge. Mais j'aurais pas eu, j'aurais pas les mêmes normes parce que de par de par son système scolaire, on n'a pas les mêmes demandes. Et notamment, par exemple, on a un système scolaire français qui est le seul qui fait du cursif, donc euh... Allez lui faire passer un BHK à un enfant alors que bon.. il est en écriture cursive, alors ça n'a aucun intérêt. De la même manière, fin ça c'est un exemple tout bête, mais aussi, même sur un enfant par exemple, encore, qui a des troubles de l'écriture en France. On écrit énormément au niveau scolaire alors que dans un autre système, ici, c'est beaucoup de QCM ou de choses. Il y a très peu d'écriture manuscrite. Ou alors ces des questionnaires à trous. Il n'y a pas cette notion comme en France où on écrit vraiment des pages et des pages. Du coup, ce serait forcément le mettre en échec. Que de l'évaluer sur ces points là.

Moi : D'accord et donc du coup, selon vous, il existe ou non des difficultés ou en tout cas des limites à mettre en place les outils appris lors de la formation initiale dites occidentale dans ce cas, à son, sa réalisation en Asie, auprès potentiellement d'une population qui ne soit pas française ou expatriée ou occidentale ?

E4 : Oui, parce que parce qu'ils n'ont pas eu les mêmes apprentissages et les mêmes normes du coup, c'est pas, les différences apprentissages sont tellement énormes. C'est compliqué de, de mettre nos petites évaluations normées françaises, et cetera, pour des patients qui n'ont pas grandi dans ce contexte-là, c'est vraiment les mettre en difficulté et les évaluer avec les mauvais outils je trouve.

Moi : D'accord très bien.

E4 : Pour les évaluations. Après, pour la rééducation, je trouve qu'on peut, comme c'est beaucoup plus, personnel et moins objectif et valider, ça ne me dérange pas d'utiliser des outils japonais, des outils singapouriens ou des outils qui viennent de partout ailleurs, des outils français même avec des enfants qui n'ont pas grandi en France. On adapte dans notre rééducation mais pour l'évaluation je pense qu'il faut, c'est plus simple de faire avec quelque chose qui parle et qui soit validé pour ce type de population. Et après... Par contre, ça c'est un frein c'est aussi la difficulté justement à avoir ces outils en étant pas en France.

Moi : Ok. Et selon vous, du coup, quelles sont les spécificités d'accompagner une personne avec une autre culture que la sienne ? Et comment découvre-t-on une autre culture ?

E4 : Les spécificités. Bah alors elles vont, pour moi elles vont être au niveau de tout ce qui va être signifiant pour la personne. C'est à dire que... Comme je disais sur le fait que les enfants ici est beaucoup de nounous à la maison qui fassent pour eux. Si on en tient pas compte, forcément on va se retrouver avec un décalage entre ce qu'on perçoit de l'enfant et, et peut être qu'on va percevoir des difficultés qui en fait ne sont pas des difficultés qui sont juste un manque de pratique. Voilà, donc il y a beaucoup de choses comme ça. Après, comment on y fait face ? Moi je trouve c'est euh...Moi j'inclus énormément les parents dans la prise en charge et en posant énormément de questions. Parce que c'est soit des enfants qui n'ont pas la même culture soit ça peut-être des enfants qui sont biculturelle, voire triculturelle. Je suis des enfants, par exemple, j'ai une petite fille, la mère est indienne, le père est français et ils vivent à Singapour. Donc finalement, ils sont confrontés, elle est confrontée à trois types de cultures différentes. Et donc de savoir si ça c'est ça ou ça. Là je prends un exemple, mais j'en ai plein d'autres autour de moi. C'est pour ça que j'ai un entretien, notamment avec les parents avant le bilan, il est très très long. Parce que de bien comprendre qu'est-ce que, qu'elles sont les spécificités et comment fonctionnent les choses ? Et ça, c'est, je me rends compte que c'est beaucoup plus long, mon questionnaire est plus long et beaucoup plus intrusif sur certains points. Ici, que il ne pouvait l'être quand je travaillais en France et à l'inverse, il y a des questions que je ne pose plus du tout.

Moi : D'accord.

E4 : Qui ont beaucoup évolué.

Moi : Très bien.

E4 : Ouais, qui n'avaient plus lieu d'être. Voilà.

Moi : Ok. Dans cette deuxième partie d'entretiens. Ces des questions principalement sur les adaptations. La première question, elle s'intéresse vraiment aux adaptations liées au thérapeute lui-même. Sans forcément du coup, directement questionner la pratique ou le travail. C'est vraiment personnellement. Du coup, quelles adaptations vous concernant personnellement, avez-vous mis en place lors du changement de pays ? Que ce soit dans le quotidien, les habitudes de vie, le rythme de vie par rapport aux coutumes des locaux ? Est ce qu'il y a eu une appropriation ? Comment s'est passé l'arrivée dans le pays et ce que ça a pu amener ?

E4 : Sur un plan personnel. Bah je pense que oui. L'adaptation, j' pense qu'on ne peut pas vivre dans un autre pays sans s'adapter, déjà. Que ce soit, c'est très vaste comme question. Sur pleins de plans. Alors au Japon déjà, on ne parlait pas la langue du pays d'accueil. Du coup, il y a tout un plan de, d'essayer de comprendre comment fonctionne le pays, apprendre la langue, pareil à Singapour même si c'est en anglais. Mais comment ça fonctionne ? Comment faire ç i ou ça, puis les choses, et cetera. Qui est assez sur un plan administratif, sur un plan de la vie

quotidienne, sur un plan de tout qui est assez important. Après, je donne des exemples d'adaptations précises ou pas ?

