

2012

La notion d'appartenance ethnoculturelle dans la recherche et l'intervention en réadaptation: un bilan des connaissances

Daniel Côté

IRSST, daniel.cote@irsst.qc.ca

Suivez ce contenu et d'autres travaux à l'adresse suivante: <https://pharesst.irsst.qc.ca/expertises-revues>

Citation recommandée

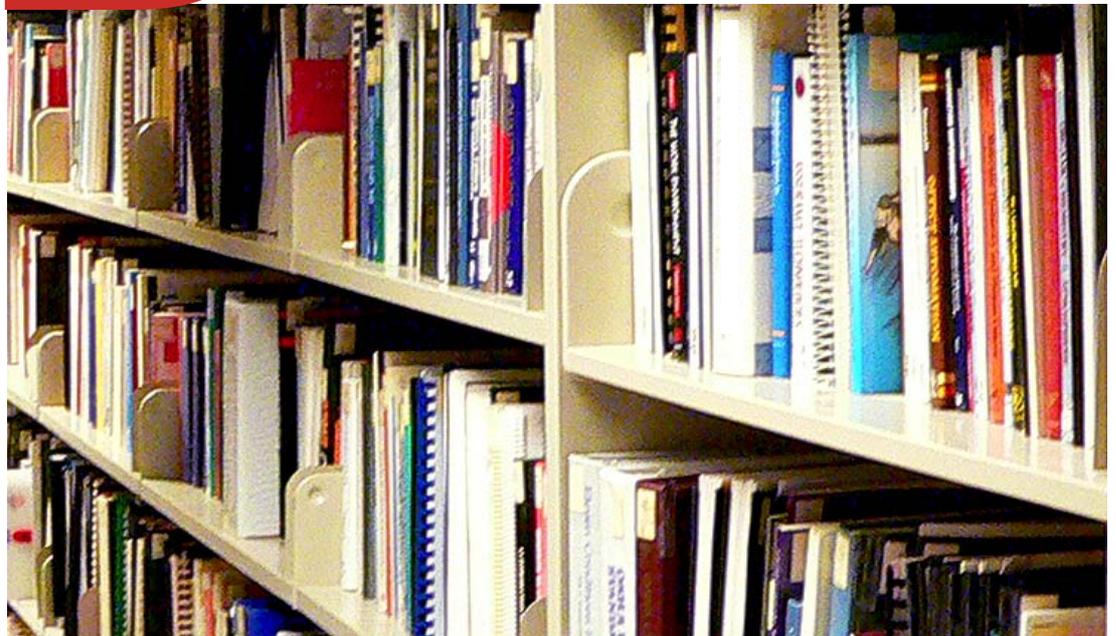
Côté, D. (2012). *La notion d'appartenance ethnoculturelle dans la recherche et l'intervention en réadaptation* (Bilan des connaissances n° B-080). IRSST.

Ce document vous est proposé en libre accès et gratuitement par PhareSST. Il a été accepté pour inclusion dans États de la question, rapports d'expertise et revues de littérature par un administrateur autorisé de PhareSST. Pour plus d'informations, veuillez contacter pharesst@irsst.qc.ca.

Réadaptation au travail

Bilans de connaissances

RAPPORT B-080



**La notion d'appartenance ethnoculturelle
dans la recherche et l'intervention en réadaptation**

Daniel Côté



Solidement implanté au Québec depuis 1980, l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) est un organisme de recherche scientifique reconnu internationalement pour la qualité de ses travaux.

NOS RECHERCHES

travaillent pour vous !

Mission

Contribuer, par la recherche, à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi qu'à la réadaptation des travailleurs qui en sont victimes.

Offrir les services de laboratoires et l'expertise nécessaires à l'action du réseau public de prévention en santé et en sécurité du travail.

Assurer la diffusion des connaissances, jouer un rôle de référence scientifique et d'expert.

Doté d'un conseil d'administration paritaire où siègent en nombre égal des représentants des employeurs et des travailleurs, l'IRSST est financé par la Commission de la santé et de la sécurité du travail.

Pour en savoir plus

Visitez notre site Web ! Vous y trouverez une information complète et à jour. De plus, toutes les publications éditées par l'IRSST peuvent être téléchargées gratuitement. www.irsst.qc.ca

Pour connaître l'actualité de la recherche menée ou financée par l'IRSST, abonnez-vous gratuitement au magazine Prévention au travail, publié conjointement par l'Institut et la CSST. Abonnement : 1-877-221-7046

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationale du Québec
2012
ISBN 13 : 978-2-89631-626-7 (PDF)
ISSN : 0846-3069

IRSST - Direction des communications
et de la valorisation de la recherche
505, boul. De Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec)
H3A 3C2
Téléphone : (514) 288-1551
Télécopieur : (514) 288-7636
publications@irsst.qc.ca
www.irsst.qc.ca

© Institut de recherche Robert-Sauvé
en santé et en sécurité du travail,
septembre 2012



Réadaptation au travail

Bilans de connaissances



RAPPORT B-080

La notion d'appartenance ethnoculturelle dans la recherche et l'intervention en réadaptation

Avis de non-responsabilité

L'IRSST ne donne aucune garantie relative à l'exactitude, la fiabilité ou le caractère exhaustif de l'information contenue dans ce document. En aucun cas l'IRSST ne saurait être tenu responsable pour tout dommage corporel, moral ou matériel résultant de l'utilisation de cette information.

Notez que les contenus des documents sont protégés par les législations canadiennes applicables en matière de propriété intellectuelle.

Daniel Côté

Prévention des problématiques de SST et réadaptation, IRSST



Cette publication est disponible
en version PDF
sur le site Web de l'IRSST.

Cette étude a été financée par l'IRSST. Les conclusions et recommandations sont celles de l'auteur.

CONFORMÉMENT AUX POLITIQUES DE L'IRSST
Les résultats des travaux de recherche publiés dans ce document
ont fait l'objet d'une évaluation par des pairs.

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce bilan des connaissances n'aurait pas été possible sans la participation de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST). Je tiens à remercier les membres de mon équipe du Service veille et gestion de la qualité (SVGQ) qui m'ont fourni de précieux commentaires pour bonifier la rédaction de ce rapport. Des remerciements doivent aussi être adressés à l'équipe de l'Informatèque de l'IRSST qui m'a facilité la tâche en effectuant la recherche documentaire dans de nombreuses bases de données.

SOMMAIRE

Au Canada, avec le vieillissement de la main-d'œuvre et le faible taux de natalité, l'État doit faire appel à l'immigration pour éviter une croissance négative de la population et pour combler les besoins de main-d'œuvre de l'industrie. Il est rapporté que les immigrants et les personnes issues des minorités ethnoculturelles présentent une vulnérabilité accrue face aux risques liés à la SST et à l'incapacité prolongée. Cependant, très peu de choses sont connues sur les dynamiques sous-jacentes à ces groupes plus vulnérables, sur l'évolution de leurs conditions de vie, leur état de santé et sur les difficultés auxquelles ils peuvent faire face lorsque survient un épisode d'absence prolongée du travail. L'influence de l'appartenance ethnoculturelle des travailleurs sur le processus de retour au travail ajoute un niveau de complexité aux facteurs qui sont déjà reconnus en réadaptation (déterminants de l'incapacité et du retour au travail), mais elle a été relativement peu étudiée dans le contexte.

Ce bilan des connaissances vise donc à identifier et décrire les thématiques qui émergent des travaux de recherche qui ont exploré les questions relatives à l'influence de l'appartenance culturelle sur le processus de réadaptation et de retour au travail. Une recension des écrits de langues anglaise et/ou française a été réalisée en utilisant une série de mots-clés sur différents moteurs de recherche. Deux blocs ont été créés pour cerner la plus grande étendue possible du problème : un bloc I qui comprend les recensions des écrits sur les travailleurs immigrants et la SST et un bloc II qui comprend des études empiriques, recensions ou essais sur la problématique de l'appartenance ethnoculturelle et de la réadaptation. Différents critères d'inclusion et d'exclusion ont été définis pour circonscrire la sélection des documents. Une grille d'évaluation de la qualité des documents a été utilisée pour juger de la valeur scientifique des documents. Une analyse de contenu des principaux résultats de recherche a été effectuée en s'inspirant de la méthodologie de la théorisation ancrée.

Trente et un documents (articles et rapports) ont été sélectionnés pour réaliser ce bilan des connaissances. Plusieurs thèmes ressortent de l'analyse de contenu. Par rapport au bloc I, l'analyse de ces recensions des écrits révèle sept (7) principaux thèmes qui nous informent sur les difficultés rencontrées par les travailleurs immigrants en matière de SST : accès aux soins et à un régime de compensation, concentration dans des secteurs d'activités à plus haut risque; concentration dans des PME, division du travail sur une base ethnique (ou raciale), harcèlement et discrimination, méconnaissances des lois et des droits des travailleurs et barrières linguistiques et culturelles. Dans le bloc II, trois (3) grands thèmes ressortent et sont, par ordre d'importance : la culture et les représentations de la douleur (perceptions, attitudes, rôle d'autrui dans le processus thérapeutique, valeurs, etc.), les modalités d'intervention dans le contexte du pluralisme ethnoculturel (critique des modèles en place, solutions préconisées) et les facteurs qui entrent dans la composante culturelle (éléments de définition).

Les études recensées portent principalement sur la dimension clinique du processus de réadaptation (relation thérapeute-patient). Le rôle et l'expérience des autres partenaires (système de compensation, employeur, etc.) sont peu étudiés. Des pistes de recherche sont proposées en ce sens.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	i
SOMMAIRE.....	iii
TABLE DES MATIÈRES.....	v
1. INTRODUCTION.....	1
1.1 Impacts de l'immigration sur la structure populationnelle.....	1
1.2 Immigration et diversité ethnoculturelle: questions de définition.....	2
1.3 Réadaptation au travail dans un contexte de diversité ethnoculturelle.....	4
1.4 Objectifs.....	5
1.5 Méthodologie.....	5
2. RÉSULTATS.....	9
2.1 Travailleurs immigrants et facteurs de risques associés à la SST.....	9
2.2 La notion d'appartenance ethnoculturelle en réadaptation.....	14
2.2.1 Facteurs qui entrent dans la composante « culturelle ».....	14
2.2.2 Culture et représentations de la douleur.....	15
2.2.3 Modalités d'intervention dans le contexte du pluralisme ethnoculturel.....	21
3. DISCUSSION.....	27
4. CONCLUSION.....	33
BIBLIOGRAPHIE.....	35
ANNEXE 1 : MOTS-CLÉS UTILISÉS POUR LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE SELON LES BLOCS THÉMATIQUES.....	43
ANNEXE 2 : BASES DE DONNÉES CONSULTÉES, NOMBRE D'ARTICLES ET ARTICLES RETENUS POUR LA RECENSION, L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ ET L'ANALYSE DE CONTENU.....	45
ANNEXE 3 : GRILLES D'ÉVALUATION DES ARTICLES RECENSÉS.....	47
ANNEXE 4 : COMPARAISON DES ÉTUDES RETENUES PAR SUJET PRINCIPAL, TYPE D'ÉTUDE, LIEU, ÉCHANTILLON ET RÉSULTATS PRINCIPAUX.....	49

1. INTRODUCTION

L'absence prolongée du travail due à une lésion professionnelle a des impacts personnels, sociaux et économiques importants. Dans le contexte sociodémographique changeant des sociétés industrialisées, certains groupes peuvent se retrouver dans une situation de vulnérabilité accrue face aux risques d'incapacité prolongée. Sur la base de leur appartenance ethnoculturelle ou de leur statut d'immigrant, ces groupes peuvent présenter un risque relatif supérieur par rapport à la santé et à la sécurité au travail (SST) et par rapport à leur chance de réintégrer leur emploi dans un délai raisonnable et de manière durable. Pourquoi? Y a-t-il des situations, des contextes spécifiques de travail ou des éléments relatifs au système de santé et de compensation qui rendent ces groupes plus vulnérables que les autres? Si les déterminants de l'incapacité prolongée et du retour au travail sont relativement bien connus pour les travailleurs en général (ex. sévérité de la lésion, antécédents médicaux, aspects cognitifs et émotionnels, environnement de travail, etc.), il n'est pas toujours facile de connaître ou de comprendre la réalité vécue par les nouveaux arrivants et ceux qui, immigrants de longue date, font partie des dites « minorités ethnoculturelles ». Les enjeux sont de taille et il importe de bien cerner les contours de cette problématique.

1.1 Impacts de l'immigration sur la structure populationnelle

Les pays occidentaux industrialisés ont connu d'importants bouleversements sociodémographiques au cours des décennies qui ont suivi la fin de la Seconde Guerre mondiale. Après avoir connu une phase de forte natalité jusqu'au début des années 60, des États comme le Québec ont connu par la suite un fort déclin de la natalité; de même, l'amélioration de la condition de vie générale de la population a permis au Québec comme au Canada d'atteindre un des plus hauts niveaux d'espérance de vie parmi les nations industrialisées. Dans un contexte économique de croissance (les Trente Glorieuses) et de développement industriel, le Canada a dû faire appel à la main-d'œuvre étrangère pour répondre aux besoins de l'industrie en matière de force de travail. Si certains secteurs d'activité économique demandant peu de qualification comme le textile ont connu un net déclin par la suite, d'autres secteurs associés à la nouvelle économie ou à l'économie du savoir se sont développés nécessitant un apport de main-d'œuvre spécialisée que nous ne trouvons pas toujours dans notre bassin de population. Le Canada est vite devenu un pays attrayant pour des travailleurs du monde entier désireux de donner une nouvelle orientation à leur carrière professionnelle ou qui espèrent trouver des conditions de vie meilleures.

Des pays comme le Canada, les États-Unis, l'Australie, la Nouvelle-Zélande, souvent désignés comme des « pays d'immigration », comptent sur ces flux migratoires pour contrer un manque de main-d'œuvre qualifiée. Au Canada, avec le vieillissement de la main-d'œuvre et le faible taux de natalité, l'État doit faire appel à l'immigration pour éviter une croissance négative de la population et pour combler les besoins de main-d'œuvre de l'industrie [1]. En septembre 2009, le gouvernement du Québec lançait une « campagne de promotion de l'apport de l'immigration à l'essor du Québec » intitulée *L'immigration, c'est Bienvenue!*¹ Cette campagne annonçait une série de mesures en matière d'intégration en emploi et de francisation². Toutefois, les raisons

¹ Voir: <http://www.micc.gouv.qc.ca/fr/immigration-bienvenue/materiel-promotionnel.asp> visité le 21 octobre 2009.

² Voir: <http://www.micc.gouv.qc.ca/fr/planification/plan-mesures.html>

d'immigrer sont variées et nul ne saurait parler des immigrants comme d'une catégorie homogène.

À cet effet, l'immigration à caractère économique représente 65% des immigrants au Québec en 2008, bien que le gouvernement du Québec définisse trois autres catégories: regroupement familial (2%) [2], réfugiés ou personnes en situation semblable (persécution ou crainte de persécution du fait de la race, de la religion, de la nationalité, de l'appartenance à un groupe social ou des opinions politiques)³ (10%) et d'autres immigrants reçus pour des motifs humanitaires ou d'intérêt public (victimes de catastrophes naturelles ou environnementales) (1,8%) [2].

L'immigration n'est pas un phénomène récent au Canada; depuis les premiers établissements français du 17^e siècle, le pays a connu des flux migratoires successifs sur lesquels le pays s'est construit et a pu se développer. Cependant, l'immigration était, jusqu'à une époque assez récente, principalement constituée de ressortissants européens (ex. Grecs, Italiens, Polonais, Britanniques, etc.). Ainsi, dans les années 1950, la plupart des immigrants au Canada proviennent d'Europe tandis qu'ils viennent principalement d'Asie au tournant du 21^e siècle [3], sauf pour le Québec où la défense du fait français amène le gouvernement québécois à favoriser l'arrivée de ressortissants de pays ayant le français comme langue officielle. C'est pour cette raison qu'au Québec, les immigrants en provenance de l'Afrique du Nord (Maghreb) et des Antilles sont plus fortement représentés que partout ailleurs au Canada [2].

En 2008, selon le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles [2], 45 264 immigrants reçus au Québec proviennent d'Afrique (30,4%, dont 17,7% du Maghreb), d'Asie (28,1%), d'Amérique (22,7%, dont 10,8% du Sud et 6,8% des Antilles) et d'Europe (18,6%). Ces immigrants sont jeunes (près de 70% ont moins de 35 ans), ils sont presque également partagés entre les hommes et les femmes, ils sont scolarisés (67% possèdent plus de 14 années de scolarité chez les 15 ans et plus) et sont presque tous regroupés dans l'agglomération de Montréal (près de 87%). En ce qui concerne les personnes nées en dehors du Canada, elles comptaient pour 5,4 millions de personnes au Canada (18,4%) et pour près de 707 000 personnes au Québec en 2001 (10%) [2]. L'apport des immigrants n'est pas qu'économique, il est social et culturel en même temps. Cela génère toutefois des questionnements en termes de capacité d'accueil et d'adaptation des structures en place pour favoriser un établissement plus efficace et sécuritaire des nouveaux arrivants. L'enjeu n'est pas qu'économique et souligne de nombreuses questions d'ordre éthique, de communication, de planification des soins et des services de santé.

1.2 Immigration et diversité ethnoculturelle: questions de définition

Au fil du temps, et à des degrés divers, les immigrants établis et leurs descendants ont constitué des communautés dites « ethnoculturelles » auxquelles prennent part à leur tour de nouveaux arrivants. La notion de communauté ethnoculturelle renvoie à un processus de construction identitaire (ethnicité) sur fond de culture partagée [4]. Le niveau d'ancrage et le type de référent culturel qui est mobilisé dans ce processus peuvent varier d'un groupe à l'autre et d'un individu à l'autre à l'intérieur d'un même groupe. Les référents culturels sont multiples: langue, région

³ Selon la définition de la Convention de Genève du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés.

géographique d'origine, pratiques religieuses et spirituelles, métiers, lignage ou classe sociale [5]. Plus encore, l'identification à une communauté ethnoculturelle témoignerait d'une distanciation volontaire ou non du modèle culturel dominant de la société de résidence et des valeurs historiques dont il est porteur [6]. Certes, ce processus de construction ethnoculturel peut témoigner du sentiment ambigu et parfois trouble qui traverse un nouvel immigrant, entre le désir de s'intégrer à la société d'accueil et la volonté de conserver le patrimoine ancestral de son pays d'origine. Même si la clarification des termes « culture » et « ethnie » existe dans les sciences sociales (anthropologie, sociologie, etc.), il est plutôt rare de trouver des définitions complètes dans les sciences de la santé et le champ de la réadaptation n'y fait pas exception. Même en anthropologie, les plus anciennes définitions, toujours d'usage, demeurent formelles et générales et recouvrent à peu près toutes les activités humaines, des systèmes de parenté aux techniques de chasse, en passant par la cosmologie et les croyances médicales. Par exemple, la définition la plus souvent citée est tirée d'Edward B. Tylor qui définissait la culture comme un « tout complexe qui englobe les connaissances, les croyances, l'art, la morale, la loi, la tradition et toutes autres dispositions et habitudes acquises par l'homme en tant que membre d'une société » [7]. De facture plus récente, Clifford Geertz définissait la culture comme: « an historically transmitted pattern of meanings and embodied in symbols, a system of inherited conceptions expressed in symbolic forms by means of which men communicate, perpetuate and develop their knowledge about and attitudes toward life.» [8]. Plus qu'un ensemble de connaissances et de pratiques, les définitions plus contemporaines de la culture comprennent un processus d'échange et de socialisation par lequel chaque être humain apprend les codes qui lui servent à communiquer ses joies, ses peines, ses préoccupations, sa détresse, ses croyances relatives à la santé et à la maladie et ses préférences en matière thérapeutique et la manière de construire l'idée même de santé et de maladie.

