

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

RÉGION GRAND EST

INSTITUT LORRAIN DE FORMATION DE MASSO-KINÉSITHÉRAPIE DE NANCY

**PRATIQUE DE LA MASSO-KINÉSITHÉRAPIE
DANS LE CONTEXTE MULTICULTUREL
FRANÇAIS : pourquoi et comment tenir compte de
la culture du patient ?**

INITIATION À LA REVUE DE LA LITTÉRATURE

Mémoire présenté par **Mehdi MISSOUM**,

étudiant en 3^e année de masso-

kinésithérapie, en vue de l'obtention du

Diplôme d'État de Masseur-Kinésithérapeute

2014-2017.

SOMMAIRE

	Page
RÉSUMÉ	
GLOSSAIRE	
1. INTRODUCTION	1
2. CADRES LÉGISLATIFS ET CONCEPTUELS	4
2. 1. Le cadre législatif	4
2. 1. 1. Le code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes	4
2. 1. 2. Charte de la personne hospitalisée	5
2. 1. 3. Loi KOUCHNER	6
2. 2. Le cadre conceptuel	6
2. 2. 1. Le modèle bio-psycho-social	6
2. 2. 2. La classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé	7
3. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE	8
3. 1. Le constat	8
3. 2. Stratégies de recherche documentaire	9
3. 2. 1. Le protocole	9
3. 2. 2. Critères d'éligibilité des lectures	9
3. 2. 3. Les sources d'informations	10
3. 2. 4. Recherche et sélection des études	10
3. 2. 5. Extraction de données	11

4. RÉSULTATS	12
4. 1. La place de la culture dans l'identité du patient	12
4. 2. L'importance des différentes représentations pour éviter certaines difficultés	13
4. 3. Les points clés d'un cheminement interculturel	17
4. 3. 1. La communication, un outil essentiel	17
4. 3. 2. Acquérir un certain nombre de connaissances	19
4. 3. 3. Une attitude éthiquement correcte	20
5. DISCUSSION	23
5. 1. Interprétation et intérêts des résultats	23
5. 2. Limite de notre initiation à la littérature	28
5. 3. Intérêts personnels	29
6. CONCLUSION	29
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

RÉSUMÉ

Introduction : Notre pays a connu de profonds bouleversements au cours de ces dernières décennies. En effet, les dernières guerres et les vagues d'immigration ont produit, en France, une société cosmopolite. La France s'est donc modelée à travers sa propre identité judéo-chrétienne et à travers l'influence de diverses ethnies venues par la suite. Nous vivons dans un pays multiculturel, où certaines cultures peuvent être radicalement différentes les unes des autres.

Objectif : Cette initiation à la revue de la littérature, a pour but de réunir et d'analyser les écrits au sujet des prises en soins au bénéfice de patients culturellement différents des thérapeutes. Notre société a évolué et évolue encore, notre prise en charge MK doit évoluer avec elle, mais comment ? Grâce à quelle stratégie ? Quels sont les moyens, les outils pour y parvenir ?

Méthodologie : Les recherches ont été menées sur plusieurs bases de données : Cairn, Erudit.org, Google scholar, Pubmed, Revues.org, Ulysse et à l'aide de mots-clefs français, anglais et de troncatures. Les publications retenues sont écrites en français et proviennent de divers pays nord-américains et européens. Parmi un large panel de résultats, nous avons retenu 21 papiers en plus des références de la littérature grise.

Résultats : La culture fait partie intégrante de notre identité individuelle et collective, et se manifeste au quotidien. Or elle peut être source de conflits dans une relation soignant-soigné, du fait notamment de la différence entre les représentations du soin par les protagonistes. Plusieurs paramètres entrent en jeu lors d'une prise en charge MK d'un patient ethniquement différent, tels que la communication, la connaissance des cultes et cultures présent en France, l'attention, le respect etc.

Discussion : Des compétences dans le champ des sciences humaines et sociales permettraient d'appréhender la personne soignée dans toute sa complexité et singularité. La réforme de 2015 les intègre autant que l'exigence de technicité.

Mots-clefs : soin, compétence, culture, représentation, inter-culturalité.

Keywords : healthcare, skill, culture, representation, multiculturality.

GLOSSAIRE

MK : Masseur-Kinésithérapeute

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CIH : Classification Internationale du Handicap

CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

1. INTRODUCTION

Le terme de kinésithérapie est apparu au milieu du XIX^{ème} siècle (1847 pour le Robert, 1867 pour le Larousse). Cependant il ne prendra sens dans la société qu'au cours du XX^{ème} siècle. Nous comprenons donc que le métier de masseur-kinésithérapeute est récent, pourtant il a été traversé par un grand nombre d'évolutions dans la manière de l'exercer. Ainsi plusieurs définitions ont été énoncées : pour Gatto et Ravestein (2003) «la kinésithérapie utilise des savoirs issus de différentes disciplines (biologie, médecine, pharmacologie, physiologie, biomécanique, psychologie, sciences de l'éducation (...)) pour répondre à un double objectif, soulager la douleur et favoriser l'autonomie de connaissance, de compréhension et d'action du sujet par rapport à ses troubles fonctionnels» (1). Le conseil de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes, dans son référentiel du masseur kinésithérapeute et du masseur kinésithérapeute ostéopathe (2012), définit la masso-kinésithérapie comme suit : «une discipline de santé et une science clinique. Elle est centrée sur le mouvement et l'activité de la personne humaine (...) pour favoriser le maintien ou l'amélioration de la santé physique, psychique et sociale» (1).

Ces deux définitions montrent donc l'importance de la dimension humaine du métier de masseur kinésithérapeute. Il fait appel à des notions théoriques et pratiques primordiales du point de vue biologique, anatomique etc. Mais ces savoirs indispensables doivent s'accompagner d'une dimension relationnelle au moins tout aussi importante. L'exercice de la masso-kinésithérapie s'appuie sur les rapports humains, au même titre que les autres corps de métier de la santé et du social (médecins, aides-soignantes, infirmières, etc). Cet aspect fait référence à la relation soignant-soigné, qui s'instaure dès de la première rencontre du masseur kinésithérapeute avec le patient et qui se prolonge tout au long de la prise en charge de ce dernier. Selon Formarier, la relation soignant-soigné ou encore relation thérapeutique est «une accumulation d'interactions entre individus qui durent et qui impliquent des attentes, des affects et des représentations spécifiques» (2).

