



Aix-Marseille université

Faculté des sciences médicales et paramédicales

Ecole des sciences de la réadaptation

Formation d'Ergothérapie

Marion FREYRE

UE 6.5 S6

14 mai 2025

Initiation à la démarche de recherche

**Tissage entre composantes invisibles de l'environnement culturel
et relation patient-soignant en situation de cultures différentes**

Sous la direction de :

M. Julien PAVÉ - Directeur de mémoire

Mme Laëtitia GUIGON - Référente professionnelle

*Il faut beaucoup de naïveté ou de mauvaise foi
pour penser que les hommes choisissent leurs croyances
indépendamment de leur condition*

Claude Levi-Strauss
Tristes Tropiques

L'environnement, tel que nous le percevons, est notre invention

Heinz von Foerster
La construction d'une réalité

Remerciements

À Julien Pavé, directeur de mémoire, pour l'accompagnement, les lectures attentives, les éclaircissements répétés et la justesse,

À Laëtitia Guigon, référente professionnelle, pour les réflexions partagées, le guide, la profondeur et la légèreté, la richesse professionnelle transmise,

À l'équipe pédagogique, pour les enseignements qui m'ont construite et fait grandir,

Aux tutrices de stages, qui ont donné du sens et de l'envie,

Aux ergothérapeutes, qui se sont prêtés aux questions et grâce à qui le sujet peut être pensé,

À celles et ceux qui ont accompagné les nombreuses heures de cours, de révisions et d'écriture, indispensables compagnons d'études,

Aux personnes aimées, de près et de loin : ceux d'avant, de pendant et d'après, grâce à qui ces trois ans ont eu lieu,

À la lumière du sud, aux chevreaux en photo, aux vocaux du matin, aux cafés, aux respirations, à la forêt et au jardin, aux rires, aux baignades, à « ta gueule d'ange », aux relectures, aux verres partagés ou non, à la « dream team », à l'observatrice même lorsqu'elle n'observe pas, à la barrière de corail, aux soutiens, aux trois chiens, à la poésie et à la littérature, aux changements, à la fille du salon, aux crêpes bretonnes, à la chambre à Majicavo et Montabo et Dieulefit, aux tempêtes, aux visios d'apéro, à l'escalier, à la natation synchronisée et à l'hélium, au prêt, aux podcasts, aux rêves, aux peurs, aux certitudes,

Au chemin qui se dessine,

Merci

Table des matières

Partie 1 : Introduction	1
1 Émergence du point de rupture	1
1.1 Problématique professionnelle	1
1.2 Thème	2
2 Étude du contexte	2
2.1 Champs disciplinaires.....	2
2.2 Terminologie	2
3 Résonance du thème	3
3.1 Question socialement vive.....	3
3.1.1 De multiples classes sociales.....	4
3.1.2 L'importance des flux migratoires	4
3.1.3 La place de la religion	4
3.1.4 La rencontre entre cultures différentes	5
3.2 Utilité sociale et professionnelle	5
3.3 Enjeux.....	6
4 Enquête exploratoire.....	7
4.1 Objectifs de l'enquête.....	7
4.1.1 Objectifs généraux.....	7
4.1.2 Objectifs spécifiques	8
4.2 Population cible	8
4.2.1 Critères d'inclusion et d'exclusion.....	8
4.2.2 Sites d'exploration.....	8
4.3 Choix méthodique de l'outil de recueil des données.....	9
4.4 Construction de l'outil de recueil de données	10
4.4.1 Grille d'entretien de l'enquête exploratoire	10
4.4.2 Modalités de passation de l'entretien	11
4.4.3 Outils d'analyse de données	11
4.5 Approche éthique et protection des données	11
4.6 Entretiens.....	12
4.6.1 Test de faisabilité et validité du dispositif d'enquête exploratoire.....	12
4.6.2 Déroulement des entretiens	12
4.7 Résultats de l'enquête exploratoire et problématisation.....	13
4.7.1 Population interrogée	13

4.7.2	Analyse thématique au regard des objectifs spécifiques.....	13
4.7.3	Thèmes émergents de l'analyse thématique.....	16
4.8	Analyse critique du dispositif d'enquête exploratoire.....	17
5	Synthèse de la problématisation pratique et précision du thème de recherche	18
5.1	Questionnement.....	18
5.2	Pertinence de la thématique de travail.....	18
5.3	Évolution de la thématique de travail.....	19
6	La revue de littérature.....	19
6.1	Méthodologie de la revue de littérature.....	19
6.1.1	Champs disciplinaires et bases de données	19
6.1.2	Équation de recherche	19
6.1.3	Filtre et critères d'inclusion et d'exclusion	20
6.2	Présentation de la revue de littérature	20
6.3	Analyse critique de la revue de littérature.....	21
6.3.1	L'influence de l'environnement culturel sur la pratique ergothérapique	21
6.3.2	Les « habiletés culturelles » des ergothérapeutes.....	22
6.3.3	Les différentes approches dans la pratique ergothérapique en situation de cultures différentes patient/soignant.	24
6.4	Synthèse de la revue de littérature.....	26
7	Enrichissement de la thématique de travail.....	27
7.1	Problématisation pratique.....	27
7.2	Question initiale de recherche	27
8	Cadre conceptuel	27
8.1	L'environnement culturel.....	27
8.1.1	Composantes de l'environnement culturel.....	28
8.1.2	Influences de l'environnement culturel.....	28
8.1.3	Différentes approches de l'environnement culturel	29
8.1.4	L'environnement culturel : un déterminant de santé.....	29
8.1.5	Synthèse de l'environnement culturel	30
8.2	La relation.....	30
8.2.1	Définition de la relation.....	31
8.2.2	Relation et approches analytiques	31
8.2.3	Relation et culture	32
8.2.4	Les étapes de la relation	32
8.2.5	La relation thérapeutique.....	33

8.2.6	Les différents modes de relation	33
8.2.7	Relation et santé	33
8.2.8	Synthèse de la relation.....	34
9	Ouverture et objet de recherche.....	34
9.1	Problématisation théorique.....	34
9.2	Recontextualisation	35
9.3	Question et objet de recherche	36
Partie 2 : Matériel et méthode.....		36
10	Établissement de la méthode et du matériel de recherche.....	36
10.1	L'approche qualitative.....	36
10.2	La population cible et les sites d'explorations	36
10.3	L'outil de recueil de données : le groupe de discussion ou focus group.....	37
10.4	Les biais du focus group.....	39
10.5	La construction de l'OTRD focus group.....	39
10.6	Le cadre règlementaire et éthique	40
10.7	Outils pour le focus group et le traitement des données.....	40
10.8	Test de faisabilité et de validité du dispositif de recherche.....	41
10.8.1	Le déroulement du focus group.....	41
Partie 3 : Résultats		42
11	Résultats du focus group	42
11.1	Les données descriptives	42
11.2	Analyse dynamique de groupe	43
11.3	L'analyse thématique du focus group	44
11.3.1	Liens entre composantes culturelles collectives et individuelles, et modes de vie liés à la culture du patient	44
11.3.2	La relation patient-ergothérapeute, la communication patient-ergothérapeute.....	46
11.3.3	La capacité d'adaptation des ergothérapeutes à la culture du patient	47
11.3.4	L'activité	48
11.3.5	La réflexion et l'analyse des ergothérapeutes	49
11.4	L'analyse thématique en lien avec les concepts de la question de recherche	50
Partie 4 : Discussion des données.....		51
12	Discussion	51
12.1	Interprétation des résultats.....	52
12.2	Éléments de réponse à la question de recherche	54
12.3	Critique du dispositif de recherche.....	55

12.4	Intérêts, limites et apports de la recherche	56
12.5	Transférabilité pour la pratique professionnelle.....	57
12.6	Perspectives de recherche.....	59
	Bibliographie	61
	Annexes	70
	Annexe 1 : modèle PEOP	70
	Annexe 2 : les structures sanitaires de prise en soin ergothérapique	71
	Annexe 3 : l’immigration en France.....	71
	Annexe 4 : religion et cadre législatif en milieu hospitalier.....	71
	Annexe 5 : grille d’entretien de l’enquête exploratoire	72
	Annexe 6 : grille d’analyse des entretiens de l’enquête exploratoire	73
	Annexe 7 : correspondance mots clés de l’équation de recherche/termes MeSH.....	79
	Annexe 8 : tableaux des résultats des bases de données de la revue de littérature.....	80
	Annexe 9 : tableau de synthèse d’analyse critique de la revue de littérature	81
	Annexe 10 : matrice théorique du cadre conceptuel.....	90
	Annexe 11 : les biais du focus group.....	93
	Annexe 12 : questionnaire quantitatif en vue du focus group	94
	Annexe 13 : guide d’entretien du focus group	95
	Annexe 14 : matrice de questionnements du focus group	96
	Annexe 15 : recueil d’informations du questionnaire qualitatif du focus group	97
	Annexe 16 : analyse thématique du focus group	98
	Annexe 17 : arbre thématique d’analyse du focus group	111
	Annexe 18 : analyse thématique en lien avec les concepts de la question de recherche.....	112
	Annexe 19 : Modèle de Compétence.....	115

Partie 1 : Introduction

1 Émergence du point de rupture

Le sujet de ce travail d'initiation à la recherche est né de situations rencontrées en stages.

À Mayotte, deux cas se présentent. Ils concernent des patientes comoriennes, brûlées sur l'ensemble du corps. Elles sont arrivées sur le territoire français, pour être prises en soin. Toutes deux sont sans papier. La première est une patiente de 15 ans pour qui la prise en soin a déjà été longue et lourde. Elle vient en ergothérapie plusieurs fois par semaine : elle est très volontaire et motivée. Au milieu d'une séance, elle annonce qu'elle ne viendra plus et explique que « sa mère ne croit pas à la médecine des blancs ». La deuxième patiente est adulte. Elle ne met jamais les appareillages censés réduire les rétractations de peau et éviter les complications. Lorsque nous discutons avec elle de sa prise en soin, ses réponses sont souvent floues, se rapportent à Dieu et à une incompréhension à mi-mots de ce que nous lui proposons.

Face à ces difficultés de prise en soin, je m'interroge : est-ce spécifique à l'outre-mer ? Je me rappelle un stage effectué à Marseille, dans lequel nous avons pris en soin un homme originaire d'Afrique noire, en fin de droit de résidence sur le territoire français. Sa seule famille est son frère, convié aux réunions pour mettre en place les protocoles de soins. Les soignants découvrent que son frère n'est pas son frère au sens généalogique. En Occident, il serait nommé ami. La question s'est posée de continuer d'intégrer cet homme dans les décisions médicales et sociales, alors qu'il est le seul repère extérieur pour le patient, et garant de la continuité administrative permettant au patient de rester sur le territoire.

1.1 Problématique professionnelle

Je me questionne sur les difficultés liées à ces situations d'incompréhensions culturelles, puis sur les incidences que cela peut avoir en termes de prise en soin, dans un contexte d'interculturalité : Qu'est-ce qui influence la qualité de la prise en soin ergothérapique ? Quelles sont les difficultés et attentes pour le patient et pour l'ergothérapeute ? Quels facteurs empêchent ou facilitent la qualité de la prise en soin ergothérapique ? Quelles sont les conséquences de l'usage de ces facteurs sur la prise en soin ergothérapique ? Quelles techniques ou approches peuvent être garantes d'une qualité de soin ergothérapique ?

La problématique qui en découle est :

Comment la prise en soin en ergothérapie en France peut-elle s'effectuer dans un contexte d'interculturalité en milieu sanitaire lorsqu'il y a risque de rupture du parcours de soin ?

1.2 Thème

Le thème de ce travail d'initiation à la recherche est :

La rupture de prise en soin ergothérapique dans un contexte d'interculturalité en milieu sanitaire sur le territoire français.

2 Étude du contexte

2.1 Champs disciplinaires

Différents champs disciplinaires sont convoqués par la thématique de travail.

La notion d'interculturalité fait référence à des notions issues du domaine des sciences sociales (sociologie, ethnologie, anthropologie). Il s'agit d'avoir conscience et connaissance des spécificités des populations prises en soin, comprendre qui est l'autre, ce qui fait sa culture et ce qui se joue dans la rencontre, de manière personnelle et collective.

Le terrain exploratoire (milieu sanitaire) mobilise les sciences médicales. La notion de prise en soin de patients y fait aussi référence, puisqu'il s'agit de soigner en s'appuyant sur des ressources médicales prouvées. Ce champ disciplinaire est aussi en lien avec la pratique ergothérapique.

L'ergothérapeute utilise, pour la mise en œuvre de ses prises en soin, des outils d'analyse visant à prendre en compte les spécificités du patient, ses besoins, ses modes d'agir, de penser, d'habiter... Pour effectuer ces prises en soin, il met le patient au cœur du raisonnement. Des modèles ont été développés et sont utilisés pour aider à appréhender le patient dans sa complexité. Ils se basent notamment sur l'interaction entre la personne, son environnement et ses occupations (ex : modèle Personne-Environnement-Occupation-Performance PEOP, élaboré par Baum, Christiansen & Bass, cf. annexe 1). Pour réaliser ce travail d'initiation à la recherche, nous nous appuyons donc sur la science de l'occupation.

2.2 Terminologie

Afin de pouvoir s'emparer du sujet, il est important d'en définir les principaux termes.

Le terme Ergothérapeute est défini d'après l'ANFE :

« L'ergothérapeute (Occupational Therapist) est un professionnel de santé, exerçant dans les champs sanitaire, médico-social et social. Collaborant avec de nombreux professionnels (médecins, auxiliaires médicaux, travailleurs sociaux, acteurs de l'enseignement et de la formation, techniciens de l'habitat...), il est un intervenant incontournable dans le processus d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale des personnes. Spécialiste du rapport entre l'activité (ou occupation en lien avec la terminologie internationale désignant l'ergothérapie) et la santé, il mène des actions

d'une part pour prévenir et modifier les activités délétères pour la santé, et d'autre part pour assurer l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire et rendre possible leur accomplissement de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace. » (1).

Dans le but de définir l'interculturalité, nous nous appuyons sur l'étymologie du mot. Interculturalité vient de Inter, emprunté du latin Inter « entre, parmi » ou idée d'intervalle qui sépare les choses et idée d'interaction entre les choses, et Culture, emprunté du latin Cultura « agriculture ; culture de l'esprit, culte » (2). Selon l'UNESCO :

« 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 » (3).

Le Ministère de la Culture spécifie que « les différentes cultures composant une société ont un fondement quasi ethnique : communautés de langue, de religion, de territoire »(4). La rencontre entre deux individus ayant deux cultures différentes est appelée « Interculturalité »(5). Selon le Ministère de la Culture, « l'interculturalité est la synthèse d'un rapport dialectique dépassant les différences faisant opposition, confrontation ou conflit entre des cultures pour générer un sens faisant évoluer les modèles identitaires sans les annihiler mais en les complexifiant selon des schémas propres à chacun de ceux-ci. » (4).

Nous définirons le terme « milieu sanitaire » en faisant appel à la notion de « milieu » et de « sanitaire » selon le CNTRL : ce dans quoi un être est placé, relatif à sa santé. Ici, cela renvoie aux structures de prise en soin existantes sur le territoire français (cf. annexe 2).

3 Résonance du thème

Les termes étant définis, nous allons regarder la vivacité du thème, son utilité et ses enjeux.

3.1 Question socialement vive

Dans la perspective d'avoir une image de la situation en France en matière de cultures différentes, nous nous appuyons sur des statistiques et des législations. L'article 1^{er} de la constitution et la loi de 1978 « Informatique et liberté » encadre le fichage ethnique, racial, politique, religieux et philosophique. Il n'est pas possible d'accéder à des chiffres représentatifs quant à la diversité culturelle dans la prise en charge sanitaire. En revanche, des informations concernant l'état de santé et la possibilité d'accès aux soins selon le sexe, la situation administrative sur le territoire et la classe sociale donnent des indications. Afin de comprendre

la « diversité culturelle » en France, nous regardons les statistiques de l'INSEE concernant les religions, origines, zones d'habitation et professions.

3.1.1 De multiples classes sociales

En France, les classes sociales sont diverses. Cela s'exprime au travers d'une répartition variée géographiquement (en 2018, un tiers de la population française vit en zone rurale (32,8%)). Une variété professionnelle existe aussi : en 2021, la répartition est équilibrée entre le nombre de personnes occupant des postes de cadres et d'ouvriers/employés (46,3 % cadres / 45,3 % employés ou ouvriers). Les artisans, commerçants ou chefs d'entreprise sont minoritaires et représentent 6,5 %, chiffre auquel s'ajoute 1,5 % d'agriculteurs (6).

3.1.2 L'importance des flux migratoires

Les flux migratoires mondiaux sont importants et croissants, provoquant des situations de plus en plus récurrentes de rencontres de cultures différentes. Ces rencontres se jouent de manière importante au travers de la rencontre entre cultures de pays différents. En France, entre 2006 et 2020, le nombre d'entrées d'immigrés est passé de 208000 à 331000 personnes. Ce chiffre ne cesse de croître (7) (cf. annexe 3). L'accès aux soins pour cette population migrante croissante est assuré par l'Aide Médicale de L'État (AME) : « un dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins » (8). Ce dispositif est régulièrement remis en question, depuis l'adoption par le Sénat le 7 novembre 2023 de la suppression de l'AME (9). Par ailleurs, on constate une prise en soin déficitaire pour les personnes en situation irrégulière, puisqu'en 2023 seul un tiers (33 %) des patients étrangers relevant de l'AME obtiennent une réponse positive à leur demande de rendez-vous chez un généraliste, soit onze points de moins que les patients de référence (10).

3.1.3 La place de la religion

Deux religions sont principalement représentées en France. En 2023, un tiers de la population se déclare catholique (29 %) et 10% se déclarent de confession islamique (11). Ce sont les plus grosses représentations religieuses. La question du culte dans le milieu du soin est encadrée législativement, ce qui en montre l'importance mais aussi la nécessité de traitement des patients à égalité selon les croyances. Les lois et circulaires énoncent la liberté d'accès au culte pour les patients dans les établissements de soin (cf. annexe 4).

3.1.4 La rencontre entre cultures différentes

Ces données permettent de déduire que la France est un territoire sur lequel les différences de cultures sont de plus en plus présentes. Cela permet aussi de penser que la rencontre entre cultures différentes est une question socialement vive en France, qu'elle soit franco-française et liée à des critères sociaux, géographiques, professionnels, ou qu'elle soit franco-étrangère et liée aux vagues de migrations. De plus, l'accroissement des flux migratoires induit un accueil croissant de ces populations dans les structures sanitaires. Cela interroge les possibilités et les modes d'accueil de cette patientèle, et rend la question de la prise en soin elle aussi socialement vive.

3.2 Utilité sociale et professionnelle

Dans l'intention de cerner l'utilité sociale et professionnelle de notre thème de travail, nous nous intéressons au travers de statistiques et de législations à la question de l'accès aux soins en France. Il paraît important de rappeler qu'en France l'accès aux soins est encadré et doit être possible pour tous : les articles L1110-1 et L1110-3 du Code de la Santé publique garantissent l'accès aux soins pour tous, sans aucune discrimination. Ce droit est appuyé par la « Charte de la personne hospitalisée » éditée par le Ministère de la Santé et de la Prévention (12).

À la lecture des statistiques, nous pouvons constater en France une santé davantage dégradée dans les classes ouvrières selon l'INSEE (13), et un écart d'accès aux soins entre milieu urbain et rural. En effet, l'Association des Maires Ruraux de France, rapporte que deux bassins de vie ruraux sur trois sont en manque de médecin généraliste, ce qui limite l'accès aux soins de santé (14). Au travers de ces observations, nous pouvons constater des inégalités sociales de santé entre différentes classes sociales et différents milieux de vie, et donc des inégalités culturelles de santé. D'autre part, selon l'INSEE, en 2022 et 2023, la moyenne du recours à des soins de santé (médecin généraliste ou spécialiste, kinésithérapeute, dentiste, recours à l'hôpital, psychologue...) est équivalente entre les personnes immigrées ou descendantes d'immigrés et les personnes non immigrées (15). Cela nous permet de constater un fort taux de prise en soin des personnes immigrées ou descendantes d'immigrés, et d'avancer que les situations de cultures différentes entre patient et soignant sont très présentes au sein des structures médicales. Par ailleurs, L'INED signale, en 2020, des discriminations au sein du système de santé français (16). L'institut met en avant des taux de discriminations significativement plus élevés pour les personnes appartenant à des groupes minoritaires ou défavorisés socialement, concernant leur accès au système de santé français. Il est signalé, avec les taux de discrimination les plus élevés, les migrants venant d'Afrique sub-saharienne, de Turquie, ou nés en outre-mer,

en comparaison des personnes de sexe masculin et/ou nées en France métropolitaine. Viennent ensuite les immigrés de tous pays confondus, puis les femmes. L'INED stipule que ces expériences négatives peuvent constituer un obstacle à l'accès aux soins et contribuer aux inégalités de santé.

D'autre part, le projet de suppression de l'AME, comme la difficulté d'accès aux soins et les inégalités de prise en soin, soulèvent des questions d'ordre épidémiologique. Comme nous le rappelle la Déclaration n° D – 2023 du JORF n°0283 du 7 décembre 2023 : « Garantir la santé des uns c'est garantir la santé de tous. C'est l'intérêt collectif que l'ensemble de la population ait accès à la prévention et aux soins pour éviter la création de foyers épidémiques et la propagation des maladies contagieuses » (17). Ainsi, pour des raisons sanitaires et sociales, qu'elles soient personnelles et populationnelles, nous pouvons penser qu'il est fondamental que les prises en soin se fassent de manière optimale, quelles que soient les différences de cultures.

Au regard de ces constats, nous pouvons émettre l'hypothèse que les prises en soin de patients issues d'autres cultures que celle des soignants sont bien présentes. Les professionnels de santé se trouvent régulièrement confrontés à des interactions avec des patients issus de cultures différentes que la leur. Ainsi, des compétences et capacités propres à ces situations spécifiques sont mobilisées pour les soignants. Cela leur permet d'être en lien d'une manière adaptée à la particularité de ce type de relation et de ne pas produire d'inégalité d'accès aux soins.

Ces éléments, étayés par ceux vus précédemment et rendant la question socialement vive, nous permettent d'avancer que notre thème de travail « La rupture de prise en soin ergothérapique dans un contexte d'interculturalité en milieu sanitaire sur le territoire français » est important en termes d'utilité sociale et professionnelle.

3.3 Enjeux

Les éléments d'actualité traités précédemment nous permettent de dire que notre thème de travail soulève différents enjeux.

Nous avons noté des inégalités de santé sociales (13,14) et des discriminations au sein du système de santé (16), et donc d'inégalités culturelles d'accès aux soins (classe sociale, situation juridique sur le territoire, milieu urbain ou rural...). Cette situation peut induire un obstacle à l'accès aux soins, dont le risque serait de provoquer une mauvaise ou une non-prise en charge des problématiques de santé individuelle directement liées à la culture propre à chacun (16). Cela soulève ainsi un enjeu médical individuel mais aussi un enjeu sanitaire. Comme nous le rappelle la Déclaration n° D – 2023 du JORF n°0283 du 7 décembre 2023 vue

précédemment (17), l'accès à la santé pour chacun est la garantie d'une sécurité sanitaire pour la population. Ainsi, les problématiques d'accès aux soins liées à la ruralité, à la classe sociale, ou aux situations de migration soulèvent un enjeu de santé publique.

Nous avons constaté la croissance de phénomènes de migrations depuis l'étranger vers la France (7). Nous pouvons aussi observer que la population des espaces périurbains ruraux augmente (18), générant des mobilités géographiques et culturelles au sein même du territoire français. Ces éléments provoquent une mixité sociale et culturelle qui s'intensifie, et se répercute sur le système de santé et sa mise en œuvre, énonçant un enjeu social.

D'un point de vue ergothérapique, rappelons que l'ergothérapeute est professionnel de santé, exerçant dans les champs sanitaire, médico-social et social et qu'il met au cœur de son recueil d'information la culture de son patient (contexte environnemental, rôles sociaux, mode de vie...) (21). Ainsi, notre thème de travail soulève un enjeu professionnel ergothérapique. En effet, comprendre la spécificité de la prise en soin, notamment en ergothérapie, en situation de cultures différentes, permet d'assurer une qualité de soin : compréhension des besoins du patient, des consignes, des enjeux de rééducation...

Au regard de ces analyses, l'hypothèse est émise que le sujet « La rupture de prise en soin ergothérapique dans un contexte d'interculturalité en milieu sanitaire sur le territoire français » a un intérêt à être davantage approfondi. Pour cela, le nécessaire est mis en place pour effectuer une enquête exploratoire. Ainsi, nous pourrions recueillir auprès d'ergothérapeutes des données et informations pour étayer ce sujet et en préciser la pertinence et la direction.

4 Enquête exploratoire

L'enquête exploratoire va permettre de récolter des informations auprès d'ergothérapeutes exerçant avec une patientèle issue d'autres cultures que la leur. Pour mettre cela en place, nous définissons des objectifs généraux puis des objectifs spécifiques.

4.1 Objectifs de l'enquête

4.1.1 Objectifs généraux

L'enquête exploratoire permet de faire un état des lieux des pratiques pour le confronter plus tard à l'état des lieux des savoirs. Cela permet d'enrichir la représentation et les éléments de connaissances en lien avec la pratique ergothérapique. L'enquête exploratoire permet aussi de jauger la pertinence et/ou la vivacité du thème et de se heurter à la faisabilité de la recherche.

4.1.2 Objectifs spécifiques

L'enquête sur le thème « La rupture de prise en soin ergothérapeutique dans un contexte d'interculturalité en milieu sanitaire sur le territoire français » a trois objectifs spécifiques :

- Comprendre les spécificités de la prise en soin ergothérapeutique, en milieu sanitaire et sur le territoire français, d'un patient issu d'une culture différente.

- Explorer les difficultés rencontrées par les ergothérapeutes lors de la prise en soin d'un patient issu d'une culture différente, pouvant engendrer une rupture des soins, en milieu sanitaire et sur le territoire français.

- Découvrir les ressources personnelles et professionnelles des ergothérapeutes, permettant la continuité de prise en soin ergothérapeutique, en milieu sanitaire et sur le territoire français, d'un patient issu d'une culture différente.

4.2 Population cible

4.2.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Pour se tourner vers les professionnels de santé concernés par la thématique, nous définissons des critères d'inclusion et d'exclusion, qui répondent à des critères précis.

Les professionnels de santé inclus dans l'étude sont uniquement des personnes diplômées en ergothérapie. Ils exercent ou ont exercé en France (métropole et outre-mer), en structures sanitaires au sein desquelles s'effectue une prise en soin de personnes issues de cultures différentes de la leur. Ils doivent exercer depuis plus de 6 mois, cela afin d'avoir un minimum d'expérience et de retour sur les prises en soin. En cas d'arrêt d'exercice, ou d'arrêt de prise en soin de patients issus de cultures différentes de la leur, l'arrêt doit être inférieur à 5 ans, afin de garder un lien avec la réalité du terrain.

Sont exclues de l'étude toute personne qui n'est pas diplômée en ergothérapie, qui n'exerce pas à un poste d'ergothérapeute ou qui n'exerce pas dans une structure sanitaire ou qui exerce à l'étranger (hors France et outremer). Si le début d'exercice a moins de 6 mois, ou qu'un arrêt d'exercice date de plus de cinq ans, il y a exclusion. Si la dernière prise en soin de patients issus de cultures différentes de la leur est supérieure à cinq ans, l'exclusion a lieu aussi.

4.2.2 Sites d'exploration

Nous sélectionnons différents sites d'exploration, afin de cadrer l'espace de la recherche et d'être le plus pointu possible. Ainsi, sont pris en compte tous les lieux sanitaires de prises en soin dans lesquels peuvent se présenter des situations d'interculturalité entre patients et

soignants, et au sein desquels exercent des ergothérapeutes. Nous nous intéresserons aux CH¹ civils (principaux lieux de prise en soin en France), militaires (importance de la diversité culturelle liée au type de patientèle), universitaires et aux cliniques privées et publiques. Nous nous intéresserons aussi aux lieux de rééducation et/ou de prises en soin sur du moyen/long terme : SMR², CRF³, EEAP⁴, IEM⁵, IME⁶, EHPAD⁷. Également, nous nous tournons vers les structures de prise en soin individuelle type Maison de Santé ou cabinets libéraux.

4.3 Choix méthodique de l'outil de recueil des données

Afin de développer un outil de recueil de données, nous devons en définir la forme.

Pour cette recherche, nous nous intéressons à la perspective de l'ergothérapeute interrogé et à la particularité de son approche concernant la thématique de travail « La rupture de prise en soin ergothérapeutique dans un contexte d'interculturalité en milieu sanitaire sur le territoire français ». Il nous intéresse de récolter son point de vue, son expérience au moment de la rencontre avec le patient. Nous souhaitons recueillir le discours de l'ergothérapeute sur sa pratique, de manière riche et nuancée, en laissant la place aux ressentis, opinions, attitudes. Ainsi, nous utilisons une approche qualitative avec l'entretien comme outil de recueil de données. L'approche qualitative laisse un degré de liberté à la personne interrogée et permet « d'approfondir la connaissance d'un phénomène » (20).

L'entretien peut être de trois types : non directif, directif ou semi-directif (21). Nous écartons l'entretien non directif, afin de guider à minima l'interlocuteur sur les champs qui nous intéressent. L'entretien directif est utilisé pour des études quantitatives et n'est pas adapté. Cela nous oriente vers l'entretien semi-directif. Cette hypothèse est confirmée par différents éléments (22). L'entretien semi-directif est utilisé pour explorer des expériences ou des points de vue personnels et subjectifs. Il est pertinent face à des sujets ayant une certaine complexité, notamment des contextes demandant une compréhension nuancée. De plus, la recherche doit vouloir obtenir des données qualitatives, c'est-à-dire détaillées et contextuelles, qui ne peuvent pas être obtenues par des méthodes quantitatives. Cette méthode permet une flexibilité au sein de l'entretien, qui s'apparente à une conversation, tout en guidant les échanges par le biais des objectifs spécifiques identifiés auparavant.

¹ Centre Hospitalier

² Service de soins Médicaux et de Réadaptation

³ Centres de Rééducation Fonctionnelle

⁴ Etablissement pour Enfants et Adultes Polyhandicapés

⁵ Instituts d'Éducation Motrice

⁶ Instituts Médico-Educatifs

⁷ Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

L'entretien semi-directif a différents avantages (21). Il permet notamment l'approfondissement de la thématique dans un cadre donné par les objectifs. L'échange est libre. La thématique de travail peut être bien définie, et développée. Il laisse la place au développement de la pensée pour récolter des informations précises et de qualité.

Nous notons dans les inconvénients des points auxquels nous devons être vigilante. L'entretien demande une disponibilité sans temporalité lors de la rencontre : la personne qui interroge est à la disposition de la rencontre et de l'interlocuteur. De plus, cette forme n'est pas représentative de l'ensemble de la profession : les témoignages sont subjectifs. Cette méthode demande un temps de travail long quant au traitement des données : il s'agit d'interpréter sans déformer, pour tirer l'essence de la pensée. Il faut être vigilant aux biais : que l'interlocuteur ne réponde pas ce qu'il pense que l'on souhaite entendre, ne pas se tromper dans l'interprétation, être attentif à l'influence du cadre de l'entretien (23,24)...

L'outil de recueil de données étant défini comme un entretien semi-directif effectué selon une approche qualitative, nous allons maintenant établir ses modalités.

4.4 Construction de l'outil de recueil de données

4.4.1 Grille d'entretien de l'enquête exploratoire

Afin de mettre en place l'entretien semi-directif, nous construisons une grille d'entretien.

Le déroulé des entretiens est construit autour de trois questions articulées autour des thèmes suivants :

- Les spécificités de la prise en soin en ergothérapie en situation d'interculturalité entre patient et soignant.
- Les difficultés de l'ergothérapeute lors de prises en soin en situation d'interculturalité entre patient et soignant.
- Les ressources de l'ergothérapeute pour effectuer des prises en soin en situation d'interculturalité entre patient et soignant.

La première question, ou question inaugurale, ouvre l'entretien. Elle est centrée sur les spécificités liées à l'interculturalité en prise en soin ergothérapique. Ensuite, deux questions thématiques concernent les difficultés puis les ressources des ergothérapeutes lors de la prise en soin en situation d'interculturalité (cf. annexe 5).

Cette grille d'entretien construite, nous effectuons un test de faisabilité, puis trois entretiens qui permettent de récolter des informations pour nourrir notre sujet d'initiation à la recherche.

4.4.2 Modalités de passation de l'entretien

L'ergothérapeute interrogé sera contacté par e-mail ou par téléphone pour expliquer la démarche de recherche, l'objectif de la rencontre et proposer un rendez-vous.

Nous privilégions les entretiens en présentiel mais pourrions en effectuer en visioconférence si c'est nécessaire. Nous essayons de ne pas effectuer d'entretien téléphonique. En effet, cet outil ne permet pas de voir le langage non verbal, important dans ce contexte de travail. L'entretien est enregistré pour que nous puissions retranscrire l'entretien et en analyser le contenu. Nous veillons à ne pas avoir de limite de temps, à être dans un lieu calme, neutre et à limiter les risques d'interruption.

En début d'entretien, nous expliquons le sujet, en énonçant le thème et la définition de la notion de cultures différentes. En fin d'entretien, nous laissons un temps de réflexion à l'ergothérapeute pour qu'il complète l'entretien avec des questions ou des sujets non abordés. Nous terminons en récoltant des informations plus générales personnelles et professionnelles qui concernent l'ergothérapeute.