En contraste, l'ethnicité réfère surtout au sentiment d'appartenir à un groupe culturel donné [9]. Cette distinction est importante puisqu'elle permet de camper la culture dans l'ordre du collectif, à la différence du sentiment d'identité ethnique qui demeure dans l'ordre de l'individualité [10]. Certains individus peuvent avoir pleinement conscience de la portée identitaire de leurs actions et de leurs préférences (ex. préférences en matière de soins médicaux à privilégier), d'autres non. Dans les deux situations, l'individu a intégré au préalable, et ce, tout au long de son processus d'apprentissage et de ses différentes expériences de vie, un ensemble de valeurs, de normes et de prescriptions qui l'orientent dans ses choix et qui influencent sa manière d'être et de réagir aux autres personnes et aux différentes circonstances (ex. blessure, douleur, etc.). L'anthropologie a servi des mises en garde contre certains usages du concept de « culture », notamment lorsque l'on se sert de la culture pour expliquer en dernière analyse des différences de comportement ou de perception pouvant masquer des clivages entre les classes sociales, des rapports de pouvoir qui régissent les rapports sociaux, les clivages entre les genres et les différentes idéologies qui s'affrontent dans une société ou à l'intérieur d'un même environnement culturel [4, 11].

Ainsi, les personnes qui composent les communautés ethnoculturelles ne font pas nécessairement partie de la catégorie des immigrants, bien qu'elles contribuent à la diversité culturelle du pays. Certains groupes ethnoculturels comme les Italiens, les Grecs, les Chinois, les Libanais ou les Juifs de diverses nationalités, à titre d'exemple, ont une assez longue histoire de peuplement au Québec et au Canada et ont développé au fil des décennies des communautés très structurées avec des médias écrits et parlés distincts, des institutions culturelles et religieuses et, enfin, des cliniques et des hôpitaux qui tiennent compte des savoirs médicaux qui se sont développés

historiquement dans le pays d'origine (ex. médecine énergétique chinoise, acupuncture, Âyurveda indien, etc.). Les enfants issus de parents immigrants intègrent la vision du monde propre à leurs parents et l'héritage et l'expérience culturelle de ces derniers tout en intégrant le *modus operandi* de la société d'accueil.

Quand un immigrant arrive dans un nouveau pays pour s'y établir, il apporte avec lui tout un bagage d'expériences qui relèvent souvent d'un apprentissage culturel. Sa trajectoire de migrant pourra confronter ses valeurs avec celles de la société d'accueil dont il ne maîtrise pas toutes les caractéristiques. Quand un immigrant arrive dans un nouveau pays, il peut s'adapter rapidement aux formes vestimentaires, aux lois en vigueur, sans nécessairement abandonner les représentations du monde qu'il a acquises et qui sont constitutives de la personne qu'il est devenu au fil du temps. Sans préjuger du caractère fondé ou erroné de certaines représentations culturelles relatives à la santé ou à la maladie, disons d'emblée que ces différences doivent être mieux comprises pour faciliter la communication interculturelle [12]. Dans le domaine des sciences sociales, il est admis depuis longtemps que la culture joue un rôle déterminant dans la construction d'une relation thérapeutique et qu'elle peut avoir une incidence sur l'efficacité du traitement proposé et sur le jugement clinique des intervenants en santé [13]. En anthropologie médicale, la publication par Arthur Kleinman en 1980 de *Patients and Healers in the Context of Culture* jette le coup d'envoi d'une nouvelle manière d'aborder la relation thérapeute-patient [14]. Cet ouvrage sert encore aujourd'hui de référence pour aborder la représentation de la maladie en contexte clinique et pour fournir aux patients des solutions adaptées à leurs besoins spécifiques, cliniques, mais aussi relationnels et affectifs.

1.3 Réadaptation au travail dans un contexte de diversité ethnoculturelle

La recherche en réadaptation au travail a connu des progrès importants depuis une vingtaine d'années, en reconnaissant notamment le caractère multifactoriel des déterminants de l'incapacité prolongée et du retour au travail [15]. Il a été démontré que le processus de réadaptation au travail implique différents partenaires sociaux (ex. milieu de travail, tiers payeur, milieux cliniques, etc.). Ces partenaires, ou « parties prenantes », peuvent avoir des objectifs qui entrent en contradiction les uns avec les autres et pouvant même engendrer des litiges médico-légaux [16, 17]. De même, la communication et l'échange d'information entre les partenaires peuvent souffrir d'un manque de transparence et des frictions peuvent survenir [18, 19]. À ces facteurs s'ajoute un ensemble de facteurs relatifs à l'environnement et à l'organisation du travail: précarité, lien d'emploi, exigences, autonomie et soutien des superviseurs [20-23].

Des facteurs psychosociaux peuvent également influencer le processus, comme la qualité de vie en général, le niveau d'activités maintenu, la prise en charge précoce de l'incapacité et d'autres variables sociodémographiques comme le genre, l'âge et le niveau d'instruction [24]. Les représentations (incluant croyances et perceptions relatives à la santé, la maladie ou la douleur), influencent également le processus de réadaptation [25]. Les croyances relatives aux causes de la douleur, à la perception d'incapacité, au rôle des cliniciens, à l'issue du traitement, etc., sont autant d'éléments de la représentation qui sont susceptibles d'induire chez le travailleur une attente ou un comportement distinctif [26]. Selon les croyances, le rapport à la douleur change, de même que le rapport au corps et aux différentes modalités d'intervention proposées [27].

L'influence de l'appartenance ethnoculturelle des travailleurs sur le processus de retour au travail ajoute un niveau de complexité à ces différents facteurs tout au long du processus de réadaptation et de retour au travail, mais elle a été relativement peu étudiée dans ce contexte. Cette influence peut être appréhendée dans une première approximation, d'une part, sous l'angle de la SST et d'autre part, sous celui des différentes modalités d'intervention qui sont proposées, en considérant le rapport à la douleur des travailleurs qui ont subi une lésion professionnelle [28].

1.4 Objectifs

De manière générale, ce bilan des connaissances sur la problématique « *appartenance culturelle et processus de retour au travail* » vise à :

- Identifier et décrire les thématiques qui émergent des travaux de recherche qui ont exploré les questions relatives à l'influence de l'appartenance culturelle sur le processus de réadaptation et de retour au travail.

De manière plus spécifique, il vise à :

- Identifier et décrire les principaux facteurs qui influencent le processus de réadaptation ou de retour au travail chez les patients issus de l'immigration ou des minorités ethnoculturelles;
- Identifier les principaux modèles d'intervention proposés par les auteurs pour faciliter et optimiser la prise en charge de la clientèle immigrante ou issue des minorités ethnoculturelles et favoriser une meilleure compréhension des réalités propres à cette catégorie de travailleurs.

1.5 Méthodologie

Pour réaliser ce bilan des connaissances, une recension des écrits de langues anglaise et/ou française a été réalisée en utilisant une série de mots-clés sur différents moteurs de recherche. Des critères d'inclusion et d'exclusion ont été définis pour circonscrire les documents à analyser. Une grille d'analyse et d'évaluation des études a également été utilisée afin de ne retenir que les études dont la qualité est jugée suffisante. Toute cette démarche est décrite en détail dans les pages qui suivent.

Développement et validation des mots-clés.

La thématique de l'appartenance culturelle et de son influence sur le processus de réadaptation et de retour au travail chevauche d'autres thèmes comme la santé et la sécurité du travail chez les travailleurs immigrants ou issus des minorités ethnoculturelles, ainsi que le thème des représentations culturelles de la santé et de la maladie. Pour permettre un survol le plus complet possible de la littérature sur la thématique de l'influence de l'appartenance ethnoculturelle sur le processus de réadaptation et d'autres thèmes qui s'y rapportent, deux principaux blocs ont été constitués: 1) les travailleurs immigrants et la SST et 2) l'appartenance ethnoculturelle et la

réadaptation au travail. Les détails de l'agencement des mots-clés (opérateurs logiques ET/OU) sont décrits dans le tableau de l'annexe 1.

Recherche documentaire

Les index bibliographiques suivants ont été consultés: PubMed, Ingenta, bases de données du Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail (CCHST), Ergonomics Abstracts, OSH Update et les bases de données de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). La recherche documentaire a été effectuée avec une bibliothécaire spécialisée en santé et sécurité du travail. Les listes des références des articles retenus ont été consultées afin de s'assurer qu'aucune étude n'a été oubliée. Les bases de données consultées et le nombre d'articles qui s'y rapporte, ainsi que le nombre d'articles retenus pour l'évaluation de la qualité et l'analyse de contenu sont présentés aux tableaux de l'annexe 2. Une recension manuelle a également été effectuée à partir de la lecture des références bibliographiques présentées par les auteurs, ainsi qu'une recension globale des rapports de recherche publiés par les principaux organismes de recherche et de promotion de la SST (ex. NIOSH, HSE, Agence européenne, etc.).

Définition des critères d'inclusion

Les principaux critères d'inclusion sont: a) les articles, rapports ou chapitres de livre doivent aborder les déterminants du processus de réadaptation au travail dans la perspective des travailleurs immigrants ou des personnes qui proviennent de divers horizons ethnoculturels; b) les travailleurs doivent suivre ou avoir suivi un programme de réadaptation (axé ou non sur le retour au travail); c) les articles doivent avoir été publiés dans des revues avec comité d'évaluation par les pairs (*peer review*) depuis les vingt dernières années, soit de 1990 à 2011, moment où le paradigme biopsychosocial de l'incapacité a commencé à faire son entrée en réadaptation au travail pour se substituer au paradigme biomédical. Comme la question des travailleurs immigrants et la SST ne constitue pas le sujet principal de ce bilan des connaissances, et bien qu'elle puisse apporter malgré tout des éléments de compréhension complémentaires, seules les recensions des écrits ont été retenues afin de nous assurer de faire le tour de la question.

Lectures et analyses

Les articles ou les rapports qui répondent aux critères d'inclusion ont été évalués au fur à mesure de la progression des lectures, et ce, à partir d'une grille d'évaluation (qualitative et quantitative) qui a déjà été développée par l'auteur (voir annexe 3) [29]. Cette grille comporte des critères portant sur la description de l'échantillon, le type de lésion, les instruments de mesure utilisés, la description des analyses statistiques ou qualitatives, la validité interne ou externe des résultats (recherches quantitatives), la cohérence interne et la transférabilité des résultats, etc. Seuls les articles et les rapports qui répondent aux critères de qualité seront retenus dans la présentation finale du bilan des connaissances. Vingt points étaient accordés aux études qualitatives et 17 points aux études quantitatives; un seuil minimal de 12 et de 10 était jugé nécessaire pour retenir les études recensées, soit une note de 60%.

Un premier tableau synoptique des études recensées a été produit et comprend l'auteur principal, le sujet (identifié de manière inductive selon les thématiques émergentes), le type d'étude

(qualitative/quantitative, recension des écrits, essai théorique), le pays, l'année de réalisation, la taille de l'échantillon et le type d'échantillonnage (aléatoire, stratifié, opportun, théorique), le diagnostic (s'il y a lieu), la phase de la douleur (s'il y a lieu), la qualité de l'étude et les principaux résultats (voir le tableau synoptique de l'annexe 4).

Au total, 783 articles ont été recensés. Les travaux du bloc 1 portant sur les travailleurs immigrants et la SST contiennent 438 documents tandis que les travaux du bloc 2 sur l'appartenance ethnoculturelle et la réadaptation au travail contiennent 345 documents. Après l'élimination des doublons, une évaluation sommaire de la pertinence des documents obtenus et l'ajout d'un document pour chaque bloc, 4 travaux ont été retenus pour le bloc 1, et 27 travaux pour le bloc 2.

L'analyse de contenu du matériel retenu s'inspire de l'approche de la théorisation ancrée (*grounded theory*). La théorisation ancrée fait partie du large éventail des méthodes de recherche qualitatives. À partir d'une analyse inductive des données empiriques, elle vise à « faire ressortir » les thèmes qui émergent des données ou du matériel à l'étude [30]. La démarche est dite « itérative » en ce sens qu'elle permet au chercheur d'effectuer un retour constant sur le matériel analysé afin de préciser, à la lumière des autres documents étudiés, si les concepts émergents sont toujours adéquats, cohérents ou représentatifs du contenu à l'étude. Glaser, un des fondateurs de la théorisation ancrée, appelait cela « une approche en spirale » [31]. La présentation des résultats au chapitre suivant et la construction du schéma conceptuel sont issues de ce type de démarche analytique.

2. RÉSULTATS

La présentation des résultats est divisée en deux grandes sections: la première (2.1) rend compte des principales thématiques qui émergent des recensions d'écrits sur les travailleurs immigrants et les facteurs de risque en SST, et la seconde (2.2) expose les principaux thèmes qui ressortent des études portant sur l'influence de l'appartenance ethnoculturelle sur le processus de réadaptation au travail.

Les 31 documents recensés dans ce bilan des connaissances sont synthétisés dans le tableau synoptique en annexe 4. Ce tableau comprend: l'auteur principal, le sujet, le type d'étude (qualitative/quantitative, recension des écrits, essai théorique), le lieu où s'est déroulé l'étude, l'échantillon (nombre et type d'échantillonnage), le type de lésion (incluant le siège de la lésion et la phase de lésion s'il y a lieu), une appréciation globale de la qualité scientifique de l'article ou du rapport de recherche (voir en cela les grilles d'évaluation en annexe 3 qui ont été utilisées à cette fin) et, enfin, les résultats principaux.

2.1 Travailleurs immigrants et facteurs de risques associés à la SST

Quatre recensions des écrits ont été retenues pour documenter la problématique des travailleurs immigrants et les risques associés à la SST [32-35]. De manière générale, les risques relatifs à la SST sont bien connus bien que certains groupes sociaux, par leur position ou leur statut social, semblent plus vulnérables que d'autres aux risques liés à la SST. Les travailleurs immigrants sont généralement définis comme une catégorie de travailleurs dits vulnérables⁴. Plusieurs facteurs de risques ou situations expliquent pourquoi cette catégorie de travailleurs apparaît comme plus vulnérable. Les recensions des écrits qui ont été retenues dans ce bilan des connaissances et qui abordent les questions relatives aux travailleurs immigrants et la SST en font ressortir plusieurs.

L'analyse de ces recensions des écrits révèle sept (7) principaux thèmes qui nous informent sur les difficultés rencontrées par les travailleurs immigrants lorsqu'ils expérimentent le marché du travail. Pour faciliter la compréhension de ces thèmes, nous les avons regroupés en catégories plus générales, catégories dont l'appellation s'inspire directement du contenu des articles et rapports recensés. Ces thèmes peuvent ainsi se regrouper autour de quatre catégories plus générales exposées au tableau 1 plus bas. Ces quatre catégories décrivent une hiérarchie de niveau d'approche qui va d'une dimension plus macrosociale vers une dimension microsociale, c'est-à-dire qui enveloppe des éléments de structure (ex. disparités sociales en matière de SST), contextuel (ex. contexte de travail), relationnel (ex. relations de travail) et personnel (ex. connaissance du système, compétences linguistiques).

⁴ À titre d'exemple, l'*Institute for Work & Health* (IWH) de Toronto, le *National Institute for Occupational Health* (NIOSH) des États-Unis et le *Health & Safety Executive* (HSE) de Grande-Bretagne sont des organisations vouées à la SST et qui utilisent la notion de « travailleurs vulnérables ». On retrouve six catégories distinctes de travailleurs: 1) travailleurs immigrants, 2) jeunes travailleurs, 3) travailleurs vieillissants, 4) femmes, 5) personnes handicapées, 6) travailleurs migrants temporaires.

Tableau 1 : Thèmes liés aux travailleurs immigrants selon le niveau d'approche

		Thèmes
Niveau 1 (structurel)	Disparités sociales en matière de SST	-Accès aux soins et à un régime de compensation
Niveau 2 (contextuel)	Contexte de travail	-Concentration dans des secteurs à haut risque -Concentration dans les PME -Division du travail
Niveau 3 (relationnel)	Relations de travail	-Harcèlement et discrimination
Niveau 4 (personnel)	Connaissance du système Compétences linguistiques	-Méconnaissance des lois et des droits des travailleurs -Barrières linguistiques (et culturelles)

Niveau 1 (structurel). Disparités sociales en matière de SST

Un premier niveau dit structurel se rapporte aux disparités sociales en matière de SST. À ce niveau plus général, les articles recensés rapportent des écarts significatifs par rapport à l'accès aux soins et à un régime de compensation. Des variables socioéconomiques ou sociodémographiques influencent la vulnérabilité de ces travailleurs comme le niveau de scolarité, les compétences linguistiques, l'appartenance ethnoraciale, le genre et le revenu. Ainsi, aux États-Unis, l'accès aux soins et à un régime de compensation n'est pas également réparti et les travailleurs immigrants ou identifiés comme « minorités ethnoraciales » en sont plus touchés [35]. Ce sont souvent les populations hispanophones et afro-américaines qui sont le plus souvent citées en exemple. De plus, au moment de publier sa recension des écrits, McCauley rapportait l'existence aux États-Unis d'un délai de carence de 5 ans (ou jusqu'à l'obtention de la citoyenneté) pour les travailleurs immigrants avant d'avoir accès aux programmes d'assistance gouvernementaux. Dans une recension de 48 écrits publiés entre 1990 et 2005 et portant sur les travailleurs immigrants des pays reconnus pour leur recours massif à l'immigration (dont le Canada, les États-Unis et l'Australie), Ahonen et ses collègues tentent de brosser un portrait général sur la nature des disparités sociales en matière de SST. Ces chercheurs constatent que les accidents de travail et les accidents mortels chez les immigrants présentent un taux plus élevé que dans la population non-immigrante [32]. Ils constatent également que les travailleurs immigrants sont plus sujets à l'exposition aux produits toxiques et à la détresse psychologique. Ahonen et ses collègues précisent que la plus forte occurrence des blessures est fonction de la forte concentration des travailleurs immigrants dans des secteurs d'activité à haut risque. Ils ajoutent qu'au lieu d'axer la prévention en SST sur le travailleur individuel (comportements individuels), les campagnes de promotion et de sensibilisation en SST devraient s'intéresser à l'environnement de travail et aux facteurs externes comme les aspects sociaux, culturels ou économiques pour viser des groupes cibles et des secteurs spécifiques [32]. Chez Ahonen et ses collègues, la problématique des travailleurs immigrants en SST chevauche les thèmes des relations asymétriques de pouvoir au sein des entreprises (entre employés qui occupent des postes similaires), la stratification sociale et les inégalités sociales prises au sens plus large (accès à l'éducation, au logement, qualité de vie, etc.).

Niveau 2 (contextuel). Contexte de travail

Les recensions de Ahonen [32] et de McCauley [35] auxquelles s'ajoute celle de Benach et ses collègues [33], attribuent la vulnérabilité accrue des travailleurs immigrants au contexte de travail de ces derniers. Ce niveau contextuel se rapporte à trois thèmes principaux : la concentration des travailleurs immigrants dans des secteurs à haut risque de lésions professionnelles, la concentration de ces travailleurs dans de petites et moyennes entreprises et la précarité générale de l'emploi qui touche les travailleurs immigrants dans ce type d'entreprises. Les secteurs de la construction, de l'agriculture et des services sont identifiés comme des secteurs où les risques liés à la SST sont plus élevés. Aux États-Unis, ces secteurs seraient plus largement occupés par les immigrants [32]. Il y aurait même un profil d'occupation selon les groupes ethniques: les immigrants hispanophones dans les secteurs agricoles et de la construction, et les Asiatiques dans le commerce au détail, les ateliers de couture et de pressurage, les manufactures, etc. [35]. McCauley constate que le contexte de travail de ces travailleurs n'est pas toujours favorable à la mise en place de bonnes pratiques en matière de SST ou de formation (équipements de protection, manutention des produits chimiques, etc.). Benach et coll. ajoutent que la concentration dans certains secteurs à risque plus élevé s'accompagne d'une tendance à occuper des postes peu rémunérés, précaires et demandant peu de qualifications [33]. Le même constat est rapporté dans une recension des écrits produite par l'Agence européenne en SST [34].