Moi : Oui par exemple. Pourquoi pas de petits exemples ? Qu'est-ce que ça a pu modifier dans le quotidien par rapport aux horaires parfois qui peuvent être différentes, du coup de travail ou de levé, du coucher, par rapport à la langue parlée effectivement, ou tout bêtement aussi à la chaleur du pays ou au niveau des tenues vestimentaires. Par rapport au logement, est ce que le logement était vraiment similaire à un logement de conception un peu occidentale ou est-ce que il y avait des meubles modifiés, enfin voilà. Des exemples.

E4 : Euh alors, on va commencer par le Japon. Alors au Japon, donc il y a eu déjà s'adapter à la langue qui était très compliqué, s'adapter en toutes, ce qui est très difficile au début c'est tout ce qui est les démarches administratives aussi. Notamment par exemple, au Japon, il faut pour ouvrir un compte en banque, un téléphone et pour avoir un téléphone, il faut avoir un compte en banque. Donc il y a plein de petites choses comme ça qui fait que cela demande beaucoup de temps et d'énergie au début. Par rapport à l'habillement y'a pas trop de différence. Sinon si ce n'est que ce soit à Singapour ou au Japon, les coûts sont très, très différents de ce qu'on trouve en Europe et euh, et du coup, les marques européennes sont hyper chères et du coup, c'est compliqué parfois de s'habiller. Les goûts sont différents et les tailles aussi. Par exemple, je chausse du 40, c'est impossible à trouver au Japon comme taille de chaussures. Donc voilà, pleins de petites solutions à trouver et à s'adapter là-dessus. Ici à Singapour, bah oui, ça fait très chaud. Et du coup c'est beaucoup moins l'habillement est beaucoup moins formel que peut ne l'être en France ou en Europe, notamment c'est très sportwear, et cetera, même pour aller travailler, qu'elles que soient les couches de la société. Du coup, il y a moins cette notion de costard cravate ou de moins de bien habillé, et cetera. Tu peux aller n'importe comment, tant que tu es habillé. Mais dans les deux pays, tu te déchausse à peu près partout. Par exemple, c'est une notion qui est très différente de la France, c'est que quand j'arrive au travail à Singapour, je me déchausse pour entrer dans les bureaux. Au Japon du coup, sur les horaires, les temps de transport sont très très longs. Et du coup, les horaires sont beaucoup plus conséquents. Mais parce que j'avais des temps de transport très longs, faire 1 h 15 de transports en commun pour aller voir un patient, c'était classique. Donc donc ça change. Parce que là je travaillais sur Tokyo et Yokohama. Donc la métropole tokyoïte, c'est très grand. C'est très très grand. À l'inverse Singapour c'est tout petit. Et du coup et du coup on est proche de tout et tout le monde. C'est un grand écart entre les deux pays.

Moi : Oui, effectivement.

E4 : Traverser l'île en taxi, ça prend 30 minutes, 40 minutes si vraiment y'a des bouchons, mais c'est assez rare ici.

Moi : Ah oui c'est vraiment vraiment très différent. Ok, très bien.

E4 : **rises**

Moi : Quelles adaptations avez-vous mis en place concernant votre pratique ? Que ce soit en termes de lieux fin l'appropriation peut-être des lieux, des méthodes de pratique locale préexistantes du coup, de la langue et par rapport aux connaissances du système de santé. Est ce qu'il y a une compréhension des enjeux et des objectifs du patient qui peut être propre, à lui et à la culture du pays. Mais ça revient un petit peu du coup à ce qui a été dit auparavant par rapport à l'éducation.

E4 : Une notion que je n'ai pas encore abordée. C'est que, en France, c'est un patient ici c'est un client et c'est une notion qui est très, très différente. Il y a... en France une notion de... C'est vraiment très différent. Il n'y a pas cette notion de clientèle et du fait que vraiment la personne que l'on prend en soin euh.. c'est elle qui paye et donc est le client de notre pratique. Ça, c'est vraiment très très différent. Et du coup. Il y a, ça change vraiment beaucoup de choses dans la pratique, en bien et en moins bien, c'est à dire qu'il y a une demande de, de de retour qui est beaucoup plus marqué. De résultats. Beaucoup plus marquée et... Et il y a cette notion qui, que je n'avais pas du tout en France. C'est l'implication des parents est beaucoup plus importante ici. Et surtout, si ça ne plait pas on change de thérapeute. Ce n'est pas le cas en France, mais en tout cas, peut-être que ça a changé. Ça fait longtemps que je suis partie. Mais sur mon activité libérale, il n'y avait pas du tout cette notion-là. Alors que quand les parents débarquaient pas du tout investi en France, j'en avais, quasiment tous les parents que je voyais, alors qu'ici ils vont régulièrement demander des points sur l'évolution, surtout ça et vont... Et vraiment, il y avait vraiment cette notion de clientèle qui est très importante. Après, c'est pas le même prix aussi. C'est beaucoup plus cher ici.

Moi : OK. Et du coup, en terme de pratique, il y a la notion de clientèle et je ne sais pas, d'autres notions qui, qui pourraient du coup avoir nécessité des adaptations ?

E4 : Alors... Alors toutes choses ici... Euh... En France en tant que thérapeute on avait le droit d'intervenir directement dans les lieux de vie d'un enfant, notamment à l'école. Ici c'est un refus du lycée français. Le thérapeute n'a pas à intervenir dans l'école, que ce soit pour, pour faire nos séances au sein de l'école, pour éviter à l'enfant des déplacements des machins ou même aller rencontrer les professeurs.

Moi : D'accord.

E4 : Si on doit passer, ils ont un service handicap, on doit passer par eux et souvent on n'a pas accès aux professeurs. On a accès à eux qui font le lien et on a très peu, voir pas de contacts avec le corps enseignant.

Moi : OK.