Cette relation humaine entre le thérapeute et le patient se doit d'être optimale dans le cadre d'une prise en charge thérapeutique. Dès lors, une rééducation et une réhabilitation d'un patient peuvent-elles être complètes sans tenir compte de l'aspect humain.

La France jouit d'une situation désirable en matière de santé (3). La santé est un enjeu sanitaire et social de toute société industrialisée. Comme tout pays, des inégalités de santé persistent pour diverses raisons. Elle est influencée par de multiples facteurs ou déterminants : la culture, au même titre que l'éducation ou encore le niveau de revenu est un de ces «déterminants de la santé» (4). La culture est un élément vital d'une société dynamique, elle améliore notre qualité de vie et augmente la sensation de bien-être. Cette dernière influe positivement la santé des populations, que cela soit physiquement ou mentalement (5). Elle possède de nombreux avantages : elle engendre une cohésion sociale et une tolérance vis-à-vis des autres cultures présente dans un pays (6).

La France, de par son contexte historique intimement lié à l'immigration, présente, à l'heure actuelle, un cosmopolitisme parmi les plus importants au niveau mondial. En effet, la succession des différentes périodes de guerre, de reconstruction territoriale, de crise économique a donné à la France son statut de «Terre d'accueil». Si nous prenons la définition de l'INSEE du mot immigration et de descendant direct d'immigrés, alors sont immigrés toutes «personnes nées étrangères à l'étranger et résidant en France» et sont descendants directs d'immigrés les «personnes nées en France et ayant au moins un parent immigré». Ainsi, le nombre d'immigrés représente 11.6% de la population française et le nombre de descendants directs d'immigrés 8.9%, soit au total 20.5% de la population française (hors Mayotte) (7). Ainsi, notre société est le fruit d'un mélange de cultures avec des populations ayant chacune leurs propres identités, valeurs et convictions. La France connaît donc une certaine diversité culturelle. Elle fait référence à la diversité au sein d'un système culturel donné. Ce système comprend un ensemble de croyances et de référents fondamentaux, plus ou moins bien définis et partagé» (8). En outre elle fait référence « à la cohabitation de différents systèmes culturels (...) au sein de mêmes frontières géopolitiques comme c'est le cas pour les pays qui (...) accueillent d'importantes populations immigrantes» (8).

La diversité culturelle est une véritable richesse pour un pays, c'est «une source d'échanges, d'innovation et de créativité, la diversité culturelle est, pour le genre humain, aussi nécessaire qu'est la biodiversité dans l'ordre du vivant» (9), elle «constitue la réponse appropriée à l'aspiration des peuples à se développer dans un environnement où toutes les cultures peuvent s'épanouir. Un véritable dialogue des cultures contribue à la richesse de l'humanité» (9). Ces échanges se retrouvent également dans le domaine de la santé : au fil du temps nous avons adopté des pratiques fortement influencées par des mœurs étrangères, par exemple l'habitude de placer le bébé peau contre peau sur le sein ou le ventre de sa mère immédiatement après la naissance afin de réduire la mort de bébés prématurés (10). D'autres influences nous sont parvenues et sont aujourd'hui présentes dans le monde des soignants. En effet, concernant le domaine de la kinésithérapie, certains MK ont ajouté à leur arsenal thérapeutique des techniques venues d'autres contrées comme l'acupuncture, le shiatsu ou encore la méthode Mézières qui s'est beaucoup inspirée des pratiques d'Inde. Cependant cette diversité culturelle amène par définition une pluralité de représentations. Celles-ci se rencontrent parfois dans un contexte de maladie aboutissant parfois à des situations complexes voire difficiles à gérer. Notre manière d'être et notre vision du soin peuvent être source d'incompréhension pour des personnes de cultures différentes et créer des conditions relationnelles difficiles. La méconnaissance de la culture dans une alliance thérapeutique peut se révéler comme un obstacle important. Cortis démontre dans une de ses recherches que le personnel soignant éprouve des difficultés face à ce type de situation. Par exemple, l'étude évoque la compréhension limitée de la communauté Pakistanaise par les professionnels de santé du Royaume-Uni. Les résultats mettent en évidence une mauvaise préparation pour satisfaire les attentes d'une société ethniquement différente (11). Beavan illustre dans sa recherche que le personnel de santé ressent de l'incertitude dans les soins de patients culturellement différents. Il atteste que ce sentiment peut conduire à des hésitations, elles-mêmes aboutissant à des inégalités de prise en soin (12). Ainsi dans notre société devenue multiculturelle, les problèmes de compréhension et de représentation du soin ne sont pas rares et sont au contraire de plus en plus présents dans une relation soignant-soigné. Nous ne sommes plus dans une société globalement homogène, où la majorité des citoyens ont pu avoir le même mode de vie et donc les mêmes habitudes. De nos jours le personnel soignant et notamment les MK sont amenés à soigner une patientèle hétérogène qui vient avec ses propres coutumes, traditions et représentations quelques fois bien enracinées.

Nous avons conscience qu'il faut considérer chaque personne comme une entité unique, que la relation de soin avec cette dernière doit être individuelle et adaptée le plus possible. La HAS a défini le «projet thérapeutique individualisé. L'une des finalités de ce projet est d'assurer la continuité des soins et éviter si possible des ruptures de prise en charge» (13). De plus il a pour intention de «renforcer la place et le rôle du patient dans sa prise en charge (...) d'être acteur de sa trajectoire en s'appuyant sur ces ressources psychique, familiales, sociales, amicales et professionnelles. Faciliter l'alliance thérapeutique» (13). L'objectif est de «chercher l'adhésion du patient» (13), chercher une certaine complicité pour décider conjointement du type de prise en charge à mettre en place. Mais jusqu'à quel point ? Devons-nous tout faire pour éviter une rupture de prise en charge ? Une rupture est-elle toujours négative (sachant qu'une rupture décidée par les deux protagonistes est une des options comme une autre si elle tient compte du patient) ?

