

Institut de Formation La Musse



L'impact de la dimension socio-culturelle dans  
l'accompagnement ergothérapique de personnes immigrées en  
établissement de soins médicaux et de réadaptation

Mémoire d'initiation à la recherche

DECAEN Charlotte  
Promotion 2022-2025

BOISSIN Daniel  
Maître de mémoire





## **Charte anti-plagiat de la Direction régionale et départementale de la Jeunesse, des sports et de la Cohésion sociale de Normandie**

La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation. Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social, de l'animation et du sport. C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

### **Article 1 :**

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »<sup>1</sup>.

### **Article 2 :**

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

### **Article 3 :**

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducation<sup>2</sup> et du Code pénal<sup>3</sup>, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

### **Article 4 :**

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

*Je soussigné-e ..... DECAEN Charlotte .....*

*atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS de Normandie et de m'y être conformé-e.*

*Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte*

*Fait à ..... Bény sur mer .....*

*Le ..... 28/04/2025 ..... signature*

<sup>1</sup> Site Université de Genève <http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

<sup>2</sup> Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

<sup>3</sup> Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.



## Remerciements

Je souhaite tout d'abord exprimer ma profonde gratitude à mon directeur de mémoire pour ses conseils éclairés, ses remarques pertinentes qui ont nourri ma réflexion, ainsi que pour sa disponibilité tout au long de l'année.

Je tiens également à remercier chaleureusement l'ensemble des membres de l'Institut de Formation La Musse, dont l'accompagnement m'a permis de construire mon identité professionnelle et de mener à bien ce travail d'initiation à la recherche. Ma reconnaissance va aussi à la Haute école de travail social et de la santé Lausanne, grâce à laquelle j'ai eu l'opportunité de réaliser un stage clinique à l'étranger, expérience particulièrement enrichissante qui a contribué à élargir ma vision du métier.

Je remercie sincèrement tous les professionnels, en France et à l'étranger, qui ont accepté de participer à l'élaboration de ce mémoire, un projet qui me tenait particulièrement à cœur.

Enfin, je souhaite conclure ces remerciements en adressant toute ma reconnaissance à ma famille, mon copain et à mes amis pour leur soutien indéfectible tout au long de cette année éprouvante. Merci tout spécialement à mon père pour le temps consacré aux nombreuses relectures, mois après mois. Enfin, merci Delphine pour ta relecture avisée durant tes vacances.

« *Réfléchir, c'est à dire à écouter plus fort.* »

Samuel BECKETT

### **Citations**

« *Savoir écouter est un art* »

Epictète

## Sommaire

|                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| Introduction.....                                                        | 1  |
| Situation d'appel.....                                                   | 2  |
| Cadre contextuel .....                                                   | 2  |
| Cadre conceptuel .....                                                   | 5  |
| 1. La dimension socio-culturelle conditionne la notion de santé.....     | 5  |
| 1.1) La santé et le handicap.....                                        | 5  |
| 1.2) La dimension culturelle .....                                       | 6  |
| 1.3) La dimension culturelle et le rapport à la santé .....              | 7  |
| 1.4) La dimension sociale .....                                          | 8  |
| 1.5) Dimension sociale et santé.....                                     | 8  |
| 1.6) La santé au travers de la dimension socio-culturelle .....          | 9  |
| 2. L'accompagnement dans le soin .....                                   | 9  |
| 2.1) Définition de la notion « d'accompagnement » .....                  | 9  |
| 2.2) L'ergothérapie.....                                                 | 10 |
| 2.3) L'accompagnement ergothérapique : les concepts primordiaux .....    | 11 |
| 2.4) Acteur de son projet de soins .....                                 | 12 |
| 3. La personne immigrée.....                                             | 14 |
| 3.1) Définition.....                                                     | 14 |
| 3.2) Le parcours migratoire.....                                         | 16 |
| 3.3) Les priorités et les préoccupations de la personne immigrée .....   | 17 |
| 3.4) L'accès aux occupations : situation actuelle .....                  | 18 |
| Cadre expérimental .....                                                 | 22 |
| 4. Dispositif méthodologique, choix de la méthode et de l'approche ..... | 22 |
| 5. Questionnement éthique et déontologique.....                          | 23 |
| 6. Technique de recueil des données .....                                | 23 |
| 6.1) Population cible et échantillon de recherche .....                  | 23 |

|                                                                                                        |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 6.2) Outil de recueil de données .....                                                                 | 24 |
| 6.3) Prise de contact et moyen d'échanges .....                                                        | 25 |
| 6.4) Condition de passation des entretiens .....                                                       | 26 |
| 7. Présentation et analyse des résultats .....                                                         | 26 |
| 7.1) Présentation de l'échantillon : .....                                                             | 26 |
| 7.2) L'approche holistique et compréhensive dans l'accompagnement.....                                 | 27 |
| 7.3) La dimension socio-culturelle dans l'accompagnement de personnes<br>immigrées.....                | 30 |
| 7.4) L'injustice occupationnelle et son impact en ergothérapie auprès des<br>personnes immigrées ..... | 34 |
| 7.5) Modèles, outils et collaborateurs lors de l'accompagnement de personnes<br>immigrées.....         | 37 |
| 8. Discussion .....                                                                                    | 41 |
| 9. Limites et biais .....                                                                              | 42 |
| 10. Projections professionnelles et personnelles .....                                                 | 43 |
| Conclusion .....                                                                                       | 44 |
| Bibliographie .....                                                                                    |    |
| ANNEXES.....                                                                                           |    |



## Introduction

La production d'un mémoire d'initiation à la recherche tend à faire émerger de nombreuses questions, qu'elles soient du domaine personnel ou professionnel. La quête de leurs réponses nourrit notre esprit mais aussi notre temps, en nous accaparant par d'innombrables heures de réflexion. Cette recherche de connaissances, de solutions ne se limite pas à la production de ce travail, mais va bien au-delà pour nous accompagner toute au long de notre vie, comme nous le rappellent les célèbres mots d'Aristote « *Tous les hommes désirent naturellement savoir* ». Notre vie étant limitée dans le temps, nous ne pouvons résoudre toutes les interrogations qui parcourent notre esprit. Faire des choix sur la nature de nos recherches, nos questionnements, et ceux en fonction de nos intérêts ou nos préférences s'imposent ainsi à l'évolution spirituelle de l'Homme. Dans les pages constituant cet écrit, nous<sup>1</sup> prendrons le parti de développer le savoir concernant l'ergothérapie et son intervention auprès de personnes ayant vécu un processus d'immigration. Nous nous pencherons particulièrement sur l'impact que la dimension socio-culturelle peut avoir lors de l'accompagnement ergothérapique de personnes immigrées au cours de leur processus de rééducation et de réadaptation. A contrario du domaine de la santé mentale, les écrits scientifiques concernant l'accompagnement des personnes immigrées en établissement de soins médicaux et de réadaptation sont sous-représentés. Cette information soulignée nous permet de justifier cette direction de recherche.

Ainsi, nous vous proposons dans ces prochaines lignes de mettre en avant l'intérêt d'un tel sujet de questionnement dans notre société actuelle. Par la suite, nous évoquerons les différents termes clés en lien avec l'idée abordée, ainsi que la question qui régit cette recherche. Nous proposerons une réponse, en usant d'une méthodologie de recherche spécifique, celle-ci associée à la quête de la justification de l'hypothèse. Enfin, une tentative de réponse sera proposée, accompagnée d'une projection en lien avec la future pratique professionnelle, puis une conclusion qui finalisera cet écrit.

---

<sup>1</sup> Le nous de modestie sera mobilisé dans l'écriture de ce mémoire.

## Situation d'appel

Tout questionnement, quel qu'il soit, possède un point de départ. En ce qui concerne ce travail d'initiation à la recherche, son histoire débute à la suite d'une conférence en octobre 2023. Des membres de l'Etablissement Public de Santé Mentale (l'EPSM) de Caen se sont rendus au sein de différentes structures de soins. Leur but : sensibiliser les équipes soignantes sur l'impact de la culture dans la prise en soins des personnes atteintes de psychoses ou de névroses et, l'intérêt de soins transculturels. Au cours de ces temps d'informations, les intervenantes ont pu appuyer leur propos grâce à divers cas cliniques rencontrés au cours de leur carrière. Les connaissances transmises dans ces conférences se retrouvent de même au sein de la littérature scientifique. Nous pouvons aisément retrouver dans les articles des passages mentionnant que les rites et les croyances culturelles pouvaient expliquer la non-adhésion du patient à sa prise en soins (*Galand & Salès-Wuillemin, 2009 - p38*). Par ailleurs, et sauf erreur, peu d'ouvrages abordent l'impact de la culture dans les handicaps d'origines neurologiques, orthopédiques, traumatiques... a contrario les maladies mentales sont majoritairement abordées. Ce manque de mise en lumière scientifique questionne notre vision de soignant, et plus particulièrement notre vision holistique d'ergothérapeute. C'est pourquoi ce travail porte sur l'impact de la dimension socio-culturelle dans l'accompagnement ergothérapique de personnes immigrées en établissement de soins médicaux et de réadaptation.

## Cadre contextuel

Orienter notre questionnement sur l'influence de la dimension socio-culturelle en santé publique semble en adéquation avec le contexte mondial et national dans lequel nous évoluons. En effet, nous dénombrons de plus en plus de déplacements de populations, et ce en raison de conflits géopolitiques, de problèmes économiques ou climatiques (*Parisi, 2023*). Les populations sont contraintes pour survivre de se déplacer pour fuir la guerre, la pauvreté, les catastrophes naturelles ou encore les maladies infectieuses se propageant en raison du réchauffement climatique.

Ainsi, en France, en 2023 nous comptons près de 7,3 millions d'immigrés ce qui représente près de 10,7% de la population totale française. Dans l'ensemble de ces 7,3 millions de personnes, 34% d'entre eux ont été naturalisés français. La population étrangère, composée des immigrés de nationalité étrangères et des étrangers nés en France, s'élève quant à elle à près de 5,6 millions de personnes en 2023 selon les chiffres de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE, 2024). Enfin, on constate que le nombre d'immigrés en France en est constante progression depuis les années 2000.

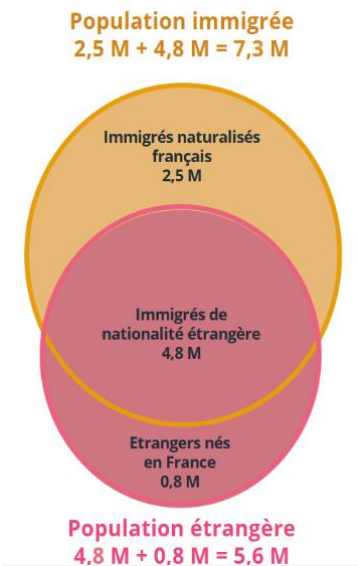


Figure 1- Données épidémiologiques

Ces déplacements massifs de populations provoquent de multiples conséquences à la fois politiques, économiques, sociales et sanitaires. Mais ces déplacements sont aussi source de diversité culturelle. En effet les personnes immigrées arrivent sur le territoire français avec leur propre histoire, leur propre croyance ainsi que leur culture. De la sorte, la diversité culturelle ne cesse de s'accroître au cours du temps (Laulan, 2018). Mais cette diversité culturelle est également en développement grâce à la progression de la mentalité de la société. Les normes sociales ne cessent d'évoluer au cours du temps, et cela participe à l'accroissement de la mixité sociale dans les pays. Pour rappel, les normes sociales sont « *les règles perçues, informelles et pour la plupart non écrites qui définissent les actions acceptables et appropriées au sein d'un groupe ou d'une communauté. Les normes sociales se situent à l'intersection des comportements, des croyances et des attentes. Elles englobent nos propres actions et nos croyances au regard de ce que les autres font, approuvent et attendent de nous.* » (UNICEF, 2024).

De la sorte, la diversité socio-culturelle se retrouve dans l'ensemble des lieux publics et notamment au sein des établissements de santé tels que les hôpitaux, les centres de rééducations... En effet les personnes immigrées peuvent requérir des soins médicaux et paramédicaux. Deux cas de figure peuvent alors exister : soit la personne est résidente depuis plus de 3 mois sans interruption sur le sol français, et alors elle bénéficie de la protection universelle maladie (PUMa) ainsi que de la complémentaire santé solidaire (CSS) ; soit elle n'est pas encore affiliée à la PUMa, et dans ce cas elle peut demander des soins d'urgences dans les permanences d'accès aux soins de

santé situées dans les hôpitaux. Les soins dits urgents sont définis par le ministère de l'intérieur comme : « *Les soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à l'altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou de celui d'un enfant à naître ; Les soins destinés à éviter la propagation d'une maladie à l'entourage ou à la collectivité ; Tous les soins d'une femme enceinte et d'un nouveau-né [...] ; Les interruptions de grossesse* » (Ministère de l'intérieur, 2021). La PUMa, affiliée par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) permet quant à elle la prise en charge de l'ensemble des frais médicaux et hospitaliers de la personne, mais aussi du conjoint(e) et des enfants (Ministère de l'intérieur, 2021).

Par conséquent, en tant que professionnels de santé, nous sommes au contact de ces populations immigrées et nous nous devons de leur apporter un accompagnement personnalisé, en adéquation avec leur projet de vie comme pour tout autre patient (Hoyez, 2011). Malgré cela, les articles scientifiques rapportent que les compétences culturelles sont peu développées chez les thérapeutes, et que la question de la culture n'est que peu abordée au sein des programmes de formation scolaire (Yuen. et al., 1999 – p25). Par conséquent, les thérapeutes n'ont, pour la majorité, pas conscience des biais culturels qu'ils véhiculent, mais aussi qu'ils négligent de prendre en considération, durant l'accompagnement de personnes issues de l'immigration. En effet, au-delà de la langue et la religion ; notre accent, notre apparence physique, notre manière d'interagir, nos normes sociales sont à l'origine de biais de représentations et de différences vis-à-vis d'autres cultures.

Ainsi, ce cheminement de pensées nous amène à nous questionner sur la posture d'ergothérapeute dans un contexte de prise en soins multiculturels et sur nos compétences pour répondre à l'égard de ce type de demande. La question de départ est alors la suivante :

**Comment la dimension socio-culturelle impacte-t-elle l'accompagnement de personnes immigrées en ergothérapie dans des établissements de soins médicaux et de réadaptation ?**

Nous verrons dans la partie suivante la définition des termes clés ainsi que leur lien de corrélation en vue d'une compréhension commune et univoque des recherches établies. Nous explorerons notamment la dimension socio-culturelle et la notion de santé, l'accompagnement dans le soin, et les notions sous-jacentes à l'accompagnement d'une personne immigrée.

## Cadre conceptuel

### 1. La dimension socio-culturelle conditionne la notion de santé

#### 1.1) La santé et le handicap

##### a) Définition

La notion de santé est au cœur du questionnement que nous traitons à travers cet écrit, c'est pourquoi, il est important que nous accordions un temps pour définir précisément ce terme. La santé concerne chaque être humain à travers l'ensemble du monde : c'est un droit fondamental et universel. Pour autant, il existe une multitude de définitions et de perceptions de la santé. Dans cet écrit, nous avons pris parti de définir la santé telle que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la spécifie dans sa constitution signée le 22 juillet 1946. La santé se présente ainsi comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (OMS, 2024). Par conséquent, nous pouvons comprendre que toute personne, quelle qu'elle soit, est à même de rencontrer des soucis de santé au cours de sa vie. Pour autant, et malgré la vulnérabilité de tout être humain, la santé n'est pas prise en compte semblablement dans l'ensemble des régions du monde. La dimension socio-culturelle conditionne non seulement la notion de santé mais aussi la perception du handicap. En effet, le handicap « *résulte de l'interaction entre des problèmes de santé [...] et toute une série de facteurs environnementaux et personnels* » (OMS, 2023). Le handicap est par conséquent sous-tendu de l'intérêt qui est porté à la santé.

##### b) Les déterminants de la santé

La santé, droit fondamental à tout être humain (OMS, 2024) repose sur différents déterminants. Ces déterminants « *désignent tous les facteurs qui influencent l'état de santé de la population, sans nécessairement être des causes directes de problèmes particuliers ou de maladies. Les déterminants de la santé sont associés aux comportements individuels et collectifs, aux conditions de vie et aux environnements* » (INSPQ, 2024). Il est important de connaître ces déterminants afin de les identifier et comprendre leurs enjeux.

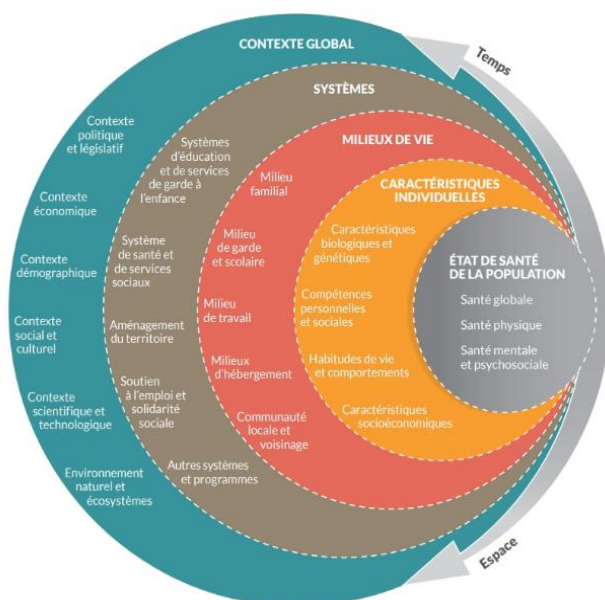


Figure 2 - Les déterminants de la santé

## 1.2) La dimension culturelle

Nous trouvons dans la littérature de multiples définitions de ce que représente la culture. Ces sens diffèrent en fonction du domaine dans lequel est étudié le mot. Ainsi, le terme de culture ne définira pas les mêmes concepts en sociologie, qu'en politique ou qu'en psychologie. Dans cet écrit, nous prenons le choix de mettre en parallèle deux définitions permettant une approche précise, spécifique et en adéquation avec le questionnement initial de cet écrit.

L'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) a défini le terme de culture durant la déclaration de Mexico sur les politiques culturelles. La définition proposée est la suivante : « *La culture, dans son sens le plus large, est considérée comme l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe, outre les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances.* » (Conférence mondiale sur les politiques culturelles, 1982). Cette proposition met en évidence le caractère complexe et complet que représente la culture. Par ailleurs, d'un point de vue ergothérapique, cette définition aborde et inclut un concept majeur, celui du mode de vie. Il existe donc un lien étroit de dépendance entre la culture et les occupations de la personne.

L'étude d'une seconde définition, celle-ci proposée par Tylor, anthropologue britannique, en 1871, relève que la culture n'est pas innée, elle s'acquiert lors de nos échanges avec les autres. Selon Tylor, « *La culture ou la civilisation, entendue dans son sens ethnographique étendu, est cet ensemble complexe qui comprend les*

Les déterminants de la santé sont nombreux et concernent à la fois des comportements individuels, collectifs mais aussi les conditions sociales et environnementales dans lesquelles nous évoluons.

Connaitre la dimension sociale, la dimension culturelle et la dimension environnementale dans lesquelles évolue la personne est inhérent à l'accompagnement en santé.

*connaissances, les croyances, l'art, le droit, la morale, les coutumes, et toutes les autres aptitudes et habitudes qu'acquiert l'homme en tant que membre d'une société » (Tylor, 1871).*

En nous appuyant sur ces deux définitions, qui soulignent la richesse, la singularité et la globalité de la culture, nous proposons une définition propre, adaptée aux enjeux de ce travail de recherche et à la pratique de l'ergothérapie, où la reconnaissance des spécificités culturelles de chaque individu est essentielle et ne peut se résumer à une question de religion ou de géographie. Ainsi, nous comprenons que les personnes immigrées ne partageront pas nécessairement la même culture étant donné leur origine sociétale différente de celle retrouvée en métropole. L'accompagnement en ergothérapie visant à une approche holistique des occupations de la personne s'en verra par conséquent impacté. Effectivement, les occupations significatives différeront selon la dimension culturelle. Leur méthode de réalisation variera également. Cette différence peut par exemple s'observer lors de préparation culinaire. En effet, au Kentucky, les femmes ont la possibilité de consulter un livre de recettes tandis que les femmes de Chiangmai cuisinent grâce à ce qu'elles ont mémorisés, elle cuisine par imitation (*Hocking et al., 2016*). L'ergothérapeute aura ainsi pour mission d'adapter sa pratique.

### 1.3) La dimension culturelle et le rapport à la santé

Le rapport au corps, à la santé et aux soins est influencé à la fois par des représentations individuelles, mais aussi par les représentations des membres qui constituent notre milieu. La dimension culturelle fait, par conséquent, partie intégrante de cette illustration de la santé. Comme nous l'avons étudié précédemment, la culture est loin d'être universelle, cette variabilité constitue une source d'« *énorme potentiel pouvant nous enrichir et aboutir à l'élargissement de nos visions de la santé et des thérapies, nécessairement limitées par notre propre culture* » (*Allaire & Stoffel, 2007*). Ce rapport fluctuant de la santé et du corps s'observe aisément si nous mettons en parallèle la culture occidentale et la culture japonaise. En Occident, la représentation du corps et de la santé se tourne vers une approche biomédicale, se basant sur nos connaissances biologiques, psychologiques et scientifiques. Nous optons pour des examens d'exploration du corps (radiographies, scanner ...) et le plus souvent nous nous tournons vers des traitements médicamenteux. La culture japonaise se différencie elle par son approche spirituelle, c'est-à-dire que le corps et l'esprit seraient indivisibles. Ainsi, la culture japonaise tend à prendre soin de son esprit autant si ce



n'est plus que de son corps. La méditation, la relaxation... sont ritualisées et permettent une intégration du corps et une meilleure santé. (Allaire & Stoffel, 2007). Ainsi, nous comprenons l'importance et le rôle de la dimension culturelle lors d'un accompagnement dans le domaine de la santé.

#### 1.4) La dimension sociale

La dimension culturelle n'est pas le seul facteur modifiant la vision de la santé et du corps : la dimension sociale joue un rôle tout aussi important. La dimension sociale, ou autrement appelée contexte social ou encore espace social, correspond à « *l'ensemble des comportements et des relations qui se déroulent dans un territoire donné et qui caractérisent les diverses modalités d'actions à l'intérieur d'une organisation définie de l'espace. Il peut donc être considéré comme le système de répartitions et d'inscriptions des activités et des relations obéissant aux normes qui président à la structuration d'une société* » (Fischer, 2011). Dans les grandes lignes, la dimension sociale impacte par conséquent la représentation des différentes occupations : certaines sont alors perçues comme acceptables et d'autres désignées intolérables ou irrecevables par le groupe. La dimension sociale permet de même l'accès à certaines règles de conduite et participe à la construction de notre morale et nos valeurs. Ainsi, l'environnement social dans lequel interagit l'individu entraînera et favorisera l'accès à certains comportements. La santé pourra alors être perçue comme une notion prioritaire pour certains, et pour d'autres la santé ne sera que secondaire.