E4 : Ça c'est une spécificité mais c'est pas tant... Fin je sais pas si c'est du à Singapour ou du au lycée français. Dans le sens où, le fait qu'on ne fasse pas notre prise en charge au sein de l'école, en conséquences, nous thérapeutiquement on a posé la question mais on n'a jamais eu de réponse, si c'était parce que le lycée n'accepte pas que l'on fasse ce que eux appelle du business au sein de l'établissement ou si c'est une question de législation de faire travailler des

gens au sein de l'établissement sans qu'ils soient envoyés par l'établissement. Et du coup, vis à vis des autorités singapouriennes est-ce que c'était à cause de ça. Si c'était ça il nous l'aurait dit directement. Mais je pense que c'est plutôt la première solution. Mais voilà, y'a des choses comme ça. Donc là, on doit s'adapter pour... euh, pour ça. Mais je ne sais pas si c'est dû à Singapour ou au lycée français.

Moi : Et du coup, est ce que vous avez pu remarquer une évolution entre le début et la fin, enfin le début et la fin, le début de votre pratique jusqu'à l'heure d'aujourd'hui, notamment parce que vous avez peut-être dû vous adapter à certaines choses et du coup, il y a une évolution qui a pu se faire entre l'arrivée et à présent ?

E4 : Alors moi, j'ai travaillé dans deux centres. Le premier, j'y étais qu'avec des thérapeutes francophones. Seule ergo. Le deuxième, je suis dans un centre beaucoup plus international. J'avais un programme bizarre, mais c'était aussi un choix d'aller vers quelque chose de plus international parce que j'avais envie d'avoir des collègues ergo et pouvoir plus échanger, discuter avec eux. Du coup, est ce que les changements sont dus au système singapourien, ou au changement de centre ? Parce que l'on travaille jamais exactement pareil dans un centre ou dans un autre. Je ne sais pas. Là où je suis maintenant, c'est vrai qu'il y a beaucoup de.... C'est très ouvert et donc on voit beaucoup ce que font les autres. Et puis quand ils proposent un truc, ah bah tient ça c'est intéressant, je le ferais bien avec tel enfant ! En échangeant à propos de ça, pourquoi, etc. Je leur mettrai pas sur le compte de Singapour etc. C'est plus un échange de pratiques entre professionnels qu'ils ont été formés dans des centres différents, avec des thèmes différents. Du coup, on s'apporte culturellement des choses.

Moi : D'accord. Comment se sont faites vos adaptations ? Dans le sens quel a été votre ressenti ? Qu'est-ce que cela a pu mobiliser chez vous ? Un effort de fait, un sentiment de perte d'efficacité ou de sens, ou à l'inverse ?

E4 : Des adaptations professionnelles ou personnelles ?

Moi : Du coup, là plutôt les deux et principalement professionnelle. Quel a été votre ressenti du aux adaptations ?

E4 : Alors qu'il y a eu un. Il y a un peu tout. Il y a certaines fois où en gros ce que je disais, notamment sur le fait qu'on a une pratique très différente en France et dans les autres pays plus anglo-saxons. Il y a eu un découragement sur, là, je me retrouve dans une impasse, je sais déjà, je veux bien m'adapter à ce que vous faites et je dois parce que c'est comme ça que ça fonctionne le centre etc. Mais je sais que ça ne va pas marcher ou que ça ne peut pas fonctionner comme ça. Sur le, sur un truc tout bête. Par exemple, dans le système anglo-saxon, ils font des packages de prise en charge, donc les parents, payent pour dix séances et ont fait le point après les 10 séances. En France on fonctionne au besoin. Donc, on est très peu capable de dire qu'on va en avoir pour six sept huit neuf dix onze douze séances. Et du coup on va moins être sur ce côté-là. Et moi c'est une question que je me suis beaucoup posée. Dans combien de séances j'ai fini ? Voilà donc une beaucoup de remise en cause aussi, de mon éthique et de tout ça. Et avec

des découragements parfois sur bah... Dans tous les cas, je n'ai pas le choix. Je dois m'adapter. Le fait par exemple que les prises en charge soient très chères ici. C'est pas moi qui choisit le prix de ma prise en charge et du coup, éthiquement parlant, c'est un peu dur. À l'inverse, il y a eu des fois où, où bah j'ai tenu et du coup il y a des choses que je fais que mes collègues n'ont pas. Par exemple, un patient qui ne se présente pas parce qu'il est malade ou que c'est prévenu le jour même, la politique du centre normalement, s'est prévenu au moins 24h avant la séance sinon c'est décompté. Moi j'ai dit bah non, un enfant malade je ne le fais pas payer. Ça c'est un truc en France on n'a pas le droit de faire payer des prises en charge qu'on a pas faites. Ça j'ai réussi à le mettre en place donc il y a eu des choses comme ça. On a l'impression d'avoir des petites, des petites victoires, des choses qui ne font pas perdre, qui nous sommes à la base. Et donc ça, c'est important donc c'est un peu tous les sentiments. Après ça dépend sur quels sujets et sur quoi. À l'inverse y'a des choses. Bah, notamment quand je disais qu'il y avait des questions dans mes entretiens, que je ne posais plus, et notamment c'est venu sur le temps de conversation avec des collègues. En me disant, mais ça, ça n'apporte rien à ta pratique, et de là, en fait, elle a raison. Ça, c'est juste la curiosité mal placée. Donc je ne pose plus quel type de question, très classique en France et je ne suis pas la seule à le faire, mais qui en fait en vrai, n'ont aucune incidence sur la prise en charge de rien. C'est ça qu'est un peu, intéressant, mais c'est ça qui est bien dans le fait de s'adapter. D'avoir cette multiculturalité. On va après, aller piocher dans les choses qui vous paraissent les plus intéressantes et mieux quand on peut, dans toutes les cultures et dans tout ce qu'on perçoit autour.

Moi : D'accord. Super.

E4 : Mais quand on peut, parce que parfois, si le centre est comme ça, on doit se plier.