4.4.3 Outils d'analyse de données

Pour analyser les entretiens effectués, nous effectuons une analyse thématique. Nous retranscrivons les entretiens puis réalisons une grille d'analyse pour extraire du sens (cf. annexe 6). Une analyse thématique croisée, verticale et horizontale est réalisée. Cela permet d'analyser à la fois chaque entretien dans sa singularité et de comparer les propos des différents ergothérapeutes pour en faire émerger des thématiques. Les entretiens de chaque ergothérapeute sont fragmentés afin d'extraire des idées, puis codés manuellement à l'aide des thématiques explorées durant l'entretien. Des thématiques non envisagées, ainsi que des sous-thématiques, peuvent apparaître.

4.5 Approche éthique et protection des données

Afin de respecter une éthique de travail de recherche, nous nous appuyons sur le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et la loi Jardé.

Pour garantir une approche éthique, les principes du RGPD sont respectés. Les données sont rendues anonymes pour préserver la confidentialité des personnes interrogées. Le stockage de données récoltées se fait sur un ordinateur sécurisé par un mot de passe. Les données sont supprimées une fois la recherche terminée. Les participants disposent durant toute la recherche de droits sur leurs données, avec la possibilité d'y accéder, de les modifier ou d'en demander la suppression.

Nous nous intéressons aussi à la loi Jardé (25), loi relative à la recherche impliquant la personne humaine dans le domaine biomédical, qui encadre la recherche afin de protéger les patients. Nous interrogeons uniquement des praticiens et ne sommes pas concernés par la loi Jardé. Cependant, ses principes fondamentaux sont adaptés, afin de respecter une éthique de travail de recherche. Les praticiens signent, s'ils sont d'accord, une notice d'information informant du cadre de l'enquête, des objectifs, du déroulé, de l'anonymat, tout en précisant le droit de refus de participer ou de se retirer à n'importe quel moment. Le consentement des participants est recueilli par le biais d'un formulaire de consentement, dans lequel la personne est informée de la confidentialité et de son droit d'accès aux données. La signature assure que la personne consent à participer de manière éclairée. Cette démarche garantit le respect des normes légales et éthiques en vigueur.

4.6 Entretiens

4.6.1 Test de faisabilité et validité du dispositif d'enquête exploratoire

Le protocole de l'entretien est testé une première fois avec une ergothérapeute, afin d'en confirmer l'efficacité et la pertinence. Ce test s'est déroulé en visioconférence et a permis de mettre en avant un point de vigilance : le dispositif technique doit être rodé (accès au lien zoom® fourni, performance du matériel à disposition, capacité à être à l'aise avec un outil informatique...). Ainsi, nous avons pris le temps de comprendre comment notre interlocuteur peut accéder le plus facilement possible à une réunion zoom® (obligation d'installer l'application). Lors du test du dispositif, l'ergothérapeute propose de passer par d'autres outils de visioconférence, moins performants mais plus faciles d'accès, de type WhatsApp®. Or, cette application ne permet pas la protection des données. Elle ne permet pas non plus un enregistrement audio. Nous conseillons à l'ergothérapeute de s'équiper d'un ordinateur plutôt que d'un téléphone.

Ce test nous oriente sur la nécessité de prévoir un temps supplémentaire à l'entretien, consacré à la mise en place de la visioconférence et à l'aide à la connexion de l'ergothérapeute.

Suite à ce test, les trois entretiens d'ergothérapeutes sont effectués en mai et en juin.

4.6.2 Déroulement des entretiens

L'étude exploratoire est réalisée auprès de trois ergothérapeutes lors d'entretiens semi-directifs. Le premier est effectué en visioconférence. Le test de faisabilité a permis d'anticiper et aucune difficulté n'est rencontrée. Les deux entretiens suivants sont en face à face. Les entretiens sont réalisés sur le lieu de travail des ergothérapeutes. Un rendez-vous est pris pour s'assurer de leur

disponibilité. Un bureau individuel, vide et fermé est mis à disposition. Malgré le temps dédié anticipé, le deuxième entretien est interrompu sur la fin, par l'arrivée d'un autre professionnel qui sollicite l'ergothérapeute.

4.7 Résultats de l'enquête exploratoire et problématisation

4.7.1 Population interrogée

Les trois ergothérapeutes interrogées appartiennent aux critères d'inclusion de l'étude. Ce sont des femmes qui exercent sur le territoire français (Avignon et Marseille) et sont confrontées quasi-quotidiennement à des prises en soins en situation de cultures différentes.

E1 est une ergothérapeute de 29 ans, diplômée en 2018. Son expérience professionnelle est principalement tournée vers la rééducation. Elle travaille actuellement en HDJ⁸ et a exercé en SSR⁹, MPR¹⁰ et EHPAD¹¹. Elle a toujours exercé dans le sud-est de la France.

E2 est une ergothérapeute de 50 ans, diplômée en 1995. Elle a toujours exercé à Marseille. Elle travaille en EEAP¹², au sein de la même structure depuis 22 ans. Elle travaille actuellement au sein d'une équipe mobile allant à domicile, avec un public particulièrement issu de l'immigration, ou en situation de migration. Elle a exercé auparavant en CAT¹³ et IME¹⁴, toujours à Marseille.

E3 est une ergothérapeute de 32 ans, diplômée en 2014. Elle a travaillé en Bretagne, dans le Nord et à Marseille. Elle travaille actuellement en EEAP, à mi-temps dans deux structures différentes, qui accueillent toutes deux un public issu de migrations. Elle a précédemment exercé en IME, IEM¹⁵, ESAT¹⁶.

4.7.2 Analyse thématique au regard des objectifs spécifiques

Plusieurs thèmes ressortent de l'analyse des données (cf. annexe 6). Trois thèmes sont en lien direct avec nos objectifs spécifiques. Ils répondent à la question inaugurale et aux questions thématiques. Deux thèmes ont émergé : l'usage de différentes approches et l'influence de facteurs extérieurs. À la fin de chaque thème développé, nous soulevons une problématisation pratique.

⁸ Hôpital De Jour

⁹ Soins de Suite et Réadaptation

¹⁰ Médecine Physique et de Réadaptation

¹¹ Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

¹² Etablissement pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés

¹³ Centre d'Aide par le Travail

¹⁴ Instituts Médico-Educatifs

¹⁵ Institut d'Éducation Motrice

¹⁶ Etablissement et Service d'Aide par le Travail

Thème 1 : spécificité de la prise en soin ergothérapeutique en situation d'interculturalité

Des spécificités quant à la prise en soin en situation d'interculturalité sont énoncées par les ergothérapeutes interrogées. Tout d'abord, les trois ergothérapeutes mentionnent des éléments systématiques : la barrière de la langue [E1 : L42-46, L252-253, E2 : L170, E3 : L5], l'importance des croyances et de la religion [E2 : L251-253] et l'acceptation du handicap, citée comme dépendante des croyances culturelles [E2 : L14-16, L18-21]. L'influence des habitudes de vie spécifiques aux cultures impacte la prise en soin et nécessite une attention particulière, car elles affectent et influencent les activités quotidiennes et instrumentales [E1 : L14-16]. Par ailleurs, l'environnement est également évoqué comme facteur spécifique d'influence, incluant culture et croyance, et permettant ainsi de dialoguer correctement avec le patient, à condition que ces éléments soient pris en compte [E2 : L26-28]. Enfin, la place du communautarisme est citée, pouvant à la fois être un atout ou un frein. En effet, le patient qui ne souhaite pas être indépendant peut être pris en charge par sa communauté [E1 : L29-31], mais cette même communauté peut être réticente à l'entrée des soignants dans le quotidien et ralentir ainsi la mise en place de la relation de confiance [E3 : L13-15].

À la suite de ces constats, nous nous interrogeons. En quoi les spécificités de la prise en soin en situation d'interculturalité influencent-elles les prises en soin ergothérapeutiques ? Ces éléments sont-ils des facteurs de risque de rupture de prise en soin en ergothérapie ? Par ailleurs, comment les ergothérapeutes peuvent-ils avoir accès aux facteurs culturels qui influencent la prise en soin ?

Thème 2 : difficultés rencontrées par les ergothérapeutes

Des difficultés spécifiques à la prise en soin en situation d'interculturalité sont évoquées.

En premier lieu, la place des croyances et de la religion est prépondérante [E1 : L55-60, E2 : L18-21, E3 : L108-109]. Cela s'exprime par l'absence de code commun [E2 : L201-203, E3 : L36-38] qui peut influencer notamment le rapport au soignant [E3 : L130-133]. Par ailleurs, les croyances de guérison magique sont citées, impactant l'évolution de la bonne prise en soin [E3 : L180-184].

Ensuite, les difficultés de communication ont une place importante. La barrière de la langue est le premier facteur évoqué [E1 : L42-46, E2 : L81-82, L170, E3 : L5]. Les difficultés de traduction sont aussi pointées du doigt [E1 : L42-46], notamment lorsque les termes ou les intentions sont mal traduits [E3 : L80, L81-86]. Cela soulève aussi le fait que, sans code commun, la communication est très complexe [E2 : L251-253]. Une des conséquences est

l'exaspération des soignants face à l'impossibilité de communiquer et d'être compris [E3 : L71-75].

Enfin, on notera d'autres difficultés rencontrées plus largement. En premier lieu est cité l'impact de la communauté ou de la famille. La famille peut prendre en charge le patient et laisser peu de place aux soins [E1 : L29-32, E2 : L59-63, E3 : L13-18], freiner l'entrée des patients dans le domicile, ralentir la mise en place de la relation de confiance et le déroulé des soins [E3 : L13-15]. La volonté ou non d'autonomie en fonction du degré de prise en charge par l'entourage est citée [E1 : L29-31]. Ensuite, la honte des patients, due à la taille des logements ou à l'absence de ressources, entraîne une difficulté pour les soignants à entrer dans le domicile [E3 : L19, L23-25]. L'acceptation de l'aide est limitée par la honte des aidants à se sentir incompetents [E3 : L25]. De plus, le jugement des soignants eux-mêmes, allant de pair avec le sentiment de honte ou d'incompétence des patients cité précédemment, est également évoqué [E3 : L239-240].

Face à ce recueil d'information, des questions émergent. En quoi les difficultés citées influencent-elles la prise en soin ergothérapique en situation d'interculturalité ? Et, quels outils peuvent utiliser les ergothérapeutes pour faire face à ces difficultés ? D'autre part, comment peuvent-ils s'appuyer sur la culture du patient pour aider le patient ?

Thème 3 : ressources des ergothérapeutes

Afin que les prises en soin en situation d'interculturalité puissent avoir lieu, les ergothérapeutes font appel à différentes ressources.

L'approche centrée sur le patient apparaît comme primordiale. Pour les trois ergothérapeutes interrogées, il s'agit de faire du cas par cas en s'intéressant aux spécificités propres au patient, en prenant en compte les habitudes, les modes de vie, les activités quotidiennes et instrumentales, l'organisation générale du quotidien [E1 : L14-16] ainsi que l'environnement dans sa globalité [E2 : L35-36].

En ce sens, des ressources personnelles sont énoncées : le recueil d'information doit être régulier [E1 : L129-133] ainsi que la rencontre avec les familles [E3 : L99-102]. Il est cité comme nécessaire de s'intéresser à la vision de l'autre pour le comprendre [E3 : L45], tout en ayant une vision globale prenant en compte l'environnement de vie [E2 : L196-200] et la famille [E2 : L106-110]. Cette vision globale et centrée sur le patient permet l'établissement d'objectifs propres au patient [E1 : L20-21] et permet de s'adapter à ses besoins [E1 : L81]. Par ailleurs, la notion de compromis entre les objectifs du soignant et du soigné est citée comme ressource de travail [E1 : L91-94]. C'est un moyen permettant de travailler avec des outils familiers au

patient [E2 : L308-310, L314-318, E3 : L153-155, L161-162], ce qui met le patient en confiance et rend la prise en soin plus efficace. De plus, la nécessité de mettre en place une relation de confiance soignant-soigné [E3 : L112-113, L122-125, L128-130] propose de s'appuyer sur une posture professionnelle avec une attitude de non-jugement [E3 : L188-190], une écoute [E1 : L129-133, L176-180] et une implication du soignant [E2 : L189]. Enfin, une aide peut être faite pour déconstruire les croyances qui limitent le patient dans sa prise en soin [E3 : L188-190, L193-194].

Il est également possible de faire appel à des ressources extérieures. En effet, des moyens humains et matériels sont évoqués comme étant d'autres ressources possibles. Le travail interdisciplinaire est cité par les trois ergothérapeutes, en déléguant [E1 : L98-101, L200-201, E2 : L140-143, E3 : L202-203, L231-232] ou en faisant appel à l'autorité d'un supérieur [E1 : L98-101].

Enfin, une autre ressource repose sur l'importance de mettre en lien les patients entre eux [E3 : L188-190, L193-194], par le biais d'associations ou de groupes de rencontre et de parole.

Le développement de cette thématique invite à se questionner. Les ressources existantes pour la prise en soin en situation d'interculturalité en ergothérapie influencent-elles la prise en soin ? Par ailleurs, avec quelles ressources faire un recueil d'information permettant de s'ouvrir aux spécificités du patient ? Aussi, quelles ressources permettent de prendre en compte le patient dans son individualité tout en prenant en compte son environnement proche et lointain ?

4.7.3 Thèmes émergents de l'analyse thématique

Deux thèmes ont émergé à la suite de l'analyse : l'usage de différentes approches et l'influence de facteurs extérieurs.

Thème 4 : les différentes approches pour la prise en soin ergothérapique

Durant les entretiens, de multiples approches ont été proposées par les ergothérapeutes. L'approche écologique et centrée sur le patient semble fondamentale, avec la prise en compte de la communauté, la famille, le lieu de vie, l'environnement [E1 : L14-16, E2 : L26-28, L125, E3 : L86-87, L220-221] ainsi qu'une attention portée à la vision des choses propre au patient [E3 : L45]. Il apparaît aussi la nécessité de toujours prendre en charge la pathologie dans le contexte de mise en œuvre de la difficulté [E2 : L221-222]. Par ailleurs, la nécessité de fixer des objectifs propres au patient est mentionnée [E1 : L20-21], objectifs qui découlent des informations recueillies au préalable. De plus, la mise en place d'une relation de confiance et

la nécessité d'être hors jugement sont des outils cités pour le bon déroulement de la prise en soin [E3 : L125, L239-240].

À la suite de ces constats, nous nous questionnons sur les types d'approches. L'approche écologique et centrée sur le patient influence-t-elle la prise en soin en situation d'interculturalité en ergothérapie ? De plus, comment avoir une approche écologique ? Par ailleurs, comment avoir accès aux informations concernant l'environnement du patient à ses différents niveaux, du plus proche au plus lointain ?

Thème 5 : influence des facteurs extérieurs sur la prise en soin ergothérapique

Certains facteurs extérieurs sont cités comme influençant la prise en soin en situation d'interculturalité. Un premier facteur cité comme important est l'environnement du patient, incluant la famille, les connaissances humaines et les connaissances théoriques, la langue parlée autour du patient, la religion. [E2 : 196-200]. Est développé aussi l'élément « famille » [E2 : L209-211, E3 : L124]. En effet, la famille a une influence aussi bien en fonction de son organisation propre (c'est le milieu dans lequel le patient évolue) [E2 : L43-44], qu'en fonction du poids et de l'impact qu'elle peut avoir sur la prise en soin (présence, injonctions...) [E1 : L168-172]. Face à cela, est citée l'importance de prendre soin de la famille dans son ensemble [E2 : L49-51].

Au regard de cela, des questions émergent. En quoi la collaboration du soignant avec la famille peut-elle être un atout ou un préjudice pour la qualité de la prise en soin ? D'autre part, en quoi l'intégration sociale du patient va-t-elle impacter la prise en soin ergothérapique en situation d'interculturalité ?

4.8 Analyse critique du dispositif d'enquête exploratoire

L'analyse des données que le dispositif d'enquête a permis de recueillir est effectuée. Un regard critique peut être posé sur ce dispositif. Un écueil pratique en particulier a été rencontré : les entretiens en présentiel ont été interrompus. Malgré le choix d'une salle fermée et discrète. Une attention particulière devra être portée par la suite au lieu choisi et à la disponibilité dans le temps des personnes interrogées.

Les questions posées aux ergothérapeutes durant les entretiens sont pertinentes : de nombreuses réponses sont obtenues. Cependant, les informations se croisent et se recroisent, et le déroulé des entretiens est brouillon. Les questions sont larges, il faut du temps et de longues discussions pour que les ergothérapeutes affinent leurs réponses. La spécificité de la situation d'interculturalité reste assez vague par rapport à la prise en soin ergothérapique de manière

générale. De même, la question des ressources ne semble pas spécifique à la situation de cultures différentes. Les thèmes émergents semblent importants et amènent une ouverture au sujet, et peuvent être des éléments clés.

Par ailleurs, le dispositif d'enquête présente des biais. Le petit nombre d'ergothérapeutes interrogées laisse à penser que les résultats peuvent ne pas être représentatifs de la communauté professionnelle. Leur localisation géographique peut aussi ne pas être représentative, puisqu'elles sont toutes trois dans la même zone. Le choix des ergothérapeutes interrogées s'est fait de manière opportuniste et n'a pas été randomisé.

5 Synthèse de la problématisation pratique et précision du thème de recherche

5.1 Questionnement

L'analyse de l'enquête exploratoire apporte de nouvelles questions. Comment l'ergothérapeute peut-il effectuer un recueil d'informations pertinent, afin de réaliser une prise en soin adaptée aux spécificités du patient, en situation d'interculturalité ? Et quels outils peuvent permettre à l'ergothérapeute de prendre en compte le patient dans son individualité mais aussi de manière globale, au sein de son environnement, proche et large, lors d'une prise en soin en situation d'interculturalité ?

5.2 Pertinence de la thématique de travail

Il ressort de l'analyse de l'enquête exploratoire des éléments importants pour élaborer la suite de notre travail. En situation d'interculturalité entre patient et soignant, la prise en compte du patient de manière globale et au sein de son environnement guide l'ergothérapeute pour réaliser la prise en soin, en étant centré sur les besoins et les objectifs du patient. Or cela est propre au travail même de l'ergothérapeute. Ainsi, hormis des problématiques de communication et d'absence de codes communs, les spécificités énoncées liées aux cultures différentes restent faibles. Un autre élément est marquant : la question du risque de rupture de soin précisément, en situation d'interculturalité entre patient et soignant, n'est pas centrale. En effet, le discours des ergothérapeutes se porte sur les enjeux, les restrictions et les moyens concernant la qualité de soin ergothérapique. Par ailleurs, la notion d'interculturalité ne ressort pas des entretiens : ce thème n'est pas employé par les ergothérapeutes, et sa spécificité n'est ni évoquée ni exploitée. Ainsi, se pose la question de la pertinence de ce terme, et de l'abandonner en faveur d'un autre terme.

5.3 Évolution de la thématique de travail

Nous pouvons esquisser une problématisation pratique. Il semble pertinent de faire évoluer la thématique de travail :

La qualité de soin ergothérapique dans un contexte de cultures différentes entre patient et soignant, en milieu sanitaire, sur le territoire français.

Après avoir approfondi notre sujet en recueillant des informations auprès d'ergothérapeutes, nous allons nous intéresser à la littérature et aux données existantes sur le sujet.

6 La revue de littérature

6.1 Méthodologie de la revue de littérature

Afin de répertorier les données existantes sur notre thématique de travail, nous effectuons une revue de littérature. Pour cela, nous allons définir des bases de données, une équation de recherche, et présenter les données collectées.

6.1.1 Champs disciplinaires et bases de données

La recherche effectuée interroge les champs disciplinaires évoqués précédemment. Des bases de données spécifiques permettent d'effectuer des recherches en fonction de chaque domaine. Ainsi, pour les sciences sociales, nous effectuons nos recherches sur Cairn, moteur de recherche français. Les sciences de l'occupation sont documentées par OTseeker, moteur de recherche international. Les sciences médicales sont explorées avec Science Direct et Pubmed, qui couvrent à l'international à la fois des domaines techniques et médicaux. Nous utilisons aussi Cinhal, moteur anglophone autour des soins de santé et soins paramédicaux. Le moteur sud-américain Scielo est utilisé pour les sciences et adaptations technologiques. Nous faisons aussi appel à Google Scholar, qui est un moteur de recherche pluridisciplinaire ainsi qu'à Dumas, moteur de recherche de mémoires d'étudiants après soutenances.

6.1.2 Équation de recherche

Afin d'effectuer la recherche de la manière la plus efficace possible, nous élaborons une équation de recherche en français et en anglais pour réaliser notre revue de littérature.

Pour définir les mots clés, nous prenons les termes principaux de notre thème de recherche que nous avons précisés : ergothérapie, culture et soin. Nous cherchons les termes MeSH (Medical Subject Headings) associés afin d'avoir un vocabulaire anglais de recherche le plus juste possible : MeSH est le thésaurus de référence dans le domaine biomédical. Nous complétons

ces termes à l'aide d'opérateurs booléens : ET/AND permet d'ajouter des notions les unes aux autres, tandis que OU/OR permet d'inclure des synonymes et d'ouvrir des champs de possibilités. L'astérisque (*) est utilisé pour remplacer une partie de certains mots recherchés afin d'élargir aux mots de la même famille. Afin d'exclure la notion d'agriculture liée au terme culture, nous utilisons SAUF/NOT. Le tableau reprenant la correspondance entre les termes principaux et les termes MeSH est visible en annexe 7.

Nos équations de recherche sont :

- ergotherap* ET cultur* ET (soin OU (qualité+soin)) SAUF agriculture
- (occupational+therap*) AND cultur* AND (nursing OR (healthcare+quality)) NOT agriculture

6.1.3 Filtre et critères d'inclusion et d'exclusion

Nous délimitons notre recherche afin d'être pertinent en fonction de notre sujet : nous ajoutons comme filtre une temporalité et gardons les articles datés d'après 2000. En effet, nous souhaitons avoir un regard contemporain sur la question tout en ayant une visibilité dans le temps, car les problématiques liées aux différences de cultures semblent assez stables.

Les critères d'inclusion des articles sont en lien avec notre équation de recherche : sont conservés prioritairement les articles parlant d'ergothérapie et de prise en soin en situation de cultures différentes entre patient et soignant. Nous prêtons cependant aussi attention aux articles ne concernant pas l'ergothérapie mais d'autres corps de métier du médical ou paramédical pour ouvrir le champ des connaissances.

Des critères d'exclusion des articles sont établis. Ne sont pas retenus les articles qui ne parlent pas de prise en soin ou de la notion de cultures différentes entre patient et soignant. Ne sont pas retenus également les articles parlant de culture en termes d'art ou d'agriculture. Sont exclus aussi les articles trop généralistes se cantonnant aux définitions des termes ou les sujets d'analyse trop pointus ou trop spécifiques.

6.2 Présentation de la revue de littérature

La revue de littérature est composée de treize articles, recensés dans le tableau des résultats des bases de données en annexe 8. Elle répertorie quatre articles nationaux et neuf articles internationaux (Canada, Australie, Brésil, Scandinavie, Royaume-Uni). Nous trouvons deux revues de littérature, cinq essais, cinq études qualitatives, une étude quantitative, dont une lecture opportuniste. Deux articles sont de la littérature grise, six sont de la littérature professionnelle et cinq de la littérature scientifique.

6.3 Analyse critique de la revue de littérature

La revue de littérature permet de faire du lien entre les articles retenus. Ainsi, nous développons trois sous-thématiques : l'influence de l'environnement sur la pratique ergothérapique, les « habiletés culturelles » des ergothérapeutes, et les différentes approches dans la pratique ergothérapique en situation de cultures différentes patient/soignant. Pour cela, nous nous appuyons sur le tableau de synthèse d'analyse critique de la revue de littérature en annexe 9.

6.3.1 L'influence de l'environnement culturel sur la pratique ergothérapique

L'analyse de différentes études informe de deux grands axes d'influence sur la prise en soin ergothérapique en situation de cultures différentes entre patient et soignant : le facteur humain et l'environnement socio-économico-politique.

Une première étude qualitative parue en 2005 en Australie apporte des informations sur l'influence du facteur humain sur la prise en soin. Elle observe le quotidien d'une ergothérapeute dans la mise en place d'un service d'ergothérapie dans un pays d'une autre culture que la sienne (26). Une approche ethnographique et naturaliste est utilisée pour explorer l'expérience de l'ergothérapeute. Le niveau de scientificité de cet article est bon, du fait de son référencement au SJR¹⁷, de l'utilisation d'une méthodologie codée et catégorisée, d'une méthode d'entretien ethnographique étayée et d'une triangulation des données. L'étude met en avant l'influence de deux catégories d'acteurs principaux, qui s'ajoutent aux facteurs intrinsèques à l'individu lui-même. La première est la communauté, avec sa population, ses modes de vie et ses défis quotidiens. La notion de communauté inclut la famille, amis, voisins, aides humaines... La deuxième catégorie d'acteurs influant sur la prise en soin inclut les acteurs professionnels dans le service et autour du service d'ergothérapie (travailleurs sociaux, autres thérapeutes ou soignants...).

L'influence du facteur humain sur la prise en soin est complétée par un essai brésilien de 2023 (27). Il propose trois dimensions impactant la prise en soin et renforçant les liens entre prise en soin ergothérapique et culture. Il a un niveau de scientificité moyen. Bien que la revue de parution ne soit pas référencée au SJR, l'essai est publié dans une revue d'ergothérapie par des auteurs universitaires s'appuyant sur une bibliographie bien référencée. Le cadre de l'essai concerne l'intervention des ergothérapeutes en milieu sanitaire et social. La première dimension impactant la prise en soin en ergothérapie est l'individu, soignant ou soigné, avec son mode de vie, ses routines et occupations personnelles. La deuxième dimension est la communauté, avec

¹⁷La cotation au Scientific Journal Ranking donne un indicateur de notoriété - <https://www.scimagojr.com/>

des pratiques partagées au sein des groupes. La troisième dimension est territoriale, ancrée dans des systèmes larges et influencée par des rapports socio-économico-politique et de pouvoir. L'essai met en avant l'importance d'une intervention ergothérapeutique consciente de ces trois dimensions, et des dynamiques associées.

L'influence de l'environnement sur les prises en soin est vue différemment et vient en opposition, dans une étude québécoise datée de 2024 qui analyse l'influence de l'environnement culturel sur les ergothérapeutes et leurs pratiques. Cet essai a un bon niveau de scientificité : il s'appuie sur une bibliographie étayée, les objectifs et la méthodologie sont clairement expliqués et la revue de publication a un bon référencement au SJR (28). L'essai s'inscrit dans un cadre sanitaire. L'étude analyse historiquement l'impact de l'environnement socio-politico-économique sur l'identité des ergothérapeutes, et l'influence de l'identité sur les prises en soin en situation de cultures différentes entre patient et soignant. Elle suggère que les prises en soins ergothérapeutiques ont imposé des valeurs et moyens ergothérapeutiques occidentaux à des populations non-occidentales. Ainsi, contrairement aux études précédentes, elle met en avant l'absence de prise en compte des spécificités culturelles et des besoins propres aux individus issus d'autres cultures. Cela du fait de l'influence passée et actuelle de l'environnement culturel sur les pratiques ergothérapeutiques, sur les relations entre patient et soignant, et sur les prises en soin en situation de cultures différentes.

À la suite de ces lectures, nous pouvons nous demander : qu'est-ce qui définit un environnement culturel ? Et, quels sont les différents niveaux d'influence de l'environnement culturel sur les individus ? Par ailleurs, en quoi l'environnement culturel influence-t-il la relation entre les individus, et entre soignant et patient ?

6.3.2 Les « habiletés culturelles » des ergothérapeutes

Les études suivantes apportent des éléments sur la notion d'« habiletés culturelles », ensemble de compétences et d'attitudes permettant aux ergothérapeutes une mise en lien qualitative entre patients et soignants en situation de cultures différentes.

Une revue de littérature canadienne datée de 2015 recense 110 articles pour faire une synthèse de la littérature existante entre 2007 et 2014 sur la base de données CINHALL, avec comme thèmes les mots clés (culture – culturel – diversité) + ergothérapie (29). Malgré la restriction liée aux recherches effectuées sur une seule base de données, son niveau de scientificité est bon, avec un bon référencement au SJR et une revue de littérature représentative. Cette étude met en avant quatre grands concepts d'« habiletés culturelles » chez les ergothérapeutes : compétence

culturelle, pertinence culturelle, sécurité culturelle et humilité culturelle. Chaque notion est expliquée au regard des articles étudiés : définition, atouts, limites, ressources... La compétence culturelle, la plus familière, est limitée par son manque de prise en compte des relations de pouvoir et son manque de regard au-delà de l'ethnicité. La pertinence culturelle examine comment les cadres théoriques de la profession intègrent des présupposés culturels. La sécurité culturelle insiste sur l'interprétation à tort des inégalités sociales comme différences culturelles. L'humilité culturelle, notion la plus récente, aborde les situations de manière systémique. Elle se centre sur les relations de pouvoir, élargit la réflexion au-delà de l'ethnicité, et souligne que les problèmes liés à la diversité trouvent leurs origines dans des structures sociales et historiques, et non chez les individus.

Cette étude est complétée par trois études qui développent les concepts d'« habiletés culturelles » chez les ergothérapeutes.

Un mémoire français d'élève en ergothérapie, s'appuyant sur des études quantitatives, date de 2018 (30), analyse comment les ergothérapeutes peuvent intégrer la compétence culturelle dans leurs pratiques pour mieux répondre aux besoins de patients issus d'horizons culturels différents. Ce travail relève de la littérature grise et ses résultats sont donc à nuancer. L'objectif est de proposer des pistes pour adapter les interventions tout en respectant les spécificités culturelles des patients, afin d'assurer un accompagnement équitable et pertinent. Il informe aussi que la compétence culturelle dépend des sensibilités personnelles.

Un essai canadien de 2012 s'intéresse au concept de sécurité culturelle dans la pratique et la recherche en ergothérapie (31). Son niveau de scientificité est bon, avec un bon référencement au SJR, une méthodologie expliquée, et une analyse basée sur un processus systématique validé. L'essai cherche à promouvoir un discours critique sur la culture et la santé en fonction des circonstances historiques, politiques et socio-économique. Il s'appuie sur l'examen des pratiques professionnelles et des postures des ergothérapeutes face à la diversité culturelle et informe que, lorsque des ergothérapeutes travaillent auprès de populations marginalisées, la sécurité culturelle ne concerne pas la pratique culturelle mais la reconnaissance sociale, politique et économique de groupes au sein de la société.

Enfin, une revue de littérature associée à la consultation d'une vingtaine d'experts en ergothérapie et rééducation, datant de 2022 au Royaume-Uni, développe le concept d'humilité culturelle (32). Son niveau de scientificité est moyen. Malgré un bon référencement au SJR et une méthodologie bien développée, le nombre d'articles de la revue de littérature n'est pas précisé et le nombre d'experts interrogés n'est pas représentatif. Les résultats de l'étude rapportent que l'humilité culturelle appuie une approche centrée sur le patient, tout en étant

attentif aux inégalités systémiques liées à l'environnement. Elle aussi permet un accès aux déséquilibres de pouvoir entre patients et soignants.

Au regard de ces informations, nous pouvons nous demander quelles sont plus précisément les caractéristiques spécifiques à chacun des concepts de compétence culturelle, pertinence culturelle, sécurité culturelle et humilité culturelle pour les ergothérapeutes ? Et, comment les ergothérapeutes peuvent-ils mettre en œuvre ces concepts ? De plus, en quoi la mise en œuvre de ces concepts impacte-t-elle la relation entre patient et soignant en situation de cultures différentes, et donc la prise en soin ?

6.3.3 Les différentes approches dans la pratique ergothérapeutique en situation de cultures différentes patient/soignant.

Les articles suivants proposent différents types d'approches pour la prise en soin en situation de cultures différentes entre patients et soignants.

L'essai brésilien datant 2023 et ayant un niveau de scientificité moyen, est énoncé en 6.3.1 (27). Il informe de l'importance de la prise en compte de la globalité des éléments du patient et de son environnement. Cette prise en compte des activités humaines propose que la culture soit vue d'un point de vue individuel, communautaire et territorial, allant d'un environnement proche à un environnement lointain.

Ces trois niveaux d'approches (individuelle, communautaire, territoriale) sont développés dans différentes études.

Un mémoire d'élève rédigé en France en 2019 vient en opposition à l'étude précédente : il met en avant uniquement l'approche centrée sur la personne, indépendamment de l'environnement lointain. Son niveau de scientificité est à prendre avec précaution puisqu'il s'agit de littérature grise (33). Il se base sur une étude qualitative et une étude quantitative, interrogeant 57 ergothérapeutes parlant français, travaillant ou ayant travaillé avec des personnes issues de cultures différentes, puis interrogeant 3 ergothérapeutes utilisant le modèle Kawa. Ce mémoire informe de la pertinence d'avoir une approche centrée sur la personne en fonction de ce modèle précis.

Cette conclusion est contredite par les études suivantes allant toutes dans le même sens, et qui mettent en avant l'importance de la communauté et du territoire.