#### 1.5) Dimension sociale et santé

Comprendre le lien entre dimension sociale et santé ne peut qu'être bénéfique quant à l'accompagnement proposé ensuite par le thérapeute. En effet, « *les représentations sociales s'avèrent être un outil conceptuel tout à fait pertinent pour aborder des questions comme la relation thérapeutique, l'« apprentissage de la maladie par le patient, son rapport au traitement, etc...* » (Jeoffrion, 2009). Prendre le temps de comprendre et connaître les représentations que le patient se fait du soin et de la maladie permet par la suite de personnaliser et qualifier le plan de traitement. Une approche compréhensive pour le patient favorisera son implication. Par ailleurs, il est aussi important de tenir compte de l'état d'esprit dans lequel évolue le patient et son entourage social à la suite de l'annonce de la maladie. Car, lorsque le diagnostic est posé, « *Le malade [...] s'inscrit alors dans un certain regard social (socialement, être malade du sida, ce n'est pas la même chose qu'être diabétique)* » (Jeoffrion, 2009).



La gestion de ce regard social se doit d'être intégrée à l'accompagnement de soins notamment avec un suivi psychologique. L'ergothérapeute peut par ailleurs participer à la gestion de ce regard social en défendant les droits des personnes en situation de handicap au travers de la société.

### 1.6) La santé au travers de la dimension socio-culturelle

La dimension socio-culturelle se présente comme un point majeur quant à l'accompagnement dans le soin. Le regard que porte le patient sur la santé, le corps et le handicap conditionne son projet de vie, ses désirs et, par répercussion, le plan de soins des thérapeutes. En 1980, Leventhal, Meyer et Nerenz propose un modèle sur l'autorégulation de la maladie, modèle cité par Feirrera et al. en 2010. D'après le modèle de l'autorégulation, les patients élaboreraient une représentation cognitive et émotionnelle de leur maladie afin de mieux la comprendre et la gérer. Ces représentations se feraient à partir des informations auxquelles les patients ont eu accès, et donc en partie des informations détenues dans leur dimension socio-culturelle. Ce modèle consiste aussi à dire que l'individu va chercher à comprendre le problème de santé qu'il rencontre, en chercher les causes et analyser l'impact sur son quotidien. Cette analyse vise à ce que l'individu, par introspection notamment, trouve des moyens de résoudre le problème qu'il rencontre afin de tendre vers le niveau de santé souhaité. Les feed-back sont aussi mis en avant dans le modèle en postulant que l'individu va apporter un dynamisme à ses stratégies d'adaptation selon le retour qu'il reçoit. Enfin, le dernier postulat met en avant que la représentation de la maladie soit singulière et socialement déterminée à partir des valeurs et de la culture de l'individu. (*Ferreira et al., 2010*). De la sorte, nous intégrerons dans ce travail de recherche que la dimension socio-culturelle conditionne la notion de santé et de soins.

## 2. L'accompagnement dans le soin

### 2.1) Définition de la notion « d'accompagnement »

Le terme d'accompagnement est habituellement employé dans les professions de soins : accompagnement infirmier, accompagnement ergothérapique, accompagnement vers la fin de vie... Mais que signifie précisément ce terme ? En effet, même si ce mot connaît un essor important concernant son utilisation, sa définition n'en reste pas moins complexe et abstraite. D'un point de vue étymologique, accompagner vient du latin « *ad* » c'est-à-dire le mouvement et de « *cum panis* » qui

signifie « avec pain », ou traduit par certains comme « celui qui mange le pain ». Accompagner se présente ainsi comme un verbe d'action qui comprend la notion de partage, d'être avec quelqu'un. Accompagner c'est « *agir pour lui mais aussi lui restituer sa capacité d'agir, à son rythme, vers là où il veut aller* » (Birmelé, 2018). Mais la notion d'accompagnement sous-tend aussi une manière d'être, une posture particulière, « *une rencontre de la personne accompagnée, dans sa singularité, dans son autonomie, dans sa globalité* » (Birmelé, 2018). Il est alors primordial d'écouter, de prendre le temps, d'accueillir les propos et les émotions de l'autre, d'être compréhensif et non-jugeant afin d'installer une relation de confiance qui permettra l'accompagnement. Cette posture prend du temps, d'autant plus que l'accompagnement ne se limite pas seulement et spécifiquement au patient. En effet, l'aidant, la famille et l'entourage pourraient eux aussi participer à un processus d'accompagnement. Mais ce qui nous aura convaincu d'utiliser le terme d'accompagnement dans cet écrit, c'est la puissance de ce mot, le pouvoir qu'il a de contrer l'asymétrie initiale entre le soignant et le patient, entre celui qui détient le savoir et celui qui reçoit le savoir ou le conseil. Le terme accompagnement tend à prouver que ce dialogue entre soignant et patient, défini dans un cadre thérapeutique précis, n'est viable et utilisable qu'à condition que les deux parties partagent et accueillent leurs connaissances : ils fonctionnent grâce à leurs interactions.

## 2.2) L'ergothérapie

### a) Définition

Cet écrit traitant de l'accompagnement en ergothérapie, il est par conséquent primordial de définir précisément ce qu'est la profession d'ergothérapeute afin d'être le plus à même pour saisir les concepts abordés dans ce mémoire d'initiation à la recherche. Le mot ergothérapie provient étymologiquement du grec « *ergon* » accolé à « *therapeia* » qui signifie la thérapie par l'action, par l'activité. Ainsi, la profession d'ergothérapeute repose sur une prise en soin holistique en lien avec les occupations, c'est-à-dire les activités de vie de la personne. (Charret et al., 2017). L'ergothérapie traite de la personne dans son environnement global en tenant compte de son handicap, ses déficiences ou incapacités afin de favoriser les occupations significantes et significatives. Le site de la fédération mondiale de la profession, la World Federation of Occupational Therapy (WFOT) présente et définit la profession ainsi : « *L'ergothérapie est une profession de la santé centrée sur le client qui vise à promouvoir la santé et le bien-être par l'occupation. L'objectif principal de*

*l'ergothérapie est de permettre aux personnes de participer aux activités de la vie quotidienne. Les ergothérapeutes atteignent ce résultat en travaillant avec les personnes et les communautés pour améliorer leur capacité à s'engager dans les occupations qu'elles veulent, doivent ou sont censées faire, ou en modifiant l'occupation ou l'environnement pour mieux soutenir leur engagement occupationnel » (Proposition de traduction, WFOT, 2024).*

## b) L'ergothérapie en établissements de soins médicaux et de réadaptation

L'objet de cette initiation à la recherche se penche spécifiquement et uniquement sur l'accompagnement ergothérapique en soins médicaux et de réadaptation (SMR). Le terme de SMR regroupe l'ensemble des structures offrant un parcours de soins, de rééducation et de réadaptation à la suite d'une maladie, d'une blessure ou d'une opération chirurgicale. L'objectif des soins de suite et réadaptation est de favoriser l'autonomie et l'indépendance des personnes en tenant compte de leur nouvelle condition physique. L'accompagnement au sein de ses structures comprend aussi l'aide à la réinsertion familiale, sociale et professionnelle (*Décret n° 2022-24, 11 janvier 2022*). L'État répertorie en 2024 plus de 1 600 structures de soins médicaux et de réadaptation en France (*Sante.gouv.fr, 2024*). Nous prenons conscience à la vue du nombre de structures l'importance de ce champ d'activité, comprenant dans bon nombre d'entre elles la présence d'ergothérapeutes (*Hernandez. 2010*). Ces structures accueillent de la sorte tous types de public, de tout âge, de tout genre et de toute origine. Une multitude d'origines sociales et culturelles se retrouvent alors dans ces structures de soins où l'ergothérapeute doit répondre à la demande.

## 2.3) L'accompagnement ergothérapique : les concepts primordiaux

### a) Relation thérapeutique

L'ergothérapie est donc une profession de santé qui s'exerce au contact direct des personnes. Pour assurer une prise en soin personnalisée et efficiente, l'ergothérapeute va devoir instaurer une relation de confiance avec le patient, relation soumise à des règles déontologiques et des lois aussi appelées relation thérapeutique. La relation thérapeutique se définit par « *une relation établie dans un lieu approprié (hôpital, institution soignante, cabinet privé) entre un sujet souffrant et un professionnel qualifié disposant d'un savoir et d'une pratique spécifique l'autorisant à se positionner dans la relation comme dispensateur de soins, ces soins pouvant revêtir diverses*

formes depuis la prescription médicamenteuse jusqu'aux approches psychothérapeutiques réglées en passant par la relation de soutien » (Delage et al., 2003 – p26). Il est primordial d'instaurer une relation thérapeutique stable afin de rendre l'accompagnement efficace, et que la thérapie soit investie par le patient afin qu'il soit acteur dans son projet de soins. Pour qu'un changement puisse exister dans le comportement de vie du patient, la relation thérapeutique doit apporter une combinaison suffisante de proximité afin qu'une alliance se forme par la suite.

#### b) Alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique découle d'une relation thérapeutique stable et instaurée sur le long terme. Elle correspond à « *la combinaison suffisante de proximité et de similitude que le thérapeute affiche avec le client pour que ce dernier lui accorde la confiance nécessaire à la réduction de ses résistances naturelles à changer son cadre de référence.* » (Nasielski, 2012 – p16). Ainsi, sans confiance, l'impact de l'accompagnement fourni par le thérapeute avec le patient sera moindre à ce qu'il pourrait être. C'est pourquoi, le soignant, et dans ce cas particulier l'ergothérapeute, se doit d'être rassurant, à l'écoute et compréhensif, sans marques de jugements de valeur, ou empreint de codes sociétaux, religieux ou culturels envers le mode de vie de patient pour créer ce climat de confiance. Pour former une alliance thérapeutique, il y a nécessité de l'existence de quatre piliers fondamentaux : une négociation commune, la notion de mutualité, l'acceptation d'influencer et de se laisser influencer et enfin la confiance (Mateo, 2012). Sans ces quatre concepts clés, l'alliance ne pourra se présenter comme un levier dans l'accompagnement en soins.

### 2.4) Acteur de son projet de soins

#### a) Posture du soignant : Un pilier clé

Comme nous l'avons décrit précédemment, la vision ergothérapique est holistique. Elle vise à aborder les occupations de la personne afin de redonner ou renforcer leur autonomie et leur indépendance dans celles-ci. Afin de pouvoir observer des changements et des résultats au cours de l'accompagnement, il est primordial que le patient comprenne le plan de traitement que l'on lui propose afin qu'il soit acteur de son projet de soins. Pour cela, le soignant joue un rôle indéniable. Au travers de sa posture, l'ergothérapeute va chercher à instaurer un climat relationnel de confiance. La notion de compétence culturelle rentre alors en jeu, notamment lors de l'accompagnement de personnes immigrées. La compétence culturelle du thérapeute

comprend tant son savoir-être que son savoir-faire, l'objectif étant de pouvoir communiquer, savoir, comprendre et accueillir les propos de l'autre. Pour obtenir cet équilibre dans la posture, le thérapeute doit tout d'abord prendre le temps d'identifier ses représentations et maîtriser les contre-transferts qu'il émet : c'est ce qu'on appelle la phase de décentrage. L'existence de contre-transfert est indissociable du processus d'accompagnement que l'on met en œuvre, c'est pourquoi il est important de comprendre ce qu'englobe ce terme. La notion de contre-transfert a été définie dans un premier temps par Freud en 1910 comme « *l'influence qu'exerce le patient sur les sentiments inconscients de son analyste* » et précise que l'on doit « *exiger que le médecin reconnaisse et maîtrise en lui-même ce contre-transfert* » (Freud, 1910). Ainsi, le contre-transfert était perçu comme un frein, si ce n'est même un obstacle à cette époque (Dumet, 2011). Cinquante ans plus tard, en 1960, Winnicott décide lui aussi de porter intérêt à ce phénomène de contre-transfert et publie un écrit dédié à ce sujet. Winnicott, en complément de Freud, rapporte-lui une utilité de ce phénomène dans la relation thérapeutique. Pour lui, le contre-transfert ne se résume pas seulement aux réactions inconscientes de l'analyste envers l'analysé, il met en avant le travail que peut effectuer le thérapeute pour prendre conscience de ces déformations qui affectent sa perception qu'il a des transferts de son patient. Le contre-transfert devient alors un travail élaboratif dont l'analyste en est le responsable. Et c'est en ce travail d'introspection et d'identification que la notion de contre-transfert devient un levier potentiel dans la relation thérapeutique (Chiantaretto, 2018). Enfin, plus spécifiquement, en 1986, Tobie Nathan évoque le contre-transfert culturel, sollicité en situation d'altérité culturelle avec patient immigré, comme « *l'ensemble des réactions d'un homme qui rencontre un autre homme d'une autre culture et entre en relation avec lui* » (Delanoe, 2015). Les réactions du thérapeute se rapportent à la confrontation entre son identité sociale, professionnelle et culturelle, toutes construites autour de son histoire de vie et l'histoire de la société à laquelle il appartient avec l'identité de son patient. « *Le transfert culturel du patient interpelle le thérapeute dans ses appartenances, et le déloge de la position neutre et universelle qu'il pense occuper* » (Delanoe, 2015). Ainsi, le contre-transfert culturel permet de conscientiser sa propre position aux niveaux macro- méso- et microsocial. Par la suite, et si besoin, un temps de recherches et d'apprentissages sur les références culturelles en lien avec l'environnement du patient peut être requis afin de limiter les biais de compréhension. Enfin, un temps de confrontation entre la vision du patient et celle du thérapeute en lien avec les dimensions socio-culturelles dans lesquelles chacun évoluent permettra

une adaptation personnalisée et qualifiée du plan de traitement proposé par le soignant en fonction des croyances du client (*Centre Françoise Minkowska, 2024*). Par conséquent, nous faisons le choix dans cet écrit de distinguer la compétence culturelle comme compétence majeure et inévitable à développer pour notre posture professionnelle lors de l'accompagnement de personnes immigrées.

#### b) L'adhésion thérapeutique

En ergothérapie, comme évoqué précédemment, nous prôtons un accompagnement dans lequel le patient est acteur de son traitement et des changements. Cette aspiration que possède le patient à vouloir changer et à mettre en œuvre les conseils apportés par le thérapeute dans ses activités de vie quotidienne se définit au travers du terme adhésion thérapeutique. L'adhésion thérapeutique se qualifie en effet comme *« l'adoption par une personne d'un comportement pourvoyeur de résultats escomptés potentiellement positifs en accord avec la prescription ou le conseil d'un professionnel de santé. Le changement induit peut concerner un comportement de santé ou un programme thérapeutique prescrit dans le cadre d'une pathologie »* (Debout, 2012). Cette adhésion repose par ailleurs sur différents facteurs clés présentés dans les paragraphes antérieurs : une relation thérapeutique solide et stable, une alliance thérapeutique permise grâce à l'écoute et la confiance ainsi que la posture respectueuse et compréhensive du thérapeute. Le lien d'interaction dynamique complexe que représente ces notions constitue l'un des principaux facteurs de réussite au cours de notre prise en charge.

### 3. La personne immigrée

#### 3.1) Définition

##### a) La personne migrante et la personne immigrée

Cette initiation à la recherche traite de l'accompagnement ergothérapeutique de personnes immigrées. Par le choix spécifique de cette population, nous sommes amenés à rappeler précisément ce qu'est un migrant, et comment se définit le statut d'immigré.

D'après le glossaire de l'Organisation Internationale de la Migration (OIM), un migrant *« désigne toute personne qui quitte son lieu de résidence habituelle pour s'établir à titre temporaire ou permanent et pour diverses raisons, soit dans une autre région à*

*l'intérieur d'un même pays, soit dans un autre pays, franchissant ainsi une frontière internationale. Il englobe un certain nombre de catégories juridiques de personnes bien déterminées » (Sironi et al, 2019, traduction libre).* Cette présente définition est un choix parmi d'autres propositions car actuellement, au niveau international, aucune définition du terme migrant n'est universellement acceptée. Par la suite, le statut d'immigré se définit lui, en France, lorsque qu'une personne migrante, c'est-à-dire une personne de nationalité étrangère née à l'étranger entre sur le territoire français et s'y installe de manière durable, à savoir un an minimum (*Ined, 2024*). Ainsi, il est important de comprendre que les enfants, nés sur le territoire français, de personnes migrantes ou immigrées ne doivent pas être considérées comme telles, ils répondent d'un autre statut. De même, tous les migrants ne sont pas nécessairement considérés comme immigrés.

#### b) Migration volontaire ou migration forcée

On distingue aujourd'hui plusieurs catégories de flux migratoires et notamment la migration forcée, la migration familiale, la migration économique... Dans les faits, tous les migrants ne réalisent pas cette mobilité pour les mêmes raisons, ni dans les mêmes conditions. Connaître le mobile de migration permet de mieux envisager les attentes, les craintes et le parcours qu'a pu vivre la personne : l'accompagnement s'en verra assurément impacté. C'est pourquoi il est important de distinguer migration volontaire et migration forcée. La migration volontaire désigne une mobilité choisie et décidée par la personne. Elle est généralement planifiée et organisée, ce qui permet de réduire les facteurs de stress, de détresse ou de vulnérabilité. Mais dans d'autres cas la migration est forcée, c'est-à-dire que le mouvement migratoire n'est pas volontaire, il est « *contraint et subi, causé par divers facteurs, mais qui implique un recours à la force, à la contrainte ou à la coercition* » (*Sironi et al., 2019, traduction libre*). C'est notamment le cas des Ukrainiens ayant quitté leur pays pour échapper à la guerre. Dans le cas de ces migrations forcées, les parcours sont souvent plus à risques et la santé psychique est considérablement impactée par ce départ contraint avec l'apparition, par exemple, d'états dépressifs, de stress post-traumatiques, de syndromes anxieux généralisés ou encore la déclaration de maladies psychiques telles que la schizophrénie ou la bipolarité.

### 3.2) Le parcours migratoire

#### a) Le trajet

Comme nous l'avons vu au début de ce travail, le milieu de vie fait notamment partie des déterminants de la santé. Par conséquent, le parcours migratoire vécu par les patients peut contribuer aux problèmes de santé. Nous ferons le choix, dans le cadre de ce travail, de présenter le parcours migratoire lors de migrations forcées, estimant que ces personnes sont plus à risque de souffrir de problèmes physiques ou psychiques, et par conséquent bénéficier de services de soins.

Dans bon nombre de cas, « (...) *Les routes de l'exil sont désormais tout aussi éprouvantes que les raisons qui les ont fait prendre* » (Briké, 2015). Le parcours migratoire débute dès lors qu'il y a projection de départ et se termine lorsque la personne est arrivée, en sécurité, dans le pays souhaité. La durée du parcours est alors variable, allant de quelques heures à plusieurs années en fonction du pays d'origine, du contexte socio-politique, du contexte géographique... Les épreuves sont multiples lors de la mobilité : violence, prostitution, famine, déshydratation, épuisement et autres. Les personnes sont amenées à prendre des décisions déterminantes dans l'unique but de survivre. Les témoignages s'en trouvent poignants et choquants « *On n'y croyait plus, on voyait déjà la mort* » « *Je savais que j'allais passer le pire moment de mon chemin migratoire, la mort allait être présente à chaque instant. Le passage par la mer laisse des milliers d'hommes mourir sans scrupule.* » « *On est en train de mourir ici, autant mourir en tentant quelque chose* » (cité par Belgacem dans *Parcours de Migrants*, 2021).

#### b) L'impact du parcours migratoire sur la santé

Vivre, subir, endurer et réaliser ce parcours migratoire peut accroître la vulnérabilité aux problèmes de santé, tant au niveau physique qu'au niveau psychique. Les problèmes physiques sont souvent en lien avec la violence du trajet, les déshydratations, ou encore des blessures acquises auparavant, dans le pays d'origine, qui n'ont pas été prises en charge. On retrouve ainsi des atteintes musculosquelettiques, neurologiques ou organiques. Mais, le parcours migratoire laisse majoritairement des traces sur l'état psychique de la personne. En France, on estime qu'une personne immigrée sur six souffrirait d'un stress post-traumatique et que la quasi-totalité des femmes immigrées auraient subi des violences sexuelles durant le trajet migratoire (Cn2r, 2022). Ces traumatismes psychiques, amenant des



états de sidération, d'amnésie, de dissociation ou d'angoisse, se positionnent comme des objectifs prioritaires de prises en charge au cours de notre accompagnement ergothérapique.

### 3.3) Les priorités et les préoccupations de la personne immigrée

#### a) Le profil occupationnel de la personne immigrée

Dans le cadre de notre expertise ergothérapique, au travers de l'anamnèse et de l'entretien initial, nous cherchons à définir le profil occupationnel du patient. « *Le profil occupationnel est un résumé des antécédents occupationnels et des expériences d'une personne, de ses habitudes de vie quotidienne, de ses intérêts, de ses valeurs et de ses besoins* » (Occupational Therapy, 2014, p. S13, traduction libre). Dans le cas de la personne immigrée, ce profil occupationnel est susceptible de largement différer de celui d'une personne sédentaire. En effet, le profil occupationnel sera tributaire de la durée d'installation, du statut juridique, du statut professionnel, de l'environnement de vie ou encore de la situation familiale. Ainsi, la qualité de l'accompagnement proposée et personnalisée reposera tout d'abord sur un profil occupationnel correctement et précisément défini.

#### b) L'état occupationnel de la personne immigrée

Lors de la rédaction du diagnostic en ergothérapie, nous définissons, entre autres, l'état occupationnel du patient. « *L'état occupationnel d'une personne correspond à sa participation et son engagement dans des occupations, aux performances et à l'utilisation des habiletés qui lui permettent ou non d'y prendre part, et à la perception qu'elle en a. Lorsqu'il formule l'état occupationnel d'une personne, l'ergothérapeute précise les domaines et les aspects objectifs ou subjectifs de l'occupation pris en considération* » (Cederfeldt et al., 2003, pp. 81-87). Concernant l'état occupationnel de la personne immigrée, on retrouve une restriction de la participation occupationnelle, une perte de rôle ainsi qu'un déséquilibre occupationnel en lien avec l'environnement dans lequel ils évoluent. Il est aussi possible d'identifier un déséquilibre relationnel puisque ces personnes peuvent subir une rupture avec leur entourage, et se retrouvaient restreintes dans la création de nouveaux liens sociaux dues à la barrière de la langue notamment. L'atteinte de l'état occupationnel de la personne immigrée est aussi la conséquence de la confrontation à diverses injustices occupationnelles, telles que des privations et des aliénations occupationnelles (Blais, 2021).

