L'ergothérapie et la culture : l'accompagnement des patients migrants en psychiatrie

Anne-Charlotte Habrial-Paiva

▶ **To cite this version:**

Anne-Charlotte Habrial-Paiva. L'ergothérapie et la culture : l'accompagnement des patients migrants en psychiatrie. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03066352

HAL Id: dumas-03066352

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03066352

Submitted on 15 Dec 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UFR DE MÉDECINE
ET PROFESSIONS PARAMÉDICALES
Université Clermont Auvergne

La Région
Auvergne-Rhône-Alpes

Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie d'Auvergne

Anne-Charlotte HABRIAL-PAIVA

UE 6.5 : Mémoire pour le

Diplôme d'état en ergothérapie

25 Mai 2020

L'ergothérapie et la culture :

L'accompagnement des patients migrants en psychiatrie

Directeur de mémoire : Margot DECOT

Remerciements

« Sous la direction de Margot DECOT, ergothérapeute DE, exerçant au centre hospitalier Sainte-Marie, maître de mémoire »

Dans un premier temps, je tiens à remercier Margot DECOT, ma maître de mémoire, pour son engagement dans ce travail, qui m'a accompagnée et guidée tout au long de celui-ci. Merci à Dimitri NICOLLE, psychologue et ami de Margot pour ses relectures et ses conseils.

Je souhaite remercier le Dr Anne-Laure PONTONNIER pour sa disponibilité lors de mes recherches, ce qui m'a permis de développer mon questionnement et mon orientation vers ce sujet.

Je souhaite également remercier l'équipe pédagogique de l'Institut Universitaire de Formation et plus particulièrement Céline DAUZAT, directrice de l'IUFE, pour son accompagnement et sa présence même en ces temps de crise sanitaire

Je remercie les ergothérapeutes qui ont participé aux entretiens et les professionnels qui m'ont permis de développer ma réflexion à travers différents temps d'échanges et de partages d'expériences.

Je remercie mes camarades de promotion, pour ces trois années de partage, et plus particulièrement Inès MARTIN, Anaïs PAIRIS-MOUHAT et Elodie ROUMEAU-GAUVIN pour leurs soutiens sans failles au cours de ces trois années.

Merci également à Corentin, pour sa patience et sa présence au quotidien.

Je remercie mon papa et Aurélie sa compagne, pour le temps qu'ils ont accordé à la relecture de cet écrit ainsi que leurs conseils.

Pour finir, je souhaite infiniment remercier ma maman et ma petite sœur Camille, qui m'ont toujours soutenue et encouragée dans la réalisation de mes projets et pour toutes ces heures de corrections et de relectures qui ont pu être accomplies lors de ce travail.

Sommaire

Remerciements **1**

INTRODUCTION **3**

1. Contexte et justification de l'étude **4**

1.1 Connaissances sur le sujet **4**

1.1.1 Phénomènes migratoires en France 4

1.1.2 Pathologies psychiatriques et patients migrants 5

1.1.3 Culture et santé mentale 8

1.1.4 La compétence culturelle 10

1.1.5 Ethnopsychiatrie 12

1.1.6 L'ergothérapie et la culture 13

1.1.6.1 Définition et évolution de l'ergothérapie 13

1.1.6.2 Les activités en ergothérapie 14

1.1.6.3 Le modèle KAWA 17

1.2 Enquête exploratoire **18**

1.3 Question de recherche **21**

1.4 Cadre éthique **22**

2. Méthodologie de recherche **23**

2.1 Choix de la population **23**

2.2 Choix de l'outil **24**

2.3 Développement de l'outil **24**

2.4 Mode d'analyse des données **25**

3. Analyse des données **26**

3.1. Typologie des entretiens **26**

3.2 Présentation des participants **26**

3.3 Analyse des entretiens **27**

4. Discussion **46**

4.1. Interprétation des résultats en fonction de la littérature **46**

4.1.1 La culture et les croyances des patients 46

4.1.2 La compétence culturelle des ergothérapeutes 46

4.2. Réponse à la question de recherche **48**
4.3. Critiques et limites de l'étude **50**
4 .3.1 Validité externe 50
4.3.2 Validité interne 50
4.4 Apport personnel et perspectives **51**
5. Conclusion **53**
BIBLIOGRAPHIE **55**
ANNEXE I : Lieu de vie d'origine des migrants en 2016 ..... **60**
ANNEXE II : Modèle Campinha-Bacote **61**
ANNEXE III : Modèle KAWA **62**
ANNEXE IV : Consentement d'enregistrement audio **63**
ANNEXE V : Analyse longitudinale E1 ..... **64**
ANNEXE VI : Analyse longitudinale E2 ..... **71**
ANNEXE VII : Analyse longitudinale E3 ..... **77**
ANNEXE VIII : Analyse longitudinale E4 ..... **82**
ANNEXE IX : Analyse longitudinale E5 ..... **89**
ANNEXE X : Analyse longitudinale E6 ..... **93**
ANNEXE XI : Analyse longitudinale E7 ..... **98**
ANNEXE XII : Analyse longitudinale E8 ..... **104**

INTRODUCTION

L'ergothérapeute est un professionnel de formation paramédical s'intéressant aux activités, et aux rôles qu'occupent un individu. Il élabore son projet thérapeutique en fonction des souhaits du patient, de son projet de vie, de ses rôles occupationnels et de ses capacités et incapacités. Ceci lui permet de mettre en place un projet de soin en lien avec les désirs du patient par l'intermédiaire d'activités signifiantes. Les activités ont souvent une forte empreinte culturelle qu'il semble nécessaire de prendre en compte.

La place de la culture dans le soin de personnes issues d'ethnies différentes de la mienne a souvent pu m'interpeller lors de mes différents stages. En effet, lors de l'accompagnement de certains patients, il est possible d'être confronté à des difficultés en lien avec leur culture. Ces difficultés peuvent être en relation avec les habitudes de vie du patient. Les croyances qu'il peut avoir sur sa maladie peut également impacter la prise en charge. J'ai pu échanger avec certains professionnels, dont des ergothérapeutes qui ont pu exprimer la difficulté à mettre en place des soins pour ces patients issus de cultures différentes des leurs. La méconnaissance de la culture du patient et de ses croyances religieuses crée parfois une non-observance des soins en ergothérapie.

Un contact a été mis en place avec l'association « cap ergo » qui regroupe des ergothérapeutes ayant pour but de développer l'ergothérapie transculturelle. Il a été possible d'aborder avec eux les maladies psychiques que pouvaient présenter les patients migrants arrivés en France. En effet, les patients migrants arrivant en France ont dû quitter leur pays d'origine en lien, par exemple, avec un contexte mettant leur vie ou leur intégrité en danger. Il a été remarqué que ces patients arrivaient souvent en France avec des pathologies psychiatriques (dépression, stress post traumatiques…). Les échanges avec différents professionnels ont alors poussé mon questionnement sur la place de l'ergothérapeute dans l'accompagnement de ces patients présentant une grande diversité culturelle. Comment les ergothérapeutes peuvent enrichir leur accompagnement à l'égard de patients migrants souffrants de maladies psychiques ? Afin de développer ce sujet et répondre à ce questionnement, le contexte sera étudié au travers de connaissances recueillies dans la littérature. La méthodologie de recherche sera exposée ainsi que l'analyse des données qui en découleront. Les résultats seront par la suite discutés avant de conclure.

1. Contexte et justification de l'étude

1.1 Connaissances sur le sujet

1.1.1 Phénomènes migratoires en France

La France a connu différents phénomènes migratoires à la fin du XIXème siècle. Il apparaît important de définir le terme de migrant avant de poursuivre le développement de ces phénomènes. Une personne migrante est « une personne qui vit de façon temporaire ou permanente dans un pays dans lequel elle n'est pas née et qui a acquis d'importants liens sociaux avec ce pays » (UNESCO, 2018). Afin de qualifier ces populations migrantes on emploie souvent deux adjectifs qui sont immigrés et émigrés. Cependant, il semble important de faire la distinction entre les deux. Le terme émigré désignera une personne qui quitte son pays vers un autre, quant au terme immigré, il s'applique aux personnes s'installant de façon durable dans un pays différent du sien.

En 2018, la France comptait 6,5 millions de migrants, majoritairement représentés par des populations d'origines Africaines ou Européennes (INSEE, 2019). Avant les années 70, les migrants étaient principalement européens provenant de pays catholiques proches de la France tel que des Portugais, des Espagnols ou encore des Italiens fuyant leurs pays d'origine à cause des différentes guerres et dictatures dans leur pays (WIEVIORKA, 2005). Ce phénomène a subi une expansion suite aux deux guerres et aux trente glorieuses qui ont nécessité de la main d'œuvre afin de reconstruire le pays. Suite à cette première période, une stagnation de ce phénomène a pu être observée en lien avec les difficultés économiques du pays. Une seconde période de migrations a pu être observée depuis le début du XXème siècle concernant des populations provenant des pays du Maghreb avant de s'étendre à l'Afrique. La France est également le pays d'accueil de personnes d'origine Asiatique ou Américaine, mais elles restent peu nombreuses (ANNEXE I) (FEERTCHAK, 2018).

Différentes causes peuvent être à l'origine de ces phénomènes migratoires telles que : des causes politiques comme les guerres, économiques, naturelles ou institutionnelles (ONG amis du Togo, 2013). Les populations se déplacent avec une partie de leur culture, de leur histoire et de leurs croyances religieuses. Elles arrivent en France dans des conditions déplorables, en ayant abandonné une partie de leurs familles restées dans leurs pays d'origine. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) souhaite que tous les migrants aient

accès aux services de soins du pays d'accueil. Le pays d'accueil se doit de prodiguer des soins complets et sans interruption à la personne sans discrimination attachée à l'âge, au sexe, à la religion ou à la nationalité (OMS, 2017).

La Déclaration Universelle des droits de l'Homme de 1948 a mis en place des droits économiques, sociaux et culturels tel que des droits à l'éducation, au travail, à la sécurité sociale, à la santé, à la formation, la protection de la famille et des enfants, l'accès aux soins. Cependant, les personnes migrantes rencontrent souvent des difficultés d'accès aux soins que ce soit à cause de la barrière linguistique, ou de l'absence de couverture maladie. Lors d'une étude effectuée en 2016, sur 832 patients migrants, 346 n'avaient pas de couverture maladie de base et 216 étaient en cours de demande (TAPIE DE CELEYRAND et al., 2017)

1.1.2 Pathologies psychiatriques et patients migrants

Selon une seconde étude réalisée entre 2007 et 2016 par le Comité pour la santé des exilés (COMEDE) de l'hôpital de Bicêtre, il a été mis en avant que la santé mentale des migrants est un véritable enjeu de santé publique. En effet, les personnes migrantes ont souvent vécu des phénomènes de violence traumatisants entrainant leurs départs, telles que des violences physiques, mentales ou sexuelles. Sur les 5 000 patients rencontrés par les médecins du COMEDE, un tiers présentait des troubles psychiques graves ayant un impact sur leur vie quotidienne, accompagnés de troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire. Les patients rencontrés souffraient principalement de syndrome psycho traumatiques, trauma complexes, troubles anxieux ou encore de dépressions. Ces troubles faisant référence à la 10ème révision de la classification internationale des maladies (CIM-10) (VEISSE et al., 2017).

Dans les établissements psychiatriques, il n'y a pas que des patients migrants de première génération. Les patients de la première génération sont ceux ayant vécu le phénomène de migration. Les générations suivantes correspondent à la descendance de cette première génération (SANTELLI, 2004). Néanmoins, la littérature ne distingue que rarement les deux premières générations. Cependant, les troubles psychiatriques rencontrés dans les différentes générations ne seront pas identiques. Les patients issus de la première génération présentent le plus souvent, des troubles psychotiques éphémères, qui sont en lien avec les difficultés rencontrées dans leur pays d'origine et lors de la migration. On remarque un retour

au fonctionnement antérieur dans la plupart des cas. En revanche, des enfants de migrants ont eu un diagnostic de schizophrénie avéré avec la possibilité d'une présence de symptômes positifs et négatifs sur le long terme. (FAVARD et DEALBERTO, 2015).

Les noms de Cantor-Graee et Selten reviennent fréquemment dans la littérature. Effectivement, ils ont regroupé 18 études concernant la prévalence de la schizophrénie chez des patients ayant un lien avec les phénomènes migratoires. Les deux premières générations ont été étudiées distinctement. Alors que 1% de la population française présente des troubles schizophréniques, les patients de la première génération ont un risque 2,7 fois plus important de développer une schizophrénie. La deuxième génération voit ce risque se multiplier par deux, arrivant jusqu'à un risque 4,5 fois plus important que pour les populations n'ayant pas vécu de phénomènes migratoires (CANTOR-GRAEE et SELTEN, 2005).

Selon le DSM-V, la schizophrénie correspond à l'association de au moins deux symptômes parmi les cinq suivants : Hallucinations, idées délirantes, discours désorganisé, comportement désorganisé voire une catatonie et des symptômes négatifs tels qu'un repli sur soi ou une aboulie. Les relations personnelles et interpersonnelles sont fréquemment perturbées (DSM-V). Ces symptômes peuvent se retrouver dans différentes pathologies, ou suite à des événements traumatiques, il faut donc un épisode de 6 mois avec la présence de symptômes pour confirmer un diagnostic de schizophrénie.

Les chercheurs ont mis en avant des facteurs de vulnérabilité pouvant intervenir dans la déclaration de la schizophrénie. Ces facteurs peuvent entrer en interaction lors de l'exposition du patient à ces derniers.

Des facteurs environnementaux associés à une pré disposition individuelle ont été révélés. Le premier facteur de risque est l'urbanisation, qui est un milieu plus anxiogène. Une personne vivant en milieu urbain a deux fois plus de risque d'être schizophrène par rapport à une personne vivant en milieu rural.

Le second facteur de risque est l'exposition au cannabis, une première consommation de cannabis peut augmenter par 2 le risque de déclarer une schizophrénie, suite à une prédisposition déjà présente dans les caractéristiques génétiques de l'individu. Une personne ayant des antécédents familiaux de pathologies psychiatriques voit ce risque augmenter à 2,5.

Plus la personne aura une consommation fréquente de cannabis, plus la pré disposition à la schizophrénie sera importante.

Le troisième facteur de risque, sont les complications obstétricales. Trois études ont été menées révélant six complications augmentant le risque de schizophrénie (césarienne en urgence, malformation congénitale, asphyxie à la naissance, saignement pendant la naissance, incompatibilité de rhésus ou encore un poids inférieur à 2,5kg à la naissance).

Le dernier facteur de risque, est celui qui permettra de développer la suite de cet écrit, correspond aux familles ayant vécu un phénomène migratoire. En effet le niveau socio-économique faible du pays d'origine et le fait de souffrir de discrimination physique liée, par exemple, à la couleur de peau, peut être mis en lien avec le fait de développer une schizophrénie. Les individus de la deuxième génération sont d'autant plus touchés, car ils ont un temps d'exposition plus important au sentiment de non-appartenance à un groupe et de discrimination dans le pays d'accueil. (VILAN et al.,2013)

Selon une étude menée entre 2003 et 2010 auprès de 50 hommes migrants schizophrènes de première et de deuxième génération des facteurs de risques psycho- sociaux ont été proposés. La consommation de cannabis a, à nouveau, été mise en avant comme étant un facteur de risque au développement d'une schizophrénie. L'environnement social et le bas niveau économique de ces migrants exposés au chômage, à la discrimination et à l'exclusion a été retrouvés chez plus de la moitié des participants de l'étude. (JALLALI et al., 2014)

De nombreux migrants font face à ces situations. En 2016, sur 801 personnes, 627 étaient sans emploi. Ils sont également dans une extrême précarité, et vivent dans des conditions difficiles, sans proches, ni famille en France. Ceci ne favorise pas le sentiment d'appartenance à une communauté en accentuant plutôt le sentiment d'exclusion. (TAPIÉ DE CELEYRAN et al., 2017)

Les patients rencontrés peuvent être originaires de différents pays et issus de communautés variées. La vision de la situation de handicap ou de la maladie mentale peut donc être impactée par les croyances religieuses ou culturelles de ces derniers.

1.1.3 Culture et santé mentale

La culture, correspond à « *l'ensemble des phénomènes matériels et idéologiques qui caractérisent un groupe ethnique ou une nation, une civilisation par opposition à un autre groupe ou à une autre nation »* (LAROUSSE,2019).

En France, la maladie mentale a souvent une représentation négative entrainant un isolement des malades ne pouvant plus réaliser certains actes de la vie quotidienne. Selon l'OMS 1 personne sur 4 serait atteinte de troubles psychiques. Cependant, la participation des patients dans la cité est moindre du fait d'une stigmatisation prononcée envers leur maladie (ARS, 2018). Mais qu'en est-il selon les cultures ?

La culture d'un individu contribue à son développement psychique. Elle intervient dans la représentation du dedans et du dehors de l'individu, qui est façonnée selon une structuration culturelle particulière. Aussi complexe et riche soit elle, la culture crée ses propres instabilités psychiques (NATHAN, 2013). C'est pour cette raison que la maladie mentale n'est pas perçue de la même façon selon les ethnies. L'ethnie correspond à un *« groupe d'êtres humains qui possèdent, en plus ou moins grande part, un héritage socio-culturel commun, en particulier le langage »* (CNRTL, 2019). Le terme d'ethnie a été introduit au fil de l'histoire par les sciences sociales pour désigner un groupe d'appartenance culturel partageant des convictions commune (GOSSIAUX, 2002).

Selon les populations, la maladie mentale peut être due au chamanisme, à la possession spirituelle, ou encore à l'ingestion de certaines substances pouvant créer un désordre psychique.

L'accompagnement des patients migrants en psychiatrie est fortement influencé par les représentations culturelles de la maladie. Dans certains pays, la maladie est souvent attribuée à la présence d'êtres malveillants, ou à une malédiction. On retrouve des références à la possession depuis la Grèce antique qui ont peu à peu changées. Dans toutes les communautés que ce soit en Haïti, en Etiopie, au Brésil, au Sénégal ou dans bien d'autres pays, des formes de possessions sont rapportées (NATHAN,2013). Cependant, l'individu ne sera pas possédé de la même façon. Effectivement, elle peut être liée à une divinité, à un esprit, à un ancêtre. Selon les origines de la personne, la situation de handicap ou la maladie mentale peut être considérée comme une punition de dieu. Celle-ci peut être liée, selon les cultures, aux

mauvais comportements que la personne a pu avoir dans une autre vie, à une punition faite à l'enfant du fait d'une mauvaise action d'un de ses parents comme ce peut être le cas au Togo (GARDOU et al.,2017).

Par exemple, pour combattre certaines malédictions, les patients vont à la rencontre d'un sorcier appelé « buhitithu » comme c'est le cas dans certains villages des Antilles. Le patient devra commencer son parcours de soin par l'inhalation de plantes hallucinogènes afin de comprendre d'où vient le mal qui le ronge. Il devra ensuite subir des tortures afin d'effacer le maléfice qui lui a été infligé (EYNAUD, 2015). Ces pratiques ont été modifiées au cours des dernières années dans certaines communautés, mais restent présentes.

Dans certains pays d'Afrique, le malade atteint de troubles psychiques est vu comme un guérisseur naissant. Celui-ci a un rôle de transmission de messages de l'autre monde lors de ses bouffées délirantes. Les messages et les images vues lors des états de crises seront retranscrits par le nouveau guérisseur après un rite chamanique permettant une rééquilibration des énergies et l'avènement du guérisseur (MAROHN, 2003).

Si la société dans laquelle évolue le malade définie la pathologie du patient comme étant un don des dieux, celui-ci sera adulé par sa communauté. Ceci n'est pas le cas dans toutes les tribus. Dans certaines de ces communautés, le patient souffrant d'une pathologie psychiatrique sera mis à distance de sa famille, pouvant être attaché à un arbre à l'écart de la ville pour éviter aux mauvais esprits de se diffuser dans le groupe. Les frères et sœurs du malade pourront totalement ignorer son existence. Dans certaines communautés, la personne pourra subir des maltraitances et parfois être donnée en offrande aux dieux. Ceci aura pour but de congédier le sort fait à la tribu depuis la naissance de l'enfant.

La vision d'une personne en situation de handicap autonome et indépendante pourra être négative. Ceci peut fragiliser et dissoudre sa singularité, ce qui pourrait entrainer une fragilisation de l'environnement collectif (IDRIS, 2009).

Il faudra tenir compte des particularités culturelles lors de l'accompagnement des patients. Dans le cas contraire, toute une communauté pourrait être déséquilibrée, ce qui pourrait créer des tensions et une non-observance des préconisations proposées par l'ergothérapeute. Pour pouvoir comprendre les différences culturelles, un concept de

compétence culturelle ainsi que des services de consultations transculturelles ont vu le jour.

1.1.4 La compétence culturelle

C'est dans le milieu infirmier que le terme de compétences culturelles a vu le jour aux États Unis, grâce au Dr LEININGER. En effet, les infirmiers ont eu le désir de développer des soins adaptés aux patients culturellement différents (CAI, 2016). Ce concept permet des soins adaptés à la culture en favorisant le respect des personnes et de leur environnement social (LARAMÉE et BLANCHET GARNEAU, 2018).

Un concept dynamique a été développé à destination des professionnels de santé prenant en compte la conscience culturelle, la connaissance culturelle, l'habileté culturelle et les rencontres culturelles comme facteur permettant l'acquisition d'un savoir culturel (CAMPINHA-BACOTE,1999). Ce concept a été modifié à de nombreuses reprises, la dernière modification a eu lieu en 2010 pour un modèle basé sur les rencontres culturelles autour desquelles gravitent l'acquisition d'un désir, d'une conscience, d'une habilité et d'une connaissance culturelle (TRANSCULTURAL C.A.R.E. ASSIOCIATES, 2015). Il semble que la définition de ces quatre sphères soit importante dans la compréhension de ce concept (ANNEXE II).

-Le désir culturel est la volonté d'apprendre et de comprendre, ce qui fait la particularité de la culture en s'inscrivant dans une rencontre avec un autre individu.

-La conscience culturelle, il s'agit ici de la capacité de l'individu à réaliser une introspection de sa culture et de pouvoir la questionner.

- L'habilité culturelle est le savoir-faire du thérapeute à adapter sa pratique en fonction de sa propre culture et de celle du patient qu'il a face à lui. C'est également la capacité du soignant à établir un projet de soin culturellement adapté.

-La connaissance culturelle consiste en l'acquisition d'un savoir concernant les croyances, la religion et les représentations que le patient peut se faire sur sa maladie. Le thérapeute doit également avoir notion des pratiques thérapeutiques que le patient a habituellement pu rencontrer dans son pays d'origine (CAMPINHA-BACOTE, 2002).

Des rencontres culturelles se produisent donc à chaque fois qu'un nouveau patient reçoit une prescription médicale pour se rendre en ergothérapie. Afin de recueillir les

différentes informations culturelles nécessaires, le thérapeute peut établir sa propre bibliographie. Le thérapeute peut également placer le patient comme étant expert de sa propre culture et recueillir des informations auprès de lui. Le thérapeute et le patient se retrouvent sur un plan égalitaire, chacun apprenant l'un de l'autre. Le thérapeute acquiert des connaissances sur la culture du patient à travers ce que celui-ci lui transmet et le patient apprend du savoir médical du thérapeute. La position de soignant et de soigné s'efface alors peu à peu.

Des ergothérapeutes se sont penchés sur la compétence culturelle propre à la profession pour en développer un modèle de compétences culturelles. De nombreuses études sont basées sur les recherches de Campinha-Bacote et de Yolanda Suarez Balcazar ainsi que sur les expériences d'ergothérapeutes de terrains. La constatation suivante a été faite : Pour que les ergothérapeutes soient culturellement compétents, ils devront s'engager dans un processus d'apprentissage culturel, que ce soit sur leur culture ou, celle des groupes qu'ils accompagnent. Ces apprentissages permettront une application des connaissances culturelles. L'ergothérapeute pourra alors exposer sa propre culture à son patient et mettre en avant les divergences de sa culture et de celle du patient. Les ergothérapeutes devront également s'interroger sur la culture du patient et sur ce qui est partie prenante de la culture de celui-ci ou non. Pour finir, il en ressort que la famille et l'institution est un véritable soutien pour la compétence culturelle et la compréhension de ces phénomènes. (WRAY et MORTENSON, 2011)

La compétence culturelle permettra aux ergothérapeutes une équité des soins pour tous les patients. En effet, la connaissance de la culture de l'autre et une propre introspection de sa culture permettra à l'ergothérapeute d'apporter des outils plus adaptés aux patients rencontrés. L'introspection de la part de l'ergothérapeute s'effectuera par un questionnement de sa propre culture et de ses propres représentations culturelles. Grâce à cette démarche il pourra plus aisément faire du lien entre deux cultures qui peuvent différer. La place de la famille sera également importante lors de l'accompagnement et pour l'acquisition de nouveaux savoirs concernant la culture du patient (WRAY et MORTENSON,2011).

1.1.5 Ethnopsychiatrie

Les professionnels de santé dont les ergothérapeutes, peuvent également proposer un accompagnement en ethnopsychiatrie à leurs patients. L'ethnopsychiatrie permet une approche thérapeutique prenant en compte à part égale deux composantes. D'un côté la part culturelle de la pathologie psychiatrique et son accompagnement, et d'un autre l'analyse du fonctionnement de l'individu (MORO et NATHAN,2004).

Le précurseur de cette discipline est M DEVREUX, anthropologue puis psychanalyste. Il a débuté ses observations auprès des Indiens Mohave d'Arizona. Il a pu observer auprès de ces communautés des désordres psychiques, qui selon les indiens étaient principalement dûs aux impuretés rapportées par les étrangers ou encore à la présence de fantômes. Il tente d'expliquer la place des personnes décédées dans ces communautés qui peuvent également agir sur le psychisme des individus d'une même famille (DEVREUX,1961). On retiendra également les noms de ZEMPLENI A. et COLLOMB H. qui ont également réalisé des études auprès de malades mentaux dans différentes communautés mais également auprès des « guérisseurs » présents dans ces pays. Ces études ont permis d'acquérir et de classifier de nouvelles connaissances concernant certaines populations et pratiques dans ces groupes.

La pratique en ethnopsychiatrie a, par la suite, été développée depuis la fin des années soixante-dix par le Pr NATHAN, élève de DEVREUX lors de son doctorat en psychologie. Celui-ci a pu définir un objectif de soins dans cet accompagnement. Des travaux de recherches sont à l'heure actuelle poursuivis par le Pr Nathan et le Pr Moro (MESTRE et ANDRIAMIRADO, 2006).

Que ce soit le Pr Nathan ou Pr Moro, tous deux proposent des accompagnements de groupes aux personnes migrantes. Dans ces groupes sont retrouvés, un thérapeute principal et différents co-thérapeutes et interprètes d'origines différentes. Ces consultations permettent au thérapeute principal d'interroger un co-thérapeute sur la façon d'aborder certains sujets se rapportant à la culture avec le patient, notamment concernant certaines croyances mystiques. Le fait d'aborder certains sujets concernant les croyances, permettront aux patients de se sentir plus à l'aise et de se livrer plus facilement sur ce qu'ils pensent de leur pathologie (DELANOË, 2017).