Une étude qualitative canadienne effectuée en 2000 (34) analyse l'expérience de 60 étudiants en ergothérapie à Auckland, alors qu'ils apprennent à travailler avec des personnes de sociocultures différentes de la leur. Malgré le nombre non représentatif d'étudiants, l'étude a

un bon niveau de scientificité : elle est bien cotée au SJR, est passée devant un comité d'éthique, et le choix des étudiants s'est fait selon des critères permettant d'avoir une cohorte la plus représentative possible. Cette étude énonce le fait que l'indépendance est un concept occidental et que, dans certaines cultures, cela est synonyme d'échec social et d'isolement. Elle évoque le concept d'interdépendance comme étant davantage utile à la pratique ergothérapique en situation de cultures différentes entre patient et soignant que le concept d'indépendance.

Ces données sont complétées par un essai français rédigé en 2019 qui met en avant l'importance de la prise en compte de l'environnement humain autour du patient (35). Cet essai parle de l'approche communautaire comme étant particulièrement indiquée pour accompagner les publics fragilisés, en se basant sur la question des occupations. Cet essai est d'une scientificité moyenne : la revue n'est pas recensée au SJR et la méthodologie n'est pas expliquée, mais la publication est issue de la revue de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes, ce qui lui apporte une légitimité. Cet essai propose de ne pas être focalisé sur une approche centrée uniquement sur la santé et donc sur la déficience et la pathologie du patient. Il propose de prendre en compte l'individu comme élément d'un système et non comme élément isolé, par le biais d'une approche communautaire. Il ajoute à cela un moyen, qui est celui d'apprendre des communautés et de connaître les communautés.

Cela est complété par une étude qualitative canadienne datant de 2011 qui présente un bon niveau de scientificité (36). Elle a pour objectif d'examiner les compétences culturelles des ergothérapeutes dans les programmes d'interventions précoces auprès de familles ayant des enfants avec des troubles du développement. Elle soulève la perspective d'avoir un partenariat axé sur la famille lors des prises en soin ergothérapique en situation de cultures différentes entre patient et soignant. Dans cette étude, l'approche est nommée « partenariat centré sur la famille ».

Un essai brésilien rédigé en 2022 vient lui aussi compléter l'ensemble de ces informations (37). Il étudie l'impact de l'ergothérapie sociale au Brésil. Son niveau de scientificité est à prendre avec précaution. En effet, il n'est pas recensé au SJR et n'énonce pas sa méthodologie. Cependant, il se base sur une bibliographie bien étayée et énonce clairement ses propres biais. Les résultats de cet essai mettent en avant des principes de l'ergothérapie sociale : le lien entre l'action et la politique n'est pas dissociable, de même que l'individuel et le collectif. Il remet en cause les modèles dominants souvent imposés dans les prises en soin par les pays occidentaux, et propose de développer des actions plus adaptées aux réalités spécifiques des communautés ou des groupes issus d'une culture différente ou ayant des codes culturels différents de ceux des soignants.

L'analyse de ces études soulève des questionnements. Quelles approches les ergothérapeutes peuvent-ils utiliser pour prendre en compte à la fois les facteurs personnels et l'influence de l'environnement culturel, lors de prises en soin en situation de cultures différentes entre patient et soignant ? De plus, en quoi ces approches influencent-elles la prise en soin et la relation entre patient et soignant en situation de cultures différentes ? Par ailleurs, comment la prise en soin individuelle peut-elle s'insérer dans un travail ergothérapeutique prenant en compte la communauté et le territoire ?

6.4 Synthèse de la revue de littérature

L'analyse de la revue de littérature permet de mettre en lumière différents éléments concernant la prise en soin dans un contexte de différences culturelles entre patient et soignant.

L'environnement culturel joue un rôle central, influençant à la fois les individus et les collectifs (26,27). Il peut être proche et lointain, incluant la famille, la communauté, les soignants et travailleurs sociaux, les instances dirigeantes, mais aussi la situation socio-économico-politique du pays (26,27,31,35). Cet environnement influence les ergothérapeutes en tant qu'individus et dans leur pratique (28), tout comme il impacte également le patient, sa personnalité, ses besoins en autonomie et en indépendance, ses objectifs (33). De plus, la notion d'interdépendance prendrait en compte le patient dans son environnement de manière plus pertinente que le concept d'indépendance (34). Il est ainsi proposé des axes différents : regarder l'individu au sein d'un système, ou en tant qu'individu isolé (31,35,36). Par ailleurs, sont évoquées des habiletés culturelles permettant aux ergothérapeutes de prendre en compte le patient, dans son contexte socio-politico-économique générale (30–32). Ainsi, une compréhension approfondie de la culture du patient est recommandée pour comprendre le patient au sein de son système (33–36). Pour cela, des approches ergothérapeutiques sont proposées : centrée sur le patient (32,33), centrée sur la famille (36), communautaire ou sociale (34,37).

Une partie des résultats rejoint ceux de l'enquête exploratoire, notamment la nécessité de prendre en compte l'impact de l'environnement proche et d'être centré sur le patient. Cependant, la revue de littérature ouvre sur l'importance de prendre en compte l'impact de l'environnement lointain sur le patient et sur le soignant, sur leur relation, et sur la prise en soin.

7 Enrichissement de la thématique de travail

7.1 Problématisation pratique

À la suite de cette revue de littérature, nous soulevons des questions concernant la prise en soin en situation de cultures différentes entre patient et soignant.

Concernant l'environnement culturel : quel impact a l'environnement culturel des individus sur la prise en soin ergothérapeutique ? De plus, quels outils ergothérapeutiques permettent de prendre en compte l'environnement ? Enfin, comment les ergothérapeutes peuvent-ils prendre en compte l'influence de l'environnement culturel sur la relation patient-soignant et sur la prise en soin ?

Concernant les habiletés culturelles des ergothérapeutes : en quoi les habiletés culturelles des ergothérapeutes influencent-elles la relation entre patient et soignant ? De plus, ces habiletés permettent-elles de prendre en compte les spécificités du patient, au sein de son environnement culturel ?

Concernant les approches ergothérapeutiques : quelles approches ergothérapeutiques utiliser pour prendre en compte à la fois les facteurs personnels et l'environnement culturel ? Par ailleurs, la prise en soin individuelle peut-elle s'insérer dans un travail ergothérapeutique prenant en compte la communauté et le territoire ?

7.2 Question initiale de recherche

Au regard de ce questionnement, nous pouvons en déduire une question initiale de recherche : **Lors d'une rencontre entre patients et soignants en contexte sanitaire, en quoi les environnements culturels propres à chacun interagiraient-ils avec la relation qui se tisse entre eux ?**

8 Cadre conceptuel

La question initiale de recherche fait émerger deux concepts directement cités : l'environnement culturel et la relation, que nous développons ici. Pour cela, nous faisons appel à une matrice théorique visible en annexe 10.

8.1 L'environnement culturel

Nous commençons par caractériser l'environnement puis la culture, pour expliciter ensuite l'environnement culturel et ses spécificités. Pour cela, nous ferons appel aux champs disciplinaires des sciences sociales et des sciences de l'occupation.

8.1.1 Composantes de l'environnement culturel

Selon la Convention des Nations Unies, l'accès à l'environnement constitue une condition essentielle de la participation et de l'exercice des droits de l'homme (38). L'environnement est vu par Hegel comme un système dynamique, où l'individu se forme et s'épanouit à travers ses interactions avec la société (39). L'environnement a différentes composantes : physiques, sociales, culturelles, politique et économique, à prendre en compte de manière systémique, comme des éléments interdépendants (40). Les individus ne sont pas fixés dans un environnement et peuvent connaître des changements, nommés « transitions écologiques » (41).

La notion de culture renvoie selon Fortier « au système symbolique partagé par les membres d'une collectivité, ce qui inclut, par exemple, la ou les langues, les valeurs, les croyances, les normes, les traditions et les coutumes » (42). La culture a un rôle : elle permet l'adaptation de l'environnement et de la personne. Elle permet aux êtres humains de transformer leur environnement afin qu'il soit adapté à leurs besoins et leurs projets, et façonne les manières de ressentir, d'être, d'agir afin que les individus soient adaptés à leur milieu de vie (43). On voit le lien fortement tissé entre culture et environnement. Ainsi, la notion d'environnement culturel peut être définie comme l'ensemble des éléments, des conditions matérielles ou immatérielles et des personnes qui environnent un être humain (44). On peut distinguer la partie visible de l'environnement culturel (langues, modes de vie, comportements, traditions et coutumes, productions matérielles et artistiques...) et la partie invisible, qui regroupe les manières de penser (croyances, normes, savoirs, idéologies) et les manières de ressentir (valeurs, sentiments d'appartenance, symboles, habitus) (45).

8.1.2 Influences de l'environnement culturel

D'après Bourdieu, il est aussi possible de distinguer deux types de comportements issus des structures sociales et des environnements culturels : c'est le concept d'habitus, qui conditionne les comportements individuels et collectifs. L'habitus est le produit de l'histoire, des pratiques individuelles et collectives. Il désigne une dimension inconsciente de l'environnement culturel : c'est l'ensemble des manières de ressentir, penser et agir, intériorisées inconsciemment par l'individu au cours de la socialisation et qu'il partage avec son groupe d'appartenance. Il permet à l'individu d'agir et d'interagir de façon adaptée dans son milieu et de s'intégrer socialement.(46) Durkheim distingue lui aussi deux types d'influences de l'environnement culturel : sur les comportements individuels et sur les comportements collectifs. La notion de conscience collective est développée pour parler de l'influence. Elle relie les générations et les

professions et englobe l'« ensemble des croyances et des sentiments communs à la moyenne des membres d'une même société » (47). Par ailleurs, il est important de noter que l'agir, et donc la pratique, tisse des liens entre les individus, et entre les individus et leur environnement, contribuant à la formation d'un milieu, l'environnement culturel où les dimensions culturelles, sociales et écologiques sont étroitement imbriquées (48).

8.1.3 Différentes approches de l'environnement culturel

La prise en compte de toutes les dimensions et interactions des éléments de l'environnement est complexe. Bronfenbrenner expose une théorie écologique du développement (49), avec un modèle qui propose d'analyser les situations en prenant en compte l'ensemble de l'environnement culturel, à l'aide de niveaux de systèmes interagissant entre eux. Cette taxonomie des environnements emboîtés est l'analogisme d'une poupée russe. On trouve le microsystème (famille, école, relations proches), le mésosystème (interactions entre les microsystèmes), l'exosystème (contexte indirect influençant l'individu comme la politique ou l'économie locale), le macrosystème (valeurs culturelles, croyances, système économique et politique). À cela s'ajoute le chronosystème avec la valeur du temps qui passe. À cette approche écosystémique peut s'ajouter la notion d'ontosystème, développée par Morin (50). L'ontosystème est une manière de penser la complexité des relations entre les individus, les sociétés et l'environnement. Il cherche à comprendre comment ces éléments interagissent pour former une réalité indivisible et complexe. Ainsi, l'environnement culturel implique des relations dynamiques entre une personne, un contexte et une temporalité. La théorie de Bronfenbrenner est une théorie du processus de développement et non une théorie de l'individu (41) : l'individu se développe en interaction avec son environnement culturel. Von Bertalanffy expose la théorie générale des systèmes (51) qui reprend le même principe en cherchant à comprendre les environnements à différentes échelles comme des systèmes interconnectés. L'agir, ou action, fait partie intégrante du système, puisque c'est ce qui permet au système d'interagir avec son environnement, de s'autoréguler et de s'adapter. Ainsi, pour comprendre l'ensemble de l'environnement culturel et du système, il faut comprendre les interrelations entre ces parties, impliquant aussi bien la nature du lien que les actions des individus.

8.1.4 L'environnement culturel : un déterminant de santé

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, parmi les déterminants de santé on retrouve des caractéristiques de l'environnement culturel telles que les « conditions dans lesquelles les gens

naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent, et l'ensemble plus large de forces et de systèmes qui façonnent les conditions de la vie quotidienne » (52). L'environnement culturel a un impact sur l'individu : il y a relation entre développement individuel, environnement social et occupation (53,54). Ainsi, l'interaction des facteurs individuels et de l'environnement culturel influence la santé d'une personne (55). En ergothérapie, il est possible de mettre en avant l'importance d'une approche systémique, qui aborde la santé des clients en tenant compte de son environnement culturel. La santé ne dépendant pas que de la biologie et des habitudes de vie, elle dépend aussi des conditions de vie sur lesquelles les individus ont souvent peu de contrôle. Ainsi, la perception des situations avec une vision écologique permet de considérer l'interrelation entre les facteurs biologiques, psychologiques et l'environnement culturel (56). De nombreux modèles ont été élaborés afin d'intégrer l'environnement culturel à l'analyse des situations. Notamment, le modèle Personne-Environnement-Occupation-Performance (cf. schéma annexe 1) (57), qui propose une approche systémique. Il met au centre la performance occupationnelle en tant que résultat des interactions dynamiques entre la personne, son environnement, et ses occupations. Pour aborder les approches écologiques en ergothérapie, il est nécessaire de comprendre et de prendre en compte aussi les processus psychologiques, cognitifs, affectifs et comportementaux en jeu entre l'individu avec son environnement culturel (38).

8.1.5 Synthèse de l'environnement culturel

L'environnement culturel est un système complexe intégrant des composantes visibles et invisibles. Il ne peut être regardé isolément : il interagit en permanence avec l'individu, ses spécificités et ses actions. Des modèles sont élaborés pour permettre d'en classer les éléments, mais aussi pour essayer d'en saisir la dimension systémique et pouvoir regarder les liens et les actions entre les parties. L'environnement culturel a une influence sur la santé des individus par un processus d'interaction entre les spécificités de l'individu et de l'environnement culturel.

8.2 La relation

Pour caractériser la relation, nous ferons appel aux champs disciplinaires des sciences sociales, des sciences de l'occupation, de la philosophie et de la psychologie. La notion de relation est explicitée d'abord d'un point de vue interpersonnel. Nous parlons ensuite de la relation thérapeutique, terme exprimant la relation dans un contexte de soin. Nous verrons les

différentes phases et modalités de la relation, et des approches théoriques permettant d'en saisir la complexité.

8.2.1 Définition de la relation

D'après le CNTRL¹⁸(58), le terme de « relation » peut être défini comme le rapport qui lie des personnes entre elles, avec des liens de dépendance, d'interdépendance ou d'influences réciproques. La relation peut être perçue comme un rapport d'interdépendance entre des variables définies sur la base d'un principe commun. Si l'une des variables se modifie, cela entraîne la modification de l'autre.

Selon Aristote, la relation fait partie des dix catégories fondamentales de l'être et est exprimée comme étant une qualité qui existe entre deux objets (59). Il considère que l'homme est un « animal social », induisant que les relations humaines sont indispensables à l'épanouissement. Il postule par ailleurs que dans une société juste, les individus interagissent selon des principes de justice et de solidarité, et que la relation est un acte d'entraide et de bienfait (60). Pour Hegel, les relations sont dynamiques et définissent les interactions entre des concepts opposés ou contradictoires. Elles impliquent des conflits, des oppositions et des résolutions (61).

Ces définitions soulignent que la relation s'inscrit dans une dynamique d'interdépendance et d'influence réciproque. Pour en saisir les mécanismes, il est intéressant d'explorer des cadres théoriques tels que les approches systémiques et transactionnelles.

8.2.2 Relation et approches analytiques

Les relations sont construites par les intentions et actions individuelles. La vie sociale se modèle en fonction des relations interindividuelles. Les relations et leur contexte social influencent les actions et décisions des individus (62,63). Cette interdépendance est éclairée par Bateson (64) et Bertalanffy (65) : les relations entre individus sont régulées de manière systémique par des processus implicites et des interactions complexes à différents niveaux (psychologique, social, culturel). L'approche systémique (65) propose que les relations humaines ne puissent être comprises que dans le contexte plus large des interactions entre leurs composantes (individus, sous-groupes, normes sociales, etc.). Chaque individu est vu comme une partie intégrée d'un réseau plus large (66). L'approche transactionnelle propose un modèle de compréhension des interactions humaines. Elle envisage que la transaction soit une unité d'échange social qui est un stimulus émis par une personne et une réponse d'une autre personne (67). L'analyse

¹⁸ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

transactionnelle veut examiner ces échanges afin de comprendre les schémas relationnels, les mécanismes de communication et d'émotion et l'impact sur les relations et les comportements. Ainsi, l'approche transactionnelle se concentre sur les interactions dynamiques et étudie les échanges. Elle cherche ainsi à comprendre les processus réciproques entre les individus et les processus d'interdépendance entre les acteurs et les environnements culturels (68). Par ailleurs, la transaction implique une action concrète qui est une interaction comportementale : une personne agit, l'autre réagit (69).

Ces approches analytiques proposent une lecture de la relation comme s'inscrivant dans un ensemble d'interactions régulées par des processus souvent implicites. Elles permettent d'appréhender comment les liens interindividuels se tissent et influencent, en mêlant dimensions personnelles, sociales et culturelles.

8.2.3 Relation et culture

À ces notions s'ajoute l'idée que la mise en relation produit : ce ne sont pas seulement deux éléments qui se rencontrent, mais deux éléments qui ensemble, produisent un élément tiers (64). La notion de tiers-culture illustre cela. La tiers-culture n'est pas l'influence d'une personne sur l'autre, mais la création d'une nouvelle entité lors d'une mise en relation. La tiers-culture est issue de l'interaction entre deux cultures distinctes au sein d'une relation, produisant une troisième culture émergente, qui associe des éléments des deux cultures de départ, mais en créant des caractéristiques nouvelles et uniques (70).

8.2.4 Les étapes de la relation

À toutes ces influences sur la relation, la dynamique de la relation elle-même est à prendre en compte : elle est évolutive dans le temps et peut être définie selon trois étapes (71–73). En premier se produit le début de l'interaction, ou l'entrée dans la relation. Il y a une attraction ou répulsion initiale. Chaque individu tente de maîtriser l'impression. Chacun essaie de projeter une image positive de lui-même, ce qui est fondamental pour initier une relation. En deuxième vient le développement de la relation, où l'intimité est croissante. Ce temps-là peut être défini en plusieurs phases : la découverte de l'autre, avec un partage d'informations personnelles de plus en plus approfondi ; l'intensification de la relation, avec des signes tels que l'approfondissement des discussions, des signes d'affection, ou le développement de rituels ; la stabilité de la relation, qui devient solide et s'intègre dans la vie des gens. La dernière étape est la fin de la relation. Il peut y avoir rupture de l'image, lorsque l'image sociale de l'une ou des deux parties ne correspond pas à ce qui a été projeté. La relation peut s'éroder si les besoins ou

désirs ne sont plus satisfaits. La fin peut aussi être causée par la disparition volontaire ou non d'une des parties, ou être causée par un fait précis (par exemple, dans un cadre médical, par une fin de prise en charge).

8.2.5 La relation thérapeutique

Au-delà de l'évolution dans le temps de la relation entre deux personnes, nous avons vu l'impact de l'environnement sur la relation : c'est le contexte de la relation qui permet d'en déduire un sens (74). Ainsi, la relation peut être interpersonnelle : elle est réciproque, avec une influence mutuelle de personne à personne, dans un contexte social (amical, familial, professionnel...). Lorsque la relation se produit dans un contexte thérapeutique, ce qui est le cas lors d'une rencontre soignant-soigné, on parle de relation thérapeutique (75). D'après Freud, des dynamiques spécifiques comme le transfert et le contre-transfert ont lieu au sein de la relation thérapeutique (76). Le transfert est le processus par lequel le patient projette sur le thérapeute des émotions, des attentes, des envies inconscientes, liées à des éléments du passé, positifs ou négatifs. Le contre-transfert est le phénomène inverse, où le thérapeute projette inconsciemment vers le patient. Comme au sein de toute relation, pour passer de l'étape de la rencontre au développement de la relation, il faut établir une relation de confiance. La mise en place de la relation de confiance peut prendre du temps, mais est fondamentale (77) Pour Rogers, la qualité de la relation entre le thérapeute et le patient est le facteur le plus déterminant pour le succès de la thérapie (78). Rogers nomme des conditions, incluant la relation de confiance, pour que la thérapie soit efficace. Elle doit être centrée sur le patient. Le thérapeute doit être congruent, avoir un regard positif inconditionnel, faire preuve d'empathie et avoir une écoute active.

8.2.6 Les différents modes de relation

La relation, spécifiquement thérapeutique, peut s'effectuer selon différents modes (79). Il y a la relation de maternage, où le soignant répond aux besoins du patient. Cette relation rejoint la relation de dépendance, qui peut être physique, psychique ou environnementale. La relation peut être d'autorité, où le soignant se place en position de supériorité. La relation peut aussi être d'éducation ou de coopération. La première vise à aider l'autre à comprendre ou à grandir. La deuxième est une alliance où le respect et les limites de chacun sont bien effectifs.

8.2.7 Relation et santé

Nous avons vu les éléments influençant la relation. Nous pouvons ajouter à cela l'influence de la relation : Wilcock nomme l'importance de considérer les relations sociales comme jouant un rôle fondamental dans la santé des individus. Un lien est fait entre la participation sociale,

l'occupation et les déterminants sociaux de la santé (80). Les relations impactent la participation aux activités sociales et communautaires, contribuant ou non au bien-être de l'individu. L'isolement social est nommé comme pouvant avoir des effets négatifs sur la santé. Les auteurs sont par ailleurs nombreux à étudier l'enjeu des liens relationnels sur la santé : des relations sociales solides seraient protectrices contre la mortalité et les maladies, réduiraient le stress, et protégeraient contre les problèmes de santé mentale (81–83). Les relations sociales et le statut social sont aussi liés dans la détermination des inégalités en matière de santé (84). Par ailleurs, en contexte thérapeutique, les relations interpersonnelles au sein des groupes peuvent aider les individus à développer des compétences sociales et émotionnelles (85).

8.2.8 Synthèse de la relation

La relation peut être interpersonnelle ou d'ordre thérapeutique. Elle se déroule dans le temps (est formée d'étapes) et dans l'espace (est tributaire de son contexte). La relation est interdépendante des liens entre les individus, au sein d'un contexte spécifique. Elle est systémique, dynamique, et productrice d'éléments nouveaux, notamment la tiers-culture. La présence et la qualité de la relation est un facteur influant de la santé.

9 Ouverture et objet de recherche

L'éclairage apporté par les concepts d'environnement culturel et de relation permet d'élaborer une problématisation théorique. Ce questionnement est recontextualisé à l'ergothérapie et à la question initiale de recherche. Cela permet de construire une question de recherche, puis un objet de recherche.

9.1 Problématisation théorique

À l'issue de l'analyse des concepts, quelques questions principales ont émergé, mettant en tension le concept d'environnement culturel et celui de relation.

Concernant l'influence des composantes de l'environnement : En quoi les différents niveaux de composantes de l'environnement (micro, méso, exo, macrosystémique) impactent-ils la qualité, la nature et l'évolution des relations ? Aussi, comment définir les composantes visibles et invisibles de l'environnement culturel ? Et, jusqu'où s'étendent les composantes invisibles ? Par ailleurs, comment les interactions entre les différentes composantes influencent-elles les relations interpersonnelles ?

Concernant les types d'approches : Les approches systémiques et transactionnelles permettent-elles de comprendre l'interaction entre environnement culturel et relations interpersonnelles ?

Par ailleurs, ces approches permettent-elles de prendre en compte des interactions complexes entre environnements culturels et relations interpersonnelles ?

Concernant l'interaction entre environnement et relation : Comment les composantes visibles et invisibles de la culture affectent-elles les interactions ? Par ailleurs, dans quelle mesure l'environnement culturel et ses composantes invisibles impacte-t-il les attentes et les dynamiques au sein des relations ? D'autre part, quels impacts les relations ont-elles sur l'ensemble du système au sein duquel elles ont lieu ? Et, comment les relations participent-elles à la transformation, l'adaptation ou la continuité des environnements culturels et ses composantes visibles et invisibles ? Aussi, comment les dynamiques des composantes invisibles de l'environnement culturel et celles des relations interpersonnelles interagissent-elles ?

9.2 Recontextualisation

En nous appuyant sur les questions précédentes, nous allons recontextualiser les concepts dans le cadre de l'ergothérapie et du sujet de travail.

Dans quelle mesure les différences d'environnements culturels entre ergothérapeute et patient impactent-elles leur relation ? Au regard de cela, comment l'environnement culturel de chacun influence-t-il les relations entre patient et ergothérapeute ? Par ailleurs, en quoi les composantes visibles et invisibles de l'environnement culturel du patient et de l'ergothérapeute les impactent-elles en tant qu'individus ? Et, comment ces composantes personnelles les impactent-il dans leur rôle de patient et d'ergothérapeute ? Ainsi, comment les composantes visibles et invisibles des environnements culturels interagissent-elles avec la relation en situation de cultures différentes entre patient et ergothérapeute ? Et, dans quelle mesure la dynamique de la relation entre patient et ergothérapeute a-t-elle un impact sur les composantes invisibles des environnements culturels ? Par ailleurs, quels outils permettent de comprendre les composantes invisibles des environnements culturels ? Et, comment accéder aux composantes de l'environnement culturel en jeu dans la relation entre patient et ergothérapeute ? Aussi, comment les prendre en compte dans la relation entre patient et ergothérapeute en situation de cultures différentes ?

9.3 Question et objet de recherche

L'ensemble de ces questionnements amène à une question de recherche :

En contexte sanitaire, comment les ergothérapeutes appréhendent-ils les composantes invisibles de l'environnement culturel dans la relation patient-ergothérapeute en situation de cultures différentes ?

L'objet de recherche est l'appréhension par les ergothérapeutes des composantes invisibles de l'environnement culturel, dans leur relation avec les patients, en contexte sanitaire et en situation de cultures différentes.

Partie 2 : Matériel et méthode

10 Établissement de la méthode et du matériel de recherche

10.1 L'approche qualitative

Nous cherchons à explorer un phénomène, à en comprendre le sens, et non à établir des relations statistiques. Nous cherchons à comprendre des dynamiques sociales ou culturelles et nous nous intéressons à la perception des ergothérapeutes, avec leur subjectivité propre. Les données récoltées sont des récits et observations, contextualisées, qui ne sont pas traduisibles en données chiffrées (86,87). Ainsi, après l'examen des différentes approches de recherche, ce travail s'oriente sur le choix d'une approche qualitative. Il est écarté la méthode quantitative, qui cherche à prouver ou à démontrer.

Nous cherchons à comprendre les singularités et il n'y a pas d'hypothèse de départ posée. Le travail se porte sur l'analyse du discours recueilli (88).

10.2 La population cible et les sites d'explorations

Les critères d'inclusion et d'exclusion de la population cible de l'étude sont sensiblement les mêmes que ceux de l'enquête exploratoire.

Les participants éligibles à l'étude doivent avoir obtenu le Diplôme d'État d'Ergothérapeute et exercer à un poste d'ergothérapeute. Ils doivent être en activité depuis au moins 6 mois afin de contribuer à enrichir la théorie par des données récentes de la pratique ergothérapeutique. Ils exercent en France (métropole et en outre-mer), en structures sanitaire, au sein desquelles ils effectuent des prises en charge de personnes issues de cultures différentes de la leur. En cas d'arrêt de prise en soin de patients issus de cultures différentes de la leur, cet arrêt doit être

d'une temporalité inférieure à 6 mois, afin de conserver une contemporanéité de la réalité du terrain.

Sont exclues de l'étude les personnes non diplômées en ergothérapie, qui n'exercent pas à un poste d'ergothérapeute ou qui n'exercent pas dans une structure sanitaire ou qui exercent à l'étranger (hors France et outremer). Si le début d'exercice a moins de 6 mois, ou qu'un arrêt de la prise en soin de patients issus d'autres cultures que la leur a plus de 6 mois, il y a exclusion. Aussi, si elles n'exercent pas auprès de patients issus de cultures différentes de la leur, il y a exclusion.

Les sites d'exploration pris en compte sont tous types d'établissements sanitaires au sein desquels peuvent se présenter des situations de cultures différentes entre patients et soignants, et au sein desquels exercent des ergothérapeutes (les critères et sites étant identiques à l'enquête exploratoire, cf. partie 4.2.2).

10.3 L'outil de recueil de données : le groupe de discussion ou focus group

Pour tenter de répondre à la question de recherche posée, nous souhaitons accéder aux représentations collectives des ergothérapeutes, aux perceptions partagées et aux divergences. Les dimensions complexes étudiées lors des pratiques ergothérapeutiques sont parfois implicites, et peuvent être peu conscientisées. En croisant les expériences vécues, nous souhaitons identifier des stratégies et des questionnements, pour mieux comprendre le phénomène. Cette démarche repose sur des questions ouvertes, permettant d'accéder à la richesse des perceptions tout en garantissant des données comparables, en intégrant des nuances et spécificités propres à chaque ergothérapeute. Ainsi, pour sélectionner notre outil de recueil de données, nous écartons la méthode d'observation : le souhait n'est pas d'étudier l'agir concret dans la pratique de l'ergothérapie. Nous nous intéressons à l'entretien clinique semi-directif, individuel, qui laisse la place aux réponses nuancées et détaillées, et permet de récolter des éléments non anticipés et des informations approfondies (86). Cependant, les entretiens cliniques sont écartés : nous cherchons à croiser les expériences des professionnels pour explorer des dimensions dont les ergothérapeutes n'ont pas forcément conscientisé les mécanismes. Nous choisissons donc de nous tourner vers une méthode d'entretien collectif : le groupe de discussion ou focus group. En effet, cet outil de recueil de données peut permettre de faire émerger par la discussion des dimensions que les participants n'auraient peut-être pas évoquées en entretien individuel. Le croisement de propos, d'idées, de situations vécues et partagées aide à verbaliser des savoirs implicites, et aide à la compréhension du phénomène complexe étudié (89).

L'outil théorisé de recueil de données « focus group » est un outil qualitatif de recueil de données de manière collective par le biais d'une discussion semi-structurée. Il est modéré par un observateur et un modérateur (87,88,90).

Cette méthode apparue après-guerre est d'abord utilisée en marketing pour recueillir les attentes des consommateurs. Puis, au début des années mille neuf cent quatre-vingt, elle est récupérée par la recherche pour être mise au service de la santé et des sciences sociales (90).

Cette technique repose sur la dynamique de groupe et sur l'interaction des participants, dont le point de vue peut évoluer au cours de la discussion. Ainsi, l'objectif est de recueillir des informations, en faisant émerger différentes réflexions concordantes, discordantes, et changeantes, grâce au débat et aux discussions. Les échanges permettent de faire émerger des opinions et des expériences personnelles (88,90,91). La constitution du focus group doit être faite en fonction des objectifs de l'enquête et être un échantillon théorique reflétant la réalité, afin de varier les opinions et de faire émerger un maximum de points de vue. Le nombre de participants doit idéalement être entre 6 et 8 personnes volontaires, avec un minimum de 4 et un maximum de 12, pour conserver une dynamique et laisser la place à chacun (87,90).

Le focus group est un outil efficace pour récolter une grande quantité d'information en peu de temps (90). Il permet d'interroger différents interlocuteurs en simultané. Les échanges entre les participants permettent de construire une pensée commune : il est possible d'observer comment le sens est collectivement construit, en faisant émerger des croyances, opinions et expériences. L'usage du focus group facilite le traitement des informations récoltées, puisque les informations sont croisées durant l'entretien (91).

Cette méthode présente des inconvénients (88,90,91). Le premier obstacle est la difficulté à réunir un groupe de personnes dans un même temps. De plus, l'animateur doit être neutre par rapport aux participants et par rapport au sujet. Le nombre de questions est limité. Par ailleurs, des limites peuvent aussi être « sociales » : cela est développé par la suite en tant que biais de l'OTRD. La confidentialité est elle aussi difficile à respecter.

Une attention est portée à des critères d'hétérogénéité et d'homogénéité des participants, afin d'avoir une représentativité et d'assurer une appréhension commune de la profession. Nous cherchons une hétérogénéité de genre (hommes et femmes), géographique (métropole et DOM), de types de structures de prise en soin (SMR, psychiatrie, institution, cabinet libéral, travail à domicile...) et du type de patients pris en soin (adultes et enfants). L'homogénéité est assurée par le travail effectué en contexte sanitaire en France, en étant détenteur d'un diplôme d'ergothérapie français.

10.4 Les biais du focus group

L'utilisation du focus group est sujette à plusieurs biais qui peuvent affecter la fiabilité des résultats (92–95). Le principal biais énoncé est d'ordre social et lié au fait de rassembler plusieurs personnes dans un même lieu et autour d'un même sujet. L'influence du groupe, la pression sociale ressentie ou la désirabilité sociale peuvent conduire les personnes interrogées à adapter leurs réponses en fonction du groupe ou de leur perception du groupe et ne pas s'exprimer librement. De plus, la dynamique du groupe peut influencer un consensus ou donner un poids à certaines opinions, notamment en fonction des tempéraments plus ou moins introvertis ou extravertis. Ces biais peuvent biaiser l'interprétation des données et en limiter la pertinence. Ainsi, des stratégies doivent être pensées pour assurer des résultats les plus représentatifs possibles des perceptions des personnes interrogées. Parmi les stratégies à mettre en place, il est important de faire une sélection rigoureuse et réfléchie des participants pour assurer une diversité et une pertinence de représentativité. En début de discussion, le cadre de la confidentialité, de l'écoute, du non-jugement doit être rappelé, et le modérateur doit garantir et assurer sa neutralité tout du long. Lorsque cela est possible, la conservation de l'anonymat peut aider à réduire la pression sociale. Les biais sont développés en annexe 11.