### 3.4) L'accès aux occupations : situation actuelle

#### a) Justice occupationnelle

Considérant que cet axe est important en ergothérapie, il nous paraît primordial d'expliquer à quoi correspond la justice occupationnelle, notion en lien direct avec l'ergothérapie. Nous décidons de nous appuyer ici sur la définition proposée par Wilcok et Townsend en 2009, citée par l'association canadienne des ergothérapeutes dans différents de leurs documents. La justice occupationnelle se définit alors comme « *le droit de chaque individu de pouvoir répondre à ses besoins fondamentaux et d'avoir les mêmes opportunités et chances dans la vie d'atteindre son potentiel, mais spécifique à la participation de l'individu dans diverses occupations significatives* » (Wilcok & Townsend, 2009, traduction libre). Ainsi, la justice occupationnelle vise à promouvoir l'égalité dans l'accès aux occupations et ceux pour chaque individu. Nous mentionnerons d'ailleurs que la Fédération mondiale des ergothérapeutes (WFOT), en 2019, « *soutient et estime que les ergothérapeutes, quel que soit leur milieu de pratique, doivent combattre les injustices occupationnelles et promouvoir les droits occupationnels des personnes et communautés en tant que droits humains* » (Drolet et al. 2023). C'est en l'occurrence cette justice occupationnelle, notion centrale dans notre profession, qui permet à chaque individu de trouver son équilibre occupationnel par l'ensemble des choix d'occupations qui s'offrent à lui. Or, nous remarquons qu'en France, en 2024, mais aussi à travers le monde, il existe des atteintes concernant ce droit occupationnel : privation occupationnelle, aliénation occupationnelle, marginalisation occupationnelle... Dans le contexte d'un statut souvent précaire et de conditions de vie instables, les personnes immigrées apparaissent comme particulièrement exposées aux injustices occupationnelles, mettant en lumière les inégalités du système qui gênent leur pleine participation aux occupations significatives.

#### b) Les injustices occupationnelles

Nous distinguons aujourd'hui cinq types d'injustices occupationnelles, catégorisées selon leurs facteurs et leurs répercussions. Nous présenterons succinctement une définition de chaque terme.

### °Privation occupationnelle

La privation occupationnelle correspond à l'injustice « qui bafoue le droit à la participation et l'engagement occupationnelle » (Drolet, 2022). Whiteford définit aussi la privation occupationnelle comme étant « *un état d'exclusion empêchant l'engagement dans des occupations nécessaires et/ou significatives en raison de facteurs qui échappent au contrôle immédiat de l'individu* » (Christiansen & Townsend, 2010, p. 201, traduction libre). Les obstacles constituant la privation peuvent être multiples : physiques, sociaux, comportementaux, législatifs, politiques, institutionnels, organisationnels, sexistes, raciaux ... et peuvent exister simultanément.

### °Déséquilibre occupationnel

Le déséquilibre occupationnel correspond à l'injustice qui suggère des difficultés dans la répartition du temps en fonction des occupations. En d'autres termes, le déséquilibre occupationnel apparaît lorsqu'une personne se retrouve sur-occupée ou sous-occupée et ainsi entraîne une disproportion des occupations (Håkansson & Ahlborg, 2017). Ce déséquilibre occupationnel peut se retrouver notamment chez les personnes souffrant de burn-out, les personnes incarcérées en milieu pénitentiaire ... Ce déséquilibre peut être provoqué par les choix propres de l'individu ou induit par des composantes extérieures à la personne.

### °Aliénation occupationnelle

L'aliénation occupationnelle a été définie par Townsend et Wilcock comme « *l'absence de sens ou de but dans les occupations de la vie quotidienne* » (Townsend & Wilcock, 2004, traduction libre). Cette injustice correspond au bafouement du « *droit à la signification occupationnelle et le droit à l'épanouissement de son être occupationnel* » (Drolet, 2022). Par ailleurs, il est important de souligner la subjectivité de cette expérience d'aliénation. En effet, la perception du sens d'une activité reste propre à chaque individu ou groupe d'individus. Ainsi, pour certains, le vécu pourra être qualifié d'ennuyeux et répétitif, alors que pour d'autres cela pourra être source de *flow*. Rappelons que le *flow* correspond à un état d'immersion complète dans une activité qui procure un sentiment de concentration intense, de plaisir et de maîtrise. Ce concept a été introduit par le psychologue Mihály Csíkszentmihályi. Cela nous rappelle l'importance du dialogue et de l'écoute au sein de la relation thérapeutique.

### ° La marginalisation occupationnelle

La marginalisation occupationnelle se définit en présence d'exclusion imposée à des individus dans leur désir de participation à certaines occupations. On observe notamment que la marginalisation occupationnelle impose aux personnes des occupations où ils ne pourront exercer que peu, si ce n'est aucun, choix de contrôle ou de décisions. Cette exclusion est basée sur des normes et des attentes « *invisibles qui devrait exercer telle ou telle profession comment, quand, où et pourquoi* (Stadnyk et al., 2010 ; Townsend & Wilcock, 2004, traduction libre). Par ailleurs, il est important de mentionner que ces normes ne sont qu'informelles et socioculturelles, « *en d'autres termes, les personnes ne sont pas empêchées d'exercer une profession en raison de lois explicites, de politiques sociales ou d'édits religieux, mais plutôt en raison d'habitudes, de traditions et d'attentes de comportement non examinées* » (Durocher et al. 2014).

### ° L'apartheid occupationnel

L'apartheid occupationnel apparaît dans les situations où les occupations proposées diffèrent en fonction des individus, évoluant pourtant dans le même cadre spatio-temporel. Pour une même occupation, certaines personnes peuvent y avoir accès tandis que d'autres s'en voient l'accès refusé ou restreint en raison de facteurs personnels et interpersonnels, telles que « *la race* », le handicap, le sexe, l'âge, la nationalité, la religion, le statut social, la sexualité... (Kronenberg & Pollard, 2005). Cette disparité concernant l'accès aux occupations entraîne l'existence d'apartheid occupationnel, forme d'injustice occupationnelle souvent évoquée au même titre que la marginalisation. Mais, l'apartheid occupationnel va au-delà de la simple marginalisation en ce sens qu'il implique une forme plus explicite d'exclusion, entreprise de manière intentionnelle, et soutenue par des discriminations institutionnalisées ou des politiques sociales et professionnelles.

Ainsi, l'écriture de ce cadre conceptuel permet une meilleure représentation des thèmes et sujets abordés au sein de la question de départ de ce travail de recherche. Pour rappel, la question initiale était la suivante : Comment la dimension socio-culturelle impacte-t-elle l'accompagnement de personnes immigrées en ergothérapie dans les établissements de soins médicaux et de réadaptation ?

Au travers l'écriture de ce cadre conceptuel, nous prenons conscience que la dimension socio-culturelle joue un rôle à la fois sur la représentation de la santé, mais aussi sur la priorité de celle-ci au travers les événements de vie. La vision du soin est elle aussi en lien étroit avec les représentations véhiculées au sein de l'environnement social dans lequel évolue l'individu. De par ses caractéristiques socio-culturelles, mais aussi de son parcours migratoire, l'accompagnement de la personne immigrée se verra impacté par le vécu. Enfin, le statut de personne immigrée limite l'accès aux soins ainsi qu'à certaines occupations ou opportunités, c'est pourquoi le rôle de l'ergothérapeute sera multiple lors de l'accompagnement : tant dans la rééducation que dans la promotion des droits occupationnels en passant par la reconstruction d'une identité occupationnelle.

C'est pourquoi, à l'issue de cette phase conceptuelle, se construit la question de recherche suivante qui conduira la phase exploratoire :

**En quoi l'ergothérapeute, par son approche holistique et  
compréhensive, au cours de l'accompagnement en soins médicaux et  
de réadaptation, est-il un acteur clé dans la lutte contre l'injustice  
occupationnelle qui affecte les personnes immigrées dans leur  
parcours de soin ?**

De cette question de recherche découle l'élaboration d'une hypothèse de recherche. Celle-ci sera étudiée au travers du cadre expérimentale :

- **L'ergothérapeute dispose d'outils et de méthodes d'approches spécifiques permettant de tenir compte de la dimension socio-culturelle du patient dans son projet de vie, l'engageant ainsi dans le long terme.**

## Cadre expérimental

Cette phase d'expérimentation nous permet d'exercer la méthodologie de recherche au travers du sujet exposé dans le cadre conceptuel. Ainsi, dans cette seconde partie, nous définirons le terme de dispositif méthodologique et mentionnerons la place du questionnement éthique et déontologique dans cette recherche. Nous exposerons la technique de recueil de données choisies avant de présenter et d'analyser les résultats obtenus, dans le but de répondre à la question de recherche et l'hypothèse formulée.

### 4. Dispositif méthodologique, choix de la méthode et de l'approche

La méthodologie sur laquelle s'appuie le chercheur constitue la base de son expérimentation. En effet, la méthodologie désigne « *toute étude systématique, par observation de la pratique scientifique, des principes qui la fondent et des méthodes de recherche utilisées* »<sup>2</sup>. Ce terme est issu du grec « *methodos* » qui signifie le chemin, et « *logos* » qui représente le discours. Ainsi, la méthodologie comprend le choix des outils, des techniques de collecte de données, des méthodes d'analyse et des critères pour interpréter les résultats. La méthodologie se présente comme un facteur de garantie concernant la rigueur, la validité et la fiabilité des résultats.

Dans le cadre de cette recherche, nous cherchons à étudier des faits sociaux difficilement mesurables. C'est pourquoi, nous préférons la méthode qualitative afin de recueillir des expériences singulières à même de pouvoir nous éclairer sur ce sujet peu développé dans la littérature. L'approche qualitative vise donc « *à cerner la singularité et la complexité des phénomènes, à explorer la pluralité des phénomènes et mondes sociaux, à les situer dans leur dynamique psychologique et sociale et à restituer leur logique interne sans les évaluer à partir d'un standard de raisonnement extérieur à leurs conditions de production* » (Santiago-Delefosse & Rouan, 2001).

Désirant mettre en avant des concepts théoriques clés, l'approche hypothético-déductive avec la construction d'une réponse hypothétique à la question de recherche semble le choix le plus appropriée. Ainsi, au terme de notre recherche de terrain, nous confronterons les résultats obtenus avec les informations théoriques exposées dans le cadre conceptuel. Par la suite, cette comparaison nous permettra de valider ou invalider l'hypothèse de recherche construite précédemment.

---

<sup>2</sup> Définition issue du Dictionnaire de français Larousse.

## 5. Questionnement éthique et déontologique

Conscient que la position politique de chacun puisse interférer dans ce sujet, nous souhaitons rappeler que ce mémoire d'initiation à la recherche traite uniquement de la réflexion paramédicale et de l'accompagnement dans le soin. En tant que professionnel de santé, nous sommes soumis au principe de déontologie ainsi qu'à des lois s'appliquant aux situations de soins, notamment l'article 1110-3 du code de la santé publique. Cet article mentionne qu'« *aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins.* » et qu'aucun « *professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne [...] pour l'un des motifs visés au premier alinéa de [l'article 225-1](#) ou à [l'article 225-1-1](#) du code pénal ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article [L. 861-1](#) du code de la sécurité sociale, ou du droit à l'aide prévue à l'article [L. 251-1](#) du code de l'action sociale et des familles* » (Légifrance, 2022).

Dans ce travail, c'est donc notre réflexion éthique de soignant à laquelle nous prenons part. Sur certains documents officiels, nous retrouvons les mots de NILLÈS qui définit l'éthique comme « *une réflexion qui vise à déterminer le bien agir en tenant compte des contraintes relatives à des situations déterminées* » (ANESM, 2010). Se remettre en question collectivement, au travers d'une étude telle que celle-ci, vise à nous faire réfléchir et améliorer nos pratiques, dans l'objectif de fournir des soins plus adaptés et respectueux pour tous, y compris pour les populations immigrées.

## 6. Technique de recueil des données

### 6.1) Population cible et échantillon de recherche

Afin de mener cette phase expérimentale, il nous a fallu identifier une population cible. Cependant, en raison de la particularité du sujet et, de la minorité d'accompagnements ergothérapeutiques en établissements de soins médicaux et de réadaptation auprès de personnes immigrées, la population de recherche a été établie de manière large. En effet, limiter les critères d'inclusion et d'exclusion nous a permis de toucher une plus grande population cible et, par conséquent, espérer un échantillon plus conséquent. Ainsi, les critères d'inclusions finaux définis sont les suivants : Ergothérapeute diplômée d'État ; Exerçant en établissement de soins médicaux et de réadaptation (SMR) ; Exerçant ou ayant exercé auprès de personnes immigrées.

Du fait de l'évolution inégale des pratiques en ergothérapie au sein des différents pays et régions, et parce que ce sujet tend à être transfrontalier, nous avons choisi d'intégrer au sein de la population de recherche des ergothérapeutes exerçant dans les DOM-TOM ainsi que dans deux pays étrangers francophones : en Suisse dans le canton de Genève et au Canada dans la région de Québec, dans l'objectif de faire une comparaison entre les pays lors de l'analyse.

## 6.2) Outil de recueil de données

Pour adopter une approche compréhensive, c'est-à-dire une démarche qui prend en compte le sens que les acteurs attribuent à leurs actions et à leurs relations à travers leur subjectivité, les entretiens semi-directifs apparaissent comme l'outil le plus adapté. Les entretiens semi-directifs sont en parties dirigés par le chercheur qui prépare en amont une liste de questions. Cependant, et contrairement à l'entretien directif, nous laissons l'acteur faire des digressions pour voir comment lui-même associe des idées entre elles. Ainsi, la force de cet outil réside dans la liberté de parole accordée à l'acteur, grâce à l'espace créé par le chercheur à travers ses questions, ce qui permet ensuite de saisir et d'analyser les représentations. Ce seront ensuite les données textuelles, issues de la retranscription des entretiens, qui participeront à l'analyse.

Un guide d'entretien (voir ANNEXE I) a été réalisé en amont servant de trame à une conversation dynamique et digressive, mais sur la base de question formulée de la même manière pour les différents interviewés, base d'une comparaison et d'une analyse juste. Les questions de la grille d'entretien ont été travaillées afin d'être assurément comprises de tous, et qu'elles ne laissent pas transparaître d'opinions. L'ordre des questions a aussi été réfléchi afin de constituer une suite logique dans le raisonnement que l'on cherche chez l'interviewé. Le guide d'entretien se compose d'un rappel des critères d'inclusion à l'étude, des modalités de recrutement pour l'entretien, un point sur les réglementations éthiques et déontologiques puis le rappel des différents thèmes abordés. Ainsi, après la consigne inaugurale, suivent plusieurs sections organisées autour de quatre grands thèmes : l'approche holistique et compréhensive, la dimension socio-culturelle et l'accompagnement des personnes immigrées, l'injustice occupationnelle, ainsi que les outils, approches spécifiques, cadres et collaborateurs. Enfin, une dernière question et une conclusion viennent clore le guide.



S'ajoute au guide d'entretien, l'élaboration d'un formulaire de consentement libre et éclairé (voir ANNEXE II) intégrant les notions de confidentialité, d'anonymat, de destruction des données et de droit d'enregistrement. La rédaction de ce formulaire est inspirée de celui proposé par le collège de médecine générale de Nice (CNGE).

En outre le guide d'entretien, plusieurs critères et indicateurs d'analyses ont été identifiés, rédigés et classés par thématique (Voir ANNEXE III). Ils permettent de structurer l'analyse des entretiens, en utilisant des points de comparaison identiques. Les mêmes critères d'analyse ont été appliqués à tous les entretiens, y compris ceux menés avec des ergothérapeutes à l'étranger, afin d'assurer une comparaison rigoureuse et objective.

### 6.3) Prise de contact et moyen d'échanges

Afin d'établir l'échantillon de recherche, deux méthodes ont été utilisées, et ont permis toutes deux d'identifier des participants. Dans les deux cas, une présentation succincte du sujet de recherche ainsi que les thématiques abordées s'est vue jointe au message de recrutement. Le temps estimé de l'entretien s'est aussi vu précisé dans la description. Cependant, le choix a été fait de ne pas communiquer la question de recherche ainsi que l'hypothèse de recherches, afin de limiter les biais dans les réponses apportées au cours des entretiens.

La première méthode a consisté à l'envoi de mails auprès d'ergothérapeutes ou d'établissements de soins médicaux et de réadaptation identifiant des ergothérapeutes dans leurs salariés. Les adresses mails ont pu être recueillies au cours de stages, au cours d'interventions dans le cadre de la formation, au cours de congrès, par le biais d'autres étudiants et professionnels, ou encore grâce à des articles scientifiques. Parmi les personnes contactées, certains n'ont pas donné suite, d'autres ne pouvaient participer à la recherche par manque de temps ou certains ne respectaient pas l'ensemble des critères d'inclusion. Enfin, cinq personnes ont répondu favorablement au mail, et nous avons poursuivi l'échange pour planifier un entretien.

La seconde méthode a consisté dans l'utilisation des réseaux sociaux, et notamment des communautés sur Facebook, regroupant des étudiants et professionnels ergothérapeutes. Ainsi, il a été possible de prendre contact via Messenger avec des personnes susceptibles d'intégrer l'échantillon de recherche. Des échanges avec différentes personnes ont eu lieu, et finalement un entretien a abouti par cette méthode de recrutement.

#### 6.4) Condition de passation des entretiens

En raison des disponibilités de chacun, de la distance géographique et du décalage horaire, les passations d'entretiens ont différé dans leurs modalités.

Ainsi un entretien a été réalisé en présentiel dans l'établissement où exerçait l'ergothérapeute, et les cinq autres ont été réalisés par appel téléphonique ou appel WhatsApp en fonction de la localisation.

Pour chacun des cas, le formulaire de consentement libre et éclairé a été transmis par mail, et signé en amont ou alors au cours de l'entretien. Une copie signée par les deux parties a été transmise par mail à chaque participant. L'entretien c'est ensuite déroulé au travers les questions préétablies dans le guide d'entretien. Cependant, en fonction des interviewer et de leurs discours, l'ordre des questions a pu être modifié, certaines questions non-verbalisées, et des questions de relances établies afin de maintenir un discours cohérent avec la dynamique de conversation.

### 7. Présentation et analyse des résultats

#### 7.1) Présentation de l'échantillon :

L'échantillon de cette phase expérimentale est finalement composé de six ergothérapeutes diplômés. Afin de garantir leur anonymat, les participants seront appelés E1, E2, E3, E4, E5 et E6 ; codes attribués selon l'ordre chronologique des entretiens. Parmi ses six professionnels, nous retrouvons quatre ergothérapeutes diplômés et salariés en France, une diplômée et salariée canadienne ainsi qu'un diplômé et salarié suisse. Parmi ces ergothérapeutes, quatre d'entre eux sont diplômés depuis moins de dix ans. Au sein de l'échantillon il est aussi possible de distinguer quatre femmes contre deux hommes. L'ensemble des participants exerçant en France travaillent tous au sein d'établissements de soins médicaux et de réadaptation (SMR) tandis que les deux ergothérapeutes étrangers interviennent dans des structures de rééducation et de réadaptation équivalentes aux SMR français. Il est important de distinguer que la participante E5 s'intéresse tout particulièrement à la réinsertion professionnelle, différence majeure avec les autres services des participants de l'échantillon. L'ergothérapeute numéro 6 exerce exclusivement auprès d'une patientèle pédiatrique. Enfin, seule la participante E2 intervient auprès d'une population pédiatrique (Voir ANNEXE IV).

## 7.2) L'approche holistique et compréhensive dans l'accompagnement

### a) L'ergothérapie en soins médicaux et de réadaptation

Le premier critère identifié concerne la perception des participants sur leur identité professionnelle. L'analyse des verbatims met en évidence plusieurs axes de réponses. E1 construit son identité professionnelle autour de l'accompagnement des personnes dans la reprise de leurs habitudes de vie, elle mentionne que son rôle consiste à « *aider les personnes à retrouver leurs habitudes de vie, les choses que qui pouvaient avoir l'habitude de faire avant une problématique de santé ou des choses qui pourraient être devenues difficiles en lien avec une problématique de santé* ». Cette notion d'accompagnement vers le quotidien renvoie à une logique de continuité de vie où la problématique de santé n'affecte pas durablement les activités significatives. Cette idée d'activité quotidienne se retrouve dans d'autres paroles de participants comme E2 qui mentionne « *c'est une approche qui est centrée sur la participation des personnes accompagnées dans leurs activités de la vie de tous les jours* ». S'ajoute à l'identité professionnelle un désir de vouloir apporter du bien-être pour E4 « *le rôle principal [...] c'est d'accompagner vers un retour à une vie quotidienne le plus, plus agréable possible pour le patient* ». Les compétences techniques sont aussi mises en lumière au travers du discours de E4 qui place l'ergothérapeute comme « *Évaluateur des activités de vie quotidienne, rééducateur pour regagner les capacités [...], et dans la réadaptation [...], pour compenser* ». Globalement, l'ensemble des définitions reflète un désir d'accompagnement vers une qualité de vie meilleure « *le rôle principal de l'ergothérapeute dans les soins de rééducation, bah c'est permettre aux personnes de retrouver une autonomie* » (E6). Ce professionnel évoque un rôle supplémentaire « *je dirais qu'on a un rôle important d'information [...] sur les possibilités d'aide qu'ils peuvent avoir au sein du pays, que ce soit en terme de rééducation ou d'accompagnement ou de soutien* ». E5 se distingue dans sa réponse apportant une vision plus axée sur la réinsertion professionnelle « *dans le contexte dans lequel je travaille, notre rôle principal c'est de retourner les gens au travail* ». Enfin, nous avons identifié un autre point spécifique : la définition des objectifs « *C'est des objectifs qui sont négociés ensemble* » annonce E1, rejoint par le discours de E2 « *les objectifs sont très liés à aux participations dans les AVQ, avec des objectifs qui sont vraiment définis avec les parents, l'enfant* ».

Ainsi, l'analyse révèle une vision riche, multidimensionnelle mais nuancée du rôle de l'ergothérapeute en SMR, soulignant ainsi la complexité de l'identité professionnelle.

## b) L'approche holistique

Nous avons décidé d'étudier deux grands indicateurs : la définition que les participants mettaient derrière la notion d'approche holistique, puis la pertinence qu'ils discernaient dans la mobilisation de cette approche au sein de la pratique en ergothérapie.

Concernant la définition de ce terme, l'analyse des verbatims se montre hétérogène. En effet, parmi les six ergothérapeutes interrogés, deux d'entre eux expriment une connaissance partielle de ce terme, reconnaissant des limites dans la description. La participante E1 indique « *J'avoue que je l'ai su mais je saurais pas remettre des mots dessus, je veux bien une définition* ». E4 se montre elle capable de définir partiellement la notion, mais ajoute « *J'ai pas tout tout tout en tête* ». A contrario, certains participants proposent une définition riche et détaillée, preuve d'une certaine connaissance de cette notion. E2 décrit « *C'est vraiment l'idée de prendre en compte tous les domaines, toutes les dimensions de la personne accompagnée [...]. L'aspect physique avec les capacités, les incapacités, l'aspect on va dire mentale ou comportementale en fait l'état d'esprit mental et émotionnel, [...] sa structure familiale, la structure sociale aussi et financière, leur culture religieuse, spirituelle. [...] la scolarité, les loisirs et les activités sportives* ». Cette énumération de facteurs est observable à travers d'autres entretiens. Enfin, nous remarquons que E6 s'appuie sur le modèle Personne Environnement Occupation afin de définir et rendre concret l'utilisation de l'approche holistique dans la pratique. Ainsi, l'analyse des verbatims démontre un degré de connaissances théoriques variable, mais non dépendant du pays de formation. Cependant, 5 réponses sur 6 mettent en évidence une représentation largement partagée de l'approche holistique comme une prise en charge globale de la personne. Cet extrait de E2 synthétise l'appréciation globale de l'échantillon « *c'est vraiment une approche globale, complète, personnalisée* ».