Le Pr Moro s'est spécialisée dans l'accompagnement de famille de patients migrants. Elle accompagne des enfants car l'enfant naissant en France se construit au sein d'un clivage culturel. Les enfants sont fréquemment placés comme médiateurs entre les deux cultures dont ils font partie, ce qui peut parfois créer une instabilité psychique (BAUDET et MORO, 2000). L'accompagnement de ces enfants nécessitera une véritable alliance thérapeutique avec la famille du patient. L'analyse se fera selon trois niveaux correspondant à l'être, au sens et au faire. Celle-ci permettra d'attribuer des sens aux symptômes et d'observer comment l'individu perçoit ses troubles et son environnement. Ceci permettra de passer à l'étape « du faire » qui correspond à l'élaboration d'un projet thérapeutique adapté aux représentations du patient.

Certains services d'ethnopsychiatries sont proposés aux patients qui ont eu un suivi en psychiatrie complexe et n'ayant pas abouti. Un accompagnement spécifique est alors proposé prenant en compte tous les aspects de la personne et principalement les aspects culturels, afin de trouver des solutions en équipe pluridisciplinaire (CHAMBON et LE GOFF, 2016). Tout ceci passe par une certaine connaissance culturelle, permettant une représentation, la plus complète possible, du patient présent. Le patient étant inclus dans ce groupe, il est donc acteur de son rétablissement.

1.1.6 L'ergothérapie et la culture

1.1.6.1 Définition et évolution de l'ergothérapie

L'ergothérapeute intervient dans différent secteurs. Il s'intéresse à la relation entre l'activité humaine et la santé. Il observera l'interaction entre la personne, son/ses activité(s) et son environnement. Selon l'association nationale française des ergothérapeutes, l'ergothérapie a pour objectif de « maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. » (ANFE,2019). Pour atteindre cet objectif, les ergothérapeutes utilisent des activités comme moyens de médiation. Les activités représentent un « groupe d'activité, culturellement dénommées, qui ont une valeur personnelle et socioculturelle et qui sont le support de la participation dans la société. » (Arrêté du 5 juillet 2010). Les supports d'activités en ergothérapie peuvent donc être divers et variés, cependant certaines activités ont une empreinte culturelle importante.

Lors de l'élaboration du projet personnalisé du patient, l'ergothérapeute devra

reposer sa pratique sur les activités signifiantes et significatives pour le patient. Il semble essentiel de faire la distinction entre ces deux termes. L'activité significative est en lien avec le sens social donné par l'entourage à l'activité. En revanche, l'activité signifiante correspond au sens que la personne va donner à cette activité, en lien avec son histoire et son projet de vie. (Le sens donné à ces activités peut évoluer au cours de la vie de l'individu. Il est possible que ce sens soit relié à la culture du patient. (MOREL, 2006)

La culture occupe une place importante dans la prise en charge en ergothérapie du patient. Les activités et rôles que le patient occupe sont au centre de la prise en charge, et peuvent être modifiés selon la culture du patient et de l'ergothérapeute (DELAISSE,2019). De plus, l'ergothérapie a une origine occidentale et judéo-chrétienne, elle a donc une meilleure connaissance de l'environnement d'une personne appartenant à ces communautés. En effet, l'ergothérapie s'est particulièrement développée dans un premier temps aux États-Unis, en Angleterre ou encore au Canada après la première guerre mondiale. Il a fallu attendre la seconde guerre mondiale pour que l'ergothérapie se développe en France (HERNANDEZ, 2010). La pratique de l'ergothérapie est basée sur l'interaction de la personne, l'activité et l'environnement qui sont des concepts issus de la littérature Anglos saxonne et de modèles conceptuels occidentaux. (IWAMA et al, 2009)

Des ergothérapeutes ont pu témoigner sur leur pratique au Vietnam. Les futurs professionnels Vietnamien sont formés par des ergothérapeutes qui ont suivi une formation occidentale à partir d'écrits et de modèles issus de ces cultures. Les étudiants ont été interrogés et ont pu mettre en avant les différences entre la théorie et la pratique. Bien qu'ils comprennent la pratique « client-centré » certains fondements de l'ergothérapie semblent peu applicables pour eux. Par exemple, l'autonomie et l'indépendance ne sont pas des éléments essentiels pour le fonctionnement des individus. Tant que la famille est présente et peut soutenir le malade pourquoi devrait-il être indépendant ? (DELAISSE, 2019)

1.1.6.2 Les activités en ergothérapie

La culture doit être largement prise en compte dans la prise en charge de l'ergothérapeute dont un des concepts fondamentaux est l'approche centrée sur la personne (LAW,1998). L'ergothérapeute doit proposer au patient des activités signifiantes et significatives. Il est donc primordial pour l'ergothérapeute de connaître les habitudes de vie

du patient. Ses occupations peuvent être influencées par sa culture. En effet, si l'ergothérapeute ne sait pas que certaines femmes Japonaises ne prennent pas le repas avec le reste de la famille, il pourra proposer des adaptations et des activités cuisines qui ne seront pas adaptées à leur culture (OADAWARA,2005).

Les activités sont souvent porteuses d'éléments culturels. Lors de l'accompagnement de ces patients en rupture avec leur environnement, il sera nécessaire de trouver un support leur permettant un investissement complet. L'activité peut cependant être un médiateur culturel très important permettant de tisser un lien entre deux cultures totalement différentes, celle du thérapeute et celle du patient (RENAUD, 2019).

Pour permettre ce lien et cette rencontre culturelle, l'ergothérapeute va installer une relation thérapeutique médiatisée à partir d'une vision psychodynamique. L'ergothérapeute sera garant du cadre, celui-ci aura différentes fonctions. Dans un premier temps il pourra avoir une fonction structurante, grâce à des règles pré établies, permettant une intégration d'un principe de réalité avec un cadre spatiotemporel et des rituels bien définis. L'acquisition d'un espace transitionnel permettra un principe de retour à la réalité du patient en lien avec les symboles auxquels celui-ci sera attaché et notamment ses pratiques culturelles et ses rites. Dans la pratique de l'ergothérapie en psychiatrie, la place du cadre sera plus que jamais essentielle à la thérapie. C'est par ce cadre que le patient se sentira contenu, écouté et considéré. Le cadre permettra la pleine participation du patient dans une activité et un investissement total du temps et de l'espace permettant une vie relationnelle. Le cadre permettra un espace transitionnel qui sera à l'intersection de l'hôpital et de la vie extérieur, du dedans et du dehors. Par des phénomènes de projection ou d'introjection par la parole ou des gestes, les individus pourront faire des échanges entre le dedans et le dehors. En ergothérapie les patients expérimenteront le « bon dedans » en effectuant une introjection de notions positives loin des sentiments de persécution grâce à ce cadre contenant proposé par l'ergothérapeute. (MUTIS, 2007)

L'espace transitionnel a été expliqué par Winnicott dans le développement du psychisme de l'enfant. Il intervient lorsque l'enfant s'individualise en supportant les frustrations que lui impose sa maman. L'enfant va se créer un espace qui lui permettra d'être à la fois relié et séparé de sa maman.

L'ergothérapie est un espace d'expression et de création. Le patient va pouvoir créer des objets à partir de différents supports et matières. L'objet va pouvoir permettre un retour vers la réalité du monde extérieur, dans son fantasme d'objet idéal lorsqu'il va tenter de dompter la matière qui ne répondra pas toujours comme il le souhaitera. Des phénomènes d'illusion et de désillusion vont permettre d'identifier la limite du dedans et du dehors ainsi que du moi et du non moi. En effet, il devra être à l'écoute des exigences de la matière tout en essayant de lui proposer des modifications en gérant sa frustration. L'objet va recevoir tous les sentiments du patient. Winicott a pu expliquer sa théorie grâce à l'objet transitionnel du bébé qui est représenté par le doudou. Cet objet permettra à l'enfant d'être séparé de la mère sans ressentir de douleur psychique intense à travers un jeu imaginaire qu'il aura établi. (MÉNARD, 2007)

Une relation médiatisée au sein de cet espace transitionnel va peu à peu se créer entre le patient et l'objet qu'il va créer. Un lien va s'établir entre le monde interne et externe du patient permettant une distinction du moi et du non moi. Ici, l'objet sera dit transitionnel car il est à l'intermédiaire entre ces deux mondes lors de la création. Ceci va permettre au patient un sentiment d'existence au travers de cette création matérielle et réelle. Une relation triangulaire va ainsi être établie entre le patient, l'objet et l'ergothérapeute. Dans cette relation triangulaire, l'objet sera le médiateur grâce à la relation thérapeutique qui va s'instaurer entre lui et le patient. Cette thérapie médiatisée à partir d'une matière transformable va permettre une conceptualisation externe des relations de l'individu avec son environnement. Il sera important que l'ergothérapeute ne fasse aucune interprétation de l'objet ainsi créé, malgré que lui aussi peut avoir certaines représentations de cet objet. L'ergothérapeute devra observer le patient et l'écouter pour identifier quels sont ses besoins. Les gestes sont souvent plus représentatifs que les paroles dans l'expression des sensations du patient. Pour cela le professionnel devra observer les mouvements et les gestes du patient, dans leurs amplitudes, dans leurs répétitions… Au fur et à mesure des créations, l'ergothérapeute devra observer le sens de l'objet pour le patient et si le patient l'investi totalement ou s'il créé une distance avec cet objet dans ses attitudes ou lors de son discours. Suite à cette observation, l'ergothérapeute va jouer un rôle de miroir afin que le patient puisse se réapproprier l'objet et ses ressentis. L'objet va véritablement avoir un rôle thérapeutique et maternel, il va reproduire les frustrations et les sensations qui ont pu être vécu dans

l'enfance entre la maman et son enfant. Dans cette activité le patient va pouvoir un sentiment d'existence, parce qu'il créé lui-même à partir d'une matière qui se transforme selon les actions qu'il va lui infliger. (BAGNÈRES, 2007)

1.1.6.3 Le modèle KAWA

Des ergothérapeutes Japonais réunis par Mr IWAMA, ont souhaité mettre en avant l'importance de la culture dans la mise en place des accompagnements. Pour eux, la culture a une importance dans notre façon de penser, dans notre relation à la vie, à la santé et à la thérapie. Ce groupe d'ergothérapeutes a donc élaboré un modèle conceptuel permettant de décrire les difficultés de la personne dans son environnement. M. IWAMA a pu observer l'approche occidentale en ergothérapie qui s'intéresse à l'indépendance et l'autonomie de l'individu. Cependant, au Japon, les ergothérapeutes ne s'intéressent pas au patient dans un environnement en fonction de son autonomie et son indépendance. Ils vont privilégier le fonctionnement de la collectivité.

Le modèle KAWA (ANNEXE III), a donc été développé dans les années 2000. Il regroupe quatre concepts : Les facteurs environnementaux, les circonstances de vie, les déterminants personnels et le cours de la vie et de la santé. Chacun de ces groupes est représenté par un élément naturel. Les rives de la rivière et le lit de la rivière représenteront les facteurs environnementaux, les rochers, eux, représenteront les problèmes de la personne. Il sera également possible de retrouver des morceaux de bois qui seront les atouts et les situations de handicaps de la personne. L'eau correspondra à l'énergie de vie.

L'objectif de ce modèle est de permettre à l'ergothérapeute de comprendre la diversité culturelle du patient. Il servira d'évaluation en lien avec la culture du patient. Il permettra d'établir une relation de confiance et de clarifier le contexte de vie du patient.

Le patient devra dessiner la rivière dans sa globalité mais également une coupe de la rivière. Il sera possible d'observer comment la personne perçoit ses difficultés et ses atouts. La grosseur et le nombre d'éléments représentés permettront de comprendre le ressenti du patient. Il décrira son dessin à l'oral et expliquera les irrégularités de la rivière. Les rétrécissements et élargissements de la rivière permettront de comprendre l'impact de l'environnement dans la vie du patient que ce soit son environnement physique, ou social. Ce modèle permet l'expression du patient (MOREL-BRACQ, 2017).

L'importance des difficultés du patient sera mise en avant, et permettra donc de prioriser les actions de l'ergothérapeute en fonction des besoins du patient. Le professionnel proposera alors au patient un accompagnement adapté à ses besoins et à sa culture. Ce modèle permettra donc une première analyse de l'accompagnement qui pourra être proposé au patient. En revanche, chaque activité devra être analysée pour observer si elle permettra de répondre aux besoins du patient.

Une analyse d'activité pourra être nécessaire au préalable. En effet, lors de cette analyse il sera possible de mettre en avant les aspects culturels de cette activité. Lors de témoignages, certains ateliers d'ergothérapie en psychiatrie ont pu être souvent désertés par les patients d'origine maghrébine. Il a été mis en avant que les activités manuelles telles que la vannerie étaient réservées aux femmes dans leur communauté. Ces patients ayant des pathologies psychiatriques, qui les exclu déjà de leur communauté, perdaient alors leur virilité à travers ces activités (RAZANAJAO et POSTEL, 2007). Pour la personne en situation de handicap occupant une place particulière dans le groupe, le fait de retirer ou éliminer cette situation peut déstabiliser et entrainer un dysfonctionnement d'une famille ou d'un groupe entier (DE RINCQUESEN et all, 2016).

Des établissements proposent des consultations transculturelles pour accompagner au mieux le patient et sa famille. Dans certaines sociétés, le patient est inscrit dans un groupe familial ou social, cette consultation permet de prendre en charge le patient et son environnement, afin de pouvoir l'accompagner au mieux. Elle permet également de trouver des compromis dans la prise en charge et de comprendre la nature des refus (IDRIS, 2009). Cette consultation permet la limitation d'un contre transfert culturel qui s'attache à des représentations historiques, religieuses ou encore politiques et qui peuvent influencer la prise en charge, que ce soit du côté du soignant ou du patient (DAXHELET et all, 2018).

1.2 Enquête exploratoire

L'enquête exploratoire a débuté lors de la rencontre avec la médecin psychiatre d'une équipe mobile de psychiatrie précarité (EMPP). Divers sujets ont été abordés notamment, les difficultés que rencontraient les patients migrants arrivant en France. En effet, ces patients ont souvent vécu des phénomènes traumatisants et arrivent dans des conditions de précarité extrême. La précarité s'ajoutant au traumatisme vécu, les patients souffraient de pathologies

psychiatriques qualifiées comme graves et d'associations de certaines pathologies. Lors de cette rencontre, j'ai également pu participer à des suivis de soins de patients. Ces patients se disaient souvent déprimés et avaient une thymie basse. Certains d'entre eux expliquaient les troubles dont ils souffraient au quotidien tels que des cauchemars où leurs agresseurs étaient présents, entrainant des troubles du sommeil, ils entendaient également la voix de leur bourreau en journée. Tous ces éléments induisaient une restriction de participation dans leurs loisirs. Dans leurs discours, ils pouvaient décrire des troubles de la mémoire ou de la concentration.

Une rencontre et des échanges ont pu avoir lieu avec des ergothérapeutes pratiquant dans différents domaines (soins de suite et réadaptation, lieu de vie, psychiatrie). Lors de ces échanges, il est possible de constater que les ergothérapeutes diplômés après les années 2 000 étaient plus soucieux et prenaient plus en compte la culture dans leur plan d'intervention et leur proposition d'activités. Ils pouvaient également mettre en avant la difficulté d'accompagnement liée à la religion et aux croyances culturelles. Dans des questionnaires, on note que ceci est plus présent en psychiatrie. Certains des interviewés ont pu donner des exemples d'activités ayant une empreinte culturelle importante. Un d'entre eux a pu expliquer une des séances de cuisine proposée à un monsieur d'origine maghrébine. En effet, c'était l'une des premières fois où il a été confronté à cet impact culturel. La personne a totalement refusé de réaliser l'atelier bien qu'il soit seul, car ce n'était pas le rôle de l'homme.

Tous les ergothérapeutes ont pu confirmer que pour le bon déroulé d'un accompagnement, il est nécessaire d'être à l'écoute des besoins de la personne. Il est important de considérer et prendre en compte le projet de vie de la personne. Pour eux, c'est en étant à l'écoute de la personne que certaines barrières culturelles pourront être abolies. La reformulation, parfois, semble effacer certaines incompréhensions permettant de mieux orienter l'accompagnement. La reformulation montrera au patient que son thérapeute est à son écoute. Une écoute active sera employée en utilisant différents principes de reformulation, de recontextualisation et de résumé des propos du patient.

Différents contacts ont également été établis avec des médecins psychiatres d'unité psychiatrique prenant en soins des patients migrants. Les médecins ont pu évoquer la pertinence d'un ergothérapeute possédant des compétences culturelles. En effet, pour eux la pathologie psychiatrique pouvant grandement impacter la vie quotidienne, l'ergothérapeute

aurait sa place au sein de telles unités. Cependant, il est primordial que l'ergothérapeute ait certaines connaissances sur les répercussions que l'activité peut avoir sur le patient et ses pratiques culturelles. Les habitudes de vies des patients n'étant pas les mêmes que celle du thérapeute il est nécessaire qu'il puisse avoir un regard critique sur ses propres croyances et sur ses habitudes de vie.

Pour les professionnels, une grande adaptabilité peut être nécessaire lors de ces accompagnements. L'appui d'une équipe pluridisciplinaire pourra parfois être nécessaire et permettra d'obtenir des ressources complémentaires. Cependant, selon les ergothérapeutes rencontrés, lorsque l'accompagnement devient trop complexe, un changement de thérapeute peut être judicieux.

1.3 Question de recherche

Les différents éléments rapportés lors de mes lectures, et de l'enquête exploratoire menée, m'ont permis le développement de mon questionnement initial. L'ergothérapie est un soin nécessitant l'adhésion du patient. Sans celle-ci, l'accompagnement n'est pas envisageable. Une de mes tutrices de stage me disait qu'une des contre-indications principale de l'ergothérapie, était que le patient ne veuille pas venir. Il faudra tout de même essayer de comprendre l'objet de ce refus. Il se peut que celui-ci soit de nature culturelle. L'ergothérapeute doit proposer un projet de soin au patient correspondant à son projet de vie. Les activités proposées doivent être signifiantes et significatives pour le patient, et donc en lien avec la culture de celui-ci. Les médiations utilisées en ergothérapie ont souvent une forte empreinte culturelle, c'est pour cette raison qu'il semble nécessaire que l'ergothérapeute ait certaines compétences culturelles. Ces compétences permettront la proposition d'activités plus adaptées au patient. Elles permettront une adhésion et une confiance plus importante de la part du patient envers son soignant.

L'ergothérapie permet au patient d'être acteur de sa prise en charge. En effet, l'ergothérapeute proposera un plan d'intervention individualisé à chaque patient en fonction des besoins qu'il aura évoqué lors de l'entretien initial. L'ethnopsychiatrie est également un outil mettant le patient au centre de sa prise en charge ce qui explique la présence d'ergothérapeute dans certains de ces services. Il pourra participer à certaines consultations, lui permettant d'aborder avec le patient et l'équipe pluridisciplinaire, les difficultés culturelles rencontrées avec le patient lors de son accompagnement. De ce fait, lors des consultations en ethnopsychiatrie, le professionnel pourra acquérir des compétences culturelles supplémentaires. Le modèle de CAMPINHA BACOTE est une interaction de différents facteurs autour d'une rencontre culturelle. Cette rencontre permet de placer le patient également comme expert de sa propre culture et ainsi transmettre son savoir à son thérapeute.

Cette réflexion a donc permis l'élaboration d'une question de recherche qui est la suivante : **Compétences culturelles et ethnopsychiatrie : Quel accompagnement pour les patients migrants en ergothérapie ?**

1.4 Cadre éthique

Une fiche mémoire a été réalisée afin de la soumettre pour validation à un comité éthique. Il a été nécessaire de réaliser cette fiche mémoire pour confirmer que le fruit de ce travail réalisé ne porte pas atteinte aux personnes interrogées. Le cadre éthique permet d'établir des règles auxquelles il sera possible de se référer pour éviter des problématiques éthiques lors des différents entretiens.

Les différents interviewés devront être volontaires pour participer à l'étude qui se fera de manière anonyme. Il n'y aura pas de limitation de participation selon l'âge, le sexe, la catégorie socio-professionnelle ou le lieu de vie de l'individu. L'investigateur s'engage à mener ses recherches selon les dispositions éthiques et déontologiques et à protéger l'intégrité psychique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies.

Les informations seront clairement données aux personnes rencontrées et il semble important de s'assurer que celles-ci ont clairement été comprises. Si le chercheur considère que toutes les informations n'ont pas été comprises et que la personne ne donne pas son accord, il peut se permettre de mettre fin à cette rencontre.

Lors de la discussion, l'individu peut à tout moment se rétracter et mettre fin à l'entrevue. Il n'est en aucun cas dans l'obligation de répondre aux questions qu'il considère comme étant personnelles.

Chaque entretien pourra être fait lors d'une rencontre, d'un appel téléphonique ou de conférence vidéo. Ces entretiens seront enregistrés suite à la signature d'un accord de consentement d'enregistrement audio (ANNEXE IV). Ceci permettra une meilleure retranscription et exploitation des informations données par les patients ou ergothérapeutes rencontrés. Les enregistrements ne pourront être écoutés que par l'investigateur et son directeur de mémoire. Ils seront par la suite détruits.

Suite à l'entretien, les personnes rencontrées pourront demander des informations complémentaires ou un retour concernant l'entretien. Ceci se fera par le biais d'une adresse électronique donnée au préalable par l'étudiante.

2. Méthodologie de recherche

Après avoir réalisé des recherches à partir de la littérature, les données ont été confrontées à la pratique de terrain par l'intermédiaire d'entretiens. Ces entretiens avaient pour objectif de répondre à la question de recherche qui est la suivant « Compétence culturelle et ethnopsychiatrie : quel accompagnement pour les patients migrants en ergothérapie ?». Pour cela, une méthodologie de recherche a été mise en place, elle permettait de cibler la population interrogée à travers un entretien.

2.1 Choix de la population

Suite aux différents échanges avec les professionnels lors de la phase d'enquête exploratoire et suite à mon questionnement personnel, j'ai fait le choix d'interroger uniquement des ergothérapeutes diplômés d'état. Une prise de contact avec ces professionnels a été réalisée à partir de critères d'échantillonnages pré établis. Ces critères ont permis de faciliter les échanges et d'obtenir des entretiens constructifs. Pour pouvoir participer aux entretiens, les ergothérapeutes devaient :

- Avoir un diplôme d'état en ergothérapie
- Exercer en France
- Pratiquer ou avoir pratiqué l'ergothérapie en psychiatrie auprès de population issues de cultures différentes de la culture française
- Évoluer au sein d'une équipe pluridisciplinaire en structure psychiatrique

Le fait que les ergothérapeutes aient suivi ou non des formations complémentaires en lien avec la culture et les phénomènes migratoires n'était pas un facteur qui permettait de participer ou non à l'enquête.

Dans cet échantillonnage, il était nécessaire d'interroger un grand nombre d'ergothérapeutes sans différenciation, de genre, de catégorie socio professionnelle ou culturelle. L'échantillon devait être le plus représentatif possible de la communauté d'ergothérapeutes pratiquant auprès de ces personnes. Il devait donc inclure aussi bien des hommes que des femmes et de tout âge.

Le prise de contact avec les ergothérapeutes s'est faite grâce au réseau de connaissances des ergothérapeutes rencontrés lors de mon parcours de formation. Des ergothérapeutes ont

également été contactés par mail suite à une demande de contact auprès du secrétariat de l'établissement.

2.2 Choix de l'outil

L'outil choisi pour permettre la récolte des données, était un entretien semi directif. Cet entretien avait pour objectif de permettre un temps de parole à l'interviewé tout en suivant un cadre établi par les questions de l'interviewer. En effet, il est apparu que cet outil semble le plus approprié afin de récolter des données qualitatives. La compétence culturelle et l'ethnopsychiatrie ne se basant pas sur des données quantitatives, mais plutôt sur une méthodologie d'accompagnement et une spécificité de la pratique, il semble préférable d'interroger les ergothérapeutes sur leur pratique auprès de ces patients. Pour cela, une grille d'entretien a été élaborée à partir du modèle de compétence culturelle de CAMPINHA-BACOTE. Huit questions ouvertes ont été développées.

2.3 Développement de l'outil

L'outil a été créé selon une méthodologie spécifique, il était composé de 8 questions ouvertes et de différentes questions de relance permettant d'aborder tous les éléments souhaités par l'interviewer. Ces questions abordent donc différents thèmes.

La première question posée aux participants permettra de recueillir des éléments d'échantillonnage, notamment le genre, le lieu et l'année du diplôme.

Les quatre questions suivantes abordaient le lien entre la culture et l'interviewé et ce qu'il avait pu mettre en place pour accompagner au mieux ses patients issus d'une autre culture. La première question permettait de savoir à quelle génération migratoire appartenait les patients dont ils assuraient le suivi. A travers cette question, il était possible d'aborder les problématiques rencontrées par ces patients mais aussi leur origine.

La seconde question interrogeait les ergothérapeutes sur leur définition de la culture. Cette question permet de savoir si le terme de culture fait consensus auprès des ergothérapeutes.

La troisième question est principalement en lien avec le concept de compétence culturel. Elle permettait d'interroger les ergothérapeutes sur les 4 domaines qui permettent d'être culturellement compétents.

Il semblait également essentiel d'interroger les ergothérapeutes sur le moyen d'acquisition de leurs connaissances, notamment les connaissances acquises au travers de la formation initiale en ergothérapie. La quatrième question a permis d'aborder ces différents supports d'acquisition de connaissances.

La place de la culture en ergothérapie a pu être évoquée lors de la cinquième question. Effectivement, dans la première partie, des auteurs ont pu rapporter que certaines activités pouvaient avoir des connotations culturelles plus ou moins importantes. Il paraissait pertinent de recueillir l'avis des ergothérapeutes à ce sujet et comment ils adaptaient leurs pratiques à la culture du patient, si besoin.

La seconde partie abordait plus spécifiquement le travail en équipe et les éléments qui peuvent être ressources dans l'accompagnement en ergothérapie. La sixième question évoquait principalement les éléments ressources (personnes ou structures) qui pouvaient être utilisés par les ergothérapeutes pour faciliter l'accompagnement de leurs patients. La septième question permettait de conclure en évoquant les outils à mettre en place qui sembleraient faciliter l'accompagnement des personnes issues de cultures différentes mais aussi l'ethnopsychiatrie. Ils ont également pu être interrogés sur la pertinence d'un ergothérapeute dans des unités d'ethnopsychiatrie et quel en serait l'intérêt.

2.4 Mode d'analyse des données

Après leurs réalisations, les entretiens ont été retranscrits. Des thématiques ont été définies en lien avec les données recueillies. Pour cela, chaque entretien a, dans un premier temps, été analysé individuellement. Ceci a permis de mettre en évidence les thématiques en lien avec les champs lexicaux de certains mots évoqués par les interviewés. Les données pertinentes ont donc été classées dans un tableau par thématiques (Annexe V à XII). Les données ne permettant pas l'exploration du sujet ont été isolés.

Une seconde analyses question par question, a permis de développer plus spécifiquement certains thèmes. Une confrontation des thèmes de chaque entretien a été réalisée. Des similitudes ont pu être mises en avant et analysées plus spécifiquement en lien avec la théorie et le modèle de compétence culturelle de CAMPINHA-BACOTE.