Ainsi, afin de limiter les biais de l'OTRD, des stratégies sont pensées. Les ergothérapeutes recrutés pour l'étude sont diversifiés en termes de lieux d'exercice, de lieu géographique, de mixité et d'âge. L'ordre et la formulation des questions est réfléchi pour être la plus claire possible tout en garantissant une dynamique de discussion. Les phrases de relance sont préparées en amont.

10.5 La construction de l'OTRD focus group

Des étapes doivent être respectées en amont du déroulé du focus group (87,89,90).

Dans un premier temps vient l'élaboration d'un questionnaire quantitatif (89), pour recueillir les caractéristiques des participants (âge, sexe, lieu d'exercice...). Il doit être court, neutre et anonyme. Le choix est fait de réaliser un questionnaire Framatouch®, remplissable en ligne, pour une simplicité d'usage des participants. Il permet notamment de voir la pertinence de l'échantillon choisi au regard de la profession dans son ensemble (annexe 12).

En deuxième lieu doit être réalisée l'élaboration d'un guide d'entretien qualitatif ou scénario du focus group, qui trame le déroulé de la séance (89). Ce guide d'entretien est visible en annexe 13. L'introduction présente l'étude, le modérateur et l'observateur. Le cadre du focus group est posé, en rappelant la confidentialité, l'anonymisation des données, l'importance de la

participation de chacun pour recueillir un maximum d'informations sans aller vers la recherche d'un consensus.

La question de recherche est remaniée pour être énoncée de manière simple. Elle est affichée afin que les ergothérapeutes puissent appréhender le sujet général de la discussion. Le déroulé de la discussion est mis en place grâce à une trame de questions ouvertes, neutres, accessibles en termes de vocabulaire, préparées à l'avance. Ces questions sont visibles en annexe 14, dans la matrice de questionnaire. Elles ne comportent qu'une idée par question, qui interroge sans orienter. Elles serviront de base : elles permettent de garder en tête les grandes thématiques du sujet. Ces questions sont pensées pour être à la fois guidantes, afin de recueillir des données en lien avec l'objet de la recherche, et larges, pour permettre l'émergence spontanée des idées. Des questions de relance sont préparées, pour inviter les ergothérapeutes à creuser davantage si cela est nécessaire. Cependant, il est important d'être vigilant à laisser les discussions se dérouler sans les influencer. Des « mots-clés » pertinents pour le sujet sont listés, afin d'être attentif à leur énonciation. Une synthèse finale sera réalisée à distance du focus group et envoyée par mail.

10.6 Le cadre réglementaire et éthique

Comme lors de l'enquête exploratoire et avec les mêmes moyens, nous serons attentif au respect des normes réglementaires et éthiques définies par la loi Jardé et le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). Lors de cette étude nous interrogeons uniquement des praticiens et ne sommes donc pas soumis la loi Jardé. Toutefois, nous assurons la protection des droits, la sécurité et la confidentialité des participants. Nous récoltons le consentement des participants, et les informons de leur droit de se retirer à tout moment, tout en respectant leur anonymat dans le traitement des résultats. À la fin de l'étude, les mesures nécessaires seront prises pour détruire les données.

10.7 Outils pour le focus group et le traitement des données

Nous choisissons de mettre en place le focus group par le biais d'une visioconférence, pour des raisons logistiques : les ergothérapeutes ne sont pas disponibles pour se déplacer, et/ou sont loin géographiquement. Nous utilisons le logiciel Zoom®, qui garantit une sécurité des données, et avec lequel il est possible d'enregistrer la discussion. La transcription est réalisée par le biais du logiciel Word®.

Un observateur et un modérateur sont présents durant le focus group. Le modérateur est le meneur de la réunion. Il va faciliter l'expression des participants et est garant aussi bien du

cadre que de l'ambiance. Il guide la discussion sans l'influencer et doit avoir une écoute réflexive. Il va gérer la dynamique de groupe en régulant les interactions et en étant attentif à ce que l'atmosphère soit propice à la discussion. Il est responsable du maintien de l'objectif, mais aussi de la durée, de la confidentialité... L'observateur est présenté en début de discussion et coupe sa caméra afin de ne pas influencer le déroulé. Il est là pour observer les interactions entre les participants et identifier les dynamiques de groupe. Il repère les éléments verbaux et non verbaux qui ressortent. C'est un soutien au modérateur. Il peut signaler au modérateur certains phénomènes ou besoin durant le déroulement du focus group. Il va documenter le déroulement en prenant des notes (94,96).

L'analyse des données recueillies est une analyse qualitative. C'est une analyse thématique qui permet de repérer les points communs, divergences, ou dynamiques collectives autour d'un sujet donné. Elle se fait par codage axial du texte (le verbatim) : le texte est découpé pour être analysé selon des thèmes et sous-thèmes. Cela permet d'établir des liens entre les différents thèmes, et de les comparer pour faire émerger des idées, des tendances, des positions, partagées ou non (89,97,98).

10.8 Test de faisabilité et de validité du dispositif de recherche

Pour tester la faisabilité et la validité du dispositif, nous faisons un premier test du dispositif technique (fonctionnement du logiciel, la durée de visio-conférence possible, la qualité d'enregistrement...), sans question, avec deux autres personnes. Dans un deuxième temps, est réalisée une cohorte d'entraînement, afin d'identifier des problèmes méthodologiques et de pouvoir s'ajuster avant l'étude. Faute d'ergothérapeutes professionnels recrutables pour cela, le test est réalisé avec des étudiants en ergothérapie. Les conditions sont reproduites à l'identique du focus group prévu. Cette passation permet de réajuster des éléments. La présentation du sujet de l'étude doit être précisée pour être bien cernée. Une question est mal comprise par les interlocuteurs, qui ont tous répondu à côté de ce qui est cherché. Le test permet aussi d'interroger la pertinence de l'outil « main levée » de l'application, pour faire circuler la parole. La décision prise est de rappeler l'importance de laisser la place à chacun de s'exprimer, et de garder une vigilance pour bien faire circuler la parole.

10.8.1 Le déroulement du focus group

Afin d'assurer son bon déroulement, le focus group est préparé en amont.

L'organisation logistique des groupes de discussion est réfléchi pour être la plus adaptée aux besoins de l'étude et des participants (lieu, date, horaire, accueil...). L'utilisation du matériel d'enregistrement est testée et des autorisations d'enregistrement des participants sont faites. À cela s'ajoute la préparation de l'animation du groupe avec un modérateur (animation, guide, écoute active) et un observateur (prise des notes : phrases, thèmes clés, langage non verbal...). Nous avons contacté par mail des ergothérapeutes afin de constituer le groupe. Ces contacts ont été rassemblés en respectant les critères d'inclusion et d'exclusion qui garantissent la pertinence de leur présence. Nous avons envoyé un mail à sept ergothérapeutes, en précisant le thème de la recherche, son cadre, sa temporalité. Tous ont répondu positivement, en spécifiant des risques de contraintes d'emploi du temps. Un mois avant la date estimée du focus group, un mail commun et anonymisé est envoyé à tous, contenant un lien vers un Framadate®, pour convenir d'une date. Cette date est fixée et permet de rassembler 5 ergothérapeutes sur les 7. Un autre mail est envoyé une semaine avant la date, avec le lien pour accéder à la réunion via Zoom®, le formulaire de consentement à retourner complété et signé, et un lien vers un questionnaire quantitatif (annexe 17). Enfin, un dernier mail de rappel est envoyé la veille du focus group. Le focus group se déroule selon le protocole énoncé en « 10.5 la construction de l'OTRD ». Après le déroulé du focus group, un débriefing entre modérateur et observateur a lieu. Puis, a lieu la retranscription intégrale de la discussion enregistrée, en l'anonymisant. Enfin, l'analyse des données et la synthèse des résultats est réalisées selon des méthodes qualitatives (89).

Partie 3 : Résultats

11 Résultats du focus group

11.1 Les données descriptives

Le focus group a rassemblé 7 participants. Cinq femmes et deux hommes étaient présents, dont cinq ergothérapeutes, une modératrice et une observatrice. Un participant vit et travaille en outremer, les autres en métropole. Les lieux d'exercice des ergothérapeutes sont variés (SMR, lieux de vie, centre hospitalier, psychiatrie, pédiatrie) tout comme la patientèle (enfants, adolescents, adultes, personnes âgées). Leurs âges varient de trente-trois à quarante-neuf ans, et leurs années de diplôme de 1999 à 2017. La motivation à participer au focus group est un intérêt pour le sujet et un désir de réfléchir à l'interaction entre la culture et la prise en soin. L'échange avec d'autres ergothérapeutes est aussi significatif, ainsi que le désir de soutenir un

étudiant. Chaque ergothérapeute répond aux critères d'inclusion des participants à la recherche. Le recueil d'information du questionnaire qualitatif est visible en annexe 15.

Profil des participants :

Modératrice : étudiante en 3^e année d'ergothérapie / mémoire d'initiation à la recherche.

Observatrice : étudiante en 3^e année d'ergothérapie, amie de la modératrice, sensible au sujet.

E1 : Ergothérapeute diplômé en 1999, travaille en métropole en région sud, en SMR, avec une population adulte présentant une grande mixité culturelle et venant de pays différents. Le temps de travail de rééducation se déroule beaucoup dans un espace commun, autour d'une table commune.

E2 : Ergothérapeute diplômée en 2017, travaille en métropole en région sud, en psychiatrie en hôpital de jour, avec une patientèle adulte psychotique ou présentant un syndrome post-traumatique, des déficiences intellectuelles ou globales. Le travail se fait beaucoup en vie communautaire et en atelier groupal. La population est mixte d'un point de vue culturel.

E3 : Ergothérapeute diplômée en 2011, travaille en métropole en région sud, en centre hospitalier en neuropédiatrie, auprès d'enfants ou d'adolescents présentant notamment des polyhandicaps, maladies métaboliques et maladies neuromusculaires. La patientèle est mixte d'un point de vue culturel et des patients viennent de l'étranger pour être pris en soin.

E4 : Ergothérapeute diplômée en 2002, travaille en métropole en région sud, dans une association intervenant en lieux de vie auprès d'une patientèle de tous âges (enfants, adolescents, adultes, personnes âgées) et pour tous types de handicaps. Les interventions sont nombreuses auprès de personnes précaires, et issues de cultures différentes.

E5 : Ergothérapeute diplômée en 2015, travaille en outre-mer, en SMR, polyvalent et spécialisé en neurologie, auprès d'un public adulte. A réalisé son mémoire de fin d'études sur l'effet de la culture des patients dans la prise en charge. Intervient auprès d'une patientèle issue de cultures très différentes implantées sur un même territoire.

11.2 Analyse dynamique de groupe

Le focus group a duré 1h30. La parole a pu circuler librement. L'écoute entre les participants semble de qualité et la parole a rapidement tourné, de manière spontanée, tout en étant respectée par tous.

Des rôles se sont rapidement et naturellement répartis et ont soutenu l'élaboration du discours. Un des participants recentre les propos sur les questions de l'animateur, l'autre résume les idées générales, un autre ouvre le propos... Cependant, certains ergothérapeutes ont été moins présents dans la conversation. On peut s'interroger sur la raison de leur retenue.

Chaque participant donne suite aux idées développées par les précédents. Les propos et la pensée se sont construits au fur et à mesure de manière collective. Les notions abordées dans les questions préparées en amont par l'animatrice ont été parlées spontanément au fur et à mesure de la discussion et les questions ont permis de pointer plus que de générer de la réflexion. Des dissensions ne sont pas apparues : il s'est agi de penser ensemble une question large, en construisant une réflexion commune, et en faisant du lien avec la pratique.

Les intervenants ont de manière générale rapporté la richesse et le plaisir de leurs échanges. Certains ont aussi énoncé le fait d'être surpris par l'importance de la notion de cultures différentes, et l'importance de la penser.

11.3 L'analyse thématique du focus group

L'analyse de la discussion réalisée suite à la retranscription du focus group fait ressortir des thématiques liées aux objectifs de recherche : les composantes culturelles collectives et individuelles, les modes de vie liés à la culture du patient, la relation entre patient et ergothérapeute. De nouveaux thèmes émergent par le biais de l'analyse : la communication entre patient et ergothérapeute, l'adaptation de l'ergothérapeute, l'activité, et la réflexion des ergothérapeutes. Ces thèmes sont liés les uns aux autres au sein du discours des ergothérapeutes et dans leur manière d'être pensés ou envisagés. Ainsi, certaines thématiques sont développées en étant regroupées. Le tableau d'analyse est visible en annexe 16, ainsi qu'un arbre thématique mettant en avant les liaisons entre les thèmes avec leur récurrence, en annexe 17.

11.3.1 Liens entre composantes culturelles collectives et individuelles, et modes de vie liés à la culture du patient

Les données recueillies pour ces thématiques sont majoritairement issues des réponses à la première question du focus group. La dynamique du groupe est sur du descriptif : ils listent des composantes pertinentes à leurs yeux pour définir la culture. C'est l'ergothérapeute E5 qui nomme clairement les notions de culture collective et de culture individuelle après avoir entendu les autres ergothérapeutes exprimer des composantes de la culture [L89]. La notion de *culture collective* [L.88-89, L93-95, L96-98, L.123-124, L.724] exprime une notion large englobant des idées communes à une population. Elle diverge des composantes individuelles de la culture, plus précises.

Les composantes culturelles collectives sont englobées sous le concept-valise de *culture collective*. Lorsqu'elles sont détaillées, des éléments sont recueillis en tant qu'ergothérapeute : *particularités de chaque culture* [L.543-544], codes sociétaux [L89-90], habitudes de vie

[L193-195], représentations personnelles [L95-98, L615-617] et traditions [L370-372]. Les liens sociaux du patient sont aussi à prendre en compte par les ergothérapeutes [importance de la communauté autour du patient [L93-95, L95-98] - intergénération [L60-61, L165-167, L319] - entourage durant la prise en soin [L42-43, L60-61, L370-372, L399-402]].

Les composantes culturelles individuelles sont spécifiées par la notion d'individualité [L110, L263]. Elle donne conscience aux ergothérapeutes de l'aspect personnel de la culture [L93-95, L95-98, L.261-265, L.565-566]. Elle est définie par le fait de se différencier des autres individus [L42, L95-98, L333-336, L559, L565-566, L559]. Des éléments sont à observer : les manières d'agir [L105-108, L109-112, L123-124, L615-617], les éléments perceptibles sur les lieux de vie [L226-228, L230-231], le contexte environnemental, humain et matériel [L100-102].

L'intérêt du lieu de vie quant aux composantes culturelles ouvre des discussions étayées par le travail de terrain des ergothérapeutes. L'ergothérapeute E4 spécifie l'indispensabilité d'avoir accès aux lieux de vie pour percevoir les éléments culturels du patient [L69, L227, L231]. Cela interroge notamment E2 [L175-176] sur la manière de recueillir des informations fondamentales lorsqu'il n'y a pas accès aux lieux de vie. E5 illustre d'exemples concrets cette problématique. Ainsi, l'écoute permet de recueillir ce qui n'est pas observable ou qui ne peut être dit que par la personne elle-même [L559], notamment l'histoire du patient [L157], son savoir-faire [L152], son caractère [L109]. Ces facteurs personnels observables ou non sont nommés *les couleurs de la personne* [L102, 156, 515].

Une difficulté fait l'unanimité lorsque l'ergothérapeute E4 insiste sur la difficulté à définir la culture, car la notion est vaste [L33-34, L132]. E3 cherche des éléments de réponse en sollicitant une définition auprès de l'animatrice. Ces remarques incitent le groupe à détailler et lister les éléments culturels, et ils mettent en lien composantes culturelles et prise en soin.

Ainsi, les modes de vie liés à la culture viennent compléter et préciser les composantes culturelles collectives et individuelles. Ils concernent aussi bien des modes d'agir que de penser. Les habitudes sont un élément central à observer, mais elles ne sont pas spécifiées [L256, L15-16, L19, L308-312, L271, L202, L117, L40, L333, L209, L192, L99]. La notion de codes culturels présente une difficulté du fait de son inobservabilité directe [L84, L79-80, L76, L95, L81-84, L76, L80]. La religion [L55, L17-18, L693, L128] apparaît comme un facteur pouvant entraver la prise en soin [L378, L382-384, L 391]. Les représentations culturelles ont aussi une incidence sur la prise en soin et sont, elles aussi, non observables. Elles influencent la manière de réaliser des activités [L617, L274] et la vision du soin [L30, L213, L463]. Les différences

de représentation entre patient et soignant sont aussi mentionnées comme pouvant être une gêne [L258, L117, L239], tout comme les valeurs personnelles du patient et du soignant [L457, L544, L545, L455, L243].

La synthèse des informations recueillies permet d'énoncer que la culture est définie par les ergothérapeutes selon deux axes : elle est collective, et individuelle. Elle regroupe les manières de penser et d'agir. Les modes de vie en sont des marqueurs détectables par les ergothérapeutes, et sont principalement non observables. L'agir est visible et observable directement. Les manières de penser sont invisibles. Ces différents éléments influent sur la prise en soin.

Le lien peut être fait entre ces notions et les concepts de composantes visibles ou invisibles de l'environnement culturel, qui peuvent être personnelles ou collectives.

11.3.2 La relation patient-ergothérapeute, la communication patient-ergothérapeute

La relation entre patient et soignant en situation de cultures différentes est énoncée spontanément durant tout le focus group. Les ergothérapeutes s'entendent pour en spécifier l'importance dans la prise en soin. Des liens sont faits, par les échanges successifs, entre les composantes culturelles et la relation entre patient et soignant. C'est par le biais de ce qui est susceptible d'entraver la mise en relation que cela apparaît. Par ailleurs, la relation est fortement corrélée avec la communication entre patient et ergothérapeute, et avec les modes de vie liés à la culture.

La communication semble primordiale pour permettre la mise en place de la relation [L.436-437]. La communication se construit à partir de l'intérêt porté au patient par le soignant, par le biais de la discussion et de questions [L255-256, L436-437, L438-442] et par l'écoute [L199-200]. L'écoute est vue comme un outil : elle permet de s'adapter au patient [L196-197, L444, L504-505, L199-200]. C'est un moyen de compréhension de l'autre qui rend possible l'établissement de la relation thérapeutique et de confiance [L438-444, L255-258].

Durant le focus group, les ergothérapeutes s'interrogent ensemble sur la manière de se comprendre pour entrer en relation. Ils interagissent et rebondissent sur les remarques les uns des autres en construisant progressivement une pensée. L'ergothérapeute E5 ponctue en exprimant le fait que la sensibilisation depuis l'enfance aux autres cultures est un atout majeur pour la compréhension [L610-611]. Par ailleurs, la question de la langue commune parlée n'est évoquée que succinctement et n'est pas une difficulté : *j'ai un patient sur deux qui parle pas français et je n'y ai pas pensé / oui, on s'y accomode* [L22-23]. Ainsi, la nécessité d'avoir un

langage commun est vue comme quelque chose de subtil qui passe par le fait d'expliquer [L23, L62-64] et de comprendre les codes de l'autre [L37-38, L81-84].

La mise en place de la relation patient-soignant est similaire à la mise en place de tout type d'autre relation [L496, L85, L258-259]. Nous l'avons vu : la relation patient-soignant repose sur la discussion, mais aussi sur la capacité d'accueil [L228] et de respect [L494-495]. La relation est à coconstruire [L326-328, L330], en s'appuyant sur l'acceptation et l'adaptation à la différence de l'autre [L199, L696]. L'adaptation du soignant [L77-78, L199-200] joue sur la relation thérapeutique. C'est un facilitateur pour l'adhésion à la prise en soin [L265-266] et cela permet au patient de se dévoiler [L201-203, L191-193].

Des obstacles à la relation patient-ergothérapeute sont énoncés, qui font écho à des éléments non observables des modes de vie cités : les valeurs [L455-457], la représentation du soin [L461-463], l'absence de compréhension des codes [L79-80].

Pour synthétiser, il est évoqué par les ergothérapeutes la construction et le développement de la relation patient-soignant par le biais d'un langage commun au-delà des mots et par la compréhension d'éléments non observables des modes de vies du patient. Ils nomment l'évolution et les obstacles de la relation patient-soignant, tout en précisant qu'elle est fondée sur le même système que tout autre type de relation. La qualité de la relation de personne à personne influe sur la mise en place de la relation thérapeutique. Nous pouvons faire le lien avec les concepts de relation interpersonnelle et de relation thérapeutique.

11.3.3 La capacité d'adaptation des ergothérapeutes à la culture du patient

La thématique de l'adaptation à la culture du patient est discutée durant le focus group comme en second plan. Ce n'est jamais abordé comme un sujet à part entière, cela se glisse dans le discours de chacun comme une anecdote. C'est à la fois un prérequis au travail, un moyen et une nécessité. Par ailleurs, c'est face à la question posée de définir les éléments de culture qu'ils perçoivent sur le terrain en tant que professionnels que la notion d'adaptation apparaît instantanément. C'est l'ergothérapeute E1 qui amorce la réflexion sur la nécessité d'adapter, qui va de pair avec la compréhension [L57-58].

Ainsi, la nécessité pour les ergothérapeutes de s'adapter à la culture du patient est abordée comme une évidence [L182, L261]. Un des buts de l'adaptation des ergothérapeutes est la mise en place d'interventions ergothérapeutiques pertinentes [L188-189, L438-444]. Nous avons vu que la capacité d'adaptation des ergothérapeutes est mise en lien avec la relation et la communication entre patient et soignant. Ainsi, la relation est à la fois un but de l'adaptation

[L77-78] et un facteur facilitant l'adaptation [L328-331]. D'autres facteurs influencent l'adaptation et sont des composantes culturelles invisibles : cadre de la personne, codes, représentations [L93-95, L98, L70, L75-76]. Il est nécessaire de prendre en compte les valeurs et particularités [L544, L211-213]. La communication influe par l'écoute [L504-506, L196-197, L199, L438-444]) et la compréhension de l'autre [L56-57].

Ainsi, il est possible de penser que l'adaptation des ergothérapeutes au patient en situation de culture différente permet le développement de la relation patient-soignant et la mise en place d'interventions pertinentes, que l'on peut nommer interventions centrées sur le patient. Pour s'adapter, les ergothérapeutes utilisent la relation patient-soignant et la communication, pour comprendre l'autre et ses modes de vie au travers de composantes invisibles de l'environnement culturel.

11.3.4 L'activité

La pertinence de l'activité comme ressource pour l'ergothérapeute en situation de culture différente avec le patient est évoquée dès le début du focus group par l'ergothérapeute E4 [L41]. Cela fait rebondir E1 qui valorise cela : *On a la chance de travailler avec l'activité* [L99-100]. Ces remarques donnent la tonalité de la vision du groupe sur cette thématique.

Ainsi, l'activité est un fait établi lorsqu'elle est mise en lien avec la notion de culture du patient [L.339-440]. L'activité est façonnée par les composantes culturelles collectives et individuelles, visibles ou invisibles [L339-340, L 271- 273, L617, L 41-42]. Elle est aussi un outil de mise en lien entre patient et soignant issus de cultures différentes, et entre le patient et la thérapie [L438-444, L274-277, L100, L370-372]. L'activité devant faire sens pour le patient en tant qu'individu [L41-42, L615-617, L279, L302-303, L363-364], elle est intrinsèquement liée à sa culture [L274-277, 339-340]. Elle fait partie d'un processus incluant la communication, la relation, la réflexion de l'ergothérapeute et l'adaptation, cela au regard de l'analyse des *couleurs* de la personne [L438-444, L100-102].

La thématique de l'activité est un sujet à la fois unanime et complexe pour le groupe. L'ergothérapeute E2 soulève le fait que l'activité propre au patient interroge l'aspect personnel ou collectif de la culture [L112-113]. Cela influe sur la réflexion du groupe : les ergothérapeutes doivent être attentifs à ne pas généraliser la notion de culture [L116]. Plusieurs d'entre eux proposent l'analyse de l'activité comme moyen de mieux comprendre la culture. E2 se positionne en vigilance : la culture masque ce qui peut être propre à la personne, ce n'est pas en décrivant la personne qu'on se représente la culture. Une des réponses apportée pour ne pas

généraliser est l'usage des modèles conceptuels ergothérapeutiques. Ce sont des moyens pertinents pour aider au processus général et pour rendre l'activité signifiante et significative [L296-298, L 299, L509-510, L 521].

Par conséquent, il est envisagé que l'activité est un élément fondamental de la prise en soin d'un patient en situation de culture différente. Nous pouvons la nommer activité thérapeutique. Elle est pensée selon les composantes culturelles visibles et invisibles du patient de manière à être signifiante. Elle est aussi le lien entre le patient et le soignant.

11.3.5 La réflexion et l'analyse des ergothérapeutes

La capacité de réflexion et d'analyse des ergothérapeutes est continue durant tout le focus group et fait du lien entre les thématiques. Elle est mise en œuvre selon deux axes : la prise en compte des spécificités du patient, et l'influence que génère cette capacité de réflexion et d'analyse. Durant ce focus group, les ergothérapeutes construisent une pensée commune par le biais d'échanges riches. Leurs interactions, leurs analyses, et leur réflexion nourrissent un débat où peu de dissensions apparaissent. En revanche, de très nombreuses interrogations personnelles apparaissent tout du long. On sent qu'ils cherchent à définir ensemble des notions.

La capacité de réflexion et d'analyse des ergothérapeutes leur permet de comprendre que la culture est différente entre patient et soignant même si ce n'est pas observable [L102-103, L130-132]. Puis, de savoir si cette différence est liée à des composantes culturelles collectives ou individuelles [L109-122, L95-98, L359-36]. Ensuite, l'ergothérapeute se saisit des spécificités de la culture du patient [L258-259, L539-540, L611-612, L34-35]. Les liens entre les éléments sont aussi à réfléchir : entre le patient et son environnement [L60-61, L230-231], entre le patient et ses activités [L99-100], entre patient et soignant [L191-193]. Il faut tenir compte de ce recueil d'informations [L333-336, L93-95, L544-545, L337-339, L100-102] pour être le plus signifiant possible pour le patient [L286-288, L296-298]. La capacité de réflexion donne accès aux subtilités : certains éléments de la culture du patient ne peuvent être ni observés ni recueillis avec un outil de type bilan [L152-155, L156-157]. L'absence de compréhension est un obstacle à la prise en soin : cela limite l'adaptation des ergothérapeutes [L56-57, L543-544] et la mise en place de la relation de confiance [L438-444, L527-529, 693-696].

La réflexion des ergothérapeutes leur permet de prendre en compte l'impact de leurs représentations personnelles de la culture de l'autre [L237-239, L550-551, L548-550]. C'est ce qui permet une vigilance pour ne pas généraliser les cultures [L116-117, L565-566].

L'influence de la culture différente entre patient et soignant agit sur la prise en soin, mais aussi sur le soignant lui-même[L499]. C'est un élément qui les enrichit et les fait grandir en tant qu'individu [L557-559, L680-681], tout en les obligeant à se remettre en question de manière personnelle et professionnelle [L361-362, L527-529, L529-532]. Pourtant cela questionne l'influence professionnelle provoquée [L694, L506-504] : *dans notre métier, ergo, est-ce que vraiment on doit être influencé par ça ?* La différence de culture entre patient et soignant est vue comme la nécessité ou l'opportunité de pousser la réflexion d'avantage [L285-287, L499, L56-57, L209-211, L438-444], tout en accentuant le devoir et la difficulté de ne pas juger [L286, L285-287, L529-532] et de rester ouvert [L243-245].

La synthèse des éléments propose comme postulat que la capacité de réflexion et d'analyse des ergothérapeutes leur permet de penser la différence de culture entre eux et le patient même lorsqu'elle n'est pas visible, d'en recueillir des informations, de le prendre en compte, et de les intégrer à la prise en soin. Elle leur permet aussi d'avoir conscience de l'influence que la différence de culture produit, par le biais de la mise en relation avec le patient, sur leur fonctionnement personnel puis professionnel. Cette capacité peut être nommée analyse réflexive des ergothérapeutes.

11.4 L'analyse thématique en lien avec les concepts de la question de recherche

Il est constaté que les ergothérapeutes, dans leurs discours spontanés, font du lien entre les deux concepts de la question de recherche : les composantes invisibles de l'environnement culturel et la relation patient-soignant, en situation de cultures différentes entre patient et soignant. Nous regardons ici la mise en tension entre ces deux concepts, dans le discours des ergothérapeutes. Une analyse thématique est visible en annexe 18.

Les composantes invisibles de l'environnement culturel apparaissent dans l'analyse thématique du focus group au travers des composantes culturelles collectives, individuelles et des modes de vie liés à la culture. L'expression de la relation entre patient et ergothérapeute fait ressortir des éléments de la relation thérapeutique et de la relation interpersonnelle.

La relation entre patient et soignant en situation de culture différente à une distance à la fois très proche et très lointaine, totalement invisible et très visible : *pour moi c'est vraiment comme toute autre relation* [L.496], *c'est peut-être quand c'est très spectaculaire et très éloigné de moi que je m'aperçois qu'effectivement il y a une différence de culture* [L.130-132].

Il y a des obstacles à la relation interpersonnelle, qui appartiennent au patient comme au soignant en tant qu'individu : les notions de valeurs [L455-457, 358-249], jugement [L529-

532], codes [L79-80, L81-84] et manque de connaissance [L126-128]. Il y a aussi des obstacles directs à la relation thérapeutique spécifiquement : certains sont d'ordre émotionnel (confrontation L489-490 et agressivité L461-463), d'autres sont eux plus généraux (*culture* et habitudes L201-203, représentations L239-231). Les obstacles appartiennent tous aux composantes invisibles de l'environnement culturel de chacun.

Nous avons vu dans les facilitateurs à la relation entre patient et ergothérapeute en situation de cultures différentes l'importance de l'intérêt porté à l'autre. Il permet d'augmenter et introjecter les connaissances des autres cultures [L611-612, L136-128], de créer un rapprochement de visions des choses et de l'intimité [L267-268, L.258-259, L.84-85 L.265-266,] et une co-construction de la relation [L226, L230-231, L494-495]. Nous avons vu aussi l'importance de l'écoute et de la discussion pour la mise en place de la relation. Ainsi, les facilitateurs comme les obstacles à la relation sont des composantes invisibles de l'environnement.

Il y a une intrication dans le discours des ergothérapeutes entre relation interpersonnelle et relation thérapeutique, entre posture personnelle et posture professionnelle, et les composantes invisibles de l'environnement. Nous avons vu l'impact qu'à, sur les ergothérapeutes, la relation thérapeutique avec le patient en situation de cultures différentes [L.438-444, L265-266, L.527-529]. Les ergothérapeutes nomment la curiosité et la surprise, l'intérêt produit par la culture différente [L.557-559]. Ils parlent tous de l'influence personnelle que cela produit [L.729-730, L.680-681, 361-362, L504-506]. L'influence est produite notamment par des éléments évoqués sans être vraiment nommés : ce qui *ne peut être dit que par la personne* [L.557-559], *la culture des personnes* [L.680-681, L285], *ça* [L729-730, L361-362, L499].

Ainsi, on peut penser que la relation thérapeutique et interpersonnelle entre patient et soignant semble forgée principalement par des composantes invisibles de l'environnement culturel de chacun. Cela produit un changement sur le soignant en tant que personne, et en tant que professionnel.

Partie 4 : Discussion des données

12 Discussion

Dans cette dernière partie du mémoire, nous discutons les résultats obtenus. Ils sont mis en lumière selon l'enquête exploratoire, la revue de littérature et le cadre conceptuel. Des éléments de réponse à la question de recherche sont apportés. Le dispositif du focus group est critiqué.

Nous regardons les intérêts, limites et apports de ce travail pour la pratique ergothérapeutique et ouvrons à des perspectives de recherche.

12.1 Interprétation des résultats

Nous pouvons ici interpréter les résultats de l'analyse thématique du focus groupe, au regard de différents éléments : l'enquête exploratoire, la revue de littérature, le cadre conceptuel. Les résultats seront aussi resitués dans un contexte incluant le groupe interrogé, des lectures opportunistes et un cadre législatif.

D'après l'analyse thématique du focus group, la notion de composantes de l'environnement culturel comprend les manières d'agir et de penser ou de se représenter, liées ou non à la situation de handicap du patient. Ces manières d'agir et de penser sont perceptibles par la prise en compte d'éléments visibles et invisibles personnels (contexte matériel, histoire, savoir-faire, caractère, habitudes de vie, valeurs...) qui sont parfois guidés par du collectif (contexte environnemental, humain, codes culturels, religion...).

L'agir et les environnements matériel et humain sont la partie visible et observable par les ergothérapeutes de la culture du patient. Le penser ou la manière de se représenter est la partie invisible de l'environnement. Ces éléments influencent la manière dont le patient réalise ses activités et la manière dont patient et soignant vont entrer en interaction.

Les composantes invisibles de l'environnement culturel du patient et du soignant se mettent particulièrement en tension lors de la rencontre entre patient et soignant. La relation interpersonnelle est à l'œuvre dès que les composantes invisibles interagissent. Cela impacte personnellement le soignant dans sa manière de penser, d'être, d'agir. C'est ce qui le fait évoluer en tant que personne. La mise en place de la relation thérapeutique est dépendante de ce qui est produit par la mise en tension des composantes invisibles des environnements culturels entre patient et soignant, de ce que cette mise en tension produit sur la relation interpersonnelle, et de la capacité réflexive de l'ergothérapeute. Par ailleurs, la capacité d'adaptation des ergothérapeutes participe aussi au développement de la relation patient-soignant. Elle permet aussi la mise en place d'interventions centrées sur le patient, autour d'activités significatives, en fonction des composantes de l'environnement culturel du patient.