Moi : Et du coup, quelle a été la temporalité de l'adaptation mise en place de votre pratique ?

E4 : Je pense qu'elle est venue tout le temps de la prise en charge.

Moi : Comment ?

E4 : Je pense que ma prise en charge et les adaptations ça évolue tout le temps. La temporalité est très longue dans le sens où on laisse représenter un quart à quelque chose. C'est l'avantage de notre métier, y'a pas deux patients pareils, pas deux situations pareilles. Donc va y'avoir une nouvelle chose qui va se présenter et hop ça va nous inciter à réfléchir à modifier, changer, revoir, conforter la manière dont on faisait les choses. Donc la temporalité est vraiment très longue, surtout ça oui.

Moi : Et du coup, est ce que vous auriez une estimation du temps qu'il vous a fallu au début ? En tout cas pour vraiment vous sentir à l'aise dans un premier temps dans la pratique, dans le pays.

E4 : Euh. C'est compliqué comme question. Moi, j'avais l'avantage d'avoir travaillé cinq ans en France avant de faire ma première expatriation. Donc j'avais déjà eu une bonne assise je vais dire. Donc j'avais des bons réflexes, de ce qui peut être mis en avant, et cetera. Après l'avantage

que j'ai eu, c'est comme j'ai monté mon activité libéral notamment au Japon. J'ai eu du temps pour mettre les choses en place. D'ailleurs, j'ai commencé en arrivant avec deux patients et puis ça a augmenté petit à petit, le temps de se faire connaître, de savoir que y'a une ergothérapeute française de là. Du coup, je ne saurais pas dire à combien de temps ça a pris en fait. C'était tellement fluide et naturel. Et à Singapour les choses ont été beaucoup plus rapide, il n'y avait pas d'ergothérapeute avant, il y avait une psychomotricienne qui est partie trois mois avant que j'arrive, même pas deux mois avant que j'arrive. Et du coup elle a fait le lien avec ses patients. En disant, bon bah on fait pas exactement les mêmes choses, mais ce patient ce patient ce patient là ça peut être fait aussi bien par une psychomot que une ergo. Donc c'était pas du tout la même temporalité. C'était beaucoup plus rapide et facile et l'avantage aussi que j'arrivais dans un centre avec des collègues donc plus facile de commencer quoi.

Moi : D'accord. Très bien. Quelles ont pu être vos ressources et vos limites dans la mise en place des adaptations ? Est ce qu'il y a eu des difficultés que vous avez pu rencontrer ? Est-ce que, sur quoi vous avez pu vous appuyer en tant que ressources, humaines entre vos collègues sur un questionnement personnel, sur des recherches, prendre du recul, faire des essais...?

E4 : Alors. Mes ressources en effet, ça a été les personnes, les autres professionnelles que j'ai rencontré. Mais ça a été une limite, notamment au Japon où il y en avait très peu en fait. Du coup, a été très compliqué de rencontrer, très compliquées et très simple en même temps. Il y avait une orthophoniste, une neuropsychologue et puis c'est tout. Du coup, je les ai très vite rencontrées mais ça a été compliqué d'en avoir si peu et de si peu pouvoir échanger. Et on a mis beaucoup de temps à arriver, à mettre en place quelque chose, puis échanger régulièrement, puis on se voyait tous les deux mois et on arrivait à avancer comme ça. Mais ça a été un frein et après une bonne ressource. Ici, forte de cette expérience, j'ai été beaucoup plus vite. Très très vite. Avant d'arriver à frapper à la porte de tous les professionnels de santé pour les rencontrer, les connaître, à avoir plein de « tips » et astuces pour mettre en place les choses, etc. Donc finalement, en fait, je suis arrivée en avril et à la fin du mois j'avais signé mon contrat, quand même pas un mois j'avais trouvé un boulot parce que j'avais tout anticipé avant et voilà, tout ça, tout ça, ça avait été un bien. Après, dans les freins, dans les deux cas. C'est très compliqué de se former et de continuer à avoir cette démarche de formation. Au Japon à cause de la langue et ici parce que les formations pour ergothérapeute ne sont accessibles qu'aux ergothérapeutes singapouriennes. Du coup, mon diplôme n'étant pas reconnu ici, je n'ai pas accès à des formations ici. Et ça, c'est un énorme frein de continuer à développer la pratique et à me former et de trouver quelque chose. Et là-dessus y'a le covid qui a un peu aidé dans le sens où ça a poussé plein de gens à mettre leur formation en ligne. Après, avec le décalage horaire, c'est quand même un peu compliqué d'aller suivre une formation entre deux et cinq heures du mat.

Moi : C'est sur *rires*.

E4 : Ça fait un gros frein et ça, c'est quelque chose que je n'ai pas vraiment encore résolu. Alors il y a eu une, il y a un centre de formation au Canada qui propose des choses en apprentissage autonomes et du coup, on a accès à leur vidéo pendant tant de temps pour se former. Et il n'y a

pas de notion d'être tous connecté à la même heure pour suivre la formation en journée ou machin. Donc je me forme encore un peu comme ça, mais ça reste compliqué et difficile.

Moi : D'accord. Très bien. Et du coup, ma dernière question pourquoi vous a-t-il semblé important de vous adapter et était-ce un choix ou une nécessité ?

E4 : Alors. C'est une nécessité. Je pense qu'on ne peut pas prendre en charge des patients si on ne tient pas compte de leur environnement. Du coup, on est obligé. On ne peut pas vivre comme et pratiquer comme des Français dans un pays étranger. Si nos patients ne vivent pas et ne sont pas comme des Français dans le pays où ils sont. Du coup, c'est pas un choix dans le sens où j'aurais pu le faire mais j'aurais pas été, je serais tombé à côté quoi. Sur mes prises en charge. Je n'aurais pas été, ça n'aurait pas marché. J'aurais pas pu, c'est pas possible. C'est une nécessité pour ça. Euh. Et après c'est aussi mais si c'est pas, c'est une nécessité mais pas une contrainte. On est obligé, mais ce n'est pas une contrainte en soi. A un moment, si on veut continuer à proposer quelque chose de pertinent, on est obligé de s'adapter. Mais ce serait la même chose si j'avais continué à être en France et que je prenais des patients qui n'étaient pas français ou qui ne vivaient pas en France.