3. Analyse des données

3.1. Typologie des entretiens

Les ergothérapeutes interrogés ont, dans un premier temps, été contactés par mail. Dans l'ensemble, les participants ayant répondu, ont donné une réponse favorable pour répondre à l'entretien. Huit ergothérapeutes ont donc été interrogés, sept entretiens ont été réalisés au travers d'un entretien téléphonique et un des ergothérapeutes a demandé de réaliser cet entretien en présentiel. Aucun d'entre eux n'a été exclu en accord avec les critères d'échantillonnages pré établis. En moyenne, les entretiens ont duré 42 minutes avec une durée d'entretien minimale de 20 minutes et une durée maximale de 1h20. Ces échanges ont eu lieu du 10 février 2020 au 18 mars 2020. Pour permettre l'anonymat de chaque entretien, il a été intitulé de la manière suivante : E1, E2…. Le tableau 1 répertorie l'ensemble des éléments évoqués précédemment.

Tableau 1 : Typologie des entretiens

Entretiens	Date	Durée	Mode d'entretien
E1	10 février 2020	1h 20	Téléphonique
E2	20 février 2020	1h01	Téléphonique
E3	5 Mars 2020	39 min 52	Présentiel
E4	5 Mars 2020	36 min 30	Téléphonique
E5	9 Mars 2020	30 min 08	Téléphonique
E6	11 Mars 2020	37 min 45	Téléphonique
E7	12 Mars 2020	40 min 06	Téléphonique
E8	18 Mars 2020	20 min 42	Téléphonique

3.2 Présentation des participants

La première question de l'entretien permettait de recueillir des informations d'échantillonnage, le tableau 2 ci-dessous reprend ces critères par entretien. Dans ces critères, on notera que la moitié des ergothérapeutes interrogés exerçaient en Île-de-France. Les lieux de pratique des autres ergothérapeutes étaient plus hétérogènes. La moyenne de l'année de diplôme des ergothérapeutes était située à 2003. L'ergothérapeute le plus anciennement

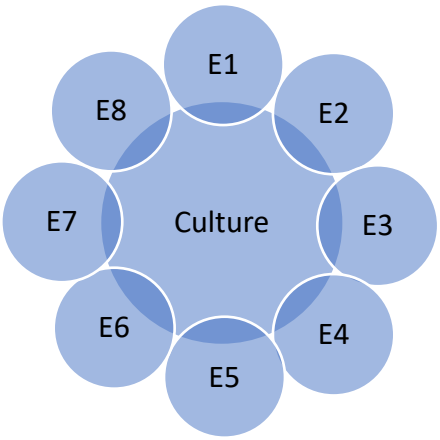
diplômé a eu son diplôme en 1993, en revanche, le plus jeune ergothérapeute était une femme, ayant eu son diplôme en 2013.

Tableau 2 : Présentation des participants

Entretiens	Genre	Lieu d'exercice	Lieu de diplôme	Date de diplôme
E1	F	Val de Marne	ADERE	2000
E2	H	Essonne	ADERE	1993
E3	H	Loire	Lyon	2005
E4	F	Isère	LAVAL	2016
E5	F	Seine-Saint-Denis	ADERE	2014
E6	H	Calvados	Rennes	1999
E7	F	Nièvre		1998
E8	F	Seine-Saint-Denis	ISEK-Belgique	2004

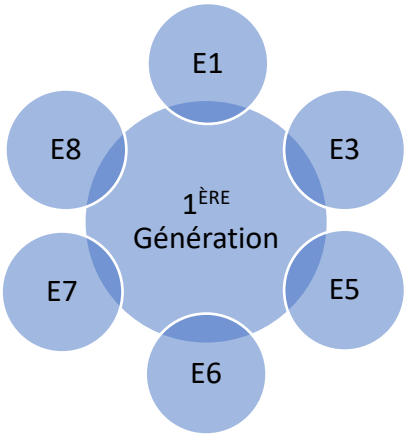
3.3 Analyse des entretiens

Une analyse thématique a été réalisée pour chaque entretien (Annexe V à XII). Ces thèmes ont été définis en lien avec les réponses des ergothérapeutes à chaque question. Une analyse transversale a, par la suite, été effectuée permettant de mettre en évidence les similitudes parmi les thématiques abordées par les participants. Certaines thématiques ont été écartées car elles ne répondaient pas à la question de recherche. Pour rappel les réponses à la question n°1 ont été présentées précédemment. L'analyse est présentée ci-dessous, chaque thème abordé sera entouré des entretiens (E1, E2, E3…) dans lesquels il a été abordé. Pour exemple :



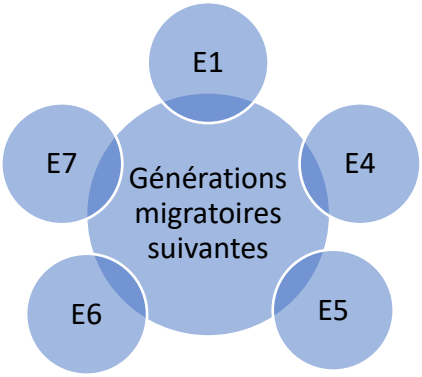
Ici, le thème est la culture. Ce thème-là a été abordé par tous les ergothérapeutes lors des entretiens.

Question n°2 : Quelle population rencontrez-vous dans votre pratique ? Les patients migrants rencontrés sont issus de quelle génération migratoire ?



La majorité des ergothérapeutes pratique auprès de migrants de la première génération de migration. Effectivement, six des huit participants ont pu rapporter ceci.

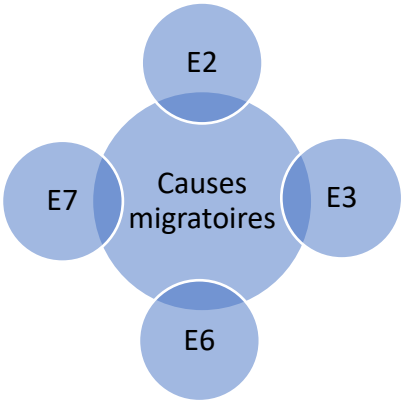
« J 'ai eu les migrants fraichement débarqués du bateau » (E1), « J'ai eu des personnes qui ont été issues eux même de migration » (E5).



Il a été constaté qu'une grande partie d'entre eux pratique avec des personnes de la première génération de migration. Certains d'entre eux exercent également auprès des générations suivantes comme c'est le cas des ergothérapeutes des entretiens E1, E5, E6 et E7.

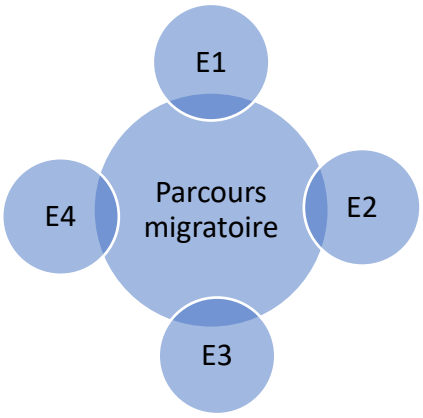
« D'autres où c'est plutôt leurs parents ou leurs grands-parents qui ont été issus de flux migratoire » (E5), « Des enfants issus de l'immigration » (E1).

Parmi ces ergothérapeutes, l'un d'entre eux exerce principalement auprès des générations suivantes. *« Plus des générations d'après » (E4).*



Lors des entretiens, trois ergothérapeutes ont pu évoquer les causes du départ du pays d'origine de leurs patients. Ces causes peuvent être de natures différentes. Les ergothérapeutes rapportent différentes problématiques d'ordre politiques, naturelle ou économiques. Dans leur accompagnement certains rencontrent également des personnes venues en France pour les vacances.

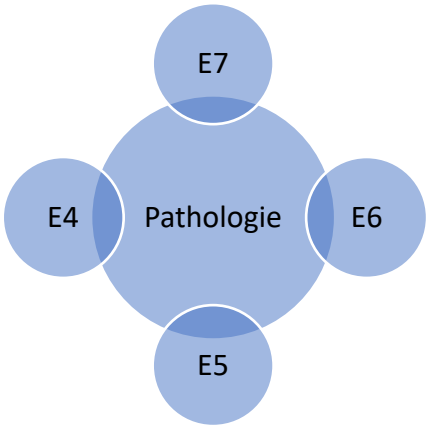
« Particulière liée à une problématique soit de guerre sur les territoires, à des problématiques climatiques »(E2), « des gens qui étaient en vacances » (E6).



Les patients accompagnés par les ergothérapeutes migrent donc par rapport à différents problèmes rencontrés dans leur pays d'origine. Suite à ce départ ils ont souvent un parcours migratoire complexe et particulier comme peuvent le témoigner les différents professionnels. *« certains vont passer par des déserts dans lesquels ils vont mourir » (E2).*

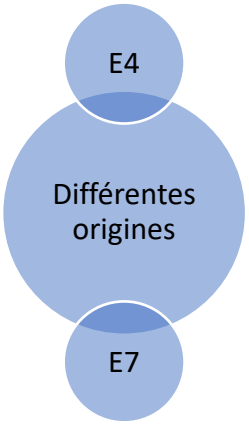
Le parcours migratoire va être une véritable histoire. **«** *il y a un vrai parcours migratoire » (E3).* Parmi ces patients certains ne sont que de passage et prévoient de poursuivre leur parcours. Les ergothérapeutes vont alors rencontrer ces personnes que sur une courte durée avant leur départ.

« *Des gens de passage aussi parce que (ville) c'est aussi une ville avec un bassin industriel, donc des gens qui viennent et qui repartent » (E4).*



Quatre des professionnels interrogés ont pu aborder les pathologies dont souffraient leurs patients. La plupart sont en *« souffrance psychique, c'est-à-dire toutes les pathologies de la psychiatrie » (E6).* Mais certains d'entre eux souffrent de syndromes post-traumatiques en lien avec les traumatismes liés à la migration.

« *Mais c'est vrai que la migration peut entrainer des traumatismes et des maladies psychiatriques »* (E5), **«***ils avaient vécus des traumatismes » (E7).*

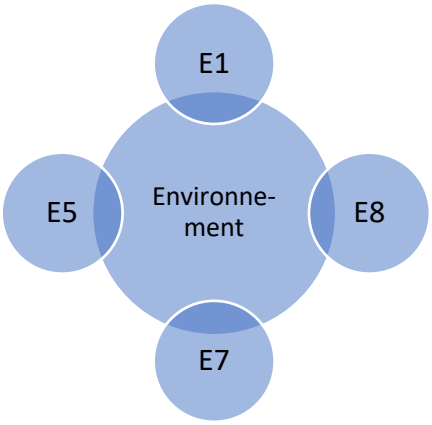


Les patients viennent de tout horizon comme le témoignent les participants des entretiens E4 et E7. Il y a une grande diversité d'origine culturelle présente au sein de leurs structures. Mais la majeure partie vient des pays d'Afrique.

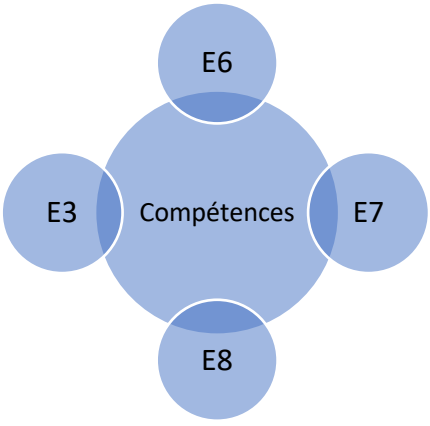
« Des gens qui viennent effectivement d'Afrique, d'Arménie oui donc Congo, Côte d'Ivoire, de Turquie, on a des Kurdes aussi » (E7), ***«*** *on voit le Maghreb, Afrique on voit quelques asiatiques mais ça reste assez centré sur ce côté-là » (E4).*

Question n°3 : Quelle serez votre définition de la culture ?

À travers cette question, les ergothérapeutes ont pu donner leur définition de la culture. Dans leurs discours, certains semblent s'accorder sur certains termes qui reposent principalement sur l'environnement, des connaissances un apprentissage et des valeurs communes.



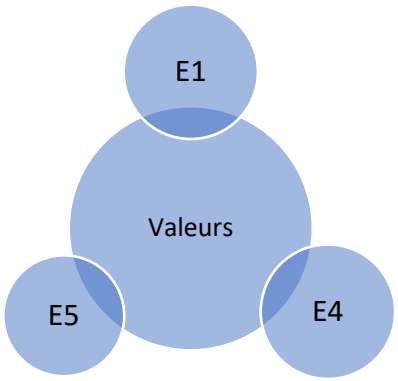
La moitié des interviewés définit la culture comme étant rattachée à l'environnement de la personne. La culture *« est un lieu, un lieu de naissance » (E5),* c'est également *« en lien dans l'environnement dans lequel on a grandi » (E1)*. Les ergothérapeutes ont ainsi pu rattacher la culture à l'environnement aussi bien social que physique de l'individu.



La culture repose également sur l'acquisition de certaines connaissances élémentaires, qui se développent en partie à travers l'éducation au moment de l'enfance et tout au long de la vie. La langue fait également partie des compétences qu'il est donné à chacun d'acquérir dans son évolution.

« On a pu y acquérir et les compétences »(E8), « la langue malgré tout a aussi une grande importance » (E7), « ça dépend celles qui ont eu

une éducation en France et celles qui n'ont pas eu une éducation en France » (E6).



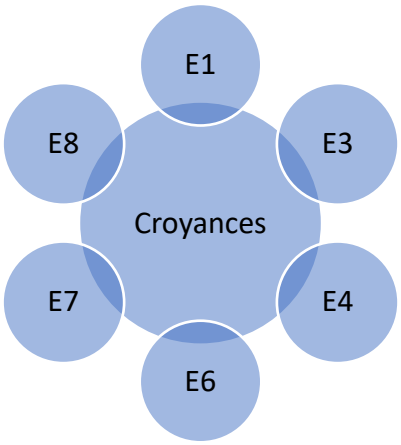
Pour certains praticiens, la culture repose également sur un partage de valeurs au sein d'un groupe ou d'une communauté. La culture va donc être :

« L'ensemble des valeurs » (E4), « c'est nos rôles un peu et nos valeurs, nos centres d'intérêt » (E1). Elle reposera *« autour de valeurs communes partagées » (E5)*

Lors de l'entretien E2, l'ergothérapeute aborde le lien entre la culture et l'origine des patients. Pour l'interviewer n°3, la culture est également en lien avec les traditions des individus *« il y a aussi des traditions » (E3).* Le rapport à la maladie pourra différer d'une culture à l'autre et peut intégrer la définition de la culture de certains professionnels. *« Le rapport à la psychiatrie peut être particulier dans certaines cultures » (E4),* la culture *« donne du sens au quotidien » (E4).*

Question n°4 : Qu'avez-vous mis en place pour accompagner au mieux ces patients issus d'une culture différente de la vôtre ?

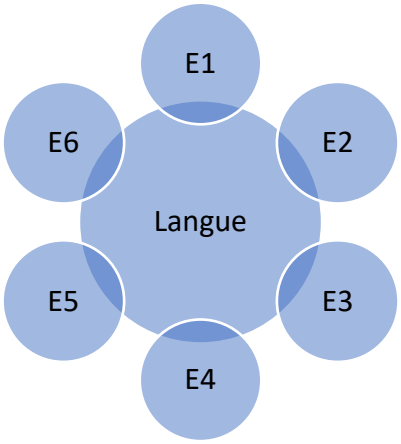
La majorité des ergothérapeutes, est confrontée aux croyances des patients. Ces croyances sont souvent en lien avec les origines mystiques de la maladie.



« A ces croyances spirituelles je dirais même de l'origine de leur maladie » (E3).

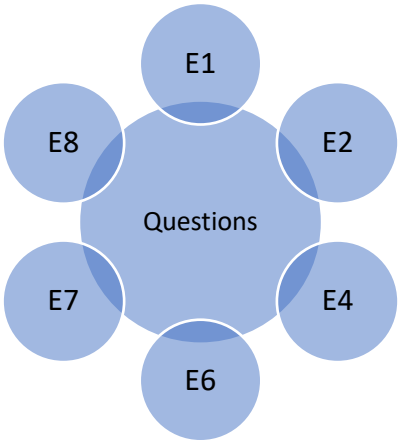
Certains d'entre eux ne vont pas contre ces croyances et essayent d'adapter leur accompagnement en lien avec celles-ci bien qu'ils puissent être confrontés aux soins traditionnels.

« Moi je suis obligé de respecter la religion et les croyances de chacun » (E6), « on essaie de ne pas aller contre, enfin j'ai souvent entendu des médecins dire ça » (E1).



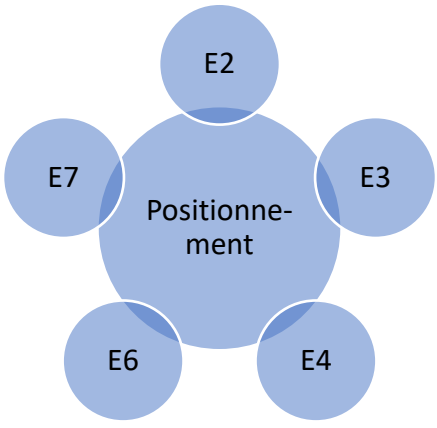
Les ergothérapeutes sont également confrontés à la barrière de la langue. Malgré la présence et la collaboration avec des traducteurs, il n'est pas toujours possible de communiquer avec les patients. Certains professionnels évoquent les traducteurs en ligne, cependant, pour eux, il manquera un élément qui est le sens que peuvent avoir les mots.

« Mais plutôt dans la question des mots, du sens des mots, du sens du récit » (E2), « parfois on a pu échanger autour de sens des mots, de sens des noms » (E5) , ***«*** *Il y a du sens dans les mots » (E6).*



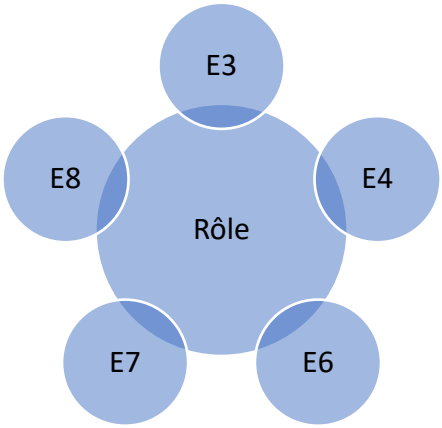
Pour proposer un accompagnement adapté à la culture de chacun, une majeure partie des participants questionne leurs patients sur leur culture. Ceci permet pour certains de ne pas les heurter dans leur culture et favoriser la compréhension des troubles.

« *Je leur posais la question et il m'expliquait et c'est ça » (E8),* ***«*** *la question d'aller à domicile, d'être reçu de voir comment ça se passe c'est ça permet de voir après ce qu'on va pouvoir mettre en place » (E4).*



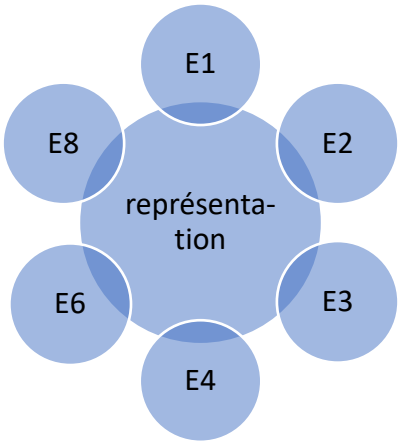
Certains professionnels adoptent alors une position particulière. Que ce soit une position d'écoute ou de découverte, ce positionnement permettra de mieux comprendre les personnes qu'ils accompagnent.

« c'est la question de la découverte d'un autre »(E2), « je me mets vraiment en position basse »(E3), «d'écouter ce qui a de la valeur » (E4).



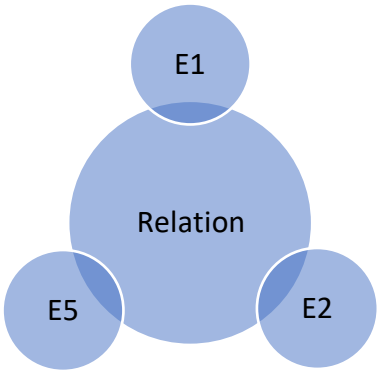
Les ergothérapeutes évoquent les rôles que peuvent occuper leurs patients au sein de leur communauté, notamment lors d'une activité. Le rôle de la femme peut différer selon les cultures. Ce sont, selon eux, des éléments à prendre en compte dans l'accompagnement et dans la proposition d'activité.

« C'est un peu de se dire que la culture c'est comme prendre en compte le rôle social d'être parent on va adapter une prise en charge en fonction d'une place dans une famille » (E4), « la femme est différente d'une ethnie à l'autre » (E7).



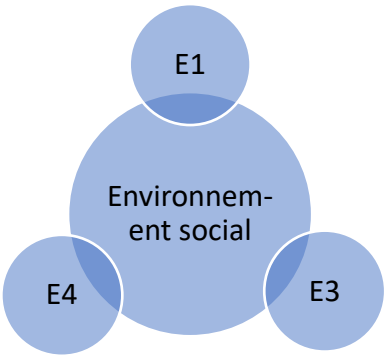
Les représentations, que ce soient des professionnels ou des patients envers eux-mêmes, peuvent être multiples. Les patients peuvent faire preuve d'auto-stigmatisation envers leur origine mais également avoir certaines représentations de la maladie mentale. Les ergothérapeutes doivent donc fonctionner malgré ces représentations et s'adapter à celles-ci.

« Oui ça serait surtout ça l'auto-stigmatisation qu'ils peuvent avoir et se dire je ne suis pas légitime à avoir accès à la culture » (E3)



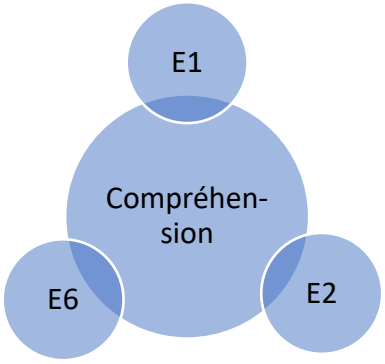
La relation avec le patient permettra une certaine alliance thérapeutique. Ainsi, le patient se sentira plus en confiance avec le professionnel qui l'accompagne.

« Parce qu'il faut pas heurter dans la culture, sinon on perd l'alliance, c'est sûr » (E1), « pour nouer une relation » (E5)



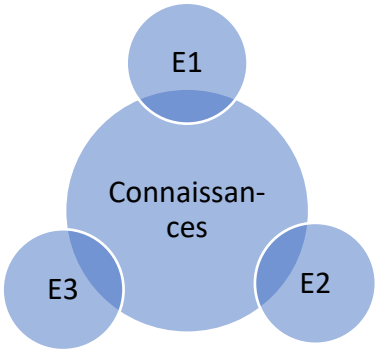
Dans l'accompagnement, il faudra également prendre en compte l'environnement social du patient. En effet, les familles peuvent être présentes mais elles peuvent également avoir un impact sur le soin du fait des croyances qu'elles-même peuvent avoir.

« L'environnement, physique, social supporte en fait, gère… » (E1), ***«*** *des fois c'est la famille, qui est parfois très très soutenante par rapport à certaines cultures » (E3).*



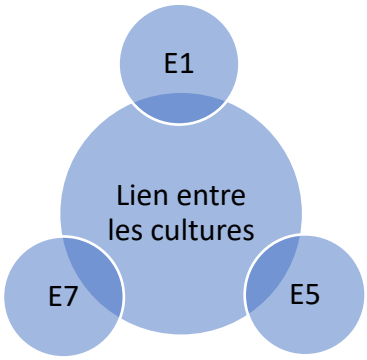
Trois des professionnels évoquent la compréhension de la culture et le moyen d'y accéder. Le fait de comprendre la culture de l'autre peut permettre de comprendre les comportements qu'il peut avoir lors de l'accompagnement. Ce comportement qui peut être jugé comme pathologique au premier abord, peut en fait être d'ordre culturel et lié à un environnement inadapté.

« Du coup les traducteurs pouvaient nous donner des repères sur la culture » (E1), ***«*** *Si je comprends l'environnement du patient, je comprends pourquoi il n'est pas adapté ou pourquoi il n'est pas adapté dans l'environnement dans lequel il se trouve » (E6).*



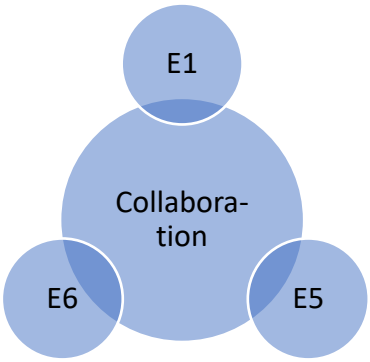
Des ergothérapeutes parlent des connaissances qu'ils ont pu acquérir sur certaines cultures. Ces connaissances leur permettent d'adapter leur accompagnement. Ils ont pu les acquérir grâce aux différents moyens qui seront évoqués plus précisément par les praticiens dans la question n°5. Lors de l'entretien E2, il est également abordé la connaissance du patient sur sa propre culture.

« Mais dans ce qu'il dit qu'est-ce qu'il a comme connaissance de son pays, qu'est-ce qu'il a comme connaissance de sa langue, d'autres langue, d'histoire » (E2), « c'est à travers leur regard que je vais apprendre » (E3).



Dans sa pratique, l'ergothérapeute permettra également de faire le lien entre la culture d'origine du patient, et la culture dans laquelle il va évoluer. L'objectif de l'ergothérapeute peut être d'amener le patient vers cette nouvelle culture dans son quotidien.

« Après, j'ai plutôt l'idée qu'on essaye d'accompagner les personnes en tenant compte de leur culture mais en essayant quand même de les amener vers la nôtre » (E1), « s'adapter à l'aspect éducatif et culturel de notre société, qu'est-ce qui se dit, qu'est-ce qui se fait, quelles sont les limites » (E5).

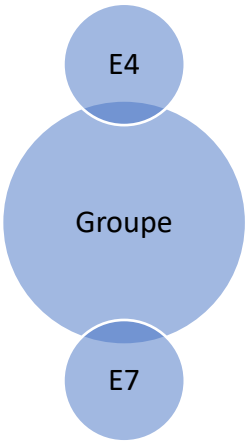


Pour permettre un accompagnement adapté à leurs patients, les ergothérapeutes vont collaborer avec différents professionnels. Ils seront en lien avec l'équipe pluridisciplinaire, des traducteurs mais également des unités d'ethnopsychiatrie qui leurs apportent certains éléments sur les difficultés du patient.

« On faisait beaucoup de consultations avec des traducteurs aussi » (E1), « mais dans mon service on travaille aussi avec un service d'ethnopsychiatrie » (E5).

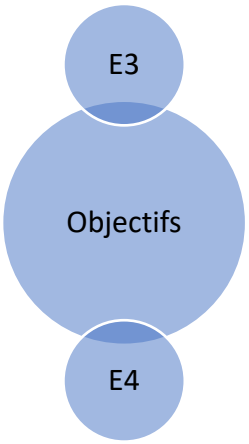
La culture peut avoir un véritable impact dans le quotidien de la personne. Il faut parvenir à faire la différence entre ce qui est en lien avec la pathologie et ce qui se réfère aux croyances.

« Mais est-ce que c'est une source de souffrance ou est-ce que ça occupe toutes mes pensées, toutes mes activités » (E4), « ça a un impact dans ce qu'ils peuvent dire ou ce qu'ils peuvent nous raconter par rapport à leurs créations, leurs productions » (E5).