Niveau 3 (relationnel). Relations de travail

En plus d'identifier des facteurs d'ordre structurel et contextuel qui rendent certains groupes plus vulnérables que d'autres en matière de SST, McCauley [35] décrit des facteurs d'ordre relationnel qui peuvent fragiliser les travailleurs en général et qui toucheraient plus particulièrement les travailleurs immigrants. Il s'agit notamment du phénomène du harcèlement et de la discrimination [34]. Si le contexte de travail est peu propice à la mise en place de politiques de SST, de mesures de prévention et de formation aux employés, les travailleurs qui sont victimes d'un accident ou d'une lésion professionnelle subiraient des pressions pour ne pas déclarer un incident causant blessure ou lésion, du moins, à ne pas le déclarer comme résultant d'une activité de travail [35].

De plus, il s'installerait un climat de peur chez ces travailleurs qui voudraient déclarer une blessure, mais qui hésitent ou qui endurent leur douleur par crainte des représailles ou de peur d'être congédié ou de s'enliser dans des problèmes médicaux-légaux [33-35]. Chez les travailleurs immigrants, la discrimination ethnoraciale s'ajoute à la complexité du problème [34]. L'Agence européenne rapporte un autre phénomène qui peut surprendre : il s'opérerait également une forme de division du travail au sein d'une même entreprise, les travailleurs immigrants se voyant confier ou acceptant des tâches plus exigeantes physiquement [34]. Cependant, l'étude de l'Agence ne permet pas de dire si ce phénomène est largement répandu ou constituant au contraire, un fait isolé ou marginal.

Niveau 4 (personnel). Connaissance du système et compétences linguistiques

Le niveau personnel d'approche de la SST en relation avec les travailleurs immigrants se rapporte à la connaissance du système (de santé, de compensation) et des lois en matière de SST (ex. Code du travail, LATMP, etc.). Les travaux recensés dans ce bilan des connaissances

rappellent deux thèmes spécifiques : la méconnaissance des lois et du droit en vigueur et les barrières linguistiques et culturelles qui peuvent limiter l'impact et l'accès aux formations en SST (lorsque celles-ci sont offertes). Chez Ahonen et ses collègues, il apparaît que le facteur qui influence le plus la diminution des accidents et des lésions professionnelles n'est pas tant le fait d'avoir suivi une formation SST que d'avoir suivi cette dernière dans une langue comprise [32]. Il est possible que les travailleurs possèdent un niveau suffisant de compétences linguistiques dans la langue officielle ou d'usage dans le pays d'accueil sans que ce niveau soit suffisant pour intégrer le contenu d'une formation. Cela signifie que des travailleurs allophones maîtrisant peu ou mal la langue du pays d'accueil n'ont pas de bénéfices à tirer d'une telle formation. Plus encore, ces barrières linguistiques rendent ces travailleurs vulnérables sur le terrain en ne comprenant pas ou en comprenant mal les consignes qui sont données en matière de SST [32, 34-36]⁵. Dans l'ensemble, les quelques recensions des écrits qui portent sur les travailleurs immigrants et le risque en SST soulignent la question des barrières linguistiques et culturelles, mais l'accent est surtout porté sur les facteurs linguistiques. Pour mieux comprendre l'importance de la notion de culture, il faut se référer aux études du bloc 2 qui ont fait l'objet d'une stratégie de recherche documentaire différente, intégrant une plus grande diversité d'approches méthodologiques.

Remarques sur la question des travailleurs immigrants et les risques en SST

Les quelques recensions des écrits qui ont été intégrées à ce bilan des connaissances révèlent un certain nombre d'enjeux relatifs aux travailleurs immigrants et les risques en SST. Les thèmes qui sont le mieux documentés ont été présentés plus haut. D'autres thèmes moins bien documentés ont été aussi abordés par les auteurs. Benach et ses collègues abordent le phénomène du travail en marge des réseaux formels de l'emploi (travail informel, « irrégulier ») [33] et de l'exclusion sociale qui guette plus particulièrement cette catégorie de travailleurs⁶. Par exemple, les possibilités de reclassement peuvent être plus limitées chez les ouvriers peu qualifiés tout comme la reconnaissance parfois ardue des diplômes ou des équivalences peut avoir un impact sur la santé psychologique de ces travailleurs.

Par ailleurs, il faut préciser que les travailleurs immigrants ne forment pas une catégorie homogène et ne reposent que sur le critère de naissance à l'étranger ou au Canada. Comme pour l'ensemble de la population active, de nombreuses variables sociodémographiques ou socioprofessionnelles influencent le parcours personnel des travailleurs sur le marché de l'emploi et leur exposition aux risques relatifs à la santé en général et à la SST en particulier. Chez les

⁵ Il est intéressant de noter que des différences non-linguistiques peuvent survenir par rapport à la perception des signaux de sécurité. Une étude comparative transculturelle menée par des chercheurs du *Centre for Disability Research* de la compagnie d'assurance américaine *Liberty Mutual* a en effet établi une relation entre l'appartenance culturelle et l'identification des risques et des signaux dangereux. Par exemple, la couleur rouge est largement associée au danger dans le monde occidental (et utilisée d'ailleurs à cette fin d'identification des dangers réels ou potentiels), mais représente le bon augure dans le monde chinois [37].

⁶ À plus forte raison lorsque leur durée de séjour est inférieure à cinq ans. À ce sujet, les statistiques officielles du Québec montrent un taux d'inactivité et de chômage significativement plus élevé chez ces immigrants. Les immigrants dont la durée de séjour est de plus de dix ans présentent un taux de chômage de 8,1% qui se rapproche de la moyenne québécoise qui se situe à 7,2% pour la période 2006-2008, contrastant avec le taux de chômage de 18,1% qui touchent les immigrants dont la durée de séjour est égale ou inférieure à cinq ans.

(http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/famls_mengs_niv_vie/tendances_travail/a002_2006-2009.htm)

travailleurs immigrants, les profils socioéconomiques peuvent varier selon les groupes ethniques comme le rapporte McCauley [35]. Par exemple, les immigrants en provenance du continent asiatique seraient plus instruits que les autres immigrants en général [35]. Une meilleure connaissance du parcours d'immigration selon les groupes ethniques pourrait aider à fournir une meilleure compréhension des « patterns » ou des tendances d'intégration en emploi [35].

Les études qui sont rapportées dans cette section abordent toutes la question de la concentration des immigrants dans des secteurs spécifiques identifiés comme étant à plus haut risque de lésions professionnelles. Peut-être y a-t-il lieu de penser cette concentration comme un passage obligé vers une amélioration progressive des conditions de travail et d'existence en général. Pour cela, il faut des études longitudinales pour suivre une cohorte de travailleurs immigrants dans le temps et évaluer s'il existe une mobilité intersectorielle ou des possibilités d'ascension au sein d'une même entreprise (et en identifier les facteurs).

Sur la connaissance approfondie de la problématique des travailleurs immigrants et la SST, les documents recensés stipulent que la réalité de ces derniers est encore mal connue et qu'il faut poursuivre les recherches pour broser un tableau plus complet de cette réalité [32-35]. Sur les enjeux propres à la réadaptation, les auteurs sont moins prolixes. Il existe en effet très peu d'études sur l'expérience de ces travailleurs lorsqu'ils entrent dans le système de compensation et sur les processus de réadaptation physique, professionnelle ou sociale qui caractérisent l'expérience de ces travailleurs après avoir subi une lésion professionnelle ayant causé de l'incapacité au travail⁷. Une étude récente de Sylvie Gravel et ses collègues [38] aborde le parcours de compensation d'un groupe de travailleurs immigrants de la région de Montréal au Québec (Canada) et révèle des faits étonnants : leurs demandes d'indemnisation sont plus souvent rédigées par l'employeur ou par un membre de la famille (58% chez les immigrants vs. 8% chez les travailleurs nés au Canada), les demandes d'indemnisation des travailleurs immigrants sont plus souvent contestées (64% vs. 24%) et ils sont moins propices à recevoir un diagnostic précis (64% vs. 42%). Les études qui font partie de ce bilan indiquent que les travailleurs immigrants auraient une vulnérabilité accrue par rapport aux risques d'incapacité prolongée. Toutefois, ceci n'est présenté qu'à titre hypothétique même si cela peut sembler logique étant donné la fragilité, la précarité et les multiples barrières dont ces travailleurs ont à faire face tout au long de leur processus d'intégration. Dans ces études, les barrières culturelles ont été abordées de manière succincte, souvent assimilées aux barrières linguistiques, comme des pistes de recherche à approfondir. Dans la section suivante, et après avoir adopté une stratégie d'enquête documentaire différente (voir la section sur la méthodologie), d'autres études ont été recensées et retenues pour documenter le rôle et l'importance de la notion d'appartenance ethnoculturelle en recherche et en intervention en réadaptation. Rappelons que seules les recensions des écrits ont été retenues dans ce bloc portant sur les travailleurs immigrants et les risques en SST. Le bloc suivant sur la notion d'appartenance ethnoculturelle en réadaptation ratisse plus large et couvre un plus large spectre de types d'études. Dans les deux blocs, une analyse de contenu inspirée de la théorisation ancrée a été utilisée.

⁷ Des travaux menés par des chercheurs canadiens de l'*Institute for Work & Health* sont actuellement en cours. Voir les projets intitulés : « Injured immigrants workers' experience » (projet 273) et « Immigrant Workers' Experiences after Work-related Injury in British Columbia: Identifying Key Questions and Building Research Capacity » (projet 258). Voir : www.iwh.on.ca/projects/injured-immigrant-workers-experiences et http://www.worksafebc.com/contact_us/research/funding_decisions/changing_nature_work.asp

2.2 La notion d'appartenance ethnoculturelle en réadaptation

Vingt-sept articles ont été retenus pour traiter de la notion d'appartenance ethnoculturelle en réadaptation, suivant la procédure décrite dans la section sur la méthodologie. Si le lien entre la culture et la santé est documenté depuis longtemps, ce lien a été relativement peu documenté en réadaptation et à plus forte raison lorsqu'il s'agit de réadaptation au travail. Les articles retenus dans ce bilan et qui abordent ces questions font ressortir plusieurs enjeux, tantôt orientés vers la théorie et le développement du cadre conceptuel, tantôt en abordant des questions cliniques bien précises. En appliquant le principe de « condensation »⁸ qui s'applique dans l'analyse qualitative, le contenu des articles a été ramené autour de trois grands axes principaux :

- les facteurs qui entrent dans la « composante culturelle »;
- la culture et les représentations de la santé, de la maladie ou de la douleur;
- les modalités d'intervention en réadaptation dans le contexte du pluralisme ethnoculturel.

Cet axe se divise en trois éléments :

- la critique des modèles utilisés en réadaptation;
- les modalités d'intervention préconisées dans la littérature;
- la notion de « compétence culturelle » et son application dans le contexte de l'intervention en réadaptation.

2.2.1 Facteurs qui entrent dans la composante « culturelle »

Parmi les articles recensés qui abordent la réadaptation sous l'angle de la culture, un certain nombre propose une définition de la « culture ». Stanley Paul (1995) présente la culture en termes de déterminant : la culture détermine ou influence les comportements, les manières de pensées, les sentiments, etc. Recadrée dans le contexte de la réadaptation, la culture selon Paul détermine et guide le choix des activités thérapeutiques et insiste sur son caractère partagé et dynamique [40]. Valeurs, buts, intérêts, rôles sociaux, habitudes de vie, activités quotidiennes entrent également dans le champ sémantique de la culture selon cet auteur [40]. Maureen Fitzgerald est une autre auteure en réadaptation qui s'est penchée sur la définition de la culture : « culture is the learned, shared, patterned ways of perceiving and adapting to the world around us (our environment) that is characteristic of a population or society » [9]. Cette définition renvoie à des fonctions cognitive (mode de perception) et adaptative (mode d'adaptation) qui sont le fruit d'un apprentissage et d'un partage au niveau collectif [9].

Le texte de Fitzgerald insiste sur un domaine particulier de la culture qu'elle estime primordial dans l'orientation des conduites individuelles; il s'agit de la famille et plus particulièrement des « dynamiques familiales » [9]. Selon Fitzgerald, la famille constitue la « première unité culturelle » où s'effectuent les apprentissages et la transmission des valeurs [9]. Ainsi, selon Fitzgerald, il peut exister à l'intérieur d'un même groupe culturel différents « modèles familiaux »; ces modèles peuvent préconiser des valeurs ou des buts qui vont dans des directions opposées par rapport aux modèles thérapeutiques en vigueur dans les programmes de

⁸ Huberman et Miles définissent la condensation comme « l'ensemble des processus de sélection, centration, simplification, abstraction et transformation des données 'brutes' figurant dans les transcriptions des notes de terrain. » Ex. résumé, paraphrase, intégration dans une configuration plus large [39].

réadaptation [9]. Par exemple, un modèle familial peut favoriser l'autonomie d'un de ses membres aux prises avec une maladie ou un handicap quelconque alors qu'un autre modèle peut privilégier l'interdépendance et la sollicitude [9]. Dans un modèle familial axé sur l'interdépendance, les membres de la famille d'une personne souffrante pourront démontrer une plus grande sollicitude et seront amenés à jouer un rôle important dans le processus thérapeutique, y compris dans le processus décisionnel [9]. Toute cette question des modèles familiaux sera reprise plus loin lorsque la perception du rôle de la famille dans le processus thérapeutique sera abordée. De même, les questions relatives aux valeurs d'autonomie-(inter)dépendance seront abordées à la section sur la critique des modèles d'intervention. Aucun autre document recensé ne fournit d'autres éléments de définition de la notion de culture.

2.2.2 Culture et représentations de la douleur

Sur la même base méthodologique que celle qui a permis de dégager quatre axes principaux dans l'approche de la notion de culture en réadaptation, dix grands thèmes ont été identifiés dans l'analyse de contenu des articles recensés et retenus. Ces thèmes sont regroupés autour de cinq catégories et dont les appellations tentent de rester le plus possible au ras du texte pour demeurer fidèles au contenu des articles recensés.

Tableau 2 : Thèmes liés à la culture et à la réadaptation

Catégories	Thèmes
Attitudes et comportements relatifs à la douleur	-Attitudes et comportements relatifs à la douleur [41-43]
Perceptions relatives au traitement de la douleur	-Perception du traitement approprié [41, 44-46] -Motivation relative à la recherche d'un traitement et à l'adhérence à ce dernier [46, 47] - Attente d'efficacité d'un traitement donné [46, 48]
Perceptions d'incapacité au travail	-Perception de capacité à reprendre des activités professionnelles [48, 49]
Perception de soi	-Sentiment d'identité personnelle (perception de soi) [45]
Perception du rôle d'autrui durant le processus thérapeutique	-Perception des rôles familiaux (ex. présence familiale, rôles familiaux dans le processus thérapeutique, etc.) [9, 36, 45, 50]

Attitudes et comportements relatifs à la douleur

Les études recensées définissent deux groupes d'études: un premier qui jette un regard sur l'attitude et les stratégies d'ajustement à la douleur des clients selon leur appartenance ethnoculturelle et un second qui jette un éclairage sur la manière de répondre à la douleur chez les cliniciens selon leur propre origine ethnoculturelle.

1^o groupe : études sur les attitudes des patients

Quelques études recensées ont abordé les attitudes et les comportements relatifs à la douleur chez les patients/clients provenant des divers horizons ethnoculturels. Löfvander et ses collègues, par exemple, décrivent des types d'anxiété en lien avec le statut d'emploi auprès de deux groupes ethnoculturels en Suède [41], tandis que Calvillo et Flaskerud s'intéressent à l'expression différentielle de la douleur en questionnant la validité transculturelle des concepts en usage dans le monde de la réadaptation [42]. Bates et ses collègues montrent quant à eux que d'un milieu culturel à un autre l'attitude face aux approches psychosociales proposées peut varier énormément [44].

Löfvander et son équipe insistent sur les différentes attitudes face à la douleur [41]. Ces derniers comparent la réaction à la douleur auprès de deux groupes de travailleurs en Suède issus du bassin méditerranéen, mais provenant d'aires culturelles distinctes : la Grèce et la Turquie. Ces auteurs s'intéressent principalement aux manifestations d'anxiété relatives à l'expérience de la douleur en suivant l'approche de l'anthropologue médical Arthur Kleinman sur les « modèles explicatifs de la maladie » [14]. À partir d'entrevues semi-dirigées, les auteurs tentent de dégager des modèles pronostics selon le type d'anxiété manifesté. Ils observent une anxiété de *type I* définie comme la réaction d'une personne qui se concentre quasi exclusivement sur le sens et les conséquences de la douleur (causes perçues, conséquences à long terme, etc.) et une anxiété de *type II* définie par l'attitude d'une personne qui se concentre presque entièrement sur les symptômes ressentis. Dans le type I, Löfvander et ses collègues identifient un axe fatalisme/optimisme—pessimisme. Les travailleurs qui ont une représentation qui se situe sur le pôle fataliste/optimiste de la douleur croient que les incidents critiques qu'ils ont vécu en rapport à la douleur sont prédestinés ou relatifs à une « volonté divine », « ça devait arriver ainsi ». Cette forme de normalisation de la douleur donnerait de meilleures chances de retourner au travail que les travailleurs dont les représentations se situent sur le pôle dit pessimiste et qui sont nombreux à associer leur état douloureux à l'incapacité et à l'idée d'une « mort prématurée ». Les travailleurs associés au type I et qui se situent sur le pôle pessimisme présentent un pronostic plus négatif à la fin du traitement tandis que les travailleurs du type II centrés sur les symptômes douloureux présentent un pronostic négatif au début du traitement, mais seraient plus nombreux à réintégrer leur emploi à la fin du programme. Si l'étude de Löfvander et ses collègues ne permet pas de valider ces tendances à cause de la petitesse de l'échantillon, elle permet cependant d'extraire des pistes de recherche intéressantes, notamment sur le lien entre le type d'anxiété et le statut d'emploi. L'étude met aussi en relief le caractère changeant des représentations et l'importance de les étudier dans une perspective longitudinale.

De leur côté, Calvillo et Flaskerud effectuent une recension des écrits sur les croyances relatives à la douleur chez les Mexicains immigrés aux États-Unis en les abordant sous l'angle des attitudes face à la douleur et du pluralisme culturel [42]. Citant des études où il est question de

tolérance à la douleur en lien avec une forte expression de la douleur chez certains patients, les auteurs apportent une touche de relativisme en précisant qu'une plainte douloureuse (« crying out with pain », « moaning ») ou toute réponse émotionnelle à douleur que le clinicien pourrait juger comme excessive n'indique pas nécessairement une perte de contrôle sur la situation ou une demande d'intervention de la part du personnel soignant [42]. Selon eux, il faudrait distinguer une expression de la douleur qui vise à communiquer une demande de soins ou d'attention d'une expression de la douleur qui ne vise pas à communiquer avec l'entourage, mais qui vise plutôt le soulagement de la douleur [42]. Pour Calvillo et Flaskerud, cette attitude serait fréquente dans les milieux hispaniques américains et l'incapacité à comprendre un tel mode d'expression peut causer selon eux de l'incompréhension et, plus grave encore, des erreurs de jugement clinique [42].