L'enquête exploratoire et la revue de littérature recourent des informations communes : l'impact de l'environnement culturel sur le patient et sur le soignant, sur leur relation et sur la prise en soin, ainsi que l'importance de la compréhension mutuelle. Les ergothérapeutes

interrogés durant l'enquête exploratoire soulignent eux aussi la nécessité de prendre en compte l'individualité et d'être centré sur le patient.

Cependant, contrairement au focus group et à l'enquête exploratoire, la revue de littérature met davantage l'accent sur des notions collectives qu'individuelles, aussi bien de manière théorique qu'en termes d'approches ergothérapeutiques. L'influence de la situation socio-économico-politique du lieu d'origine et de vie du patient va de pair avec l'idée de regarder l'individu au sein d'un système et non comme individu isolé. L'interdépendance entre le patient et son environnement sont mises en avant. Le cadre conceptuel vient renforcer l'idée d'interaction permanente des composantes visibles ou invisibles de l'environnement culturel avec les individus : les relations sont interdépendantes des liens entre les personnes et entre ce qui entoure chaque individu.

Par ailleurs, contrairement aux informations recueillis dans les différents entretiens, le cadre conceptuel expose largement l'utilité des modèles pour classifier les composantes culturelles, qu'elles soient visibles ou invisibles, personnelles ou collectives. Aussi, la dimension systémique permet d'observer l'agir et de regarder les liens entre les parties.

Bien qu'une partie des résultats de l'analyse du focus group soient corroborés par des données théoriques, les résultats sont à nuancer au regard du groupe participant à la discussion. En effet, le nombre d'ergothérapeutes est peu représentatif, et leur participation est motivée par un intérêt porté au sujet. La composition du groupe peut aussi amener un biais sur les résultats. Malgré une diversité en termes de genre, de sites professionnels et d'années d'expériences, la composition du groupe est relativement homogène en termes d'âge, d'origine, de lieu géographique de vie et d'exercice, de couleur de peau, d'années d'obtention du diplôme... Elle ouvre peu à la diversité. Un seul ergothérapeute exerce hors métropole et est sensibilisé, par son lieu de naissance, à la différence de cultures.

Par ailleurs, des lectures opportunistes alimentent l'interprétation des résultats et vont dans le sens de la revue de littérature : elles soulignent l'émergence de modèles qui ne considèrent plus l'activité comme un facteur uniquement individuel mais intègrent les dimensions politiques, sociales, culturelles et économiques dans l'analyse de l'activité.

Le MCPO (99) ne se limite pas à une interaction ergothérapeute-patient. Il intègre les systèmes, les politiques et les environnements dans lesquels vivent les personnes. Il pense l'ergothérapie en ouvrant la notion de handicap notamment vers la santé mentale, la précarité, l'inclusion sociale. Pour mieux comprendre la participation occupationnelle au regard de l'histoire et du

contexte d'une personne ou d'une communauté, il utilise trois niveaux de compréhension (micro, méso et macro).

Le OCWFOT (100,101) s'attache à identifier les libertés réelles d'agir en tenant compte des ressources, du contexte et des environnements discriminants ou facilitateurs. Il s'attache à observer les inégalités structurelles, les déterminants sociaux de la santé et les rapports de pouvoir dans la relation thérapeutique. Ainsi, le regard ne se porte pas uniquement sur les capacités, mais aussi sur les possibilités effectives dans un contexte sociétal et historique. Par ailleurs, le modèle supprime les catégorisations (soin personnel, loisir, productivité) du fait de leur manque d'universalité, et en propose d'autres.

D'autre part, d'un point de vue législatif, il faut rappeler l'existence de l'Aide Médicale d'État, qui joue un rôle important en France dans la prise en charge de personnes en situation de migration, issues de cultures différentes de celle des soignants. Entre 2015 et 2023, une progression de 39% d'usage de l'AME est à noter (102), et il est estimé par Médecins du Monde que de 80% des personnes éligibles ne sont pas couvertes(103). Par ailleurs, l'AME est maintenue en 2025, mais le débat reste ouvert et le gouvernement a gelé le budget alloué à l'AME pour 2025 (102). De plus, 11 % de la population métropolitaine bénéficie de la Complémentaire Santé Solidaire (104,105). Bien que les informations sur les bénéficiaires selon leur statut migratoire ne soient pas répertoriées, il est reconnu que les personnes immigrées, en raison de revenus souvent plus modestes, sont davantage concernées par la CSS (106). Cela informe d'une augmentation constante de la mixité dans la prise en soin.

12.2 Éléments de réponse à la question de recherche

L'ensemble des éléments interprétés dans la partie précédente permet d'ébaucher une réponse à la question de recherche : en contexte sanitaire, comment les ergothérapeutes appréhendent-ils les composantes invisibles de l'environnement culturel dans la relation patient-ergothérapeute en situation de cultures différentes ?

Au regard de l'interprétation des résultats, il est possible de définir les composantes de l'environnement culturel du patient : elles peuvent être visibles ou invisibles, personnelles, collectives, politiques, économiques ou sociales.

Lors des entretiens, l'accent est mis sur la prise en soin centrée sur le patient, tandis que la littérature s'oriente vers une prise en soin prenant en compte plus largement le contexte socio-politique et communautaire de la vie du patient. La littérature met l'accent sur le fait que les

patients sont porteurs d'une culture issue de contextes environnementaux politiques, sociaux et culturels très différents.

Les informations recueillies mettent en lumière l'impact des composantes invisibles personnelles et socio-politique de l'environnement culturel du patient et du soignant, sur les occupations d'un point de vue personnel et communautaire, et sur la relation patient-soignant. C'est leur existence, et la difficulté à les percevoir, qui produit une dynamique dans la mise en relation entre patient et ergothérapeute.

La présence des composantes invisibles de l'environnement culturel du patient fait s'interroger et évoluer les ergothérapeutes de manière personnelle. Cela semble influencer sur la qualité et la mise en œuvre de la relation interpersonnelle qui se tisse.

L'ensemble de ces éléments impacte alors la relation thérapeutique et la prise en soin.

Il serait pertinent pour aller plus loin de s'interroger sur la contradiction entre la pratique ergothérapique centrée sur l'individu et ses éléments personnels, et la littérature qui propose une ouverture plus large, prenant en compte le contexte socio-politique et communautaire du patient.

12.3 Critique du dispositif de recherche

Nous pouvons noter l'intérêt flagrant du focus group sur ce sujet : c'est la discussion qui a fait émerger les idées. Bien que l'outil du focus group semble pertinent pour recueillir des données qualitatives, le dispositif de recherche a présenté certaines limites.

Tout d'abord, il est possible d'interroger l'influence des concepts précis, et des termes utilisés, sur la pensée et les réponses des ergothérapeutes. Ainsi, des manquements ou des influences ont inévitablement eu lieu dans le recueil des informations.

Le nombre restreint d'ergothérapeutes présents produit un biais. La littérature suggère la présence de quatre à douze participants pour rendre le focus group pertinent. Il est aussi proposé que trois focus group aient lieu, afin d'affiner progressivement les données recueillies. De fait, les questions d'animation sont larges, afin de définir ensemble une vision commune qui permette de faire émerger la pensée. Il aurait été opportun de pouvoir réaliser d'autres focus group afin d'affiner les résultats. Notamment, la question des outils ergothérapiques utilisés dans la pratique n'a pas été posée. L'utilisation des modèles émerge spontanément, sans toutefois être détaillée. Il aurait été pertinent d'aller plus loin.

Par ailleurs, les intervenants ont participé du fait de leur sensibilité au sujet. Ainsi, des ergothérapeutes n'ayant jamais pensé le sujet auraient probablement eu un autre type de

réflexion. Il est également possible s'interroger sur d'éventuels biais liés à la dynamique de groupe tels que le conformisme, l'effet de leadership ou une polarisation. En effet, les réflexions sont allées dans un même sens et il n'y a pas eu d'opposition. Il est aussi possible d'interroger des biais induits par la manière dont le groupe a été animé. Les questions ont-elles influencé ? ont-elles trop guidé ? Ou à l'inverse, les questions n'ont-elles pas assez guidé ? La manière de faire circuler la parole a-t-elle été efficace ? La vigilance a laissé la place à chacun de s'exprimer a-t-elle suffi ?

D'autre part, certaines difficultés pratiques ont été rencontrées. L'utilisation de la visioconférence a probablement réduit la spontanéité de la conversation : la parole ne circule pas de la même manière qu'en présentiel, et le réseau internet a parfois sauté, parasitant la conversation. De plus, l'horaire de fin de journée et l'outil virtuel semblent avoir joué sur l'énergie et la durée de la réunion. Les participants, pourtant enclins à partager davantage, ont exprimé le besoin que la réunion se termine.

Il est également possible de souligner que, par manque de connaissances pratiques et de temps, l'analyse thématique semble ne pas faire ressortir toute la richesse et la pertinence des échanges entre les ergothérapeutes. Il aurait aussi pu être pertinent d'analyser le discours ergothérapeute par ergothérapeute, au sein du discours collectif.

12.4 Intérêts, limites et apports de la recherche

Ce mémoire vise à enrichir les connaissances théoriques concernant l'intervention en ergothérapie, et notamment ce qui peut être en jeu dans la relation patient-soignant au regard de l'environnement de vie de chacun.

Durant les entretiens et le focus group, les ergothérapeutes ont été interpellés par la place importante occupée par la culture dans la prise en soin, par les impensés et par ce qui est fait mécaniquement. Ils ont interrogé leur propre pratique et l'influence que cela avait sur eux-mêmes et sur leur quotidien professionnel. Cet intérêt de la part des professionnels est corroboré par la littérature professionnelle qui se développe ces dernières années.

Une limite au sujet s'est rapidement fait sentir. Les questionnements autour de la notion de cultures différentes entre patient et soignant interrogent, selon l'angle, des lieux communs et fondements de l'ergothérapie. Le sujet met en travail le lien entre patient et soignant, la posture professionnelle et la place de l'activité. Il convient de mobiliser un regard singulier, pour dépasser les évidences et éviter les analyses superficielles. De plus, l'ouverture vers la culture

générale de chacun se fait très rapidement. Aussi, il faut être vigilant à ne pas partir avec des préconçus.

Le sujet demande une vigilance quant à l'implication et la distanciation personnelle à avoir. En tant que femme blanche occidentale et hétérosexuelle, mon implication émotionnelle et ma distanciation semblaient suffisantes. Il s'avère que le sujet, du fait d'être culturel, est avant tout politique au sens étymologique : il concerne les affaires de la cité (le gouvernement, l'organisation sociale, les relations entre citoyens). Ainsi, il est important d'être capable d'auto-critique et d'avoir conscience de la notion de point de vue situé pour traiter ce sujet (107,108). La production de connaissances s'inscrit toujours dans un contexte donné : elle est façonnée par la trajectoire sociale, les appartenances culturelles, l'expérience corporelle et les repères historiques et politiques de celui ou celle qui les élabore.

Ainsi, le sujet traité souhaite contribuer à sa mesure à différentes réflexions : aux liens tissés et tissables entre culture et ergothérapie, entre ergothérapie et politique, entre politique et relation patient-soignant. Il s'agit aussi d'amorcer une réflexion sur la mise en pratique des éléments théoriques récoltés.

12.5 Transférabilité pour la pratique professionnelle

Les données pratiques et théoriques sont à transférer dans la pratique professionnelle ergothérapique. Trois dimensions sont développées ici : l'activité, la pratique centrée sur la personne, l'analyse réflexive des ergothérapeutes. Une réflexion sur la transférabilité en ergothérapie sociale sera amorcée.

En s'appuyant sur le Modèle de Compétence (109) visible en annexe 19, il peut être mis en avant le lien personne-activité-environnement. La personne est en constante interaction avec son environnement culturel humain et non humain. Cette interaction s'exprime par les activités et par les rôles. Lorsque la personne réalise ses activités de manière satisfaisante et assume ses rôles, elle se trouve en situation de compétence. À l'inverse, lorsque cela ne peut être réalisé de manière satisfaisante, elle se trouve en situation de handicap. L'importance de l'activité, perçue comme tressage de phénomènes multiples et mouvants, est à noter dans la création et le maintien d'un environnement culturel dynamique, où les interactions entre les individus et leur milieu sont essentielles à la vie personnelle et des communautés (48). Ainsi, il semble pertinent de réfléchir à l'enjeu qu'est l'activité face à ce sujet de mémoire. L'activité, centrale en ergothérapie, peut être l'objet de l'analyse des besoins du patient, de la prise en soin, de la mise en relation patient-soignant, du lien entre le patient et son environnement.

D'autre part, le modèle OCWFOT élaboré par Hammell ajoute la relation à ce diptyque personne-environnement culturel (101) : le but et la signification de la participation occupationnelle sont influencés par l'importance des liens passés, présents et espérés. Hammell s'appuie sur la notion de capacités, qui intègre les possibilités pour le patient de réaliser les activités et rôles souhaités de manière satisfaisante. Les capacités sont créées par des éléments multiples : caractéristiques personnelles et communautaires, environnements sociaux, politiques, géopolitiques, historiques, économiques... Leurs ressources personnelles et collectives, en tant qu'individu vivant au sein d'un système collectif, sont aussi à prendre en compte, de même que les facilitateurs et les obstacles (100). Pour mettre cela en perspective dans la pratique, il est nécessaire d'effectuer un travail ergothérapeutique centré sur le patient. Cependant, la vision de Hammell de l'approche centrée sur la personne n'est ni individualiste ni apolitisée. Elle implique au contraire de prendre en compte le contexte social, culturel et historique, de prendre en compte les capacités fonctionnelles mais aussi les capacités au regard du contexte, et de questionner les normes qui influencent la pratique (101,108).

L'approche centrée sur la personne telle que définie par Hammell fait particulièrement appel à l'analyse réflexive des ergothérapeutes : c'est le moyen d'interroger sa pratique, son mode de réflexion, l'investissement émotionnel, les influences reçues et générées. D'un point de vue professionnel, l'analyse réflexive des ergothérapeutes peut être mise en travail par différents moyens. La formation continue permet de s'appuyer sur l'acquisition de compétences, d'avoir accès à de nouvelles stratégies, de prendre en compte de nouvelles données probantes. La réalisation d'ARPP est un outil pour mobiliser ces données et faire évoluer son regard et sa pratique. La supervision ou l'analyse de la pratique professionnelle apporte un espace permettant de mener une réflexion personnelle, commune ou supervisée, pour prendre du recul. D'un point de vue personnel, il est pertinent de développer une conscience de soi : être attentif à ses motivations et à ses réactions, avoir conscience de ce qui est mis en jeu de manière personnelle dans nos actions professionnelles, observer et analyser les contre-transferts, porter une attention aux émotions... (110–112).

D'autre part, il semble pertinent de réfléchir à une transférabilité des réflexions et des données concernant le contexte sanitaire, en contexte d'ergothérapie sociale. L'ergothérapie sociale est définie comme un domaine de l'ergothérapie axé sur l'intervention auprès de personnes confrontées à des situations de vulnérabilité sociale (113). Cette approche reconnaît que les limitations d'activité et les restrictions de participation ne sont pas uniquement liées à des déficiences individuelles, mais sont également influencées par des facteurs sociaux et

environnementaux. L'ergothérapie sociale concerne ceux « qui n'ont pas les ressources sociales et essentielles à la vie » (114). Cette description prend en compte, notamment selon les perspectives d'Ana Marques, cofondatrice du programme PRACTS, les publics migrants ou en grande précarité, dans une perspective de justice occupationnelle et de santé communautaire. Il est également possible de citer parmi les personnes concernées par l'ergothérapie sociale les personnes sans domicile fixe, en errance ou en rupture sociale, en situation d'addiction, souffrant de troubles psychiques, ayant un accès limité à leurs droits sociaux ou civiques, victimes de violence ou en situation de vulnérabilité spécifique... (115,116)

12.6 Perspectives de recherche

Les perspectives ouvertes durant la discussion peuvent être prolongées au sein de perspectives de recherche en ergothérapie. Les perspectives sont issues de la littérature émergente en ergothérapie. Nous ouvrons ici la réflexion au positionnement de l'ergothérapeute au sein de la relation de soin, et au concept d'humilité culturelle.

Dans le domaine de la santé et notamment en ergothérapie, des barrières limitant l'égalité et l'équité dans l'accès au soin sont interrogées. La prise en compte de l'environnement culturel des patients fait partie des éléments (108). Pour prendre en compte au mieux les inégalités culturelles dans le soin, le concept d'humilité culturelle est proposé par Tervalon et Murray-Garcia en 1998 (117). Il est défini par plusieurs éléments. C'est une approche fondée sur des apprentissages au long cours plutôt que sur des connaissances acquises. Ils mettent aussi en avant la reconnaissance d'une égalité de perspectives culturelles des patients et des soignants, et une réflexion critique quant aux enjeux de pouvoir dans les soins de santé (118). L'humilité culturelle est développée en ergothérapie depuis 2012, par Beagan et Chacala puis par Hammell (108,119). C'est le lieu d'une réflexion critique quant aux approches eurocentriques de l'ergothérapie impactant la prise en soin en situation de cultures différentes entre patient et soignant. Cela appuie aussi l'importance de l'intégration de l'humilité culturelle dans le développement théorique et la pratique clinique, afin de réguler les déséquilibres de pouvoir dans la relation patient-soignant.

Face au constat d'un déséquilibre de pouvoir dans la relation patient-soignant en situation de cultures différentes, le positionnement de l'ergothérapeute est réfléchi. Le positionnement est induit par la mise en perspective de différences culturelles liées notamment aux facteurs socio-politique, concrets ou pensés, de l'environnement culturel (représentations du genre, de l'ethnie, classe sociale, âge, sexualité, religion, statut de citoyenneté...) (108). Le

positionnement est aussi issu de la construction et de l'influence des institutions, environnement culturel dans lequel chacun évolue, telles que le système social ou de santé, qui reflètent les normes, valeurs, et priorités des classes sociales dominantes (108,119). Ainsi, une critique est apportée aux visions des groupes sociaux occidentaux privilégiés, qui établissent leurs points de vue comme universels et neutres. Ces points de vue ont influencé et influencent le développement des connaissances, des théories, des modèles et de leur usage en ergothérapie. Ainsi, le positionnement des ergothérapeutes serait à réfléchir en interrogeant le « sens commun » (connaissances implicites), les éléments considérés comme universels, ainsi que l'influence du néolibéralisme et de l'individualisme en ergothérapie (28,101,108).

Face à ces constats, l'humilité culturelle est proposée comme outil permettant un regard critique. L'humilité culturelle permet d'observer les éléments évoqués, et leur impact en tant qu'environnement culturel du soignant et du patient, sur la relation et la prise en soin. Il est démontré qu'en milieu clinique, l'humilité culturelle améliore l'alliance thérapeutique (120). De nouveaux modèles émergent et vont dans le même sens. Le modèle OCWFOT évoqué précédemment en est un exemple. Auparavant, en 2006, Michael K. Iwama développe le modèle Kawa, qui propose une alternative aux paradigmes occidentaux de l'ergothérapie. Il met l'accent sur une perspective collectiviste et contextuelle de l'occupation (121).

Une réflexion est en cours sur les moyens d'enseigner l'humilité culturelle dans les formations des travailleurs sociaux, des infirmières et des médecins (118,122,123). Or l'humilité culturelle est une compétence réflexive et pratique, et n'est pas un corpus de compétences à mémoriser. Cela peut induire de positionner l'enseignement en passant de la transmission d'un savoir à la transmission d'un apprentissage (118).

Une réflexion reste à mener sur les moyens de former les ergothérapeutes à l'humilité culturelle, afin d'améliorer la relation patient-soignant au regard des composantes des environnements culturels de chacun, et ainsi, d'améliorer la prise en soin.

Bibliographie

1. ANFE. La profession - ANFE [Internet]. [cité 31 mars 2024]. Disponible sur: <https://anfe.fr/la-profession/>
2. Académie française. Dictionnaire de l'Académie française [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <http://www.dictionnaire-academie.fr/>
3. Déclaration de Mexico sur les politiques culturelles. Conférence mondiale sur les politiques culturelles. In Mexico City; 1982.
4. Ministère de la culture. Contexte national - diversité culturelle - fiche 9 [Internet]. 2011. Disponible sur: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.culture.gouv.fr/Media/Thematiques/Etudes-et-statistiques/Files/Publications/Questions-de-culture/Culture-medias-2030_variables/Culture-medias-2030_fiche-9_Diversite-culturelle&ved=2ahUKEwiZ0ZS3_puFAxX6T6QEHcffAhsQFnoECB0QAQ&usq=AOvVaw3DTamhGzObNpxSxzLNu6Z7
5. Lecrosnier M. L'interculturalité en pédiatrie : les stratégies d'intégration de l'ergothérapeute lors de la rencontre thérapeutique [Mémoire DE en ergothérapie]. IFE Rouen; 2018.
6. INSEE. Professions et secteurs d'activité – Emploi, chômage, revenus du travail | Insee [Internet]. 2022 [cité 31 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6453692?sommaire=6453776>
7. L'essentiel sur... les immigrés et les étrangers | Insee [Internet]. [cité 17 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>
8. Qu'est-ce que l'aide médicale de l'État (AME) ? [Internet]. [cité 17 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3079>
9. Aide médicale d'Etat : trois questions sur sa suppression, votée au Sénat. Le Monde.fr [Internet]. 9 nov 2023 [cité 17 juill 2024]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2023/11/09/aide-medicale-d-etat-trois-questions-sur-sa-suppression-votee-au-senat_6199192_4355770.html
10. Observatoire des inégalités. Observatoire des inégalités. 2023 [cité 30 mars 2024]. Sans papiers et sans médecin ? Disponible sur: <https://www.inegalites.fr/Sans-papiers-et-sans-medecin>
11. INSEE. La diversité religieuse en France : transmissions intergénérationnelles et pratiques selon les origines – Immigrés et descendants d'immigrés | Insee [Internet]. 2023 [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6793308?sommaire=6793391>
12. Haute Autorité de Santé. Droits des usagers : Information et orientation [Internet]. 2020 [cité 31 mars 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1715928/fr/droits-des-usagers-information-et-orientation

13. INSEE. Les inégalités sociales de santé apparaissent avant la naissance et se creusent durant l'enfance | Insee [Internet]. 2020 [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4797660?sommaire=4928952>
14. AMRF [Internet]. 2021 [cité 17 juill 2024]. SANTÉ. Disponible sur: <https://www.amrf.fr/les-dossiers/sante/>
15. Santé et recours aux soins – Immigrés et descendants d'immigrés | Insee [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6793288?sommaire=6793391>
16. Ined - Institut national d'études démographiques [Internet]. [cité 1 déc 2024]. Les discriminations dans le système de santé français :un obstacle à l'accès aux soins - Espace presse. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/actualites/presse/les-discriminations-dans-le-systeme-de-sante-francais-un-obstacle-a-lacces-aux-soins/>
17. Déclaration n° D - 2023 - 5 pour le maintien de l'Aide médicale d'Etat (AME).
18. Retour sur deux siècles de recensements de la population - Faits et Chiffres - 424 | Insee [Internet]. [cité 17 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1559644>
19. ANFE. Qu'est ce que l'ergothérapie [Internet]. [cité 17 juill 2024]. Disponible sur: https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/
20. Sifer-Rivière L. Chapitre 4. Enquêter par entretien : se saisir du discours et de l'expérience des personnes. In: Les recherches qualitatives en santé [Internet]. Paris: Armand Colin; 2016 [cité 29 juill 2024]. p. 86-101. (Collection U). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897-p-86.htm>
21. Stuckey H. Three types of interviews: Qualitative research methods in social health. *Journal of Social Health and Diabetes*. 1 juill 2013;1(2):56-56.
22. Balard F, Kivits J, Schrecker C, Voléry I. Chapitre 9. L'analyse qualitative en santé. In: Les recherches qualitatives en santé [Internet]. Paris: Armand Colin; 2016 [cité 29 juill 2024]. p. 167-85. (Collection U). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897-p-167.htm>
23. Claude G. Scribbr. 2019 [cité 15 mars 2025]. L'entretien de recherche : définition, utilisation, types et exemples. Disponible sur: <https://www.scribbr.fr/methodologie/entretien-recherche/>
24. Marion Lamort-Bouché. (PDF) Enseigner la conduite d'entretien semi-directif en recherche qualitative. Développement et évaluation d'un kit d'auto-apprentissage avec vidéo modèle et contre-modèle. ResearchGate [Internet]. 14 déc 2024 [cité 15 mars 2025]; Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/364966209_Enseigner_la_conduite_d'entretien_s_emi-directif_en_recherche_qualitative_Developpement_et_evaluation_d'un_kit_d'auto-apprentissage_avec_video_modele_et_contre-modele
25. LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (1). 2012-300 mars 5, 2012.

26. Bourke-Taylor H, Hudson D. Cultural differences: The experience of establishing an occupational therapy service in a developing community. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2005;52(3):188-98.
27. Belforte Lavacca A, Silva CR. Occupational therapy and culture: dimensions in dialog. *Brazilian Journal of Occupational Therapy / Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 1 janv 2023;31:1-12.
28. Turcotte PL, Holmes D. The shadow side of occupational therapy: Necropower, state racism and colonialism. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 10 déc 2024;31(1):2264330.
29. Beagan B. Approaches to culture & diversity: A critical synthesis of occupational therapy literature. (Early online.). *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 1 févr 2015;82:272-82.
30. Leonard P. La compétence culturelle en ergothérapie : Un atout dans l'accompagnement de personnes de cultures diverse ? [Diplôme de fin d'étude]. [Rennes]: Institut de Formation en Ergothérapie de Rennes; 2018.
31. A Critical Reflection on the Concept of Cultural Safety [Internet]. [cité 9 oct 2024]. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.2182/cjot.2012.79.3.4>
32. Singh H, Sangrar R, Wijekoon S, Nekolaichuk E, Kokorelias KM, Nelson MLA, et al. Applying 'cultural humility' to occupational therapy practice: a scoping review protocol. *BMJ Open*. juill 2022;12(7):e063655.
33. Biarese M. Le modèle kawa: une approche qui révèle la compétence culturelle de l'ergothérapeute.
34. Cultural Relativism: Occupation and Independence Reconsidered [Internet]. [cité 9 oct 2024]. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/000841740006700505>
35. L'approche communautaire en ergothérapie : [Internet]. [cité 5 oct 2024]. Disponible sur: <https://arodes.hes-so.ch/record/3880?ln=en&v=pdf>
36. Wray EL, Mortenson PA. Cultural competence in occupational therapists working in early intervention therapy programs. *Can J Occup Ther*. juin 2011;78(3):180-6.
37. Farias MN. Terapia ocupacional social: contribuições epistemológicas para um giro decolonial. *Saude soc*. 10 oct 2022;31:e200484pt.
38. Trouvé E. Agir sur l'environnement pour permettre les activités. 1er édition. Louvain-la-Neuve Paris: De Boeck Supérieur; 2016. 664 p.
39. Hegel GWF, Vieillard-Baron JL. Principes de la philosophie du droit. Paris: Flammarion; 2021. 448 p.
40. Parsons T. *The Social System*. 2nd edition. Hoboken: Routledge; 1991. 636 p.

41. Bronfenbrenner U. *Making Human Beings Human. Bioecological perspectives on human development.* Thousand Oaks: SAGE Publications Inc; 2004. 336 p.
42. Fortier. *La sociologie de A à Z.* Pearson; 2018. 292 p.
43. Cuche D. *La notion de culture dans les sciences sociales.* 5e édition. Paris: La Découverte; 2016. 178 p.
44. Environnement: Définition [Internet]. [cité 12 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/environnement>
45. Gaudet E. *Relations interculturelles.* 3e édition. MODULO; 2015. 274 p.
46. Bourdieu P. *Le sens pratique.* Paris: Les Editions de Minuit; 1980. 500 p.
47. Durkheim E. *De la division du travail social.* Evergreen; 2004. 416 p.
48. Robert JM. *Faire avec, faire milieu : Contribution à une anthropologie de la vie à partir de l'ethnographie du travail du tilleul dans les Baronnies provençales* [Internet] [These de doctorat]. Lyon; 2021 [cité 15 janv 2025]. Disponible sur: <https://theses.fr/2021LYSE2044>
49. Bronfenbrenner U, Cole M. *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design.* Harvard University Press; 1981. 349 p.
50. Morin E. *La méthode, numéro 5 : L'Identité humaine.* Paris: SEUIL; 2001. 304 p.
51. Bertalanffy, Ludwig von. *General system theory: foundations, development, applications.* George Braziller. New York; 1968.
52. Social determinants of health [Internet]. [cité 12 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>
53. Llorens LA. *Facilitating growth and development: the promise of occupational therapy.* Am J Occup Ther. mars 1970;24(2):93-101.
54. Townsend E, Wilcock AA. *Occupational justice and client-centred practice: a dialogue in progress.* Can J Occup Ther. avr 2004;71(2):75-87.
55. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe.* Arbetsrapport [Internet]. déc 1991 [cité 12 janv 2025]; Disponible sur: https://ideas.repec.org/p/hhs/ifswps/2007_014.html
56. Jasmin E. *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; 2019. 738 p.
57. Christiansen CH, Bass J, Baum CM. *Occupational Therapy: Performance, Participation, and Well-Being.* 4e édition. Thorofare, NJ: SLACK Incorporated; 2014. 692 p.
58. Relation: Définition de relation [Internet]. [cité 14 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/RELATION>

59. Aristote. Catégories. Paris: FLAMMARION; 2007. 300 p.
60. Aristote. La politique. Librairie Philosophique Vrin; 1995. 595 p.
61. Hegel GWF, Bourgeois B. Science de la logique : Livre premier, l'Être. Paris: Vrin; 2015. 632 p.
62. Simmel G. Sociologie. Études sur les formes de la socialisation. 2e édition. Paris: PUF; 2013. 768 p.
63. Lewin K. Principles of Topological Psychology. Munshi Press; 2013. 360 p.
64. Bateson G, Bateson MC. Steps to an Ecology of Mind. New édition. Chicago, Ill.: University of Chicago Press; 1999. 564 p.
65. Bertalanffy L von, Hofkirchner W, Rousseau D. General System Theory: Foundations, Development, Applications. Illustrated édition. George Braziller Inc.; 2015. 329 p.
66. Minuchin S. Families and Family Therapy. 2e édition. Routledge; 2018. 235 p.
67. Berne E. Games People Play: The Psychology of Human Relationships. 1er édition. London: Penguin Life; 2010. 176 p.
68. Dewey J. Democracy and Education. Simon & Brown; 2012. 380 p.
69. Berne E. Transactional Analysis in Psychotherapy. Main edition. Souvenir Press; 1996. 192 p.
70. Berry JW. Immigration, Acculturation, and Adaptation. Applied Psychology. 1997;46(1):5-34.
71. Knapp ML. Interpersonal Communication and Human Relationships. Boston: Allyn & Bacon; 1983. 336 p.
72. Baxter LA, Montgomery BM. Relating: Dialogues and Dialectics. New York: Guilford Publications; 1996. 285 p.
73. Goffman E. La mise en scène de la vie quotidienne 1 : La présentation de soi. Paris: Les Editions de Minuit; 1973. 256 p.
74. Manoukian A. La relation soignant-soigné. 4e édition. Paris: Lamarre édition; 2014. 202 p.
75. Nitschelm EJ. Soignant-soigné, trouver l'accordage pour entrer en résonance. Jusqu'à la mort accompagner la vie. 2015;123(4):47-54.
76. Freud S. Introduction à la psychanalyse. Payot édition. Paris: Payot; 2004. 576 p.
77. Marzano M. Qu'est ce que la confiance ? RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise. 2012;1, 1(1):83-96.
78. Rogers C. Client Centered Therapy. New édition. London: Robinson; 2003. 576 p.