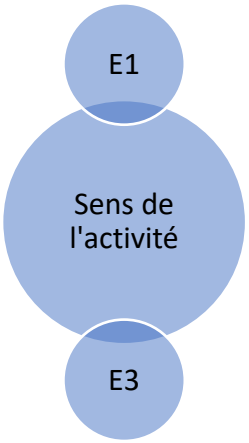
Des ergothérapeutes proposent des prises en charge de groupe. Celles-ci semblent faciliter l'accompagnement des patients migrants qui peuvent s'identifier plus facilement les uns les autres.

« Ce sur quoi on peut participer c'est là où les groupes à médiation le fait de participer à quelque chose de plus collectif » (E4), « Donc, après c'est soit on leur propose des prises en charge de groupe » (E7).



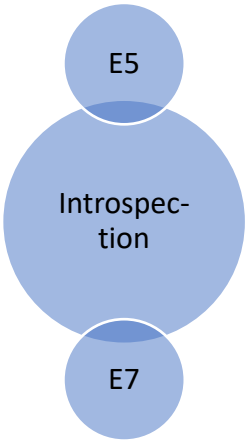
Les objectifs en ergothérapie semblent d'autant plus essentiels à définir en début de prise en charge. Ces objectifs permettront d'orienter les séances. Ils pourront être définis avec le patient pour qu'ils soient le plus en lien avec sa culture.

« sur la diminution des signes, des symptômes et tout ça, reprise de plaisir etc. » (E3), « Mais d'où l'intérêt d'avoir bien fixé ses objectifs » (E4).



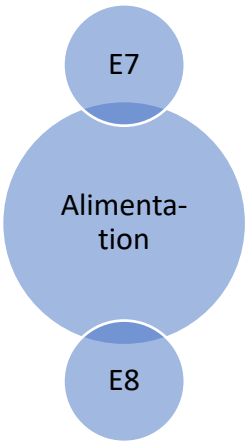
Une fois les objectifs définis, deux des ergothérapeutes évoquent le fait que l'activité proposée doit être signifiante pour les patients. En effet, certaines activités ne feront pas du tout sens pour le patient, car elles ne seront pas ancrées dans sa culture.

« Venir en ergothérapie pour se poser et s'exprimer en faisant un dessin ça ne va pas de soi » (E1), « un peu plus particulièrement aux personnes d'origine étrangère parce qu'effectivement certaines activités ont d'autres signifiance que nous on peut avoir » (E3).



Des professionnels réalisent une véritable introspection qui consiste en un questionnement de leur culture. Ceci va leur permettre de se remettre en question, ainsi ils feront évoluer leur pratique.

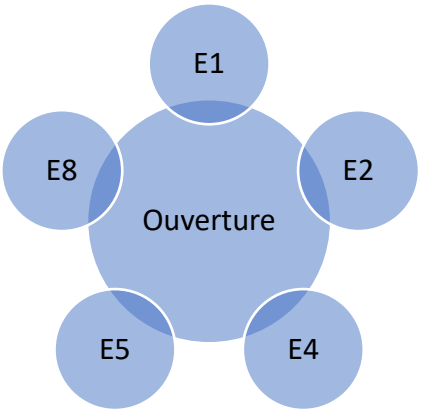
« Ça peut parce qu'on a aussi des temps d'analyse à postériori » (E5), « Après je pense déjà si on arrive juste à se remettre en question et à ne pas avoir de certitudes » (E7)



Parmi les activités de la vie quotidienne les plus en lien avec la culture, l'alimentation est celle dans laquelle les ergothérapeutes rencontrent le plus de difficultés avec leurs patients.

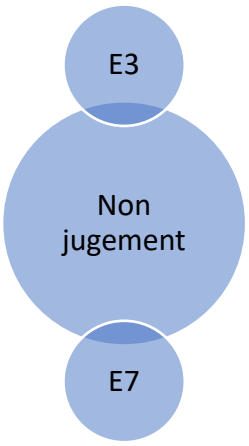
« De la culture et de l'alimentation aussi » (E7), « mais il arrivait qu'on sorte sur la journée avec des pique-niques, et bien évidemment pour ceux qui mangeaient sans porc on prenait sans porc, du casher pour les Juifs » (E8).

Question n°5 : Quelles sont les compétences qui vous semblent nécessaires pour accompagner cette population ?



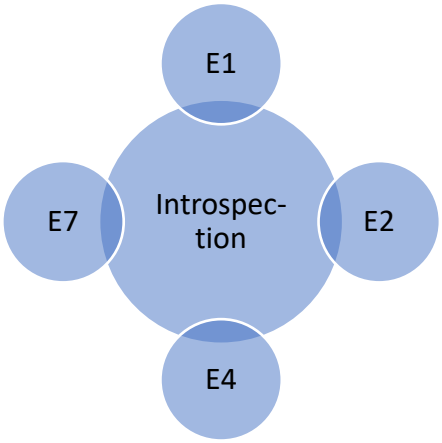
Pour les ergothérapeutes, différentes compétences semblent être nécessaires. Tout d'abord, cinq des professionnels ont pu employer un vocabulaire en lien avec l'ouverture, que ce soit l'ouverture d'esprit ou une ouverture vers l'autre en portant un intérêt envers lui et sa culture. Un des ergothérapeutes a rapporté la nécessité de s'ouvrir vers d'autres disciplines que sont les sciences sociales.

« Tout ce qui va être s'intéresser à l'autre dans ce qu'il est » (E1), « s'ouvrir aux sciences sociales » (E2), « Après peut-être une ouverture d'esprit. » (E8).



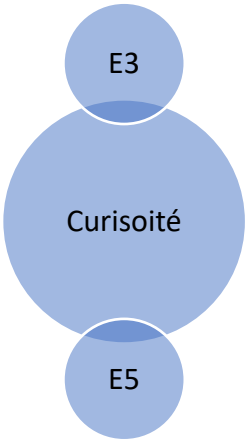
En plus de cette ouverture, des ergothérapeutes pensent qu'il faut pouvoir adopter une posture de non-jugement face à ces personnes. En effet, des préjugés peuvent être présents dans l'esprit de chacun et l'absence de jugement de la culture de l'autre facilitera le déroulé de l'accompagnement du patient.

« D'être beaucoup dans le non-jugement » (E3), « pas de jugements » (E7)



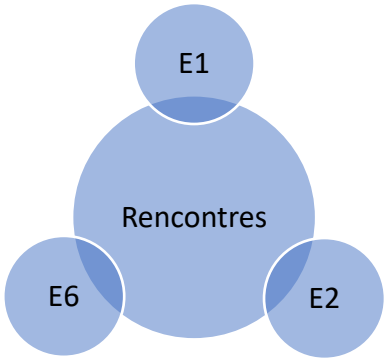
Lors de la pratique, il faut que les ergothérapeutes soient en capacité de se remettre en question et de faire une introspection de leur culture et de leur pratique. Pour la moitié des ergothérapeutes, cette démarche doit faire partie des capacités du professionnel en ergothérapie.

« Prendre le temps de relire ce qui s'est passé ça permet d'évoluer » (E4), « Il faut savoir se remettre en question, ça c'est la base » (E7).



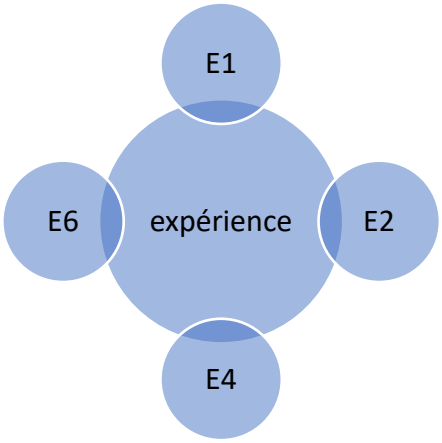
Les professionnels pensent également qu'il faut faire preuve de curiosité. Cette curiosité permettra d'acquérir certaines connaissances complémentaires sur la culture du patient suivi en ergothérapie.

« de vraiment avoir cette curiosité » (E3), « une curiosité » (E5).



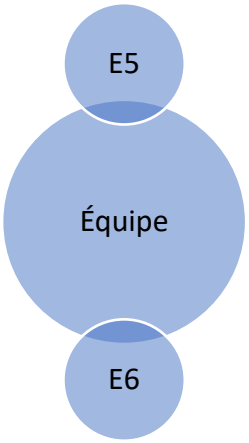
Des connaissances ont pu être acquises par les professionnels lors de rencontres. Ces rencontres rapportées par les professionnels ont eu lieu lors de circonstances différentes et ont permis de développer leur pratique.

« mais ça dépend moi mon mari est algérien dans la culture maghrébine je connais un peu quoi » (E1), « Il y a eu pas mal d'échange culturel » (E6).



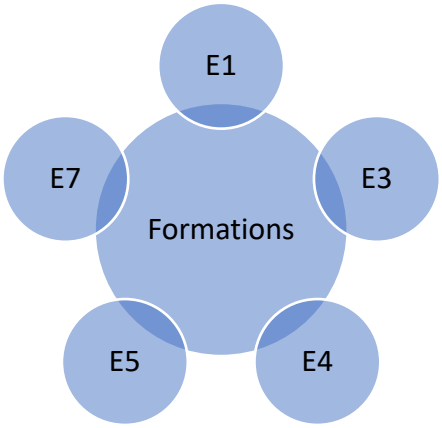
La moitié des participants ont pu utiliser un vocabulaire en lien avec les expériences. Ces expériences peuvent être d'ordre personnel ou professionnel, mais aussi correspondre à un temps de pratique. Un d'entre eux pense qu'il a acquis certaines de ses connaissances au cours de sa pratique professionnelle.

« c'est plutôt dans les voyages que j'ai plus abordé les choses » (E2), « Après c'est l'expérience aussi qui fait que on voit aussi des choses, qu'on comprend des choses » (E6).



L'équipe peut également être une source de savoir, comme peuvent le rapporter deux des ergothérapeutes lors des entretiens E5 et E6. Ils peuvent questionner l'équipe mais également s'enrichir de son savoir.

« Quand on est en psychiatrie on est avec des équipes, et quand c'est des équipes issues de cultures différentes parfois ça nous aide pas mal aussi » (E5), ***«*** *j'aime bien dans une équipe quand on est une équipe cosmopolite quand on peut dire attention » (E6).*



Lors de l'entretien, le domaine de la formation a été abordé. En effet, certains ont pu participer à des formations au sujet de la culture au sein de leur établissement. D'autres envisagent de poursuivre leurs études ou de participer à des formations pour acquérir davantage de connaissances sur ce sujet.

« des formations qui étaient destinées aux ergothérapeutes sur le lien entre l'objet, la création d'objet et la culture » (E5)

La formation initiale a également été questionnée et notamment la place de la culture dans celle-ci. La majeure partie des professionnels pense que la culture n'est pas suffisamment étudiée pendant les études en ergothérapie.

« Mais c'est vrai qu'on n'a pas du tout eu de cours sur les différences culturelles, j'ai aucun souvenir de ça non » (E3), « mais sinon directement c'est rarement abordé » (E5)

Deux des participants ont tout de même nuancé leurs propos concernant les modèles conceptuels. Pour eux les modèles comme le MOH et le modèle KAWA peuvent aborder la culture.

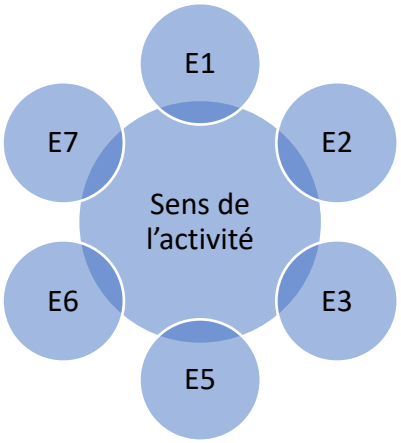
« *Le MOH normalement il est conçu de telle sorte qu'on n'oublie pas la part culturelle » (E1),* ***«*** *il y a la question du modèle KAWA où au moins on avait une autre vision des choses effleuré les choses » (E4).*

Pour un des professionnels, des compétences de linguistiques, elles permettraient de mieux interpréter les propos des patients rencontrés. *« qu'est-ce qui se raconte dans les mots de l'autre à la fois grammaticalement, historiquement » (E2).*

Les ergothérapeutes devront également faire preuve d'adaptation pour proposer un accompagnement en adéquation avec les croyances du patient. **«** Aussi beaucoup d'adaptation aussi » (E3).

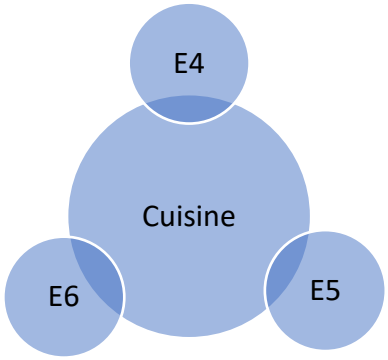
L'écoute ainsi que l'intérêt pour la culture de l'autre peuvent être nécessaires pour l'accompagnement en ergothérapie de ces populations. **«** *Peut-être c'est creuser un peu plus sur certains savoir en termes de L'Inter culturalité » (E4).*

Question°6 : Selon vous les activités en ergothérapie ont elles une empreinte culturelle ?



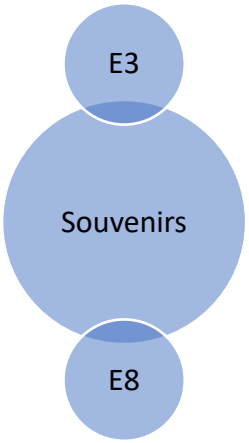
Pour un certain nombre de professionnels, il faut prendre en compte le sens de l'activité pour ces personnes issues de cultures différentes. Effectivement, les activités pouvant avoir une empreinte dans la culture de certains, il faut que les activités proposées soient signifiantes pour la personne mais aussi significatives pour la communauté. Bien que pour certains ergothérapeutes cette démarche fasse partie de leur pratique quotidienne, pour certains, elle est encore plus importante avec cette population.

« *Avec ces populations-là spontanément, j'adapte toujours mes activités pour qu'il y ait un côté signifiant » (E3), « Ça leur renvoi que ça ne fait pas partie de leur culture, on n'autorise pas en Afrique à déchirer un magazine » (E7).*



Une partie des interviewés ont pu citer des activités, qui pour eux avaient un véritable sens culturel. Trois d'entre eux ont pu mentionner la cuisine.

« On le voit notamment dans la question du porc au repas » (E4), **«** *notamment quand on passe par la cuisine » (E6).*



Pour certains des ergothérapeutes, l'activité proposée peut également être en lien avec certains souvenirs correspondant à la culture du patient.

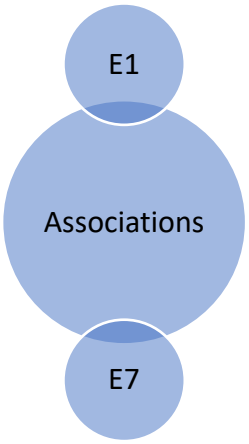
« Peut vite faire des liens, eh bien oui parfois ma grand-mère elle fait ça et ça peut faire revenir des souvenirs » (E3), « certains nous ramenaient leur jambé parce-qu'ils avaient appris à en faire avec leur grand-père au pays » (E8).

Le cadre devra être adapté selon certaines cultures. *« Vous allez oublier en partie ce jargonnage de j'ai un patient, j'ai une séance » (E2).* En effet, pour certains patients, le rapport au temps semble être différent. Il faudra savoir adapter ses séances pour qu'elles correspondent aux besoins du patient et à ses habitudes de vie, car la vie quotidienne est véritablement en lien avec la culture. *« Donc là on est vraiment dans la culture dans le sens purement vie quotidienne » (E4).*

Selon l'ergothérapeute E6, il faudra veiller à ne pas avoir de stéréotypes sur certaines cultures qui pourraient être un frein à l'accompagnement.

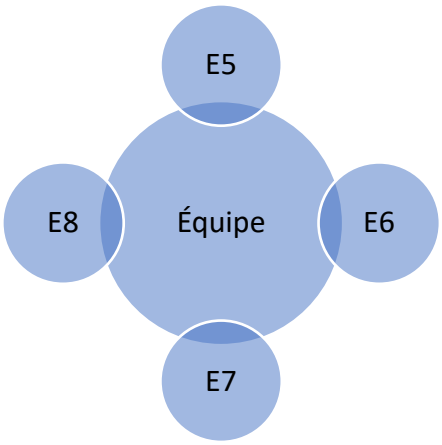
« Il faut faire attention de ne pas stéréotyper » (E6)

Question n°7 : Quelles sont les personnes ressources sur qui vous pouvez vous appuyer lors de ces prises en charge ?



Différents éléments ont été présentés comme étant ressource pour l'accompagnement des patients ayant vécu un phénomène migratoire. Tout d'abord, deux des participants ont pu citer les associations. Ce sont des associations culturelles comme des associations dédiées à la migration qui permettront d'en savoir plus sur la culture du patient et sur son histoire de vie.

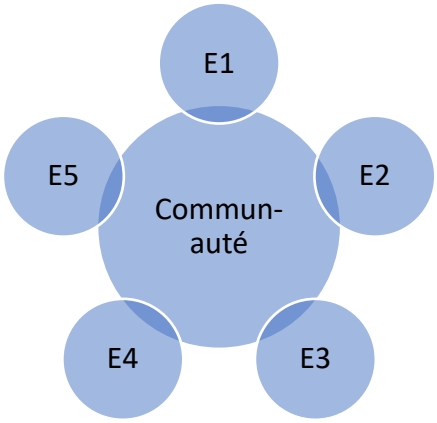
« Probablement des associations, des associations culturelles » (E1), « le CADA, le centre d'accueil dont je vous ai parlé, donc on travaille beaucoup avec eux » (E7).



L'équipe semble être également une véritable ressource, que ce soit par son savoir, sa diversité ou encore son soutien lors de l'accompagnement.

« certains collègues avec lesquels je peux parler » (E6), ***«*** *On essaye d'avoir un étayage, d'avoir le patient dans un ou deux groupes totalement différents, pour avoir un regard différent » (E7),* ***«*** *On essaye d'avoir un étayage, d'avoir le patient dans un ou deux groupes totalement différents, pour avoir un regard différent » (E8).*

Un appui sur des intervenants extérieurs rencontrés lors de formations, pourra permettre de développer et d'adapter ses propositions d'accompagnement selon l'ergothérapeute E5.



Pour finir, la communauté et l'environnement social auxquels le patient appartient pourront apporter des connaissances sur ses habitudes de vie et sur son fonctionnement. Si l'occasion se présente, il peut être intéressant d'échanger avec cet entourage.

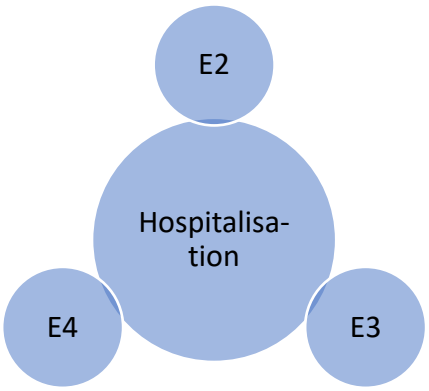
« ***Mais*** *c'est juste que nous étant pas de la même culture on a du mal à être dans les réseaux d'information, ça existe toutes les communautés ont des clubs, des asso, des lieux de rencontre » (E1),* ***«*** *c'est vrai qu'ils se donnaient vraiment des astuces pour gérer ça » (E3).*

Les connaissances en sciences sociales et les professionnels de ce domaine semblent pour l'interviewé E2, être une ressource pour l'accompagnement des patients issus de cultures différentes. ***«*** *peut-être des anthropologues, des gens qui sont sociologues et qui ont un vrai rapport avec la culture de l'autre. » (E2).*

Pour les ergothérapeutes qui ont accès à des unités d'ethnopsychiatrie comme ce peut être le cas de l'ergothérapeute E5, ces unités semblent être un soutien pour la prise en charge de ces patients. ***«*** *Ça peut être l'équipe d'ethnopsychiatrie » (E5).*

Question n°8 : Au sein d'une structure quels seraient les éléments à mettre en place pour favoriser les soins psychiatriques de ces patients ?

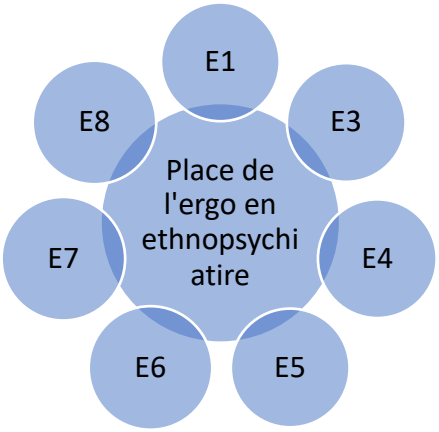
Une diversité importante de réponses a pu être apportée à cette question.



Concernant l'hospitalisation des patients issus de la migration, différents éléments ont été apportés. Pour l'ergothérapeute E2 l'hospitalisation ne semblait pas être une solution à tous les problèmes de ces patients. *« Mais on ne peut pas imaginer que demain toutes les questions innérantes à la souffrance psychique des demandeurs d'asile doit se régler par la demande d'hospitalisation par un tiers et une hospitalisation » (E2).*

La participante E3 rapporte que les temps d'hospitalisation sont souvent courts pour ces patients, du fait qu'ils n'ont pas toujours leurs papiers de séjours à jour. **«** *C'est des hospitalisations qui sont très courtes parce que comme les droits n'étaient pas forcément ouverts » (E3).* Cette notion de temps est évoquée par l'ergothérapeute E4, celui-ci dit **«** *toutes les cultures n'ont pas un rapport au temps qui est pareil mais comme entre générations » (E4).* Il semble, selon lui, que les cultures n'aient pas toutes les mêmes notions de temps, il faudra alors pouvoir en tenir compte dans l'accompagnement.

Les patients semblent avoir peu de connaissances sur la psychiatrie, la mise en place d'associations dans l'hôpital permettrait au patient d'avoir davantage d'informations selon la participante E3. *« c'est la méconnaissance des structures en France, qui n'existent peut-être pas dans leur pays et comment on y a accès et à qui s'adresser » (E3).*



La place de l'ergothérapeute en ethnopsychiatrie a ainsi pu être abordée. Différentes missions ont été pensées par les professionnels. Tout d'abord l'ergothérapeute pourrait faire preuve d'expertise dans les activités de vie quotidienne de la personne à condition qu'il soit bien formé au préalable. **«** *Peut-être que l'ergo aurait à apporter un regard expert sur l'analyse et la participation occupationnelle en tenant compte de la culture à charge pour l'ergo de se former » (E1).*

L'ergothérapeute pourra veiller à l'engagement occupationnel de son patient. *« Parce que à mon avis la culture elle est importante dans l'engagement dans l'occupation quand même » (E1).*

Le fait que l'ergothérapeute pratique en ethnopsychiatrie, permettra un rapprochement des cultures et une meilleure intégration du patient dans son environnement. Les codes du nouvel environnement dans lequel le patient évolue devront être appris. **«** *Mais de travailler cette intégration, cet apprentissage des nouveaux codes sociaux » (E3).*

La pratique en ethnopsychiatrie pourrait permettre l'expression du patient au travers d'une médiation et d'une relation triangulaire. **«** *Mais pour des gens qui ont du mal à verbaliser, à exprimer des choses douloureuses, des choses projectives l'ergothérapie aurait tout son sens, la médiation en tout cas » (E7).*

Les ergothérapeutes pourront intervenir dans le milieu écologique du patient et ainsi mieux comprendre leurs habitudes de vie. **«** *Ne serait-ce que de faire des activités en milieu écologique » (E8)*. Il existe des ergothérapeutes qui interviennent de manière ponctuelle dans ces services comme le rapporte l'ergothérapeute E5. Cette intervention a lieu dans des moments bien précis, quand les professionnels sont face à une difficulté culturelle importante dans l'accompagnement. **«** *On fait appel aux structures d'ethnopsychiatrie quand on est à cours de réponse et qu'on cale sur des prises en charge » (E5).*

4. Discussion

4.1. Interprétation des résultats en fonction de la littérature

Cette partie permet d'opposer les recherches en lien avec la littérature et le discours des huit ergothérapeutes interrogés. Le point de vue des professionnels va être comparé avec les différents concepts décrits par les auteurs. Le concept utilisé dans cette recherche était en lien avec le modèle de compétence culturel décrit par Campinha-Bacote.

4.1.1 La culture et les croyances des patients

Les ergothérapeutes semblent s'accorder sur une définition de la culture qui est en lien avec des valeurs au sein d'un environnement dans lequel évolue l'individu. Cette définition semble être en accord avec celle donnée par le Larousse (2019). Dans leurs pratiques avec des personnes issues de milieux culturels différents, les professionnels ont pu évoquer les croyances des patients envers leur maladie. Ces croyances sont souvent d'ordre mystique et magique. Ceci a pu être développé dans la littérature par de nombreux auteurs. Depuis de nombreuses années des références à la possession et en des croyances divines de la maladie sont rapportées. Le sociologue, GARDOU et al. (2017) rapporte que dans certaines communautés, la maladie mentale peut être la cause d'une punition de Dieu suite à un péché. Pour ce faire, certains peuvent avoir recours à des médecines traditionnelles comme il a pu être confirmé par les ergothérapeutes. Ces soins traditionnels sont de différentes natures comme peuvent le raconter Morhn (2003) ou plus récemment Eynaud (2015). Les ergothérapeutes doivent alors adapter leur pratique en fonction des croyances de leurs patients mais également de leur famille. Comme Idirs a pu l'écrire en 2009 le fait d'aller contre ces croyances entraine des déséquilibres dans le fonctionnement familial. Les patients ont également un rôle à jouer au sein de leur communauté, s'ils ne sont pas en capacité de les assumer ceci peut entrainer des incompréhensions ou une discontinuité des soins. Des professionnels ont pu donner des exemples du rôle qu'avaient à jouer leurs patients et l'impact que ceci pouvait avoir dans la famille.

4.1.2 La compétence culturelle des ergothérapeutes

Les ergothérapeutes évoquent la rencontre avec le patient et tout le questionnement autour de la culture de celui-ci. Cette rencontre semble essentielle dans le modèle de compétence culturelle de Campinha-Bacote. Pour favoriser cette rencontre les praticiens

prennent en compte l'environnement social dans lequel évolue le patient et peuvent parfois prendre appui sur celui-ci. Laramée et Blanchet Garneau (2018) ont pu décrire le modèle selon lequel soin doit s'appuyer sur l'environnement social du patient. La famille peut également être une source de savoir et de connaissances sur la culture du patient comme ont pu le confirmer les ergothérapeutes. Selon Wray et Mortenson (2011), cet accompagnement de la famille est essentiel dans le processus de soins de la personne. L'inclusion de la famille est un soutien pour la compréhension de certains phénomènes culturels.

La plupart des ergothérapeutes semblent avoir des connaissances culturelles. En effet ces connaissances font partie de la littérature de Campinha-bacote (2002). Ils évoquent tous les croyances et les représentations auxquelles ils ont pu faire face dans leur pratique. Selon Campinha Bacote, il semble essentiel que les professionnels aient ces notions et notamment envers les pratiques de soins que le patient a pour habitude de rencontrer. Ces connaissances ont pu faire partie d'un processus d'apprentissage particulier. De nombreux auteurs ont pu décrire cet apprentissage qui peut se faire par différents moyens. Suarez Balcazar (2009), a pu indiquer les modalités d'acquisitions de ces connaissances. Parmi celles-ci les ergothérapeutes interrogés parlent des formations complémentaires mais également des échanges avec l'équipe pluridisciplinaire qui peut être issue de divers horizons. La plupart des ergothérapeutes semble confirmer les modes d'acquisition du savoir de l'étude de Suarez Balcazar.