Nous avons décidé, à partir de cela, d'approfondir le sujet pour tenter de comprendre les causes d'une relation de soins difficile, essayer d'en saisir les raisons et ainsi de proposer d'éventuelles solutions, du moins proposer quelques pistes d'amélioration. Ce qui nous amène à la question suivante : **quels seraient les outils nécessaires pour améliorer l'efficacité de la prise en soins masso-kinésithérapique dans le contexte multiculturel français ?**

2. CADRES LÉGISLATIFS ET CONCEPTUELS

2. 1. Le cadre législatif

2. 1. 1. Le code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes

La profession de masseur-kinésithérapeute est régie par un code, le code de déontologie. Ce dernier rassemble et codifie l'ensemble des devoirs professionnels que le MK se doit de respecter. Dans ce code, deux articles nous intéressent plus particulièrement : il s'agit de

l'article R4321-53 et de l'article R4321-58. Respectivement ces articles stipulent : «Le masseur-kinésithérapeute, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité (...)» (14) et «Le masseur-kinésithérapeute doit écouter, examiner, conseiller, soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance, réelle ou supposée, à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur couverture sociale, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne soignée» (14). Nous en déduisons que le MK a le devoir de prendre en charge une personne dans sa globalité et donc dans sa complexité. Ces deux références précisent également la notion de la non-discrimination du soignant. Ne considérer que la pathologie du patient ou ne pas tenir compte de son identité culturelle pourrait être considéré comme une erreur du point de vue moral et professionnel.

2. 1. 2. Charte de la personne hospitalisée

Pour continuer dans cette démarche, nous pouvons énoncer également la charte de la personne hospitalisée. Cette dernière rejoint l'idée que le patient doit être pris en charge dans sa globalité. La finalité de ce document est de permettre à la personne hospitalisée de prendre pleinement connaissance de ses droits et inversement aux professionnels de leurs devoirs envers la personne soignée. Le résumé de la charte présenté ANNEXE I est mis à disposition de la personne hospitalisée dès son entrée. Le contenu de ce texte devrait être appréhendé et mis en œuvre par les deux parties.

Il est notamment décrit, dans le 8^e thème sur 12 que «la personne hospitalisée est traitée avec égard» (15). En d'autres termes, les croyances du patient doivent être respectées, son intimité préservée ainsi que sa tranquillité. Ces notions ont également toute leur place en médecine de ville. Aussi, le MK est tenu de les intégrer dans son exercice professionnel. En effet les notions mises en évidence dans la charte comme «respecter les croyances et convictions» (15), sont également valables dans une pratique libérale du masseur-

kinésithérapeute. Pour aller plus loin «l'établissement de santé» pourrait s'apparenter au cabinet libéral du MK. Que cela soit dans le milieu salarié, ou dans le monde libéral, le MK ne doit pas porter préjudice à l'intégrité de la personne qu'il soit physique ou morale. Pour ce faire, avoir une démarche éthique et respecter l'identité culturelle du patient semble primordial.

2. 1. 3. Loi KOUCHNER

Pour finir avec cette idée de règles, de devoirs imposés au masseur-kinésithérapeute, nous pouvons énoncer la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé encore appelée loi KOUCHNER. L'article L1110-3 stipule que : «aucune personne ne peut faire l'objet de discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins» (16). Le MK doit alors prendre en soin toutes les personnes nécessitant son intervention que ce soit dans le domaine de la prévention ou de la rééducation.

2. 2. Le cadre conceptuel

2. 2. 1. Le modèle bio-psycho-social

Engel, au début des années 80, est un des auteurs du modèle bio-psycho-social. Ce dernier s'oppose au modèle biomédical notamment dans sa structure et son approche. Dans son ouvrage : *la psychologie de la santé et de la clinique*, il énonce ce qu'il appelle «les 7 «principes du nouveau paradigme médical»» (17). Nous retenons ici que la maladie se définit comme un déséquilibre entre les trois sphères bio-psycho-sociale. Ainsi la maladie ou la pathologie, n'est pas qu'une altération physique ou physiologique. Nous avons pu constater ceci de par les citations suivantes : «le tableau de la maladie provient de l'interaction de plusieurs facteurs désignant une cause, incluant les facteurs de niveaux moléculaire, individuel et social» (17), ou encore «les variables psychosociales sont des déterminants plus importants de la prédisposition,

de la sévérité et de l'évolution de la maladie que ne le pensaient les défenseurs du point de vue biomédical de la maladie» (17). Nous pouvons également citer un second auteur, Zarifian, qui insiste sur l'aspect tridimensionnel de l'individu : «le corps est une triple entité bio-psycho-sociale» (18), dans un entretien apparu dans la revue *psychologie de la motivation*.