D'autre part, les entretiens permettent de mettre en lumière la manière dont les ergothérapeutes perçoivent l'intérêt concret de l'approche holistique dans leur pratique. Nous retrouvons notamment une convergence entre le témoignage de E1 « *c'est le principe de base de l'ergothérapie* » et celui de E3 « *on n'a pas d'ergo quoi surtout tout court* ». L'approche holistique est aussi mise en relation par les participants avec l'approche occupationnelle comme le mentionne E2 « *si j'ai pas une approche holistique, je passe euh globalement je passe à côté de quelque chose. Une approche qui serait uniquement rééducative euh je travaille pas sur la participation de l'enfant dans, dans les activités de sa vie quotidienne* ». Le témoignage de E3 rejoint cette

idée en mentionnant le besoin de réaliser des activités écologiques, nécessitant donc l'accès à l'ensemble de l'environnement. Ainsi, une partie des témoignages insiste sur le besoin de dépasser la vision biomédicale « *sans l'environnement on reste à l'hôpital donc là on travaille voilà sur les récupérations physiques et analytiques* » (E3). E5 se distingue en apportant une vision plus humaniste « *travailler avec des êtres humains on ne peut pas travailler sur une seule composante, parce que un être humain est beaucoup plus complexe* ». L'intérêt de l'approche holistique est donc aussi relationnel et éthique.

Nous estimons que tous les professionnels interrogés s'accordent, s'exprimant de manière plus ou moins explicite, que cette approche permet de contextualiser les activités de la personne, et ainsi influence la qualité et la pertinence de l'accompagnement proposé. E6 exprime l'intérêt de cette approche « *Je dirai pour poser des bons objectifs de rééducation, bien comprendre ce que la personne elle a besoin. Et pas de passer à côté de d'informations qui pourraient être primordiales dans la rééduc* ». L'approche holistique est perçue comme un levier d'efficacité clinique, qui favorise l'obtention de résultats durables en intégrant la subjectivité de la vie du patient.

### c) Méthodologie analogue

Cette partie vise à comprendre si, et comment, les ergothérapeutes interrogés perçoivent une méthodologie similaire à la leur au sein d'équipes pluriprofessionnelles, afin d'éclairer les dynamiques de complémentarité. Les entretiens seront distingués selon qu'ils concernent des ergothérapeutes français ou étrangers, en raison des différences de corps professionnels existant dans le territoire.

Les entretiens menés auprès des ergothérapeutes français révèlent une perception partagée avec la mention de divers professionnels. Cependant, nous remarquons que l'approche des psychologues est citée dans trois des quatre entretiens. Différents verbatims mentionnent également les médecins comme professionnels usant d'une approche holistique. Néanmoins, l'approche est décrite comme théorique. E1 explique que « *les médecins s'en rapprochent au maximum* », E3 ajoute « *le médecin MPR est censé avoir une vision holistique de manière générale normalement* ». Nous percevons une différence entre les attentes professionnelles et ce qui est observable par les participants. Différents corps professionnels sont par la suite cités, et notamment les psychomotriciens, les psychologues et neuropsychologues ou encore les enseignants d'activités physiques adaptées. D'une manière générale déteint

l'existence d'une vision globale de la part de l'équipe pluridisciplinaire dans son ensemble « *on fait des staffs [...] avec toute l'équipe pluridisciplinaire et donc ça déjà à mon sens, ça aide à avoir une vision holistique* » (E3). Par ailleurs, les kinésithérapeutes sont eux plus prudemment mentionnés par E1 et E2 « *les kinés sont un peu plus centrés sur la pathologie* », « *les kinés c'est beaucoup plus rééducatif* ».

D'autre part, l'entretien avec la participante canadienne met en lumière les travailleurs sociaux « *c'est des gens qui vont avoir une approche très holistique et globale* ». L'ergothérapeute reconnaît même que leur approche peut se trouver encore plus étendue « *peut-être même encore, qu'ils ont une approche encore plus globale que qu'est-ce que nous on utilise* ». Les professionnels du domaine du social sont aussi mentionnés par le participant suisse « *l'assistante sociale elle s'est posé plein de questions [...] elle a clairement eu une approche, une vision holistique de la situation* ». Enfin, le participant Suisse ajoute la mise en avant nuancée d'un autre corps professionnel non-cité auparavant « *Les infirmières, ouais, elles peuvent avoir une vision aussi un peu comme ça [...], mais ça diffère selon les personnes* ».

De manière globale, l'interdisciplinarité est aisément identifiable au sein de l'ensemble des entretiens. L'ergothérapeute se positionne ainsi comme un professionnel apportant un regard tourné vers les occupations, participant à la construction d'une représentation commune et complète des patients par l'équipe professionnelle.

### 7.3) La dimension socio-culturelle dans l'accompagnement de personnes immigrées

#### a) Spécificité dans l'accompagnement de personnes immigrées

Parmi les réponses des participants, quatre spécificités dans l'accompagnement de cette population ont été identifiées : la langue, le lieu de vie, le statut administratif et la dimension socio-culturelle.

L'ensemble des participants s'accordent sur la langue comme spécificité et problématique principale. Plusieurs verbatims illustrent cette idée « *c'est un vrai frein à la communication* » (E4) « *La barrière de la langue c'est un gros souci pour recueillir les informations* » (E6). E3 complète cette vision en expliquant les difficultés rencontrées « *on a du mal à faire connaissance avec la personne, on a du mal à la connaître [...] donc à savoir toutes ces activités de vie, de connaître son mode de vie, de savoir un peu d'où elle vient, ce qu'elle a passé, de connaître ses émotions,*

*connaître justement sa culture »*. Ainsi, les nuances linguistiques ou encore l'humour ne sont pas accessibles et « *donc la relation est totalement changée* » (E3).

La seconde spécificité retrouvée dans quatre des six entretiens concerne le lieu de vie des populations immigrées. Celles-ci, par leur statut précaire, sont « *hébergés chez des proches, soit hébergés en hébergement d'urgence* » (E1). E3 décrit « *on a eu plusieurs SDF ou plusieurs personnes qui ont des logements très précaires et qui sont sur le coup d'expulsion* ». Cette précarité et instabilité du logement est aussi décrite dans l'entretien 2 et 4. Or, cette situation se répercute au cours de l'accompagnement selon E1 « *c'est difficile de transposer des situations de vie quand on est pas chez soi et quand on a pas toutes les activités du quotidien* ».

Le troisième axe rejoint en partie les difficultés de logement puisqu'il s'agit du statut administratif des patients qui sont « *en très grosse difficulté sociale sur le plan administratif* » (E3). Or c'est « *un réel frein en fait à l'attribution des moyens de compensation, à mettre en place un dossier MDPH pour avoir une PCH pour trouver les moyens qui vont compenser le handicap* » comme l'explique E2. Les répercussions de ce statut précaire s'observent aussi selon la participante canadienne dans le soin « *c'est des gens qui vont parfois craindre un peu le système [...] ils ont peur un peu d'en demander trop au gouvernement et que ça ait un impact sur leur statut d'immigrants* » donc « *ils vont nous dire qu'ils vont bien alors que clairement ils sont pas prêts pour un retour au travail* ».

Enfin, le dernier axe identifié concerne la dimension socio-culturelle. Cette spécificité est décrite à la fois comme levier, mais aussi comme frein en fonction des situations. Ainsi « *de façon positive, la culture, c'est [...] des personnes qui ont aussi beaucoup envie de donner un retour* » exprime E2. Le participant suisse ajoute « *Les proches des patients [...] sont très impliqués dans la situation [...] c'est clairement un bon levier pour nous aider* ». Cependant, des problématiques peuvent résulter « *des repas par exemple avec la nourriture [...] pour remplacer la viande puisqu'on n'a pas de viande halal, on a du poisson et des œufs à longueur de temps. Bah tu vois là avoir du plaisir à manger, participer au repas ça peut être un peu compliqué* » (E2). E3 ajoute qu'il est compliqué de faire « *une différence entre la culture, les troubles cognitifs [...] et les troubles comportementaux [...] et savoir à quel point on est capable d'accepter certaines choses en France issues d'une autre culture, et de savoir si c'est vraiment issu de la culture ou pas* ».



#### b) Compétences et ressource en ergothérapie

Au cours des entretiens, certains participants expriment l'utilisation de compétences et ressources spécifiques permettant de rendre l'accompagnement de personnes immigrées plus efficient. Parmi ces compétences mobilisées, le participant suisse cite la flexibilité, l'empathie, « *les compétences de recherches pour se renseigner un peu sur tout ce qui est en lien avec la culture, ce qui ce qui est bien ou pas bien pour ces personnes-là* ». Il mentionne aussi la nécessité de s'adapter. L'ensemble de ces attitudes permettent selon lui « *d'affiner finalement tes bilans* ». La notion d'adaptation est aussi sous-tendue dans le discours de E4 « *on essaie de communiquer en non verbal puisque j'ai l'habitude de travailler avec des personnes aphasiques* ». E1 évoque quant à elle l'utilisation de mises en situation écologiques car « *se mettre en situation dans des choses réelles du quotidien [...] c'est un appui pour bien tester vraiment des situations problématiques* ». Enfin, particulièrement à sa pratique et au contexte administratif du pays, la participante canadienne avoue « *porter une attention plus particulière* » et « *j'essaie de les informer sur leurs droits pour que ils soient plus apaisés, puis ensuite mieux investis dans le traitement* ».

#### c) Barrières dans la dimension socio-culturelle

Nous abordons à présent les barrières socio-culturelles perçues par les professionnels et les stratégies qu'ils utilisent pour y répondre dans leur pratique ergothérapique.

En premier lieu, nous retrouvons la barrière de la langue. Pour faire face, les participants expriment différentes stratégies. Quatre des six participants citent l'utilisation d'outils technologiques tels que Google traduction, des applications... Cependant, il existe des limites dans ce moyen comme le souligne E1 « *on a beaucoup utilisé un traducteur en mode conversation [...] pour comprendre les idées générales, ça va. Après pour transmettre des idées éducatives, c'est plus compliqué* ». Certains participants mentionnent aussi l'utilisation d'outils de communication adaptés tels que des CAA, des pictogrammes pour « *recueillir les besoins essentiels de la personne* » (E6). Enfin, la stratégie décrite comme la plus efficiente par les professionnels interrogés reste la traduction directe par une personne compétente. Par exemple, E1 mentionne l'aide d'une autre patiente. E3 et E6 exposent eux l'aide de la part d'autres professionnels bilingues « *On a quelques traducteurs à nous sur l'hôpital parce qu'on a des kinés qui sont Espagnols, roumains* » (E3). S'il existe, l'entourage familial peut parfois faciliter la traduction comme l'exprime E1 et E4 cependant E2 nuance « *c'était*



*difficile de se mettre en contact à chaque fois en fait, pour passer des grandes idées c'est bien mais ça fait quand même un biais dans l'accompagnement d'avoir à chaque fois, un tiers entre les 2* ». La participante canadienne décrit elle un système d'abonnement annuel à un organisme communautaire qui permet d'avoir accès à un interprète « *ils informent l'interprète que telle date, telle heure, ils ont un rendez-vous en ergo puis l'interprète va être présent par téléphone avec nous* ».

D'autre part, les stratégies face aux difficultés de logement sont seulement exprimées par E2, qui met en avant l'importance du travail en réseau : « *moi je travaille avec l'assistante sociale, l'assistante sociale elle va par exemple travailler [...] avec Terre d'asile pour essayer de prévoir les changements de logement à l'avance* ».

Différents participants verbalisent aussi des difficultés dans la compréhension du système de santé du pays par les patients. Ce manque de connaissances peut nuire à leur santé comme l'exprime E1 en évoquant un patient « *il est quand même arrivé en soins de rééducation longtemps après son accident et je pense que il avait pas été bien orienté ou pas orienté du tout* ». Ainsi, l'ergothérapeute défend un rôle d'informations à avoir auprès d'eux pour « *faire comprendre aux gens qu'ils ont le droit d'avoir accès aux soins, qu'ils ont le droit d'avoir une prise en charge par la Sécu* ».

L'histoire de vie en lien avec le processus migratoire peut aussi se présenter comme un frein dans le soin, comme l'explique E4 « *le patient par exemple Tadjik il était exilé politique et réfugié politique. Et lui il avait peur d'être empoisonné. Donc il était très très méfiant sur les prises de médicaments* ». L'isolement impacte aussi la motivation c'est pourquoi E4 mentionne « *on a mis en place un téléphone pour qu'il puisse joindre ses proches [...] c'est des choses qui font que lui il est mieux malgré tout, donc ça a quand même un impact sur sa vie dans le centre* ».

Enfin, la religion et la dynamique familiale sont les deux derniers points identifiés par les participants comme pouvant entraver le processus de soin. E2 raconte l'histoire d'un enfant qui n'a pu être hospitalisé à temps complet dans l'établissement car la relation mère-fille était exclusive, et il était impossible pour la mère de laisser son enfant. Pour répondre à ces spécificités, plusieurs stratégies sont décrites. E1 exprime que lors de l'accompagnement d'un patient pratiquant la religion musulmane « *on avait plutôt préféré que ce soit un homme qui fasse la toilette* ». E2 évoque elle la mise en œuvre de « *temps donnés, comme le mercredi et cetera, (où les familles) vont amener leur repas* » afin d'éviter que les enfants consomment toujours les mêmes choses.

## 7.4) L'injustice occupationnelle et son impact en ergothérapie auprès des personnes immigrées

### a) Injustice occupationnelle (définition et manifestation)

Concernant la représentation de l'injustice occupationnelle chez les ergothérapeutes interrogés, il ressort que ce concept central en ergothérapie, en lien étroit avec les droits humains et la participation sociale, persiste flou pour certains des participants. En effet, sur les six participants, trois d'entre eux expriment ouvertement un manque de connaissance ou d'aisance à définir l'injustice occupationnelle. E3 avoue « *Une injustice occupationnelle alors ça fait partie des termes un peu, un peu nouveau. Moi ça me parle pas trop* ». Ce manque de connaissance s'observe aussi par une digression à travers un exemple dans l'entretien 4 « *bah je ne sais pas, peut être en lien avec la culture, avec les habitudes justement [...] donc, alors ouais, si je parle de ce monsieur-là [...]* ».

Malgré le côté abstrait de cette notion, différents participants s'accordent sur le fait que l'injustice occupationnelle correspond à une situation où une personne est privée ou restreinte dans l'accès à des occupations spécifiques et voulues. E1 exprime l'injustice occupationnelle comme « *ne pas pouvoir participer à des activités au même titre qu'une personne sans, fin d'origine française pourrait participer* ». Cette comparaison dans l'accès se retrouve aussi dans les paroles de E5 « *pour une certaine catégorie de personnes, l'accessibilité à cette activité peut être facilité versus pour une même activité, un groupe de personnes différentes n'a pas le même accès, qui a plus de barrières* ». Au travers de l'analyse, nous identifions que plusieurs ergothérapeutes relient l'injustice occupationnelle à des déterminants, qu'ils soient sociaux, économiques ou culturels « *c'est toujours délicat parce que l'injustice occupationnelle, elle peut être liée à plein de facteurs pour moi* » exprime E3. L'ergothérapeute suisse évoque aussi ce parallèle « *c'est finalement priver une personne de pouvoir subvenir à ses besoins ou à ses occupations significatives parce qu'elle a un statut de requérant d'asile ou d'immigrés. Par exemple [...], elle va pas pouvoir aller faire un hôpital de jour parce qu'elle parle pas bien la langue* ». Ainsi, ces six entretiens nous montrent que le concept d'injustice occupationnelle, bien que pas toujours formellement définie, est cependant reconnu comme une réalité de terrain.

## b) Injustice occupationnelle et population immigrée

Nous avons ensuite questionné les participants sur la manifestation ou non d'injustices occupationnelles auprès des populations immigrées qu'ils accompagnaient. Les réponses sont très hétérogènes. Dans un premier temps, deux déclarent ne pas avoir été confrontés à des situations d'injustice occupationnelle au cours de leur pratique. La participante E1 s'exprime ainsi « *dans les 3 situations que j'ai là je ne crois pas. J'espère pas en tout cas que ça se serait produit* ». Elle nuance son propos ensuite « *peut-être que oui mais là j'ai pas en tête* ». E3 défend lui une position de neutralité « *Nous à l'hôpital [...], on fait pas d'injustice occupationnelle, on va juste prendre en compte la personne comme elle est mais c'est pas le fait qu'elle soit immigrée ou originaire d'un autre pays qui va, qui va influencer* ». Il complète par la suite son propos au travers d'exemples qui justifient que les injustices occupationnelles dépendent selon lui plutôt du statut administratif, social et financier précaire.

L'absence de manifestation d'injustices occupationnelles exprimée dans deux des entretiens est contrebalancée par le discours de trois autres participants. E3 verbalise bon nombre de manifestations d'injustices occupationnelles notamment, en lien avec l'orientation dans des structures inadaptées, et le manque d'accès à des aides techniques. Ces atteintes sont en lien direct avec les réglementations administratives et financières « *Quand on peut pas monter de dossier MDPH, on peut pas monter de dossiers d'orientation en structure par exemple* » « *les outils de compensation du handicap que je voudrais mettre en place pour que l'enfant participe au mieux je les ai, je peux pas les mettre en place parce que j'ai pas accès au financement* ». De plus, la participante étend la manifestation de ces injustices occupationnelles à l'entourage familial du patient « *on peut vraiment parler d'injustice [...] tu vois c'est pas juste l'enfant que nous on accompagne, il y a les frères et sœurs [...] pour accéder à l'école [...] c'est pas simple non plus* ». D'autre part, la participante canadienne exprime elle, avoir identifié clairement une injustice occupationnelle au cours de sa pratique professionnelle « *quand on au Québec, quand on est en arrêt de travail à cause d'un accident de travail, notre salaire est assuré par la CNESST [...]. Et moi, de ce que j'ai observé, l'assureur va parfois être beaucoup plus rapide à couper les indemnités pour quelqu'un [...] qui porte une différence culturelle* ».

Ainsi, les témoignages révèlent des perceptions variées : tandis que certains ergothérapeutes affirment ne pas observer d'injustices occupationnelles dans leur pratique, d'autres pointent des obstacles administratifs, financiers ou linguistiques.

### c) Rôle professionnel concernant l'injustice occupationnelle

Estimant que les injustices occupationnelles existent sur le terrain, nous avons interrogé les ergothérapeutes sur leur rôle pour concourir à la réduction de ces inégalités occupationnelles. Plusieurs axes de réflexion ont pu être exprimés. Dans un premier temps, les participants témoignent d'une prise de conscience nécessaire. Celle-ci repose notamment sur l'identification et l'analyse des déterminants « *je pense que ce serait important d'en parler tous ensemble, d'organiser une synthèse pluridisciplinaire avec donc tous les collègues qui accompagnent la personne pour pouvoir en discuter* » (E1). Une volonté de recevoir plus de sensibilisation concernant ce sujet au cours de la formation initiale est évoquée par le participant suisse qui affirme un besoin « *de sensibilisation déjà sur l'injustice occupationnelle en lien avec justement l'aspect de l'immigration ou de l'asile politique [...] d'un point de vue déprivations occupationnelles, injustice occupationnelle tout ça qui sont des termes qui ne sont finalement pas très connus non plus* ». Nous observons ensuite des propos similaires entre E1 et E5 qui estiment que l'ergothérapeute joue un rôle majeur dans la réduction de ces injustices par ses connaissances sur le monde de la santé. E5 défend sa position au travers de l'argumentation qu'elle fournit au médecin « *je pense qu'en tant qu'ergo on a quand même un, un bon rôle à jouer [...] c'est important de bien documenter ce qu'on observe, ce que la personne nous rapporte et de faire valoir pourquoi, selon nous, la personne rester en arrêt de travail [...] Quand fait ça on réduit beaucoup le risque que le dossier soit fermé de manière trop précipitée* ».

Le discours des trois autres participants tend vers la mobilisation de capacités d'écoute, de recherches et d'adaptations. E4 affirme « *c'est essayé de s'adapter et de prendre en compte ses habitudes* » qui lui semble nécessaire pour concourir à la réduction de ces injustices. E6 rejoint cette idée « *ce qui me manque [...] c'est des infos claires. [...] je vais faire une visite à domicile [...] Pour voir un petit peu son lieu de vie, dans quel environnement elle vit et quelles sont et quelles seraient les possibilités d'adaptations [...] je pense que ça pourrait pallier finalement un peu cette injustice occupationnelle* ». Enfin, E2 cite cette lutte comme « *un vrai challenge* » pour lequel elle « *essaie d'agir de la même façon qu'avec les autres enfants* ». Afin de mener au mieux cette lutte, elle identifie un levier majeur « *la meilleure façon de le faire c'est de travailler en équipe, de travailler en très grande collaboration* ». La participante termine par évoquer des lieux d'exertion dans lesquels pourraient s'inscrire cette lutte contre les injustices occupationnelles « *dans tous les ministères il*

*faudrait des ergothérapeutes [...] , je pense qu'il faudrait vraiment qu'on arrive à travailler avec les associations locales qui accompagnent les migrants ».*

Globalement, la posture professionnelle adoptée par les ergothérapeutes face aux injustices occupationnelles s'articule autour de différents axes : une sensibilisation accrue et une prise de conscience, des missions d'information et d'éducation ainsi qu'une adaptation et un travail de réseau. Elle implique une vision large du rôle de l'ergothérapeute, non seulement comme professionnel de santé, mais aussi comme acteur social et défenseur des droits.