Les professionnels semblent désireux d'apprendre et de comprendre leur patient. Une partie d'entre eux évoque une remise en question de leur pratique et de leur culture. Il leur arrive de s'interroger sur les différences qu'il peut y avoir entre leur culture et celle du patient. L'introspection réalisée serait alors en lien avec la conscience culturelle que Bacote décrit dans son œuvre. Ce processus a également été discuté plus récemment par Wray et Mortenson (2011), celui-ci permettra au professionnel de s'interroger sur les divergences de sa culture et celle de son patient. Ceci permettra au professionnel de distinguer ce qui est de l'ordre de la culture et de la pathologie. Pour cela, ils n'hésitent pas à s'informer en questionnant le patient ou en effectuant des recherches. Il semble, d'après le modèle de Campinha Bacote, avoir un véritable désir culturel. Pour rappel le désir culturel correspond au fait de vouloir développer ses connaissances et apprendre au sujet de la culture des individus et notamment sur ce qui fait la particularité de cette culture. (Campinha Bacote, 2002)

Il se peut que les ergothérapeutes se questionnent sur les activités qu'ils proposent en ergothérapie. Du fait de leur connaissance sur la culture du patient, ils parviennent à adapter et à proposer des activités signifiantes pour leurs patients. Ainsi, le projet de soins du patient est en lien avec son projet de vie qui est ancré dans sa culture.

4.2. Réponse à la question de recherche

Ce travail a permis de répondre à une question de recherche qui était la suivante :

Compétence culturelle et ethnopsychiatrie : Quel accompagnement pour les patients migrants en ergothérapie ?

Les personnes ayant vécu un phénomène migratoire peuvent souffrir de différentes pathologies en lien avec la psychiatrie. Ces pathologies peuvent être de l'ordre de la psychose, ou du psychotraumatisme.

Face à ces patients, les ergothérapeutes ont une pratique proche de celle proposée par le modèle de Campinha-Bacote. Dans leur discours ils ont pu évoquer la rencontre culturelle autour de laquelle gravite les différents éléments essentiels à l'accompagnement qui sont les suivants : l'habilité culturelle, la connaissance culturelle, la conscience culturelle et le désir culturel. En effet, il apparait que les professionnels ont réalisé un véritable travail de questionnements et de recherches à ce sujet. Il semble qu'ils parviennent à répondre aux besoins des patients au travers d'activités signifiantes et significatives. Ils adaptent ces activités grâce à leurs connaissances de l'activité en elle-même mais aussi aux connaissances qu'ils ont pu acquérir sur la culture de l'autre.

Un travail personnel et une expérience semblent tout de même nécessaires pour acquérir ces compétences. Les professionnels ont pu témoigner que la différence culturelle semblait peu ou pas abordée lors de la formation initiale en ergothérapie. Il serait intéressant que les étudiants soient sensibilisés sur la culture et les différentes représentations que peuvent avoir les communautés selon leur culture de la maladie mentale. Cette initiation peut avoir lieu lors des stages, mais elle pourrait être plus largement abordée lors de la présentation de l'environnement social dans les modèles en ergothérapie. En effet, le rapport à la culture est souvent lié à cet environnement qui impact de manière non négligeable les soins du patient.

La relation avec ces patients semble être essentielle, elle permettra de mieux les comprendre. Il apparaît que l'activité peut être un moyen d'expression de la souffrance mais aussi un moyen de médiation lorsque l'échange verbal est impossible.

Le sens de l'activité n'aura pas la même signification selon les cultures. Les ergothérapeutes interrogés l'ont parfaitement saisi, que ce soit dans les activités de vie quotidienne ou, dans les activités de loisirs. L'ergothérapeute étant le professionnel de l'activité, sa place semble être pertinente auprès de patients ayant vécu un phénomène migratoire à condition qu'il ait développé ses connaissances en matière culturelle.

Dans la majorité des entretiens, les ergothérapeutes connaissaient l'ethnopsychiatrie. Ils ont pu travailler en collaboration avec des professionnels de ces unités ou des personnes spécialisées dans ce domaine, mais n'ont jamais exercé en tant qu'ergothérapeute dans ces structures. L'ethnopsychiatrie apparaît être un moyen d'accompagner les patients en cas d'importantes difficultés en lien avec la culture. L'activité en ergothérapie pour ces personnes pourraient être utilisée comme moyen de médiation. Elle permettrait un lien entre deux cultures qui semblent s'opposer.

C'est pour cette raison, que dans les unités d'ethnopsychiatrie, l'ergothérapeute pourra réaliser des accompagnements dans le milieu écologique du patient. Ainsi, le professionnel pourra comprendre quelles sont les difficultés du quotidien que le patient peut rencontrer, pouvant impacter sur sa santé mentale. La vie quotidienne, l'environnement social et surtout familial semblent être à intégrer dans l'accompagnement.

En ethnopsychiatrie, l'ergothérapeute pourra proposer une médiation comme elle a pu être définie précédemment selon un modèle psychodynamique. Elle permettra la mise en place d'une relation triangulaire. Les médiations proposées par les ergothérapeutes semblent reposer sur l'aspect signifiant et significatif pour la personne. En effet, certains ergothérapeutes ont pu rapporter que pour certaines communautés les activités manuelles n'avaient pas les mêmes connotations qu'en France. Il faudrait alors, privilégier des activités ayant un objectif utilitaire comme la conception de vases ou encore de boucles d'oreilles. Dans certains cas, les activités proposées devront tenir compte de la place de l'individu dans la société.

4.3. Critiques et limites de l'étude

4 .3.1 Validité externe

Les ergothérapeutes interrogés ont participé à l'étude sur la base du volontariat. Ces professionnels semblaient nettement sensibilisés sur la question culturelle en psychiatrie. Pour certains, la rencontre culturelle fait partie de leur quotidien du fait de leur lieu de pratique. Pour les professionnels parisiens qui pratiquent dans des secteurs où l'immigration est fortement présente, cette question se pose chaque jour. Ceci a pu entrainer un biais dans l'étude. Les déplacements actuels de population sont importants, une grande partie des ergothérapeutes en psychiatrie peut être confrontée à cette diversité culturelle. Cependant, lors de la prise de contact, certains ne pensaient pas y être confrontés. En effet, la diversité culturelle ne faisait pas écho pour eux lorsqu'ils recevaient des patients issus de l'immigration européenne. Des professionnels ont également été approchés mais n'ont pas souhaité répondre, car selon eux, leurs représentations envers certaines cultures étaient trop importantes et pouvaient alors induire un biais.

En revanche, même si la moitié des ergothérapeutes pratiquent en région parisienne, la seconde moitié interrogée est issue de différentes régions. Ceci permet d'observer les pratiques de chacun selon les outils qui sont à leur disposition. À la fin de ce travail et des entretiens, une saturation des données a pu être réalisée. Aucun élément nouveau n'a pu être apporté à la recherche à la suite des derniers échanges.

4.3.2 Validité interne

L'absence d'une triangulation des méthodes peut limiter la récole des données. Le recueil des données et leur analyse n'ont été effectués uniquement par l'initiateur du projet. Ceci peut présenter un biais dans l'étude, bien qu'aucun jugement de valeur n'ait été apporté et que aucun point de vue personnel n'ait été intégré au discours. Lors de l'analyse, des thèmes ont été écartés car jugés non pertinents pour la réponse. Ceci a pu induire une subjectivité qui a pu être réduite par de nombreuses relectures et interrogations.

Le recueil de données était uniquement basé sur un entretien semi-directif, les conditions de celui-ci n'ont pas toujours été les mêmes. Un des professionnels a souhaité procéder à l'entretien en présentiel contrairement aux autres pour lesquels l'entretien s'est fait par téléphone. Les ergothérapeutes interrogés n'étaient pas tous dans les mêmes

dispositions au moment de l'entretien. Certains d'entre eux ont participé pendant leur temps de travail, alors que d'autres ont souhaité le faire pendant leur temps personnel. Les conditions n'étaient alors pas les mêmes car les entretiens pouvaient avoir lieu pendant un temps très réduit pour les professionnels qui avaient des accompagnements de prévus avant et après l'entretien. Les ergothérapeutes qui ont réalisé les entretiens durant leur temps personnel ont des temps d'échange plus longs et des réponses plus développées.

La retranscription a été faite à l'aide d'un dictaphone, ce qui a permis un retour fidèle aux propos des professionnels. Certains professionnels ont souhaité avoir accès à la retranscription pour certifier que la réécriture de leur propos n'a pas été interprétée. Ceci justifie donc un rapport exact des échanges.

4.4 Apport personnel et perspectives

J'ai pu découvrir et utiliser une méthodologie de recherche pour accomplir ce travail. J'ai ainsi pu développer mes capacités de recherches, et de synthétisation pour développer la littérature qui me serait utile à la réalisation de mon mémoire. Les échanges avec les ergothérapeutes lors des entretiens m'ont permis de développer mes idées mais également de pouvoir interagir à partir d'un vocabulaire professionnel propre à l'ergothérapie et de l'enrichir.

Ce travail m'a permis de m'interroger sur ma propre compétence culturelle. J'ai pu réaliser une réflexion poussée sur les représentations que je pouvais avoir de ma culture et de celle des patients que j'ai pu accompagner jusqu'ici. À travers ces recherches j'ai pu faire le constat que nous n'avons pas tous les mêmes représentations de la maladie. Les besoins vont être dépendants de la personne, ils ne seront alors pas identiques pour toutes les populations. Il faudra prendre garde à ne pas généraliser et penser les besoins d'une personne en fonction de ses origines et de sa culture. Je pense qu'il sera important pour moi d'en tenir compte dans mes futurs accompagnements pour ne pas rompre cette alliance thérapeute qui pourrait être utile pour développer un projet personnalisé au patient.

Les questions de communications avec des personnes ne parlant pas Français auraient pu être plus largement abordées. Il semble que la barrière linguistique puisse être un frein dans l'accompagnement de certaines personnes. Quelles sont les incompréhensions au niveau culturel qui pourraient impacter la prise en charge du patient ? En effet, si le patient

ne parvient pas à comprendre quels sont les objectifs de l'activité proposée comment peut-il s'investir dans celle-ci ? Je pense que cela concerne tout un chacun. Lorsqu'on ne comprend pas l'autre, il semble compliqué d'accéder à une relation de confiance et d'accepter tout ce qui est proposé. D'autant plus quand ceci nous est culturellement inconnu.

Je m'interroge à présent sur le point de vue de ces patients qui ont pu être accompagnés en ergothérapie. La définition de l'activité ne semble pas être la même selon les cultures. Alors comment les patients ont perçu les accompagnements proposés par les professionnels ? Et quels ont pu être leurs ressentis face à cette pratique ?

5. Conclusion

Les personnes ayant vécu un phénomène migratoire semblent avoir un parcours de vie complexe pouvant avoir un impact sur leur santé mentale. On remarque des représentations sur la maladie mentale en lien avec leurs croyances. Les patients peuvent ne pas avoir accès aux structures de soins, du fait d'une méconnaissance de la maladie psychique en tant que telle. Étant perçue comme une malédiction d'origine spirituelle ils peuvent ne pas considérer l'intérêt de l'intervention de la psychiatrie. Les structures et la nature des soins n'étant pas similaires dans leur pays d'origine, l'orientation en structure psychiatrique peut parfois être complexe. L'absence d'autorisation de séjour peut induire une limitation du temps d'hospitalisation. Ce temps limité sera à prendre en compte en ergothérapie pour proposer un accompagnement adapté. L'activité n'aura pas toujours la même signifiance selon la culture dans laquelle nous avons évolué. Pour cela, les ergothérapeutes semblent avoir acquis certaines compétences qui leurs permettent de proposer des activités signifiantes et significatives à leurs patients. La famille doit également être prise en considération. Le patient évolue dans une communauté dans laquelle il peut avoir un rôle essentiel au bon fonctionnement de celle-ci. En tant qu'ergothérapeute, les activités proposées ne doivent pas aller à l'encontre de ce fonctionnement.

La majorité des ergothérapeutes ont pu évoquer des patients issus de l'immigration Africaine ou Asiatique. Une infime partie des professionnels a évoqué l'immigration Européenne. Il se peut que ce soit du fait de l'origine judéo-chrétienne de l'ergothérapie. Lors de la prise de contact avec les professionnels, une partie d'entre eux indiquait ne pas recevoir de patients issus de cultures différentes de la leur. Après échange, ils pouvaient rapporter suivre des Portugais, Espagnols ou encore Italiens. Mais ils admettaient qu'ils n'avaient pas pensé à eux du fait de leur proximité culturelle.

L'ethnopsychiatrie semble être une solution de dernier recours pour ces patients en cas d'impasse lors des soins. Il conviendrait de développer quelles seraient plus spécifiquement les missions de l'ergothérapeute au sein d'une unité telle que celle-ci. Ce travail pourrait se faire en collaboration avec les équipes d'ethnopsychiatrie. Plusieurs éléments semblent être en faveur de la pratique de l'ergothérapie auprès de ces patients en difficultés psychiques. De plus, l'activité ne semble pas avoir le même impact selon l'appartenance culturelle de chacun.

Il serait alors possible d'interroger les patients sur leurs représentations de l'activité. L'origine judéo-chrétienne de l'ergothérapie impact-elle vraiment la pratique des ergothérapeutes ?

BIBLIOGRAPHIE

Agence Régionale de Santé (2018) Santé mentale et psychiatrie : changer le regard sur la santé mentale et les personnes atteintes de troubles psychiques. Site visité le 28 Août 2019 : https://www.ars.sante.fr/sante-mentale-et-psychiatrie-changer-le-regard-sur-la-sante-mentale-et-les-personnes-atteintes-de

Arrêté du 5 juillet 2010 consulté le 5 juillet 2019 sur le site : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022447668&categorieLien=id

Association Nationale Française des Ergothérapeutes (2019) Définition de l'ergothérapie Récupéré le 3 juillet 2019 sur le site de l'association : https://www.anfe.fr/definition

Bagnères, C. (2007) La relation avec l'objet. Ergothérapie en psychiatrie. De la souffrance psychique à la réadaptation. Collection ergothérapie. Solal 93-101

Baudet, T. et Moro, M-R. (2004) L'approche ethnopsychiatrique. Enfance et psy n°4 p 111-117

Cai, D-Y. (2016) A concept analysis of cultural competence. International journal of nursing sciences, vol3 p268-273

Campinha-Bacote, J. (1999) A mode and instrument for addressing cultural competence in health Care. Journal of nursing education p203-207

Campinha-Bacote, J. (2002) The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. Journal of transcultural nursing. n°3 p181_184

Cantor Graee,E. et Selten, J-P. (2005) Schizophrenia and migration : a meta-analysis and review. The American journal of psychiatry.

Cap-ergo (2019). Site visité le 15 Avril 2019 : https://www.cap-ergo.org

Chambon, N. et Le Goff, G. (2016) Enjeux et controverses de la prise en charge des migrants

précaires en psychiatrie. Revue française des affaires sociale p123-140. La documentation française.

CNRTL (2012) Définition de l'ethnie récupérée le 23 Avril 2020 sur le site : https://www.cnrtl.fr/definition/éthnie

Daxhelet, M-L. et al.(2018) Impuissance et contre-transfert culturel : le rôle des discussions de cas interinstitutionnelles pour dénouer les impasses thérapeutiques. L'autre, 19 p21-31. La pensée sauvage.

Delaisse, A-C. (2019) L'ergothérapie au Viétnam, par les Viétnamiens. ErgOThérapies, 72. Solal

Delanoë, D. (2017) place et fonctions des étiologies traditionnelles en consultation familiale transculturelle. Le Divan familial n°38 p43-60. In Press

De Rincquesen, D., Carava Munoz, A., Idris,I. (2016) Handicap et différences culturelles de représentation : une épreuve pour la protection de l'enfance. Le journal des psychologues, 334 p66-71. Martin Média.

Devreux, G. (1961) Ethnopsychiatrie des indiens Mohaves

Eynaud, M. (2015) Histoire des représentations de la santé mentale aux Antilles. La migration des thérapeutes. L'information psychiatrique volume 91 p66-74. John Libbey Eurotext

Favard, T et Dealberto, M-J. (2015) Risque accru de schizophrénie et de psychose chez les immigrés. Données françaises. L'information psychiatrique vol.91

Feertchak, A. (2018) Les chiffres de l'immigration en France. Le Figaro.

Gardou, C. et al. (2017) Le handicap et ses empreintes culturelle. Variations anthropologiques 3. Eres

Gossiaux, J-F. (2002) Ethnie et ethnicité : définitions, théories, apories. Pouvoirs ethniques dans les Balkans p5-25. Presses universitaires de Frances

Hernandez, H. (2010) L'ergothérapie, une profession de réadaptation.

Idris, I. (2009) Cultures, sociétés et migration : du handicap et de la singularité. Contraste. ERES

Institut National de la Statistique et des Études Économique (INSEE) (2019) Immigrés, étrangers. Statistique. Récupéré le 10 décembre 2019 sur le site de l'organisation : https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212

Iwama, M. et al (2009) The Kawa model: The power of culturally responsive occupational therapy. Disability and rehabilitation. Vol 31.

Jellali, I-A. et al (2014) Schizophrénie et immigration : influence des facteurs de risques psychosociaux. L'évolution psychiatrique vol 79 p421-427

Larmée, M-C. et Blancher Garneau, A. (2018) Développement de la compétence culturelle infirmière : perspective d'étudiantes de leur environnement d'apprentissage lors d'un stage clinique à l'international. Recherche en soins infirmier n°135 p30-37

Larousse (2019) Définition de la culture Récupéré le 6 mai 2019 sur le site : https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/culture/21072

Law, M. (1998) Client centered occupational therapy. Thorofare.

Marohn, S. (2003) The natural medicine guide to schizophrenia. The helathy mind guides.

Ménard, M. (2007) La fabrique du cadre en ergothérapie. Ergothérapie en psychiatrie. De la souffrance psychique à la réadaptation. Collection ergothérapie. Solal p39-54

Mestre, C. et Andriamirado, V. (2006) Ethnopsychiatrie et migrations. Africultures n°68 p91-96

Morel, M-C. (2006) Analyse d'activité et problématisation en ergothérapie, quelle place peut prendre la problématisation et en particulier la construction du problème dans la formation de l'analyse d'activité en ergothérapie, en relation avec l'analyse de pratique ? Université Victor SEGALEN Bordeaux 2

Morel-bracq, M-C. (2017) Les modèles conceptuels en ergothérapie. Introduction aux fondamentaux. Deboeck.

Moro, M-R. et Nathan, T. (2004) Ethnopsychiatrie de l'enfant. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. p423-446

Mutis, M. (2007) Espace intérieur et espace extérieur. Ergothérapie en psychiatrie. De la souffrance psychique à la réadaptation. Collection ergothérapie. Solal p 55-61

Nathan, T. (2013) La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique. Dunod

Odawara, E. (2005) Cultural Competency in Occupational therapy Beyond a cross-cultural view of practice. The American journal of occupational therapy.

OMS (2017) Migration et santé. Récupéré le 1 Mai 2019 sur le site de l'organisation : https://www.who.int/features/qa/88/fr/

ONG Amis du Togo (2013) La migration, ses causes, ses conséquences et ses remèdes.

Razanajao, C. et Postel, J. (2007) La vie et l'œuvre psychiatrique de Frantz Fanon. Sud/Nord, 22 p147-174. Eres.

Renaud, N. (2019) L'activité en ergothérapie, une manière de tisser un lien. La pensée sauvage.

Santelli, E. (2004) De la « deuxième génération » aux descendants d'immigrés maghrébins. Apports, heurts et malheurs d'une approche en termes de génération. Temporalité revue de sciences sociales et humaines

Tapié de celeyran, F. et al. (2017) Étude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les permanences d'accès aux soins de santé en France en 2016. Santé publique France n° 19-20 p26-35

Transcultural CARE Associates (2015) The process of cultural competence in the delivery of health care service. Récupéré le 29 Août 2019 sur le site de l'organisation : http://transculturalcare.net/the-process-of-cultural-competence-in-the-delivery

UNESCO (2018) Sciences sociales et humaines. Migrant/migration. Récupéré le 4 Août 2019 sur le site de l'organisation : http://www.unesco.org/new/fr/social-and-human

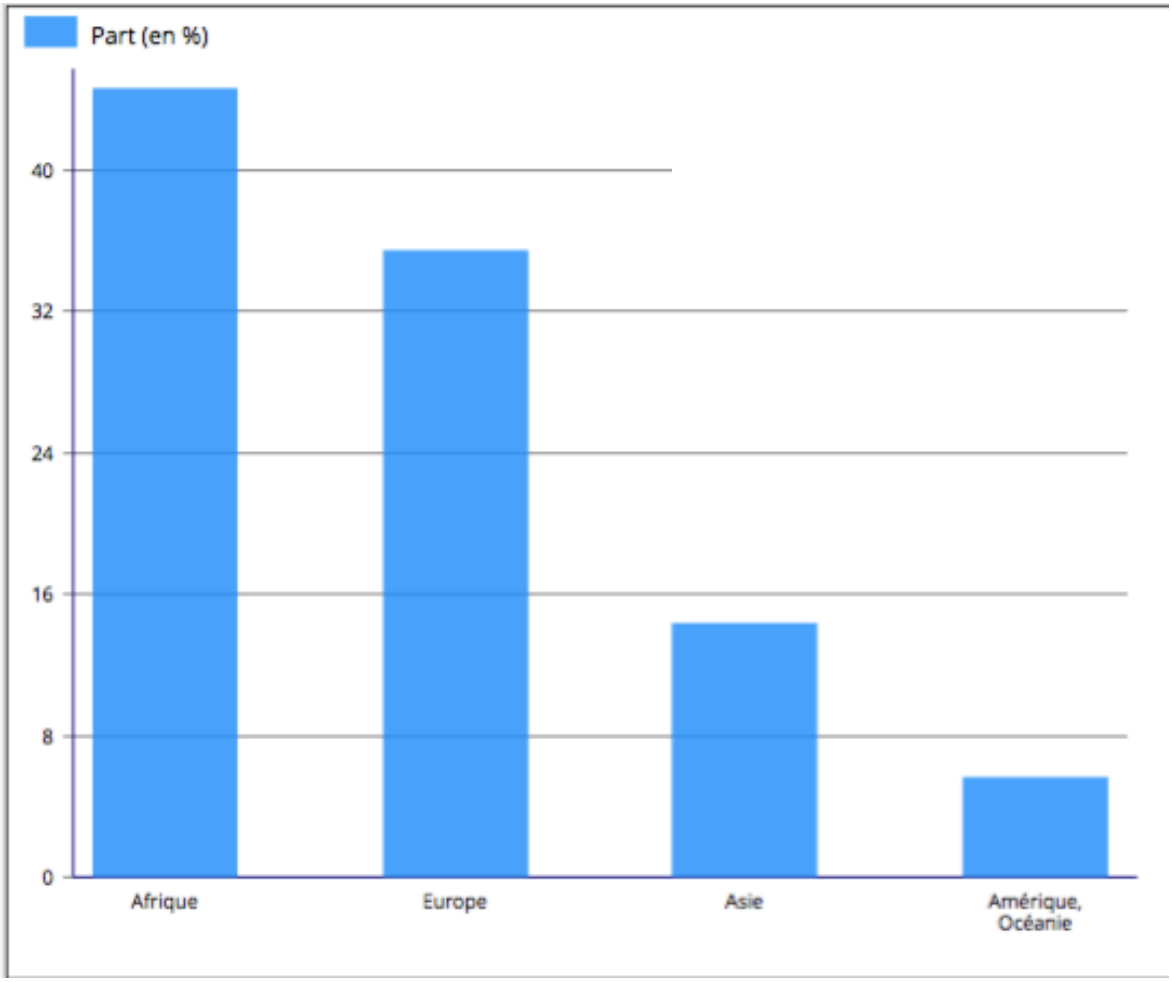
Veïsse, A. et al. (2017) Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés. La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique.

Vilan, J. et al (2013) Les facteurs de risque environnementaux de la schizophrénie. L'encéphale vol 39.

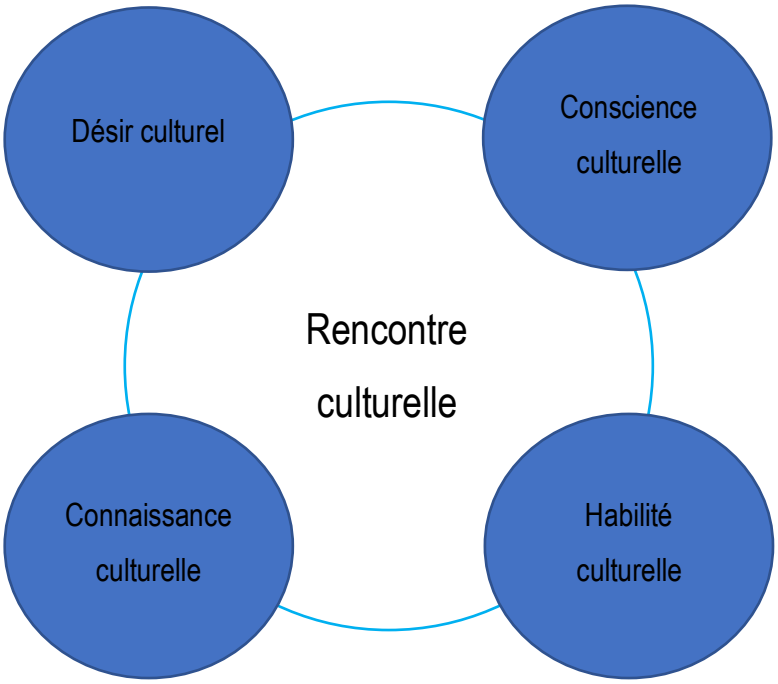
Wieviorka, M. (2009) Mouvement migratoires : différences, diversité et identités. Migration et société p55-60. Ciemi

Wray, E. et Mortenson, P. (2011) Cultural competence in occupational therapists working in early intervention therapy programs. Canadian journal of occupational therapy.

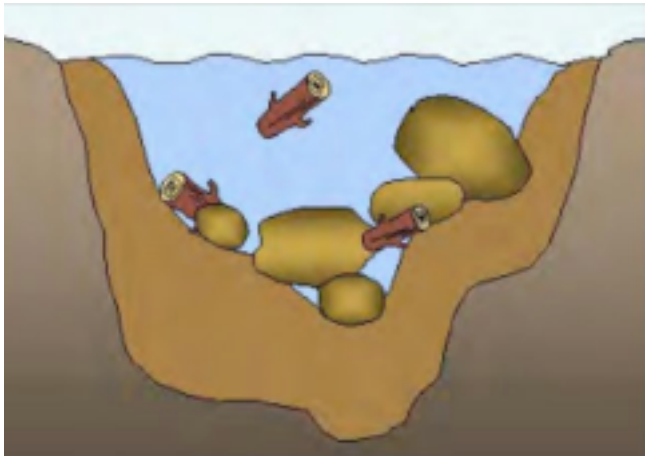
ANNEXE I : Lieu de vie d'origine des migrants en 2016



ANNEXE II : Modèle Campinha-Bacote



ANNEXE III : Modèle KAWA



ANNEXE IV : Consentement d'enregistrement audio

Je, soussigné déclare accepter, librement, et de façon éclairer, de participer comme sujet à l'étude intitulée :

Accompagnement culturel en ergothérapie

Sous la direction de : Margot DECOT - Ergothérapeute au centre hospitalier Sainte-Marie 63000 CLERMONT-FERRAND

Promoteur : Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie d'Auvergne
61 route de Châteauguay
63118 Cébazat

Investigateur principal : Anne-charlotte HABRIAL-PAIVA – 3ème année d'ergothérapie

But de l'étude :
L'objectif est de mettre en avant les difficultés d'accompagnement rencontrées par les patients migrants lors de leur prise en charge en ergothérapie.