2. 2. 2. La classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé

Cette classification a été élaborée par l'OMS en 2001. Elle propose un langage uniformisé et normalisé mais aussi un cadre de travail pour la description des états de santé. La CIH-2 (ANNEXE II), couvre des domaines pouvant être réunis sous les termes de «domaines de la santé et domaines liés à la santé» (19). Ainsi elle prend en compte comme perspective la personne en tant qu'individu ou la personne en tant qu'être social. Elle combine le modèle médical et le modèle social. Elle stipule donc qu'un problème de santé (troubles et maladie) serait la traduction d'une altération de la fonction organique et de la structure anatomique, engendrant une limitation d'activités, produisant elle-même une restriction de la participation, le tout étant influencé par différents facteurs. Il y a des facteurs environnementaux (physiques, sociaux et attitudinaux dans lesquels les personnes vivent et mènent leur vie) et des facteurs personnels impliquant le champ psychologique. La situation de handicap est la résultante de l'interaction des caractéristiques de santé personnelles de l'individu et des facteurs environnementaux.

~~~~~

Même si B. Dolto, père de la kinésithérapie moderne, énonce que «la kinésithérapie n'est pas le traitement par le mouvement mais le traitement du mouvement» (20), à partir de ce qui précède nous remarquons que la kinésithérapie est plus large que cela et que si elle ne s'intéresse qu'au corps ou encore qu'à la pathologie, elle ne prend pas en compte la globalité du patient. En effet la kinésithérapie s'appuie beaucoup sur les savoirs du domaine de la biomécanique, mais le MK ne peut être assimilé qu'un mécanicien du corps. Pour y remédier, elle doit prendre en considération la dimension sociale et psychologique. En d'autres termes, le masseur-kinésithérapeute ne doit pas uniquement répondre à la question «qu'est-ce que le patient "a" ?»

sous-entendu «quelle pathologie ?» mais doit s'interroger également sur «qu'est-ce que le patient "est" ?».

L'idée générale de prise en charge d'un patient dans sa globalité, illustrée précédemment, nous a amené à approfondir notre réflexion. Compte tenu du principe de non-discrimination, du respect de l'individu et du principe de la bienveillance dans une prise en charge, quelles compétences sont à développer par le MK afin de proposer une prise en soin adaptée à son patient prenant compte de son identité culturelle ? De plus, les représentations du soignant ainsi que du soigné jouent-elles un rôle dans la prise en charge masso-kinésithérapique ?

### 3. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

#### 3. 1. Le constat

Lors de notre formation de masseur-kinésithérapeute, nous avons réalisé différents stages. Cette formation nous a permis à la fois d'acquérir des savoir-faire regroupant ainsi les connaissances théoriques et pratiques mais également de développer notre savoir-être afin de répondre de manière la plus précise possible aux exigences du patient. Mais, nous avons rencontré des patients de cultures différentes. Ces situations de soins se sont révélées parfois complexes. En effet, soigner des patients d'ethnies différentes s'est avéré particulier dans certains cas en raison de leur tradition différente.

Dès lors, de nombreuses questions se sont posées à nous, comme par exemple : devons-nous envisager une démarche différente dans la prise en charge des soins ? Devons-nous aborder de la même manière un patient culturellement différent ? C'est à travers le vécu de ce type de prise en soin que mon travail de fin d'étude trouve son point de départ.

### 3. 2. Stratégies de recherche documentaire

#### 3. 2. 1. Le protocole

Nous nous sommes inspirés de la ligne directrice EQUATOR, avec le modèle PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis). Pour réaliser ce mémoire, nous avons suivi un plan bien précis : le plan IMRaD, pour Introduction, Méthode de recherche, Résultats, Discussion. Ceci correspondant aux articles basés sur la recherche

#### 3. 2. 2. Critères d'éligibilité des lectures

Les critères d'inclusions et d'exclusions de nos lectures se sont définis selon le modèle PICOS (Patient ou problème, Intervention, Comparateur, Outcoms (résultat, critère de jugement), Schéma d'étude).

Les critères d'études de cette initiation à la revue de la littérature sont :

P : Personnes de culture ou d'ethnie différente. Critères d'inclusion : aucune restriction liée à l'âge, l'activité ou le sexe. Critères d'exclusion : personnes n'ayant pas de culture différente ou n'appartenant pas à une autre ethnie que celle du thérapeute.

I : Problèmes dans la prise en soins entre le professionnel de santé et le patient. Critères d'inclusion : prise en charge de patients culturellement ou ethniquement différents ayant eu des difficultés de communication, compréhension aboutissant à des «problèmes» dans la rééducation. Critères d'exclusion : prise en charge de patients n'ayant pas eu d'obstacle ou prise en charge de patients ayant les mêmes mœurs, traditions ou encore représentations.

C : Prise en charge en tenant compte de l'aspect «culturelle». Critères d'inclusion : aucune restriction concernant l'origine culturelle du patient. Critères d'exclusion : soignant et soigné ayant la même culture ou appartenant à la même ethnie.

O : Résultats obtenus sous forme de témoignage du personnel de santé en général.  
Critères d'inclusion : ressenti et constatation des soignants.

S : Critères d'inclusion : ouvrages, articles de revue, articles de revue électronique, thèses, mémoires, sites web/page d'un site web.

### 3. 2. 3. Les sources d'informations

La démarche de recherche a d'abord été d'interroger les bases de données plutôt médicales : PUBMED, Google Scholar, PEDRO, afin d'aborder le sujet dans sa globalité et de connaître l'importance des publications scientifiques sur ce propos. Grâce notamment aux titres des articles et à leurs résumés, un constat actuel des choses a pu être réalisé. Nous avons pu constater, que les informations traitant de la dimension culturelle dans la prise en soin en masso-kinésithérapie étaient peu nombreuses. Dès lors, nous avons décidé d'élargir les sources d'informations : Cairn, Erudit.org, Revues.org. Nous avons ensuite complété ces sources avec Ulysse, moteur de recherche de la bibliothèque universitaire de Nancy. Enfin, des compléments d'informations qui sont venus alimenter ce mémoire ont été trouvés dans la littérature grise. Des pistes nous sont alors apparues quant à la manière d'aborder ce sujet. À ce stade de notre réflexion, nous avons décidé de partir d'une idée principale s'apparentant le plus à notre expérience vécue lors de nos stages. Cette idée une fois dégagée, une reprise des lectures visitées s'est révélée nécessaire afin de les utiliser comme sources d'informations dans la rédaction du mémoire, qui nous l'espérons, apportera une contribution au sujet.