#### 7.5) Modèles, outils et collaborateurs lors de l'accompagnement de personnes immigrées

##### a) Approches et outils utilisés

Il a été demandé aux participants quels outils, bilans ou approches utilisaient-ils au cours de leur pratique et les conditions d'utilisation de ces mêmes outils avec une population immigrée. Parmi les réponses, seule l'ergothérapeute canadienne ne souligne pas de difficultés dans l'utilisation de ces outils dans un contexte migratoire. Pour les cinq autres participants, tous relèvent plus ou moins de problématiques d'adaptation. Ainsi la participante canadienne rapporte utiliser « *le document d'évaluation initiale, [...] des évaluations standardisées* », soit des outils qu'elle pense adaptés à la population migratoire « *dans les sens qu'on a des questionnaires qu'on a fait traduire dans plusieurs langues.* » Malgré cette notion d'inclusivité des outils, la participante intègre la notion d'adaptabilité « *après on choisit quel questionnaire on va faire passer en fonction de la personne qu'on est devant nous, donc on adapte aussi de cette manière-là* ». Cette notion d'adaptabilité se retrouve au travers d'autres discours et notamment celui de E4. Celle-ci exprime utiliser majoritairement des « *mises en situations écologiques* » au cours desquelles elle rencontre des besoins d'adaptation face aux particularités socio-culturelles du patient. Ces deux entretiens mettent en lumière un besoin d'ajustement lors de l'accompagnement de ces populations immigrées. D'autre part, deux des participants mentionnent le modèle canadien du rendement occupationnel « *on fait passer systématiquement la MCRO* » (E1), « *j'utilise la MCRO* » (E3). Et, tous deux, expriment de grandes difficultés dans l'utilisation de cet outil face à une population étrangère. Ces difficultés découlent de la barrière de la langue « *faire traduire par une tablette la question de rendement et de satisfaction, c'est impossible* » (E1) « *la problématique de la MCRO [...] on a besoin*

*d'échanger beaucoup avec le patient » (E3). Par conséquent, E1 rapporte avoir « beaucoup de mal à la faire passer en tout cas à la faire coter ». Cet obstacle dans la cotation revient aussi dans le discours de E2 « on fait des bilans normés [...] pour faire les dossiers MDPH [...] un simple perdue ça va [...] Mais les autres bilans en fait ils sont normés en français, je peux pas ». Et, lorsque la traduction et la passation de bilans génériques semblent impossibles, le participant suisse déclare « Si je vois que c'est pas possible, ça va être de l'interprétation ». Par ailleurs, concernant la population pédiatrique, la participante E2 soutient « quelle que soit sa nationalité, en fait l'approche ludique permet la motivation et l'attention chez l'enfant. Si tu as de la motivation, de l'attention, tu as de la participation ».*

Ces entretiens mettent en évidence que, malgré la diversité des outils mobilisés, leur utilisation auprès d'une population immigrée nécessite fréquemment des adaptations. Les obstacles liés à la langue ou à la culture soulignent l'importance d'une posture réflexive et flexible chez les ergothérapeutes.

#### b) Intervention adaptée au contexte migratoire

Les participants ont cité des bilans, des approches, des ajustements permettant une intervention plus adaptée et plus aisée face à la population immigrée. Cependant, des points de convergence et de divergence apparaissent.

En premier lieu, de nombreux participants évoquent des outils traduits dans différentes langues. Pour certains, il existe une attente de validation « *un outil qui serait directement traduit dans une autre langue, mais qu'il faut qu'il soit validé dans l'autre langue* » (E1), pour d'autres une simple traduction de leur part ou de collaborateurs pourraient se montrer suffisante : « *je pense que si je pourrais adapter OT'Hope ou tu vois la MCRO et traduire* » (E2), « *on a utilisé par exemple un patient qui parle une certaine langue de nous faire la traduction de questionnaire* » (E5). Or, il est important de mentionner que cette traduction spontanée reste limitée à la fois dans les compétences linguistiques de chacun, mais aussi dans la spécificité des termes à traduire comme l'évoque E2 « *des tests vraiment normés tu vois par exemple je pourrais pas faire des tests qui évaluent les fonctions cognitives. Parce que ce serait vraiment complexe je pense* ».

D'autre part, nous retrouvons l'idée d'adaptation d'outils de la part de plusieurs participants. E4 cite l'OT'Hope comme possibilité grâce à ces nombreuses images. E3 évoque un bilan des praxis adapté aux gestes culturels du patient « *faudra juste qu'on*

*adapte, si on voit que culturellement il y a des gestes qui sont pas qui sont pas adaptés* ». Le participant suisse évoque lui une évaluation de la douleur au travers différents bilans « *Moi je fais passer avec plusieurs échelles avec le patient, que ce soit numérique, analogique ...* ». Cette cotation de la douleur est aussi abordée par la participante canadienne « *je vais faire avec eux ce qu'on appelle une échelle visuelle analogique personnalisée* » qui permet une cotation personnalisée.

S'en suit une importante divergence de discours concernant l'approche. E1, E2 et E3 s'accordent sur l'idée qu'une approche occupationnelle, centrée sur l'activité, pourrait permettre de rendre l'accompagnement plus inclusif pour cette population immigrée. E1 exprime « *une évaluation par mise en situation avec une grille type AMPS [...] serait carrément plus fiable puisque y a pas de barrière de la langue* ». E2 complète « *il faut beaucoup plus se centrer sur l'activité parce que je pense que c'est plus facile d'adapter des bilans à la langue que des bilans typiquement normés* ». A contrario, E6 défend lui l'utilisation d'une approche analytique au contact de ces personnes « *j'ai l'impression que ça parle plus l'analytique aux patients immigrés que l'occupationnel [...]* Puis c'est plus simple aussi de se faire comprendre avec des termes assez basiques ». Il soulève aussi se sentir en difficulté face à l'histoire de vie de certains patients immigrés « *tu sais qu'elle a été maltraitée auparavant [...]* C'est très compliqué comme situation je trouve ». Un écart important entre les visions de pratique est observable.

Nous terminons cette partie par l'intervention du participant suisse « *le fait de traduire justement des bilans, des échelles [...] ça devrait être à la portée de tous sans qu'on aille à faire le travail par soi-même. Parce que ça c'est très chronophage [...] et quand tu es dans une structure hospitalière [...] tu vas mettre de côté des aspects qui peuvent être extrêmement importants dans la réduc, parce que t'as pas forcément le temps* ».

### c) Pluridisciplinarité et prise en soins de population immigrée

Le dernier critère concerne la pluridisciplinarité lors de la prise en soins de populations immigrées. E1, E2, E3, E4 et E6 évoluent au sein de structures multidisciplinaires, c'est pourquoi les professionnels cités sont nombreux et souvent identiques. Parmi eux nous retrouvons : médecins, assistantes sociales, kinésithérapeutes, enseignants APA, aides-soignantes, agents de propreté et ASH, psychologues, orthophonistes ou encore diététiciens et secrétaires. La participante 5 évolue elle dans une « *une clinique d'Ergothérapeutes 90%* » ce qui distingue ses réponses.



Par la suite, il a été demandé aux participants d'identifier des corps professionnels qu'ils pensaient ressources lors de l'accompagnement de population immigrée. Parmi les réponses obtenues, certaines sont identiques notamment la profession d'assistante sociale qui revient dans cinq des six entretiens « *l'assistante sociale qui a un énorme rôle [...] c'est elle qui a des contacts avec la tutrice pour obtenir un passeport, [...] la mesure de protection* » (E4). Les interprètes sont eux cités par E5 « *des interprètes je pense à des professionnels qui seraient définitivement utiles* » et E6 « *Interprète, ça pourrait être mega bénéfique* ». Nous retrouvons aussi des professionnels du domaine social, tels que les membres d'associations ou de communautés, où leurs rôles semblent favorables puisqu'ils sont cités dans plusieurs entretiens. Nous distinguons aussi l'identification des infirmières, ASH et aide-soignante. E3 explique « *le professionnel qui va connaître le plus le patient ça va être l'aide-soignante [...] elle va connaître des habitudes [...] L'ASH elle va peut-être connaître un peu plus de choses parce que quand elle va lui déposer son plateau, elle va savoir que [...] par rapport à sa religion, il va se laver toujours avant de manger* ». Enfin, suivant l'établissement ou la population, nous retrouvons la mise en avant d'autres professionnels : « *Psychologue pour comprendre justement les situations d'injustice, comprendre les ressentis, les besoins, aider à passer des situations de vie qui sont problématiques* » (E1), « *Je travaille beaucoup avec l'orthophoniste [...] sur la mise en place justement, par exemple, des moyens de compensation* » (E2), « *tous les agents d'entretien aussi sont une ressource parce qu'il y en a beaucoup qui sont de langues étrangères* » (E6). E3 évoque aussi « *une autre personne [...] qui vient aider pour l'exercice de la religion* » mais il émet des limites quant à sa présence « *c'est compliqué de l'intégrer sur des réflexions médicales ou paramédicale* ». Enfin, le professionnel suisse relate un civiliste « *il nous aide beaucoup dans la prise en charge des patients d'un point de vue logistique, mais aussi d'un point de vue thérapeutique, parce qu'il parle plusieurs langues* ».

La diversité de réponses observée montre que la solution ne se trouve pas tant dans un corps professionnel spécifique mais dans un réseau, c'est du moins ce qu'exprime E3 et E4 « *c'est un peu utopique, mais j'ai l'impression que tout le monde est ressource vraiment [...] tout le monde va amener son petit point* » « *moi j'ai envie de dire que c'est pas forcément la formation qui a une importance, c'est aussi notre ouverture d'esprit, notre culture qui qui aide et nos et nos capacités en langues étrangères* ».



## 8. Discussion

Nous tentons désormais, à partir de l'analyse effectuée, de proposer une réponse à la question de recherche suivante : En quoi l'ergothérapeute, par son approche holistique et compréhensive, au cours de l'accompagnement en soins médicaux et de réadaptation, est-il un acteur clé dans la lutte contre l'injustice occupationnelle qui affecte les personnes immigrées dans leur parcours de soin ?

Nous observons, à travers l'analyse, que l'ergothérapie est une profession possédant une vision multidimensionnelle de la personne. En effet, les différents professionnels interrogés s'accordent à définir leur mission autour des besoins de vie exprimés par le patient. Leur rôle consistant à favoriser la participation des patients à des activités significatives, à améliorer leur qualité de vie et à préserver leur autonomie, il est essentiel qu'ils adoptent une approche holistique pour mener à bien leurs missions. Cette prise en soins globale et personnalisée est sous-tendue par différentes stratégies évoquées lors des entretiens : une capacité d'écoute active, le travail en réseau, des aptitudes d'adaptation et l'utilisation d'outils spécifiques tels que la mesure canadienne du rendement occupationnel. Différents participants soutiennent aussi les missions d'information, d'éducation et de formation que remplissent les ergothérapeutes. Cependant, et malgré toutes ces compétences, les différents participants expriment des difficultés lors de l'accompagnement de personnes immigrées et des limites dans leurs outils disponibles. Pour pallier à ces obstacles, cinq des six participants expriment l'utilisation d'une approche occupationnelle, centrée sur les activités de la personne, au travers de la réalisation de mises en situation écologiques. L'utilisation de mises en situation dans le cadre de soin permet une marge d'adaptation importante quant au cadre de vie du patient. Afin de recueillir les différentes informations sous-jacentes à l'environnement de vie, les ergothérapeutes expriment soit l'utilisation d'outils ergothérapiques adaptés tels que l'OT'Hope ou des tableaux de communications adaptés, soit la dynamique interdisciplinaire et le travail en réseau. En dépit de ces stratégies adoptées, les différents participants verbalisent une insuffisance de moyens et de connaissances, se traduisant dans l'ensemble du domaine médical, avec la reconnaissance d'injustices occupationnelles. Pour autant, nous répertorions l'existence d'articles scientifiques en ergothérapie visant à lutter contre l'existence de ces injustices occupationnelles. Parmi ces outils, nous retrouvons notamment « *Le Cadre collaboratif de la justice occupationnelle* » fondé en 2005 par Townsend et Whitford qui consiste à promouvoir

une approche structurelle de la part de l'ergothérapeute afin de lutter contre les injustices occupationnelles et épistémiques. Cet outil prend pour base une approche structurelle et collaborative dans laquelle l'ergothérapeute doit intervenir au-delà du patient, l'objectif étant d'agir sur ce qui limite le patient et non sur le patient lui-même. Pour cela, les auteurs prônent des actions coconstruites en pluridisciplinarité, et ce avec des individus exerçant au-delà du cadre hospitalier afin d'obtenir une transformation sociale. (Drolet & al, 2023). Afin d'aider au mieux les ergothérapeutes dans leur réflexion culturelle, nous proposons aussi « *la grille transculturelle de la Clinique pédiatrique transculturelle de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont comme outil d'évaluation* ». Cet outil, transmis par une coordinatrice clinique et ergothérapeute canadienne, s'appuie sur plusieurs fondements théoriques et méthodologiques de l'ethnopsychiatrie. Cette grille « *constitue un guide pour aider l'intervenant à identifier et à tenir compte des éléments du parcours migratoire et des impacts du changement dans les repères culturels. Elle permet aussi d'accorder une place au sens donné par l'utilisateur à ses difficultés selon ses croyances, son point de vue personnel et culturel* ». (Chenouard & al. 2023).

Ainsi, par l'ensemble des éléments présentés, nous proposons que l'ergothérapeute dispose d'outils et de méthodes d'approches spécifiques permettant de tenir compte de la dimension socio-culturelle du patient dans son projet de vie, l'engageant ainsi dans le long terme, ce faisant valide l'hypothèse de départ. Cependant, cette réponse mérite d'être nuancée en soulignant que le manque d'accès et de visibilité des outils disponibles limite l'efficacité de l'accompagnement ergothérapique.

## 9. Limites et biais

Cette étude comporte cependant plusieurs limites et biais pouvant affecter la validité et la portée des résultats. Parmi les limites, c'est-à-dire les contraintes inhérentes à l'étude, nous retrouvons en premier lieu un manque de documentation scientifique concernant l'impact de la dimension socio-culturelle dans le cadre de soins à visée rééducative et réadaptative. D'autre part, ce travail s'inscrivant dans le cadre d'un mémoire d'initiation à la recherche, certaines limites contextuelles doivent être soulignées, notamment un délai restreint ayant conduit à la constitution d'un échantillon réduit et non représentatif de la population. Enfin, l'analyse présentée dans le cadre expérimental se base sur des données auto-déclarées susceptibles de manquer de fiabilités.

L'étude présente également certains biais, des erreurs méthodologiques pouvant être commises par le chercheur, et susceptibles de fausser partiellement les résultats. Nous retrouvons notamment un biais de sélection avec la participation d'ergothérapeutes connus par le chercheur. Le choix d'inclure des participants diplômés et exerçant dans un autre pays peut aussi se présenter comme source de biais dans la validation interne des résultats. Enfin, des biais de mesure peuvent être relevés, l'un des entretiens ayant été réalisé en présentiel, ce qui a permis au participant d'accéder à davantage d'informations para-verbales et non-verbales fournies inconsciemment par le chercheur. Le manque d'expérience de la part du chercheur pourrait aussi être relevé comme biais, avec un défaut d'approfondissement lors des premiers entretiens menés.

#### 10. Projections professionnelles et personnelles

La réalisation de ce mémoire d'initiation à la recherche m'a<sup>3</sup> permis de répondre à certaines de mes interrogations concernant le niveau d'inclusion des populations migrantes en structures de soins médicaux et de réadaptation. Cependant, je prends conscience qu'un important travail reste à accomplir sur le terrain en vue de rendre les recommandations scientifiques réellement applicables, et de garantir un accès équitable aux soins pour tous. Je constate également un manque de diffusion d'informations et de documentations autour de cet enjeu, pourtant étroitement lié au contexte migratoire actuel dans lequel nous évoluons. Ainsi, dans la mesure du possible, j'aimerais poursuivre ma réflexion autour de ce sujet notamment par l'acquisition de ma propre vision professionnelle. Dans l'intention de mener cette perspective à bien, j'aimerais exercer en structure de rééducation et réadaptation auprès de ce public cible, et mettre à profit les connaissances et l'ouverture d'esprit initiées dans la réalisation de ce travail. J'envisage par la suite de quitter le territoire français afin de pratiquer l'ergothérapie dans d'autres pays, et auprès d'autres cultures pour continuer d'enrichir mes connaissances. Enfin, à terme, j'envisage d'intégrer un master « *Santé / Recherche, Gestion de projets et Pratiques Professionnelles en Ergothérapie* » de manière à poursuivre ma recherche. L'objectif étant de pouvoir un jour intervenir auprès d'instituts de formation, ou auprès de professionnels dans le but de les aider dans l'accompagnement de ces populations immigrées.

---

<sup>3</sup> Cette partie étant propre aux ressentis d'ordre personnel, le « je » plutôt que le « nous » sera utilisé.

## Conclusion

Le domaine de la santé publique fait face en continu à de nombreux défis auxquels il lui faut répondre. Parmi les enjeux majeurs actuels figurent l'accès universel aux soins et l'équité des droits. Dans un contexte mondial marqué par d'importants flux migratoires, ces questions soulèvent des réflexions essentielles sur l'accueil et la prise en compte de la dimension socio-culturelle des individus au sein de l'accompagnement et la prise en soins.

Parmi les professions du secteur paramédical, l'ergothérapie se distingue comme spécialité centrée sur les occupations humaines. Or, les occupations significatives prennent tout leur sens dans l'environnement de vie de la personne. De ce fait, l'approche holistique et compréhensive des ergothérapeutes les amène à interagir avec la dimension socio-culturelle des patients qu'ils accompagnent. Cette rencontre interculturelle instaure une dynamique particulière dans la relation de soin, qui peut parfois engendrer des difficultés. En dépit de leurs compétences en écoute et en adaptabilité, les ergothérapeutes peuvent se heurter à des obstacles, notamment en matière de communication et d'accès aux ressources. Afin de faire face à ces difficultés, l'interdisciplinarité et le travail en réseau se distinguent comme moyens efficaces et accessibles à tous. Cependant, des lacunes persistent en matière de compétences culturelles et d'accessibilité à des outils équitables. Dans cette perspective, la recherche, le développement de nouveaux outils et bilans, ainsi que la sensibilisation intégrée aux programmes de formation pourraient s'avérer bénéfiques à l'avenir.

La réflexion quant à l'inclusion des populations immigrées au sein des établissements de soins mérite d'être approfondi. En effet, certains droits fondamentaux, notamment les droits humains et occupationnels, ne sont pas toujours garantis. Dans ce contexte, il serait légitime de s'interroger sur la place des ergothérapeutes dans cette réflexion et sur la contribution que leur approche holistique pourrait apporter.

## Bibliographie

### Ouvrages

Christiansen, C., & Townsend, E. A. (2010). *Introduction to occupation: the art and science of living: new multidisciplinary perspectives for understanding human occupation as a central feature of individual experience and social organization* (2nd ed). Pearson.

[https://archive.org/details/introductiontooc0000unse\\_e9f0/page/n1/mode/1up](https://archive.org/details/introductiontooc0000unse_e9f0/page/n1/mode/1up)

Debout, C. (2012). Adhésion Thérapeutique. Dans M. Formarier et L. Jovic *Les concepts en sciences infirmières 2ème édition* (p. 50-53). Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0050>.

Dubois, B., Samson, S. T., Trouvé, E., Tosser, M., Poriél, G., Tortora, L., Riguet, K., & Guesné, J. (2017). L'objet du diagnostic : Définir et expliquer l'état occupationnel d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans *Guide du diagnostic en ergothérapie* (p. 19-32). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.colle.2017.01.0019>

Fischer, G.-N. (2011). Chapitre 3. Les Dimensions Psychosociales. *Psychologie sociale de l'environnement - 2<sup>e</sup> édition* (p. 53-81). Dunod. <https://shs.cairn.info/psychologie-sociale-de-l-environnement--9782100566525-page-53?lang=fr>.

Hocking, C., Shordike, A., Vittayakorn, S., Bunrayong, W., Rattakorn, P., Wright St-Clair, V.-A.-. et Pierce, D. (2016). Chapitre 11. Différentes Façons de Faire à Manger. Influences Culturelles Sur la Préparation des Repas. Dans D. Pierce, Traduction de l'américain dirigée par M. Morel-Bracq *La science de l'occupation pour l'ergothérapie* (p. 151-160). De Boeck Supérieur. <https://stm.cairn.info/la-science-de-l-occupation-pour-l-ergotherapie--9782353273515-page-151?lang=fr>.

Jasmin, E. (2019). *Des sciences sociales à l'ergothérapie : Mieux comprendre la société et la culture pour mieux agir comme spécialiste en habilitation à l'occupation*. Presses de l'Université du Québec. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv10qqwzq>

Mateo, M.-C. (2012). Alliance Thérapeutique. Dans M. Formarier et L. Jovic *Les concepts en sciences infirmières 2ème édition* (p. 64-66). Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0064>.

Morel, P.-M. (2012). Aristote Philosophe du Divers. Dans V. Bedin *Philosophie Auteurs et Thèmes* (p. 18-21). Éditions Sciences Humaines. <https://doi.org/10.3917/sh.colle.2012.01.0018>.

Santagio-Delfosse, M. & Rouan, G. (2001). *Les méthodes qualitatives en psychologie*. Dunod. <https://pro.librairiecharlemagne.com/livre/484946-les-methodes-qualitatives-en-psychologie-marie-santiago-delefosse-georges-rouan-dunod>

Tylor, E. B. (1871). *Primitive Culture: Researches into the Development of Mythology, Philosophy, Religion, Art, and Custom*. London: John Murray.

Wilcock, A.A., & Townsend, E.A. (2009). Occupational justice. Dans E.B. Crepeau, E.S. Cohn & B.A. Boyt Schell, *Willard & Spackman's occupational therapy* 11th edition (p. 192-199).