Engagement de l'investigateur principal :
En tant qu'investigateur principal, il s'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies.

Liberté du participant :
Le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.

Information du participant :
Le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal (a-charlotte.habrial@etu.uca.fr)

Confidentialité des informations :
Toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle.

Fait à le en 2 exemplaires

Signatures :
Le participant
L'investigateur principal

ANNEXE V : Analyse longitudinale E1

Question n°1 : Pouvez-vous vous présenter ?

Informations d'échantillonnage

Question n°2 : Quelle population rencontrez-vous dans votre pratique ?

Les patients migrants rencontrés sont issus de quelle génération migratoire ?

Thèmes	Verbatimes
Parcours migratoire	« Si c'est les migrants dans les bateaux, oui… »
1ère génération	« J 'ai eu les migrants fraichement débarqués du bateau » « Des gens qui sont en France, qui sont première génération, ca fait quelques années qu'ils sont en France »
2ème génération	« Des enfants issus de l'immigration »

Question n°3 : Quelle serez votre définition de la culture ?

Thèmes	Verbatimes
Environnement	**« environnement social et physique dans lequel on vit »** **« C'est pas la même chose de grandir dans un village Africain que à Paris »** **« En lien dans l'environnement dans lequel on a grandi »** **«** Pour moi c'est ça la culture, ça attrait à l'environnement social, à l'environnement physique aussi » **«** Toutes les attentes sociales ne sont pas les mêmes, les groupes sont pas les même, tout ce qui est lien dans la famille c'est pas pareil »
Valeurs	« c'est nos rôles un peu et nos valeurs, nos centres d'intérêts »

Question n°4 : Qu'avez-vous mis en place pour accompagner au mieux ces patients issues d'une culture différente de la vôtre ?

Thèmes	Verbatimes
Collaboration	« donc on a cherché des équipes spécialisées » « qu'on a orienté sur une consultation ethnopsy pour le coup »

	« Donc ça les orientations vers des gens qui sont, qui se sont vraiment spécialisés en fait dans la différence culturelle » « on faisait beaucoup de consultations avec des traducteurs aussi »
Lien	« Après j'ai plutôt idée qu'on essaye d'accompagner les personnes en tenant compte de leur culture mais en essayant quand même de les amenés vers la nôtre » **«** on essaye de faire un espèce de pont »
Croyances	**«** il y a beaucoup de patients qui font des soins Africains qui ont des soins traditionnels » **«** Ce week end ma mère va me faire donner un bain par un marabou. » « Et dans la culture Africaine on est plus confronté aux soins traditionnels. Les bains, les marabouts, les trucs comme ça » **«** La famille la réponse, c'est de les marier, avec des gens qui vont bien. » « Et là, j'ai un patient en ce moment, il a un problème psy donc on va lui trouver une femme »
Considération	**«** on essaie de ne pas aller contre, enfin j'ai souvent entendu des médecins dire ça » « Donc c'est plus d'en tenir compte dans notre façon de penser la personne, dans la façon de penser l'entourage aussi » **«** Et puis, c'est très important aussi, des choses qui peuvent paraitre délirantes dans notre culture, mais qui ne le sont pas dans une autre culture » **«** donc des fois c'était d'en tenir compte et on faisait un objet utilitaire » **«** il y a pas forcement de prise en charge adaptée en fonction de la culture. J'essaie d'en tenir compte plutôt » « « J'ai quand même l'impression que dans les équipes soignantes il y a quand même une tolérance »
Compréhension culturelle	« comprenne bien la nature de ses symptômes » « Du coup les traducteurs pouvaient nous donner des repères sur la culture » **«** là il pouvait nous traduire mais aussi toute la partie ou il pouvait nous expliquer les éléments de culture auxquels nous on a pas accès par exemple » « J'ai quand même l'impression que dans les équipes soignantes, il y a quand même une tolérance »

Barrière linguistique	« j'étais confronté à la barrière de la langue et puis aussi à la barrière culturelle » « Souvent on parle avec des expressions, des mots d'argots, ils ne comprennent pas. Des fois, ils ont appris le Français à l'école, et le Français à l'école c'est un joli Français hein. C'est pas le Français de la rue. »
Relation	« Parce qu'il faut pas heurter dans la culture, sinon on perd l'alliance, c'est sûr. » « Pour améliorer le lien, la confiance quoi »
Sens de l'activité	« venir en ergothérapie pour se poser et s'exprimer en faisant un dessin ça ne va pas de soi » « Et il y a une culture travail là-bas donc l'activité c'est plutôt le travail. Enfin c'est, il faut travailler puis on ira mieux. Mais on ne fait pas comme ça des activités de soins, de loisirs, enfin qu'est-ce que ça veut dire quoi. »
Représentation de la maladie	« Et dans la culture Maghrébine la maladie psy ça n'existe pas » « Alors dans la culture chinoise, aussi, parce que la psychiatrie n'existe pas, dans la culture chinoise non plus » « il y a un truc ou la folie ça n'a pas de sens pour eux » « il me dit il n'y a pas d'handicapé en Algérie » « Et en fait oui, parce que en fait le handicap ça veut dire qu'on est en dehors de la société quelque part »
Famille	« ben en fait c'est une façon de répondre en disant ben il y a des difficultés mais avec le mari ou la femme il y aura un entourage qui sera là pour gérer » « L'environnement, physique, social supporte en fait, gère… »
Questionnement	« Bah quand je sens que dans ce que je propose il y a un blocage. Je demande à la personne, je l'interroge directement. Sur est-ce que ça se fait enfin dans votre pays, dans votre culture. Je lui exprime en fait mon point d'interrogation » « Et puis dans l'Afrique je sais qu'il y a eu les gens qui arrivaient d'Érythrée où en fait j'ai dû aller chercher parce que je ne connaissais rien à l'Érythrée, au problème Erythréen » « Moi je les interroge, ouais je les interroge et puis voilà » « Je me suis renseignée à ce sujet, parce que vraiment je ne comprenais pas »

Accès aux Traitements	« Comprendre le traitement, les médicaments, la posologie lire son ordonnance, ça peut être compliqué aussi quand ils sont de culture » « Pour avoir accès à un traitement, faut avoir des papiers »
Condition migratoire	« c'est horrible ce que je vais dire mais venir en France et traverser l'Afrique et l'Europe à pied et prendre le bateau, c'est des épreuves douloureuses de vie » « Partir de chez soit parce qu'on ne se sent pas libre, parce qu'on se sent menacer c'est horrible » « On a aussi des gens qui étaient psychotiques et qui ont décompensé pendant le trajet, des gens avec des stress post trauma, tout ce qui est post trauma, voilà » « Ça peut être la désillusion aussi parce que je pense qu'il y a des gens quand ils partent, ils pensent que ça va être tout rose et tout doré quoi » « il y a de la dépression ça c'est sûr, il y a du désespoir, il y a beaucoup de tentatives de suicide » « Mais j'ai eu quelque patients Cubains homosexuels pour le coup. Pas trop de réfugiés politique plus des réfugiés sexuels on va dire. Parce qu'ils risquent de mourir quand même là-bas »
Comorbidités addictives	« Plus tout ce qui est comorbidité avec les consommations de toxique et tout quoi » « Parce que c'est aussi des cibles pour les trafiquants. Donc tout ce qui est consommation de toxiques quoi » « Tout ce qui est alcool parce qu'on s'anesthésie, les gens s'anesthésient à l'alcool quoi »
Connaissances	« Moi je connais bien la culture maghrébine parce que j'ai des racines là-bas de par mon mari en fait un petit peu » « La culture Africaine, je trouve qu'on en parle beaucoup, on a quand même beaucoup de patients Africain donc on finit par comprendre quoi » « C'est vrai que le plus obscure c'est la culture chinoise pour moi, tout ce qui est Asie. Ça reste assez mystérieux »
Intérêt culturel	« Mais je pense c'est surtout moins évident parce que je m'intéresse très peu à cette culture, enfin ce n'est pas une culture qui m'intéresse spécialement aussi »
Ecart culturel	« Est-ce qu'on a des gens immigrés de l'Europe de l'Est… Ouais mais ils sont bien ancrés dans la culture Française après »

	« J'ai eu quelques patients du Cuba, beaucoup des patients homosexuels en fait, parce qu'ils sont persécutés là-bas. Mais du coup, en fait, ces personnes là on une moins grande barrière culturelle parce qu'ils vivent la France comme une survie, je ne saurais pas comment dire. » « Et du coup, j'ai l'impression qu'ils se mettent plus facilement dans la culture Française aussi » « Les patients d'origine Algérienne, il y a un lien avec la culture Française quand même. Il y a un truc et puis ils ont grandi dans la culture, enfin ils ont grandi dans… Ils regardaient la télé Française, ils regardaient les dessins animés Français… Donc il y a une moins grosse différence je dirai. » « ils sont tournés vers l'Europe ces pays-là en fait. »
Difficultés	« les patients chinois ils sont difficiles à soigner, c'est difficile » « qu'il y a tout un pan culturel nous échappe et malgré des infos, des renseignements, parce que les patients chinois, il y a un espèce de truc dans la culture chinois en fait qu'il ne faut pas parler de soi, c'est mal poli, je ne sais pas si vous savez ça » « Et ils parlent très peu, c'est-à-dire que même si on les interroge sur leur mode de vie tout ça ils parlent pas parce que c'est mal vu » « Donc du coup on a du mal à avoir accès un peu a des éléments culturels, à des éléments de magies, de traditions, de liens entre eux »

Question n°5 : Quelles sont les compétences qui vous semblent nécessaires pour accompagner cette population ?

Thèmes	**Verbatimes**
Ouverture d'esprit	**«** ça utilise particulièrement tout ce qui va être ouverture d'esprit »
Préoccupation de la culture de l'autre	**«** tout ce qui va être s'intéresser à l'autre dans ce qu'il est » **«** C'est-à-dire que quand on regarde les modalités de fonctionnement de la personne, l'environnement est vraiment à aller interroger, ses rôles dans son environnement. Comment ça se passe en fait, dans sa culture quels rôles « normaux » on a, et comment c'est normal d'assumer des responsabilités, qu'est-ce qu'ils attendent les autres » « Quel est un fonctionnement adapté dans la culture Asiatique, Française, Africaine »

	« Ou quand on va accompagner quelqu'un d'origine maghrébine sur l'activité vie quotidienne cuisine on doit en tenir compte »
Modèles conceptuels	**«** Le MOH normalement il est conçu de telle sorte qu'on n'oublie pas la part culturelle » « Le MCRO aussi puisque c'est la personne qui dit, donc la personne elle parle bien d'elle en fonction de sa culture » **«** le MOH la culture, elle va être dans l'environnement quoi et dans l'être. Et la participation » **«** De toute façon le MOH, il nous dit bien qu'il faut lire la participation de quelqu'un en fonction de sa culture, des attentes de son environnement, de son milieu, de son environnement physique, de sa volition et tout ça »
Rencontres et expériences	**«** Donc une ergo qui voyage beaucoup, parce que c'est son loisir, forcément elle va être plus ouverte qu'une ergo qui voyage moins » « Peut-être que si je ne voyage pas beaucoup, il va peut-être falloir quand même que je lise un peu des trucs » **«** mais ça dépend moi mon mari est Algérien dans la culture maghrébine je connais un peu quoi. Mais ça je ne l'ai pas appris à l'école, donc c'est fonction de chaque personne. «
Introspection	**«** Mais après c'est à chacun de se connaître et de dire… On est chacun aussi une personne engager dans une participation occupationnelle dans un environnement. Donc on a aussi normalement, cette capacité à se dire qui je suis en tant que personne, quel type d'occupation ergo dans quel environnement et dire de quelle compétence j'ai besoin » « Le MOH il s'applique à nous aussi en fait, qui on est, où sont nos intérêts. Et puis on est nous aussi dans un environnement de travail donc qu'est-ce que nous demande notre environnement de travail en fait »

Question°6 : Selon vous les activités en ergothérapie ont elles une empreinte culturelle ?

Thèmes	**Verbatimes**
Sens de l'activité	**«** Tout ce qui est activité vraiment de loisirs, de se faire plaisir, loisirs créatifs tout ça c'est très Européen. » **«** En fait si elles brodent c'est pour des robes pour les vendre, c'est pas juste pour s'occuper parce qu'elles n'ont rien à faire. »

	« dans la culture Chinoise, tout tourne autour de l'activité de travail ou l'activité de pratiques religieuses » « C'est très société occidentale, les loisirs, se faire du bien, l'équilibre occupationnel » « Je ne suis pas sûre que dans les pays d'Afrique ou d'Asie on éduque beaucoup les enfants à l'art, je ne suis pas sure »

Question n°7 : Quelles sont les personnes ressources sur qui vous pouvez vous appuyer lors de ces prises en charge ?

Thèmes	**Verbatimes**
Associations	**«** Probablement des associations, des associations culturelles » « On s'était renseigné en fait d'une association Roumaine pour qu'il puisse être dans un bain social »
Ethnopsychiatrie	**«** Et bien je pense oui, après nous à Paris on a aussi des consultations d'ethnopsy, c'est aussi des gens qu'on peut aller interpeller »
Communauté	**«** Mais c'est juste que nous, étant pas de la même culture, on a du mal à être dans les réseaux d'information, ça existe ,toutes les communautés ont des clubs, des asso, des lieux de rencontre. Ils fonctionnent en communauté. » « D'ailleurs nils se soutiennent beaucoup entre eux, ils se connaissent, ils s'entraident quand même »

Question n°8 : Au sein d'une structure quels seraient les éléments à mettre en place pour favoriser les soins psychiatriques de ces patients ?

Thèmes	**Verbatimes**
Histoire de vie	**«** il y a quand même des facteurs qui ont traits à des événements de vie et ces événements de vie, ils ont bien lieu dans un pays particulier, dans une culture particulière, une langue, une organisation sociale » « Si quand un patient à l'AGJ, on ne s'intéresse pas à son histoire de vie, à son fonctionnement dans sa famille, on passe à côté d'un truc, puisque le patient il revit des trucs. » « Il rejoue avec nous des choses de cet ordre-là qu'on ne peut pas comprendre si on a pas essayé de comprendre comment ça s'est passé son enfance, comment les liens se passent avec son père sa mère et sa fratrie »

	« Et il faut aussi tenir compte du parcours migratoire de la personne pourquoi elle est partie, c'était quoi ses motivations à partir »
Expertise	**«** Peut-être que l'ergo aurait à apporter un regard expert sur l'analyse et la participation occupationnelle en tenant compte de la culture à charge pour l'ergo de se former » **«** Alors là par contre l'ergo qui va travailler là-dedans, du coup va falloir qu'elle soit un peu au taquet sur pleins de cultures »
Engagement occupationnel	« Parce que à mon avis la culture elle est importante dans l'engagement dans l'occupation quand même » **«** Donc oui ça pourrait avoir un sens et s'engager aussi dans son activité soin, le sens que ça a dans la culture d'origine de la personne quoi. »

ANNEXE VI : Analyse longitudinale E2

Question n°1 : Pouvez-vous vous présenter ?

Informations d'échantillonnage

Question n°2 : Quelle population rencontrez-vous dans votre pratique ?

Les patients migrants rencontrés sont issus de quelle génération migratoire ?

Thèmes	**Verbatimes**
Causes migratoires	**«** une migration qui n'est pas au démarrage forcément qu'économique » **«** particulière liée à une problématique soit de guerre sur les territoires, à des problématiques climatiques »
Parcours migratoire	**«** sont confrontées à des violences extrêmement fortes dans leur traversée » **«** certain vont passer par des déserts dans lesquels ils vont mourir » **«** en Lybie, là où en fait la traite des noirs et l'esclavage a repris » « si ils survivent il leur faudra prendre un bateau pour pouvoir traverser la méditerranée et trouver accueil » **«** des parcours plus complexes en fait. »

	« mais les chemins de migrations actuellement sont quand même un peu, enfin je ne dirais pas diversifié » « une filière on va dire orientale liée à la populations Afghanes » « une filière qui pourrait partir par le Maroc et l'Espagne qui est encore une autre trajectoire avec des complexités qui lui sont propre liées à la traversée de la Méditerranée et puis au travail avec les passeurs »

Question n°3 : Quelle serez votre définition de la culture ?

Thèmes	**Verbatimes**
Bases	**«** c'est un socle commun »
Diversité	**«** une diversification d'expression du rapport à cette culture » **«** restrictif d'imaginer que la culture d'une personne est liée à ce que à quoi le relie se sang ou son territoire » « elle peut avoir des spectres extrêmement particuliers parce qu'elle va s'entrecroiser avec aussi des choses plus universelles »
Origines	**«** la culture elle peut être liée à la dimension des origines à un pays »

Question n°4 : Qu'avez-vous mis en place pour accompagner au mieux ces patients issues d'une culture différente de la vôtre ?

Thèmes	**Verbatimes**
Découverte	**«** la question du respect, de la découverte des cultures, de chacun et de l'autre en fait » **«** c'est la question de la découverte d'un autre »
Représentations	« chacun d'entre nous est pris de préjugés en fait » **«** Quand je viens en parler à l'extérieur, en fait l'imagerie de chacun se met souvent en route » « quand je parlais d'Indiens, je les conduirai surement en Amazonie, avec de jeunes filles et de jeunes garçons à moitié dénudés, avec immédiatement peut être des tatouages » **«** une espèce de dimension de pureté ou d'imagination où on aurait un bon sauvage, un indien comme on les imagine quand on les a représentés »

	« est ce qu'on va pas des fois chercher des aspect d'archétype, d'imaginaire de ce que serait la culture de l'autre » « on ne stigmatise pas des éléments culturels pris dans nos images »
Questionnement	**«** on attend la question de la culture de l'autre » **«** légitimement est ce qu'elle répond à l'ensemble des approches culturelles, et que peuvent avoir les humains ? » **«** Autant de question pour moi quand j'ai quelqu'un qui peut m'emmener à me poser la question de la dimension culturelle.
Expression culturelle	**«** un élément culturel mais au bout du compte même lui il est déjà assez particulier par rapport à son mode de rapport à sa culture » **«** Donc je me retrouve avec différents demandeurs d'asiles Afghans, et en fait en face de moi j'ai un carrefour des cultures » **«** Mais l'expression du rapport à sa culture est propre à chacun » **«** Bon vous voyez, c'est trois manières d'être Afghans différents en fait. Et je ne peux pas prototyper les cultures »
Langue/ Communication	**«** La langue ça ne pose pas la question de qui tu es comme Africain » **«** Mais parler ou aborder la langue de l'autre peut nous permettre de savoir toi en tant qu'Africain » « Mais plutôt dans la question des mots, du sens des mots, du sens du récit » **«** qu'il ne parle pas ma langue, quand il accepte de me rencontrer, comment je trouve un moyen pour qu'on puisse ouvrir un espace de parole » « Parce que la question qui se pose dans la dimension culturelle, est celle de l'usage de la parole de l'autre »
Relation	**«** en termes de relation dans un partage de langue c'est pas mal » **«** la traduction c'est fantastique, parce que d'un coup ça noue quelque chose de complétement différent »
Connaissance culturelle	**«** Mais dans ce qu'il dit qu'est-ce qu'il a comme connaissance de son pays, qu'est-ce qu'il a comme connaissance de sa langue, d'autre langue, d'histoire »
Compréhension culturelle	**«** il y avait franchement un énorme travail autour de la compréhension culturelle »

Question n°5 : Quelles sont les compétences qui vous semblent nécessaires pour accompagner cette population ?

Thèmes	Verbatimes
Ouverture	**«** s'ouvrir aux sciences sociales » « l'ergothérapeute qui puisse s'orienter vers ce dispositif puisse avoir une capacité d'ouverture et de changement de paradigme. »
Lingusitique	**«** de l'autre qu'est ce qui se raconte dans les mots de l'autre à la fois grammaticalement, historiquement » **«** rester ouvert à la dimension linguistique ça je pense que c'est important »
Questionnement de la pratique/ Introspection	**«** les ergothérapeutes retrouvent un rapport à la pratique » **«** Il semble important que cette pratique professionnelle retrouve une parole » **«** c'est de retrouver des mots qui soient vraiment liés à des pratiques et pas des mots qui soient liés à des concept ou à des grand modèle et complément désincarné de pratique »
Sciences sociales	**«** la dimension de la compréhension de ce que pourrait être le handicap, vous voyez » « l'anthropologie du handicap » **«** nous permet de saisir qu'on n'aborde pas la dimension du handicap de la même manière à Haïti que dans les pays du sud de l'Amérique latine que dans un occident » « parce que ça c'est un langage qu'il faut que vous saisissiez, c'est le langage de l'occident » « travailler sur la question des représentations de manière beaucoup plus universelle et globale à partir de travaux anthropologiques. » « ça doit être une question dans des éléments fondamentaux de la formation des ergothérapeutes » « c'est tous les savoirs à acquérir sur l'anthropologie je vous l'ai ouvert et la linguistique si la question des savoirs se pose » « mon enjeu c'était de dire que je suis disponible pour apprendre ça de moi et accueillir ça de l'apprentissage de l'autre sur moi »
Expériences	« Par contre je suis danseur, et au bout du compte Henri m'a permis de trouver des outils de danse et il m'a un peu Africanisé »

	« premier bagage de formation elle est intéressante cette transmission » **«** je n'aurais certainement pas eu autant d'aptitude à travailler avec le monde guarani parce que en fait l'abord des rituels par le chant et la danse sont des expériences personnelles extrêmement particulières » « sûr c'est plutôt dans les voyages que j'ai pu aborder les choses » « Moi j'ai passé pratiquement 6 ans à aller deux fois au Mexique, le dernier voyage a duré 3 mois » « Il est important de pouvoir saisir que le rapport au terrain est important »
Rencontre	**«** Mais quand j'étais jeune professionnel à l'hôpital psychiatrique, j'avais rencontré lors d'une formation Henri Samba » « Après je travaille beaucoup avec l INALCO qui est un institut national des cultures orientales » **«** j'ai aborder beaucoup plus l'anthropologie j'étais accompagné là-dedans par Deniz Dias Baros qui est une ergothérapeute qui est devenue anthropologue »

Question°6 : Selon vous les activités en ergothérapie ont elles une empreinte culturelle ?

Thèmes	**Verbatimes**
Sens de l'activité l'activité	**«** une activité s'inscrit plus de la même manière selon le territoire dans lequel on vit en fait » **«** Des fois pas du tout libres donc l'activité pour représenter la dimension dansée » **«** « moi je ne vous connais pas vous pourriez me chanter un truc, dont vous vous souvenez dans la langue qui est la vôtre » » **«** En fait il était entrain de me dire qu'il était ouvert à tout et il m'a dit je ne sais pas si je sais danser ça mais j'aimerais apprendre »
Cadre	**«** vous allez oublier en partie ce jargonnage de j'ai un patient, j'ai une séance » « Parce que là si vous gardez ça, alors là vous gardez quelque chose, une pratique qui laisse entendre qu'on a l'espace de la séance » « je crois que l'idée c'est d'aller saisir quelque chose de l'espace de l'autre qui m'est inconnu » « Vous voyez c'est quoi le cadre de ma séance ? C'est quoi le cadre ? »

Connaissance	« je crois que l'idée c'est d'aller saisir quelque chose de l'espace de l'autre qui m'est inconnu. » « et bien pour pouvoir avancer je me mets au contact de la culture, je m'en rapproche, j'accepte l'espace du rituel »
Médecine traditionnelle	« des traitements qui sont emportés tous les soirs, il y a des chamans de pouvoir partager le temps avec un chaman ca permet de comprendre comment une société tribale traite un sujet, et que en fait il vaut mieux que j'ai une représentation de ça si au bout du compte je voyais un des jeunes avec lequel je travaille subir ce type de traitement » « Je rentre dans le rituel »

Question n°7 : Quelles sont les personnes ressources sur qui vous pouvez vous appuyer lors de ces prises en charge ?

Thèmes	**Verbatimes**
Anthropologue/ Sociologue	**«** peut être des anthropologues, des gens qui sont sociologues et qui ont un vrai rapport avec la culture de l'autre. » « Moi j'ai une femme actuellement qui est très âgée mais qui est sociologue de l'image. Et elle a fait un tas de voyages et c'est un vrai, une vraie bibliothèque et une vraie source de savoir et c'est fantastique »
Communauté	**« En** fait il faut aussi parfois des ressources dans des groupes qu'on vient parfois à identifier pour lequel on voudrait travailler » « s'appuyaient sur certains membres qui avaient vécus la rue pour être comme des guides » « Il y a un intérêt partagé, mais il faut aussi trouver des ressources dans les espaces collectifs, des terrains qu'on va aller découvrir.

Question n°8 : Au sein d'une structure quels seraient les éléments à mettre en place pour favoriser les soins psychiatriques de ces patients ?

Thèmes	**Verbatimes**
Linguistique	**«** d'aller saisir cette ouverture linguistique autour de la santé mentale »
Hospitalisations	**«** Mais on ne peut pas imaginer que demain toutes les questions innérante à la souffrance psychique des demandeurs d'asile doit se régler par la demande d'hospitalisation par un tiers et une hospitalisation »

	« . Vous savez je ne sais pas moi celui qui a besoin du silence, ça ne veut pas dire qu'il n'a pas besoin de vous »

ANNEXE VII : Analyse longitudinale E3

Question n°1 : Pouvez-vous vous présenter ?

Informations d'échantillonnage

Question n°2 : Quelle population rencontrez-vous dans votre pratique ?

Les patients migrants rencontrés sont issus de quelle génération migratoire ?

Thèmes	Verbatimes
Causes migratoires	**«** Si la plupart du temps c'était dû au boulot, au travail, pour trouver du travail » « les parents sont arrivés en France pour les soins psychiatriques en fait de ce jeune-là » « pour avoir un accès aux soins plus adaptés du coup, ils ont migrés »
Parcours migratoire	**«** il y a un vrai parcours migratoire avec les personnes qui venaient du moyens orient ou de l'Afrique, centrale »
Langue	**«** a barrière de la langue »
Première génération	**«** on pouvait accompagner pas mal de personnes quand même où là effectivement il y a un vrai parcours migratoire » **«** j'ai vu pas mal de personnes qui étaient d'origine portugaise, après qui souvent c'était des parents, qui souvent retournaient régulièrement au Portugal » **«** ils ont migrés en France pour avoir une égalité et un parcours de soins un peu plus adapté »

Question n°3 : Quelle serez votre définition de la culture ?

Thèmes	Verbatimes
Traditions	**«** il y a aussi des traditions » « des habitudes culturelles du pays et qui du coup parfois peut mettre vraiment à mal l'identification derrière »

	« prenant en compte les traditions familiales et du pays et des habitudes qu'elles peuvent avoir »
Éducation	**«** l'éducation aussi qui va avec » **«** c'est vrai que suivant les différences culturelles il y a des manières éducatives totalement différentes »

Question n°4 : Qu'avez-vous mis en place pour accompagner au mieux ces patients issues d'une culture différente de la vôtre ?