### 3. 2. 4. Recherche et sélection des études

Une fois le sujet de l'initiation à la revue de la littérature en place, une recherche plus précise et spécifique a pu être élaborée. Pour cela nous avons utilisé les mots clés suivants : soin, compétence, culture, représentation, inter-culturalité. Nous avons ensuite traduit ces mots-clés

en anglais pour les bases de données nécessitant cette langue, devenant respectivement : healthcare, skill, culture, representation, multiculturality. De plus pour affiner les recherches, des troncatures ont été parfois utilisées telles que : \*, « », []. Certains mots-clés ont été combinés, d'autres non utilisés pour certaines bases de données. Le tout étant recherché par thèmes sur de la documentation électronique. Les bases de données les plus utilisées ont été : Cairn et Google scholar car ce sont les sources les plus riches en informations pertinentes en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion vus dans la partie «2. 2 .2. Critères d'éligibilité des lectures». Des recherches avancées ont été réalisées dans ces bases notamment en sélectionnant les disciplines proposées.

### 3. 2. 5. Extraction des données

Afin de synthétiser au mieux les informations extraites des différents documents lus et retenus des différentes bases de données, nous avons réalisé un tableau présenté en ANNEXE III. Ce dernier recense les documents retenus à partir des mots-clés ou keywords cités précédemment. Les références ne sont pas toutes issues d'articles scientifiques, mais également de la littérature grise. Au total, seuls 21 ont été retenus, les compléments du mémoire étant de la littérature grise. Le téléchargement des articles a été effectué depuis le site de la Bibliothèque Universitaire de Nancy ou directement à partir de la base de données proposant l'article. Un diagramme de flux viendra synthétiser cette démarche (ANNEXE IV).

De plus, un travail en ricochet a ensuite été effectué, en allant voir certaines bibliographies proposées dans les lectures sélectionnées. Ceci a complété notre recherche. Nous avons pu constater une certaine redondance au niveau des auteurs mais également une certaine hétérogénéité. Par un souci de temps et de pertinence par rapport à la problématique nous n'avons pas eu la possibilité de tout consulter. Cependant lors de notre travail nous avons eu le souci d'être le plus exhaustif possible concernant la problématique choisie.

## 4. RÉSULTATS

### 4. 1. La place de la culture dans l'identité du patient

Il existe plusieurs acceptions du terme «identité», mais Dorais la définit comme devant être : «l'identité est d'abord appréhendée comme phénomène individuel. On peut fondamentalement la définir comme la façon dont l'être humain construit son rapport personnel avec l'environnement» (21).

Purnell, cité par le professeur Coutu-Wakulczyk, définit la culture comme étant un regroupement des comportements sociaux issus de l'art, des coutumes, des croyances, des valeurs et de tous les paradigmes composant la société (22). Pour Tison la culture est vue «comme l'ensemble des significations et des représentations qu'un groupe d'individus élabore, conserve et s'efforce de transmettre» (23). De plus, Levi-Strauss, affirme que la culture «est un attribut distinctif de la condition humaine» (24). L'identité ne présente pas qu'un aspect individuel mais possède également un versant collectif. Ce dernier se manifeste par des traits sociaux qui témoignent de l'appartenance de l'individu à un groupe. L'identité au sens plus large du terme, renvoie à une interaction entre l'individuel et le social (le groupe). Or ce groupe est composé d'idéaux, de représentations et de culture. Dès lors, nous comprenons que la culture fait partie intégrante de l'identité personnelle de tout à chacun. Tison parle «d'identité culturelle» (23) : c'est la façon dont la personne intègre la multitude de références identificatoires qui lui est intimement liée. En d'autres termes, l'individu construit son identité culturelle autour des diverses cultures qu'il va rencontrer et qui l'influenceront de façon différente. Cette identité culturelle se retrouve dans le soin : «les soins impliquent non seulement une interaction entre deux personnes (...). Les soins posent la question de la relation à l'autre et de l'identité» (25)

Pour ces auteurs, l'identité permet de se singulariser. Dans leurs écrits, ils s'appuient sur le fait que les aspects de la culture peuvent se manifester dans l'identité de la personne. Pour Tison et Purnell, l'identité culturelle du patient est importante car il ne faut pas qu'il se retrouve

démuni, anxieux voire dépressif dans un environnement nouveau et face à une culture qu'il ne connaît pas. Le patient devant un endroit inconnu peut ressentir ces émotions. Elles doivent être levées pour établir un climat de confiance et garantir ainsi l'efficacité des soins. M. Robin DiMatteo, Heidi S. Lepper et Thomas W. Croghan, dans leur étude, nous montrent que l'association entre l'anxiété et la non-compliance au traitement médical était variable, en revanche elle était plus significative entre dépression et l'observance thérapeutique. Il est donc important de reconnaître que l'anxiété ainsi que la dépression sont des facteurs de risques de la non-adhésion du patient au traitement (26). Le MK est invité à prendre en compte cette identité culturelle afin de favoriser l'observance du patient et éviter également de générer toutes situations conflictuelles. Ce ne sont pas deux cultures qui entrent en relation dans une rencontre interculturelle mais bel et bien deux personnes ayant une appartenance culturelle.

#### 4. 2. L'importance des différentes représentations pour éviter certaines difficultés

Gravel déclare que «La santé est influencée par des facteurs associés à l'ethnicité, c'est-à-dire à des caractéristiques propres aux membres d'un groupe et qui représentent pour eux des éléments distinctifs de leur identité. Ces facteurs reflètent les aspects culturels : valeur, croyances (...). La diversité culturelle est synonyme de diversité de conception et donc de conception de la santé» (27). Elle évoque également diverses difficultés dans la relation soignant-soigné d'un patient culturellement différent comme la «banalisation de la différence culturelle au profit des besoins universels de l'être humain» et la «résistance de certains professionnels qui considèrent qu'il incombe aux immigrants de s'adapter». Autrement dit, les représentations notamment sociales du patient sont importantes à prendre en considération, évitant ainsi de possibles barrières dans la prise en charge.