79. Dargent F. Psychologie, sociologie, anthropologie: Unité d'enseignement 1.1. Elsevier Masson; 2012. 96 p.
80. Wilcock A, Hocking C. An Occupational Perspective of Health. 3e édition. Oxford: SLACK Incorporated; 2015. 512 p.
81. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. PLoS Med. 27 juill 2010;7(7):e1000316.
82. Umberson D, Montez JK. Social Relationships and Health: A Flashpoint for Health Policy. J Health Soc Behav. 2010;51(Suppl):S54-66.
83. Berkman LFP, PhD Kawachi IM, Glymour MS. Social Epidemiology. 2e édition. Oxford University Press; 2014. 640 p.
84. Marmot MG. The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity. New York: Times Books; 2004. 319 p.
85. Gail S. Fidler. Introduction to Psychiatric Occupational Therapy. Physical Therapy. 1 mai 1955;35(5):277.
86. Claude Gaspard. Scribbr. [cité 1 mars 2025]. Méthodologie. Disponible sur: <https://www.scribbr.fr/category/methodologie/>
87. Larivière N, Corbière M. Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes, 2e édition: Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé. 2e édition. Québec: PU QUEBEC; 2021. 843 p.
88. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets et perspectives. 2014;(4):67-82.
89. Pia Touboul. Recherche qualitative : la méthode des focus groupes [Internet]. [cité 1 mars 2025]. Disponible sur: https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf
90. Laurent Marty, Philippe Vorilhon, Hélène Vaillant-Roussel, Pierre Bernard, Clémentine Raineau, Benoît Cambon. Recherche qualitative en médecine générale : expérimenter le focus group. Exercer. janv 2011;22(98):129-35.
91. Claude G. Scribbr. 2019 [cité 1 mars 2025]. Le focus group (groupe de discussion) : caractéristiques, utilisation et exemples. Disponible sur: <https://www.scribbr.fr/methodologie/focus-group/>
92. Decriipt [Internet]. 2021 [cité 1 mars 2025]. Focus group : quels sont les risques et comment les contrer? Disponible sur: <https://decriipt.intuiti.net/prises-de-recul/focus-group-quels-sont-les-risques-et-comment-les-contrer/>
93. Mokaddem O. Focus groups : les biais qui bloquent vos résultats d'écoute client [Internet]. Fast & Fresh - Recherche Utilisateur, Stratégie, UX. 2019 [cité 1 mars 2025]. Disponible sur: <https://blog.fastandfresh.fr/focus-groups-bonnes-pratiques-comment-les-ameliorer/>

94. El Hadj Touré. Réflexion épistémologique sur l'usage des focus groups : fondements scientifiques et problèmes de scientificité. *Recherches qualitatives*. 2010;19(1):5-27.
95. Pauline Lacoste. L'intégration de la nature dans le cadre de l'ergothérapie en tant que médiation thérapeutique pour soutenir le rétablissement des personnes ayant un trouble psychique [Internet]. [Marseille]: Aix Marseille Université; 2024. Disponible sur: [umas-04600996 https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04600996v1](https://umas-04600996.dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04600996v1)
96. Gundumogula M. Importance of Focus Groups in Qualitative Research. *theijhss* [Internet]. 30 nov 2020 [cité 13 mai 2025];8(11). Disponible sur: <http://www.internationaljournalcorner.com/index.php/theijhss/article/view/156834>
97. Gagné AM, Landry N, Caïdor P, Caneva C, Bégin M, Rocheleau S. Rôles et contributions de l'analyse inductive dans l'étude de pratiques communicationnelles d'organismes à but non lucratif : le cas de groupes de lutte à la pauvreté au Québec. *enjeux*. 2021;8(1):146-72.
98. Tétréault S, Brisset C, Bétrisey C, Gulfi A, Leanza Y, Kühne N. Perceptions des étudiants en ergothérapie et en travail social quant au développement de leurs compétences interculturelles durant la formation initiale. *Éducation et socialisation Les Cahiers du CERFEE* [Internet]. 5 mars 2020 [cité 30 avr 2025];(55). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/edso/9112>
99. Egan, M., et Restall, G. (2023). Modèle canadien de la participation occupationnelle (MCPO) [Internet]. Webinaire présenté à; 2023 [cité 6 mai 2025]. Disponible sur: https://caot.ca/uploaded/web/education/2022_2023/Webinars/Egan_Restall_2022_Webinar_s/Webinaire1_MCPO_Document.pdf?utm_source=chatgpt.com
100. Anaïs Giraudier, Caroline Kuhner et Héloïse Poulain. Le modèle de l'occupation, des capacités et du bien-être en ergothérapie (OCWFOT). 2024.
101. Emmanuelle Jasmin. *Lu pour vous : Engagement in living : critical perspectives on occupation, rights and wellbeing*. Un livre paru en 2020 rédigé par Karen Whalley Hammell. *RFRE*. 2022;8(1):85-9.
102. Univadis. Univadis. [cité 7 mai 2025]. L'aide médicale d'État amputée de 111 millions d'euros. Disponible sur: https://www.univadis.fr/viewarticle/laide-m%C3%A9dicale-d%C3%A9tat-amput%C3%A9e-111-millions-2025a10003os?utm_source=chatgpt.com
103. UNAIDS. Actualités de l'Urgence - APM / Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU [Internet]. [cité 7 mai 2025]. Disponible sur: https://www.sfm.u.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/plus-de-80-des-personnes-eligibles-a-l-ame-ne-sont-pas-couvertes-selon-medecins-du-monde-rapport-annuel/new_id/69397?utm_source=chatgpt.com
104. DRESS. Fiche 35 : La complémentaire santé solidaire (CSS) - Minima sociaux et prestations sociales [Internet]. 2021 [cité 7 mai 2025]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-09/Fiche%2035%20-%20La%20compl%C3%A9mentaire%20sant%C3%A9%20solidaire%20%28CSS%29.pdf?utm_source=chatgpt.com

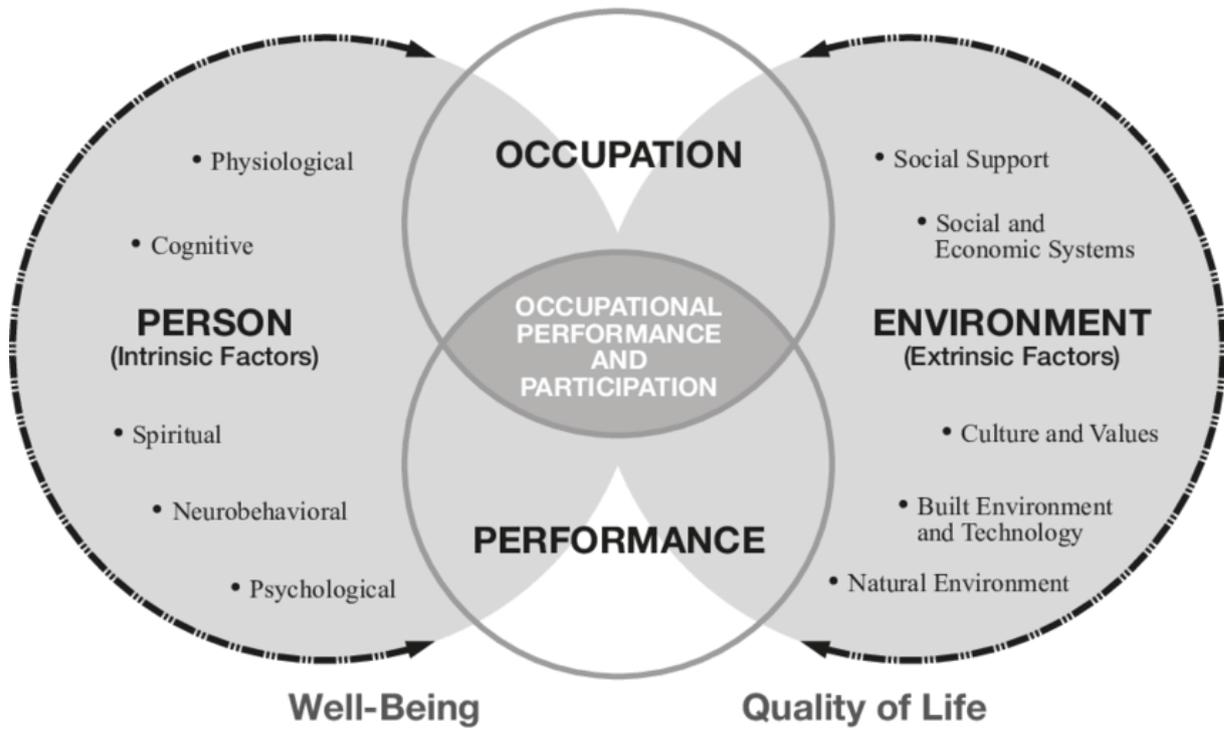
105. DRESS. La complémentaire santé Acteurs, bénéficiaires, garanties [Internet]. 2024 [cité 7 mai 2025]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-07/CS2024EMB.pdf?utm_source=chatgpt.com
106. oid-2024. OID. 2024 [cité 7 mai 2025]. Immigration et système de santé. Disponible sur: <https://observatoire-immigration.fr/immigration-et-systeme-de-sante/>
107. Haraway D. Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*. 1988;14(3):575-99.
108. Hammell KW. Engagement in Living: Critical Perspectives on Occupation, Rights, and Wellbeing. Canadian Association of Occupational Therapists; 2020. 261 p.
109. Rousseau J, Potvin L, Dutil E, Falta P. Model of competence: a conceptual framework for understanding the person-environment interaction for persons with motor disabilities. *Occup Ther Health Care*. 2002;16(1):15-36.
110. Montroussier V. dans la relation thérapeutique entre l'ergothérapeute et la personne atteinte de schizophrénie [Internet] [Mémoire d'initiation à la recherche]. [Paris]: UPEC; 2018. Disponible sur: https://anfe.fr/wp-content/uploads/2022/11/Soumission_1_MONTROUSSIER_Vanessa_memoire_2018_sl_1-6cfe9262.pdf
111. Bébin L. Repérage du risque de burnout et équilibre occupationnel [Internet] [mémoire d'initiation à la recherche]. [La Musse]: Institut de Formation en Ergothérapie La Musse; 2019. Disponible sur: https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/01/BEBIN-BURNOUT.EQUILIBRE-OCCUPATIONNEL_-e4ea185f.pdf
112. Ahmed Benaïche. Les peurs dans le travail infirmier de psychiatrie [Internet] [Mémoire Master en Sciences Cliniques en Soins Infirmiers]. Sainte Anne; 2013. Disponible sur: <https://www.santementale.fr/medias/userfiles/files/benaiche-memoire.pdf>
113. Pauline VUN. L'ergothérapie auprès des enfants en situation de vulnérabilité sociale : une pratique inspirée du Brésil [Internet] [Mémoire d'initiation à la recherche]. [Paris]: Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en ergothérapie; 2022. Disponible sur: https://anfe.fr/wp-content/uploads/2022/10/VO-Uyen-Nhi-Pauline-4d0a95d6.pdf?utm_source=chatgpt.com
114. Lopes RE, Malfitano APS. Social Occupational Therapy: Theoretical and Practical Designs. 1st edition. Philadelphia, PA: Elsevier; 2020. 256 p.
115. Pirony J, Marques A. PRACTS : une expérience et une méthode vers la transformation sociale. Paris: Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE); 2024. p. 29-43.
116. Kronenberg, F., Algado, S. S., & Pollard, N. Occupational Therapy Without Borders: Learning From The Spirit. Elsevier-Churchill Livingstone. Oxford/UK; 2004.
117. Tervalon M, Murray-García J. Cultural Humility Versus Cultural Competence: A Critical Distinction in Defining Physician Training Outcomes in Multicultural Education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 1998;9(2):117-25.

118. Agner J. Moving From Cultural Competence to Cultural Humility in Occupational Therapy: A Paradigm Shift. *Am J Occup Ther.* 2020;74(4).
119. Beagan B. Approaches to culture & diversity: A critical synthesis of occupational therapy literature. (Early online.). *Canadian Journal of Occupational Therapy.* 1 févr 2015;
120. Hook et al. Cultural Humility: Measuring Openness to Culturally Diverse Clients. *Journal of Counseling Psychology* [Internet]. 6 mai 2013 [cité 11 mai 2025]; Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/236641214_Cultural_Humility_Measuring_Openness_to_Culturally_Diverse_Clients
121. Michael K. Iwama. *The Kawa Model: Culturally Relevant Occupational Therapy.* 1st edition. Edinburgh ; New York: Churchill Livingstone; 2006. 260 p.
122. Juarez et al. Bridging the gap: A curriculum to teach residents cultural humility. *pubmed.* févr 2006;(38):97-102.
123. Chang, Simon & Dong. Cultural Humility: A Concept Analysis. *Journal of Transcultural Nursing.* 2016;27(3):210-7.
124. Le Modèle PEOP et les Liens entre la Neuropsychologie Intégrative et l'Ergothérapie [Internet]. [cité 15 déc 2024]. Disponible sur: <https://fr.linkedin.com/pulse/le-mod%C3%A8le-peop-et-les-liens-entre-la-neuropsychologie-serlet--rep9e>
125. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Chiffres clés de l'hospitalisation | Publication ATIH [Internet]. 2021 [cité 31 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.atih.sante.fr/chiffres-cles-de-l-hospitalisation>
126. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Accueil | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. 2021 [cité 31 mars 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>
127. Étrangers – Immigrés - France - Tableau de bord de l'économie française [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/tableau/20_DEM/25_ETR
128. INSEE. L'essentiel sur... les immigrés et les étrangers | Insee [Internet]. 2023 [cité 31 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>

Annexes

Annexe 1 : modèle PEOP

(124)



Annexe 2 : les structures sanitaires de prise en soin ergothérapeutique

Nous pouvons citer en terme d'exemple de structures de prise en soin existantes sur le territoire français les hôpitaux civils, qui sont le premier lieu de prise en soin (en 2021 : 12,6 millions de personnes prises en soin, soit 186 personnes pour 1 000 habitants(125)). Ils ont en leur sein des services de rééducation avec des ergothérapeutes. Les Services de soins Médicaux et de Réadaptation sont des lieux de prise en charge sur du long terme permettant un suivi personnalisé (selon la DRESS, en 2020, la durée moyenne des séjours est de 36 à 40 jours(126)). Les lieux de vie type Etablissement pour Enfants et Adultes Polyhandicapés, Instituts d'Éducation Motrice, Instituts Médico-Educatifs, Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, sont des lieux de prise en charge sur du long terme, au sein desquels exercent aussi des ergothérapeutes, en lien avec la famille des personnes prises en soin.

Annexe 3 : l'immigration en France

En 2022, un dixième de la population française est immigrée (soit 7 millions de personnes nées étrangères à l'étranger et résidentes en France). Chiffre auquel s'ajoute 0,8 million d'étrangers nés en France (personnes résidant en France sans la nationalité française) (127). La répartition géographique d'origine des immigrés est pour moitié d'Afrique (48,2 % dont majoritairement Algérie, Maroc et Tunisie), tandis qu'un tiers vient d'Europe (32,3 % dont majoritairement Portugal, Italie, Espagne et Turquie) (128).

Annexe 4 : religion et cadre législatif en milieu hospitalier

La loi du 9 décembre 1905 - article 2 énonce que :

« La République ne reconnaît, ne salarie, ni ne subventionne aucun culte » et « Pourront toutefois être inscrites aux budgets les dépenses relatives à des services d'aumônerie et destinées à assurer le libre exercice des cultes dans les établissements publics tels que lycées, collèges, écoles, hospices, asiles et prisons » en raison du caractère particulier de ces lieux. »

La circulaire du 6 mai 1995, relative aux droits des patients hospitalisés dit qu'« un patient doit pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de sa religion : recueillement, présence d'un ministre du culte de sa religion, nourriture, liberté d'action et d'expression ».

Cela est complété par la circulaire du 5 septembre 2011 qui énonce que dans chaque établissement, un référent chargé du service des aumôneries hospitalières est désigné.

Annexe 5 : grille d'entretien de l'enquête exploratoire

N° de question	Thématique	Question	Objectif visé
1	Spécificités de la prise en soin en ergothérapie en situation d'interculturalité	Qu'est-ce qui est spécifique à la prise en soin avec un patient issue d'une culture différente de la vôtre ?	Comprendre les spécificités de la prise en soin ergothérapique d'un patient issue d'une culture différente.
2	Difficultés de l'ergothérapeute lors de prise en soin en situation de d'interculturalité entre patient et soignant	Quelles sont les difficultés rencontrées lors de la prise en soin en ergothérapie d'un patient issue d'une culture différente de la vôtre, et pouvant amenée à une rupture du soin ?	Explorer les difficultés rencontrées par les ergothérapeutes lors de la prise en soin d'un patient issue d'une culture différente, pouvant engendrer une rupture des soins.
3	Ressources de l'ergothérapeute pour effectuer des prises en soin en situation d'interculturalité entre patient et soignant	A quelles ressources personnelles ou professionnelles faites-vous appel lorsqu'il y a un risque de rupture de la prise en soin d'un patient, en raison d'une différence de culture ?	Découvrir les ressources personnelles et professionnelles permettant d'assurer la prise en soin ergothérapique d'un patient issue d'une culture différente, lors de situations avec des risques de rupture de prise en soin.

Annexe 6 : grille d'analyse des entretiens de l'enquête exploratoire

	Spécificité de la prise en soin en situation de cultures différentes	Difficultés rencontrées par les ergos induisant un risque de rupture dans prise en soin d'un patient en situation de cultures différentes	Ressources des ergos pour assurer la continuité de prise en soin d'un patient en situation de cultures différentes	Différentes approches des ergos pour la prise en soin des patients en situation de cultures différentes	Facteurs extérieurs influant sur la prise en soin par l'ergos d'un patient en situation de cultures différentes
<p>E1 Ergothérapeute de 29 ans, diplômée en 2018, travaillant en HDJ, ayant exercé auparavant en SSR, MPR et EHPAD</p>	<p>L14-16 Prise en compte des spécificités de la personne : habitudes, mode de vie, activités quotidienne et instrumental, organisation du quotidien...</p> <p>L29-31 Prise en charge du malade par la communauté</p> <p>L42-46 Impossibilité de communiquer dû à une langue différente</p>	<p>L29-31 Le communautarisme empêche le patient de travailler pour être davantage autonomie ou indépendant</p> <p>L42-46 Barrière de la langue et absence de moyen matériel compensatoire</p> <p>L55-60 Croyance du soin divin permettant la récupération physique</p>	<p>L14-16 Prise en compte des spécificités de la personne : habitudes, mode de vie, activités quotidienne et instrumental, organisation du quotidien...</p> <p>L20-21 Travailler avec les objectifs propres du patient</p> <p>L81 S'adapter au patient et proposer davantage de compensation que de rééducation</p> <p>L92-94 Accepter le compromis entre les objectifs du patient et ceux du soignant</p> <p>L98-101 Utiliser les ressources des soignants avec qui la prise en soin se passe bien.</p>	<p>L14-16 Prise en compte des spécificités de la personne : habitudes, mode de vie, activités quotidienne et instrumental, organisation du quotidien...</p> <p>L20-21 Travailler avec les objectifs propres du patient</p>	<p>L117-120 Position d'influence supérieure du médecin</p> <p>L152-154 Niveau d'imprégnation culturelle du patient à son nouvel environnement de vie</p> <p>L168-172 Pression de la famille qui impact la relation thérapeutique et la prise en soin</p>

			<p>Faire appel au médecin qui fait autorité.</p> <p>L129-133 Le patient doit se sentir écouté pour accepter une prise en soin</p> <p>L176-180 Désamorcer les agacements en revenant aux objectifs, qui sont parfois à rétablir ou reformuler</p> <p>L200-201 Echange de patient entre soignant</p>		
<p>E2 Ergothérapeute de 50 ans, diplômée en 1995, travaillant en EEAP, ayant exercé auparavant en CAT et IME</p>	<p>L14-16 Croyances qui impactent la prise en charge et notamment l'usage matériel médical proposé</p> <p>L18-21 Prendre en compte la manière de vivre le handicap différemment en fonction de la culture pour permettre la discussion entre patient et soignant</p> <p>L26-28 Importance d'avoir une approche</p>	<p>L18-21 Le handicap est vécu différemment en fonction des cultures. Si ce n'est pas pris en compte il y a risque de rupture avec le patient</p> <p>L47-48 Prendre en compte les besoins spécifiques du patient pour proposer du matériel adapté aux modes de vie et pas uniquement à la problématique médicale</p> <p>L59-63 Prise en compte des codes sociaux, de la présence de la communauté pour proposer des installations qui soient en</p>	<p>L35-36 Faire du cas par cas, en fonction de l'environnement du patient</p> <p>L106-110 Tabou ou non autour du handicap, qui place la personne en centre de la famille ou qui la cache</p> <p>L117-119 Clarifier l'information à transmettre et s'adapter à niveau de compréhension du patient</p> <p>L125-126 Utilisation des traducteurs automatiques, mais peu efficace sur des termes techniques</p>	<p>L26-28 Importance d'avoir une approche environnementale, qui inclus la culture et les croyances. Il est indispensable de le prendre en compte pour dialoguer avec le patient</p> <p>L 221- 222 Faire la rééducation toujours dans le contexte propre au patient</p> <p>L125 Prendre le patient dans son ensemble, avec sa culture et sa religion</p>	<p>L43-44 Milieu dans lequel évolue le patient et organisation de la famille</p> <p>L49-51 Mettre en place des aides pour soulager la famille et pas uniquement le patient</p> <p>L140-143 Etre en relation avec des intermédiaires (IDE par ex) qui connaissent la famille dans le quotidien</p> <p>L209-211 Proposé du matériel le plus adapté possible ne sert à</p>

	<p>environnementale, qui inclus la culture et les croyances. Il est indispensable de le prendre en compte pour dialoguer avec le patient</p> <p>L170 Termes techniques non explicable avec la barrière de la langue</p> <p>L251-253 Complexité de la compréhension commune, d'une culture à l'autre, liée aux codes différents</p>	<p>contexte et ne répondent pas uniquement aux besoins d'un point de vue médical</p> <p>L73-74 Risque de non-dit de la part du patient si le matériel ne convient pas</p> <p>L81-82 Risque d'incompréhension</p> <p>L170 Termes techniques non explicable avec la barrière de la langue</p> <p>L201-203 Connaitre la culture ou la religion pour entrer en contact plus facilement</p> <p>L251-253 Se demander comment communiquer au mieux lorsque l'on n'a pas les mêmes codes</p>	<p>L129-130 Trier les informations à transmettre pour aller à l'essentiel</p> <p>L140-143 Récouter des informations par le biais d'autres soignants</p> <p>L189 Etre particulièrement attentif</p> <p>L196-200 Faire adhérer la famille et pas uniquement le patient pour permettre l'adhésion au soin</p> <p>L232-234 Limiter au maximum les intermédiaires entre patient et soignant</p> <p>L267-270 Les outils de CAA avec picto et photo sont utilisables quelle que soit la langue parlée</p> <p>L308-310 Approche du corps différente en fonction des cultures, impactant la manière dont la famille touche la personne handicapée</p>		<p>rien si les préconisations ne sont pas faite en fonction de la famille et de l'individu dans sa famille</p> <p>L124 Influence majeure de la famille</p>
--	--	--	--	--	--

			L314-318 S'appuyer sur les compétences de la famille pour leur proposer des outils de prise en soin intra-familiaux		
E3 Ergothérapeute de 32 ans, diplômée en 2014, travaillant en EEAP, ayant exercé auparavant en IME, IEM, ESAT	L5 La barrière de la langue est un frein L13-15 Le communautarisme freine l'entrée des soignants dans le quotidien et ralenti la mise en place de la relation de confiance	L5 Barrière de langue L8-13 Influence de la présence ou de l'absence de communautarisme dans la culture L13-15 Le communautarisme freine l'entrée des soignants dans le quotidien et ralenti la mise en place de la relation de confiance L19 Difficulté à accepter de l'aide à domicile pour les soins du corps L23-25 Honte de la situation, de la taille du domicile, de l'absence de ressources, entraînant une difficulté à accepter l'entrée des soignants dans le domicile L25	L45 S'intéresser à la vision des choses de l'autre L99-102 Rencontrer les familles pour faire le lien régulièrement L112-113 Impact du genre sur la rencontre avec la famille et/ou le patient : les femmes seront plus facilement acceptées par les femmes L122-125 Lien de confiance très fort lorsqu'il est instauré, auquel il faut être vigilant pour ne pas être trop proche L128-130 La relation de confiance une fois installée permet de rencontrer complètement dans l'intimité L145-150 Utiliser des mots de la langue du patient pour stimuler et pas	L45 S'intéresser à la vision des choses de l'autre L86-87 Connaitre le quotidien et l'intimité du patient L125 Force du lien de confiance L188-190 S'adapter à la situation sans juger et travailler avec les familles pour les aider à aller vers de la bienveillance L193-194 Déconstruire les croyances des patients autour du handicap L220-221 Travailler avec la famille et pas uniquement le patient L239-240	L257-258 Pluripathologie au sein des familles et des autres membres de la famille

		<p>Avoir de l'aide signifie ne pas être compétent soi-même</p> <p>L36-38 Brutalité symbolique du soignant qui s'y prend mal</p> <p>L71-75 Exaspération des soignants face à la difficulté de communiquer et d'être compris</p> <p>L80 Barrière de la langue cumulée avec des pathologies psychiatrique</p> <p>L81-86 Fiabilité de la traduction pour la récolte comme pour la transmission des informations</p> <p>L108-109 La religion complexifie l'accès à la femme au sein des familles</p> <p>L130-133 Chantage affectif de la part des patients</p> <p>L180-184 Croyance en une magie divine qui soignera sans que personne n'intervienne et empêche le</p>	<p>uniquement par nécessité de dialogue</p> <p>L153-155 La langue est un levier affectif qui facilite l'accès au soins</p> <p>L161-162 S'appuyer sur ce qu'aime le patient, propre à sa culture</p> <p>L188-190 Différencier la maltraitance de l'incompréhension. Travailler avec les familles pour les aider à aller vers de la bienveillance</p> <p>L193-194 Déconstruire les croyances des patients autour du handicap</p> <p>L202-203 Faire appel aux psychologues avec les patients</p> <p>L206-208 Proposer aux familles des espaces de rencontre entre elles, notamment les asso existantes</p> <p>L223-224 Proposer avec différents professionnels des groupes de rencontre et de parole à</p>	<p>Difficulté et impératif pour le soignant de ne pas juger</p>	
--	--	---	---	---	--

		<p>travail de deuil autour de la maladie ou du handicap</p> <p>L239 Difficulté de rentrer dans la famille, dans le quotidien.</p> <p>L239-240 Difficulté et impératif pour le soignant de ne pas juger</p>	<p>destination des familles et des patients</p> <p>L231-232 Déléguer à d'autres soignants pour multiplier les ressources et les approches</p>		
--	--	--	---	--	--

Annexe 7 : correspondance mots clés de l'équation de recherche/termes MeSH

Mots clés	Termes MESH
Ergothérapie	Occupational therapy
Culture, culturel	Culture, cultural
Soin	Nursing
Qualité de soin	Care quality, healthcare quality

Annexe 8 : tableaux des résultats des bases de données de la revue de littérature

TOTAL à partir des mots clefs en français	Base de données	Sélection selon le texte	Sélection selon le résumé	Sélection selon le titre	Article sélectionné
1072	Cairn	550	/	/	
	Google scholar	518	/	9	1
	Pub Med	0	0	0	
	Science Direct	0	0	0	
	OT seeker	0	0	0	
	Scielo	0	0	0	
	CINHAL	0	0	0	
	DUMAS		4		2
	Lecture opportuniste				1
	TOTAL RETENU				4

TOTAL à partir des mots clefs en anglais	Base de données	Sélection selon le texte	Sélection selon le résumé	Sélection selon le titre	Article sélectionné
41338	Cairn	0	/	/	
	Google scholar	15700	/	13	6
	Pub Med	524	21	1	
	Science Direct	7567		6	
	OT seeker	0	/	/	
	Scielo	45	32	4	2
	CINHAL	17552	71	2	1
	DUMAS		0		
TOTAL RETENU				9	

NOMBRE TOTAL D'ARTICLES RETENUS	13
--	-----------

Annexe 9 : tableau de synthèse d'analyse critique de la revue de littérature

Sources	scientificité	Thème/ Objet traité	Méthode utilisée	Populatio n	Approche théorique privilegiée (concept étudié, phénomène pathologie)	Champ(s) disciplinai re(s) d'étude	Principaux résultats	Question, dimension qui n'est pas abordée
Approaches to culture and diversity: A critical synthesis of occupational therapy literature – 2015, canada (google scholar)	+++ H index : 60 Q1 Litt pro	Culture et ergothérapie dans la littérature	Revue de littérature	110 articles	Faire une synthèse de la littérature existante entre 2007 et 2014 sur la base de données CINHAL avec comme thèmes les mots clés (culture – culturel – diversité) + ergothérapie	Sciences humaines et sociales Lit. Scient.	4 grandes thématiques correspondant à l'approche de l'ergo en situation d'interculturalité lors d'une PEC : compétence culturelle, pertinence culturelle, sécurité culturelle et un thème émergeant récemment : humilité culturelle et réflexivité critique	Que dit la littérature depuis 2014 et/ou sur d'autres bases de données ? Qu'est-ce que chaque thème induit concrètement dans les PEC interculturelles et quelles conséquences cela induit les relations avec les patients ?
Cultural differences: The experience of establishing an	+++ H index : 52 Q1	Observation du quotidien d'un ergo dans la mise en place d'un	qualitative	Patients d'une communcauté en Républiqu	Observations et recueils d'info au quotidien + interviews de l'ergo pour analyser ce qu'il	Sciences humaines et sociales Lit. pro.	3 thèmes qui influencent le travail de l'ergo dans une communauté d'une autre culture	En quoi les concepts sous-jacent et non développés (autonomie personnelle, performance et réussite dans l'occupation, intervention

occupational therapy service in a developing community – 2005, étude australienne – patients de Rep. Dom. (google scholar)	Méthodo codée et catégorisée Méthode d'entretien ethno selon Spradley Triangulation des données Litt pro	service d'ergo dans une autre culture que la sienne		e Dominicai ne	se passe au sein du service d'ergo		(2 axes : la communauté et les attitudes personnelle) - Les défis liés à la vie dans une communauté développant des services de santé et services sociaux - les défis liés au travail avec les travailleurs locaux - la réaction des clients à l'ergothérapie + concepts sous-jacents : autonomie personnelle, performance et réussite dans l'occupation, intervention axée sur un objectif	axée sur un objectif) impactent-il l'ergothérapie ? Les conclusions sont-elles applicables si l'expérience est reproduite avec des ergothérapeutes francophone ?
Cultural competence in occupational therapists working in	++ H index : 63 Q1	Dans les programmes d'intervention précoces, examiner les	Qualitative Entretiens approfondis menés par 2 chercheuses	5 ergo travaillant auprès de populations issues	La compétence culturelle favorise des prises en charge équitables en soins de santé	Sciences humaines et sociales Lit. Scient.	4 thèmes généraux : Apprendre la culture Application des connaissances culturelles Réflexion sur la culture	Conséquence dans la PEC en appliquant les 4 grands thèmes ?

<p>early intervention therapy programs – 2010, canada, (google scholar)</p>	<p>Critères d'inclusion définis</p> <p>Ergo volontaires = pas neutre</p> <p>Méthode d'entretien et traitement des données expliqués</p> <p>Litt scientifique</p>	<p>compétences culturelles des ergo</p>	<p>blanches, hétérosexuel les, de classe moyenne, canadienne et ergothérapeutes</p>	<p>d'autres cultures</p>			<p>Partenariat axés sur la famille</p> <p>Existence de 3 modèles de compétences culturelles</p> <p>Avoir un regard critique sur soi-même et sur sa propre pratique (Absence de la pratique réflexive de la part des ergo)</p>	<p>Quelles améliorations de pratique possible pour les ergos ?</p> <p>Quels sont les modèles de compétences culturelles et leur contenu ?</p> <p>Comment bien effectuer une pratique réflexive ?</p>
<p>Terapia ocupacional social: contribuições epistemológicas para um giro decolonial – 2022, Brésil (SciELO)</p>	<p>-</p> <p>H index : 26</p> <p>Q3</p> <p>Pas de método</p> <p>Bonne biblio</p> <p>Biais énoncé</p> <p>Litt pro</p>	<p>L'ergothérapie sociale au Brésil participe au tournant décolonial.</p> <p>+ Expliquer les spécificités de l'ergo sociale</p>	<p>essai</p>	<p>Population brésilienne</p>	<p>Impact du colonialisme sur les PEC en ergo au Brésil : application plaquée des pratiques occidentales, avec le désir de « développer, moderniser » un pays en développement.</p>	<p>Sciences humaines et sociales</p> <p>Lit. pro.</p>	<p>En ergo sociale, il y a inséparabilité entre action technique et action politique. La santé déborde pour aller vers d'autres champs d'actions : articulation entre le micro et le macrosocial, individuel et collectif.</p> <p>Dépasser les activités comme mécanique isolée</p>	<p>Comment mettre en œuvre l'ergothérapie sociale en pratique ?</p> <p>Place de l'ergo issue d'une culture dominante et son positionnement possible en ergo sociale ?</p> <p>Les conclusions sont-elles applicables aux ergo francophones ?</p>

							(pathologie > activité pour guérir) : les alimenter par les dimensions affectives, sociopolitiques, communautaire. Individuel et collectif sont indissociable – Ne pas individualisé les pb sociaux.	
The shadow side of occupational therapy: Necropower, state racism and colonialism – 2024, revue scandinave, auteur québécois (google scholar)	+++ H index : 49 Q1 Clarté des obj et de la méthodo Pas d'objectivité puisque essai mais propos étayé par biblio ++ Litt pro	Explorer le rôle caché des ergo dans les manifestations de violence institutionnalisées (exemple de la 2 nd guerre mondiale et de la colonisation de l'algérie)	essai	/	Les pays du sud/tiers monde/peuples autochtones/colonialisés sont soumis aux principes d'épanouissement prônés par les pays du nord (colonialisateur, avec un regard forgé par le système politique néo-libératliste).	Sciences humaines et sociales Lit. pro.	Concept de pharmakon : être en mm temps le poison et le remède. Concept de l'ergo avec coté diurne (qui aide à la participation significative au monde) et visage nocturne (forme institutionnalisée de violence par l'imposition de valeurs, cultures) Influence du capitalisme et du système politique qui a construit l'identité de travail des ergothérapeutes.	En quoi la politique influence encore le travail de l'ergothérapeute et la prise en charge du patient ? En quoi l'ergothérapeute se positionne comme « ayant le pouvoir » sur le patient, du fait de la construction même du métier ?

							Attention à l'évaluation de « la capacité productive des patients » sans prise en compte de la culture propre - le principe « d'occupations » avec lequel les ergo analysent est biaisé par leur propre culture occidentale issue du néo-libéralisme.	
Occupational therapy and culture: dimensions in dialog – 2023, Brésil (Scielo)	+++ Pas de SJR – Publication dans revue d'ergo – auteurs universitaire – biblio bien referencée Litt pro	Intersection entre ergothérapie, culture et art	essai	/	Les liens entre art culture et ergothérapie sont des coïncidences mais sont importants pour le développement historique de la profession et la pratique actuelle	Sciences humaines	Les arts ont marqué des étapes dans la construction de la profession. La culture est considérée dans le contexte des activités humaines, individuelle, communautaire et territoriale. L'approche ergo doit être consciente des systèmes hiérarchiques et des processus de colonisation	La place de l'art dans la profession ? Comment mener une approche ergothérapique en prenant en compte l'individu dans la communauté et le territoire ? Comment être conscient des processus hiérarchiques dans l'exercice de la profession ?