Thèmes	**Verbatimes**
Croyances	**«** qui avait des croyances sur son trouble mental, pour elle c'était plutôt d'origine vaudou » **«** Donc déjà parfois cette croyance de la santé mentale qu'on peut avoir qui est de vaudou ou de chaman » **«** c'est quelqu'un qui leur veut du mal et qui a entrainé ces troubles-là » « A ces croyances spirituelles, je dirais même de l'origine de leur maladie » « L'acceptation des troubles et de la maladie je prenais en fait leur croyance »
Rôle	**«** aussi les personnes d'origine maghrébines notamment les femmes » **«** je suis en France, il y a des gens qui sont en jupes est ce que j'ai le droit de me maquiller, de même aller toute seule dans des lieux publics qui des fois peuvent vraiment freiner pour eux la participation sociale. » « Et si je prends l'exemple de ce monsieur, c'est que pour lui c'était normal que ce soit femme qui compense énormément » « Je sais pas pour un homme par exemple faire la vaisselle si il est d'origine maghrébine et qu'il y a la femme parfois c'est très compliqué pour eux que faire la vaisselle en tout cas pour nous c'est pour tout le monde ce n'est pas que réservé aux femmes »
Stigmatisation	**«** on peut rentrer dans l'auto-stigmatisation, des personnes qui des fois ont d'origines africaines ou parce qu'elles sont une couleur de peau, qu'elles sont noirs etc. que forcément elles vont être discriminées » **«** je ne trouverais jamais de travail parce que voilà je suis d'origine étrangère et que j'ai un nom étranger » »

	« Oui ça, serait surtout ça l'auto-stigmatisation qu'ils peuvent avoir et se dire je ne suis pas légitime à avoir accès à la culture »
Place de la famille	**«** des fois c'est la famille, qui est parfois très très soutenante par rapport à certaines cultures » **«** Et qui parfois peut être trop soutenante, ce qui fait que ça peut être un frein dans les accompagnements » **«** le jeune qu'on accompagne qui est d'origine marocaine, la famille prend beaucoup en charge les choses et verbalises cette personne là comme étant un enfant » « Et ouais effectivement parfois la présence de la famille qui est vraiment parfois soutenant et vraiment parfois c'est un travail à faire avec eux pour qu'ils puissent comprendre la maladie et ses répercussions aussi » **«** En fait enfin oui c'était normal que ce soit ça femme qui l'aide » « des personnes ressources autour d'elle et qui acceptent volontiers ce statut d'aidant et qui ne se sentent pas du tout déborder par ça »
Signifiant	**«** je me fit beaucoup à ce qui est signifiant pour eux » **«** un peu plus particulièrement aux personnes d'origine étrangère parce qu'effectivement certaines activité ont d'autre signifiance que nous on peut avoir » « Qu'est- ce qui est signifiant pour vous » **«** c'est vrai que les femmes elles étaient beaucoup plus dans le manuel et tout ça » **«** des hommes d'origine maghrébine, il fallait que ça soit un boulot plus stéréotypé »
Langue	**«** pour les personnes qui ne parlaient pas français, c'est vrai que c'était très très compliqué »
Adaptations communication	« Les traducteurs internet ne suffisent pas forcément » « parce qu'un geste qui est signifiant pour nous, ne l'est pas forcément pour eux » **«** On avait essayé de mettre en place des pictogrammes pour essayer un langage non verbal »
Objectifs ergo	« sur la diminution des signes, des symptômes et tout ça, reprise de plaisir ect. » « On en parle de leur croyance mais j'essayais pas forcément de les modifier pour le coup. »

Acquisition connaissances	« moi, je leur dis je ne connais pas votre culture » « Je ne connais pas votre culture donc faudra me dire si parfois je vais trop loin » « je ne connais pas forcément votre culture, je ne connais pas le pays donc vraiment expliquez-moi, » « que c'est à travers leur regard que je vais apprendre » « , c'est pour ça que j'avais choisi l'astuce de vraiment je ne connais rien, faut vraiment m'expliquer »
Positionnement	« je me mets vraiment en position basse » « j'essaye de me mettre en position basse dans ces moment-là » « Donc surtout l'outil, moi c'était mon positionnement face à eux en fait »

Question n°5 : Quelles sont les compétences qui vous semblent nécessaires pour accompagner cette population ?

Thèmes	**Verbatimes**
Curiosité	**«** la curiosité pour le coup » **«** de vraiment avoir cette curiosité »
Adaptation	**«** aussi beaucoup d'adaptation aussi » **«** personne pour vraiment s'adapter »
Normes	**«** le fait de pas prendre ces normes sociales » « Mais que nos normes à nous ne sont pas forcément les normes des autres personnes »
Non jugement	**«** d'être beaucoup dans le non jugement » **«** pas forcément interpréter certaines choses du fait de la maladie ou de la personnalité de la personne ou de son engagement et puis comprendre de manière globale au finale la culture »
Futures formation	**«** une proposition de journée d'information sur l'ethnopsychiatrie donc je suis fortement intéressée pour y participe » **«** si je ne commençais pas à reprendre mes études notamment en ethnopsychiatrie »

Absence formations	**«** Mais à l'heure actuelle en tout cas je n'ai aucune formation spécifique » « Mais moi en tout cas à mes yeux pas du tout pour le coup » « Mais c'est vrai qu'on a pas du tout eu de cours sur les différences culturelles, j'ai aucun souvenir de ça non »

Question°6 : Selon vous les activités en ergothérapie ont elles une empreinte culturelle ?

Thèmes	**Verbatimes**
Souvenir	**«** peut vite faire des liens, et bien oui parfois ma grand-mère elle fait ça et ça peut faire revenir des souvenir »
Savoir	**«** Mais pendant mes voyages, sur des pays au niveau des traditions et au niveau du savoir-faire parfois »
Empreinte culturelle	**«** Là-bas c'est beaucoup de tissage des choses comme ça, c'est vrai je pense que ça a quand même une empreinte culturelle » **«** ça a vraiment une empreinte culturelle » **«** C'est vrai que des fois, je pense que ça a une empreinte culturelle »
Individualisation	**«** que je le fais au cas par cas mais comme les personnes que j'accompagne d'habitude en fait » « j'ai toujours eu l'habitude de m'adapter à la personne. » « j'ai toujours essayé de faire en sorte de trouver quelque chose qui rend signifiante l'activité donc j'ai pas un outil spécifique »
Activité signifiante	**«** Avec ces populations là spontanément, j'adapte toujours mes activités pour qu'il y ait un coté signifiant »

Question n°7 : Quelles sont les personnes ressources sur qui vous pouvez vous appuyer lors de ces prises en charge ?

Thèmes	**Verbatimes**
Groupe	**«** c'est vrai qu'ils se donnaient vraiment des astuces pour gérer ça » « J'ai rarement eu des personnes au même moments qui étaient de la même culture donc on n'a pas vraiment pu jouer avec ce versant-là » « mais c'est vrai qu'ils le faisaient spontanément parce que souvent ils s'identifier beaucoup »

Question n°8 : Au sein d'une structure quels seraient les éléments à mettre en place pour favoriser les soins psychiatriques de ces patients ?

Thèmes	Verbatimes
Accès à l'information	**«** fait c'est peut-être les associations, les premières associations qui accueillent, les premières structures qui accueillent ces personnes ou peut être expliquer leurs droits sur le territoire français au niveau sanitaire, social de tout ça » « c'est la méconnaissance des structures en France, qui n'existent peut-être pas dans leur pays et comment on y a accès et à qui s'adresser »
Durée d'hospitalisation	**«** c'est des hospitalisations qui sont très courtes parce que comme les droits n'étaient pas forcément ouvert » **«** on ne pouvait pas les garder un mois ou deux mois si il y en avait nécessité » **«** . Et c'était des hospitalisations très courte d'un point de vue financement en fait »
Connaissances	**«** avoir conscience dans des pays est vécu comme un sort ou des choses comme ça et aussi pour comprendre leur place culturelle » **«** connaitre un peu les codes sociaux on va dire »
Santé communautaire	«Ça me fait beaucoup penser en lien avec la santé communautaire du travail de cette approche-là »
Intégration	**«** Mais de travailler cette intégration, cet apprentissage des nouveaux codes sociaux » « trouvent leur équilibre pour pas avoir de problèmes d'« identification » » **«** permettrait de réapprendre des choses qu'eux n'ont pas l'habitude de faire même dans les actes de la vie quotidienne » « D'un point de vue inclusion moi j'y vois vraiment un intérêt

ANNEXE VIII : Analyse longitudinale E4

Question n°1 : Pouvez-vous vous présenter ?

Informations d'échantillonnage

Question n°2 : Quelle population rencontrez-vous dans votre pratique ?

Les patients migrants rencontrés sont issus de quelle génération migratoire ?

Thèmes	Verbatimes
Parcours	**«** Des gens de passage aussi parce que Roanne c'est aussi une ville avec un bassin industriel, donc des gens qui viennent et qui repartent »
Origines	**«** on voit le Maghreb, Afrique on voit quelques asiatiques mais ça reste assez centré sur ce côté-là »
2ème génération	**«** Plus des générations d'après »
Pathologies	**«** la question des addictions, de l'alcool » « L'alcool et les dépressions, syndromes anxiodépressifs et puis ceux qu'on voyait le plus longtemps ça restait quand même les psychotiques »
Adhésion au traitement	**«** résistance au traitement du coup, de lien qui apriori que certains profils auraient plus de difficultés à accepter un traitement tant au niveau culturel qu'au niveau métabolique, génétique »

Question n°3 : Quelle serez votre définition de la culture ?

Thèmes	Verbatimes
Valeurs	**«** l'ensemble des valeurs » **«** il fallait qu'il se ressaisisse et il lui fallait assurer sa tête de chef de famille » **«** ça avait une valeur bien plus importante que tous les éléments scientifiques ou autre qu'on pouvait lui amener »
Croyances	**«** des croyances » « C'était soit une malédiction, soit la faute du traitement »
Sens	**«** donne du sens au quotidien »
Rapport à la maladie	« Le rapport à la psychiatrie peut être particulier dans certaines cultures. » **«** le rapport à la maladie mentale » **«** Mais pour la famille voilà c'était inconcevable, c'est pas une maladie. »

Question n°4 : Qu'avez-vous mis en place pour accompagner au mieux ces patients issues d'une culture différente de la vôtre ?

Thèmes	Verbatimes

Écoute active	**«**d'écouter ce qui a de la valeur »
Questionnement	**«** la question d'aller à domicile, d'être reçu de voir comment ça se passe c'est ça permet de voir après ce qu'on va pouvoir mettre en place »
Rôle	**«** de toute façon, ce n'était pas son rôle d'homme, c'était le rôle de sœur de sa mère » « C'est un peu de se dire que la culture c'est comme prendre en compte le rôle social d'être parent, on va adapter une prise en charge en fonction d'une place dans une famille ou un rôle parental voir professionnel » « Mais derrière, il y a aussi la place dans la société tout court au-delà de la maladie c'est pas être différent »
Activité signifiante	**«** je me souviens d'un patient qui pour lui sur la question de faire à manger faire le ménage ça n'a pas de sens »
Acceptation	**«** Donc c'est aussi trouver l'équilibre entre qu'est-ce qu'on est prêt à accepter en tant qu'équipe soignante et qu'est-ce que du coup le patient est prêt à mettre en œuvre » **«** Donc c'est peut-être c'est quelque chose à travailler peut-être plus spécifiquement mais ça demande aussi une acceptation de la part des soignants »
Groupe	**«** Ce sur quoi on peut participer c'est là où les groupes à médiation le fait de participer à quelque chose de plus collectif »
Objectifs	**«** Mais d'où l'intérêt d'avoir bien fixé ses objectifs »
Représentation	**«** pour mes collègues femmes c'était assez insupportable » **«** qu'au départ, on peut y voir un côté très stigmatisant, rétrograde, discriminant » « il avait l'étiquette finalement en psychiatrie, du fou complétement désadapté, désocialisé, clochardisé » « si on restait dons notre vision à nous et ben il y a toute une partie ou finalement on passait à côté » « j'avais des idées bien arrêtées quand j'ai commencé à travailler en fait bah c'est beaucoup plus complexe que ça »
Invisible	**«** Donc c'est vraiment quelque chose d'un peu invisible, » **«** . Et bien la culture comme c'est invisible on pense que ça n'existe pas »
Croyances	**«** Oui sur les questions de spiritualité on voit c'est quand même des sujets qui sont assez tabou »

	« qu'est-ce qu'il m'autorise moi à dire que telle croyance est purement délirante alors que on peut tous avoir différentes croyances à quel moment » « sur la spiritualité et c'est souvent c'est le grand tabou un psychiatre »
Outils	**«** en termes de cognition sociale il y a des outils d'évaluation »
Impact	**«** mais est-ce que c'est une source de souffrance où est-ce que ça occupe toutes mes pensées, toutes mes activités » « à quel moment elle devient angoissante, insupportable, envahissant tout le quotidien. »
Place de la culture	**«** Mais très très rarement la question culturelle, est peu abordée dans des grilles d'évaluation c'est comme si par défaut on pense qu'on est tous de la même culture »
Acceptation de la maladie	« L'acceptation de la maladie » **« l**e ramadan la question d'être malade avec le ramadan »
Identité culturelle	« de Noël où finalement on reste quand même dans les modèles traditionnels avec le repas de Noël » « comment on peut exclure des gens et pas être dans une société inclusive » « l'identité culturelle a pu être respectée c'est souvent autour de tester une recette familiale » « un groupe de cuisine dans une dimension symbolique »
Langue	« Et puis on a eu parfois un problème de barrière de langue » « Et le rapport au français était compliqué »
Famille	« Mais c'est peut-être plus avec les familles ou les difficultés » « Je me souviens d'un patient, c'était sa femme qui gérée tout » « Donc c'est prendre en compte une globalité mais aussi du système familial » « C'est pour ça la question culturelle ça amène à la question de l'environnement, des proches »
Intimité	« La question de l'intimité qui est quand même remis en cause » « Il y a un côté intrusif »

Question n°5 : Quelles sont les compétences qui vous semblent nécessaires pour accompagner cette population ?

Thèmes	Verbatimes
Ouverture	**«** puis d'avoir une ouverture aussi »
Écoute	**«** c'est vraiment prendre le temps d'écouter et c'est pas juste l'écoute, la relation d'aide classique » **«** C'est prendre en compte la culture pas juste comme un élément de loisirs jusque dans la question des loisirs. »
Recherche	**«** C'est vraiment d'aller chercher ces valeurs là et en fait c'est pas quelque chose qu'on fait de manière automatique » **«** Peut-être c'est creuser un peu plus sur certains savoir en termes de L'Inter culturalité » **«** Surtout en toujours en termes de savoir sur de certains codes »
Intérêt de la médiation	**«** Après on a la chance généralement de travailler autour d'une médiation donc on rentre moins dans le vif du sujet »
Ethnopsychiatrie	« Et bien c'est plus sur l'ethnopsychiatrie »
rencontre	**«** un infirmier qui était très branché sur ces questions-là
Cadre	**«** Notamment le rapport aux horaires ou en psychiatrie on a vraiment cette question du cadre » **«** Le rapport au temps dans certaines cultures peut différer et finalement est-ce une attaque du cadre où est-ce une différence culturelle »
Expérience pro	**«** sinon j'ai eu des cours au niveau du master justement on a une UE sur l'interculturalité au moins ça m'a parlé » « on le voit peut-être sur des questions mais peut être plus sur des formations continues »
Introspection	**«** Prendre le temps de relire ce qui s'est passé ça permet d'évoluer »
Modèles conceptuels	**«** il y a la question du modèle KAWA où au moins on avait une autre vision des choses effleuré les choses »
Peu abordée	**«** J'ai pas le souvenir d'avoir beaucoup travaillé ces questions-là. » « Mais sinon directement c'est rarement abordé »

Question°6 : Selon vous les activités en ergothérapie ont elles une empreinte culturelle ?

Thèmes	Verbatimes
Cuisine	**«** Il y a cette question de la cuisine » « On le voit notamment dans la question du porc au repas »
Vie quotidienne	**«** Ça c'est une question culturelle et ce qui est le côté pratique, le fauteuil peut passer tout ça » **«** Donc là on est vraiment dans la culture dans le sens purement vie quotidienne » « une seule pièce c'est très compliqué parce qu'il n'a pas forcément envie de recevoir quelqu'un où il dort »
Conflits	**«** il y a des conflits culturels qu'on ne connait pas forcément » **«** Je parlais des pays du Maghreb tout à l'heure, marocains, tunisiens, algériens, parfois ça peut être compliqué et que la situation de crise peut exacerber certaines tensions »
Adaptation	**«** il faut arriver à distinguer ce qui est de l'ordre de valeurs et de l'ordre de la pathologie » **«** dans l'adaptation des activités voir qu'est ce qu'on peut travailler ensemble et redonner la main au patient aussi » **«** Comment je m'organise pour aller à la mosquée, tenir le ramadan, éviter certaines tentation » « à écouter l'autre encore une fois suivant les besoins des uns et des autres. »

Question n°7 : Quelles sont les personnes ressources sur qui vous pouvez vous appuyer lors de ces prises en charge ?

Thèmes	Verbatimes
Pairs	**«** des personnes qui ont le même parcours » **«** Faire que c'est souvent amener les gens à se rencontrer pour pouvoir parler » **«** La question des groupes d'entraide mutuelle, ces questions peuvent être aussi abordées » « Et je parlais des GEM parce que souvent ce qui a aidé à évoluer c'est le fait qu'au GEM il y a pleins de profils différents »

Introspection	**«** Et puis la rencontre avec d'autres qui permettent de se réinterroger sur sa propre culture. **«** C'est aussi ce qui se passe au niveau culturel, c'est ce qu'on retrouve, ce que la maladie vient interroger » **«** L'autre n'est pas comme moi, l'autre ne voit pas la même chose que moi et peut être arriver à amener le patient à se décentrer, comme nous même on est amené à se décentrer »
Identité	**«** Et puis tout est imbriqué donc quand on travaille sur un sujet ça impact sur un autre sujet donc la culture est une composante de l'identité » **«** dans l'identité occupationnelle c'est, ça fait partie des éléments de décors mais qui n'apparaissent pas forcément »

Question n°8 : Au sein d'une structure quels seraient les éléments à mettre en place pour favoriser les soins psychiatriques de ces patients ?

Thèmes	**Verbatimes**
Découverte	**«** d'aller découvrir des choses »
Équilibre	**«** c'est trouver l'équilibre entre qu'est ce qui donne du sens à ma vie et entre dans quoi je peux m'enfermer » **«** On a vraiment un équilibre à trouver et de faire même des propositions, de voir jusqu'où on peut aller »
Remise en cause	**«** Ça remet en cause, mais la psychiatrie de manière général ça remet en cause. »
Difficulté	**«** Ça peut être dans des situations d'impasse » **«** Notamment en situation de crise où il avait cette légitimité où il était reconnu par certains patients par rapport à ça »
Pluridisciplinarité	**«** C'est aussi tout l'intérêt de la richesse d'une équipe. » « il faut faire avec l'équipe, les codes culturels de l'institution »
Activité de la vie quotidienne	**«** Et nos activités de la vie quotidienne, elles sont imprégnées de culture donc ça permettrait d'aller un petit peu plus loin » « Sur ces questions culturelles de faire à manger, de qu'est-ce que fait l'homme et qu'est-ce que fait la femme »

Environnement	**«** cette question de l'aménagement de l'environnement et de l'adaptation des activités qu'on sous exploite en psychiatrie »
Temps	**«** Toutes les cultures n'ont pas un rapport au temps qui est pareil mais comme entre génération » « Mais ça prend du temps de préparation. » « Comme pour la question de rites religieux, ne serait-ce que d'avoir le vendredi pour aller à la mosquée, mais ça c'était pas forcément évident pour toutes les équipes qui avaient la prescription médicale, venir 5 fois par semaine à l'hôpital de jour. »
Adaptation du patient	**«** Il y a vraiment, c'est la question des activités écologiques ou on va entrainer un patient à être adapté à la structure de soin » **«** Est-ce que on va réadapter le patient pour qu'il soit adapter au centre ou est ce qu'on va le préparer à mener sa vie à lui »

ANNEXE IX : Analyse longitudinale E5

Question n°1 : Pouvez-vous vous présenter ?

Informations d'échantillonnage

Question n°2 : Quelle population rencontrez-vous dans votre pratique ?

Les patients migrants rencontrés sont issus de quelle génération migratoire ?

Thèmes	**Verbatimes**
1ère génération	**« J**'ai eu des personnes qui ont été issues elles même de migration »
2ème et 3ème Génération	« d'autre où c'est plutôt leurs parents ou leurs grands-parents qui ont été issus de flux migratoire »
Pathologies	**«** qu'il peut y avoir des syndromes post traumatique ou des traumatismes inter générationnels qui peuvent apparaitre » **«** Mais c'est vrai que la migration peut entrainer des traumatismes et des maladies psychiatriques »

Question n°3 : Quelle serez votre définition de la culture ?

Thèmes	Verbatimes
Valeurs	**«** je pense plutôt à un espèce de référentiel de valeurs » « autour de valeurs communes partagées »
Environnement	**«** innérrant au milieu dans lequel on a été confronté »

Question n°4 : Qu'avez-vous mis en place pour accompagner au mieux ces patients issues d'une culture différente de la vôtre ?

Thèmes	Verbatimes
Langue/ communication	**«** Avec des patients qui ne parlaient pas forcément tout le français c'est vrai que parfois on a pu échanger autour de sens des mots, de sens des noms »
Collaboration	« Mais dans mon service on travaille aussi avec un service d'ethnopsychiatrie » **«** il y a ça on peut avoir aussi des services de traducteurs qui peuvent aussi être utilisés dans des consultations avec un psychiatre, ou la psychologue, à plusieurs en pluri disciplinaire » « On arrive pas toujours à rentrer en contact avec le patient, c'est aussi pour ça qu'on est une équipe »
Adaptation	**« e**t puis on essaye de s'adapter à chaque patient » « C'est des prises en charge très individualisées en psychiatrie donc dans tous les cas on s'adapte au patient »
Relation	**«** pour nouer une relation »
Lien culturel	**«** faire des visites dans un musée avec un patient, au musée Guimet avec un patient de culture laotienne » « Ça peut aussi rentrer en résonnance avec cette culture. »
Impact de la culture	**«** mesurer l'impact de la culture sur le patient » **«** ça a un impact dans ce qu'ils peuvent dire ou ce qu'ils peuvent nous raconter par rapport à leurs créations, leurs productions »
Introspection	**«** Ça peut parce qu'on a aussi des temps d'analyse à postériori. » « Donc voilà c'est l'histoire de petit bateau, enfin je ne sais pas pour vous, mais pour moi en tout cas le petit bateau ça raisonne plutôt comme un doux souvenir d'enfance, mais en faite ça peut remuer aussi nos patients »

Connaissances culturelles	**«** ils proposent des formations sur les cultures maghrébines, d'Afrique, d'Asie » **«** apports théoriques sur l'histoire traversée par le patient » « il y a des mots, des paroles, c'est vrai que si on n'est pas sensibilisé par avance, parce que on n'est pas censé connaitre toute la géopolitique mondiale »
Histoire de vie	**«** un impact dans leur histoire de vie ou même l'histoire des ancêtres des pays d'origine » **«** pendant la guerre au Laos, qui ont fuit dans des petites pirogues pour fuir la guerre. Donc il y a eu beaucoup de morts, clairement » « Parce que c'est tellement traumatique ce n'est pas agréable de parler de quelque chose trop traumatique, c'est ça qui les tient aussi les patients »

Question n°5 : Quelles sont les compétences qui vous semblent nécessaires pour accompagner cette population ?

Thèmes	**Verbatimes**
Savoir	« Un savoir-faire et un savoir être humain »
Curiosité	« Une curiosité »
Attention/ écoute	« Être attentif à des choses un peu subtiles » « je pense d'être attentif à tout quasiment dans les projections de la personne »
Ouverture d'esprit	« S'intéresser, je ne sais pas dans l'histoire de vie du patient » « a été formé à prendre en compte l'individu dans toutes ses interactions avec l'environnement et la culture c'est ça »
Recherche	**«** essayant de s'instruire de son côté » « C'est un travail personnel à faire en plus » « C'est aussi de la culture générale, c'est à nous de nous cultiver aussi »
Soutien de l'équipe	**«** . Quand on est en psychiatrie on est avec des équipes, et quand c'est des équipes issues de cultures différentes parfois ça nous aide pas mal aussi »
Formations	**«** des formations ouvertes à tout le personnel soignant donc il y a je crois que c'est, je ne sais plus s'il y a une formation autour de la géopolitique »

	« Il y a des formations, toujours avec cette intervenante qui fait des formations sur le lien entre psychiatrie et culture d'Afrique noire, culture asiatique, culture du proche et du moyen orient » **«** Des formations aussi sur le lien entre culture et religion aussi parce que ça a un impact très fort en psychiatrie la religion donc c'est quand même souvent au centre des préoccupations des patients » « les formations du coup sur l'ethnopsychiatrie avec cette unité d'ethnopsychiatrie qui peut intervenir » « formations qui étaient destinées aux ergothérapeutes sur le lien entre l'objet, la création d'objet et la culture »

Question°6 : Selon vous les activités en ergothérapie ont elles une empreinte culturelle ?

Thèmes	**Verbatimes**
Cuisine	« enfin je veux dire je fais la cuisine avec les patients et évidemment que quand on a une personne qui est portugaise, elle va vouloir faire »
Sens de l'activité	**«** quand on fait de la peinture, de la poterie » « Je fais de l'Asino médiation avec les patients et bien l'âne il n'est pas vécu de la même façon selon le pays dont on est originaire ou a famille est originaire » **«** oui ça peut, vu qu'on fait des sorties dans des musées ou des lieux spécifiques »
Intérêt des patients	**«** c'est une question qui les anime souvent parfois, sur d'où chacun est originaire et est ce qu'on s'entend » « D'ailleurs les patients me demandent souvent d'où je viens »
Omniprésence culturelle	**«** tout peut avoir une empreinte culturelle» **«** Donc la culture est toujours présente
Adaptation	**«** dans mes prises en charges actuelles, on essaie de faire en sorte d'adapter nos activités au patient et pas l'inverse » **«** C'est le bon sens je pense, j'avais un patient qui voulait faire de l'informatique, on avait lu un journal chinois »

Question n°7 : Quelles sont les personnes ressources sur qui vous pouvez vous appuyer lors de ces prises en charge ?

Thèmes	Verbatimes
Equipe	**«** l'équipe »
Environnement social	**«** ça peut être aussi la famille, l'entourage de la personne »
Ethnopsychiatrie	**«** Ça peut être l'équipe d'ethnopsychiatrie »
Intervenants extérieurs	**«** des intervenants qu'on a eu aussi en formation qu'on peut toujours contacter »

Question n°8 : Au sein d'une structure quels seraient les éléments à mettre en place pour favoriser les soins psychiatriques de ces patients ?

Thèmes	Verbatimes
Participation de l'ergo	« L'ergothérapeute peut faire partie du processus ethnopsychiatrie »
Professionnel ethnopsy	« Donc il y a forcément l'équipe d'ethnopsychiatrie qui est là est le secteur dont est originaire le patient accompagne le patient »
Moment	**«** Mais c'est pas du tout un processus obligatoire on fait appel aux structures d'ethnopsychiatrie quand on est à cours de réponse et qu'on cale sur des prises en charge »

ANNEXE X : Analyse longitudinale E6

Question n°1 : Pouvez-vous vous présenter ?