Moi : OK très bien. Pour moi, j'ai fini mes dix questions. Si jamais vous avez quelque chose que vous souhaitez ajouter ou une question à l'inverse à me poser.

E4 : Un truc dont je suis sûr que je n'ai pas du tout parlé a été une difficulté d'adaptation aussi, peut-être. C'est la reconnaissance des diplômes et les notions de visa. C'est deux choses importantes quand on est à l'étranger. C'est du coup d'avoir un visa qui nous permet de travailler et d'avoir, et aussi tout ce qui va être bah les, tout ce qui est légal. Avoir la possibilité de travailler, que notre diplôme soit reconnu qu'on puisse être ergothérapeute en libéral ou pas.

Moi : Oui, effectivement. Ça fait peut être partie des pré requis. Du coup, qu'il faudrait anticiper avant de partir.

E4 : Oui, et le fait que cette notion de visa c'est un prérequis. Je suis entièrement d'accord. Mais aussi les lois peuvent changer et donc il faut aussi avoir dans la tête que ça se trouve le visa qu'on a bah peut-être que dans six mois ça sera fini. Et c'est ce qui m'est arrivé.

Moi : D'accord, ça change quand même beaucoup de choses.

E4 : S'adapter.

Moi : OK très bien. Merci beaucoup pour cet entretien.

E4 : Mais bon courage pour ton mémoire.

Moi : C'est la dernière ligne droite. Plus ou moins. J'espère que ça ira. Donc pour l'instant ça se passe bien.

E4 : Tant mieux.

Moi : Merci encore, je vous souhaite une belle journée. Nous pouvons clore cet entretien. Au revoir.

E4 : Bonne journée, au revoir.

Moi : Bonne fin de journée à vous.

Entretien 6

Me : Hi. So, thank you for being here with me. If you're okay, I will start to record the interview.

E6 : Yes, no problem.

Me : Uh, these ten questions are about the adaptations. And the five first are about the therapist, the disability in East Asia, and the influence of the culture and the culture in general and then the adaptations.

E6 : Okay, perfect.

Me : Okay. So I just start, um.

E6 : Yeah.

Me : Can you quickly introduce yourself as well as the motivations that led you to practice abroad ?

E6 : Sorry. Can you repeat the question?

Me : Can you quickly introduce yourself as well as the motivations that lead you to practice abroad ?

E6 : Okay, so my name is E6. I'm occupational therapist from Spain, and I'm also a water therapist and I got my master's degree in the upper limb rehabilitation. I've been working in Cambodia for seven years now, and I'm working in paediatrics.

Me : Okay. Um. Where have you practiced before? In Spain.

E6 : I practiced also in Chile. In South America.

Me : Yeah. Okay. Um, and what would be the context of your departure, what's motivations? For you to come in Cambodia ?

E6 : Well, I wanted to work in a different environment. I want it to explore another culture. And when I saw the job opportunity in Asia, I thought that he was good because he was just completely different to my own culture. So I thought, Oh, why not? I'm going to try and. And then I decided to come to Cambodia. But it was just because I wanted to try something different and also see how much I could. How much I could adjust myself and how open I could be working in another culture.

Me : Hmm. Okay, great. Um, have you noticed any differences in their interpretation of disability between your two place of work like in West and then in Asia ?

E6 : Yes. Yes. Um, I would say from between Chile and Spain I did not noticed so much. I would say was quite similar. But then in Cambodia, compared to Cambodia, yes, it was very, very different because here in Cambodia there's still a lot of taboo about disability and now people are going to start to do more open. But um, for the first years, you know, like they were trying to hide that also they believes that like I was still saying that if you have a child with disability in the family is because the god punishing you. So yes, they feel ashamed of that and they tried to hide it. So the disability, how we perceive here is very, very different. And of course, that implies that, you know, like people with disabilities doesn't have right here doesn't have any support. So unless your parents try to find private support, there's no support from the government or yeah.

Me : Okay. And can the perception of disability, according to the local population, influence your practice ?

E6 : Sorry, say it again ?

Me : Can the perception of disability according to the local population influence your practice?

E6 : Could you ask me that question differently because I'm not sure if I understand correctly?

Me : Do you think the way the local population understand disability influence your practice?

E6 : Yes, yes, yes, yes. It makes it more difficult because they had still no knowledge. So when I explain something, it has to be very simple and explain from the basis. And then the way they see it is that they think that because you are the therapist, they can bring you the child and you are going to just, you know, like, you know, solve the problem. So they don't think that they should be engaged, thinking that it's my duty to help the child. But they are not aware of how important it is for their family to work also with the kids. So, yeah, that's the way it's interesting, you know, like with my practice. Yeah.

Me : Okay. Um, in your opinion, how does the culture influence the occupations of your patients?

E6 : How the culture can influence the occupation of my kids ?

Me : Of your patients yes. The kids of the clinic.

E6 : So talking about kids, the occupation is just play, you know, and mostly play and the daily living activities that they should do according to their age. So in my case, because my clients come from rich families, the fact that they have a nanny. So it's very cultural right. They have money, so they all have a nanny. And the nanny does everything for them. Because I'm supposed to. Help the kids, teach the kids to be more independent. But at home they have this

other approach where the kid. You know, that doesn't do anything. So everything has to be done for them. So yeah, you know that interface a little with my practice.