2^e groupe : études sur les attitudes des cliniciens

Parmi les études du deuxième groupe qui ont été recensées, Maryann Bates et ses collègues comparent et dressent un portrait différentiel de l'usage du paradigme biomédical au sein de deux cliniques de réadaptation qui opèrent chacune dans un contexte culturel et géographique différent, soit en Nouvelle-Angleterre et à Porto Rico [44]. À partir d'une collecte de données quantitatives et qualitatives, Bates et son équipe décrivent des modalités d'intervention clinique considérablement différentes bien qu'elles s'appuient toutes les deux sur le paradigme biomédical [44]. Ainsi, les modalités d'intervention changent d'un environnement à l'autre: les cliniciens du centre de réadaptation située en Nouvelle-Angleterre semblent beaucoup plus influencés que leurs homologues Porto Ricains par la dualité corps-esprit; ils sont aussi moins réceptifs aux plaintes ou à la détresse émotionnelle de leurs patients et à l'intervention psychosociale que ces derniers pourraient nécessiter ou même réclamer. Au centre de Porto Rico, c'est *de facto* une approche holistique qui est pratiquée en intégrant dans le plan de soins aux travailleurs un *retour progressif au travail*⁹, une attention à la dimension émotionnelle de l'incapacité ainsi qu'aux facteurs environnementaux qui peuvent représenter un obstacle à la guérison ou au retour au travail [44]. Des accommodements informels sont ainsi favorisés ou encouragés. De manière similaire, les travaux de Ferreira et ses collègues abordent les attitudes et les croyances face à la douleur auprès de deux groupes d'étudiants en physiothérapie de niveau sous-gradué, l'un provenant du Brésil et l'autre provenant d'Australie [48]. Les auteurs ont administré à 618 étudiants australiens et à 153 étudiants brésiliens entre 1998 et 2001 le questionnaire *Health Care Providers' Pain and Impairment Relationship Scale* (HC-PAIRS) comprenant quinze énoncés. Ces étudiants n'avaient jamais été exposés à des patients souffrant de douleur chronique. De manière générale, les étudiants brésiliens se montraient plus souvent d'accord sur la nécessité d'interrompre ses activités pour ne pas risquer de se blesser davantage et plus fortement d'accord sur l'idée que la persistance des symptômes douloureux nuit à la qualité de vie et à la possibilité de reprendre des activités « normales » [48]. Sur le rôle des proches, les étudiants australiens étaient beaucoup plus enclins à s'en remettre à la responsabilité individuelle dans la cure plutôt qu'à la famille comme cela est apparu chez les étudiants brésiliens.

⁹ Le concept de *Retour progressif au travail* a été consigné dans d'autres travaux au Québec et fait l'objet d'une pratique d'intervention systématique, contrairement aux données de Bates où ce concept n'est pas énoncé comme tel bien que l'intervention décrite, plus intuitive, s'y apparente.

Dans une étude qualitative inspirée de l'observation-participante (ou ethnographie), Meershoek et ses collaborateurs (2011) observent pas moins de 250 consultations cliniques menées par six médecins du travail situés aux Pays-Bas [43]. Les auteurs rapportent et décrivent des situations d'interaction complexes qui amènent les cliniciens à surdéterminer l'influence de la culture et à faire des travailleurs immigrants (non-Européens) des catégories dites « problématiques ». Interrogés à ce sujet, les médecins conviennent du danger de l'usage d'outils d'analyse fondés sur l'appartenance ethnoculturelle quand, par exemple, la culture a préséance sur l'investigation diagnostique et la compréhension profonde de l'expérience du patient et des représentations de ce dernier. Cette catégorisation par les médecins contribue à créer une distance entre le « nous » et le « eux » et elle nuit en définitive à la relation thérapeutique [43]. Sans discréditer l'usage de catégories culturelles pour comprendre la réalité du patient, Meershoek et ses collègues émettent des mises en garde contre l'essentialisation et la généralisation des catégories culturelles et de l'étiquetage qui peut en résulter.

Perceptions relatives au traitement de la douleur

Les études recensées qui portent sur les perceptions relatives au traitement de la douleur dans le contexte du pluralisme ethnoculturel abordent les perceptions du traitement approprié [41, 44], les motivations relatives à la recherche d'un traitement et à l'adhérence à ce dernier [46, 47], et les attentes d'efficacité d'un traitement donné [46, 48].

En Suède, l'étude de Löfvander auprès de patients d'origine grecque ou turque en arrêt de travail prolongé rapporte une série de représentations du traitement approprié: repos/ne rien faire, massage, analgésiques ou la poursuite des activités physiques. L'usage des analgésiques est perçu comme nécessaire, mais sur une base temporaire seulement [41]. À ce chapitre, l'étude comporte des lacunes, car elle ne permet pas de problématiser davantage la perception du traitement idéal en fonction, par exemple, des types d'anxiété tels que décrits plus haut ou en fonction du statut d'emploi ou du contexte de travail ou des croyances sur les causes. Chez Bates et ses collègues, l'étude qui porte principalement sur les attitudes et les croyances du personnel soignant dans deux environnements culturels différents fait néanmoins ressortir la préférence en matière de traitement: focalisé sur l'intervention biomédicale en Nouvelle-Angleterre, les patients de cette clinique sont très souvent réfractaires aux approches psychosociales, auxquelles se joignent les thérapies cognitives-comportementales [44]. Les patients du Porto Rico acceptent beaucoup plus volontiers les approches psychosociales d'autant plus que les cliniciens de la clinique insistent davantage sur l'expression des émotions, sur les rapports sociaux et la mise en place d'accommodement au travail [44]. Ces auteurs abordent également les différences culturelles sous l'angle des variations intra-culturelles. Ces variations se comprennent, selon eux, à la lumière des différences socioéconomiques et du lieu de résidence (urbain-rural) bien que l'article en question ne permette pas de saisir comment ces facteurs socioéconomiques et géographiques peuvent se corrélérer à la perception du type de traitement idéal et à la réaction au traitement proposé. Dans l'ensemble, Bates et ses collègues arguent que c'est la présence et le niveau d'ancrage du dualisme corps-esprit qui détermine la réponse au traitement : une vision strictement biomédicale de la douleur chronique chez les patients peut générer des réserves, voire de la résistance, de la colère ou du désarroi par rapport aux approches psychosociales en croyant que le personnel soignant ne les croient pas vraiment (suggérant que ça se passe dans la tête) [44]. D'après Bates et ses collègues, devant l'échec des interventions biomédicales, un patient qui adhère à ce modèle va multiplier les visites médicales jusqu'à ce qu'ils « arrivent chez le bon médecin » qui lui prescrira les injections analgésiques locales (nerve blocks), les injections

stéroïdiennes ou la chirurgie [44]. La perception des causes apparaît donc comme un élément important à saisir pour comprendre la stratégie de recherche de solutions thérapeutiques, surtout dans un contexte de pluralité ethnoculturelle où des conceptions diverses et même opposées peuvent se présenter dans la rencontre clinique.

Dans la même optique, les travaux de Sloots et ses collaborateurs aux Pays-Bas explorent les raisons de l'abandon du traitement (ergothérapie) auprès d'une clientèle immigrante issue du Proche-Orient et du Nord-Africain [46]. Les principales raisons de l'abandon reposent sur une vision contradictoire du problème et de la solution à apporter. Les patients interrogés s'attendent à obtenir un diagnostic précis ainsi qu'une proposition de traitement qui s'oriente vers l'éradication complète de la douleur. Cette attente ne semble pas correspondre au traitement que les cliniciens interrogés sont en mesure d'offrir. Il en résulte un désaccord réciproque sur la finalité du traitement et donc une impossibilité de construire une relation de confiance entre les cliniciens et leurs patients [46]. Dans ce contexte, la non-adhérence au traitement apparaît comme le résultat d'une conjonction de facteurs relationnels et perceptuels antagoniques qu'il n'a pas été possible de dépasser.

Perceptions d'incapacité au travail

La perception d'incapacité au travail regroupe deux études recensées qui ont fait ressortir cette thématique. Il s'agit plus précisément de la perception de capacité à reprendre des activités professionnelles [48, 49]. En Suède, Norrefals et ses collègues ont étudié de manière longitudinale la perception de capacité auprès d'un groupe de travailleurs qui débutent un programme de réadaptation de huit semaines [49]. Près de la moitié des 72 personnes admises au programme étaient issues de l'immigration. En administrant le questionnaire IDEA (*Impairment and Disability Evaluation and Analysis*), les chercheurs ont constaté que, malgré des écarts considérables en matière de perception de capacité à retourner au travail, les deux groupes (natifs / nés à l'extérieur) présentaient des résultats similaires en termes de retour au travail. Toutefois, ils ont noté, après trois ans, des différences notables dans les habitudes relatives à la santé et à la gestion de la douleur : consommation d'analgésiques plus forte et niveau d'activité faible chez les travailleurs immigrés. En dépit de caractéristiques cliniques et de trajectoires médicales semblables, il était possible de noter des différences notables dans le parcours professionnel de chaque groupe, les immigrants étant principalement issus de milieux socioéconomiques moins favorisés et de catégories d'emploi peu qualifiées. Malgré des résultats similaires, les chercheurs estiment que des différences de perception (et les habitudes qui en découlent) peuvent limiter la compréhension des objectifs du programme et l'efficacité à long terme de ce dernier si ces différences de perception ne sont pas abordées de front.

L'autre étude qui aborde la perception de la capacité à retourner au travail a été réalisée par Ferreira et son équipe en Australie et au Brésil auprès d'étudiants de premier cycle en physiothérapie [48]. La thèse principale des auteurs suggère que des différences culturelles peuvent influencer les perceptions et la manière de s'adapter à la douleur et que ces différences peuvent aussi s'observer chez les cliniciens. Les étudiants devaient signifier leur degré d'accord ou de désaccord avec une série d'énoncés tirés du *Health Care Providers' Pain and Impairment Relationship Scale* (HC-PAIRS). Voici trois énoncés tirés du questionnaire: « Chronic pain patients can still be expected to fulfil work and family responsibilities despite pain », « Chronic back pain patients have to be careful not to do anything that might make their pain worse » ou encore « As long as they are in pain, chronic back pain patients will never be able to live as well as they did before ». Ainsi, les étudiants brésiliens en physiothérapie qui ont été interrogés

étaient plus souvent d'accord avec l'idée selon laquelle un patient en douleur doit limiter ses activités contrairement à leurs homologues australiens qui croyaient plus fortement à la nécessité de demeurer actif et de maintenir ses responsabilités professionnelles et familiales [48]. Comme l'étude de Bates citée plus haut, l'étude de Ferreira montre que l'analyse de la perception des cliniciens doit aussi être considérée dans la relation thérapeute-patient et que les différences de perception ne reposent pas seulement sur les épaules du patient. Le clinicien, comme le patient, est également issu d'un environnement social et culturel qui teinte ses valeurs et ses perceptions. C'est ce qui faisait dire à l'anthropologue François Laplantine un quart de siècle plus tôt que les représentations populaires de la santé et de la maladie ne sont jamais indépendantes du savoir scientifique et inversement, le savoir scientifique n'est pas indépendant des conditions culturelles et historiques dans lequel il évolue [51].

Perception de soi

La thématique de la perception de soi¹⁰ a été rapportée à deux reprises dans ce bilan des connaissances [29, 45]. Dans une étude qualitative de Rogers et Allison réalisée auprès de 32 patients d'origine afro-caribéenne et sud-asiatique¹¹ vivant dans le nord-ouest de l'Angleterre [45]. Outre la présentation de données épidémiologiques sur l'incidence et la prévalence des TMS auprès de ces deux groupes ethnoculturels, Rogers et Allison rapportent des données intéressantes sur les représentations de la douleur et sur l'impact de la douleur sur le sentiment d'identité personnelle. Dans cette étude, ce sont principalement les travailleurs d'origine sud-asiatique qui rapportent une perception de la douleur assez proche de la perception d'incapacité, car la perception de la douleur qui est dominante dans ce groupe est très liée aux impacts de la douleur sur l'environnement social ou personnel. Un sentiment d'identité personnelle altéré peut entraîner un sentiment de perte (« feeling of loss ») [45].

De manière similaire, la recension de Côté et Coutu [29], à laquelle nous avons également participé, aborde ces questions identitaires en y distinguant des enjeux propres à la construction sociale du genre qui peuvent être fortement teintées d'un vernis culturel [29]. Sur le plan sémiotique, la perception de soi apparaît comme étant étroitement liée à une perception de douleur incapacitante [29].

Perception du rôle d'autrui durant le processus thérapeutique

La perception du rôle d'autrui durant le processus thérapeutique est, à l'instar des autres catégories, un thème générique que nous avons construit durant l'analyse de contenu. Cette catégorie renvoie à deux thèmes spécifiques relatifs au processus de guérison : la perception du rôle de la famille dans ledit processus et la perception du rôle des cliniciens. La perception du rôle de la famille est abordée dans quatre articles [9, 36, 45, 54]. Interrogeant le personnel médical d'une clinique de réadaptation en traumatologie en Autriche, Dressler et Pills cherchent à identifier des barrières culturelles pouvant influencer la communication avec les patients [36].

¹⁰ La perception de soi désigne un processus par lequel un individu se définit lui-même, pour lui-même et en interaction avec son environnement social; désigné aussi par l'appellation de *sentiment d'identité personnelle* (« feeling of self-identity », « sense of self »), la perception de soi tente de faire correspondre un certain idéal de soi avec aux attentes et aux valeurs de la société [52]. Il est reconnu qu'un épisode d'incapacité prolongé ou la survenue d'une lésion chronique peut altérer considérablement cette perception de soi et l'anticipation du jugement d'autrui [53].

¹¹ De l'Asie du Sud ou sous-continent indien : Pakistan, Inde, Maldives, Népal, Bhoutan, Bangladesh et Sri Lanka.

Sans entrer dans les détails et les comparaisons interethniques, les auteurs rapportent que la présence familiale dans certains milieux culturels est perçue comme importante ou voire nécessaire au processus thérapeutique, nécessaire au processus de prise de décision et à l'accompagnement des malades [36]. Dans une recension des écrits qui s'apparente peut-être plus à un essai théorique, Fitzgerald rapporte la présence de valeurs familiales ou culturelles qui peuvent interférer avec la valeur de l'autonomie individuelle sous-jacente aux programmes de réadaptation. Ainsi, l'autonomie (appelée parfois « empowerment ») entre en collision avec les valeurs d'interdépendance qui sont portées au sein de certaines familles ou groupes culturels; ce qui peut être perçu comme aidant et porteur de réconfort chez les uns peut se traduire par l'idée d'une barrière à l'atteinte des objectifs thérapeutiques chez les autres [9]. De son côté, l'étude de Rogers et Allison rapportée plus haut (en ce qui a trait à la perception de soi) compare deux groupes ethnoculturels (Sud-asiatiques, Afro-caribéens) dont la perception de la prise en charge de la douleur fait écho à une perception du rôle de la famille [45]. Dans leur étude comparative, les chercheurs font ressortir que le groupe afro-caribéen met davantage l'accent sur l'autonomie et les stratégies individuelles contrairement au groupe de patients issus de l'Asie du Sud qui est plus porté sur l'aide apportée par la famille et les proches (45, p.85). Dans l'étude de Wray et ses collaborateurs, l'enquête auprès de cinq ergothérapeutes fait ressortir que des stratégies sont mises de l'avant par les cliniciens pour améliorer leur relation avec les patients [54]. Les cliniciens interrogés intègrent l'idée d'une « adaptation culturelle » dans un modèle centré sur la famille [54].

2.2.3 Modalités d'intervention dans le contexte du pluralisme ethnoculturel

La dernière section sur la perception du rôle de la famille dans le processus thérapeutique est apparue dans l'analyse de contenu comme un élément important du thème culture et représentations de la douleur. Cette section sur les modalités d'intervention en réadaptation en contextes de pluralisme ethnoculturel approfondit ce thème en abordant 1) la critique des modèles utilisés en réadaptation et 2) les modalités préconisées dans la littérature.

Critique des modèles utilisés en réadaptation

Dans les écrits recensés, plusieurs facteurs sont décrits comme des obstacles à l'établissement d'une relation thérapeutique et, notamment, ce qui est décrit comme une « insensibilité » aux variations culturelles que les cliniciens peuvent rencontrer dans le cadre de leurs pratiques professionnelles [55]. Les auteurs qui se sont penchés sur la notion d'appartenance ethnoculturelle dans le contexte de la réadaptation ont souligné que les modèles conceptuels en réadaptation au travail peuvent reposer implicitement sur des normes et des valeurs qui se sont construites historiquement dans le sillage des pays occidentaux, avec tout l'héritage culturel, philosophique et scientifique que cela implique [40, 45, 48, 55-58]. Les valeurs et les objectifs d'indépendance, d'autonomie individuelle et d'autodétermination qui sont mis de l'avant dans de nombreux programmes multidisciplinaires de réadaptation professionnelle sont souvent cités comme exemples dans la littérature scientifique concernée par le sujet [9, 45, 56, 57]. Deux contextes spécifiques de pratique sont identifiés. Le premier, plus souvent évoqué, se rapporte à la composition sociodémographique d'une population donnée (ex. contexte d'immigration, pluralisme ethnoculturel) [59], tandis que le second se rapporte à l'exportation des concepts

théoriques qui prévalent en réadaptation et à la validité transculturelle de ces derniers [50, 56, 57, 59].

Iwama et son équipe précisent que les programmes de réadaptation qui fondent leurs interventions et leurs objectifs thérapeutiques sur des principes qui n'ont peut-être pas toute la validité transculturelle présumée peuvent désavantager ou exclure des patients pour qui ces valeurs n'ont pas une signification aussi marquée [56]. La présence d'un tel décalage de perception peut influencer les attentes de traitement et, ultimement, l'adhérence au traitement [56]. D'autres concepts qui sont utilisés en réadaptation peuvent-ils s'aborder sous cet angle de la validité transculturelle? Pour l'instant, il existe peu d'informations sur le sujet, mais on peut supposer que les concepts cliniques qui servent à étayer le jugement et l'évaluation faits par les professionnels de la santé et qui sont relatifs à l'état de santé de leurs patients risquent de produire des biais, voire des distorsions dans l'interprétation du sens à donner à certains comportements ou expressions de la douleur, jugés « excessifs » et donc contraire aux attentes des cliniciens [60].

Modalités d'interventions en contexte de pluralisme ethnoculturel préconisées dans la littérature

Dans le contexte de la diversité ethnoculturelle, les évidences relatives aux meilleures pratiques à adopter en matière de réadaptation au travail et prévention d'incapacité sont plutôt rares si l'on exclut les travaux et les écrits de synthèse concernant les meilleures pratiques à adopter dans le secteur des soins hospitaliers en général [61, 62]. Les quelques écrits recensés en réadaptation font ressortir trois thèmes centraux : 1) la relation thérapeute-patient; 2) la structure organisationnelle du milieu clinique et 3) la notion de « compétence culturelle » et son application dans le contexte de l'intervention en réadaptation. Voyons-les plus en détail.

La relation thérapeute-patient est abordée dans une recension des écrits réalisée par Davidhizar et Giger en 2004. Les auteurs mettent particulièrement l'accent sur l'importance des variations dans l'expression de la douleur. Contre la tentation de donner une étiquette ethnoculturelle en fonction des comportements, des attitudes ou des croyances observés, ils recommandent fortement de poursuivre les évaluations cliniques sur la base des caractéristiques individuelles. Par exemple, quelles pratiques sont en vigueur dans le milieu familial du patient, quelles sont ses expériences antérieures de la douleur et ses croyances relatives à la santé et la maladie [60]. Il s'agit pour ces auteurs de mieux cerner le contexte de vie du patient et les perceptions de ce dernier afin d'ajuster les modalités d'intervention en conséquence. Ces modalités d'intervention agissent au niveau de la communication interpersonnelle et impliquent une nécessaire réciprocité dans la relation thérapeutique [50].

À l'instar de Davidhizar et Giger quatre ans plus tôt, Balcazar et son équipe (2009) réalisent une recension des écrits sur les modalités d'intervention en réadaptation en contexte pluriethnique [63]. Plus systématiques dans leurs approches, Balcazar et son équipe ne recensent pas moins de 18 modèles d'intervention pratiqués dans les domaines des soins infirmiers, du counselling et du travail social qui ont fait l'objet de publications scientifiques entre 1991 et 2006. Dix-huit modèles ont été recensés par Balcazar et coll. [63]. Les modèles identifiés par ces auteurs peuvent traiter plusieurs aspects de l'intervention en réadaptation, mais ils abordaient tous la dimension relationnelle et plus précisément le développement de la capacité des cliniciens à développer une meilleure communication avec leurs patients [63].