## Articles

Allaire, C., & Stoffel, J.-F. (2007). Corps, culture et rééducation, 1re partie : Bases de réflexions concernant l'impact de la culture sur les représentations du corps sain et ses conséquences concrètes. *Revue des Questions Scientifiques*, 178(2), 187-218. <https://luck.synhera.be/handle/123456789/704>

Belgacem, F. (2021). Parcours de migrants. *Empan*, 124(4), 145-151. <https://doi.org/10.3917/empa.124.0145>

Birmelé, B. (2018). Accompagner. La relation soignante comme cheminement. *Éthique & Santé*, 15(1), 48-54. <https://doi.org/10.1016/j.etique.2017.12.002>

Bryant, W., Craik, C., & McKay, E. A. (2004). Living in a Glasshouse: Exploring Occupational Alienation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(5), 282-289. <https://doi.org/10.1177/000841740407100507>

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>

Chenouard, B., Smith, C., Nhan Luong, T., Raphaël, F., & Boyer, A. (2023). La grille transculturelle de la Clinique pédiatrique transculturelle de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont comme outil d'évaluation. *Revue Intervention*. <https://revueintervention.org/numeros-en-ligne//156/la-grille-transculturelle-de-la->

Chiantaretto, J.-F. (2018). « Le contre-transfert » de Winnicott : Une chute qui donne à penser. *Le Coq-héron*, 235(4), 73-76. <https://doi.org/10.3917/cohe.235.0073>

Delage, M., & Junod, A. (2003). D'une éthique de la relation thérapeutique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 161(1), 23-30. [https://doi.org/10.1016/S0003-4487\(02\)00223-8](https://doi.org/10.1016/S0003-4487(02)00223-8)

Delanoë, D. (2015). Pourquoi il ne faut pas avoir peur du transfert et du contre-transfert culturels. *Le Carnet PSY*, 188(3), 22-26. <https://doi.org/10.3917/lcp.188.0022>

Drolet, M.-J. (2022). Qu'est-ce que la justice occupationnelle intergénérationnelle ? *Canadian Journal of Bioethics*, 5(1), 156-160. <https://doi.org/10.7202/1087219ar>

Drolet, M.-J., Blais, J., & Whiteford, G. (2023). Le Cadre collaboratif de la justice occupationnelle : Un outil puissant en ergothérapie pour combattre les injustices occupationnelles et épistémiques. *French Journal of Occupational Therapy*, 1(1), 17-36. <https://doi.org/10.60856/fjot-2023-1-1-0016>

Dumet, N. (2011). Corps et contre-transfert en psychanalyse : Quelles idéologies à l'œuvre ? La théorie à l'épreuve de la clinique. *Cahiers de psychologie clinique*, 36(1), 167-189. <https://doi.org/10.3917/cpc.036.0167>

Durocher, E., Gibson, B. E., & Rappolt, S. (2014). Occupational Justice: A Conceptual Review. *Journal of Occupational Science*, 21(4), 418-430. <https://doi.org/10.1080/14427591.2013.775692>

Ferreira, C., Gay, M.-C., Regnier-Aeberhard, F., & Bricaire, F. (2010). Les représentations de la maladie et des effets secondaires du traitement antirétroviral comme déterminants de l'observance chez les patients VIH. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 168(1), 25-33. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2007.09.005>

Galand, C., & Salès-Wuillemin, É. (2009). Apports de l'étude des représentations sociales dans le domaine de la santé. *Sociétés*, 105(3), 35-44. <https://doi.org/10.3917/soc.105.0035>

Håkansson, C., & Ahlborg Jr, G. (2017). Occupational imbalance and the role of perceived stress in predicting stress-related disorders. *Scandinavian Journal of*



*Occupational Therapy*, 25(4), 278-287.  
<https://doi.org/10.1080/11038128.2017.1298666>

Hernandez, H. (2010). L'ergothérapie, une profession de réadaptation. *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation*, 30(4), 194-197. <https://doi.org/10.1016/j.jrm.2010.10.003>

Jeoffrion, C. (2009). Santé et Représentations sociales : Une étude « multi-objets » auprès de Professionnels de Santé et Non-Professionnels de Santé. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 82(2), 73-115.  
<https://doi.org/10.3917/cips.082.0073>

Laulan, A.-M. (2018). Diversité culturelle et mondialisation. *Hermès, La Revue*, 80(1), 168-174. <https://doi.org/10.3917/herm.080.0168>

Nasielski, S. (2012). Gestion de la relation thérapeutique : Entre alliance et distance. *Actualités en analyse transactionnelle*, 144(4), 12-40.  
<https://doi.org/10.3917/aatc.144.0012>

Paul, E. (2010). Étrangers, immigrés et réfugiés : Définitions. *Regards croisés sur l'économie*, 8(2), 39-40. <https://doi.org/10.3917/rce.008.0039>

Whiteford, G., Jones, K., Rahal, C., & Suleman, A. (2018). The Participatory Occupational Justice Framework as a tool for change: Three contrasting case narratives. *Journal of Occupational Science*, 25(4), 497-508.  
<https://doi.org/10.1080/14427591.2018.1504607>

Yuen, H. K., & Yau, M. K. (1999). Cross-cultural awareness and occupational therapy education. *Occupational Therapy International*, 6(1), 24-34.  
<https://doi.org/10.1002/oti.86>

## Autres

ANESM. (2010). *Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco\\_ethique\\_anesm.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_ethique_anesm.pdf)

Blais, J. (2021). *Les enjeux éthiques liés à la justice sociale et la justice occupationnelle vécues en camp de réfugiés : Perceptions de travailleurs humanitaires*



*et de personnes réfugiées* [Essai]. Université du Québec à Trois-Rivières.  
<https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/9615/>

Briké, X. (2015). Migrations, vulnérabilités et santé mentale. *Culture & Santé asbl*. Dossier thématique n°13. [https://www.cultures-sante.be/wp-content/uploads/2024/04/dt\\_migrations-santementale\\_maj2024-1.pdf](https://www.cultures-sante.be/wp-content/uploads/2024/04/dt_migrations-santementale_maj2024-1.pdf)

Centre Françoise Minkowska. (s. d.). *Consultations de psychiatrie transculturelle centrée sur la personne migrante et réfugiée*. Association Françoise et Eugène MINKOWSKI. Consulté 14 novembre 2024, à l'adresse <https://www.minkowska.com/consultations-de-psychiatrie-transculturelle-centree-sur-la-personne-migrante-et-refugiee/>

Cn2r. (2022). *Migration : Dossier sur les traumatismes migratoires* - <https://cn2r.fr/ressources/migrations/>

CNGE. (s. d.). *Formulaire de consentement*. Collège de médecine générale de Nice. Consulté 11 février 2025, à l'adresse [https://www.nice.cnge.fr/IMG/doc/Formulaire\\_de\\_consentement\\_type.doc](https://www.nice.cnge.fr/IMG/doc/Formulaire_de_consentement_type.doc)

Fricker, M. (2007). *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198237907.001.0001>

Hoyez, A.-C. (2011). L'accès aux soins des migrants en France et la « culture de l'initiative locale ». Une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationales. *Cybergeog: European Journal of Geography*. [En ligne], Espace, Société, Territoire, document 566. <https://doi.org/10.4000/cybergeog.24796>

Ined. (s. d.). *Immigré*. Institut national d'études démographiques. Consulté 26 novembre 2024, à l'adresse <https://www.ined.fr/fr/lexique/immigre/>

INSEE. (2024). *L'essentiel sur... Les immigrés et les étrangers*. Consulté 10 octobre 2024, à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>

INSPQ. (s. d.). *Déterminants de la santé*. Institut national de santé publique du Québec. Consulté 27 octobre 2024, à l'adresse <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-sante>

Légifrance. (2022a). *Article L1110-3 - Code de la santé publique*. Consulté 10 mars 2025, à l'adresse [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000037950426](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037950426)

Légifrance. (2022b). *Décret n° 2022-24 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins médicaux et de réadaptation*. [https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=yg2V5QsNDQY2-RCYQ1s6Z67ZZ\\_SnyxNNSb\\_7KbhDTxo=](https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=yg2V5QsNDQY2-RCYQ1s6Z67ZZ_SnyxNNSb_7KbhDTxo=)

Ministère de l'intérieur. (2021). *L'accès aux soins*. Direction générale des étrangers en France. <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/L-acces-aux-soins>. Consulté 10 octobre 2024, à l'adresse <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/L-acces-aux-soins>

OMS. (2023). *Handicap*. Organisation Mondiale de la Santé. Consulté 27 octobre 2024, à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

OMS. (s. d.). *Constitution*. Organisation Mondiale de la Santé. Consulté 27 octobre 2024, à l'adresse <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>

Parisi, C. (2023). *Déplacements forcés de population et droit international*. Thèse de doctorat, Université Côte d'Azur]. <https://www.theses.fr/2023COAZ0033>

Sante.gouv.fr. (s. d.). *Tout savoir sur les soins de suite et de réadaptation (SMR)*. Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles. Consulté 4 septembre 2024, à l'adresse <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr/article/tout-savoir-sur-les-soins-de-suite-et-de-readaptation-ssr>

Sironi, A. Bauloz, C. & Emmanuel, M. (2019). Glossary on Migration. *International Migration Law*, N°34. Rapport IOM, Genève. <https://publications.iom.int/books/international-migration-law-ndeg34-glossary-migration>

Syndicat Mixte du Pays Vendômois. (s. d.). *Les déterminants de la santé*. Consulté 6 juin 2024, à l'adresse <https://www.pays-vendomois.org/les-determinants-de-la-sante/>

UNICEF. (s. d.) *Normes sociales*. Social + Behaviour Change. Consulté 10 octobre 2024, à l'adresse <https://www.sbcguidance.org/fr/sbc-pdf/61>

WFOT. (2024, novembre 12). *About Occupational Therapy*. Consulté 12 novembre 2024, à l'adresse <https://wfot.org/about/about-occupational-therapy>



## ANNEXES

|                  |   |
|------------------|---|
| ANNEXE I .....   | 1 |
| ANNEXE II .....  | 5 |
| ANNEXE III ..... | 7 |
| ANNEXE IV .....  | 8 |
| ANNEXE V .....   | 9 |

## ANNEXE I

### GUIDE D'ENTRETIEN

Mémoire d'initiation à la recherche

2025

DECAEN Charlotte

|                          |
|--------------------------|
| <u>Guide d'entretien</u> |
|--------------------------|

#### Population de recherche :

- Ergothérapeute diplômé d'Etat. (EDE)
- Ergothérapeute exerçant en établissements de soins médicaux et de réadaptation. (SMR)
- Ergothérapeute exerçant ou ayant exercé auprès de personnes immigrées.

#### Méthodes et modalités de recrutement pour l'entretien :

- Liste de contacts partagée par un responsable pédagogique de l'école de formation + contacts trouvés via les réseaux sociaux.
- Premier contact par mail, échanges pour vérifier si la personne répond à la population cible et si elle souhaite participer à la rédaction de mon travail à travers un entretien semi-directif.
- Planification d'un créneau afin de réaliser l'entretien selon les modalités fixées (visioconférences, appels téléphoniques ...).

#### Règlementations / Ethique / Déontologie :

- Respect de l'anonymat des lieux, des acteurs et des interviewé(e)s.
- Formulaire de consentement libre et éclairé signé électroniquement au préalable de l'entretien.
- Mise en évidence de la destruction des données empiriques après analyse et la rédaction du mémoire d'initiation à la recherche.
- Demande d'autorisation d'enregistrement au début de l'entretien.
- Principe de non-discrimination, non-jugement.
- Ne pas laisser interférer ses opinions au sein de la recherche.
- Respect, écoute et démarche compréhensive valorisées.

#### Thèmes :

- La dimension socio-culturelle
- Le processus d'immigration et ses impacts
- Le projet de vie et projet de soins d'une personne immigrée
- Les injustices occupationnelles
- L'approche holistique et compréhensive
- Les outils et méthodes d'approches utilisés en ergothérapie

#### Consigne inaugurale :

Bonjour, merci du temps que vous m'accordez, puis-je démarrer l'enregistrement dès à présent ?

Je m'appelle Charlotte DECAEN, je suis actuellement étudiante en 3<sup>e</sup> année d'ergothérapie au sein des instituts La Musse. Comme expliqué lors de nos échanges de mails, je souhaite réaliser mon mémoire d'initiation à la recherche sur l'impact de la dimension socio-culturelle dans l'accompagnement de personnes immigrées, et plus particulièrement au sein d'établissements de soins et de rééducation.

Pour cela, je mène une étude qualitative cherchant ainsi à valider ou invalider mon hypothèse de recherche. Votre participation à cet entretien est libre et volontaire. Votre anonymat sera préservé et l'enregistrement sera détruit au terme de mes analyses. Lors de cet entretien, vous avez la possibilité de demander une pause, l'interrompre, y mettre fin ou le reporter si vous le souhaitez.

Afin de mener au mieux cet entretien, je vais m'appuyer sur une grille d'entretien. J'estime la durée de cet entretien à 45 minutes. Au cours de cet échange, j'aimerais que nous abordions différents thèmes tels que l'approche holistique, la dimension socio-culturelle, les injustices occupationnelles ou encore les outils et approches disponibles pour un ergothérapeute. L'objectif de ce moment est que nous échangions, que vous me fassiez parvenir vos opinions, connaissances et ressentis concernant les sujets évoqués. Ne censurez pas vos réponses, il n'y a pas de bonnes ou mauvaises visions des choses. L'intérêt étant que votre transparence me permette d'analyser des données fiables afin de mener au mieux ma recherche.

Êtes-vous prêt à débiter l'entretien ?

#### Questions :

##### 1) Questions générales

- En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'ergothérapie ?
- De quel institut de formation êtes-vous issus ?
- Depuis combien de temps exercez-vous en SMR ? (Préciser le lieu/ la région)
- Si vous avez exercé dans d'autres domaines, quels étaient-ils ?
- Quel est le rôle principal de l'ergothérapeute dans le cadre des soins médicaux et de la réadaptation ?
- Dans quelles circonstances exercez-vous ou avez-vous exercé auprès de personnes immigrées ?
- Depuis combien de temps êtes-vous au contact de cette population spécifique ?

##### 2) Questions par thème

#### L'approche holistique et compréhensive :

- Que représente l'approche holistique pour vous ? Comment la définiriez-vous ?
- Quels sont les besoins des patients auxquels vous tentez de répondre lors d'un accompagnement en ergothérapie ?
- Quelle est l'intérêt de l'approche holistique dans la quête de la réponse aux besoins globaux d'une personne ?
- En dehors des ergothérapeutes, connaissez-vous d'autres professionnels utilisant une méthodologie analogue ?

#### La dimension socio-culturelle et l'accompagnement de personnes immigrées :

- Lors de l'accompagnement de personnes immigrées, avez-vous identifié des spécificités de prise en soins ?
- Quelles compétences mobilisez-vous pour répondre à ces spécificités ?

- Identifiez-vous des difficultés dans leur accompagnement ? Si oui lesquelles ? Quelles ressources vous sont mises à disposition pour faciliter votre travail ?
- A contrario, comment l'ergothérapeute peut-il identifier les obstacles à l'accès aux soins pour les personnes immigrées ? Et quels sont les impacts de ces obstacles sur leur processus de réadaptation ?
- Selon vous, quels sont les facteurs socio-culturels qui interfèrent positivement ou négativement dans la prise en soin de cette population spécifique ?
- Et pour les personnes d'origines immigrées, comment la prise en compte des facteurs socio-culturels influence-t-elle l'efficacité de l'accompagnement ?
- Quels sont vos ressources et vos obstacles face à ses facteurs sociaux-culturels ?
- Comment faites-vous face aux barrières linguistiques ou culturelles ?
- Avez-vous déjà réfléchi à la manière dont vous pourriez rendre les soins plus inclusifs et équitables pour cette population spécifique ? Quels axes d'amélioration avez-vous identifié ?

#### L'injustice occupationnelle :

- Quel est pour vous la définition de l'injustice occupationnelle ?
  - o Comment se manifeste-t-elle dans les parcours de soins ?
  - o Quelles répercussions identifiez-vous lors de sa manifestation ?
- Percevez-vous une différence dans la manière dont les injustices occupationnelles se manifestent chez les personnes immigrées par rapport à la population locale ?
- Comment vous placez-vous professionnellement parlant face à ces injustices occupationnelles ?
- Selon vous, comment un ergothérapeute peut-il participer à la lutte contre ces injustices dans le cas des populations immigrées ?
- Avez-vous vu des situations où l'ergothérapie a aidé à réduire les inégalités ou à lutter contre l'injustice dans le parcours de soin des personnes immigrées ? Pouvez-vous donner un exemple ?

#### Outils / Approches spécifiques / Cadres / Collaborateurs :

- Au cours de votre pratique professionnelle, vous basez-vous sur une approche ou des outils spécifique ?
  - o Si oui, lesquels ?
  - o Pensez-vous que ces outils sont adaptés à la population immigrée ?
- Quels types d'approches ou d'outils spécifiques identifiez-vous pour sensibiliser et accompagner les patients immigrés en respectant leurs identités culturelles ?
- Connaissez-vous des modèles ou outils qui permettrait de lutter contre les injustices occupationnelles ?
- Et des modèles ou outils plus adaptés aux personnes immigrées ?
- De même, quels outils pourraient permettre d'intégrer davantage les personnes immigrées au sein d'occupations socialisantes ?
- Quels pourraient être les ressources de l'ergothérapeute pour lutter contre ou réduire les injustices occupationnelles ?
- Pouvez-vous citer les autres corps professionnels avec lesquels vous travaillez ?
- Parmi ceux-ci lesquels sont les plus à même d'être des ressources pour les populations immigrées et pourquoi ?

- Sont-ils pour vous un appui dans la lutte contre les injustices occupationnelles qui s'applique à cette population ?
- Y'aurait-il d'autres types de professionnels non cités qui pourraient être bénéfique à leur prise en charge ?
- Voyez-vous des missions que les ergothérapeutes pourraient remplir, autre que celle que vous avez aujourd'hui et qui pourrait concourir à réduire ces injustices ?

#### Conclusion :

Notre entretien touche à sa fin, il me reste une dernière question à vous poser. Envisagez-vous différemment la prise en soin des personnes issues de l'immigration à la suite de cet entretien ?

Je n'ai personnellement plus d'autres questions. Par ailleurs, voulez-vous évoquer autre chose que nous n'aurions pas abordé durant l'entretien ? Avez-vous des questions en suspens concernant cet entretien ? [...]

Très bien, je vous remercie du temps accordé et de votre participation concernant la réalisation de mon mémoire d'initiation à la recherche. S'il vous vient des questions, des suggestions ou que vous souhaitez obtenir le résultat de mes analyses n'hésitez pas à me contacter je vous le ferai parvenir. Je vous souhaite une bonne journée.



## ANNEXE II

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE

Février 2025

#### FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

##### Titre de la recherche :

**L'impact de la dimension socio-culturelle dans l'accompagnement ergothérapique de personnes immigrées en établissements de soins médicaux et de réadaptation.**

**RECHERCHE QUALITATIVE auprès d'Ergothérapeutes Diplômés d'Etat exerçant en établissements de soins médicaux et de réadaptation auprès de personnes immigrées.**

**Introduction** : Ce mémoire d'initiation à la recherche explore l'impact de la dimension socio-culturelle dans l'accompagnement ergothérapique des personnes immigrées au sein des établissements de soins médicaux et de réadaptation. Dans un contexte où les parcours de soins des populations immigrées sont souvent marqués par des obstacles spécifiques liés à leurs origines culturelles et sociales, l'ergothérapeute joue un rôle essentiel dans l'adaptation des soins et des interventions. L'objectif de ce travail est d'analyser comment la prise en compte de ces dimensions socio-culturelles influence l'efficacité des pratiques ergothérapiques et contribue à une approche plus inclusive et respectueuse des besoins des patients. Ce mémoire s'appuie sur une démarche qualitative, notamment à travers des entretiens semi-directifs, afin de mieux comprendre les enjeux et les pratiques des professionnels de l'ergothérapie face à ces défis.

##### **Les objectifs :**

Cette phase expérimentale de la recherche s'intéresse à l'impact de l'ergothérapeute dans la lutte contre l'injustice occupationnelle vécue par les personnes immigrées au cours de leur parcours de soins médicaux et de réadaptation. L'objectif est d'explorer comment l'approche holistique et compréhensive de l'ergothérapeute, centrée sur la personne dans sa globalité, peut influencer l'accès aux soins. Dans ce cadre, la réalisation d'entretiens semi-directifs s'avère essentielle pour recueillir des témoignages détaillés et nuancés des professionnels et des patients, permettant d'analyser les défis spécifiques rencontrés par les personnes immigrées et d'identifier le rôle clé de l'ergothérapeute dans l'amélioration de leur parcours de soin.

La finalité étant de chercher une réponse à la question de recherche suivante : En quoi l'ergothérapeute, par son approche holistique et compréhensive, au cours de l'accompagnement en soins médicaux et réadaptation, est-il un acteur clé dans la lutte contre l'injustice occupationnelle qui affecte les personnes immigrées dans leur parcours de soin ?

Plus globalement, l'objectif étant de rédiger un mémoire d'initiation à la recherche me permettant d'obtenir mon diplôme d'ergothérapeute.

Le guide d'entretien ainsi que l'étude des données sera supervisé par M. BOISSIN Daniel, maître de mémoire.

**Réalisation de l'entretien :**

Cet entretien sera réalisé par Mme DECAEN Charlotte suivant vos disponibilités, par téléphone ou en visioconférence selon accord préalable. Il durera entre 45 et 60 minutes et sera enregistré de façon anonyme.

**Qu'est ce qui se passe si je participe ?**

Vous participerez à un entretien individuel où l'on vous posera des questions concernant votre expérience en tant qu'ergothérapeute auprès d'une population spécifique : les personnes immigrées.

Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

**Comment sera traitée l'information recueillie ?**

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle.

Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.

L'analyse des données sera réalisée par Mme DECAEN Charlotte.

Les résultats seront utilisés dans le cadre d'un mémoire d'initiation à la recherche auprès des établissements La Musse et peuvent éventuellement être publiés.

**Si vous choisissez de participer, merci de cocher chaque case :**

- ☐ Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.
- ☐ Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.
- ☐ Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.
- ☐ Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.
- ☐ Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi. Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Signature du participant :

Date :

Nom :

Signature de l'investigateur :

Date : 29/04/2025

Nom : DECAEN Charlotte



## ANNEXE III

### CRITERES ET INDICATEURS D'ANALYSE

| Thème                                                        | Critère                                             | Indicateurs                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| L'approche holistique et compréhensive dans l'accompagnement | L'ergothérapie en soins médicaux et de réadaptation | Définition de la profession<br>Identification des besoins spécifiques de la personne<br>Définition des besoins ciblés par l'intervention en ergothérapie |
|                                                              | L'approche holistique                               | Représentation<br>Définition<br>Pertinence de cette approche dans l'intervention                                                                         |
|                                                              | Méthodologie analogue                               | Identification d'autres professions                                                                                                                      |

| Thème                                                                      | Critère                                                  | Indicateurs                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| La dimension socio-culturelle dans l'accompagnement de personnes immigrées | Spécificité dans l'accompagnement de personnes immigrées | Identification<br>Définition<br>Impacts dans le soin                         |
|                                                                            | Compétences et ressource en ergothérapie                 | Compétences spécifiques mobilisées<br>Ressources personnelles<br>Adaptations |
|                                                                            | Barrières dans la dimension socio-culturelle             | Identification<br>Moyens d'actions<br>Stratégies adoptée                     |

| Thème                                                                                    | Critère                                                   | Indicateurs                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| L'injustice occupationnelle et son impact en ergothérapie auprès des personnes immigrées | Injustice occupationnelle                                 | Définition<br>Manifestation<br>Répercussions                                                                             |
|                                                                                          | Injustice occupationnelle et population immigrée          | Définition<br>Manifestation<br>Impact dans le processus de soin                                                          |
|                                                                                          | Rôle professionnel concernant l'injustice occupationnelle | Posture<br>Missions professionnelles<br>Actions mises en œuvre<br>Répercussions et utilité<br>Projection professionnelle |

| Thème                                                                              | Critère                                                      | Indicateurs                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Modèles, outils et collaborateurs lors de l'accompagnement de personnes immigrées. | Approches et outils utilisés                                 | Définition<br>Intérêt<br>Condition d'utilisation avec la population immigrée                                   |
|                                                                                    | Intervention adaptée au contexte migratoire                  | Identification de bilans ou d'approches<br>Critères et caractéristiques<br>Ajustements                         |
|                                                                                    | Pluridisciplinarité et prise en soins de population immigrée | Présentation des collaborateurs<br>Identification de leur rôle<br>Réflexion autour d'autres acteurs bénéfiques |

## ANNEXE IV

### PRESENTATION DE L'ECHANTILLON

|                                 | E1                                                          | E2                                                                          | E3                                                                                     | E4                                                                                     | E5                                                                                                                                                                        | E6                                                                                                      |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sexe                            | Femme                                                       | Femme                                                                       | Homme                                                                                  | Femme                                                                                  | Femme                                                                                                                                                                     | Homme                                                                                                   |
| Année de diplôme                | 2019                                                        | 1995                                                                        | 2015                                                                                   | 2002                                                                                   | 2019                                                                                                                                                                      | 2023                                                                                                    |
| IFE                             | Laval                                                       | <del>Adere</del> Paris                                                      | Hyères                                                                                 | Rennes                                                                                 | Université de Montréal                                                                                                                                                    | HETSL Lausanne                                                                                          |
| Pays                            | France                                                      | France                                                                      | France                                                                                 | France                                                                                 | Canada, Montréal                                                                                                                                                          | Suisse, Genève                                                                                          |
| Domaine et structure d'exercice | En SMR, hôpital de jour service adulte depuis 3 ans + EPAHD | En ESMR depuis 13 ans, hospitalisation à temps complet, service pédiatrique | Depuis 10 ans en SMR, hospitalisation à temps complet, service adulte neuro-locomoteur | Depuis 22 ans en SMR, hospitalisation à temps complet, service adulte neuro-locomoteur | Depuis 3 ans en service de réadaptation et réinsertion professionnelle adulte spécialisée dans la thérapie de la main et gestion des douleurs chroniques, accueil de jour | Depuis 1 an et demi en service de rééducation orthopédique gériatrique, hospitalisation à temps complet |
| Autres pratiques                | 2 ans dans un autre SMR adulte                              | 1 an de pratique libérale                                                   | SMR et SAMSAH                                                                          | Quelques remplacements                                                                 | Non spécifié                                                                                                                                                              | 2 mois en cabinet libéral                                                                               |

## ANNEXE V

### RETRANSCRIPTION ENTRETIEN N°2

Charlotte : Eh bien on peut commencer si tu veux.