L'approche communautaire en ergothérapie : projet d'action sur des déterminants sociaux impactant l'occupation de certains publics – 2019, France (lecture opportuniste)	+ Pas de SJR – publication revue de l'ANFE – auteur ergo et maître d'enseignement Pas du tout de méthodo Litt pro	L'approche communautaire est particulièrement indiquée pour accompagner les publics fragilisés en se basant sur la question des occupations	essai	/	Importance et impacte de l'ergothérapie communautaire		L'ergothérapie est encore structurée par l'approche dans le secteur de la santé, autour des déficiences et pathologie. La méconnaissance du métier d'ergo dans les autres domaines que la santé empêche l'intersectorialité. L'ergothérapeute doit apprendre des communautés et connaître les communautés Importance de développer le volet social de l'ergothérapie pour améliorer la santé et la qualité de vie des individus	L'ergothérapie communautaire est-elle un facilitateur dans la prise en charge en situation d'interculturalité ?
La compétence culturelle en ergothérapie –	+- Mémoire d'élève	l'ergothérapeute doit assurer une certaine équité en	Quanti	115 ergothérapeutes accompagn	Plus un ergothérapeute a un niveau de	Science soc	Intérêt de la comp. cult. dans la pratique, en ce qui concerne la réduction des	La compétence culturelle étant centrée sur le soignant, qui a le pouvoir, comment se centrer sur le patient et

2018, France (dumas)	Litt grise	termes de qualité d'accompagnement. La compétence culturelle de l'ergo pourrait être un des outil.		ant ou ayant accompagné une personne de culture (ethnie) différente de la leur.	compétence culturelle élevé, moins il rencontre de difficultés d'accompagnement face aux différences culturelles, et plus son accompagnement est ainsi optimal.		difficultés d'accompagnement. Mais complexité d'établir un réel lien entre le niveau de compétence culturelle et les difficultés d'accompagnement rencontrées, ceci dépendant de la sensibilité culturelle de chacun. Il serait intéressant d'interroger le patient.	rétablir l'inégalité de pouvoir ?
Le modèle kawa une approche qui révèle la compétence culturelle de l'ergothérapeute – 2019, France (dumas)	+- Mémoire d'élève Litt grise	la compétence culturelle de l'ergothérapeute comme outil d'adaptation aux différents contextes culturels	quanti et quali	57 ergo parlant français, travaillant/ ayant travaillé avec des personnes issues de cult. diff / 3 ergo utilisant le modèle kawa	la compétence culturelle de l'ergothérapeute se manifeste à travers l'utilisation du modèle KAWA	Science soc	le modèle Kawa était surtout un outil pour le patient, pour lui permettre de verbaliser les éléments signifiants de sa vie. En utilisant le modèle Kawa, les ergothérapeutes mettent en évidence l'importance de considérer chaque personne comme unique et spéciale.	Le travail centré sur la personne est-il suffisant pour accéder à la culture et avoir une qualité de soin satisfaisante ?

A critical reflection on the concept of cultural safety – 2012, canada (google scholar)	+++ Q1 Méthodo expliquée Analyse basée sur processus systématique développé par Chinn et Kramer Litt scientifique	Analyser le concept de sécurité culturelle	Essai	/	Promouvoir un discours plus critique sur la culture, la santé, les inégalités en soin de santé et sur la manière dont cela est façonné par les circonstances historiques, politiques et socio-éco	Sciences soc.	La sec. cul. ne concerne pas les pratiques culturelles mais la reconnaisse de la position sociale, éco, pol. de certaines groupes dans la société. En ergo : nécessité d'analyser nos pratiques au regard d'un passé colonial, de la socio-éco et de la politique. Regarder la façon dont on entretien par inadvertance les inégalités de santé et d'injustice sociale pour des groupes marginalisés ?	Ces conclusions sont-elles applicables en pays francophones ? Comment avoir un regard critique sur sa propre profession ? Quels outils pratiques avons-nous pour mettre en application la sécurité culturelle ?
Cultural relativism: Occupation and independence reconsidered – 2000, canada (google scho)	+++ Q1 Passage devant comité d'éthique	Analyser l'expérience d'étudiants ergo alors qu'ils apprenaient à travailler avec des personne	Quali + revue de littérature sur le thème de la pratique	60 étudiants en ergo à Auckland pdt 3 ans	L'occupation et l'autonomie sont perçues différemment d'une culture à l'autre	Sciences soc.	L'indépendance est une question occidentale. Le concept est tenu comme acquis par les ergo, sans explorer ce que c'est pour le client. Dans certaines cultures, l'indépendance est synonyme d'échec	Comment définir l'interdépendance ? Quelles conséquences l'usage du concept d'interdépendance aurait sur le travail des ergo ?

	Choix des étudiants selon critère pour que la cohorte soit la plus représentative du milieu étudiant	de socio-culture différente de la leur	interculturelle				social et d'isolement. Le concept d'interdépendance serait plus utile à la pratique ergo. C'est le système de valeur de l'ergo qui est regardé davantage que celui du client	
	Litt scientifique							
Applying 'cultural humility' to occupational therapy practice: a scoping review protocol – 2022, royaume uni, (Cinhal)	+++ Q1 + méthodo bien décrite Litt scientifique	L'humilité culturelle est peu explorée en ergo. Revue de littérature et consultation pour savoir comment intégrer l'humilité cult. dans la pratique ergo	Revue de littérature + Consultation experts	10 à 15 Ergo et clients en ergo Et Chercheurs en ergo, Chercheurs en réadapt, Educ en ergo, Bibliothécaire médical	Décrire les publications Cartographier les résultats en fonction de la pratique Effectuer une consultation pour confirmer les résultats	Sciences soc	Importance de l'humilité culturel pour aborder les déséquilibres de pouvoir. L'intégration du concept dans la pratique nécessite plus de recherche et d'outils concrets.	Comment mettre en œuvre l'humilité culturelle concrètement ?

Annexe 10 : matrice théorique du cadre conceptuel

Concepts	Critères	Variables
Environnement culturel (E)	Composantes (Ec)	(Ec1) Physiques (infrastructures, climat, espaces naturels...) Culturelles (réseaux sociaux, famille, communauté...) Sociales (normes, langues, modes de vie...) Politiques (lois, systèmes de gouvernance...) Economiques (ressources, emploi, conditions de vie...)
		(Ec2) Matérielles (personnes, nature, infrastructures, cadre juridique...) Immatérielles (langues, valeurs, croyances...)
	Nature (En)	(En1) Visible : langues, modes de vie, comportements, traditions et coutumes, productions matérielles et artistiques
		(En2) Non visible : - Manière de penser : croyances, normes, savoirs, idéologies - Manière de ressentir : valeurs, sentiments d'appartenance, symboles, habitus
	Influences (Ei)	(Ei1) Sur les comportements individuels : ce qui est assimilé et qui facilite l'intégration, c'est le bagage intellectuel de la personne, développé par l'éducation et l'expérience
		(Ei2) Sur les comportements collectifs : - Éléments transmis à l'individu et qui lui permettent de s'identifier comme faisant partie d'un groupe ou d'une société - Conscience collective, relie les générations et les milieux socio-professionnels
		(Ei3) Habitus : produit de l'histoire, des pratiques individuelles et collectives
		(Ei4) Il permet à l'individu d'agir et d'interagir de façon adaptée dans son milieu et de s'intégrer socialement

	Approches (Ea)	(Ea1) Théorie écologique du développement : l'environnement culturel est une poupée russe. Microsystème : relations proches (famille, école) ; Méso-système : interactions entre microsystèmes (famille-école) ; Exosystème : contexte indirect (règlements locaux) ; Macrosystème : valeurs globales, politiques nationales.
		(Ea2) Théorie générale des systèmes : les environnements culturels sont des systèmes interconnectés à différentes échelles. L'agir fait partie du système.
		(Ea3) Ontosystème : penser la complexité des relations entre les individus, les sociétés et l'environnement.
		(Ea4) Chronosystème : valeur du temps qui passe Production de transitions : événements de vie (migration, changement de travail, évolution des liens...), évolutions sociétales (changement de normes ou valeurs collectives...).
		(Ea5) En ergothérapie : approche systémique et modèle Personne-Environnement-Occupation-Performance
	Impact sur la santé (Eim)	(Eim1) Interaction entre l'environnement culturel et des facteurs individuels
		(Eim2) La santé dépend des conditions de vie, sur lesquelles l'individu a peu de contrôle
		(Eim3) Interaction facteurs biologiques, psychologiques et l'environnement culturel
		(Eim4) La performance occupationnelle est le résultat des interactions dynamiques entre la personne, son environnement culturel et ses occupations.
		(Eim5) Approches écologiques en ergothérapie : prise en compte des processus psychologiques, cognitifs, affectifs et comportementaux en jeu entre l'individu avec son environnement culturel
Relation	Dynamiques (Rd)	(Rd1) Qualité entre deux objets
		(Rd2) Dépendance, interdépendance ou influences réciproques
		(Rd3) Si une des variables se modifie, cela entraîne la modification de l'autre variable
		(Rd4) Construite par les intentions et actions individuelles
	Rôles (Rr)	(Rr1) Epanouissement personnel et collectif
		(Rr2) Social : dans une société juste, les individus interagissent selon des principes de justice et de solidarité et la relation est un acte d'entraide et de bienfait – implique des conflits, des oppositions, des résolutions

Étapes (Re)	(Re1) Début : établissement d'une première impression, attraction ou répulsion Développement : intimité croissante (découverte, intensification, stabilité) Fin : érosion (perte d'intérêt, désaccords) ou disparition
Modes (Rm)	(Rm1) Maternage : prise en charge complète Autorité : pouvoir exercé sur l'autre Éducation : transmission de savoir Coopération : interactions équilibrées avec respect mutuel
Sens (Rs)	(Rs1) C'est le contexte qui donne le sens de la relation
Dimension thérapeutique (Rdt)	(Rdt1) En contexte thérapeutique : c'est une relation thérapeutique
	(Rdt2) Freud : transfert et contre-transfert
	(Rdt3) Rogers : relation de confiance, centrée sur le patient. Congruence du thérapeute, regard positif inconditionnel, faire preuve d'empathie, écoute active
Influences (Ri)	(Ri1) Actions et décisions
	(Ri2) Santé : - Santé mentale : réduction du stress, renforcement de l'estime de soi - Santé physique : protection contre maladies
	(Ri3) Production d'éléments tiers, comme la tier-culture
	(Ri4) Participation sociale : intégration dans les groupes, solidarité.
	(Ri5) Développement personnel : amélioration des compétences sociales et émotionnelles
	(Ri6) Changements collectifs : modèle la vie sociale, adaptation des normes sociales selon les besoins émergents
Approches (Ra)	(Ra1) Systémique : les relations humaines ne peuvent être comprises que dans le contexte plus large des interactions entre leurs composantes (individus, sous-groupes, normes sociales, etc.)
	(Ra2) Transactionnelle : modèle de compréhension des interactions humaines. Se concentre sur les interactions dynamiques : examiner les échanges pour de comprendre les schémas relationnels, les mécanismes de communication et d'émotion, et l'impact sur les relations et les comportements.

Annexe 11 : les biais du focus group

(92–95)

1. Biais liés à la dynamique de groupe

- Pression sociale et conformisme : Les participants peuvent ajuster leurs réponses pour correspondre à l'opinion dominante du groupe, réduisant l'expression.
- Effet de leadership : une peut avoir une influence de type dominante qui oriente les réponses des participants.
- Effet Asch : Sous l'influence du groupe, certains peuvent adopter des opinions contraires à leur propre croyance.
- Effet Janis et polarisation : le groupe peut tendre vers un consensus, amplifiant certaines opinions et en occultant d'autres.

2. Biais cognitifs et méthodologiques

- Biais de confirmation : des informations peuvent privilégiées, ou des questions orientées, pour conforter des opinions préexistantes.
- Biais de désirabilité sociale : les participants peuvent donner des réponses socialement acceptables plutôt que leurs opinions propres.
- Effet de halo : une perception positive ou négative d'un élément peut influencer l'évaluation des autres aspects de la discussion.
- Biais d'échantillonnage : une sélection inadéquate des participants peut biaiser la représentativité des résultats et fausser les conclusions. Ce biais est généralement important, du fait du petit nombre de personnes rassemblées au sein des groupes de discussions.

3. Limites pratiques et méthodologiques

- Difficulté d'accès à des réponses sincères : les sujets délicats ou dit tabous peuvent être difficile à aborder en groupe pour certains.
- Influence de l'environnement : le lieu, le contexte, le moment de la discussion peuvent affecter les réponses.
- Diminution de l'implication individuelle (effet Ringelmann) : plus le groupe est grand, moins chaque individu contribue activement. Cependant, un groupe de trop petite taille ne permettra pas des échanges riches. On se rapprochera alors de l'entretien individuel.

Annexe 12 : questionnaire quantitatif en vue du focus group

Recueil d'information | Framaforms.org

<https://framaforms.org/recueil-dinformation-1742723991>

Recueil d'information

MENL

Début : 1 / 2

Quel est votre âge ?

Quel est votre genre ?

- femme
 homme
 autre

En quelle année avez-vous passé votre diplôme d'ergothérapie ?

Type de lieu d'exercice actuel

- SMR
 psychiatrie
 lieu de vie
 pédiatrie
 autre

Si autre, précisez :

Patientèle suivie actuellement

- enfants
 adultes
 personnes âgées
 adolescents
 autre

1Recueil d'information | Framaforms.org

<https://framaforms.org/recueil-dinformation-1742723991>

Si autre, précisez :

MENL

Quelle a été votre motivation à participer au groupe de discussion

Annexe 13 : guide d'entretien du focus group

1. Accueil

2. Le focus group c'est quoi ?

- Temps de discussion
- Approfondir la compréhension d'une situation
- Recueillir des perceptions et des expériences
- Entrevoir des perceptions partagées ou divergentes
- Échanger sur des pratiques sur le terrain

3. Fonctionnement du focus group :

- Une modératrice (animation) et une observatrice (prise de notes)
- Confidentialité : enregistrement, consentement, anonymisation des données, ce qui est dit ici reste ici
- Importance de la participation de chacun, respect de la parole
- Déroulé du focus group
- Clôture : questions, éventuellement synthèse (peut être effectuée à l'écrit dans un second temps)

4. Question centrale durant le focus group :

Comment les ergothérapeutes perçoivent-ils la culture du patient lors des prises en soin en situation de cultures différentes entre patient et soignant ?

Je souhaite interroger :

- La perception d'une culture différente de celle du soignant
- L'impact sur la relation patient-soignant

5. Questions thématiques :

- 1- Quels sont les éléments propres aux patients qui relèvent de leur culture ?
- 2- Comment la différence de cultures influence la relation entre vous et votre patient ?
- 3- Avez-vous des ressources pour vous aider dans les prises en soin en situation de cultures différentes avec le patient ?

6. Des questions ?

- Modérateur ?
- Participants ?

7. remerciements et clôture

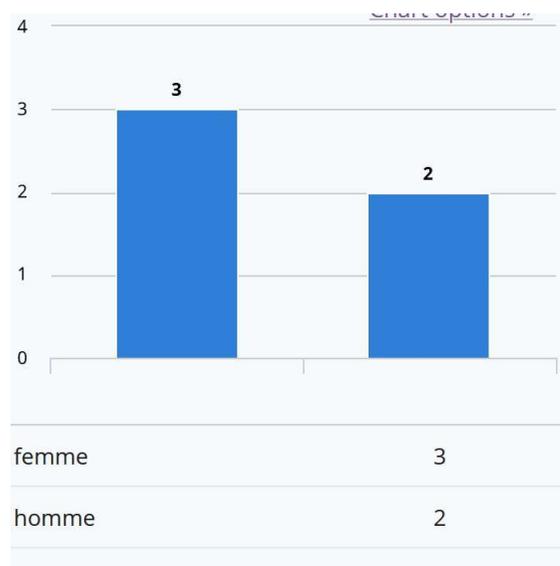
Annexe 14 : matrice de questionnements du focus group

Question de recherche :		
En contexte sanitaire, comment les ergothérapeutes appréhendent-ils les composantes invisibles de l'environnement culturel dans la relation patient-ergothérapeute en situation de cultures différentes ?		
Question proposée au focus group :		
Comment les ergothérapeutes perçoivent-ils la culture du patient lors des prises en soin en situation de cultures différentes entre patient et soignant ?		
	Thèmes ciblés	Questions thématiques
1	Les composantes de l'environnement culturel du patient	Quels sont les éléments propres aux patients qui relèvent de leur culture ?
2	L'impact sur la relation patient-soignant	Comment la différence de cultures influence la relation entre vous et votre patient ?
3	Les outils/approches ergothérapeutiques utilisées	Avez-vous des ressources pour vous aider dans les prises en soin en situation de cultures différentes avec le patient ?
Mots clé	Environnement, visible, invisible, matériel, immatériel, social, politique, économique, physique, relation thérapeutique, relation personnelle, relation interpersonnelle, théorie, approche, modèle, impact, interaction, dépendance, interdépendance, indépendance, autonomie, épanouissement, santé, coopération, confiance, décision, occupation, activité, agir, faire	

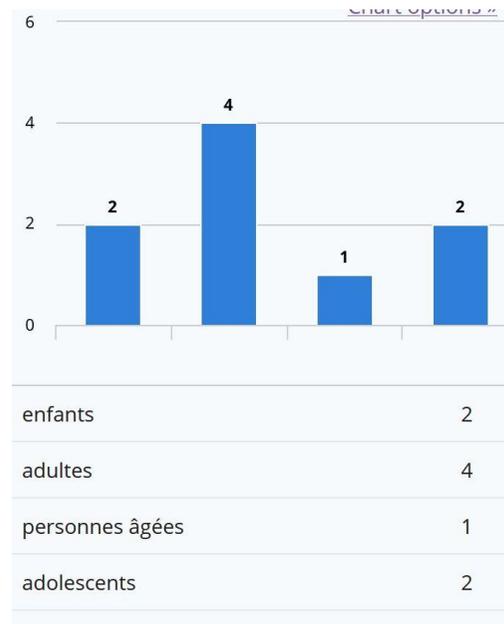
Annexe 15 : recueil d'informations du questionnaire qualitatif du focus group

ANNEE DU DIPLOME : 1999, 2002, 2011, 2015, 2017

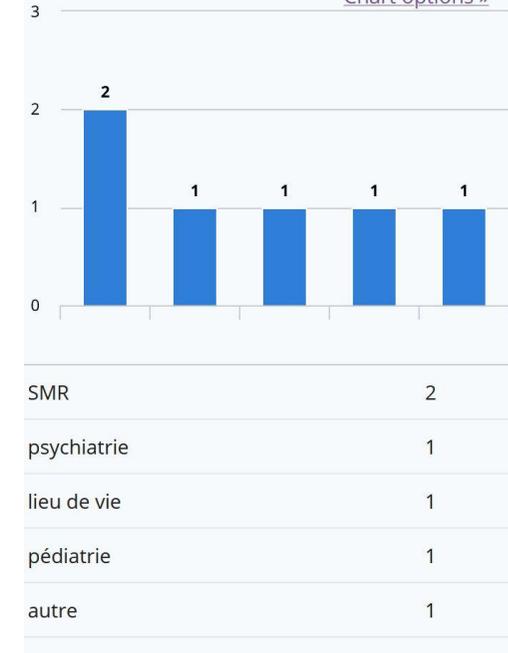
GENRE



LIEUX D'EXERCICE



PATIENTS



MOTIVATION A PARTICIPER

- Accompagner l'étudiant pour la validation de son diplôme
- Curiosité intellectuelle qui m'a poussé à m'intéresser à l'influence de la culture dans la relation ergo/patient, savoir ce que pouvait en penser d'autres ergo venant d'autres horizons. S'enrichir de nos points de vue.
- Intérêt pour le sujet. Permettre de faire avancer la réflexion et soutenir le sujet intéressant de l'étudiante. Echanger avec d'autres ergothérapeutes sur la question de la prise en compte de la culture dans nos interventions auprès des enfants et de leurs familles.
- Sujet passionnant, modalité interactive /d'échange intéressante, soutien étudiant.

Annexe 16 : analyse thématique du focus group

Extrait	THEME sous thème	THEME sous thème	THEME sous thème	THEME sous thème	THEME sous thème
L.102-103 On va à ce moment-là se mettre à comparer et dire : tiens, c'est une culture différente.	REFLEXION ANALYSE comprendre				
L.34-35 Moi je... Je suis en train d'essayer de juste la redéfinir. Parce ce que culture, histoire, origine, j'ai l'impression que...	REFLEXION ANALYSE définir				
L.45 C'est pour moi c'est trop vaste pour répondre	REFLEXION ANALYSE définir				
L.30-31 Leur perception du soin aussi, de la santé en général, du soin de la relation soignant-soigné peut être aussi différentes	MODE DE VIE représentation				
L.15-16 J'ai envie de dire les habitudes de vie	MODE DE VIE habitudes				
L.18-19 Les façons de se nourrir. Tout ce qui relève des habitudes de vie en général.	MODE DE VIE habitudes				
L.89-90 On va avoir des codes sociétaux	MODE DE VIE codes	COMPOSANTES COLLECTIVES culture collective			
L.66 Ça engendre des codes et des représentations	MODE DE VIE Codes	MODE DE VIE représentation			
L.70-71 à partir du moment où on entre y a tout un tas de codes qui sont qui sont propres à l'autre, que je ne connais pas encore.	MODE DE VIE codes	REFLEXION ANALYSE comprendre			
L.37-39 Mais même du mode de communication, des mots qui veulent dire d'autres. Rien que d'expliquer notre travail, Et la complexité de ce que ça peut engager. Voilà, là on est plus sur la communication.	COMMUNICATION Langage commun				
L.378 c'est pas vous qui allez me guérir, c'est dieu	MODE DE VIE Religion				

L.382-384 si je suis... suis diabétique, c'est parce qu'on m'a jeté un sort. Il faut conjurer le sort. Et quand on aura conjuré le sort je ne serai plus diabétique.	MODE DE VIE Religion				
L.391 effectivement, c'est dieu qui a choisi,	MODE DE VIE Religion				
L.88-89 Il y a pour moi aussi une notion importante c'est la notion de culture collective mais aussi de culture individuelle.	COMPOSANTES COLLECTIVES culture collective	COMPOSANTES INDIVIDUELLES culture individuelle			
L.543 : être capable de comprendre les particularités de chaque culture, de les intégrer	ADAPTATION moyen	REFLEXION ANALYSE comprendre			
L.544 : Et de tenir compte, en fait, des différentes valeurs, particularités	MODE DE VIE Valeurs	REFLEXION ANALYSE prendre en compte			
L.55 pour moi culture, j'entends par traditions, religions	MODE DE VIE Religion				
L.724 il y a des cultures, et puis y'a des personnes	COMPOSANTES INDIVIDUELLES individualité	COMPOSANTES COLLECTIVES culture collective			
L.75 Donc, dès qu'on rentre dans le cadre de la personne, Il faut s'adapter justement à sa culture et à ses codes	ADAPTATION facteurs	MODE DE VIE codes	COMPOSANTES INDIVIDUELLES individualité		
L.455 en parlant de la relation donc, c'est quand les valeurs sont très, très différentes. On a beau être thérapeute, c'est ce que je disais tout à l'heure, au niveau des valeurs, ça coince énormément...	MODE DE VIE valeurs	RELATION obstacle			
L.81-84 Une fois j'ai eu un blanc total et je n'avais pas enlevé mes pompes, sauf que je ne savais pas qu'il fallait que j'enlève mes chaussures. Et à partir du moment où je les ai enlevés, ou j'ai compris, parce qu'il y avait des tapis partout... bah là... la communication s'est ouverte. C'était on/off.	MODE DE VIE codes	COMMUNICATION			

L.105-108 On voit, on voit beaucoup de choses apparaître et c'est très juste, individuellement et collectivement . Il y a des façons de faire qu'on retrouve dans certaines communautés. Y a effectivement la façon dont l'individu va lui-même l'opérer, en plus avec la situation de handicap.	COMPOSANTES INDIVIDUELLES personne	COMPOSANTES COLLECTIVES culture collective / communautés			
L.24 on trouve des solutions... pour la communication et la compréhension, l'élaboration...	COMMUNICATION Langage commun				
L.16 Leur attachement à la religion. Peut-être aussi éventuellement, la façon de s'habiller, se vêtir.	MODE DE VIE Religion	MODE DE VIE habitudes de vie			
L.19 j'ajouterai quand mm la langue	COMMUNICATION langue				
L.158-163 Et du coup, le patient, c'est l'enfant, mais nous ..., parce qu'on a l'enfant et ses parents, ou c'est la famille plus élargie.	COMPOSANTES COLLECTIVES intergénération				
L.225-227 Moi, j'ai des personnes importantes qui viennent, que ce soit les traducteurs, que ce soit les conjoints qui sont là, les aidants professionnels...	COMPOSANTES COLLECTIVES entourages				
L.306 ça peut être intergénérationnel ...	MODE DE VIE rituels, habitudes	COMPOSANTES COLLECTIVES intergénération			
L.382-385 finalement l'enfant est peut-être mieux avec sa famille, dans son pays, dans sa culture et, en fait, avec toute une famille qui est là pour le masser, le mobiliser, etc. Et c'est des enfants qui sont pas forcément du coup enraidit... Plutôt que d'être ici ou en fait, on ne peut pas forcément proposer... On proposera d'ailleurs pas plus...	COMPOSANTES COLLECTIVES entourage / culture collective				
L.41-42 Mais alors en plus quand ils sont empreints d'un environnement qui est particulier, avec un environnement humain qui est soutenant,	COMPOSANTES COLLECTIVES entourage				
L.58-59 Il faut comprendre un petit peu les relations interfamiliales dans certaines cultures, pour essayer de faire intervenir les aidants ou pas auprès du patient .	COMPOSANTES COLLECTIVES entourage / intergénérationnel	REFLEXION ANALYSE comprendre	COMPOSANTES INDIVIDUELLES personne		

L.591-594 : Parce que j'avais vraiment remarqué : c'est une activité qui était très différente. En fonction des cultures, chaque personne fait sa toilette différemment et à une représentation de la toilette qui est très différente.	activité	MODE DE VIE représentation	COMPOSANTES INDIVIDUELLES personne	COMPOSANTES COLLECTIVES culture collective	
L.219-221 Moi, je me dis qu'on a une chance incroyable en étant justement que sur les lieux de vie des personnes... Parce que, à partir du moment où on nous accueille , c'est déjà un pas énorme.	COMPOSANTES INDIVIDUELLES personne	RELATION mise en place			
L.223-224 l'environnement parle... Les tableaux qui sont accrochés au mur, les cadres photo. Ça, c'est, c'est le départ.	COMMUNICATION compréhension de l'autre	COMPOSANTES INDIVIDUELLES personne	REFLEXION ANALYSE comprendre		
L.247-249 On n'a pas les mêmes ... Vision des choses et, du coup, il va peut-être falloir que je me rapproche de la sienne de façon à le faire adhérer à la prise en charge.	REFLEXION ANALYSE comprendre				
L.537-538 : Sans jamais parler au nom de cette culture, même si on la connaît bien à un moment donné	REFLEXION ANALYSE prendre en compte				
L.541-542 : ne jamais anticiper , parce qu'au bout d'un moment, à force de voir une personne qui fonctionne comme ça, et une autre de la même façon. On se dit ah la troisième, va fonctionner comme ça, évidemment. Et bah non !	REFLEXION ANALYSE prendre en compte	COMPOSANTES INDIVIDUELLES individualité	COMPOSANTES COLLECTIVES culture collective		
L.274-276 c'est surtout ça... être créatifs, très ouvert, ne pas juger et puis finalement... amène à... à être plus signifiant, significatif, dans ce qu'on peut proposer. C'est... C'est... C'est en ça qu'il faut le prendre en compte.	REFLEXION ANALYSE prendre en compte				
L.319-322 On parle des habitudes de vie des personnes pour construire notre prise en charge, nos préconisations. Et pour moi, à partir du moment où on demande à la personne comment vous faites habituellement et comment vous voulez faire, forcément on intègre une notion culturelle.	MODE DE VIE habitudes de vie	COMPOSANTES INDIVIDUELLES individualité	REFLEXION ANALYSE intégrer		
L.205-206 pour moi, c'est l'adaptation, le point de départ, pour moi, c'est le recueil d'informations	ADAPTATION utilité	REFLEXION ANALYSE comprendre			

L.252-253 C'est difficile de se dire qu'on va faire des recherches et pouvoir rentrer... connaître toutes les communautés différentes, parce qu'en plus, derrière il y a les individualités	REFLEXION ANALYSE connaître	COMPOSANTES COLLECTIVES culture collective	COMPOSANTES INDIVIDUELLES individualité		
L.518 : On parle des personnes culturellement compétentes	REFLEXION ANALYSE comprendre				
L.250 qu'il est difficile d'intégrer la culture du patient d'emblée	ADAPTATION difficulté				
L.493-494 : En fait, la culture, c'est, c'est un des ... Enfin une des couleurs,	COMPOSANTES INDIVIDUELLES facteurs				
L.496-497 : Donc, est-ce que la culture plus qu'un autre élément de la personne... je sais pas. C'est une vraie question. C'est à réfléchir.	REFLEXION ANALYSE prendre en compte				
L.323-324 Et même si on ne maîtrise pas la culture de la personne, si on tient compte de sa demande, forcément on intègre sa demande	REFLEXION ANALYSE prendre en compte				
L.294-302 Moi j'ai eu des demandes comme.... Moi, ce qui m'importe, c'est... De pouvoir sortir de chez moi pour aller à la messe. Ce qui m'importe, c'est de pouvoir aller jouer à la pétanque avec mes copains. Ce qui m'importe, c'est de pouvoir... Par exemple, une dame qui voulait absolument faire sa prière à genoux, Malgré son handicap, parce que c'était important pour elle, même si elle savait très bien qu'elle pouvait la faire autrement.	MODE DE VIE habitudes				
L.261-263 Du coup on a pris tout simplement les habitudes de vie et on a fait avec. On a fait des bracelets amérindiens. En séance.	MODE DE VIE habitudes	REFLEXION ANALYSE intégrer	activité		
L.263-267 Dès qu'on a fait quelque chose qu'il lui parlait et qui avait une représentation forte pour elle, parce que c'est ce qu'elle faisait au quotidien, elle prenait plaisir à venir tous les jours et même si la séance était terminée elle restait dans un coin de la salle pour continuer à faire l'activité puisque ça lui plaisait.	activité	MODE DE VIE représentation	MODE DE VIE habitudes de vie		
L.268 en parlant de l'activité c'est signifiant	activité				

L.313-317 C'est aussi vraiment cette notion de... de co-construction... aussi entre le soignant et le patient, ou le patient et sa famille. Enfin..., c'est aussi comment on construit ensemble...	RELATION gestion				
L.328-331 C'est aussi comment on construit ensemble... Enfin on n'est plus dans une idée de... de forcer les choses ou de... de dire : mais voilà, c'est vraiment au cœur de ça, de coconstruire aussi ensemble et pouvoir s' ajuster et s' adapter en fonction aussi de ça, de cette co-construction et...	RELATION gestion	ADAPTATION moyen			
L.588-590 : je ne maîtrise pas toutes les cultures, mais j'ai un petit peu baigné dedans depuis tout petit... j'ai une sensibilisation...	REFLEXION ANALYSE comprendre				
L.526-529 : Le point de vue situé, bah... C'est de... dire d'où on vient, quand, par exemple, on prend la parole sur une étude, une recherche, quoi que ce soit. Pour ne pas parler... Pour dire que l'on peut parler au nom de ce qu'on sait, de ce qu'on connaît, de où on vient, de notre culture justement	REFLEXION ANALYSE prendre en compte				
L.255-256 En général, quand les patients voient qu'on s'intéresse vraiment à leur quotidien, sa culture, ses représentations, ses habitudes , il adhère beaucoup plus à la prise en charge derrière	MODE DE VIE habitude	RELATION incidence			
L.667-670 : Et ça vanne, ça échange, sur les différentes religions et... on fait en sorte aussi nous... Ça nous influence aussi, parce que, bon, on se doit de faire en sorte que ça se passe bien. On est un peu le garant de ça quoi. Et du coup par la vanne, par l'humour aussi, on arrive à intégrer beaucoup de... d'acceptation de l'autre dans sa différence de culture aussi quoi.	REFLEXION ANALYSE influence pro/perso	RELATION gestion	MODE DE VIE religion		
L.544 : Et de tenir compte, en fait, des différentes valeurs, particularités	ADAPTATION moyen	MODE DE VIE valeurs			
L.429-431 on a beaucoup parlé du fait de prendre en compte la culture du patient, qu'il soit similaire ou différente, parce que même si le patient a la même culture que la nôtre, il faut quand même en tenir compte	REFLEXION ANALYSE prendre en compte				
L.138-140 j'aurais pas forcément dit comment est intégré dans... la différence de culture entre l'autre et moi. Ça aurait plutôt été : comment est intégré dans la prise en soin la culture de l'autre ? Comme tout autre élément en fait, lié au patient.	REFLEXION ANALYSE intégrer				
L.145 Comment j'intègre juste l'autre et que sa culture fait partie des éléments. C'est... spontanément	REFLEXION ANALYSE intégrer				