Me : Okay. And do you think in Cambodia there is the same occupations than in Europe?

E6 : I think, if I think about kids. Yes, I would think I would say. Yes. Same occupations because. Yeah, it's just that. Maybe you know how. Yeah, I would say the same. But if it's for adults is very different because I haven't had a lot of experience working with others. I can not tell you. The differences. Yeah. But in terms of occupation for the kids, you know, like they go to school, they have extra activities. There's opportunities for them to develop, to do activities the same as in Europe, you know, talking about families that belong good economic status. Yeah. Because if we talked about poor families, no, this completely different, they don't have opportunities to do anything. They have just to find a way to make money on the street. So.

Me : Yeah. Okay, that's different. Um, how do you think your practice is influenced by the culture of the country where you practice now?

E6 : Okay. I, I think I think I work the same. You know, I applied the same techniques. I, I would say I do the same. It just that. It takes more effort. To, you know, give my strategies to the family so they can do it at home too. You know, in my practice, that's unusually change. No, I applied the same method and I go to see the kids at school or at home if necessary, or at the clinic. So. No, no, I would not say that my practice is different.

Me : Okay. And do you carry out assessments or evaluation and are they the same as what you did in Spain or Chile?

E6 : You are talking about the standardized tools, right? We use, we use, that because there is no standardized for Asia. So we use the ones that we have, in Europe, or in the U.S. or Australia. Um, but of course we always try to consider the context because for example I don't know, we have sensory profile and one of the questions for a chap, what it is like, is your child getting dizzy when, when they take their public transport, when there's no public transport here? But then I would consider their tuktuk or, you know, we do small adjustment when we are applying these tests but we use the same tests than in Europe. Because there are no standardized test for Cambodia. Cambodia doesn't have standardized tests that can be applied to this population. So it's verry verry difficult so we use the...All the tests that we have in Europe but you know we always consider that it may not be completely realistic because is not adapted to a country like this.

Me : Yeah. Okay. Um, what are the specificities of accompanying a person with a culture different from yours?

E6 : Okay. And can you repeat please ? I want to make sure that I understand.

Me : What are the specificities of accompanying a person with a culture different from yours.

E6 : Can you say it in another way please ?

Me : Um hmm. How is it to take care like in professional way a child who have a different culture from yours?

E6 : Okay. Okay. It's difficult because I think one of the problems that I faced is that there's no child protection. So what happens is that here when I have a client that is suffering abuse or a parents may be using the violence. It's verry difficult for me to do something because there's no way that I cannot report it anywhere there is not organization that can help with that. There's not a ministry that can help me with that. So I will say that when I have to take care of my clients, that's the thing. That's a problem that I faced a lot of time during my practice. And is difficult to take care of the child because there's nothing I can do. I can report it to school, I can talk to the parents. But at the end. There's not an organization that is going to help the child or take the child away from the parents. Yeah. Yeah. It's difficult in term of that. Because in this culture is, you know, to hit the kids to educate them is something that they considered, okay, for them it's good. So it's difficult to find that to fight against that. That doesn't mean that I had to understand it because it's their culture, you know, there are things that that. That's are okay, that comes with the culture, but when something cross the limit. I think we cannot justify it by saying it's a culture thing.

Me : Yeah. Okay. And how do you discover another culture?

E6 : How. How did I discover another culture? Yes. I think it takes time because when you arrive to a new place, it takes time to fully understand everything. So I think it's just about about time, about observing around you see how people behave. See which are the common factors in that. But it's about time. And yeah, that's how you really and fully know a culture. And of course, working with families, because we work with families that are international, but we have a lot of families who are local. Most of them are local, so that's how you get to know the culture properly.

Me : Okay, great. So we just arrived to the second part about adaptations. This question is for you as a person, not as a therapist. So what adaptations have you personally made when you changed from the West to an Asian country?

E6 : Okay. Adaptations that I have made ?

Me : Yes. Just in general.

E6 : Okay. I think coming from a place where everything has rules and everything rules good, you know, and just the structure and the administration. Coming from a place like that to a place where they are no rules. And then so I have change because I had to open up and open up and say, okay, yeah, this is not, doesn't work, like... I don't know, there is no rules but then I have to see if out of there are no rules, there's no structure, but it seems to work for them. So then I just start to observe a little bit and then. I had to change my my point of view. I have to I have to look. Everything around me, like trying to use, like, from the eyes you know, probably they

see it. And then when I and when I understand how everything works around me right now. But yeah, but I have I had to change. I had to forget about how things work in Europe because even the commonsense as we considered commonsense and then how we we we suppose that is commonsense is the same in Europe and Asia but no, it's not like that. Commonsense in Asia is not the same commonsense that we have in Europe. So I had to really change and open up more. Yeah, to be able to be here.

Me : Okay. And in your opinion, what was the temporality that you needed to be... Um, really okay with the new environment.

E6 : Okay. The time that I needed.

Me : Yeah. Just like approximately or just an idea of time. Not something really specific.

E6 : Well. I've been around seven years here and I am still adjusting. And, you know, but to know the culture, I would say maybe probably like two years. Yeah. And and then, you know, the culture more. But it's always, always. Adjusting. It takes time. It takes time because there's certain things that I knew that you don't know. She means you are discovering day by day.

Me : Yeah, that's true. And are there being any change between the beginning and the end of the implementation of the adaptation.

E6 : Yes, Yes, yes. Like comparing myself before and now. You mean ?

Me : Yes.

E6 : Yes, yes. I would say before it was more that I would be questioning like, why are they doing these? What they do that they are doing it like this, this is gonna happen, you know. So then after learning how to be again, like open and then say, you know, I don't questioning everything as I do, as I did before, you know, Now I know. Okay, This is this is probably these. And according to them, they do it like this because it was the better for them. So I'm not questioning as I was before and that it is easier also for me in in in terms of my intervention with a client. She's like I'm more relaxed now, you know before I will I know but you I, you know, I should just you need to do these because this but now like, okay I'm suggesting and everything, but I have to understand that. You know, they would probably not do it. So I have to be more relaxed. With that.