Une étude de Dressler et Pils [36] s'est penchée sur les stratégies mises en place par le personnel hospitalier d'une clinique autrichienne de réadaptation. Selon eux, la mise en place de stratégies d'intervention et de communication interpersonnelle ou interculturelle par les intervenants ne peut s'avérer fructueuse qu'en s'appuyant sur une structure organisationnelle qui se montre respectueuse des différences et ouverte à la prise en compte des préférences individuelles dans l'offre de services thérapeutiques [36]. Sans donner d'estimation chiffrée du phénomène, Dressler et Pils observent que la durée d'intervention est plus importante lorsque cliniciens et patients ne partagent pas le même idiome culturel, et ce, sans que ce temps accru n'améliore la compréhension que les cliniciens ont de la situation [36]. Il en résulte des sentiments d'impuissance et de frustration qui peuvent être le prélude au développement de préjugés et de stéréotypes plus ou moins tenaces et qui mettent en péril la relation thérapeutique (confiance mutuelle, empathie, etc.) [36]. Humbert et ses collaborateurs vont dans le même sens que Dressler et Pils en parlant de « connectivité » (connectedness) dans la relation thérapeutique. La connectivité réfère au processus de développement de l'alliance thérapeutique dans la rencontre interculturelle. Elle suppose un lien émotionnel et empathique qui doit servir à définir un but commun [64].

Sur le plan de la gestion des ressources humaines, une recension de McCauley (2005) parle d'un effort de recrutement de personnel qui tenterait d'intégrer davantage (et autant que faire se peut) des professionnels de la santé issus de différents milieux ethnoculturels. McCauley recommande également de faire appel à des consultants qui possèdent une bonne expertise en matière de communication interculturelle ou qui possèdent une expertise sur des aires culturelles spécifiques ou sur des groupes ethniques qui ont une forte représentation démographique dans un secteur donné [35].

Lewis et ses collègues [65] prennent le problème sous un autre angle, en amont celui-là: la problématique de la communication interculturelle dans le contexte des soins de santé doit être abordée, selon eux, dans le cursus académique des futurs cliniciens. Panzarella abonde dans le même sens [66]. La notion de « compétence culturelle » est au cœur de ce débat et sera décrite dans la prochaine section.

La notion de « compétence culturelle » et son application dans le contexte de l'intervention en réadaptation

Huit études sur les trente et une retenues dans ce bilan des connaissances portent sur la notion de « compétences culturelles » [47, 54, 57, 59, 63, 65-67]. Développée initialement au milieu des années 1990 dans le contexte des soins infirmiers à partir du modèle de Campinha-Bacote [68], la notion de « compétence culturelle » définit et situe l'intervention dans son cadre relationnel plutôt que dans un cadre technique *stricto sensu* [63]. Les équipes de Balcazar [63] et Munoz [50] ont repris et adapté le modèle de Campinha-Bacote pour lui définir quatre axes principaux qui sont les suivants:

1. **Prise de conscience** (« critical awareness », « cultural awareness ») : fait référence à la capacité de l'intervenant à prendre conscience de ses propres préjugés culturels et des valeurs personnelles qui peuvent influencer son rapport avec le client et entraîner des biais possibles dans sa compréhension des situations d'interaction et d'interprétation interculturelles [50, 63]. Munoz et son équipe parlent plus précisément d'un processus

auto-réflexif [50], tandis que Balcazar et son équipe parlent de l'influence de notre propre position sociale qui peut influencer notre expérience de la vie [63]. La position sociale (i.e. l'ensemble des variables sociodémographiques et socioprofessionnelles qui influencent les variations à l'intérieur d'un même groupe et qui rendent l'explication « culturelle » extrêmement complexe).

2. **Connaissances culturelles** (« cultural knowledge ») : fait référence à la connaissance et à la vision du monde des patients provenant de divers horizons culturels. Ceci nécessite de la part de l'intervenant une familiarisation avec d'autres modèles culturels, d'autres valeurs, d'autres systèmes de croyances et de comportements [50, 63]. Munoz et son équipe introduisent les catégories de l'observable et du non-observable pour rappeler que certains des facteurs comme l'âge, le sexe, l'ethnicité peuvent s'appréhender plus facilement que des facteurs qui s'observent moins aisément comme le statut socio-économique, l'expérience de vie, l'éducation, la hiérarchisation sociale, les rapports hommes-femmes, l'appartenance religieuse et le niveau d'*acculturation*¹² [50]. Les connaissances générales sur une culture donnée ne doivent pas laisser présumer une homogénéité des individus qui la composent pas plus qu'elles ne doivent conduire à un strict déterminisme culturel [50].
3. **Développement d'habiletés (relationnelles/culturelles)**: fait référence à la communication en contexte interculturel, à l'empathie et la capacité à intégrer les croyances, valeurs, expériences et aspirations du client dans l'élaboration d'un plan de traitement [50, 63]. Suivant les catégories de l'observable et du non-observable de Munoz, l'intervenant est appelé à développer des habiletés qui lui permettent de saisir, au moyen de questions appropriées, les dynamiques sociales et familiales de son client et des contextes dans lesquels ce dernier a pu développer tel ou tel mécanisme d'adaptation à la détresse ou à la maladie [50], y compris la possible expérience de racisme, de sexisme, ou de ségrégation qu'aurait pu subir son client sur la base de ses caractéristiques ethniques, religieuses ou raciales. Selon Munoz et son équipe, l'intervenant expérimenté développe au fil du temps des habiletés qui l'amènent à discerner les situations où une généralisation culturelle est « permise » des situations où il faut « individualiser » la connaissance culturelle [50].
4. **Mise en pratique dans le contexte du pluralisme**: fait référence à la mise en pratique et à l'application des connaissances et des habiletés acquises [63]. Chez Munoz et son équipe, cette mise en pratique renvoie à la rencontre interculturelle qu'ils nomment « cultural encounter » et se situe à deux niveaux : un niveau individuel et un niveau organisationnel [50]. Pour être efficace et pour optimiser le perfectionnement du personnel soignant, la notion de « compétences culturelles » doit être entérinée au niveau des organisations (politiques, formation continue, etc.).

¹² Acculturation. Selon Baré, « le terme d'acculturation désigne les processus complexes de contact culturel au travers desquels des sociétés ou des groupes sociaux assimilent ou se voient imposer des traits ou des ensembles de traits provenant d'autres sociétés » [69]. Les anthropologues qui utilisent cette notion s'intéressent au phénomène de changement culturel et aux mouvements de population. Elle réfère surtout au rapport entre les sociétés modernes industrielles et ses ressortissants qui proviennent de sociétés non occidentales. La notion peut être mise en parallèle avec les notions d'intégration, d'assimilation, d'exclusion et de ségrégation [10].

La notion de « compétence culturelle » s'est surtout implantée dans les disciplines du counselling en relations humaines, des soins infirmiers et de la psychologie et ne serait pas encore validée en réadaptation [50]. Par ailleurs, comment les intervenants accueillent-ils cette notion? Munoz et son équipe ont réalisé une étude qualitative pour sonder un groupe de douze cliniciennes en thérapie occupationnelle [50]. Dans cette étude, les cliniciennes interrogées soutiennent que leur formation de base est insuffisante pour aborder les questions relatives à la diversité ethnoculturelle [50]. L'étude de Muñoz est bien menée, bien qu'elle demeure tributaire d'un échantillon trop uniforme qui ne comprend que des cliniciennes ayant un certain niveau d'expérience. Un échantillon plus hétérogène aurait pu apporter une plus grande variation des réponses et des perspectives plus contrastées et cernant davantage l'étendue de la problématique [50].

À ce chapitre, une étude de Murden et son équipe [67] a cherché à comprendre la manière dont un groupe d'étudiants en réadaptation perçoit la compétence culturelle. Murden et son équipe ont administré le questionnaire *Cultural Awareness and Sensitivity Questionnaire* (CASQ, 15 items) à 72 étudiants en physiothérapie à quatre différents stades du parcours académique (nouvelle cohorte d'étudiants, étudiants gradués, étudiants gradués commençant un stage pratique, étudiants gradués ayant accumulé une année d'expérience sur le marché du travail) [67]. Il en ressort que la formation des futurs cliniciens est perçue comme largement insuffisante en matière de compétences culturelles (90,2%), que les facteurs culturels devraient être pris en compte durant le processus de réadaptation au travail (95,8%) ou encore, que le fait de ne pas tenir compte des facteurs culturels peut nuire au succès de la réadaptation (98,6%) [67].

Toutefois, l'étude de Murden et son équipe ne précise pas de quelle manière et par quelle modalité d'enseignement le développement des compétences culturelles pourrait être abordé durant le parcours académique. Deux possibilités sont évoquées dans ce bilan des connaissances: soit la proposition d'un cours de concentration ou alors celle de la dissémination de « contenus culturels » dans les différents cours du programme [65, 66]. L'ajout de cours de concentration sur la question des compétences culturelles suppose que d'autres cours soient retirés pour y laisser place [66]. Cet ajout exige par ailleurs des ressources pédagogiques spécialisées et des compétences que les enseignants en physiothérapie ou en thérapie occupationnelle ne maîtrisent pas nécessairement [66]. Comment contrôler les contenus ainsi diffusés et s'assurer que les enseignements ont rempli leurs engagements [65] et comment évaluer les compétences culturelles des étudiants [66]? Panzarella a son idée sur la question et recommande d'inclure des évaluations systématiques en situations concrètes, réelles ou simulées, de sorte que les étudiants ne soient pas tentés d'y voir un contenu plus léger et se concentrer sur les autres matières [66]. La méthode d'évaluation au moyen d'une simulation de patient (*simulated patient*) est citée comme un exemple où il serait possible d'intégrer du contenu « culturel » dans des situations de relations thérapeutiques; l'attitude et la réaction du clinicien seraient testées : comment réagit-il lorsqu'un patient, par exemple, refuse l'intervention d'un clinicien de sexe opposé ou lorsque le patient exige la présence de plusieurs membres de sa famille, comment réagit-il lorsque le patient n'est pas d'accord avec les objectifs du programme et la finalité du traitement (voir la section sur la perception du rôle de la famille dans le processus thérapeutique) [66].

D'autres exemples cliniques de la rencontre interculturelle sont présentés dans un guide pédagogique développé en 2002 par S. Mutha, C. Allen et M. Welch au *Centre for the Health Professions* de l'Université de Californie à San Francisco et qui s'intitule *Toward culturally*

competent care: a toolbox for teaching communication strategies [70]. D'autres études ont aussi proposé d'inclure des études de cas, des jeux de rôle, des exercices écrits et d'interprétation, des séances d'introspection, des présentations didactiques, de l'immersion en contexte multiculturel [50, 65, 67]. Plusieurs questions demeurent en suspens à la lecture des solutions proposées par Panzarella (2009) et Murden *et al.* (2008). En effet, s'il est plus facile de concevoir la pertinence de la concentration de contenu (et de son évaluation systématique) par rapport à la dissémination, la question du développement du matériel pédagogique demeure floue et n'a pas été abordée directement dans le matériel que nous avons analysé. Qui doit développer le contenu de ces cours? Qui doit gérer les programmes de formation? Les facultés des sciences de la santé doivent-elles faire appel à des enseignants qui relèvent d'autres départements et facultés, en sciences sociales par exemple? Doivent-elles au contraire faire appel à des ressources spécialisées en dehors des milieux universitaires, en milieux de travail, par exemple, ou encore dans les établissements de santé et de services sociaux? Les ressources actuelles, humaines, techniques ou financières, sont-elles suffisantes? Ce ne sont là que quelques questions auxquelles ce bilan des connaissances n'a pas pu répondre, mais qui s'avèrent néanmoins d'une grande importance dans l'horizon cosmopolite de grandes villes nord-américaines où la proportion de la main-d'œuvre immigrée ou issue des minorités ethnoculturelles est de plus en plus grande.

3. DISCUSSION

L'objectif principal de ce bilan des connaissances était d'identifier et de décrire les thématiques qui émergent des travaux de recherche qui ont exploré les questions relatives à l'influence de l'appartenance ethnoculturelle sur le processus de réadaptation et de retour au travail. Plusieurs thématiques sont ressorties de l'analyse de contenu des articles et rapports recensés, à commencer par une description des facteurs de vulnérabilité aux risques en SST chez les travailleurs immigrants ou issus des minorités ethnoculturelles, en passant par la définition de la culture et l'identification des items qui entrent dans la composante culturelle. Les études en réadaptation mettent surtout l'accent sur l'influence des représentations de la maladie sur le processus thérapeutique et pour cause, la manière de définir un problème et le sens qu'on lui accorde peut influencer notre manière d'anticiper la suite des choses [71]. Dans le contexte de la relation thérapeutique, la question des représentations revêt toute son importance, car un écart de représentations peut avoir des incidences sur l'adhérence et l'issue du traitement. C'est pourquoi un certain nombre d'études recensées discutent de la rencontre thérapeutique comme un lieu d'échange (communication interpersonnelle), de mise en confiance et de négociation des différentes modalités d'intervention à mettre de l'avant. Plusieurs auteurs ont adressé une critique des modalités d'intervention en réadaptation qui ne tiennent pas compte de la diversité culturelle de la population en leur reprochant ainsi de reproduire des modèles d'organisation et de soins dits « monoculturels » [72]. Cette critique nourrit une réflexion sur les meilleurs moyens à mettre en œuvre pour effectuer une transition d'un modèle qui n'est pas sensible à la diversité culturelle vers un modèle qui en tient compte (et ce, à tous les niveaux individuels, organisationnels, etc.). Quant à l'objectif plus spécifique d'identifier et décrire les principaux déterminants du retour au travail chez les travailleurs immigrants ou issus des minorités ethnoculturelles, notre enquête est plus modeste, car la recherche sur le sujet en est à ses balbutiements.

La thématique de l'appartenance ethnoculturelle sur le processus de réadaptation au travail joute les questions relatives au genre comme catégorie socioculturelle [29]. Les questions relatives au genre mettent en relief la définition de la famille, la manière dont se structure et s'organise une unité familiale sur le plan des rôles familiaux et du rôle que peuvent être amenés à jouer les parents proches durant le processus de guérison [9]. Fitzgerald a présenté la famille comme la première unité culturelle à partir de laquelle s'effectuent les premiers apprentissages sociaux, y compris l'apprentissage des différences fondées sur le sexe [9]. La thématique des compétences culturelles des intervenants en réadaptation est souvent définie en termes de capacité à identifier et à comprendre les représentations de la maladie ou de la douleur chez les clients provenant de divers milieux ethnoculturels. Il a été souligné avec justesse qu'il peut survenir des variations intra-culturelles en matière de représentations de la maladie [60, 63]. Les conceptions relatives au genre (rôles sociaux, rapports hommes-femmes) et aux valeurs familiales, l'âge ainsi que le niveau socio-économique sont des exemples de facteurs qui peuvent influencer les variations des représentations de la douleur au sein d'une même culture [36, 44].

Lorsque la question de la « compétence culturelle » des intervenants est abordée, la plupart des études mettent l'accent sur l'attitude, les habiletés et la perception des cliniciens en réadaptation. La compétence culturelle est directement associée au processus de communication interculturelle qui lie un intervenant et un client et c'est la qualité de ce lien intersubjectif qui préfigure au développement d'une bonne relation thérapeutique et à la confiance réciproque. Selon Munoz et

son équipe [50], le modèle de la « compétence culturelle » qui s'est raffinée en psychologie, en soins infirmiers et en *counselling*, ne semble pas avoir fait l'objet d'études évaluatives en réadaptation (ni même l'étude des processus d'implantation), et ce, même si de nombreuses déclarations de principes ont été portées par des associations professionnelles dont les membres sont appelés à intervenir durant le processus de réadaptation. Ainsi, la notion de « compétence culturelle » est reconnue par l'*American Occupational Therapy Association* (AOTA) qui l'a incluse dans ses guides de pratiques et fait partie des objectifs pédagogiques de cette dernière [73]. L'AOTA indique sur son site INTERNET dans une section consacrée à la compétence culturelle et à l'éthique:

« Cultural competence is key to effective therapeutic interactions and outcomes. It implies a heightened consciousness of how clients experience their uniqueness and deal with their differences and similarities within a larger social context. It enhances the occupational therapy provider's knowledge of the relationship between sociocultural factors and health beliefs and behaviors. It equips providers with the tools and skills to manage these factors appropriately, with quality occupational therapy delivery as the gold standard. Cultural competence is an evolving and developing process that depends on self-exploration, knowledge, and skills. » [73]

Selon l'AOTA, la mise en pratique des compétences culturelles comporte différentes facettes, dont : 1) l'implication de membres de la famille étendue dans le processus thérapeutique, 2) l'utilisation d'un niveau de langage plus formel lorsque l'on s'adresse à des personnes plus âgées (ex. titre suivi du patronyme), 3) la reconnaissance et la collaboration de guérisseur traditionnel, 4) la prise de précaution nécessaire par rapport au toucher (surtout avec des membres du sexe opposé), 5) l'amorce d'une courte discussion avant de débiter une séance pour éviter de paraître trop brusque ou précipité, 6) l'utilisation de la langue préférée du patient ou l'utilisation d'un interprète et, enfin, 7) l'utilisation de questions relatives aux croyances et aux pratiques culturelles du patient dans le processus d'évaluation de la santé [73].

De même, les conseillers en réadaptation aux États-Unis se sont dotés d'un code d'éthique professionnel qui accorde une très grande importance à la diversité culturelle de la population :

« Rehabilitation counselors will plan, design, conduct, and report research in a manner that reflects cultural sensitivity, is culturally appropriate, and is consistent with pertinent ethical principles...Rehabilitation counselors will be sensitive to diversity and research issues with culturally diverse populations and they will seek consultation when appropriate. » [74]

À défaut de modèles de formation éprouvés, la simple sensibilisation au phénomène de la diversité ethnoculturelle dans le contexte des soins de santé et la reconnaissance de l'importance des représentations dans ce contexte peut constituer un premier pas vers une meilleure prise en compte de la particularité du client. Un clinicien qui n'est pas suffisamment outillé pour faire face à des enjeux à caractères culturels risque d'alourdir inutilement sa tâche en consacrant un temps d'intervention accru sans que cela produise de réels impacts en matière de compréhension mutuelle [36]. Sans une volonté nette d'acquérir des connaissances culturelles, il est difficile de développer l'empathie nécessaire pour intégrer les croyances, valeurs, expériences et aspirations du patient dans l'élaboration du plan de traitement [63]. Cette volonté se situe à plusieurs échelons : personnel, professionnel, organisationnel et sociétal [72].

Vers une synthèse conceptuelle de la notion de culture et des autres indicateurs connus en réadaptation

Les composantes de la « culture » abordées par les auteurs et présentées à la section 2.2.1 sont de l'ordre général. La culture est ainsi présentée en lien avec des processus d'apprentissage et en lien avec une fonction d'adaptation à l'environnement [9]. Le caractère « partagé » de la culture ainsi que le processus de « transmission » apparaissent à l'avant-plan et, associée à une fonction adaptative, c'est aussi son caractère dynamique ou changeant qui ressort. Dans la conclusion d'un important ouvrage collectif d'anthropologie consacrée à la théorie de la culture, Melford Spiro tente de distinguer ce qui se rapporte au domaine de la culture (domaine public) et ce qui ne s'y rapporte pas (domaine privé) [75]. D'emblée, Spiro situe la culture comme un système cognitif, c'est-à-dire un ensemble d'énoncés tantôt descriptifs et tantôt normatifs qui portent sur la conduite des individus et des sociétés. À la source des processus d'apprentissage individuel, la culture n'est cependant pas le seul phénomène à l'œuvre et Spiro y fait intervenir, en juxtaposition, l'expérience sociale des individus pouvant, à certains égards, amener un individu ou un groupe d'individus à développer des schèmes de pensée/représentations du monde hostiles aux modèles déjà transmis par des voies plus traditionnelles ou conventionnelles («intentional enculturative processes») [75]. Cette vision expérientielle ressort des documents recensés, notamment chez Stanley Paul pour qui les expériences passées peuvent influencer les individus dans l'appréhension ou l'interprétation des événements de leur vie courante. En réadaptation, il est reconnu que des antécédents médicaux ou des antécédents de douleur peuvent influencer la perception qu'une personne peut avoir d'un symptôme douloureux qui se présente à nouveau [76].