Pour Jodelet, les représentations sont des «connaissances socialement élaborées et partagées par les membres d'un même ensemble social et culturel» (28). Elle reprend les travaux de Moscovici et sur la «représentation sociale», qui avait lui-même repris les travaux de Durkheim qui distinguait les principes de la représentation collective et individuelle. L'idée de Moscovici est que le sujet vit en interaction avec le monde qui l'entoure et crée ainsi ses

propres représentations et connaissances qui elles-mêmes sont partagées par un groupe d'individu c'est-à-dire le savoir des sens communs : «le savoir du sens commun (...) désigne une forme de pensée sociale. Les représentations sociales sont des modalités de pensée pratique orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social, matériel et idéal». Ceci lui permet une interprétation de sa réalité quotidienne, une adaptation à chaque situation et une maîtrise de son environnement.

Selon Goffman, une personne présentant un attribut différent de la norme peut être stigmatisée et par conséquent voir ses relations sociales biaisées. Le stigmaté s'analyse donc en terme relationnel (29). Il range le stigmaté en trois catégories qui peuvent s'apparenter au modèle de la CIH-2 :

- 1) Les marques corporelles : sphère biologique de la CIH-2.
- 2) Les tares de caractère : sphère psychologique de la CIH-2.
- 3) Les stigmates tribaux : sphère sociale de la CIH-2 (renvoie aux cultes ou religions de la personne).

Dans son exercice, le MK prend toutes les précautions pour ne pas faire penser au patient qu'il le stigmatise du fait d'un de ses attributs. Une de ces précautions est de tenir compte de sa représentation de la santé (de la maladie, du corps, du toucher, douleur,...). Dans leur article, Cedraschi, Allaz et Piguet énoncent que la clarification et la prise en compte des représentations du patient à propos de l'atteinte, de la pathologie ou encore de la douleur constitue un enjeu important de la relation : «Ces représentations présentent un intérêt tout particulier au niveau de la relation thérapeutique (...). Les modèles de références explicites et implicites du patient et du thérapeute déterminent un cadre explicatif dans lequel sont insérés les comportements. Ces modèles doivent être clarifiés de manière à éviter les conflits» (30). La non prise en compte de ces modèles peut déboucher sur des malentendus, à de l'anxiété et conduire à une rupture de cette relation thérapeutique. Bouchaud, dans un de ses articles «intégrer les représentations culturelles dans la prise en charge des migrants» (31) prône l'idée que les incompréhensions peuvent être levées par ce qu'il appelle une «attitude d'acceptation de l'autre différent». Il stipule, que la prise en charge d'un patient migrant ne pose pas de problème le plus souvent, mais peut parfois amener à des situations conflictuelles. Ceci est dû notamment à une méconnaissance réciproque de «l'Autre» et de ses représentations. Les représentations de

chacun sont donc primordiales à comprendre et à assimiler dans notre rééducation. Pour le MK, le toucher est un outil de travail et le principal moyen de communication non verbal (32). C'est par ce sens que nous réalisons nos massages, nos mobilisations etc. Ceci n'est possible qu'avec une «réelle relation soignant-soigné. Il est nécessaire de développer ses qualités humaines, d'être capable de disponibilité, de chaleur. Il est également important que le soignant développe sa capacité empathique, afin d'être capable de prendre du recul par rapport à ses préoccupations personnelles, ses expériences similaires pour faire preuve de flexibilité et laisser de côté son cadre de référence habituel pour intégrer celui de l'autre afin de trouver la bonne distance» (33). C'est en cela que la compréhension des représentations sont importantes, car elle nous permet de nous dispenser de gestes systématiques, chaque personne étant unique nous devons nous adapter. Chaque soignant devrait chaque jour s'interroger sur sa façon de toucher l'autre. Ne plus se cacher derrière un acte technique, dépasser le savoir-faire pour le savoir-être. La relation thérapeutique est un engagement réciproque que nous devons ajuster sans cesse. La notion de «distance» est également à prendre en considération. Le MK est contraint à la recherche de la distance adéquate pour se saisir de la prescription, entendre les attentes du patient, choisir la meilleure thérapeutique et les moyens (34). Hall a démontré que la plupart du temps, les gestes de soins sont réalisés à moins de 45 cm (jusqu'au toucher) (35), donc ces derniers touchent l'espace intime du patient. Or pour certaines cultures cette proximité, ce contact peut se révéler problématique car nous touchons à plusieurs registres comme celui de l'intimité, de la pudeur voire même de nudité. Par exemple, certaines patientes de culture maghrébines ne veulent pas se dévêtir lors des séances. Dès lors, le thérapeute pourrait être amené à réaliser des techniques à travers les vêtements (2ème peau du patient) ou encore proposer d'autres thérapies où le contact direct n'est pas indispensable. Trouver la bonne distance thérapeutique est un outil pour la continuité et la stabilité des soins (34). Cela implique de connaître le cadre de référence de l'autre, de connaître ses représentations concernant des points clés comme le toucher, de s'ouvrir à l'autre etc.

Les représentations influent de manière considérable notre manière d'exercer, elles peuvent agir sur l'acceptation d'un traitement et leur fidélité à le suivre. Par exemple, «dans la très grande majorité des sociétés, les couples espèrent avoir surtout des garçons qui aideront plus tard à la vie de famille alors que les filles partiront dans leur nouveau foyer. Ainsi de nombreux rites de prédictions du sexe de l'enfant ont été créés, basés soit sur la date des rapports

sexuels (...) morphologie de la future mère. Ainsi en Papouasie la future mère mangera des boutons de fleurs dont la forme rappelle celle des testicules (36)». D'autres rites sont également créés pour définir l'état de santé du bébé. Dès lors il est difficile de faire admettre à ce type de population la nécessité d'une échographie ou d'une amniocentèse. Outre les représentations, les habitudes de traitements sont importantes à comprendre et à accepter : «quels types d'intervenant ont-ils l'habitude de consulter ?», «comment voient-ils le médicament prescrit ?» etc (10).