Me : Yeah. Okay. Now, concern your practice what adaptations have you made to your practice assumed to be culturally influenced ?

E6 : I think my adaptations have been the way I communicate with parents and with nannies. I had to adjust a lot. The thing that I have realized how much I have changed the way I approach the parents. Because again, here you can not assume that parents are gonna understand what you are saying because they have no idea about how disability or so you have to really... Really

really be careful with the way you say things and the way you give information. So I would say that has been the thing that I've had to change a lot and that I have adjusted or adapted the most.

Me : Okay. I was wondering about the understanding, the issues and objective for the other, like for you. Was it easy to understand the issues and the objective of the child ? Like, maybe that was a different objective from your previous. I don't know, objective with child ?

E6 : Yeah, it was difficult. It was difficult. But at the end, working with so many families, you get to know. You know, get to know how it works and how do you adjust your goals and objectives. So it's not that hard. But I think I would say like one or two years to. Really, you know, understand and do everything adjusted more in a more realistic way your objectives when you are working with the clients.

Me : Okay, great. And...I don't know, maybe have you add some new knowledge about health system where you practiced in Cambodia to to get to know better, to get to know better the child or the environment or some some facts who can influence your practice ?

E6 : Okay. Okay. Did you ask again ?

Me : To adapt your practice. I was wondering if you get some knowledge about the health system in Cambodia. To understand some things.

E6 : If I get some knowledge from what ?

Me : From the health system.

E6 : Yeah. From the Scotch ?

Me : No. The health system or the health government.

E6 : Oh. The health system, sorry sorry.

Me : Yeah, no worry, it's me.

E6 : Okay. Okay. So. No, no, no, no, no, no. No help from the government. No, help, like, there's no help system here. It's very poor. They don't have professionals that can work with the kids that have difficulties. Like no developmental difficulties. So the government doesn't provide help for their families. Their health system doesn't have the the tools and the staff to work with it, with the kids that have difficulties. So, no, no, you always have to find a way to keep yourself updated as a professional who I don't know all the courses that are happening in other countries, you know ?

Me : Okay.

E6 : Or go somewhere else to be certificated in something and then come back to Cambodia. Because, here it's not possible to get the you know, to continue learning.

Me : Okay. Great thanks. Um, so how your adaptations has been done ? I mean, how was it felt for you to adapt yourself to your practice?

E6 : How my adaptations... Can you say it again please ?

Me : Yeah. So just to explain to you the three next questions are about adaptations, but in three different ways to, to know about adaptations. So this question is about how was it felt for you to adapt yourself in your practice ? Like to give you an example, was it an effort to adapt yourself ? Do you feel like a feeling of loss of efficiency or meaning ? Do you think it was an enriching contribution, like something who get you more satisfaction about your practice ? How do you feel about adapt yourself and what were the internal resources and experience that you you feel ?

E6 : Okay. So I would say that working a lot to adjust better, adapt better. And because we, you know you don't feel alone and then you have others professionals that can help you. When you are struggling with some, you know, some difficulties when you have to do adaptations. I would say working in a team was the best help that I had when I was facing difficulty in my practice. Is that what you mean with this question?

Me : Yeah, it was a part yes. And in your, I don't know how to say that, that, you, how do you live the adaptations. Like, how was it feel ? Do you feel like, I don't know some emotions, like sad or tired or happy to adapt. Just something like that.

E6 : Yeah. No, I would say frustration. Yes. I've been frustrated sometimes and when. But I don't think it happens anymore that often because I get to know they've got to be better know and they know which things I can expect. So. But I would say frustration was something that I was feeling when I started to work in a different country with a different culture. And I think it's natural, it comes with the fact that you are not immersive to the culture yet, but as you are, you know, learning to be more understanding and everything, then you are, you are get frustrated less because your expectations are more realistic. Yeah. So I would say yeah, there were sadness when I see there's nothing that I can do to help my clients in certain aspect. Yes.

Me : Okay.

E6 : But then again, having my team helps a lot to deal with it.

Me : Yeah. Yeah. I understand. And how have you adapt- sorry. So how have you adapted your practice ? What was the temporality like to you to adapted your practice ? Was it in a single step ? Was it something natural ? What was the time period ? Was it something immediate or something progressive ? Like how do you feel the temporality of your adaptations ?

E6 : It was definitely progressive and I would say took. The same time as it took for me to understand this culture like maybe 1 year and a half to 2 years. And even still now there are still some things that I realize, Oh, no, this doesn't work for this culture. And then I have to adapt it. But it happens now less. But I will say the time would be like a year and a half or two years. Yes. And it was definitely progressive.

Me : Okay. And was it like something natural or just something just you had to do? It wasn't a choice.

E6 : I think it's natural. But when you, because when you go, when you travel to another country and you want to work in another place. Usually you know that you are going to have to be more open, so. If you ? I don't know, just came natural because I was willing for. I knew that I had to adjust my self and I knew that these things were gonna happen. So it just came from my comment sense I would say. Just natural yeah.

Me : Okay, great. And do you think was it in single step just like you did it in one time, or was it like a lot of steps just being ...

E6 : Step by step.

Me : Okay, great. And so the next question is about what's where your resources and your limitations. Like, what were your resources and what difficulties did you encounter in your practice ?

E6 : Well, my resources. Because we're talking about the kinds of adaptations that I have to make ? Right ?

Me : Yeah.

E6 : So my resources, I would say that it was just the local staff that I work with. Because when I wasn't understanding, you know, if I if I was having difficulties explaining something to a family, I would tell them what you know. How to explain this and they would say oh if you say it this way they are not gonna understand but if you say it the other way... So I would say the my resources was the local staff that was with me. They help me a lot, yes.