En réadaptation, les perceptions se rapportent généralement aux perceptions d'intensité, de sévérité et des conséquences de la douleur sur la vie quotidienne. Dans ce bilan des connaissances, les auteurs ont associé plusieurs thèmes à la notion de l'appartenance ethnoculturelle. L'ensemble de ces thèmes a été synthétisé dans un schéma général présenté à la figure 1 plus bas. Ainsi, les catégories en vert sont présentées comme des domaines culturels : genre, rôles sociaux et hiérarchie sociale [29, 40], croyances religieuses [36, 50], structure familiale [9, 45], normes et valeurs [9, 40], communication et langage [36, 44, 48, 63]. Ces domaines culturels sont liés à des catégories de l'ordre du cognitif et de l'émotionnel. La dimension perceptuelle et émotionnelle en lien avec les intentions, les attitudes et les interactions est présentée en bleue pâle, dans la partie droite du schéma. Pour illustrer cela, prenons l'exemple d'un patient qui croit qu'une douleur est le signe manifeste d'une lésion corporelle; ce patient pourra être tenté de limiter ses activités physiques et il se pourrait même qu'il développe une peur associée au mouvement. En conséquence de sa peur du mouvement et du risque de blessure qui pourrait en découler, il peut, lui ou ses proches, s'interdire toute activité physique. Dans ce contexte, il peut sembler prévisible que ce patient se montre hostile à toute proposition de traitement qui mise sur le réentraînement et le retour thérapeutique au travail.

Par ailleurs, le domaine général de la culture, à gauche du schéma, est chevauché de deux thèmes qui sont apparus comme importants dans les documents recensés, en l'occurrence la position sociale des individus et le contexte de travail. La position sociale réfère à des éléments démographiques et socioprofessionnels (ex. classe, stratification, revenu, éducation, etc.) [34, 35, 50, 63, 77] tandis que le contexte de travail renvoie à des enjeux SST comme l'exposition aux risques, le secteur d'activité, les exigences du travail, etc. [32-35]. La mise en filigrane de thèmes

tels que la position sociale ou le contexte de travail est importante puisqu'elle vise à rappeler au lecteur le risque d'expliquer en dernière analyse un échec thérapeutique par des différences culturelles. Le questionnement de l'historien de la pensée anthropologique Adam Kuper est intéressant à ce sujet puisqu'il invite le clinicien à s'interroger sur l'impact des déterminants culturels sur le processus thérapeutique par rapport à l'expression d'une position socioéconomique donnée [78].

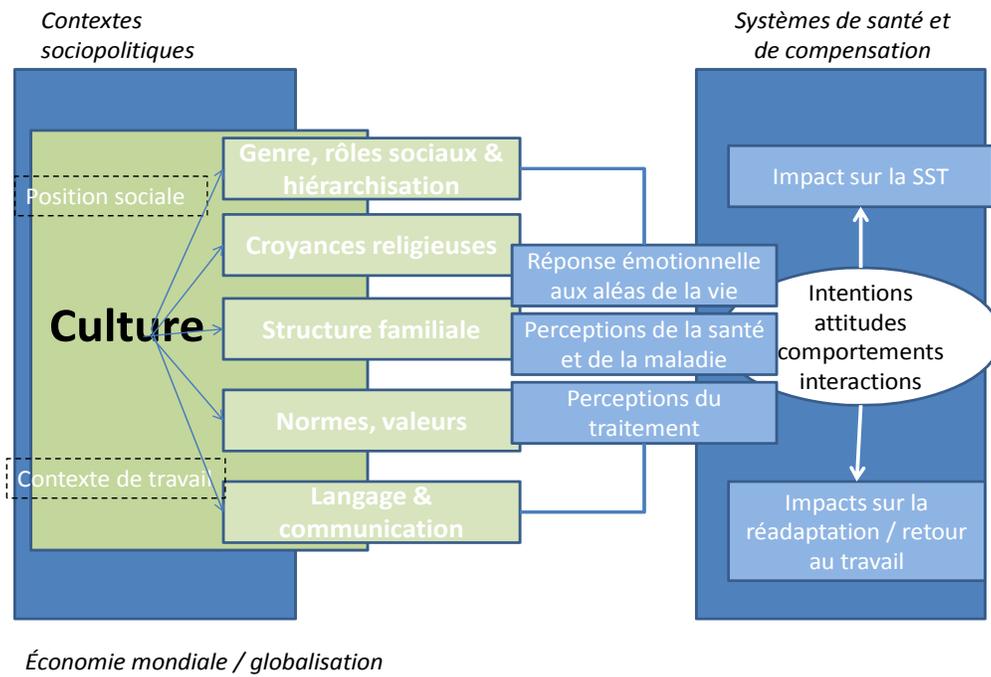


Figure 1 : Schéma synthèse des catégories culturelles et de leur influence sur le processus de réadaptation

Discussion sur la méthodologie employée dans ce bilan des connaissances

Ce bilan des connaissances comporte plusieurs limites. Une première limite est inhérente à la qualité des travaux recensés. En effet, plusieurs recensions, malgré la pertinence et la cohérence des propos tenus, sont avares de détails sur la démarche méthodologique entreprise (choix des mots-clés, bases de données consultées, critères d'inclusion et d'exclusion, méthode d'évaluation des articles ou sur le nombre d'études retenues, etc.). Parmi les neuf (9) recensions d'écrits qui ont été retenues dans ce bilan des connaissances, six (6) omettent ce type d'information [34, 35, 42, 47, 60, 65], tandis que trois (3) autres suivent une démarche plus systématique [29, 32, 63].

La deuxième limite se rapporte à la catégorisation des populations concernées et la référence à une typologie raciale souvent confondue avec une typologie ethnoculturelle. Ainsi, malgré la très grande pertinence de leur propos, Davidhizar et Giger [60] confondent les caractéristiques phénotypiques, nationalitaires et religieuses. Ces auteurs comparent, par exemple, des groupes identifiés comme des « Noirs » (phénotype ou caractéristique physique), des « Italiens » (identité

nationale ou ethnoculturelle) et des « Juifs » (identité religieuse)¹³. Cette étude va jusqu'à décrire les réactions émotionnelles des Italiens comme étant plus fortes que celle des « Blancs ». Ici, le lecteur peut déduire que « Blanc » se rapporte à la majorité ethnoculturelle anglo-saxonne, mais les textes ne l'explicitent pas et peut confondre un lecteur non averti. Même s'il n'est pas possible d'en fournir une liste exhaustive dans ce bilan, ce genre de dérapage où les caractéristiques raciales sont confondues avec les caractéristiques ethnoculturelles semble fréquent dans les études qui effectuent des comparaisons entre différentes communautés ethnoculturelles. Les études, principalement celles provenant des États-Unis, parlent davantage de différences « raciales » qu'ethnoculturelles [60, 79-83] contrairement aux études européennes [26, 45, 84-89].

La troisième limite de ces études se rapporte à la tendance à homogénéiser le groupe dit « immigrant » sans considérer que les populations immigrantes proviennent de milieux hétérogènes sur le plan géographique, social et culturel. En cela, la population immigrante présente en son sein des caractéristiques sociodémographiques et des parcours professionnels et migratoires fort variés [2] : immigration économique, de regroupement familial, humanitaire, environnementale, etc. Ces différents parcours migratoires peuvent influencer et teinter l'expérience professionnelle dans le pays d'accueil.

Pistes de recherche proposées

Ce bilan des connaissances a porté un regard sur la question de l'appartenance ethnoculturelle en réadaptation, mais il apparaît qu'il existe une abondante littérature scientifique sur les enjeux relatifs au développement des compétences culturelles chez les professionnels de la santé issus de différents domaines de spécialisation. Des domaines comme la psychologie, la psychiatrie, la gériatrie, les soins infirmiers et le travail social explorent ce concept depuis un certain temps [63]. Comme notre recension des écrits n'a pas porté spécifiquement sur le modèle des compétences culturelles, il serait sans doute pertinent d'effectuer une recension plus ciblée sur les différentes modalités d'intervention et de formations en compétence culturelle pour pousser plus loin la réflexion. Ainsi, en cernant les divers enjeux relatifs au développement de la compétence culturelle auprès du personnel et des organisations qui offrent des services de réadaptation, il serait possible d'identifier les avenues les plus avantageuses en matière d'intervention et de formation et qui peuvent être transférables au champ de la réadaptation au travail.

D'autres pistes de recherche se dégagent à la suite de cette recension des écrits. Tout d'abord, il faudrait étudier à titre exploratoire l'expérience de travailleurs immigrants au Québec - ou qui sont issus des communautés ethnoculturelles - avec le système de compensation. Plus récemment à Montréal (Québec), les travaux de Sylvie Gravel se sont penchés sur cette question [38] comme en Ontario, les travaux de Peter Smith et d'Agnieszka Kosny [90-92]. Ces travaux se situent toutefois principalement dans la perspective du contexte de travail prélesionnel et des risques en SST et n'abordent pas directement la question de la rencontre interculturelle en contexte

¹³ Les Juifs présentent des différences culturelles notables selon leur origine nationale, deux grands groupes sont souvent cités en exemple, les Ashkénazes (provenant d'Europe de l'Est) et les Sépharades (provenant du bassin méditerranéen).

thérapeutique. Ce type d'étude devrait porter sur la communication interculturelle et la relation avec les différents intervenants en réadaptation.

Par ailleurs, les études recensées et retenues dans ce bilan de connaissances abordaient surtout la dimension relationnelle et communicationnelle de l'intervention et mettaient en perspective le rôle, l'attitude et la compétence culturelle des cliniciens en réadaptation (ergothérapie ou thérapie occupationnelle, physiothérapie). Aucune étude recensée ne s'est penchée sur les autres professions qui ont aussi un rôle à jouer dans le processus de réadaptation et de retour au travail (ex. conseillers en réadaptation, psychologues). Il s'agit sans doute d'un biais relatif au choix des mots-clés. Il faudra donc s'assurer de couvrir un plus large éventail de professionnels de la santé qui sont impliqués dans le processus de retour au travail. Dans la mesure du possible, il faudrait pouvoir comparer l'expérience des intervenants et celle des travailleurs concernés.

En dernier lieu, il faut préciser que les études recensées se penchent sur l'impact de la diversité ethnoculturelle sur la manière d'aborder les soins de santé. Comme la diversité de la main-d'œuvre touche l'ensemble des secteurs d'activité économique, y compris le secteur des services de santé et des services sociaux, il faudrait étudier l'influence d'une telle diversité sur l'organisation des soins de santé et des services sociaux. Une plus grande concentration de professionnels de la santé issus de l'immigration ou des minorités ethnoculturelles entraîne-t-elle un meilleur positionnement institutionnel en matière de compétence culturelle? La présence de ces professionnels contribue-t-elle à une meilleure offre de service en matière de médiation culturelle et d'interprète?

4. CONCLUSION

À l'instar de nombreux ouvrages recensés, ce bilan des connaissances place la question de l'appartenance ethnoculturelle dans le contexte des mouvements massifs de population qui touchent plusieurs régions de la planète et plus fortement les pays industrialisés. Ces nouveaux arrivants joignent des communautés culturelles déjà existantes et s'intègrent ou s'acculturent à des degrés divers à la société d'accueil. Ceci ne se fait pas sans heurts et les parcours d'immigrants sont remplis d'embûches : difficultés linguistiques, stress d'acculturation, expériences troubles dans le pays d'origine qui peuvent fragiliser une personne (ex. torture, persécution politique, viol, crime de guerre, famine, etc.) et expérience de la discrimination en terre d'accueil sur une base raciale ou religieuse, etc. En plus des barrières linguistiques et des difficultés d'ordre relationnel (contact avec la société d'accueil ou avec la culture majoritaire), ces personnes peuvent éprouver des difficultés à communiquer leur détresse, et ce, à cause de la langue [90], mais aussi à cause d'une relation de confiance qui tarde à s'établir dans un contexte de soins qui peut sembler difficile à saisir pour eux (ex. procédures médico-légales et administratives, logique culturelle des systèmes de soins, etc.) [46].

À la lumière de la multiplicité de sens que peut revêtir la douleur (ou toute autre lésion invalidante), la notion de « compétence culturelle » des intervenants livre un potentiel intéressant en matière de relation thérapeutique même si son introduction en réadaptation est récente, mal documentée et qui demeure, à notre connaissance, plus théorique qu'opérationnelle. La notion de « compétence culturelle » ne doit pas être abandonnée pour autant; elle doit au contraire être approfondie [93]. Si le thème de l'appartenance ethnoculturelle est souvent traité en termes de variations des perceptions et des comportements relatifs à la santé et à la maladie, ce bilan des connaissances propose un autre angle d'approche en déplaçant le centre de gravité du domaine de la cognition stricto sensu vers celui de la communication. Il s'agit peut-être là de la principale conclusion à tirer.

BIBLIOGRAPHIE

1. Canada, «Population growth in Canada» 2009, <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-003-x/2007001/4129907-eng.htm>
2. Québec, «Tableau 8a. Immigrants admis au Québec selon le continent et la région de naissance, 2004-2008» 2009, <http://www.micc.gouv.qc.ca/fr/recherches-statistiques/stats-immigration-recente.html>
3. Canada. *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*. Ottawa, Ont., Statistique Canada, 1999
4. Cuche, Denys. *La notion de culture dans les sciences sociales*. Paris, La Découverte, 2001
5. Emongo, Lomomba, Kalpana Das et Gilles Bibeau. «Le sens de la communauté chez les jeunes Hindous de Montréal: entre le Gange et le Saint-Laurent». *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 14, n° 1, 2001, p. 152-168.
6. Cyr, Arianne. «Le discours multiculturel au Canada et au Québec (1971-2000): une analyse minoritaire» in *Vers la construction d'une citoyenneté canadienne*. Lacroix, Jean-Michel et Paul-André Linteau (eds). Paris, Presses Sorbonne Nouvelle, 2006, p. 151-159.
7. Tylor, Edward Burnett. *La civilisation primitive (trad. de Primitive Culture)*. New York, J.P. Putnam's Sons, originellement publié en 1871, 1920
8. Geertz, Clifford. *The Interpretation of Cultures*. New York, Basic Books, 1973
9. Fitzgerald, M. H. «A dialogue on occupational therapy, culture, and families». *The American journal of occupational therapy.: official publication of the American Occupational Therapy Association*, vol. 58, n° 5, 2004, p. 489-498.
10. Gratton, Danielle. *L'interculturel pour tous. Une initiation à la communication pour le troisième millénaire*. Anjou, Éditions Saint-Martin, 2009
11. Galaty, John et John Leavitt. «Culture. 1. Les théories» in *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*. Bonte, Pierre et Michel Izard (eds). Paris, Quadrige / PUF, 2009, p. 193-196.
12. Proulx, J. et N. Chiasson. *L'approche clientèle dans un contexte interculturel*. Québec, QC, Ministère de la santé et des services sociaux, 1996
13. Bates, Maryann S. *Biocultural Dimensions of Chronic Pain. Implications for Treatment of Multi-Ethnic Populations*. Albany, NY, State University of New York Press, 1996

14. Kleinman, Arthur. *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley, University of California Press, 1980
15. Baril, R., J. C. Martin, C. Lapointe et P. Massicotte. *Étude exploratoire des processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs en réadaptation*. Études et recherches. Rapport R-082. Montréal, Canada, Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec, 1994
16. Blyth, F. M., L. M. March, M. K. Nicholas et M. J. Cousins. «Chronic pain, work performance and litigation». *Pain*, vol. 103, n° 1-2, 2003, p. 41-47.
17. Harding, W. E. «Worker's compensation litigation of the upper extremity claim». *Clin Occup Environ Med*, vol. 5, n° 2, 2006, p. 483-490.
18. Franche, R. L., R. Baril, W. Shaw, M. Nicholas et P. Loisel. «Workplace-based return-to-work interventions: optimizing the role of stakeholders in implementation and research». *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 15, n° 4, 2005, p. 525-542.
19. Young, A. E., R. Wasiak, R. T. Roessler, K. M. McPherson, J. R. Anema et M. N. van Poppel. «Return-to-work outcomes following work disability: stakeholder motivations, interests and concerns». *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 15, n° 4, 2005, p. 543-556.
20. Baril, R., D. Berthelette, C. Ross et D. Gourde. *Les composantes et les déterminants organisationnels des interventions de maintien du lien d'emploi en entreprises*. Études et recherches. Résumé RR-238. Montréal, Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec, 2000
21. Fransen, M., M. Woodward, R. Norton, C. Coggan, M. Dawe et N. Sheridan. «Risk factors associated with the transition from acute to chronic occupational back pain». *Spine*, vol. 27, n° 1, 2002, p. 92-98.
22. Krause, N., L. K. Dasinger, L. J. Deegan, L. Rudolph et R. J. Brand. «Psychosocial job factors and return-to-work after compensated low back injury: a disability phase-specific analysis». *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 40, n° 4, 2001, p. 374-392.
23. Schultz, I. Z., J. Crook, G. R. Meloche, J. Berkowitz, R. Milner, O. A. Zuberbier et W. Meloche. «Psychosocial factors predictive of occupational low back disability: towards development of a return-to-work model». *Pain*, vol. 107, n° 1-2, 2004, p. 77-85.
24. Lydell, M., A. Baigi, B. Marklund et J. Mansson. «Predictive factors for work capacity in patients with musculoskeletal disorders». *Journal of Rehabilitation Medicine*, vol. 37, n° 5, 2005, p. 281-285.
25. Coutu, M. F., R. Baril, M. J. Durand, D. Cote et A. Rouleau. «Representations: an important key to understanding workers' coping behaviors during rehabilitation and the

- return-to-work process». *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 17, n° 3, 2007, p. 522-544.
26. Kvarén, Cecilia, Eva Johansson. «Pain experience and expectations of physiotherapy from a cultural perspective». *Advances in Physiotherapy*, vol. 6, n° 1, 2004, p. 2-10.
 27. Le Breton, D. «Anthropologie et douleur [Anthropology and Pain]». *Douleur et analgésie*, vol. 9, n° 3, 1996, p. 67-71.
 28. Kogevinas, M. «The importance of cultural factors in the recognition of occupational disease». *Occupational & Environmental Medicine*, vol. 62, n° 5, 2005, p. 286.
 29. Côté, Daniel, Marie-France Coutu. «A critical review of gender issues in understanding prolonged disability related to musculoskeletal pain: how are they relevant to rehabilitation?». *Disability and Rehabilitation*, vol. 32, n° 2, 2010, p. 87-102.
 30. Charmaz, K. «Grounded Theory. Objectivist and Constructivist Methods» in *Handbook of Qualitative Research*. Denzin, N. K. et Y. S. Lincoln (eds). Thousand Oaks, California (USA), Sage, 2003, p. 509-535.
 31. Guillemette, François . L'approche de la *Grounded Theory*; pour innover? *Recherches Qualitatives* 26[1], 32-50. 2006.
 32. Ahonen, Emily Q., Fernando G. Benavides et Joan Benach. «Immigrant populations, work and health--a systematic literature review». *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, vol. 33, n° 2, 2007, p. 96-104.
 33. Benach, J.; Muntaner, C.; Chung, H.; Benavides, F. G. Immigration, Employment Relations, and Health: Developing a Research Agenda. *American Journal of Industrial Medicine* 53, 338-343. 2010.
 34. European Agency for Safety and Health at Work. *Literature Study On Migrant Workers*. Bilbao, European Agency for Safety and Health at Work (EASHW), European Risk Observatory, 2007
 35. McCauley, Linda A. «Immigrant workers in the United States: recent trends, vulnerable populations, and challenges for occupational health». *AAOHN Journal*, vol. 53, n° 7, 2005, p. 313-319.
 36. Dressler, Dominique, Peter Pils. «A qualitative study on cross-cultural communication in post-accident in-patient rehabilitation of migrant and ethnic minority patients in Austria». *Disability and Rehabilitation*, vol. 31, n° 14, 2009, p. 1181-1190.
 37. Lesch, Mary F.; Rau, Pei-Luen Patrick; Zhao, Zhengxuan; Liu, Chengyi . A cross-cultural comparison of perceived hazard in response to warning components and configurations: US vs. China. *Applied Ergonomics* 40, 953-961. 2009.