Informations d'échantillonnage

Question n°2 : Quelle population rencontrez-vous dans votre pratique ?

Les patients migrants rencontrés sont issus de quelle génération migratoire ?

Thèmes	Verbatimes
Pathologies	« Plutôt des gens en souffrance psychique, c'est-à-dire toutes les pathologies de la psychiatrie » **«** décompensation psychotique pendant leurs vacances »
Première génération	**«**des gens qui étaient migrants ou demandeurs d'asile politique. »
Causes migratoires	**«** des gens qui étaient en vacances »
Générations suivantes	**«** j'ai rencontré des gens qui étaient issus de l'immigration »

Éducation	**«** Mais y compris au sein d 'une communauté, il y a des groupes communautaires qui sont très forts dans certaines régions » **«** Je pense à certaines femmes issues d'Afrique ou d'Afrique du nord qui sont restées très très isolées y compris pour la deuxième génération » **«** enfin ça dépend celles qui ont eu une éducation en France et celle qui n'ont pas eu une éducation en France, »

Question n°3 : Quelle serez votre définition de la culture ?

Thèmes	Verbatimes
Connaissances	**«** la culture c'est la connaissance, le partage des connaissances universelles »

Question n°4 : Qu'avez-vous mis en place pour accompagner au mieux ces patients issues d'une culture différente de la vôtre ?

Thèmes	Verbatimes
Relation	**«** première des choses c'est l'écoute » « L'ethnopsychiatrie elle nous amène à se pencher sur l'expression des symptômes en fonction de sa culture » **«** Donc il faut bien écouter les gens mais faut aussi avoir parfois des indices »
Collaboration	**«** il y a une discipline qui s'appelle l'ethnopsychiatrie »
Croyances	**«** le recours à tout ce qui va être religieux, ésotérique, qui va être très très ancré dans certaines cultures beaucoup plus que les autres » « On pourrait penser dans certaines cultures avec les esprits, les choses comme ça on pourrait penser à la psychose, mais pourtant ce n'est pas de la psychose parce que c'est culturel »
Impact culturel	**«** Après la seule chose qui est importante, c'est de savoir dans quelle proportion c'est gênant dans la vie quotidienne » **«** Et dans quelle proportion ça influe sur la raison. »
Respect	**«**Moi je suis obligé de respecter la religion et les croyances de chacun »
Compréhension	**«** Pour moi oui il est très clair qu'il faut inscrire les patients dans une dimension socio culturel de manière à comprendre son environnement »

	« Si je comprends l'environnement du patient, je comprends pourquoi il n'est pas adapté ou pourquoi il n'est pas adapté dans l'environnement dans lequel il se trouve »
Pratiques	« Ça dépend après parce que si vous travaillez avec des thérapies cognitivo comportementales ou des thérapies qui se base un peu sur des approches très neurologiques »
Rapport à la maladie	« rapport aux médicaments, à la discrimination liée à la psychiatrie, de l'enfermement »
Questionnement	« J'ai beaucoup réfléchi sur cette communauté juive »
Représentation	« un membre de la famille exclu dans une zone un peu née en marge de la société qui renvoi l'image de l'enfermement et de la discrimination »
Communication	« la communication quelle qu'elle soit, dès que vous partez à l'étranger la communication n'est pas universelle » « Il y a du sens dans les mots »
Rôle	« ils viennent en ergothérapie, l'ergothérapeute est censé être porteur du savoir et donc on doit transmettre un savoir » «dans notre philosophie, on n'est pas porteur d'un savoir, au contraire on est censé développer le savoir du patient » « Ça peut paraitre parfois paraitre un peu étrange, parce que moi par respect l'ergothérapeute possède 'un savoir, je vais m'effacer pour pouvoir apprendre du savoir de l'ergothérapeute. » « on n'est pas dans la transmission de savoir mais plutôt la prise d'appui dans le savoir du patient »

Question n°5 : Quelles sont les compétences qui vous semblent nécessaires pour accompagner cette population ?

Thèmes	**Verbatimes**
Langue	« la barrière de la langue, c'est traduire parfois » « C'est la traduction mot à mot mais aussi la traduction du sens des mots » « Le mot à mot c'est bien mais ça ne dit pas le sens des choses »

Équipe	**«** j'aime bien dans une équipe quand on est une équipe cosmopolite quand on peut dire attention »
Différentes cultures	**«** la culture, elle ne fait pas uniquement avec des gens étrangers mais aussi des gens proches de nous » « Je dirai même au-delà des personnes étrangères même des cultures internes à notre pays, je prends le monde des agriculteurs pour exemple il y a une culture, »
Mode acquisition du savoir	**«** j'ai plutôt été initié dans des congrès »
Échange	**«** Mais aussi dans le cadre d'échanges » « Il y a eu pas mal d'échanges culturels » **«** Des échanges comme ça étaient très intéressants »
Expérience	**«** Après c'est l'expérience aussi qui fait que on voit aussi des choses, qu'on comprend des choses. » **«** Mais c'est en côtoyant les autres qu'on apprend d'eux »
Environnement	**«** Je pense que la notion d'environnement » **«** La notion d'environnement était plus abordée que ce qu'elle ne l'est aujourd'hui » « L'environnement il est assez réduit à manger, famille, accessibilité alors que c'est beaucoup plus vaste que ça »
Vie du patient	**«** si on veut pousser l'ergothérapie plus loin parce que c'est la vie du patient. » **«** Parce que ce n'est pas que les symboles de la vie autonome, c'est toute la vie. »
Références	**«** Que voilà on ne peut pas juger que par nos références occidentales. »

Question°6 : Selon vous les activités en ergothérapie ont elles une empreinte culturelle ?

Thèmes	**Verbatimes**
Sens de l'activité	**«** Elles peuvent être porteuses de sens, et elles doivent être porteuses de sens et donc si elles sont porteuses de sens, elles ont forcément une référence culturelle » **«** Il faut des activités signifiantes et significatives pour l'ergothérapeute mais aussi pour le patient qui sont très porteuses de sens. »
Stéréotypes	**«** Il faut faire attention de ne pas stéréotyper »

Questionnement	**« J**e lui demande, je lui demande au patient comment je dois faire » « Je lui demande comment je dois faire pour que ça se passe au mieux » « Alors comment on fait quoi, donc comment on fait si les autres veulent de la viande et pas toi » « C'est trouver le compromis généralisé quoi »
Cuisine	**«** Notamment quand on passe par la cuisine »

Question n°7 : Quelles sont les personnes ressources sur qui vous pouvez vous appuyer lors de ces prises en charge ?

Thèmes	**Verbatimes**
Equipe	**«** certains collègues avec lesquels je peux parler »

Question n°8 : Au sein d'une structure quels seraient les éléments à mettre en place pour favoriser les soins psychiatriques de ces patients ?

Thèmes	**Verbatimes**
Implication	**«** Attention, il y a des gens qui sont prêts à faire l'effort et d'autres qui ne sont pas prêts à faire l'effort » « Il y a des gens qui sont ouverts aux autres et d'autres qui ne le sont pas, alors on espère que dans le monde des soignants ça serait bien que les gens soient très très ouverts mais ce n'est pas forcément le cas quoi »
Préjugés	**«** Il y en a qui sont racistes, mais ils sont bien obligés de travailler avec des gens qui viennent d'ailleurs » **«** Des patients qui ont des propos extrêmement racistes avec certains collègues » **«** Il y a des gens qui ont des préjugés aussi. »
Exploration	**«** là, il faut prendre le temps un peu d'explorer tout ça et ça on ne l'a pas forcément dans nos connaissances en sortant de l'école » **«** Pour un peu tâter le terrain, savoir un peu ce qu'il pense, comment il voit les choses. Est-ce que parce que je suis un homme, ça gêne la patiente »
Place de l'éthonpsy	**«** C'est presque essentiel pour faire un diagnostic. » **«** C'est essentiel, parce que sinon on se trompe et ça a de sacrées conséquences avec tous les médocs »

L'ergo en ethno	**«** Il faut que les ergothérapeutes aillent là-dedans parce que tout est sens et signification, bien sûr » « Il faut que l'ergothérapeute prennent en compte la culture de l'autre sans pour autant qu'elle soit stigmatisée »
Remise en question	**«** C'est d'autant plus intéressant pour l'ergo, pour qu'il se remette en question, c'est enrichissant, ça fait grandir »
Réception de la souffrance	**«** Et c'est hyper compliqué de communiquer avec quelqu'un qui a été torturé » **«** Il faut être capable de recevoir ça et de constater que ce ne sont pas des mensonges. » **«** Quand vous voyez des traces laissées sur un corps humain après la torture c'est compliqué à voir, on n'est pas trop habitué » **«** Et il faut tolérer ça, et on peut comprendre que la personne n'a pas envie de remonter dans l'avion, et d'y retourner »

ANNEXE XI : Analyse longitudinale E7

Question n°1 : Pouvez-vous vous présenter ?

Informations d'échantillonnage

Question n°2 : Quelle population rencontrez-vous dans votre pratique ?

Les patients migrants rencontrés sont issus de quelle génération migratoire ?

Thèmes	**Verbatimes**
1ère génération	**«** Mais malgré tous ces enfants la ça reste des générations qui ont connu leur pays d'origine et qui en sont partis quand ils étaient petits »
2ème génération	**«** C'est rarement des gens qui sont nés en France, il y en a quelques-uns mais pas beaucoup » **«** Alors que pour la deuxième génération, s'ils sont nés en France, ils ont le droit de rester en France. Même s'il y a des troubles, des traumatismes ou des choses

	douloureuses à vivre, ils ne feront pas forcément le pas de venir se faire soigner vers nous »
Variété culturelle	**«** on a des gens qui viennent effectivement d'Afrique, d'Arménie oui donc Congo, cote d'ivoire, de Turquie, on a des Kurdes aussi » **«** Oui donc c'est assez varié, donc on a des cultures assez différentes »
Causes migratoire	**«** En fait pour beaucoup, il y a une guerre civile dans leur pays et c'est vrai qu'ils arrivent là en espérant rester dans des pays étrangers pour passer par la psychiatrie et avoir un traitement qu'ils ne peuvent pas avoir dans leur pays »
Pathologies	**«** Les traitements en tout cas étaient liés à des formes d'hallucinations, de psychoses » **«** qu'ils avaient vécus des traumatismes » **«** il y avait des hallucinations, ou une anxiété majeure qui les empêchaient de dormir, de manger, enfin d'être bien »
Expertise psychiatrique	**«** après expertise » **«** A savoir que ça, ça se fait de moins en moins parce qu'il fallait l'expertise d'un psychiatre spécialisé » **«** on a beaucoup moins de médecins psychiatres qui ont cette compétence, cette expertise spécifique qui permet en tout cas aux gens étrangers de pouvoir rester en France »
Séjour	**«** Et ça leurs permettaient souvent d'avoir des cartes de séjours et de rester en France plus longtemps » **«** Il y a quelques années en tout cas, c'était une des façons pour eux de rester à l'abri dans un pays qui n'est pas le leur » **«** Parce qu'en fait les soins garantis en France ne peuvent pas l'être dans leur pays et ça leur garantissait pour eux de pouvoir rester en France »

Question n°3 : Quelle serez votre définition de la culture ?

Thèmes	**Verbatimes**
Habitude de vie	**«** c'est un mode de vie »
environnement	**«** un environnement »

	« c'est un lieu, un lieu de naissance j'ai envie de dire. C'est ce que la société met en place pour sa population »
Education	**«** éducation »
Langue	**«** langue aussi qui intervient » **«** Donc ses parents ont 4 ou 5 dialectes, donc lui il connait les 4-5 dialectes de ses parents, et finalement mélangés en donne encore un autre » « la langue, malgré tout, a aussi une grande importance »

Question n°4 : Qu'avez-vous mis en place pour accompagner au mieux ces patients issues d'une culture différente de la vôtre ?

Thèmes	**Verbatimes**
Traumatisme	**«** La notion de traumatisme c'est pareil c'est quelque chose de très important auquel il faut faire très attention » **«** le viol par exemple, ce n'est pas un traumatisme alors que pour nous, ça l'est pour nous, il faut faire très attention qu'ils le vivent comme un traumatisme » **«** Et puis, il y en a qui ont laissé des enfants, comment vivre avec un enfant qui n'est plus auprès de moi et qui vit peut-être dans un monde dangereux pour lui, cette impuissance qu'ils subissent » « le traumatisme du viol ne va pas être vécu de la même manière »
Relation à la femme	**«** quand on a des hommes Kurdes qui arrivent avec la notion de toute puissant, et que voila, parce que l'homme dans certains pays est encore sous cette toute puissance » « ils vont être en demande auprès d'une femme c'est compliqué pour eux d'être dans l'authenticité, de respecter un cadre, de respecter une culture qui n'est pas la leur et qui est presque « imposée par une femme » c'est pas simple » la condition de la femme est différente d'une ethnie à l'autre
Transfert	**«** que il y a aussi cette notion maternelle, et ils ont tous eu une mère avec des relations plus ou moins bonne » **«** On joue sur le transfert, le contre transfert, c'est plus ou moins conscient » « on va être dans un rôle, pas que le soignant, le soignant maternelle »
Groupe	**«** Donc, après c'est soit on leur propose des prises en charge de groupe »

Lien culturel	**«** s'adapter à l'aspect éducatif et culturel de notre société, qu'est ce qui se dit, qu'est ce qui se fait, quelles sont les limites » **«** Qu'ils apprennent les relations à l'autre en France »
Support d'expression	**«** bien c'est l'expression d'une forme de souffrance parfois qui passerait par la créativité, par de la terre, par du dessin, l'expression de ce qui les fait souffrir dans des activités projectives tout simplement » « Du coup dans la projection dans un dessin, dans de la terre, dans la relation avec d'autre personnes forcément, les enjeux ne sont pas les mêmes »
Relation à la mort	**«** l'appréhension et la perception de la mort n'est pas la même dans toutes les ethnies et pas la même dans la nôtre » **«** notre religion nous donne une approche de la mort qui est bien particulière » **« c**ertaines cultures, la mort fait partie de la vie, on en parle plus facilement, c'est moins tabou c'est moins quelque chose qui fait peur
Éducation	**«** l'enfant doit être autonome dès, dès qu'il sait marcher l'enfant est autonome et il participe à la vie de la maison et de la famille » **«** on ne peut pas demander des choses de l'expression de soit sans connaitre d'où il vient, son éducation, sa famille, sa culture » **«** Que l'enfant participe dès qu'il est tout petit à faire chauffer, à aller cherche de l'eau »
Croyances	**«** Il y a des gens avec leurs cultures, leurs religions abordent ces termes-là » « Donc c'est pareil ça, est-ce que ce sont des hallucinations, est ce que ce sont des croyances » **«** Est-ce que c'est de la pathologie, est-ce que c'est de la croyance »
Questionnement	**«** se poser la question, lui il a réagi comme ça pourquoi, qu'est-ce qu'il s'est passé, est ce que dans sa culture ce serait normal » **«** Et bien, c'est quoi en fait cette voix, c'est une hallucination ? c'est une croyance religieuse ? »
Histoire de vie	**«** Donc forcément, tout ça c'est lié à l'enfance, à ce qu'on a reçu, sa culture et tout ça »

	« nos peurs sont liées à notre passé, et les angoisses que l'on vit aujourd'hui sont liées en fonction de ce qu'on a pu vivre dans notre passé »
Émotions	**«** ça, c'est en lien avec nos émotions, et ce sont nos émotions qui gèrent nos attitudes, nos relations aux autres, comment on se comporte dans un groupe, dans l'intimité »
Alimentation	**«** de la culture et de l'alimentation aussi » **«** Donc, c'est vrai que parfois ils vont manger les animaux que nous on n'en mangerait jamais »
Curiosité	**«** Mais souvent les gens sont très intéressés, très ouverts et curieux, ça leur apprend des choses et nous ça nous apprend des choses aussi »
Impact des croyances	**«** On part du principe que tant que ça ne met pas la personne en danger et que ça ne met pas en danger l'entourage et l'environnement »
Introspection	**«** Après, je pense déjà si on arrive juste à se remettre en question et à ne pas avoir de certitudes »

Question n°5 : Quelles sont les compétences qui vous semblent nécessaires pour accompagner cette population ?

Thèmes	**Verbatimes**
Non jugement	**«** pas de jugements »
Écoute	**«** échanges, et une écoute bienveillante » **«** disait la première c'est l'écoute » **«** capacité d'écoute bienveillante »
Remise en question	**«** Il faut savoir se remettre en question, ça c'est la base »
Formation	**«** Mais oui, bien évidemment, il y aurait besoin d'être formé, régulièrement et de plus en plus » **«** Mais c'est un outil qui existe que nous on utilise déjà dans notre hôpital. »
Absence d'outils	**«** j'ai pas forcément l'impression qu'il y a des outils par rapport à ça » **«** mais j'ai pas l'impression qu'il y ait d'outils, ou une approche spécifique. »

Question°6 : Selon vous les activités en ergothérapie ont elles une empreinte culturelle ?

Thèmes	**Verbatimes**

Abord de l'activité	**«** Je pense, c'est pas l'activité en elle-même, c'est comment on l'aborde » **«** C'est les objectifs qu'on posent, c'est ce qu'on attend du travail fait avec le patient »
Manipulation d'outil	**«** ils savent pas forcément se servir de certains outils tout bête, des crayons, des gommes » « les ciseaux, ils ne savent pas forcément les utiliser »
Signification	**«** ça peut être une feuille de gâcher autre chose, la terre c'est pareil c'est un objet qui va rester » « si on leur demande de faire un contenant, un vase ou un truc comme ça, ils s'autorisent parce que c'est quelque chose d'utile » **«**ça a une autre valeur parce que dans leur pays, faire un panier, ça avait une utilité » « Faire des choses créatives, c'est un peu plus compliqué donc souvent on est plus dans l'utile » « C'est des livres pour eux, qu'on déchire, qu'on découpe. Ça leur renvoi que ça ne fait pas partie de leur culture, on n'autorise pas en Afrique à déchirer un magazine »
valorisation	**«** c'était vachement valorisant pour eux » « On est plus dans la médiation artisanale, donc c'est valorisant c'est plus facile pour eux et ils connaissent, c'est rassurant »
Relation	**«** Et il n'y a pas la barrière de la langue, enfin moi en tout cas parce qu'on n'est pas dans l'échange verbale » **«** Et après quand il y a un lien qui se créé, passer à un petit peu plus d'expression spontané »

Question n°7 : Quelles sont les personnes ressources sur qui vous pouvez vous appuyer lors de ces prises en charge ?

Thèmes	**Verbatimes**
CADA	**«** le CADA, le centre d'accueil dont je vous ai parlé, donc on travaille beaucoup avec eux » **«** on fait une activité, parfois on a un retour du CADA, le discours du patient auprès d'autre résident ou auprès du CADA »
Histoire de vie	**«** Ils sont très au fait des différentes cultures et puis de l'histoire de la personne, c'est souvent des histoires trés compliqué »

	« ils connaissent l'histoire de la personne dans son pays, souvent des pays en guerre civile et puis ce qu'elles ont vécu »
Équipe pluridisciplinaire	« On essaye d'avoir un étayage, d'avoir le patient dans un ou deux groupes totalement différents, pour avoir un regard différent »

Question n°8 : Au sein d'une structure quels seraient les éléments à mettre en place pour favoriser les soins psychiatriques de ces patients ?

Thèmes	Verbatimes
Formation	« personnes soignants formés spécifiquement aux ethnies rencontrées je ne vois pas bien »
Expression	« Après l'ergo, je pense que ça pourrait être utile pour des gens qui expriment un traumatisme » « Mais pour des gens qui ont du mal à verbaliser, à exprimer des choses douloureuses, des choses projectives, l'ergothérapie aurait tout son sens, la médiation en tout cas »
Relation à l'objet	« On serait dans la relation triangulaire en fait »

ANNEXE XII : Analyse longitudinale E8

Question n°1 : Pouvez-vous vous présenter ?

Informations d'échantillonnage

Question n°2 : Quelle population rencontrez-vous dans votre pratique ?

Les patients migrants rencontrés sont issus de quelle génération migratoire ?

Thèmes	Verbatimes
1ère génération	« Oui j'ai surtout rencontré des personnes, qui elles avaient, migrées ou des enfants de personnes ayant migrées. » « Mais jamais de petits enfants, des générations suivantes. » « Le plus souvent, c'est les personnes qui ont fait le voyage quand même.

Question n°3 : Quelle serez votre définition de la culture ?

Thèmes	Verbatimes
Environnement	**«** C'est le milieu dans lequel on a grandi » « pu développer dans ce milieu-là, dans cet environnement.
Compétences	**«** a pu y acquérir et les compétences »

Question n°4 : Qu'avez-vous mis en place pour accompagner au mieux ces patients issues d'une culture différente de la vôtre ?

Thèmes	Verbatimes
Alimentation	**«** Mais il arrivait qu'on sorte sur la journée avec des pique-niques, et bien évidemment pour ceux qui mangeaient sans porc, on prenait sans porc, du casher pour les juifs »
Observance traitement	**«** Il y a beaucoup, au départ de la prise en charge les patients sont un peu réticents à prendre leurs traitements parce que de toute façon ce n'est pas un traitement qui va les aider. »
Lien à la femme	**«** qu'il ne comprenait pas en fait comme le fait que en France on a qu'une femme, lui il trouvait ça bizarre, c'est des choses comme ça »
Croyances	« puis il trouvait qu'on était un peu nonchalant par rapport à la religion » **«** qui est vraiment très empreint de sa religion, c'est compliqué pour lui, que nous dieu on n'en a rien à faire quoi » « Et il faisait souvent le parallèle avec sa culture d'Afrique du Sud, sa religion et tout ça avec notre façon européenne de vivre donc voilà » **«** je l'ai surtout ressenti en psychiatrie, c'est que la pathologie mentale, elle n'est vraiment pas vécue pareil si on est né Française de souche, ou si on vient d'Afrique et qu'il y a un espèce de côté où la maladie mentale ce n'est pas juste une maladie » **«** C'est un sorcier qui vous a jeté un sort, ça peut être très loin de la réalité en fait »
Questionnement	**«** Je leur posais la question et il m'expliquait et c'est ça » « se rapprocher du patient que de lui dire écoute explique moi ça parce que je ne sais pas de quoi tu me parles »

Question n°5 : Quelles sont les compétences qui vous semblent nécessaires pour accompagner cette population ?

Thèmes	Verbatimes

Ouverture d'esprit	**«** Après peut être une ouverture d'esprit. »
Différences culturelles actuelles	**«** Mais maintenant la France est cosmopolite avec l'Europe »
Amalgame	**«** … Après peut être qu'on pourrait l'aborder pour ne pas faire d'amalgame que savoir quand on parle de religion, ce n'est pas de fanatique ou quoi que ce soit »

Question°6 : Selon vous les activités en ergothérapie ont elles une empreinte culturelle ?

Thèmes	**Verbatimes**
Souvenir	**«** certains nous ramenaient leur jambée parce-qu'ils avaient appris à en faire avec leur grand-père au pays »
Rapport au corps	**«** Un patient à qui on a proposé d'aller à la piscine aussi et qui a refusé par problème des convictions culturelles » « Parce qu'il ne voulait pas se mettre en maillot de bain dans un lieu publique. »
Respect	« Donc on a respecté et on lui a proposé autre chose. »

Question n°7 : Quelles sont les personnes ressources sur qui vous pouvez vous appuyer lors de ces prises en charge ?

Thèmes	**Verbatimes**
Traducteurs	**«** il nous arrivait de faire appel à des traducteurs, mais au tout début de prise en charge » **«** Donc ça arrivait qu'ils faisaient intervenir des traducteurs pour des gens qui ne géraient pas bien la langue Française mais après »
Hiérarchie	**«** On essaye d'avoir un étayage, d'avoir le patient dans un ou deux groupes totalement différents, pour avoir un regard différent »

Question n°8 : Au sein d'une structure quels seraient les éléments à mettre en place pour favoriser les soins psychiatriques de ces patients ?

Thèmes	**Verbatimes**
Milieu écologique	**«** Ne serait-ce que de faire des activités en milieu écologique »
Rapprochement culturel	**«** les aider à évoluer dans notre culture »

	« Donc les aider à se repérer dans ces nouveaux codes et ces nouvelles cultures, pourquoi pas »
Codes culturels	Ne serait-ce qu'aller faire les courses, c'est déjà un monde différent, une culture différente, des codes différents

Résumé : **Introduction :** Au cours de la pratique en ergothérapie, il est possible de rencontrer ces patients issus de cultures variées. L'ergothérapeute peut alors être confronté aux diverses croyances de ses patients. Afin d'atteindre ses objectifs de prises en charge, il pourra utiliser différents outils de médiations qui pourront avoir une empreinte culturelle importante. L'objectif de cette recherche et d'identifier si les ergothérapeutes prennent en compte la culture du patient et quel accompagnement ils peuvent proposer en ethnopsychiatrie. **Méthode :** L'étude repose sur une méthode qualitative à partir d'entretiens semi-directifs. Huit ergothérapeutes exerçants ou ayant exercé en psychiatrie ont été interrogés. Tous les entretiens ont été analysés de façon individuelle à partir de thématiques. Par la suite, les réponses des ergothérapeutes ont été comparées à partir de ces thématiques. L'analyse et la création de la grille d'entretien étaient fondées sur le modèle de compétence culturelle de Campinha-Bacote. **Résultats :** Les ergothérapeutes semblaient être sensibilisés à la culture de leurs patients. Ils ont pu acquérir des connaissances au cours de leur pratique. Ces connaissances leur permettaient d'adapter les activités qu'ils proposent. L'ethnopsychiatrie semble être une solution de dernier recours pour ces patients. **Conclusion :** Les patients ayant vécu un phénomène migratoire semblent avoir un parcours de vie complexe. Ceci peut avoir un impact sur leur santé psychique. L'ergothérapeute doit pouvoir être en capacité de proposer un accompagnement culturellement adapté.

Mots clés : *Ergothérapeutes, compétence Culturelle, ethnopsychiatrie, psychiatrie*

Abstract: **Introduction:** During the occupational therapy practice, it is possible to meet these patients who come from a variety of cultures. The occupational therapist can be faced with the diverse beliefs of his/her patients. In order to achieve his/her objectives he/she can use various mediation tools that may have a significant cultural ɨ footprint. The aim of this research is to identify whether occupational therapists take the patient's culture and what support they can offer in ethnopsychiatry. **Method:** The study was based on a qualitative method and used semi-structured interviews. Eight occupational therapists who practiced or had practiced in psychiatry were interviewed. All the interviews were analysed individually on the basis of specific themes. The responses of the occupational therapists were compared on the basis of these themes. The analysis and creation of the interview grid were based on the Campinha-Bacote cultural competence model. **Results:** The occupational therapists appeared to be aware of their patients' cultures. They were able to gain knowledge during their practice. This knowledge enabled them to adapt the activities they offer. Ethnopsychiatry seemed to be a last resort for these patients. **Conclusion:** Patients who have experienced a migratory phenomenon seem to have a complex life course. This can have an impact on their psychological health. The occupational therapist must be able to offer culturally adapted support.

Key words: *Occupational Therapists, Cultural Competence, Ethnopsychiatry, Psychiatry*