Me : Okay. And did you meet some difficulties ?

E6 : Sorry sorry, but then if we talk about maybe like more therapy related, like. More like method short approaches that I may use. I would say I was looking for some help from other professionals. I know. That I know from Spain. But I think that's different. Right ?

Me : No, that's great to know too. Okay. And. Do you meet some difficulties in your practice ?

E6 : Oh...Yes. But my difficulties I think it was like related to the way we have to communicate to parents and knowing or being aware of the expectations, you know, like having reality confrontation. Yes. Difficulties that I faced is more like how to work with their parents, how to work as a team with them.

Me : Yeah. That's right. And, and to, to adapt your practice. Uh, did you had a personal questioning or so I, I think you just said it, but questioning the other professionals ? How do you. How did you acquire new information? Did you study the context ? So what? What did you do?

E6 : Yeah, I think it was questioning myself. Questioning my myself but asking asking my, my my colleagues the local ones. Yes. Yeah, but always, of course, to find a light and thinking, Why isn't it working ? Um, you know, am I being completely open ? I mean, considering certain factors of the culture. So you, a lot of you have to do a lot of self-analysis. Yeah.

Me : Yeah.

E6 : To, to really make sure that you are really adjusting your practice and not just being rigid and using. Um, you know, the same thing that work when I was working in Spain.

Me : Okay. And can you think about an adaptation that you've set up to give me an example ?

E6 : For example. I would, for example assess how the kid were using fork, for example? But then I realize that they don't use fork they maybe just use their hands to eat or they use chopsticks. So, thinking on. But then I have to like, wait a moment why the kid is not using fork, well because at home they never use fork. That would be an example.

Me : Hmm. Okay, perfect. So we just arrived at the last question. Why did you think it was important to adapt. Did this seem important to you? Was it a choice or a necessity?

E6 : I think it's a necessity. It's a necessity because otherwise what you are doing would not work. You know, so it's a necessity and you realize through time that is not working. If you not adjust to the new country, if you don't adjust your point of view or your strategies. So it was a necessity. As a therapist if you want that to work because, it's not gonna to work if you are not, willing to change. Yeah, I would say that.

Me : Okay. Um, so do you think adapt your practice making a better understanding of patients issues?

E6 : Sorry, say it again.

Me : Do you think adapt your practice, making better understanding of patient's issues ?

E6 : Yes, yes, yes, Yes. Absolutely. Yes. And for example, I can give you an example. One of the others that I worked with had a stroke and I was trying to help him be more independent in

daily living activity. So I was trying. But then he was not engaged. And then I have to understand why is he not engaged ? And then I had to know all his situation around him. And then I found the woman and he told me later, I don't care if I cannot put the patient by myself because I always have my wife helping me. So for him, it was not important to learn how to do dress up independently again. So it's very important to know your client to be able to adjust and what you are doing or the way you are working with the client. So it is we definitely need to know the client and that that is what makes us realize that we need to change our practice.

Me : Okay, great. So thank you. We just arrived to the end. Do you have something you want to add?

E6 : No, no, I think. I think that good.

Me : Well, thank you so much for today and the time you gave me to answer all my questions.

E6 : That's with pleasure.

Me : I wish you a great evening, good bye and thank you again.

E6 : Bye bye Manon !

Adaptations nécessaires à la pratique d'un ergothérapeute de formation occidentale en Asie de l'Est

L'ergothérapeute de formation occidentale reçoit lors de sa formation des apprentissages dont les concepts fondamentaux sont issus de pays, eux aussi, occidentaux. Si l'ergothérapeute souhaite exercer à l'étranger, dans cette étude en Asie de l'Est, il se retrouve alors confronté à l'influence de la culture sur la perception du handicap, mais aussi des occupations. Ces notions viennent impacter sa pratique et requièrent alors des adaptations. Le présent mémoire explore comment l'ergothérapeute de formation occidentale adapte-t-il sa pratique à un exercice en Asie de l'Est, en intégrant l'influence de la culture sur la perception du handicap et sur les occupations. La recherche s'appuie sur une méthodologie qualitative comprenant 7 entretiens semi-directifs avec des ergothérapeutes de formation occidentale exerçant en Asie de l'Est. Les résultats de l'étude contribuent à une meilleure compréhension des adaptations nécessaires à la pratique en Asie de l'Est d'un ergothérapeute occidental. Ils mettent en lumière un processus d'adaptation progressif et soulignent l'impact des caractéristiques individuelles des thérapeutes, de leurs expériences et de l'environnement. Enfin, il appuie l'intérêt des adaptations afin de répondre avec pertinence aux besoins des différents patients.

Mots clés : Ergothérapie – Asie – culture – handicap – occupation – adaptation

Adaptations necessary for the practice of a western-trained occupational therapist in East Asia

Western-trained occupational therapists receive an education in which fundamental concepts originate from Western countries. If occupational therapists wish to practice abroad, as in this study in East Asia, they are then confronted with culture's influence on the perception of disability and occupations. These notions impact their practice and require adaptations. This present thesis explores how Western-trained occupational therapists adapt their practice when working in East Asia by integrating the influence of culture on the perception of disability and occupations. The research employs a qualitative methodology, including seven semi-structured interviews with Western-trained occupational therapists practicing in East Asia. The study's results contribute to a better understanding of the necessary adaptations for Western-trained occupational therapists practicing in East Asia. They highlight a progressive adaptation process and underscore the impact of therapists' individual characteristics, experiences and environment. Lastly, the study supports the importance of adaptations to meet different patients' needs effectively.

Keywords : Occupational therapy – Asia – culture – disability – occupation – adaptation

Manon MATHONIERE,
Sous la direction de Madame Ana Marques, maître de mémoire.