38. Gravel, Sylvie, Bilkis Vissendjée, Katherine Lippel, Jean-Marc Brodeur, Louis Patry et François Champagne. «Ethics and the Compensation of Immigrant Workers for Work-Related Injuries and Illnesses». *Journal of Immigrant and Minority Health*, vol. 12, n° 5, 2010, p. 707-714.
39. Huberman, A. Michael et Matthew B. Miles. *Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles, De Boeck, 1991
40. Paul, S. «Culture and its influence on occupational therapy evaluation». *Canadian journal of occupational therapy. Revue canadienne d'ergothérapie*, vol. 62, n° 3, 1995, p. 154-161.
41. Lofvander, M. «Attitudes towards pain and return to work in young immigrants on long-term sick leave». *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, vol. 17, n° 3, 1999, p. 164-169.
42. Calvillo, E. R., J. H. Flaskerud. «Review of literature on culture and pain of adults with focus on Mexican-Americans». *Journal Of Transcultural Nursing: Official Journal Of The Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society*, vol. 2, n° 2, 1991, p. 16-23.
43. Meershoek, Agnes; Krumeich, Anja; Vos Rein . The construction of ethnic differences in work incapacity risks: Analysing ordering practices of physicians in the Netherlands. *Social Science & Medicine* 72, 15-22. 2011.
44. Bates, M. S., L. Rankin-Hill et M. Sanchez-Ayendez. «The effects of the cultural context of health care on treatment of and response to chronic pain and illness». *Social Science & Medicine*, vol. 45, n° 9, 1997, p. 1433-1447.
45. Rogers, A., T. Allison. «What if my back breaks? Making sense of musculoskeletal pain among South Asian and African-Caribbean people in the North West of England». *Journal Of Psychosomatic Research*, vol. 57, n° 1, 2004, p. 79-87.
46. Sloots, Maurits, Jos H. M. Dekker, Menno Pont, Edien A. C. Bartels, Jan H. B. Geertzen et Joost Dekker. «Reasons of drop-out from rehabilitation in patients of Turkish and Moroccan origin with chronic low back pain in The Netherlands: A qualitative study». *Journal of Rehabilitation Medicine*, vol. 42, n° 6, 2010, p. 566-573.
47. Banks, Martha E. «Women with Disabilities: Cultural competence in rehabilitation psychology». *Disability and Rehabilitation*, vol. 30, n° 3, 2008, p. 184-190.
48. Ferreira, Paulo H., Manuela L. Ferreira, Jane Latimer, Christopher G. Maher, Kathryn Refshauge, Ana Sakamoto et Rodrigo Garofalo. «Attitudes and beliefs of Brazilian and Australian physiotherapy students towards chronic back pain: a cross-cultural comparison». *Physiotherapy Research International*, vol. 9, n° 1, 2004, p. 13-23.
49. Norrefalk, J. R., J. Ekholm et K. Borg. «Ethnic background does not influence outcome for return-to-work in work-related interdisciplinary rehabilitation for long-term pain: 1-

- and 3-year follow-up». *Journal of rehabilitation medicine : official journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine*, vol. 38, n° 2, 2006, p. 87-92.
50. Munoz, J. P. «Culturally responsive caring in occupational therapy». *Occupational therapy international*, vol. 14, n° 4, 2007, p. 256-280.
51. Laplantine, François. *Anthropologie de la maladie. Étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*. Paris, Bibliothèque scientifique Payot, 1986
52. Oyserman, D. «Self-Concept and Identity» in *Self and social identity*. Brewer, M. B et M. Hewstone (eds). Oxford, UK, Blackwell Publishing, 2004, p. 5-23.
53. Ong, B. N., H. Hooper et K. Dunn. «Establishing self and meaning». *Sociological Review*, vol. 52, n° 4, 2004, p. 532-549.
54. Wray, E. L., P. A. Mortenson. «Cultural competence in occupational therapists working in early intervention therapy programs». *Canadian journal of occupational therapy. Revue canadienne d'ergothérapie*, vol. 78, n° 3, 2011, p. 180-186.
55. Carmody, S., R. Nolan, Chonchuir N. Ni, M. Curry, C. Halligan et K. Robinson. «The guiding nature of the kawa (river) model in Ireland: creating both opportunities and challenges for occupational therapists». *Occupational therapy international*, vol. 14, n° 4, 2007, p. 221-236.
56. Iwama, Michael K., Nicole A. Thomson et Rona M. Macdonald. «The Kawa model: The power of culturally responsive occupational therapy». *Disability and Rehabilitation*, 2009, p. 1125-1135.
57. Kondo, T. «Cultural tensions in occupational therapy practice: considerations from a Japanese vantage point». *The American journal of occupational therapy.: official publication of the American Occupational Therapy Association*, vol. 58, n° 2, 2004, p. 174-184.
58. Madan, I., I. Reading, K. T. Palmer et D. Coggon. «Cultural differences in musculoskeletal symptoms and disability». *International Journal of Epidemiology*, vol. 37, n° 5, 2008, p. 1181-1189.
59. Odawara, E. «Cultural competency in occupational therapy: beyond a cross-cultural view of practice». *The American journal of occupational therapy.: official publication of the American Occupational Therapy Association*, vol. 59, n° 3, 2005, p. 325-334.
60. Davidhizar, R., Giger JN. «A review of the literature on care of clients in pain who are culturally diverse». *International Nursing Review*, vol. 51, n° 1, 2004, p. 47-55.
61. Kehoe, K. A., M. K. D'Eramo et K. Newlin. «Culture within the context of care: an integrative review». *Ethnicity & Disease*, vol. 13, n° 3, 2003, p. 344-353.

62. Pearson, A., R. Srivastava, D. Craig, D. Tucker, D. Grinspun, I. Bajnok, P. Griffin, L. Long, K. Porritt, H. Thuzar et A. Gi. «Systematic review on embracing cultural diversity for developing and sustaining a healthy work environment in healthcare». *International Journal of Evidence Based Healthcare*, vol. 5, 2007, p. 54-91.
63. Balcazar, Fabricio E., Yolanda Suarez-Balcazar et Tina Taylor-Ritzler. «Cultural competence: Development of a conceptual framework». *Disability and Rehabilitation*, vol. 31, n° 14, 2009, p. 1153-1160.
64. Humbert, Tamera Keiter; Burket, Allison; Deveny, Rebecca; Kennedy, Katelyn . Occupational therapy practitioners' perspectives regarding international cross-cultural work. *Australian occupational therapy journal* 58, 300-309. 2011.
65. Lewis, Allen, James Bethea et Jessica Hurley. «Integrating cultural competency in rehabilitation curricula in the new millennium: Keeping it simple». *Disability and Rehabilitation*, vol. 31, n° 14, 2009, p. 1161-1169.
66. Panzarella, Karen J. «Beginning with the end in mind: Evaluating outcomes of cultural competence instruction in a doctor of physical therapy programme». *Disability and Rehabilitation*, vol. 31, n° 14, 2009, p. 1144-1152.
67. Murden, R., A. Norman, J. Ross, E. Sturdivant, M. Kedia et S. Shah. «Occupational therapy students' perceptions of their cultural awareness and competency». *Occupational therapy international*, vol. 15, n° 3, 2008, p. 191-203.
68. Campinha-Bacote, J. «The process of cultural competence in the delivery of health care services: A model of care». *Journal of Transcultural Nursing*, vol. 13, n° 3, 2002, p. 181-184.
69. Baré, J.-F. «Acculturation» in *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*. Bonte, Pierre et Michel Izard (eds). Paris, Quadrige/PUF, 1991.
70. Mutha, S., C. Allen et M. Welch. *Toward culturally competent care: a toolbox for teaching communication strategies*. San Francisco, Centre for the Health Professions / University of California Press, 2002, 175 p.
71. Abric, Jean-Claude. «Les représentations sociales: aspects théoriques» in *Pratiques sociales et représentations*, Psychologie sociale. Paris, Presses Universitaires de France, 1994, p. 11-36.
72. Sue, D. W. Multidimensional Facets of Cultural Competence. *The Counseling Psychologist* 29[6], 790-821. 2001.
73. American Occupational Therapy Association, «On Cultural Competency and Ethical Practice» 2007, <http://www.aota.org/Practitioners/Ethics/Advisory/36525.aspx>

74. Commission on Rehabilitation Counselor Certification. *Code of Professional Ethics for Rehabilitation Counselors*. Schaumburg (Illinois), Commission on Rehabilitation Counselor Certification (CRCC), 2009
75. Spiro, Melford E. «Some reflections on cultural determinism and relativism with special reference to emotion and reason» in *Culture Theory. Essays on Mind, Self, and Emotion*. Shweder, Richard A. et Robert A. Le Vine (eds). Cambridge, Cambridge University Press, 1997, p. 323-346.
76. Truchon, M. *Les déterminants biopsychosociaux de l'incapacité chronique liée aux lombalgies : une recension systématique des écrits*. Montréal, IRSST, 2000, 46 p.
77. Bass-Haugen, J. D. «Health disparities: examination of evidence relevant for occupational therapy». *The American journal of occupational therapy*, vol. 63, n° 1, 2009, p. 24-34.
78. Journet, Nicolas. «L'illusion des cultures. Entretien avec Adam Kuper» in *La culture. De l'universel au particulier; la recherche des origines, la nature de la culture, la construction des identités*. Journet, Nicolas (eds). Auxerre, Éditions Sciences Humaines, 2002, p. 313-320.
79. Edwards, Robert R., Mario Moric, Brenda Husfeldt, Asokumar Buvanendran et Olga Ivankovich. «Ethnic similarities and differences in the chronic pain experience: a comparison of african american, Hispanic, and white patients». *Pain Medicine (Malden, Mass.)*, vol. 6, n° 1, 2005, p. 88-98.
80. Green, Carmen R., C. R. Green, Tamara A. Baker, T. A. Baker, S Khady Ndao-Brumblay et S. K. Ndao-Brumblay. «Patient attitudes regarding healthcare utilization and referral: a descriptive comparison in African- and Caucasian Americans with chronic pain». *Journal of the National Medical Association*, vol. 96, n° 1, 2004, p. 31-42.
81. McCracken, L. M., A. K. Matthews, T. S. Tang et S. L. Cuba. «A comparison of blacks and whites seeking treatment for chronic pain». *The Clinical Journal Of Pain*, vol. 17, n° 3, 2001, p. 249-255.
82. Nguyen, Marisa, Carlos Ugarte, Ivonne Fuller, Gregory Haas et Russell K. Portenoy. «Access to care for chronic pain: racial and ethnic differences». *The Journal Of Pain: Official Journal Of The American Pain Society*, vol. 6, n° 5, 2005, p. 301-314.
83. Tan, Gabriel, Mark P. Jensen, John Thornby et Karen O. Anderson. «Ethnicity, control appraisal, coping, and adjustment to chronic pain among black and white Americans». *Pain Medicine (Malden, Mass.)*, vol. 6, n° 1, 2005, p. 18-28.
84. Alberque, C., C. Alberque, A. Eytan et A. Eytan. «Chronic pain presenting as major depression in a cross-cultural setting». *International Journal of Psychiatry in Medicine*, vol. 31, n° 1, 2001, p. 73-76.

85. Finnstrom, Berit, B. Finnstrom, Olle Soderhamn et O. Soderhamn. «Conceptions of pain among Somali women». *Journal of Advanced Nursing*, vol. 54, n° 4, 2006, p. 418-425.
86. Lovering, Sandy, S. Lovering. «Cultural attitudes and beliefs about pain». *Journal of transcultural nursing : official journal of the Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society*, vol. 17, n° 4, 2006, p. 389-395.
87. Njobvu, P., P. Njobvu, I. Hunt, I. Hunt, D. Pope, D. Pope, G. Macfarlane et G. Macfarlane. «Pain amongst ethnic minority groups of South Asian origin in the United Kingdom: a review». *Rheumatology (Oxford, England)*, vol. 38, n° 12, 1999, p. 1184-1187.
88. Thomas, V. J., V. J. Thomas, F. D. Rose et F. D. Rose. «Ethnic differences in the experience of pain». *Social science & medicine (1982)*, vol. 32, n° 9, 1991, p. 1063-1066.
89. Yazar, J., R. Littlewood. «Against over-interpretation: the understanding of pain amongst Turkish and Kurdish speakers in London». *The International Journal Of Social Psychiatry*, vol. 47, n° 2, 2001, p. 20-33.
90. Smith, P; Mustard, C. The unequal distribution of occupational health and safety risks among immigrants to Canada compared to Canadian-born labour market participants: 1993-2005. *Safety Science* 48[10], 1296-1303. 2010.
91. Smith, P., C. Mustard. «Comparing the risk of work-related injuries between immigrants to Canada and Canadian-born labour market participants». *Occupational & Environmental Medicine*, vol. 66, n° 6, 2009, p. 361-367.
92. Kosny, A., M. Lifshen, E. MacEachen et P. Smith. *Injured immigrants workers' experiences*. Toronto, Institute for Work & Health (IWH), projet en cours de réalisation (no 273), 2009
93. Betancourt, J. R, A. R. Green et J. E. Carrillo. «Defining cultural competence: A practice framework for addressing racial/ethnic disparities in health & health care». *Public Health Report*, vol. 118, 2003, p. 293-302.

ANNEXE 1 : MOTS-CLÉS UTILISÉS POUR LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE SELON LES BLOCS THÉMATIQUES

Travailleurs immigrants et SST

Emigrant OR Foreign OR Immigrant* OR Migrant* OR Emigrant and Immigrants (MeSH)

AND

Occupation* OR Work OR Worker* OR Workplace OR Accidents OR Occupational OR Occupational disease OR Occupational health OR Occupational Medicine OR Work OR Workplace OR Health OR Safety OR Security OR Disease

Appartenance ethnoculturelle et Réadaptation au travail

Chronic Pain OR Pain OR Douleur OR Health OR Illness

AND

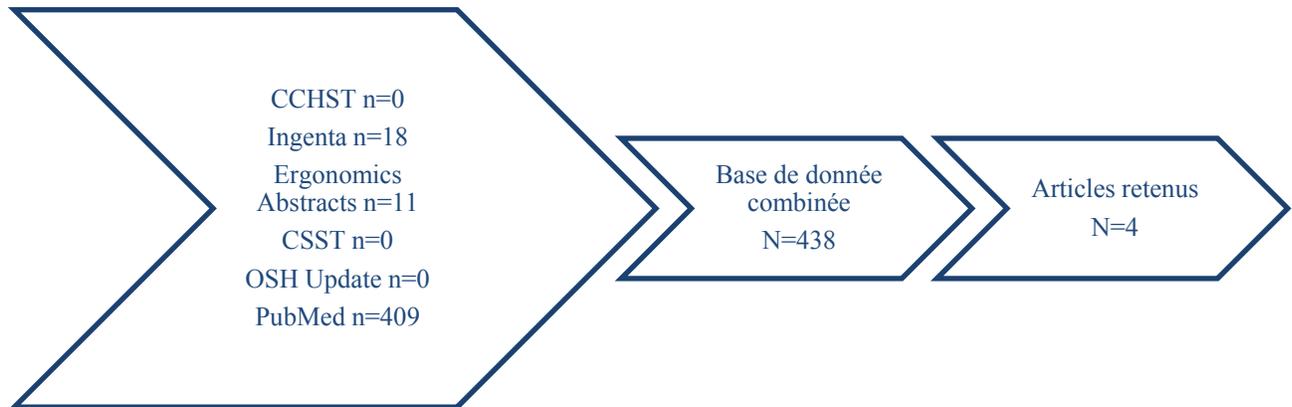
Attitude OR Health Knowledge OR Attitude to health OR representation OR Appartenance culturelle OR Cross-cultural communication OR Cross-cultural comparison OR Cross-cultural difference* OR Variable culturelle OR Cultural Characteristics OR Cultural Competency OR Cultural Diversity OR Cultural factor* OR Cultural OR Culturally OR Culturel OR Culturally responsive OR Culture OR Groupe ethnique OR Ethnic groups OR Ethnic minority OR Migrant worker* OR Migrant*

AND

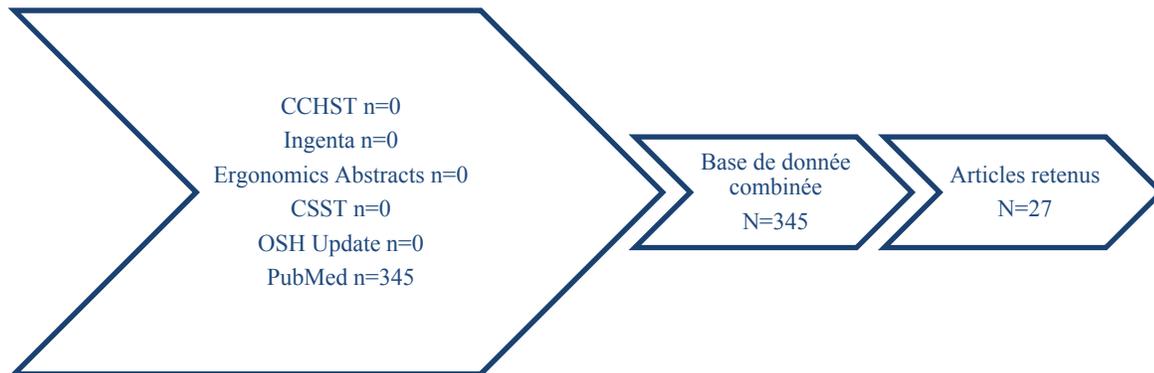
Transcultural nursing OR Occupation OR Occupational therapy OR Therapy OR Insertion OR Intégration OR Rehabilitation OR Réadaptation OR Recovery OR Return to Work OR Maintien en emploi OR Work OR Worker*

ANNEXE 2 : BASES DE DONNÉES CONSULTÉES, NOMBRE D'ARTICLES ET ARTICLES RETENUS POUR LA RECENSION, L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ ET L'ANALYSE DE CONTENU

Bloc 1 Travailleurs immigrants et SST



Bloc 2 Appartenance ethnoculturelle et réadaptation



ANNEXE 3 : GRILLES D'ÉVALUATION DES ARTICLES RECENSÉS

Grilles d'évaluation des études qualitatives

20 Excellent; 19-18 Très bon; 17-14 Bon; 13-12 moyen; <12 rejeté

Auteurs et année :	Score
1. Problématique et objectifs	
a. La problématique est bien définie?	
b. Les objectifs sont clairement définis et reflètent bien les enjeux soulevés dans la problématique?	
c. Le titre reflète bien les objectifs de l'étude?	
2. Échantillon et contexte de l'étude	
a. Critères d'inclusion / exclusion clairement décrits?	
b. Caractéristiques sociodémographiques des sujets (âge, sexe, position sociale, type de maladie) clairement décrites?	
c. Distinction claire entre thérapeute et chercheur (le chercheur ne peut pas être en même thérapeute des sujets interrogés)	
d. S'il y a lieu, le milieu clinique et le traitement sont décrits en détails	
3. Méthode de collecte	
a. Est-ce que le choix de la méthode est justifié par rapport aux objectifs de la recherche?	
b. Description précise de la méthode de collecte des données (recrutement, échantillon, conditions de la collecte)	
c. Est-ce que le contexte de collecte est suffisamment décrit de manière à bien comprendre les conditions de l'enquête?	
4. Cadre théorique	
a. Les concepts et idées qui inspirent l'interprétation des données sont clairement présentés?	
b. Le cadre théorique est pertinent par rapport aux objectifs de la recherche?	
c. Les auteurs font en sorte de ne pas surdéterminer l'interprétation en faisant l'usage de ces concepts?	
5 Méthode d'analyse	
a. Les procédures d'analyse sont suffisamment décrites?	
b. Les concepts développés sont issus du matériel étudiés et non pas de théories préconçues	
c. Les procédures de validation interne des résultats sont décrites?	
6. Résultats	
a. Les liens avec des questions théoriques de plus grande envergure sont faits	
b. Mise en relation avec les connaissances existantes (cohérence externe et triangulation)	
c. L'interprétation des résultats et la synthèse est en lien avec les données empiriques présentées et la question / objectifs de recherche	
a. Les questions de validation externe sont discutées?	