Ergothérapeute 2 : Pas de souci.

Charlotte : Donc pour la petite intro euh donc je suis actuellement étudiante en 3e année d'ergothérapie au sein des instituts La Musse et comme expliqué lors de nos échanges, je souhaite réaliser mon mémoire d'initiation à la recherche sur l'impact de la dimension socioculturelle lors d'accompagnements de personnes immigrées et plus particulièrement dans le domaine de la rééducation. Pour cela je mène donc une étude qualitative où je cherche à valider ou invalider mon hypothèse de recherche. Donc la participation à l'entretien elle est libre et volontaire, l'anonymat est préservé et l'enregistrement il est détruit au terme des analyses. Lors des entretiens, il y a la possibilité de faire une pause ou d'arrêter ou quoi que ce soit. Euh et donc, afin de mener cet entretien au mieux, je vais m'appuyer sur une grille, j'estime la durée de l'entretien à environ 45 minutes, et au cours de l'échange j'aimerais que nous abordions différents thèmes tels que l'approche holistique, la dimension socioculturelle, les injustices occupationnelles ou encore les outils et approches disponibles pour un ergothérapeute. L'objectif étant que ça soit un moment d'échange pour faire parvenir vos opinions, connaissances et ressentis sur les sujets évoqués. Il y a pas de mauvaises ou de bonnes réponses ou de vision des choses, donc faut pas chercher à censurer les réponses puisque l'intérêt c'est d'avoir une approche transparente pour permettre d'analyser des données fiables.

Ergothérapeute 2 : OK.

Charlotte : T'es prête pour débiter l'entretien ?

Ergothérapeute 2 : Ouais.

Charlotte : OK alors la première question c'est en quelle année t'as obtenu le diplôme d'ergothérapeute ?

Ergothérapeute 2 : En 1995.

Charlotte : Et tu es diplômée de quel institut ?

Ergothérapeute 2 : Adere, Paris.

[Charlotte](#) : Ok. Donc si je me trompe pas tu es en libéral, t'es pas en SMR toi ?

[Ergothérapeute 2](#) : Non, j'étais en libéral, mais je suis en ESMR.

[Charlotte](#) : D'accord, depuis combien de temps ?

[Ergothérapeute 2](#) : Ouais, je suis en ESMR depuis 13 ans, j'ai juste fait une année de pratique libérale à temps partiel.

[Charlotte](#) : Ok. Et donc pour toi c'est quoi le rôle principal de l'ergothérapeute dans le cadre de soins médicaux et de réadaptation ?

[Ergothérapeute 2](#) : C'est euh, la place de l'ergothérapeute déjà elle est au sein d'une équipe et c'est une approche qui est centrée sur la participation des personnes accompagnées dans leurs activités de la vie de tous les jours. Donc en tous les cas, au sein de l'ESMR où je travaille, on a une approche qui est de plus en plus activité centrée.

[Charlotte](#) : D'accord.

[Ergothérapeute 2](#) : Même si on a une approche encore aussi rééducative et réadaptative.

[Charlotte](#) : Oui.

[Ergothérapeute 2](#) : Mais vraiment là on travaille sur une approche qui sera activité centrée en fait.

[Charlotte](#) : D'accord. En pleine évolution quoi, non ?

[Ergothérapeute 2](#) : En pleine évolution oui, avec une formation assez récente à la MCRO et avec l'utilisation euh d'outils ben dont on parlera certainement plus tard, mais comme la MCRO pour les plus grands parce que je travaille en pédiatrie l'OT'Hope ou la MHAVIE avec les enfants un peu plus petits.

[Charlotte](#) : Okay ? Et dans quelles circonstances du coup tu peux exercer auprès de personnes immigrées, donc c'est des enfants qui sont venus avec leurs parents ou qui sont seuls ?

[Ergothérapeute 2](#) : Alors c'est arrivé qu'il y ait des enfants seuls, donc des adolescents qui sont accompagnés par des équipes éducatives, c'est arrivé 2 fois mais majoritairement c'est des enfants de familles qui sont venus en France en fait.

[Charlotte](#) : Ok.

Ergothérapeute 2 : Et c'est assez régulier dans ma pratique, euh je pense que j'ai pas eu une année où j'ai pas eu d'enfants issus de parents immigrés.

Charlotte : D'accord, OK oui donc t'es, t'es habituée.

Ergothérapeute 2 : Oui, oui. Euh à [...] en fait, il y a, ils viennent beaucoup de [...] et il y a l'association Terre d'asile.

Charlotte : OK d'accord, et du coup tu disais là c'est un peu en évolution dans la structure où t'es, toi qu'est-ce que ça représente l'approche holistique pour toi ? Comment tu la définirais ?

Ergothérapeute 2 : Ah c'est vraiment l'idée de prendre pour moi en compte tous les domaines, toutes les dimensions de la personne accompagnée en fait. Donc t'as l'aspect physique avec les capacités, les incapacités, l'aspect on va dire mentale ou comportementale en fait l'état d'esprit mental et émotionnel de, de l'enfant accompagné, sa structure familiale, la structure sociale aussi et financière, leur culture religieuse, spirituelle. Et puis alors nous on est dans le domaine de l'enfance, mais aussi leur domaine, la scolarité, l'intégration à l'école, les activités de loisirs et sportives. Donc c'est vraiment une approche globale, complète, personnalisée.

Charlotte : OK, et pour toi, c'est quoi l'intérêt d'une telle approche globale ?

Ergothérapeute 2 : Ben en fait sans cette approche-là je crois que sachant que notre approche elle est quand même centrée sur l'activité, les enfants ils ont des activités dans tous leurs domaines de, enfin tout ce qu'ils rencontrent donc dans leur environnement scolaire, dans leur environnement familial, dans leurs, dans leurs soins quotidiens, dans leurs déplacements. Donc si je prends pas, si j'ai pas une approche holistique, je passe euh globalement je passe à côté de quelque chose. Une approche qui serait uniquement rééducative euh je je travaille pas sur la participation de l'enfant dans, dans les activités de sa vie quotidienne donc ça me paraît... Je l'ai fait hein cette approche là c'est très très très très rééducative euh je reviendrai pas en arrière maintenant.

Charlotte : Ouais. Et est-ce qu'en dehors des ergothérapeutes tu vois d'autres professionnels qui pourraient utiliser une méthode analogue, justement avec une approche holistique ?

Ergothérapeute 2 : Les psychomots avec qui j'ai travaillé je trouve.

Charlotte : Ouais.

Ergothérapeute 2 : Pas mal euh même si elles sont quand même très très centrées sur l'approche corporelle, la dimension aussi physique mais on travaille beaucoup en collaboration et puis les kinés c'est beaucoup plus rééducatif. Les psychologues et aussi l'assistante sociale, là, je travaille avec une jeune assistance en faite qui vient d'arriver et elle a une approche qui est vraiment centrée sur tous les domaines de participation de de l'enfant quoi. Alors à son niveau à elle, avec ses lunettes de d'assistante sociale hein, d'accord ?

Charlotte : Oui oui.

Ergothérapeute 2 : Mais globalement, on, on collabore beaucoup et on fait les visites à domicile ensemble. Enfin voilà une approche qui est quand même aussi très holistique, je trouve, pour elle.

Charlotte : Ouais, ok je vois. Et si on essaie de mettre en lien un petit peu justement la dimension socio-culturelle et l'accompagnement des personnes immigrées, t'as repéré ou identifié quoi comme spécificité dans la prise en soins justement de ces personnes immigrées ?

Ergothérapeute 2 : Alors la première, c'est la langue. Ça, c'est, ça peut être très, très problématique du fait de la non accessibilité parfois des traducteurs et des fois la langue elle-même c'est à dire que si tu travailles avec des, des enfants qui viennent de Russie ou de Pologne ou voilà Syrien c'est plus simple. Quand on travaille beaucoup avec des enfants d'origine géorgienne. Euh google traduction ne fonctionne pas très bien avec le Géorgien, c'est une catastrophe. Voilà donc là, il y a une barrière qui est la langue, c'est vraiment très peu spécifique après c'est parfois aussi là de façon positive, la culture, c'est à dire on est face à des, des personnes qui ont aussi beaucoup envie de donner un retour avec le peu de moyens qu'elles ont.

Charlotte : Oui.

Ergothérapeute 2 : Et ça c'est très spécifique euh vraiment beaucoup. Et puis des fois la dynamique familiale c'est pas forcément les mêmes relations, la place de l'enfant dans la famille comme nous on peut avoir. Un enfant, nous, on est des fois avec des enfin, on travaille avec des enfants où on cherche beaucoup l'indépendance, l'autonomie, et cetera mais j'ai pu des fois être confrontée à des familles extrêmement soudées, où c'est très très très difficile euh le lien est tellement fort que c'est difficile de travailler avec l'enfant tout seul.



[Charlotte](#) : Oui.

[Ergothérapeute 2](#) : Ça peut arriver au niveau culturel. Et puis après la la, la religion en soi c'est pas vraiment une problématique. Bon, ça peut l'être mais ça, c'est dans le quotidien du, du centre de rééducation, lors des repas par exemple avec la nourriture.

[Charlotte](#) : Ouais.

[Ergothérapeute 2](#) : Voilà tu as la nourriture halal et cetera donc ça veut dire que bah des fois ils ont pas beaucoup de, comment je te dirais, ils ont pas beaucoup de plaisir à manger quand systématiquement le même menu qui revient. C'est un exemple tout simple, c'est une anecdote : pour remplacer la viande puisqu'on n'a pas de viande halal, on a du poisson et des œufs à longueur de temps. Bah tu vois là avoir du plaisir à manger, participer au repas, bah là tu ça peut être, ça peut être un peu compliqué.

[Charlotte](#) : Ouais, ça a pas le même sens.

[Ergothérapeute 2](#) : Bah ça a pas le même sens et c'est moins convivial, il y a moins et puis concrètement ce qui fait que t'es satisfait aussi c'est la motivation que t'as à faire les choses donc à manger, à faire une activité surtout avec les enfants quand même. Et la motivation elle est, elle est la base de tout. Donc, donc voilà c'est les facteurs socio-culturels et puis après ça peut être des fois la place du de la mère et du père dans la famille en fait.

[Charlotte](#) : Oui.

[Ergothérapeute 2](#) : On a beaucoup plus souvent à faire aux mamans.

[Charlotte](#) : Oui.

[Ergothérapeute 2](#) : Alors qu'en général, même en France, mais là peut-être un petit peu plus dans certaines cultures que, qu'au papa et après c'est peut-être aussi parce que ben très rapidement c'est les papas qui vont trouver du travail et qui sont beaucoup moins présents en fait dans l'accompagnement. Mais c'est peut-être, est-ce que c'est toujours, est-ce que c'est social ? Je sais pas. Est-ce que, parce qu'ils ont la volonté de trouver du travail très rapidement donc ils sont moins présents ? Mais je sais pas si c'est vraiment un phénomène tu vois culturel ou ?

[Charlotte](#) : Oui et euh et comment, en fait est-ce que t'identifies que ça, ça peut être des obstacles à l'accès aux soins et aux processus de, de, de réadaptation où y a des choses ?

[Ergothérapeute 2](#) : Enfin la, la langue oui parfois, parce que tu peux avoir de sérieuses incompréhensions. Pour remplir aussi les dossiers administratifs c'est compliqué. Euh, à si l'autre facteur socio-culturel c'est le lieu de résidence en fait. J'ai, j'ai carrément omis ça mais c'est hyper important. Moi j'ai une, j'accompagne un jeune depuis plus de 5 ans euh il a changé 4 fois de logements, parfois dans toute urgence parce que c'est, ce sont des foyers ou c'est des logements temporaires ou des logements pas accessibles. Enfin voilà, tant qu'il avait pas de, ils ont toujours pas leurs papiers donc ça ben le, le domicile aussi c'est un frein. Ça c'est vraiment un frein c'est à dire que mettre en place des moyens de compensation quand le domicile change régulièrement, qu'il est pas accessible, euh que l'accès aussi de façon légale et administrative à ton dossier MDPH, en fait le dossier MDPH tu peux le mettre en place enfin que quand la préfecture t'a donné l'aval.

[Charlotte](#) : Oui.

[Ergothérapeute 2](#) : Donc bah ça c'est un un réel frein en fait à l'attribution des moyens de compensation, à mettre en place un dossier MDPH pour avoir une PCH pour trouver les moyens qui vont compenser le handicap.

[Charlotte](#) : Oui.

[Ergothérapeute 2](#) : Donc voilà, avoir un domicile déjà et accéder administrativement à, à des voilà enfin à des droits tu vois.

[Charlotte](#) : Hum. Et est-ce que toi t'as déjà perçu au travers de leurs discours des, des points sur lesquels ils adhéraient pas du tout à la réadaptation ou des freins que eux voyaient que toi t'aurais pas forcément identifié ?

[Ergothérapeute 2](#) : Globalement non, parce que sauf, on a souvent une super bonne collaboration avec les familles voir même beaucoup plus développé. Et Ben en fait ça va dépendre, ah si euh l'autre facteur c'est par exemple le fait que ce soit pas forcément les parents qui sont là, mais ce sont des proches.

[Charlotte](#) : Oui.

[Ergothérapeute 2](#) : Ça, c'est la collaboration est beaucoup moins aisée en fait par exemple, j'ai un exemple, j'ai travaillé avec une jeune fille en fait c'était son oncle qui était d'abord en France et ses parents étaient encore à l'étranger et n'était pas encore venus. Voilà ça c'était un réel frein et au niveau de de la mise en place des, des soins,

c'était plus, c'est moins simple qu'avec les parents parce que c'est pas la même dynamique en fait.

[Charlotte](#) : Oui.

[Ergothérapeute 2](#) : Ça, ça pouvait être un frein. Mais par rapport à la collaboration, par exemple au niveau du soin ou... Si ce que j'ai pu te citer tout à l'heure, des familles très très unies qui sont quand même, qui sortent de leur pays, donc qui ont un lien très très profond. Euh la relation à la, de la mère à l'enfant est très exclusive en fait c'est par exemple des enfants qui étaient polyhandicapés, non scolarisés.

[Charlotte](#) : Oui.

[Ergothérapeute 2](#) : Et le frein ça a été que l'enfant n'a jamais pu être en hospitalisation complète, c'était impossible parce que en fait on peut pas nous recevoir les parents sur 3 mois tu vois ou 2 mois en fait que les parents dorment c'est compliqué, très longtemps. Là en fait, ça a été une entrave aux soins, il est passé en HDJ, en soins de jour et là on a, on a perdu une part de tu vois de de d'évolution dans la rééducation parce qu'on est illimité par le temps de prise en charge, il était pas là tous les jours.

[Charlotte](#) : Ok, oui je vois.

[Ergothérapeute 2](#) : Et ça c'était vraiment le lien familial qui est peut-être culturel, peut-être socio-culturel ça je peux pas aller profondément dans ces, parce qu'on ne peut pas échanger en fait sur ce lien-là avec eux au niveau bah à cause de la barrière de la langue. Ça, ça a été un frein et ça on l'a repéré, je l'ai repéré peut-être avec 2 ou 3 familles ça.

[Charlotte](#) : Et du coup donc là tu parles notamment de la langue, qu'est-ce que t'as réussi à mettre en place comme ressources justement pour faire face à ces barrières ?

[Ergothérapeute 2](#) : Alors j'ai vu Google traduction.

[Charlotte](#) : Oui.

[Ergothérapeute 2](#) : Après on a parfois des interprètes alors c'est pas forcément moi qui les met en en en place hein ça c'est, c'est l'établissement. On peut avoir des interprètes, c'est ce qu'on essaie de faire avec l'assistante sociale et les médecins et sinon des, bah des tableaux de communication et des CAA en fait.

[Charlotte](#) : D'accord.

Ergothérapeute 2 : Sur une tablette de, de travailler sur des pictos, soit via un cahier soit via la tablette. C'est ce qui fonctionne le mieux en fait. Parce que ça, ça reste un langage qui est assez international en fait les pictos.

Charlotte : Oui et puis tu disais en difficulté il y avait aussi notamment le, le logement qui était pas fixe. Là c'est compliqué d'avoir des ressources pour faire face justement à ça, comment tu arrives à travailler ?

Ergothérapeute 2 : Là en fait on travaille avec l'assistante, avec notre assistante sociale et avec les ressources locales, c'est à dire faut travailler en réseau. Par exemple, moi je travaille avec l'assistante sociale, l'assistante sociale elle va par exemple travailler avec la PASS à [...] ou avec Terre d'asile pour essayer de prévoir les changements de, de logement à l'avance. Parce ça veut dire nous faire suivre euh, faire suivre le matériel en fait que l'on prête par exemple d'un espace, d'un lieu à un autre. Donc c'est pas toujours simple, donc on essaie de devancer les choses, des fois, les familles nous alertent en nous disant dans 15 jours on change de logement. Euh alors les gens qui nous alertent aussi beaucoup, étonnamment, c'est les ambulanciers. Donc, on travaille beaucoup avec les mêmes ambulanciers qui travaillent régulièrement avec les mêmes enfants et on peut avoir des fois des informations via les ambulanciers parce que la famille a prévenu les ambulanciers qu'ils allaient changer de domicile. Et c'est vrai que pour un suivi ou pour prévoir des aménagements ou faire des visites à domicile, en fait, des fois on reporte une visite à domicile parce que bah parce que de toute façon sur un temps court on, on n'a pas le temps de mettre en place les choses en fait. Donc ça c'est, ça peut être problématique. Donc ça c'est soit des domiciles qui changent, euh par exemple le jeune que j'accompagne, je pense que ça fait 4 et on on va vers un 5e en 4 ans. Il y a des jeunes, des familles qui restent par exemple dans un hôtel pendant donc à plusieurs dans une seule chambre pendant 2 ans et demi, 3 ans. Ils sont aussi parfois dans des hôtels à essayer de prendre du temps, donc on essaie, on s'adapte en fait.

Charlotte : Oui, mais ça rend quand même les adaptations plus difficiles à mettre en place et c'est, c'est tout le temps temporaire quoi.

Ergothérapeute 2 : Oui voilà c'est temporaire et puis bah des fois les lieux se prêtent pas du tout au fait qu'on prête je sais pas, là par exemple actuellement j'ai, je prête à long terme une chaise de douche pour ce jeune-là euh là c'est possible, les, l'endroit

où il était avant c'était pas possible du tout. En fait, ils se sont retrouvés dans une maison complètement inaccessible, de façon très temporaire.

Charlotte : C'est surtout des jeunes polyhandicapés que t'as du coup ?

Ergothérapeute 2 : Globalement oui, après on a eu aussi des jeunes pour des chirs, post- chir par exemple.

Charlotte : OK.

Ergothérapeute 2 : Et dans ces cas-là c'est plus simple, c'est un petit peu plus simple et, tu vois des chirs de genoux, des chirs de membres, alors souvent des chiffres de membres inférieurs ou membres sup. On a eu des jeunes avec pour des, qui venaient faire une opération qui était pas possible chez eux. Là, c'était elle venait de oh là là, je sais plus. Je me rappelle plus parce que c'était une jeune qu'on a eu de [...]. Elle, c'était pour une arthrodèse.

Charlotte : D'accord, OK.

Ergothérapeute 2 : Voilà, ça arrive pour des chirs mais globalement c'est, majoritairement c'est des enfants, oui, plutôt polyhandicapés.

Charlotte : Et tout à l'heure tu parlais des repas, notamment qu'il y avait pas donc de menu halal tout ça. Est-ce que tu as déjà réfléchi à la manière dont pourraient être les, enfin on pourrait rendre les soins plus inclusifs et équitables justement pour ces populations spécifiques ?

Ergothérapeute 2 : Nous on y réfléchit beaucoup en fait, à proposer d'autres types d'alimentation mais tout dépend en fait avec qui tu travailles. Au niveau par exemple de l'alimentation et nous on travaille avec l'hôpital et c'est extrêmement, déjà c'est limité pour des repas typiquement de chez nous quand on va avoir des textures différentes euh là on y a réfléchi mais en fait, comme on est en milieu sanitaire, on peut pas forcément faire venir de la nourriture extérieure. Donc on essaie de créer du lien avec les familles, donc il y a des familles en fait qui vont venir sur des temps donnés, comme le mercredi et cetera, qui vont amener leur repas et dans ces cas-là ils vont manger au salon des familles. On essaie au moins de créer ça. Alors ça c'est pas forcément une approche qui serait propre à l'ergothérapie, je pense que là c'est vraiment l'équipe que pouvez suivre l'équipe, qui réfléchit ensemble pour favoriser aussi ces moments-là tu vois ? Ce temps convivial de repas.

[Charlotte](#) : Je vois. Et euh c'est tout, enfin pas tout autre chose mais c'est en lien. Comment toi tu définirais l'injustice occupationnelle ?