L.150-151 Moi, j'appelle ça les couleurs de la personne, c'est... C'est quelque chose qui est pas forcément marqué dans nos bilans.	COMPOSANTES INDIVIDUELLES facteurs	REFLEXION ANALYSE comprendre			
L.151-152 Comment on prend en compte l'histoire de la personne. D'où elle vient, ce qu'elle est...	COMPOSANTES INDIVIDUELLES facteurs	REFLEXION ANALYSE prendre en compte			
L.486-487 : peut-être que le modèle la MCRO, c'est pas mal ça	modèles				
L.187-189 S'il fait ça, est-ce que c'est les habitudes de vie, est-ce que ça a trait à la culture, etc. C'est toujours intéressant de savoir, pour évaluer l'importance de l'occupation, le degré d'importance ou de priorité aussi.	MODE DE VIE habitudes	COMPOSANTES COLLECTIVES culture collective	REFLEXION ANALYSE comprendre		
L.136-137 ça s'intègre, dans ce qu'on peut faire comme recueil des habitudes de vie, dans tout ce qu'on peut évaluer de manière très globale.	MODE DE VIE habitudes				
L.282-285 Les modèles conceptuels qu'on a... qu'on utilise de plus en plus, nous amène à prendre en compte le côté signifiant et significatifs de l'activité pour le patient... L'imprégnation justement qu'il en a, la satisfaction qu'il a justement sur la réalisation d'activités...	modèles	REFLEXION ANALYSE prendre en compte	activités		
L.39-40 Déjà les activités. Et les tâches réalisées, déjà d'une personne à une autre, c'est très différent.	activités	COMPOSANTES INDIVIDUELLES individualité			
L.95-96 C'est bien ce qu'on découvre avec les habitudes de vie, comme tu disais bien, E1, c'est que... On a la chance de travailler avec l'activité.	MODE DE VIE habitudes de vies	activités	REFLEXION ANALYSE comprendre		
L.96-98 À partir du moment où on va commencer à analyser l'activité et la façon qu'a la personne de la faire, avec son contexte environnemental, humain et matériel, et tout ce qu'elle y met en fait, c'est sa couleur.	activités	COMPOSANTES INDIVIDUELLES facteurs	REFLEXION ANALYSE prendre en compte		
L.146-149 j'ai pu dérouler toute une série de questions et oublier de prendre en compte une partie de l'histoire, du savoir-faire de la personne, parce que c'est pas des questions qui me, qui me venaient, c'était assez, c'était assez, assez général. Je pense que le danger, justement, c'est de ne pas prendre suffisamment en compte...	COMPOSANTES INDIVIDUELLES facteurs	REFLEXION ANALYSE prendre en compte			

L.420-421 Je lui pose des questions	REFLEXION ANALYSE comprendre				
L.325-326 C'est pour moi presque... évident que la culture est à part entière prise en compte dans l'activité.	activité	REFLEXION ANALYSE prendre en compte			
L.702-703 : je pense que tout le monde l'a dit... Et qu'on sera tous d'accord sur le fait que ça enrichit énormément.	REFLEXION ANALYSE influence				
L.524-536 : je trouve ça intéressant, dans notre curiosité, qu'on continue à être surpris, on continue à s'intéresser, mais il y a toujours quelque chose qui ne peut être dit que par la personne	REFLEXION ANALYSE influence	COMPOSANTES INDIVIDUELLES individualité			
L.654-655 : j'ai avancé, j'ai grandi et là, depuis... depuis vingt ans de métier, justement grâce à la diversité, à la culture des personnes	REFLEXION ANALYSE influence				
L.504 : Dans notre métier, ergo, est-ce que vraiment on doit être influencé par ça ?	REFLEXION ANALYSE influence pro				
L.504-506 : Plutôt que de simplement être à l'écoute, y adhérer et puis essayer d'écouter en si adaptant... Je ne sais pas... Ça nous influence nous, dans notre for intérieur	REFLEXION ANALYSE influence perso	ADAPTATION moyen	COMMUNICATION écoute		
L.105-109 je trouve parfois la question de qu'est ce qui est de la culture et qu'est-ce qui est de... de l'individualité, du caractère, en fait de la personne. Aussi, des fois, on aurait tendance à dire : c'est la culture, oui, mais peut-être pas. Peut-être qu'à ce moment-là, à cet endroit, c'est pas la culture qui joue, mais simplement la, la personnalité, ou les troubles du coup aussi, ou les déficiences	REFLEXION ANALYSE comprendre	COMPOSANTES INDIVIDUELLES facteurs	COMPOSANTES COLLECTIVES culture collective		
L.118-119 en parlant de l'impact d'une pathologie on n'est plus trop dans la culture, mais on est dans des choses qui peuvent changer l'individu, tout simplement	COMPOSANTES INDIVIDUELLES facteurs	COMPOSANTES COLLECTIVES culture collective			
L.121-122 je manque cruellement de... de culture générale du, parce que je me suis sentie bête devant des façons de faire. Souvent lié à la religion et la tradition.	REFLEXION ANALYSE comprendre	MODE DE VIE religion	MODE DE VIE habitudes de vie		
L.124-124 d'être un peu démunis, par, par des choses que je ne connais pas, voilà tout simplement.	REFLEXION ANALYSE comprendre				
L.228-241 en parlant de la culture dans la prise en soin Je me pose toujours cette question-là, est-ce que c'est bien intégré ?	REFLEXION ANALYSE integrer				

L.228-241 Je pense que ça demande, effectivement d'aller loin, de s'interroger régulièrement, de continuer à se questionner, mais surtout de continuer à questionner nos propres représentations.	REFLEXION ANALYSE intégrer	MODE DE VIE représentation de l'ergo !			
L.228-241 On a beau être à l'écoute, être au plus proche du besoin de la personne, du contexte, de la précarité de... De tout ça. Reste qu'on a toujours des représentations.	COMMUNICATION écoute	MODE DE VIE valeurs			
L.343-347 En fait, ils ont déjà leur idée, ils ont déjà leur... C'est comme ça qu'elle faisait avant. Et elle veut pas changer. Parce que c'est comme ça qu'elle fonctionne. Il faut tenir compte du goût.	COMPOSANTES INDIVIDUELLES individualité / facteurs	REFLEXION ANALYSE prendre en compte			
L.343-347 Et ça nous fait travailler, fait réfléchir, parce qu'il faut se remettre en question	REFLEXION ANALYSE influence				
L.189-191 s'adapter en permanence, en écoutant, mais sans forcément connaître. Aussi, parce que c'est pas évident, il faut une grande culture	ADAPTATION moyen	REFLEXION ANALYSE prendre en compte	COMMUNICATION ecoute		
L.478 : Je crois que ça influence, ça nous oblige à nous adapter encore plus	ADAPTATION facteurs	REFLEXION ANALYSE influence			
L.204 Et après cette adaptation, se renseigner sur la culture de l'autre, pour proposer une intervention qui se rapproche au maximum de la représentation que la personne aura de l'aide que vous lui apportez.	ADAPTATION moyen	MODE DE VIE représentation			
L.176 Il faut adapter nos prises en soin quoi...	ADAPTATION utilité				
L.54-55 on doit essayer de s'y adapter, on doit essayer de comprendre	ADAPTATION difficulté	REFLEXION ANALYSE comprendre			
L.111-112 Et ne pas tomber dans le piège de la généralisation de la culture au sens large du terme.	REFLEXION ANALYSE prendre en compte	MODE DE VIE représentation de l'ergo !			
L.273-276 Donc, finalement, la culture nous pousse... Surtout être comment dire... à ne pas juger... quoi... c'est surtout ça... être créatifs, très ouvert, ne pas juger et puis finalement... amène à... à être plus signifiant, significatif, dans ce qu'on peut proposer. C'est... C'est... C'est en ça qu'il faut le prendre en compte.	REFLEXION ANALYSE influence				

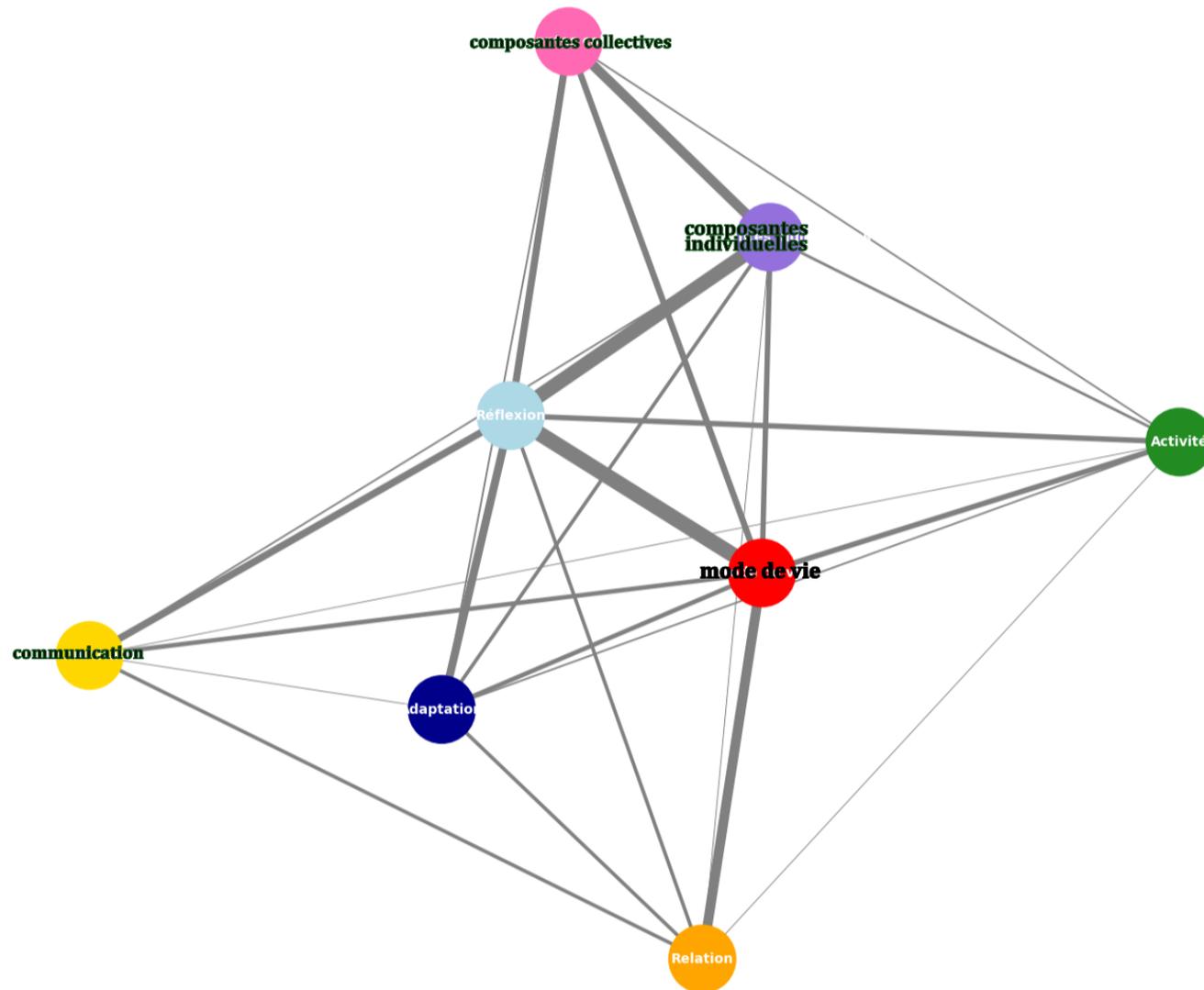
L.144-146 Et est-ce qu'on prend en compte ? C'est que c'est très juste. Mais est-ce qu'on prend suffisamment en compte ? moi, c'est toujours ma crainte, en tant qu'ergo. Ça a toujours été ma crainte.	REFLEXION ANALYSE prendre en compte				
L.273 Donc, finalement, la culture nous pousse... Surtout être comment dire... à ne pas juger...	REFLEXION ANALYSE influence				
L.215-216 Et en creusant, en discutant, on a compris que pour eux le domicile c'est vraiment l'intimité, et qu'on ne laisse pas n'importe qui rentrer dans son intimité.	COMMUNICATION discussion	COMPOSANTES INDIVIDUELLES facteurs	REFLEXION ANALYSE comprendre		
L.200-202 Alors parfois c'est l'entretien. C'est en discussion avec la personne pour essayer de comprendre quelles sont ses habitudes de vie et quelles sont ses représentations culturelles et autres.	COMMUNICATION discussion	MODE DE VIE habitudes de vie	REFLEXION ANALYSE comprendre		
L.202-204 Mais ça peut être aussi par des recherches bibliographiques, ça peut être par des discussions avec les familles ou par des discussions d'autres personnes, peut être qu'on a dans notre entourage et qui partagent cette culture.	REFLEXION ANALYSE comprendre	COMMUNICATION discussion			
L.93-95 Je disais qu'il y a le coté culture collective des notions données par la communauté dont la personne est originaire, mais il y a individuellement aussi des codes qui vont lui être propre, qu'il faut rajouter et dont il faut tenir compte.	COMPOSANTES COLLECTIVES communauté	COMPOSANTES INDIVIDUELLES individualité	MODE DE VIE codes	ADAPTATION facteurs	REFLEXION ANALYSE intégrer
L.95-98 Donc meme si on a une idée, parce que on a déjà pris en charge un patient qui appartient à la communauté, ça veut pas dire que le patient suivant aura les mêmes codes, les mêmes représentations ont les mêmes besoins, les mêmes demandes. Il faudra bien s'adapter à tout ça.	COMPOSANTES COLLECTIVES communauté	COMPOSANTES INDIVIDUELLES individualité	codes	ADAPTATION facteurs	REFLEXION ANALYSE connaître
L.152-154 Bien écouter la demande et du coup, dans cette demande là, qui est un élément aussi de notre... Primordial du diagnostic	COMMUNICATION ecoute	REFLEXION ANALYSE prendre en compte			
L.62-64 Et puis la difficulté c'est aussi de leur expliquer notre action, sur quoi on veut aller, l'occupation du... c'est pas évident. Déjà pour nous c'est pas évident, alors pour eux...	REFLEXION ANALYSE comprendre	COMMUNICATION langage commun			
L.66-67 on est obligé de s'adapter à un cadre qui est proposé par la personne.	ADAPTATION facteurs	COMPOSANTES INDIVIDUELLES individualité			

L.72-73 Donc, dès qu'on rentre dans le cadre de la personne, il faut s'adapter justement à sa culture et à ses codes	COMPOSANTES INDIVIDUELLES individualité	MODE DE VIE codes	ADAPTATION facteurs		
L.524-536 : je trouve ça intéressant, dans notre curiosité, qu'on continue à être surpris, on continue à s'intéresser, mais il y a toujours quelque chose qui ne peut être dit que par la personne	REFLEXION ANALYSE influence	COMPOSANTES INDIVIDUELLES individualité			
L.521 : être capable de comprendre les particularités de chaque culture, de les intégrer.	REFLEXION ANALYSE comprendre	COMPOSANTES COLLECTIVES culture collective			
L.522 : Et de tenir compte, en fait, des différentes valeurs, particularités	REFLEXION ANALYSE prendre en compte	MODE DE VIE valeurs			
L.182-183 on est constamment en train de s'adapter à ces problématiques de culture, pour pouvoir mettre en place de ou de ses interventions intéressantes aussi, et pertinentes.	ADAPTATION utilité				
L.251 il faut s'adapter. Faut s'adapter à tout.	ADAPTATION difficulté				
L.22 (en parlant de la différence de langue) on s'y accomode	COMMUNICATION langue	ADAPTATION moyen			
L.194-196 pouvoir aussi pour l'autre dévoiler des habitudes et la culture, mais je pense que c'est aussi en lien avec ça, avec vraiment une relation de confiance.	MODE DE VIE habitudes	RELATION incidence			
L.424-426 Je lui pose des questions. Souvent, ça crée une relation de confiance et puis on rentre dans son activité. Et du coup en plus on apprend des choses. Et on pourra après, par la suite, adapter, adapter la réponse qu'on veut, lui apporter.	RELATION mise en place	activités	ADAPTATION moyen	COMMUNICATION discussion	REFLEXION ANALYSE comprendre
L.192-193 Tu parles effectivement d'adaptation et d'écouter, et je suis tout à fait d'accord et je pense que c'est du coup, ça passe aussi par la relation de confiance...	ADAPTATION moyen	COMMUNICATION écoute	RELATION gestion		
L.435-436 j'ai été confronté a vraiment des gênes, des obstacles. Qui m'ont, qui m'ont gêné après tant dans la relation et qui faisait que ... ça arrivait à pas prendre aussi	RELATION obstacle				
L.436-438 Donc, c'est quand les valeurs sont très, très différentes. On a beau être thérapeute, c'est ce que je disais tout à l'heure, des fois, au niveau des valeurs, ça coince énormément...	MODE DE VIE valeurs	RELATION obstacle			

L.442-444 : Quand on rentre en contact avec des personnes qui sont... Qui sont très agressives, ou d'emblée... Qui... qui eux aussi, sont dans la représentation de c'est quoi l'ergothérapeute ?	RELATION obstacle	MODE DE VIE représentation			
L.184-187 je vois les patients tous les jours. C'est plus facile de les connaître, je peux interagir facilement avec leur famille aussi. Ou leur poser des questions sur les habitudes de vie, et du coup, ben, ça rejoint la problématique de la culture aussi.	RELATION incidence	MODE DE VIE habitudes de vie	REFLEXION ANALYSE connaître		
L.418-419 pour moi, le seul moyen de créer une relation, c'est de discuter.	COMMUNICATION discussion	RELATION mise en place			
L.506-508 : La culture... mais le reste aussi, de toute façon, va... va faire que le... la relation va être comme elle est, va peut-être nous questionner aussi...	RELATION gestion	REFLEXION ANALYSE influence	MODE DE VIE		
L.508-510 : Je crois qu'on est tous d'accord sur le fait que, bien sûr que on a pas à juger, mais que parfois, certaines choses peuvent quand même nous questionner, et je pense qu'il faut pas... là-dessus... Bah ça nous questionne et ça nous permet d'avancer.	REFLEXION ANALYSE influence				
L.75-77 je n'arrivais pas à rentrer en relation, mais parce qu'il y avait un code que je n'avais pas, que je n'avais pas compris	RELATION obstacle	MODE DE VIE codes			
L.80-81 il y a quelque chose de l'ordre du code et de trouver le, le, le niveau sur lequel on va s'entendre.	RELATION gestion	MODE DE VIE codes			
L.233-238 Je tombais sur des... hum, racistes... ce que vous voulez avec leur propre culture. Qui n'est clairement pas la mienne. C'est... Je pense qu'il faut effectivement rester ouvert, se concentrer et continuer...	REFLEXION ANALYSE influence	MODE DE VIE valeurs			
L.475 : pour moi c'est vraiment comme toute autre relation	RELATION gestion				
L.125-126 Donc, c'est à ce moment-là, c'est peut-être quand c'est très spectaculaire et très éloigné de moi. Que Je m'aperçois qu'effectivement il y a une différence de culture	REFLEXION ANALYSE connaître				
L.74 en parlant de s'adapter à la culture pour pouvoir développer une relation. Une relation thérapeutique.	RELATION mise en place	ADAPTATION utilité			

L.245-247 C'est quand on va discuter au fur à mesure dans... dans la mise en place de la relation thérapeutique, la relation de confiance, qu'on va rentrer progressivement dans l' intimité du patient , qu'on va pouvoir se dire, ah mais en fait on n'a pas les meme représentation .	COMMUNICATION discussion	RELATION mise en place	MODE DE VIE représentations		
L.466 : si on rentre dans la confrontation, alors, là on a tué la relation thérapeutique	RELATION obstacle				
L.112-113 c'est notre spécificité aussi de rentrer dans les habitudes de vie , de bien connaitre la personne	MODE DE VIE habitudes	COMMUNICATION compréhension de l'autre			

Annexe 17 : arbre thématique d'analyse du focus group



Annexe 18 : analyse thématique en lien avec les concepts de la question de recherche

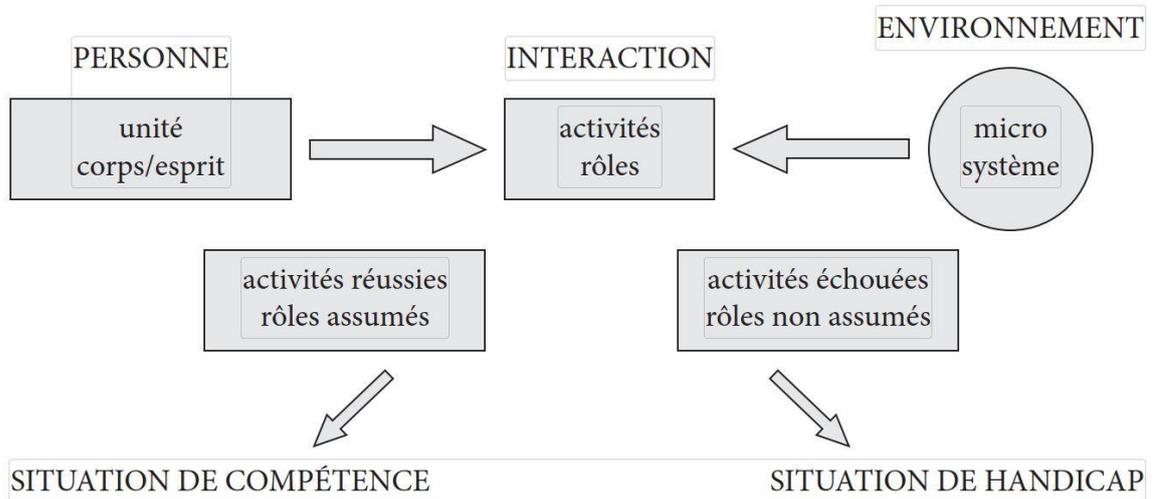
Extrait	type de relation	THEME sous thème
L.527-529 : La culture... mais le reste aussi, de toute façon, va... va faire que le... la relation va être comme elle est, va peut-être nous questionner aussi...	culture-relation pro/perso-questionnement	TRANSFORMATION se questionner INFLUENCE la culture
L.255-258 C'est quand on va discuter au fur à mesure dans... dans la mise en place de la relation thérapeutique, la relation de confiance, qu'on va rentrer progressivement dans l'intimité du patient, qu'on va pouvoir se dire, ah mais en fait on n'a pas les meme représentation.	discussion-mise en place relation pro-intimité-diff mode de vie	FACILITATEURS
L.496 : pour moi c'est vraiment comme toute autre relation	pas de distinction	CONSTAT
L.557-559 je trouve ça intéressant, dans notre curiosité, qu'on continue à être surpris, on continue à s'intéresser, mais il y a toujours quelque chose qui ne peut être dit que par la personne	pas de distinction	TRANSFORMATION questionner
L.126-128 je manque cruellement de... de culture générale du, parce que je me suis sentie bête devant des façons de faire. Souvent lié à la religion et la tradition.	perso "culture générale"	OBSTACLES manque de connaissances
L.504-506 : Plutôt que de simplement être à l'écoute, y adhérer et puis essayer d'écouter en si adaptant... Je ne sais pas... Ça nous influence nous, dans notre for intérieur	perso "for intérieur"	TRANSFORMATION influence
L.455-457 (en parlant de la relation) donc, c'est quand les valeurs sont très, très différentes. On a beau être thérapeute, c'est ce que je disais tout à l'heure, des fois, au niveau des valeurs, ça coince énormément...	perso "on a beau être thérapeute"	OBSTACLES valeurs
L.267-268 (quand on s'intéresse) la relation est beaucoup plus intime et ça ouvre des portes pour mettre en place d'autres choses.	perso "relation bcp plus intime"	FACILITATEURS interet au mode de vie pro/perso
L.130-132 Donc, c'est à ce moment-là, c'est peut-être quand c'est très spectaculaire et très éloigné de moi. Que Je m'aperçois qu'effectivement il y a une différence de culture	perso "très éloigné de moi"	CONSTAT
L.258-259 On n'a pas les mêmes ... Vision des choses et, du coup, il va peut-être falloir que je me rapproche de la sienne de façon à le faire adhérer à la prise en charge.	perso "vision des choses" relève des valeurs perso	OBSTACLES vision des choses / FACILITATEURS évoluer vers la vision du patient
L.729-73à : je pense que tout le monde l'a dit... Et qu'on sera tous d'accord sur le fait que ça enrichit énormément.	perso : accès à la culture par la relation>grandir	TRANSFORMATION ça enrichit
L.680-681 : j'ai avancé, j'ai grandi et là, depuis... depuis vingt ans de métier, justement grâce à la diversité, à la culture des personnes	perso : accès à la culture par la relation>grandir	TRANSFORMATION ça fait grandir
L.611-612 : je ne maîtrise pas toutes les cultures, mais j'ai un petit peu baigné dedans depuis tout petit... j'ai une sensibilisation...	perso : impregnation personnelle	FACILITATEURS connaissances

L.529-532 : Je crois qu'on est tous d'accord sur le fait que, bien sûr que on a pas à juger, mais que parfois, certaines choses peuvent quand même nous questionner, et je pense qu'il faut pas... là-dessus.... Bah ça nous questionne et ça nous permet d'avancer.	perso ça nous questionne	OBSTACLE jugement TRANSFORMATION se questionner
L.557-559 je trouve ça intéressant, dans notre curiosité, qu'on continue à être surpris, on continue à s'intéresser, mais il y a toujours quelque chose qui ne peut être dit que par la personne	perso curiosité / pro recueil d'info. intimité pour accès à l'info	TRANSFORMATION surprise / OBSTACLES compo ind
L.84-85 il y a quelque chose de l'ordre du code et de trouver le, le, le niveau sur lequel on va s'entendre.	perso/pro	FACILITATEURS comprendre les codes
L.453-455 j'ai été confronté a vraiment des gênes, des obstacles. Qui m'ont, qui m'ont gêné après tant dans la relation et qui faisait que ... ça arrivait à pas prendre aussi	perso/pro	OBSTACLES
L.79-80 je n'arrivais pas à rentrer en relation, mais parce qu'il y avait un code que je n'avais pas, que je n'avais pas compris	perso/pro	OBSTACLES codes
L.265-266 En général, quand les patients voient qu'on s'intéresse vraiment à leur quotidien, sa culture, ses représentations, ses habitudes, il adhère beaucoup plus à la prise en charge derrière	perso>"on s'intéresse vraiment"	FACILITATEUR interet porté
L.226-228 Moi, je me dis qu'on a une chance incroyable en étant justement que sur les lieux de vie des personnes... Parce que, à partir du moment où on nous accueille, c'est déjà un pas énorme.	perso>intimité du patient / pro>recueil info	FACILITATEUR accueil dans le lieux de vie
L.215-216 Et en creusant, en discutant, on a compris que pour eux le domicile c'est vraiment l'intimité, et qu'on ne laisse pas n'importe qui rentrer dans son intimité.	perso>intimité / pro>recueil info	discussion-entrer dans l'intimité OBSTACLE accès à l'intimité
L.81-84 Une fois j'ai eu un blanc total et je n'avais pas enlevé mes pompes, sauf que je ne savais pas qu'il fallait que j'enlève mes chaussures. Et à partir du moment où je les ai enlevés, ou j'ai compris, parce qu'il y avait des tapis partout... bah là... la communication s'est ouverte. C'était on/off.	perso>méconnaissance culture	OBSTACLE codes
L.77-78 (en parlant de s'adapter à la culture) pour pouvoir développer une relation. Une relation thérapeutique.	pro	FACILITATEUR adaptation
L.201-203 pouvoir aussi pour l'autre dévoiler des habitudes et la culture, mais je pense que c'est aussi en lien avec ça, avec vraiment une relation de confiance.	pro	FACILITATEUR relation / OBSTACLES modes de vie
L.489-490 : si on rentre dans la confrontation, alors, là on a tué la relation thérapeutique	pro	OBSTACLE confrontation pro

L.693-696 : Et ça vanne, ça échange, sur les différentes religions et... on fait en sorte aussi nous... Ça nous influence aussi, parce que, bon, on se doit de faire en sorte que ça se passe bien. On est un peu le garant de ça quoi. Et du coup par la vanne, par l'humour aussi, on arrive à intégrer beaucoup de... d'acceptation de l'autre dans sa différence de culture aussi quoi.	pro "on est le garant"	FACILITATEURS humour
L.328-331 Enfin on n'est plus dans une idée de... de forcer les choses ou de... de dire : mais voilà, c'est vraiment au cœur de ça, de coconstruire aussi ensemble et pouvoir s'ajuster et s'adapter en fonction aussi de ça, de cette co-construction et...	pro et perso	FACILITATEURS co construction
L.326-328 C'est aussi vraiment cette notion de... de co-construction... aussi entre le soignant et le patient, ou le patient et sa famille. Enfin..., c'est aussi comment on construit ensemble...	pro et perso	FACILITATEURS co construction
L.436-437 pour moi, le seul moyen de créer une relation, c'est de discuter.	pro/perso	FACILITATEURS discussion
L.191-193 je vois les patients tous les jours. C'est plus facile de les connaître, je peux interagir facilement avec leur famille aussi. Ou leur poser des questions sur les habitudes de vie, et du coup, ben, ça rejoint la problématique de la culture aussi.	pro/perso	FACILITATEURS rencontre quotidienne
L.494-495 Si on est dans le respect, la relation se met en place. Il n'y a pas de souci pour la suite.	pro/perso	FACILITATEURS respect pro/perso
L.239-241 On a beau être à l'écoute, être au plus proche du besoin de la personne, du contexte, de la précarité de... De tout ça. Reste qu'on a toujours des représentations.	pro> écoute perso> représentation	OBSTACLE représentation / FACILITATEUR écoute
L.438-444 Je lui pose des questions (...) Souvent, ça crée une relation de confiance et puis on rentre dans son activité. Et du coup en plus on apprend des choses. Et on pourra après, par la suite, adapter, adapter la réponse qu'on veut, lui apporter.	question-relation pro-entrée dans l'act- apprendre perso-adapter pro	FACILITATEUR questions
L.199-200 Tu parles effectivement d'adaptation et d'écouter, et je suis tout à fait d'accord et je pense que c'est du coup, ça passe aussi par la relation de confiance...	relation pro-adaptation écoute	FACILITATEUR écoute
L.461-463 : Quand on rentre en contact avec des personnes qui sont... Qui sont très agressives, ou d'emblée... Qui... qui eux aussi, sont dans la représentation de c'est quoi l'ergothérapeute ?	ressenti perso / attaque pro	OBSTACLES représentation, agressivité
L.243-245 Je tombais sur des... hum, racistes... ce que vous voulez avec leur propre culture. Qui n'est clairement pas la mienne. C'est... Je pense qu'il faut effectivement rester ouvert, se concentrer et continuer...	valeurs perso induit relation pro	OBSTACLES valeurs FACILITATEUR continuer pro

Annexe 19 : Modèle de Compétence

Modèle de J. Rousseau, L. Potvin, É. Dutil, et P. Falta



Résumé

La croissance des flux migratoires vers la France provoque des inégalités culturelles d'accès aux soins susceptible d'impacter la prise en soin. Les composantes visibles ou invisibles des environnements culturels interagissent avec la relation thérapeutique et interpersonnelle. Cette recherche a pour but d'observer en contexte sanitaire l'appréhension, par des ergothérapeutes, des composantes invisibles de l'environnement culturel dans leur relation avec les patients. Pour cela, une méthode qualitative a été utilisée : un focus group. Le discours a été analysé à l'aide d'une analyse thématique. Le focus group a rassemblé 5 ergothérapeutes. Les résultats font émerger l'importance des composantes collectives et individuelles, et des modes de vies. Ces éléments influencent la relation et la communication entre patient et ergothérapeute. Sont aussi abordé les thèmes de l'adaptation à la culture et de l'activité. L'analyse réflexive des ergothérapeutes ressort comme un élément transversal majeur dans la compréhension du phénomène. L'étude met en lumière l'impact des composantes invisibles des environnement proches et lointains sur la dynamique de la relation patient-ergothérapeute. L'influence sur la qualité et la mise en œuvre de la relation interpersonnelle se répercute sur la relation thérapeutique et la prise en soin.

Mots clés : Ergothérapie, Cultures, Environnement culturel, Relation thérapeutique, Relation interpersonnelle

Abstract

An constant growth in migration flows to France caused cultural inequalities in access to healthcare. Cultural differences between caregiver and patient could have an impact on care. Invisible and visible components of cultural environments interact with therapeutic and interpersonal relationship. The research aims to observe in a health context the apprehension of occupational therapists of the invisible components of the cultural environment in their relationship with patients. A qualitative method was used: a focus group. The discourse was analyzed using thematic analysis. Five occupational therapists have participated. The results highlight the importance of collective and individual components, and lifestyles. These elements influence the relationship and communication between patient and occupational therapist. The themes of cultural adaptation and activity are also discussed. Occupational therapists' reflective analysis is a major transversal element in order to understanding the phenomenon. The study highlights the impact of invisible components of near and distant environments on the dynamics of the patient-therapist relationship. Their influence on the quality and implementation of the interpersonal relationship has repercussions on the therapeutic relationship, and on the care.

Key words : Occupational therapist, Cultures, Cultural environment, Therapeutic relationship, Interpersonal relationship