L'ethnocentrisme a été introduit par Sumner dans son ouvrage intitulé *Folkways* (37). Ce dernier définit cette notion comme étant une conception selon laquelle le groupe auquel on appartient est le centre de toute chose, et tous les autres groupes sont mesurés et évalués par rapport à lui, chaque groupe se considérant être le meilleur et supérieur. Ainsi l'ethnocentrisme désigne l'attitude de ceux qui estiment que leur manière d'être, de faire ou de réfléchir doit être privilégiée à toutes les autres. Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), l'ethnocentrisme est un «comportement social et attitude inconsciemment motivés qui conduisent à privilégier et à surestimer le groupe racial, géographique ou national auquel on appartient, aboutissant parfois à des préjugés en ce qui concerne les autres peuples» (38). L'ethnocentrisme est une manifestation universelle, elle est immuable dans le temps et dans l'espace. Dans le domaine du soin, elle peut s'immiscer dans la prise en charge masso-kinésithérapique, le MK s'affranchissant ainsi de la partie psychologie du patient (sentiment, émotion, etc.), niant ses représentations (notamment celle de la maladie). Par conséquent ce jugement de valeurs peut entraîner des difficultés dans la prise en charge. Entrent en jeu dans la relation soignant-soigné le rôle et le statut du MK et du patient mais également l'ethnocentrisme du soignant et les représentations de chaque protagoniste.

Ces derniers auteurs expriment, de manière appuyée, l'importance de la prise en considération des représentations d'un individu (et donc d'un patient). Cette prise en compte permet au soignant d'envisager la confrontation à la différence avant même d'être avec le patient. En d'autres termes, cela lui permet de se préparer, d'anticiper le comportement à adopter face à une personne culturellement différente. Il s'avère donc nécessaire de considérer les différences culturelles et de les intégrer dans les soins kinésithérapiques afin d'offrir des prestations de qualité et adaptées.

#### 4. 3. Les points clés d'un cheminement interculturel

L'approche interculturelle trouve son importance dans le fait de construire, d'élaborer une relation soignant-soigné symétrique. Ce terme induit la notion de réciprocité. Dans une telle relation, patient et thérapeute ne partagent pas les mêmes représentations quelles que soient leurs natures. Mais comme l'énonce Tison «l'interculturel» se transmet à travers les relations humaines, comprenant ainsi toutes ses caractéristiques et sa complexité (23). Nous pouvons accompagner son propos avec Le Breton. Pour ce dernier «l'interculturel est un savoir-être à partir duquel on découvre la bonne manière d'utiliser le savoir et l'on invente le savoir-faire adéquat» (39).

Il apparaît donc nécessaire que le patient ne se trouve pas démuné de sa propre identité individuelle et donc culturelle afin de construire une relation symétrique. Cette démarche permet d'éviter ce qui a été dit précédemment, à savoir, les conflits relationnels et leurs répercussions sur l'efficacité thérapeutique. La relation soignant-soigné est avant tout une interaction entre deux individus. Dès lors il faut introduire le concept de communication.

##### 4. 3. 1. La communication, un outil essentiel

La communication nécessite l'établissement d'une relation entre un émetteur et un récepteur. Elle est notamment le fait de transmettre quelque chose entre deux protagonistes. Est donc transmis un message encodé par l'émetteur qui possède son propre code et ses propres règles. Selon Helman, la communication entre un patient et un thérapeute requiert un processus de négociation entre ces deux protagonistes mais aussi un système de pensée (40). Lorsque la relation est culturellement homogène, cela ne pose pas de problème majeur étant donné la similitude des codes, des règles et la manière de pensée, mais dans le cas contraire, le message à transmettre peut s'avérer plus compliqué.

Hall, introduit la notion de communication interculturelle. Il cite Stella Ting-Toomey qui décrit celle-ci comme étant «une communication de deux personnes différentes (ou deux

groupes), de culture différentes, en interaction négociant un signifié commun» (41). En outre, il s'appuie sur une idée de base, la «métaphore de l'iceberg» (41) (ANNEXE V), idée également partagée par Phaneuf (10). Ils utilisent cette image pour illustrer la communication interculturelle, à savoir, ici une communication entre deux icebergs. Lorsque nous parlons de communication interculturelle, nous parlons obligatoirement de valeurs culturelles (partie invisible de l'iceberg, difficilement modifiable) qui sont à la base de nos attitudes, comportements (partie visible de l'iceberg, plus malléable), or comment comprendre l'autre, si nous ne regardons que la partie visible, qui, elle-même repose sur la partie invisible que nous n'appréhendons pas toujours ? La communication interculturelle est donc fortement réduite et superficielle. L'idée de cette dernière est intimement liée à la notion de perception. En effet, en fonction de nos valeurs, qu'elles soient opposées ou non, nous pouvons percevoir la même chose de façon très différente si bien qu'au final elles ne sont pas identiques. Dès lors, si nous souhaitons, nous, MK, avoir une communication interculturelle afin d'établir une relation soignant-soigné la plus correcte possible et éviter ainsi une incompréhension de l'autre, il serait nécessaire d'abandonner l'idée que notre perception est partagée universellement et que nos interprétations sont évidentes. Dès lors d'une telle relation, certaines questions en rapport avec la culture semblent s'imposer : « quelles sont les limites linguistiques de la personne ? », « ses habitudes alimentaires et/ou vestimentaire ? », « la méconnaissance et la peur de nos moyens de traitement ? », « les croyances concernant la maladie et son origine ? » etc (10). Les effets d'une bonne communication sont réels et une meilleure observance du traitement par le patient peut être envisagée.

Tison émet l'idée que cette communication dans une situation culturelle hétérogène n'est possible que si le thérapeute dispose d'une « conscience culturelle » ou « d'une conscience interculturelle » (23). C'est-à-dire que le MK considère en premier lieu sa propre identité culturelle et ensuite l'existence de diversités culturelles. Grâce à cette communication interculturelle, fondée sur la notion de conscience interculturelle, le masseur kinésithérapeute repoussera les obstacles relationnels et mettra à distance l'ethnocentrisme énoncé dans la partie « 4. 2. L'importance des différentes représentations pour éviter certains obstacles dans l'alliance thérapeutique ».

Il ressort que pour ces auteurs, la communication dans une prise en soin masso-kinésithérapique est un point clé essentiel. Il est donc nécessaire de modifier le fond de celle-

ci, en allant au-delà d'une relation entre d'individus ethniquement semblables. Selon Djadaoudjee, la communication comme outil est indispensable mais ne se suffit pas à elle seule. Elle est indispensable mais pas suffisante pour prendre soin d'un patient mais derrière la barrière de la langue se cache une barrière culturelle qu'il faut prendre en compte pour prodiguer des soins de qualité (42). Pour cela, avoir une conscience culturelle et une sensibilité à celle-ci semble crucial. Établir une communication optimale pour palier une éventuelle crainte ou appréhension du patient constitue une véritable compétence. Ce terme de compétence a notamment été défini par Le Boterf : «être compétent c'est mettre en œuvre une pratique professionnelle pertinente tout en mobilisant une combinatoire appropriée de ressources (savoir, savoir-faire, comportement, mode de raisonnement ...)» (43). Dès lors, d'autres compétences sont à mettre en œuvre pour optimiser la prise en charge.