[Ergothérapeute 2](#) : Ah bah vraiment là c'est quand, en fait quand je voudrais que l'enfant puisse accéder à toutes ces occupations qui font du sens pour lui, qui sont significatifs pour lui et que là j'arrive pas forcément à lui offrir toutes les ressources qui lui permettraient de, ben tu vois d'accéder, d'accéder à cette satisfaction là et de participer à l'ensemble de ces activités de vie quotidienne. Et en fait c'est un petit peu les barrières qu'on a évoquées avant en fait : euh la barrière de la langue, la barrière du domicile ou du lieu de vie, la barrière parfois bah de l'admission dans les structures qui leur correspondraient le mieux. Quand on peut pas monter de dossier MDPH, on peut pas monter de dossiers d'orientation en structure par exemple. Donc vers un IME, vers IEM, vers une, alors là on a aussi des enfants qui sont, un jeune qui est plus grand là avec dérogation vers une MAS euh c'est vraiment quand la personne en fait, le jeune dans sa famille ne peut pas non plus accéder aux activités qu'il pourrait avoir parce que, parce que je peux pas obtenir, je peux pas mettre en place les moyens alors des fois les moyens de rééducation entre autres par exemple des fois quand on a une incompréhension par rapport à la langue, même si on essaye, ça peut générer des des incompréhensions hein au niveau de la rééducation et de la mise en place des moyens de compensation pour la langue, vraiment. Et puis, et sinon vraiment quand on est face au fait que bah les outils de de compensation du handicap que je voudrais mettre en place pour que l'enfant participe au mieux je les ai, je peux pas les mettre en place parce que j'ai pas accès au financement, j'ai pas accès à un domicile qui permet de le faire, et puis bah tu sais cette espèce de bah ils du coup ils sont pas sédentaires en fait c'est l'inverse, en fait ils changent toujours de leur logement et t'arrives pas à avoir une continuité en fait dans la participation de l'enfant dans, dans ces activités quoi.

[Charlotte](#) : Oui, donc ça c'est une répercussion quand même importante sur, sur l'accompagnement quoi.

[Ergothérapeute 2](#) : Oui et puis on peut vraiment parler d'injustice dans ces cas-là occupationnelle quoi c'est. Et tu vois c'est pas juste l'enfant que nous on accompagne, il y a les frères et sœurs des fois qui, bah pour entrer en milieu, pour accéder à l'école, pour euh c'est pas simple, c'est pas simple non plus quoi. Et puis bah du coup cette instabilité elle est aussi pour eux financière quoi. A part, à part les soins de base, enfin

les remboursements de base à la CPAM, j'ai pas, y a pas de mutuelle, y a pas de PCH, Y a pas de voilà quoi.

Charlotte : Ça limite beaucoup.

Ergothérapeute 2 : Ouais c'est, bah ça limite ouais grandement l'accès à des moyens de compensation, quoi.

Charlotte : Et professionnellement parlant, en tant qu'ergothérapeute, tu te places comment dans, dans ces injustices occupationnelles ? Comment est-ce que tu penses que tu pourrais lutter, aider dans la lutte justement ?

Ergothérapeute 2 : C'est un vrai challenge. En fait je crois qu'on essaie de faire au mieux avec les moyens qu'on a, concrètement on a eu, quand on a des dons de matériels, on fait des dons de matériels, on fait, c'est des rétroactions de dons on va dire. Si on a des dons, on fait des dons voilà où on prête à long terme. On essaye de s'engager en tous les cas à fournir, à essayer de fournir du matériel quand on peut, quand il y a aucun moyen, autre moyen de financement. Donc on a la chance d'avoir pas mal de familles qui nous donnent du matériel donc ça c'est vraiment chouette. Ou si on donne pas parce que Ben on sait qu'à long terme on va quand même pouvoir accéder à un dossier, on prête à long terme. Après, en fait on essaie d'agir de la même façon qu'avec les autres enfants, je fais des visites à domicile, on fait la rééducation de la même façon après, il y a des fois beaucoup de frustration. Est-ce que ça peut être aussi sur le vécu ?

Charlotte : Bah oui oui oui.

Ergothérapeute 2 : Parce que ça peut générer aussi beaucoup de frustration et je te dirai pas un yoyo émotionnel mais par exemple, on a des jeunes, ça nous est arrivé le vendredi de voir les enfants au bord des larmes et de comprendre que peut-être lundi ils seront plus là parce que, parce que leurs droits sont, parce qu'ils ont plus de droits, parce que ils peuvent être reconduit à la frontière, parce que voilà. Donc il y a ça aussi, donc alors on est, ça nous oblige à travailler dans l'urgence, parfois, pour l'attribution de certains matériels qui seront entièrement pris en charge. C'est, c'est pas simple, ça peut être frustrant mais en fait on essaie de faire au mieux et je pense que la meilleure façon de le faire c'est de travailler en équipe, de travailler en très grande collaboration, en fait vraiment d'avoir un lien très très très important avec l'assistante sociale et de vraiment essayer de travailler avec le réseau.

[Charlotte](#) : oui.

[Ergothérapeute 2](#) : C'est-à-dire que si c'est pas moi qui le fais, moi je vais demander à l'assistante sociale, je lui dis Bon Ben voilà, j'ai besoin de faire ça ça ça, est-ce que tu peux voir avec l'assistante sociale de la PASS ou avec terre d'asile ou on arrive à obtenir du matériel aussi comme ça avec les associations comme terre d'asile qui peut financer à hauteur de je sais plus, on a eu des fois jusqu'à 1000€ de financement pour une chaise de douche. Donc on travaille beaucoup aussi avec le réseau comme tu sais les réseaux envie autonomie, [...] qui avec ben voilà des, des aides techniques qui sont revalorisées donc qui ont un coût moindre. Mais c'est pas toujours facile de trouver vraiment les moyens de compenser en fait les barrières qui peuvent être celles de la langue, celle de d'un lieu de vie adéquat, celle le fait de participer à des activités même que les familles arrivent aussi, elles à se créer un réseau.

[Charlotte](#) : Oui.

[Ergothérapeute 2](#) : Pour que les enfants participent. Voilà on, on offre du répit aussi pour les familles, mais c'est pas simple.

[Charlotte](#) : Donc t'as dit, tu travaillais beaucoup avec l'assistante sociale et des réseaux extérieurs. Est-ce qu'il y a d'autres professionnels que t'aurais pas cité et qui avec qui tu travailles ou avec qui tu penses que ça serait ?

[Ergothérapeute 2](#) : Je travaille beaucoup avec l'orthophoniste. J'oublie, je mets, je travaille beaucoup, beaucoup beaucoup avec l'orthophoniste en fait.

[Charlotte](#) : OK.

[Ergothérapeute 2](#) : Sur la mise en place justement, par exemple, des moyens de compensation pour, comme les, les pictogrammes, les CAA et cetera. J'ai fait une demande d'investissement pour avoir par exemple une tablette tactile avec un logiciel, un vrai logiciel CAA. Et puis en fait, on travaille en pluridisciplinaire, mais par rapport à l'accessibilité. Par exemple au langage et à la communication, ben je travaille beaucoup avec l'orthophoniste.

[Charlotte](#) : Ok, et est-ce que, tu disais des fois c'était difficile par exemple qu'ils aient accès à la scolarité ou quoi que ce soit, est-ce que toi t'interviens dans ce processus ou pas du tout ?

[Ergothérapeute 2](#) : Oui, oui quand les enfants sont scolarisés en milieu ordinaire par exemple, c'est arrivé en attente alors c'est souvent en attente d'orientation vers les



structures, mais quand ils sont scolarisés en milieu ordinaire j'interviens lors des des, équipes de scolarisation pour les aménagements scolaires, même pour eux. Voilà ou pour la mise en place aussi, je sais pas de bah l'aménagement à l'école, pour que ils puissent accéder à la salle de classe en fauteuil. Voilà donc ça là c'est la même démarche pour tous les enfants en fait voilà qu'ils soient allophones ou ça c'est la même. On travaille aussi avec notre école qui est sur place donc je travaille quand même pas mal en collaboration avec les enseignants sur place. On a une, une école de l'inspection académique du coup. Est-ce que j'oublie quelqu'un ? Et puis on travaille quand même beaucoup en pluridisciplinaire. Par exemple, c'est des enfants qui viennent, enfin qui sont en hospitalisation de jour ou hospitalisation complète, ils sont quand même à l'étage et ils font pas mal d'activités, ils sont quand même très souvent, on essaie de les intégrer dans des groupes pour justement travailler la socialisation et l'échange.

[Charlotte](#) : Oui.

[Ergothérapeute 2](#) : Donc on a les temps de séance en individuel, mais ils ont aussi, ils ont aussi des temps en fait d'activités où là ils vont vraiment faire des activités. Alors adaptées à leurs capacités mais aussi pour bah, pour tu sais, pour créer du lien et de la communication avec les enfants. Les enfants ont pas de barrières, pas de gêne, c'est ça qui est chouette en fait.

[Charlotte](#) : Oui, c'est plus facile de créer du lien que des adultes.

[Ergothérapeute 2](#) : Ouais, je trouve que c'est plus facile en fait. Même entre eux.

[Charlotte](#) : Et là donc t'as dit que t'agissais aussi donc dans les écoles. Est-ce qu'il y a d'autres missions que tu verrais que pourrait remplir un ergothérapeute autre que celle que t'as citée là et qui pourrait justement concourir à réduire les injustices occupationnelles ? Qui pourraient être en dehors de ta pratique, mais qui reste.

[Ergothérapeute 2](#) : Bah oui oui tout à fait en dehors de la pratique, ouais. Ouais, si je te disais que là au ministère à l'intérieur je sais pas si ce serait possible. Mais dans tous les ministères il faudrait des Ergothérapeutes, je pense maintenant. Non, mais en fait, je pense qu'on aurait un vrai travail puis avec notre approche holistique et par rapport au fait qu'on arrive à mettre en place beaucoup de moyens de compensation pour faciliter la participation de l'enfant, je pense qu'il faudrait vraiment qu'on arrive à travailler avec les associations locales qui accompagnent les, qui accompagnent les migrants en fait.

[Charlotte](#) : Tout à fait.

[Ergothérapeute 2](#) : Je pense que ce serait vraiment, vraiment pertinent en fait, qu'on soit, qu'on travaille vraiment en lien avec les associations locales.

[Charlotte](#) : Ben justement, il y a un modèle au Canada là-dessus qui a été développé pour justement que les ergothérapeutes ils travaillent en lien avec les associations extérieures pour avoir un engagement à long terme, même au-delà de l'hospitalisation finalement.

[Ergothérapeute 2](#) : Ben Ouais Ouais. Et il s'appelle comment ce modèle-là ?

[Charlotte](#) : C'est le cadre collaboratif de la justice occupationnelle.

[Ergothérapeute 2](#) : Attends, je cherche en même temps. Okay. Parce que c'est vrai que moi, dans le milieu où je travaillais au Québec, en fait j'étais pas du tout, j'étais pas dans ce domaine là en fait. A quoi que si ça arrivait mais je pense que c'était pas encore. Ah oui, okay. Ah tu retrouves aussi sur le site de l'ANFE mais Ok. Ah bah je vais regarder ça, ça m'intéresse. Super merci.

[Charlotte](#) : Et on n'a pas parlé, enfin on en a vaguement parlé au début, mais au niveau des approches et des outils que tu utilises.

[Ergothérapeute 2](#) : Oui. Ah oui, alors concrètement, malgré tout, le mode d'approche en, en pédiatrie, ça reste quand même le mode d'approche ludique. Je sais pas si tu connais Ferland l'approche ludique.

[Charlotte](#) : Oui.

[Ergothérapeute 2](#) : Donc on est vraiment sûr quand même, parce que concrètement, quel que soit l'enfant, quelle que soit sa nationalité, en fait l'approche ludique permet la motivation et l'attention chez l'enfant. Si tu as de la motivation, de l'attention, tu as de la participation en fait. Enfin un enfant, une séance tu as beau la prévoir, elle se passe jamais comme tu penses hein donc. Donc voilà. On c'est vraiment donc comme je te disais former à la MCRO alors là on va plutôt cibler des jeunes adolescents.

[Charlotte](#) : Ok.

[Ergothérapeute 2](#) : Globalement, voilà par rapport à justement à la participation et dans tous les domaines d'activité. On a l'outil OT'Hope.

[Charlotte](#) : Oui.

Ergothérapeute 2 : Voilà donc qui est plutôt basé sur la méthode aussi Cohop et puis la MAHVIE. Globalement, après moi j'ai une approche aussi, je suis formée à l'intégration sensorielle donc là on est sur une approche beaucoup plus rééducative mais quand même qui est très très centrée, les objectifs sont très liés à aux participations dans les AVQ.

Charlotte : Ok.

Ergothérapeute 2 : Avec des objectifs qui sont vraiment définis avec les parents, l'enfant, et cetera. Donc même si c'est une approche rééducative, elle est quand même, enfin les objectifs, quand tu mets tes lunettes d'ergo, ils sont très occupationnels on va dire. Globalement et puis bon après sinon on est aussi, on reste sur une approche quand même rééducative, mais on est centré sur l'activité donc. Alors par contre on fait des bilans qui sont normés, et cetera parce que bah pour faire les dossiers MDPH et faire les demandes je suis obligé d'avoir des bilans normés pour faire le diagnostic, pour participer.

Charlotte : Et justement, ces bilans normés est ce que tu penses qu'ils sont adaptés comme tu as des populations immigrées par exemple ?

Ergothérapeute 2 : Alors ils peuvent l'être quand tu parles, je sais pas, un simple perdue ça va. Euh mais par exemple, je ne peux pas faire, si j'avais imaginons j'ai une jeune fille là, bon il c'est trouver qu'elle avait pas de difficultés particulières mais j'ai une jeune fille qui était arrivée pour une, une post chir arthrodèse donc on est quand même très très centré sur la posture, la participation dans l'activité, et cetera là on était activités centrées à fond. Mais si à ça elle avait des troubles des apprentissages associés, mes bilans alors ok je suis fluente en anglais donc je peux les passer, j'ai un DTVP 3 qui est en anglais, je pourrais le faire, ça j'ai pas de souci. Mais les autres bilans en fait ils sont normés en français, je peux pas. Si je devais faire un bilan de vitesse d'écriture ou bah là non serait très limité en fait.

Charlotte : Oui et tu connais pas du coup d'autres modèles qui pourraient justement être plus adaptés, ou qui sont normés différemment.

Ergothérapeute 2 : Ben en fait concrètement on serait pas dans une norme avec des écarts types, mais je pense que si je pourrais adapter OT'Hope ou tu vois la MCRO et traduire. Mais encore c'est parce que moi je peux le faire aussi par contre. Vu la limite de l'ergothérapeute, c'est par exemple, enfin on est 2 à parler anglais dans un établissement. Parce que ma collègue orthophoniste elle est mariée à un anglais et

moi je suis mariée à un canadien. On est les 2 à être fluente en fait, donc même si je voulais adapter, je sais pas le questionnaire de la MCRO, je pourrais le faire. Mais voilà, mais des tests vraiment normés tu vois par exemple je pourrais pas faire des tests qui évaluent les fonctions cognitives. Parce que ce serait vraiment complexe je pense. Mais globalement il va falloir y réfléchir. Parce que je vais me trouver face à des jeunes, des jeunes enfants qui sont pas forcément polyhandicapés mais qui viennent là pour une chir et ou tout autre, et voilà qui ben ils sont là pendant 3 à 6 mois j'ai le temps de faire un bilan pour des difficultés d'apprentissage. Et c'est pas parce que c'est, et c'est pas une question de langue, c'est pas parce qu'ils sont pas allophones, c'est que globalement ils avaient des difficultés d'apprentissage même dans leur langue maternelle. Donc ça, on y est confronté. J'ai fait mon DU trouble des apprentissages avec des enseignants.

[Charlotte](#) : D'accord.

[Ergothérapeute 2](#) : Beaucoup d'enseignants, et c'est ce qu'ils nous disaient en fait, elles ont de plus en plus dans les classes des, des enfants allophones et même elles, elles sont en difficulté en fait pour normer en fait, pour faire les évaluations, et cetera. Après, les enfants sont très, sont très investis et ils parlent très très vite français voir ils sont trilingues, voilà. Mais ouais ça peut être une limite ça quand même à faire passer des bilans. Centré sur l'activité moins, je pense que ça, et peut-être que justement, il faut beaucoup plus se centrer sur l'activité parce que je pense que c'est plus facile d'adapter des bilans à la langue que des bilans typiquement normés que tu utilises plutôt de façon très analytique en fait.

[Charlotte](#) : Oui.

[Ergothérapeute 2](#) : Voilà.

[Charlotte](#) : Ok bah moi il me reste juste une dernière question si t'as rien d'autre à évoquer.

[Ergothérapeute 2](#) : Vas-y.

[Charlotte](#) : C'était est-ce que du coup, au travers et à la suite de cet entretien euh tu t'envisages de prendre en charge, en soins différemment les personnes issues de l'immigration ou est-ce que il y a des nouvelles idées qui te sont venues ?

[Ergothérapeute 2](#) : Eh Ben tu vois quand tu m'as vraiment interrogé par rapport à, les ressources, je pense qu'il faut vraiment que je m'interroge sur les ressources de, en

tant qu'ergothérapeute pour réduire ça. En fait c'est vraiment ça. Et je pense que ça va être une dynamique qu'on va pouvoir mettre en place je pense là avec l'assistante sociale et avec mes collègues ergos ce serait pas mal. Honnêtement, en fait, comment on peut faciliter cette participation occupationnelle en fait et limiter vos injustices occupationnelles. Après on peut pas lutter contre le système préfectoral entre autres parce que tout dépend de ça hein, c'est difficile ça, tant que les, tant que les, ils ont pas un vrai droit de résidence.

Charlotte : Oui.

Ergothérapeute 2 : Ça reste compliqué mais, mais travailler au maximum avec les associations de secteur pour pouvoir, peut-être même des fois peut être réfléchir ensemble à un lieu d'accueil qui serait beaucoup plus adapté. Je sais pas. Après on a quand même des ressources qui sont limitées, mais.

Charlotte : Oui et puis ça demande du temps.

Ergothérapeute 2 : En fait dans les questions que tu as pu me poser par rapport à ça, je pense que celle-là, oui franchement il y a une piste à explorer.

Charlotte : Ok. Bah tant mieux si j'ai éveillé la réflexion.

Ergothérapeute 2 : Je suis super intéressé par ton mémoire, vraiment. Donc si tu peux à terme me l'envoyer ?

Charlotte : Bah pas de souci. Normalement, d'ici mai, il sera fini donc je pourrais te l'envoyer. Si tout va bien ahah.

Ergothérapeute 2 : Mais je trouve que c'est un super sujet, franchement c'est hyper pertinent. Pour avoir été maître de mémoire assez souvent, ouais, je trouve que c'est un sujet qui vraiment très, très pertinent. Et vraiment enfin voilà, ça, ça fait écho à toute la pratique. Parce que concrètement hein, j'ai, je sais pas combien j'ai. Accompagné d'enfants migrants depuis que je suis arrivée à l'ESMR mais beaucoup.

Charlotte : Ouais bien c'est vrai que moi ça m'est venu aussi parce que je suis, j'ai été en Suisse à Genève faire mon stage et des personnes immigrées, et j'en ai vu tous les jours, de toutes les langues, et y avait tellement de difficultés que.

Ergothérapeute 2 : Ouais et parfois c'est pas forcément migrant, migrant, mais tu peux avoir tu sais des foyers mixtes, recomposés comme le mien par exemple, où on a une famille, un Monsieur français, sa femme vietnamienne, qui sont pas, enfin moi j'avais

connu un petit Loulou à 2 ans, ils sont repartis au Vietnam pendant 7 ans, ils sont revenus ici. Une dynamique complètement et pareil au niveau culturel complètement différent. Alors c'est pas des enfants migrants mais c'est vrai que bah là on a la même barrière de la langue avec la maman, un lien extrêmement puissant entre la mère et l'enfant qu'on peut retrouver aussi avec des familles composées comme ça ou une maman qui était de, de République Dominicaine et voilà le lien avec la famille est hyper hyper important.

[Charlotte](#) : Ouais.

[Ergothérapeute 2](#) : Et où vraiment, ou alors par exemple des enfants de famille itinérantes et où là, c'est la famille qui élève l'enfant et nous on n'a plus l'habitude de ça. Du coup, et là, c'est très socio-culturel.

[Charlotte](#) : Ouais. Non mais y aurait des tas de, des tas de choses à explorer. Fallait que je recentre sur quelque chose, mais.

[Ergothérapeute 2](#) : Ah bah oui oui là c'est sûr hein, mais non mais déjà là, c'est là c'est vraiment très très très pertinent. Et moi ça fait vraiment écho là dans la pratique, dans ma pratique quotidienne. Je sais pas si t'as fini avec les questions.

[Charlotte](#) : Euh oui oui c'est bon. Et bien je te remercie en tout cas du temps accordé et de la participation.

[Ergothérapeute 2](#) : Il n'y a pas de souci. Et puis bah écoute, hésite pas si jamais t'as d'autres questions qui te reviennent ou voilà des interrogations.

[Charlotte](#) : Ok, super.

[Ergothérapeute 2](#) : Ben écoute bon courage pour l'écoute et l'analyse de tous tes entretiens.

[Charlotte](#) : Merci.

[Ergothérapeute 2](#) : Et puis et puis oui oui oui surtout, je veux lire ton mémoire après coup, vraiment !

[Charlotte](#) : Avec plaisir. Merci.









**L'impact de la dimension socio-culturelle dans l'accompagnement  
ergothérapique de personnes immigrées en établissement de soins  
médicaux et de réadaptation**

DECAEN CHARLOTTE

**Résumé :** La situation mondiale actuelle est marquée par d'importants mouvements migratoires. L'accueil des populations immigrées dans les structures de soins soulève des questions quant à la prise en charge proposée en ergothérapie. Ce mémoire d'initiation à la recherche vise ainsi à explorer l'impact de la dimension socio-culturelle dans l'accompagnement ergothérapique de personnes immigrés en établissements de soins médicaux et de réadaptation. Pour ce faire, ce travail s'appuie une méthodologie qualitative, usant d'une approche hypothético-déductive. Les rares travaux scientifiques disponibles sur ce sujet ont permis de formuler une hypothèse de recherche, ensuite explorée à travers des entretiens semi-directifs menés auprès de 6 ergothérapeutes exerçant en France, en Suisse et au Canada. L'analyse des résultats obtenus tend à mettre en avant des compétences et moyens disponibles en ergothérapie, permettant de répondre pleinement aux spécificités d'un accompagnement dans un contexte migratoire.

**Mots clés :** Ergothérapie – Population immigrée - Soins médicaux et de réadaptation – Dimension socio-culturelle

**Abstract :** The current global situation is characterized by significant migratory movements. The inclusion of immigrant populations in care structures raises questions about the care offered in occupational therapy. The aim of this introductory research dissertation is to explore the impact of the socio-cultural dimension in occupational therapy support for immigrants in medical and rehabilitation establishments. In order to do this, this work is based on a qualitative methodology, using a hypothetico-deductive approach. The few scientific works available on this subject were used to formulate a research hypothesis, which was then explored through semi-structured interviews with 6 occupational therapists practising in France, Switzerland and Canada. The analysis of the results obtained tends to highlight the skills and resources available in occupational therapy, making it possible to respond fully to the specificities of support in a migratory context.

**Keywords :** Occupational Therapy - Immigrant population - Medical and rehabilitation care - Socio-cultural aspects