TOTAL

Grille d'évaluation des études quantitatives

17 Excellent; 16-15 Très bon; 14-13 Bon; 12-10 Moyen; <10 rejeté

Auteurs et année :	Score
1. Problématique et objectifs	
a. La problématique est bien définie?	
b. Les objectifs sont clairement définis et reflètent bien les enjeux soulevés dans la problématique?	
c. Les enjeux cliniques sont bien identifiés?	
2. Échantillon et contexte de l'étude	
a. Critères d'inclusion / exclusion clairement décrits?	
b. Le choix du type d'échantillon est justifié?	
c. Les cas exclus ou qui ont refusé sont comparés avec les autres ?	
3. Méthode de collecte	
a. Est-ce que le choix de la méthode est justifié par rapport aux objectifs de la recherche?	
b. Description précise de la méthode de collecte des données et des questionnaires?	
c. Les questionnaires ont été préalablement validés (ou sont reconnus) ?	
5 Méthode d'analyse	
a. Les procédures d'analyse sont suffisamment décrites?	
b. Les analyses permettent de limiter les erreurs de type I et II?	
c. Les variables confondantes sont identifiées?	
6. Résultats	
a. Les caractéristiques sociodémographiques des sujets (âge, sexe, position sociale, type de maladie) sont clairement décrites?	
b. Les résultats sont présentés de manière concise en fonction de chaque outil de mesure?	
c. Les données présentées permettent de bien identifier / comparer les différents groupes ou populations à l'étude?	
7. Discussion	
a. La relation entre les résultats et l'état des connaissances actuelles est discutée?	
a. Les limites de l'étude sont clairement indiquées et discutées?	

TOTAL

Source :

Malterud, K. (2001). Qualitative research : standards, challenges, and guidelines. *Lancet*, 358(9280), 483-88.

Greenhalgh, Trisha (1997). "How to read a paper: Assessing the methodological quality of published papers", *British Medical Journal*, 315: 305-08.

Verbeek, J. H. et coll. (2004). Patients expectations of treatment for back pain. A Systematic review of qualitative and quantitatives studies. *Spine*, 29(20), 2309-2318.

ANNEXE 4 : COMPARAISON DES ÉTUDES RETENUES PAR SUJET PRINCIPAL, TYPE D'ÉTUDE, LIEU, ÉCHANTILLON ET RÉSULTATS PRINCIPAUX

Auteurs	Sujet principal	Type d'étude	Lieu	Échantillon	Type de lésion	Qualité	Résultats principaux
Ahonen et coll. 2007	Travailleurs immigrants	Recension des écrits	N/A	48 études en provenance de différents pays industrialisés	N/A	Très haute	Concentration des travailleurs immigrants dans des secteurs à haut risque de lésions. L'accès aux soins de santé et aux services de conseillers en réadaptation est un enjeu majeur. La problématique des travailleurs immigrants chevauche les thèmes des relations asymétriques de pouvoir, la stratification sociale et les inégalités sociales
Balcazar et coll. 2009	Compétences culturelles	Recension des écrits	États-Unis	32 études	N/A	Haute	Synthèse pour le développement des compétences culturelles des cliniciens fondées sur la connaissance des autres cultures, la prise de conscience de nos propres biais culturels, le développement d'habiletés culturelles et le soutien organisationnel.
Banks 2008	Compétences culturelles	Recension des guides de pratique	États-Unis	Non spécifié	Invalidité	Basse	Discussion sur la nécessité de prise de conscience de nos propres déterminants culturels, sur l'effet stigmatisant d'être associé à un groupe dévalorisé par la majorité et son impact sur le fonctionnement des individus. Double discrimination et vulnérabilité des femmes noires; problématique spécifique aux femmes immigrantes (crainte de déportation en cas de divorce, précarisation économique, etc.)

Auteurs	Sujet principal	Type d'étude	Lieu	Échantillon	Type de lésion	Qualité	Résultats principaux
Bass-Haugen 2009	Disparités sociales de santé	Quantitative, rétrospective transversale	États-Unis	3 millions de foyers	Multiple	Moy.	Étude qui rapporte des écarts importants en matière de santé et d'accès aux services de réadaptation, ainsi que dans le fait de rapporter des problèmes émotionnels ou des limitations fonctionnelles. Les critères d'appartenance « ethnoraciale » et de niveaux de revenus modulent ces écarts. Les auteurs soutiennent l'idée de développer des programmes fondés sur les caractéristiques des communautés, d'ajuster les politiques publiques pour permettre l'égalité d'accès aux soins.
Bates et coll. 1997	Relations thérapeutes-patients	Qualitative	États-Unis Porto Rico	Transversal	Multiple	Moy.	Deux cliniques issues de deux milieux culturels différents adoptent un modèle biomédical bien qu'elles témoignent d'une vision différente de la dualité corps-esprit. Cette différence influence la relation thérapeute-patient et les solutions proposées.
Benach 2010	Travailleurs immigrants	Recension des écrits	International	Non-spécifié. 28 références citées	Lésions professionnelles	Faible	Les travailleurs immigrants font face à un risque plus élevé en matière de SST. Plusieurs facteurs sont rapportés : concentration dans des secteurs à plus haut risque, emplois subalternes, précarité, harcèlement et intimidation, barrières linguistiques et culturelles, accès aux formations en SST. L'impact de l'immigration en matière de SST est encore mal compris. Besoin de recherche et de mettre en place des politiques pour mieux rejoindre cette population.

Auteurs	Sujet principal	Type d'étude	Lieu	Échantillon	Type de lésion	Qualité	Résultats principaux
Calvillo et Flaskerud 1991	Relations thérapeutes-patients	Recension des écrits	États-Unis	Non spécifié. 28 références citées	N/A	Faible	L'appartenance ethnoculturelle des patients influence l'évaluation clinique de la douleur. La relation thérapeutique peut être teintée négativement par la tendance à se baser sur les valeurs propres aux groupes culturels dominants et les attentes de comportement inhérentes. Les croyances sur la santé et leurs modèles culturels d'acquisition et d'expression doivent être mieux investigués dans la rencontre clinique pour éviter les interprétations fausses de part et d'autre.
Carmody et coll. 2007	Modèles d'intervention culturellement sensibles	Qualitative, longitudinale	Ireland	2 participants. Échantillon opportuniste	Sclérose en plaques	Moy.	Utilisation du guide d'entrevue appelé « modèle Kawa », sensible aux caractéristiques des patients (représentations de la maladie, sens de la vie, etc.). Entrevues pré- et post-traitement montrent un changement d'attitude de la part des patients.
Côté et Coutu 2010	Relations thérapeutes-patients	Recension des écrits	N/A	32 études	TMS	Bonne	Le genre est présenté comme une catégorie socioculturelle. Description de différents enjeux liés à l'incapacité prolongée qui peuvent être vécus différemment selon le genre : expérience de la non-reconnaissance de la douleur, la construction du sentiment d'identité personnelle et la question des contraintes domestiques.

Auteurs	Sujet principal	Type d'étude	Lieu	Échantillon	Type de lésion	Qualité	Résultats principaux
Davidhizar et Giger 2004	Relations thérapeutes-patients	Recension des écrits	N/A	Non spécifié. 51 références citées	Douleur	Moy.	La sensibilité culturelle des cliniciens est nécessaire pour appréhender les variations culturelles du sens de la douleur et des réponses comportementales et affectives à cette dernière. Développer la prise de conscience de l'influence de la culture est définie comme une condition préalable pour comprendre l'expérience de la douleur et la personnalisation du traitement.
Dressler et Pils 2009	Relations thérapeutes-patients	Qualitative	Autriche	28 thérapeutes	Traumatismes multiples	Bonne	Des barrières linguistiques et culturelles peuvent influencer la relation thérapeute-patient et l'ensemble du processus de réadaptation. Les différences culturelles qui touchent la vie quotidienne des patients semblent plus acceptables aux yeux des cliniciens que les différences qui touchent les représentations du traitement. Dans un contexte de diversité ethnoculturelle grandissant, des solutions d'ordre structurel sont nécessaires.
EASHW 2007	Travailleurs immigrants	Recension des écrits	Europe	N/A	N/A	Faible	Les résultats de plusieurs études en Europe soulignent la forte concentration des immigrants dans des secteurs d'activités à haut risque; travailleurs immigrants plus sujets à travailler dans de mauvaises conditions, à subir le harcèlement; des barrières linguistiques et culturelles nécessitent des moyens spécifiques pour rejoindre ces travailleurs.

Auteurs	Sujet principal	Type d'étude	Lieu	Échantillon	Type de lésion	Qualité	Résultats principaux
Ferreira 2004	Représentations de la douleur	Quantitative, transversale	Brésil / Australie	153 étudiants en physiothérapie	N/A	Bonne	Les étudiants brésiliens en physiothérapie sont plus souvent d'accord sur l'idée de limiter les activités d'un patient en douleur. Très nettes différences en matière de perception de l'importance de l'autonomie versus l'interdépendance. L'origine culturelle des futurs cliniciens influence leurs croyances et leurs attitudes envers la douleur.
Fitzgerald 2004	Relations thérapeutes-patients	Essai théorique	Australie	Réflexions à partir de ses recherches antérieures et de son expérience en enseignement de la réadaptation	N/A	Moy.	La famille et la culture sont définies comme deux concepts qui doivent être intégrés en réadaptation. Les cliniciens ont tendance à considérer les enjeux culturels seulement chez les familles qu'ils perçoivent comme différentes sur le plan ethnique. Discussion sur la différence entre culture et ethnicité. La pratique réflexive des cliniciens leur permet d'identifier leurs propres influences culturelles dans l'exercice quotidien de leur profession et dans leur définition des rôles, des valeurs et des attitudes.
Humbert 2011	Relations thérapeutes-patients	Qualitative	États-Unis	Entrevues semi-dirigées auprès de 11 cliniciens	N/A	Bonne	Les cliniciens interrogés perçoivent leur expérience interculturelle comme une façon d'apprendre sur soi-même et sur d'autres manières de voir l'incapacité. La perception du rôle du clinicien varie selon le degré d'expérience en contexte interculturel : se mettre en situation d'apprentissage vs avoir de l'influence sur autrui.

Auteurs	Sujet principal	Type d'étude	Lieu	Échantillon	Type de lésion	Qualité	Résultats principaux
Iwama et coll. 2009	Modèles d'intervention culturellement sensibles	Essai théorique	Japon / Canada	N/A	Lésions professionnelles	N/A	Les modèles de réadaptation qui sont appliqués dans les pays occidentaux sont conditionnés culturellement : l'autonomie individuelle et l'autodétermination. Les auteurs recommandent de faire preuve de flexibilité et de s'adapter à chaque individu de manière à saisir en chacun comment le sentiment d'identité personnelle est ancré dans un milieu social ou culturel donné.
Kondo 2004	Compétences culturelles	Essai théorique	Japon	N/A	N/A	N/A	Les logiques sous-jacentes à la thérapie occupationnelle ne sont pas exemptes de biais culturels. Des concepts comme l'autonomie et l'indépendance ne résonnent pas de la même façon chez les patients qui proviennent d'horizons culturels différents. La construction des rôles sociaux et la hiérarchisation sociale varient d'une société à l'autre. Le sens du travail peut comporter une forte valeur culturelle.
Lewis et coll. 2009	Compétences culturelles	Recension des écrits	États-Unis	Non-spécifié. 35 références citées	N/A	Faible	L'acquisition de compétences culturelles est un long processus. Les auteurs proposent un modèle d'intervention de base pour intégrer la question des compétences culturelles dans les programmes post-gradués de réadaptation. Discussion sur le relativisme culturel et la nécessité pour les cliniciens de prendre conscience de leurs biais culturels qui influencent leurs interventions.

Auteurs	Sujet principal	Type d'étude	Lieu	Échantillon	Type de lésion	Qualité	Résultats principaux
Löfvander 1999	Travailleurs immigrants	Qualitative, longitudinale setting	Suède	26 immigrants de première génération originaires de Grèce et de Turquie. Âge moy : 38, >6 sem. d'arrêt de travail	Douleur chronique	Bonne	Une comparaison entre travailleurs provenant de deux groupes culturels fait ressortir différentes formes d'anxiété relatives à la douleur (focus : symptômes vs vision du futur). On y retrouve des attitudes générales, tantôt pessimistes, tantôt fatalistes mais résilientes qui influencent la vision du futur et la perception d'incapacité. Discussion sur l'importance du dialogue dans la relation thérapeute-patient.
Madan 2008	Représentations	Quantitative, transversale	Royaume-Uni / Inde	855 participants effectuant des tâches répétitives et du travail de bureau	Douleur aiguë	Bonne	Des différences substantielles dans les taux de prévalence de la douleur ou de l'incapacité associés à un TMS auprès de deux groupes effectuant des tâches similaires ou identiques s'expliqueraient par des différences culturelles au niveau des croyances relatives à la santé.
McCauley L. A. 2005	Travailleurs immigrants	Recension des écrits	États-Unis	Non spécifié. 51 références citées	Lésions professionnelles	Moy.	Hétérogénéité de la population immigrante et surreprésentation de certains groupes ethniques dans des secteurs d'activités à plus haut risque en matière de SST. L'amélioration des conditions de travail et l'accès aux soins de santé sont présentés comme les principaux enjeux en SST parallèlement au développement des compétences culturelles des intervenants et la promotion des changements de politiques qui s'imposent.

Auteurs	Sujet principal	Type d'étude	Lieu	Échantillon	Type de lésion	Qualité	Résultats principaux
Meershoek 2011	Relations thérapeutes-patients et différenciation sociale	Qualitative	Pays-Bas	6 médecins du travail dans le contexte de 250 consultations	Lésions diverses	Très bonne	À travers l'observation et l'analyse d'environ 250 consultations médicales, les auteurs illustrent le processus d'étiquetage et de catégorisation ethnique. Ceci résulte dans la construction du « patient problématique » surdéterminée par une explication culturaliste. Les auteurs discutent du danger d'appliquer des classifications ethniques ou culturelles dans des cas précis d'ambiguïté diagnostique.
Muñoz 2007	Modèles d'intervention culturellement sensibles	Qualitative	États-Unis	12 cliniciennes en réad.; âge moyen : 48,3, échantillon intentionnel, variations multiples	N/A	Très bonne	Cette étude révèle qu'un groupe de cliniciennes en réadaptation perçoivent leur formation en compétence culturelle comme insuffisante ou déficiente. Perception que la compétence culturelle est un élément essentiel à la pratique professionnelle quotidienne.
Murden et coll. 2008	Compétences culturelles	Quantitative	États-Unis	72 étudiants en réadaptation	N/A	Bonne	Une majorité d'étudiants partagent l'idée que les facteurs culturels sont une composante importante du processus de réadaptation au travail. Besoin de formation adéquate et stages en milieux pluriethniques.
Norrefalk 2006	Travailleurs immigrants	Quantitative, longitudinale	Suède	67 patients dont 30 immigrants. Âge moyen : 40	Douleur chronique	Bonne	La perception d'incapacité au travail et l'utilisation d'analgésiques sont plus importantes chez les immigrants que chez les travailleurs nés au pays, bien que le taux de retour au travail entre les deux groupes soit semblable. Obstacles dus aux barrières linguistiques. Le délai de prise en charge en réadaptation réduit les probabilités du retour au travail dans les deux groupes.

Auteurs	Sujet principal	Type d'étude	Lieu	Échantillon	Type de lésion	Qualité	Résultats principaux
Odawara 2005	Compétences culturelles	Qualitative	Japon	Pratique réflexive de 2 cliniciens en réadaptation au travail au sujet de certains cas rencontrés	Arthrite rhumatoïde / ACV	Moy.	Récits de vie thématiques (expérience clinique) qui montrent comment des cliniciens sont parvenus à intégrer la composante culturelle dans leur plan d'intervention. L'importance de la pratique autoréflexive est soulignée. Le patient doit prendre part à l'élaboration du plan de traitement. Intervention souvent portée sur la reconstruction de l'identité personnelle des patients et de réorganisation de leur vie quotidienne et professionnelle..
Panzarella 2009	Compétences culturelles	Essai théorique	États-Unis	N/A	N/A	N/A	Discussion sur la manière d'intégrer la compétence culture dans les contenus de formation. Dissémination vs concentration? Propose des évaluations de type <i>simulated patient</i> dont le rapport efficience/coût serait avantageux.
Paul 1995	Validité transculturelle des instruments de mesure	Essai théorique	Amérique du Nord	N/A	Multiple	N/A	Discussion autour de l'adoption d'outils de mesure de type « culture-fair » ou « culture-specific » (adaptés à une culture donnée). L'auteur soutient qu'il faut revoir et raffiner les outils existants. Les instruments d'évaluation standardisés utilisés en réadaptation au travail reflètent les valeurs de la classe moyenne euro-américaine. Les normes ou outils d'évaluation en réadaptation peuvent constituer un obstacle en contexte multiculturel, principalement ceux de type psychosociaux.

Auteurs	Sujet principal	Type d'étude	Lieu	Échantillon	Type de lésion	Qualité	Résultats principaux
Rogers et Allison 2004	Relations thérapeutes-patients	Qualitative	Royaume-Unis	32 patients d'une clinique externe (13 hommes, 19 femmes). Échantillon intentionnel stratifié	Douleur aiguë	Très bonne	La douleur pose un sérieux défi au sentiment d'identité personnelle et sociale. Comparaison de deux groupes culturels (afro-caribéen et sud-asiatique) : variations sur les causes de la douleur et sur les valeurs d'autonomie / indépendance.
Slouts 2010	Relations thérapeutes-patients et adhérence au traitement	Qualitatif	Pays-Bas	Patients (N=23), médecins (N=8), ergothérapeutes (N=2)	Douleur chronique	Très bonne	Les principales raisons de l'abandon du traitement par les patients interrogés reposent sur une vision contradictoire du problème et de la finalité du traitement proposé : attente d'un diagnostic précis et d'un soulagement complet de la douleur. Résulte dans la difficulté à construire une relation de confiance entre cliniciens et patients.
Wray 2011	Compétence culturelle et rôle des cliniciens	Qualitatif	Canada	5 ergothérapeutes	Non spécifié	Très bonne	Sans être familiers avec le modèle de la compétence culturelle, les cliniciens interrogés développent des stratégies pour améliorer leur relation et la compréhension du patient. Les cliniciens intègrent la compétence culturelle dans un modèle centré sur la famille. Discussion sur la distinction entre démarche réflexive et réflexion sur la culture (reflexive / reflective)