#### 4. 3. 2. Acquérir un certain nombre de connaissances

Plusieurs ressources doivent être combinées y compris celle du savoir (les connaissances) et le savoir-faire apparenté à la technique ne suffisant pas.

Pour Tison, les connaissances théoriques scientifiques apprises lors des études constituent un socle essentiel. Néanmoins, les compléter avec des connaissances spécifiques et détaillées à chaque culture ne serait pas envisageable. Selon Tison, la solution serait d'acquérir des connaissances culturelles opérationnelles qui permettent d'atteindre un niveau de performance communicative (23). Il faut y comprendre qu'une connaissance des habitudes qui pourraient interférer dans la prise en charge est nécessaire au thérapeute. Cependant, il faut modérer tout cela, en effet, avoir une notion relative des différentes cultures serait le plus réaliste, en ayant à l'esprit les habitudes qui engendrent le plus de mésentente (ex : les habitudes vestimentaires, ou la connaissance du toucher, etc.). En effet, dans son article, Andrieu énonce que «le toucher est à l'origine même de la relation thérapeutique» (44). En outre, F. Hentz, A. Mulliez, B. Belgacem, C. Noirfalise, H. Barrier, J. Gorrard, C. Paniagua G, B. Mathé, L. Gerbaud, démontrent les effets du toucher sur la douleur et l'anxiété. Le toucher influence positivement sur la douleur et l'anxiété, donnant par conséquent une meilleure confiance du

soigné vis-à-vis du thérapeute. Cependant, ces derniers modèrent leur propos en stipulant que «le toucher suppose comme préalable l'acquisition de connaissances pour une maîtrise de la pratique» et que les «mains qui sont un outil de travail sur le plan technique n'auront pas le même impact» (45). La méconnaissance culturelle du personnel soignant pourrait être une entrave à la relation soignant-soigné. Ainsi certains renseignements sont importants, par exemple, avoir conscience que «subir une césarienne peut se révéler inacceptable pour certaines femmes, alors que pour d'autres le simple fait de venir à l'hôpital pour accoucher est très déroutant» (10), ou «la soignante, comme femme, ne répond pas à l'image féminine habituelle dans leurs traditions (...)». De plus se faire examiner ou soigner par une personne d'un autre sexe est totalement inacceptable dans certaines cultures» (10), ou «un soluté intraveineux ou l'insertion d'un cathéter peut être jugé comme une prise de possession du corps du malade» (10). Le manque d'information sur une communauté ethnique minoritaire constitue une nouvelle fois une barrière aux soins. Dès lors, la connaissance des cultures le plus fréquemment rencontrées par le soignant et le fait d'en tenir compte permettrait de minimiser les hésitations dans la démarche à adopter, hésitations pouvant conduire à une inégalité dans les soins de santé prodigués.

#### 4. 3. 3. Une attitude éthiquement correcte

Pour compléter la définition de Le Boterf sur la compétence, il aborde la notion du comportement. Dans une telle relation, avoir un comportement éthique semble primordial. Développer des connaissances au vu des diverses populations et mettre en œuvre un savoir-faire doivent s'accompagner d'un savoir-être.

L'empathie fait partie intégrante de notre constitution biologique. Pour un thérapeute, elle permet de comprendre les sentiments, les pensées et les expériences du patient (46). Hojat définit l'empathie comme un «attribut principalement cognitif (plutôt qu'émotionnel), qui implique la compréhension (plutôt que la sensation)» des problèmes et du vécu du patient (47). Pour Roger, l'empathie est la capacité de rentrer dans le cadre de références d'une personne avec exactitude (48). Selon Marandon, l'empathie est «l'ensemble des efforts fournis pour

accueillir autrui dans sa singularité et qui sont consentis et mis en œuvre dès lors qu'est acquise la conscience de séparation moi-autre et de l'illusion communicative de l'identification passive à autrui» (49).

L'empathie, ou «compétences allocentriques» selon Marandon concentre trois composantes psychologiques importantes :

- Allocentration : suspension du «moi», intérêt/respect pour autrui
- Flexibilité psychologique : tolérance de l'ambiguïté, prise en compte de différents points de vue, ne pas confondre individus et stéréotypes
- Réceptivité active : écoute et compréhension d'autrui

On pourrait rapprocher cette idée d'allocentration de la notion de «décentration» trouvée dans le livre de B. Tison (23) et dans l'article de Sterlin et de Dutheuil (50). Cette «suspension du "moi"» est une mise à distance du sujet par rapport à lui-même et ses convictions professionnelles et culturelles, c'est envisager que l'autre ne voit pas les choses de la même manière, n'a pas les mêmes représentations que moi, mais qui sont tout autant valables. Ainsi, on porte intérêt au patient dans un contexte de respect et d'ouverture. L'empathie renforce la relation entre le patient et le thérapeute et améliore la satisfaction des deux protagonistes (51). L'empathie est intimement liée à l'anxiété et la dépression, eux même source de confiance du patient. Dès lors, le manque d'empathie peut devenir un obstacle à la relation thérapeutique. L'empathie est donc une compétence professionnelle à part entière, afin de répondre aux besoins des patients et ainsi agir selon une ligne directrice essentielle : le bien être de l'autre.

De plus, cette notion rejoint celle de respect. Comprendre que témoigner du respect, montre d'une part, de l'intérêt pour autrui et d'autre part, grâce à l'intérêt porté, évite un certain obstacle tel que l'angoisse car cette prise en considération rassure. Faire preuve de respect à l'égard du patient ne se borne pas à la relation interculturelle soignant-soigné, mais doit se retrouver dans toutes les prises en soin kinésithérapiques. L'écoute est également une dimension importante des composantes de l'empathie. Être attentif à l'autre est sans doute un point clé de départ dans une «démarche interculturelle». De ce fait, l'empathie est un outil que le MK doit utiliser de manière judicieuse afin de s'inscrire dans un procédé ethnologiquement et éthiquement correct.

Il semble donc qu'une conduite déontologiquement correcte se bâtit de concepts, d'outils tels que : l'importance des représentations, la communication interculturelle, les connaissances culturelles à obtenir, l'empathie (le respect, l'écoute, etc.). Cependant, il convient d'ajouter à ceci la notion de «Prendre soin» développée par Hesbeen.

Il s'est intéressé particulièrement à cette notion de «Prendre soin» (52), qui est une des compétences importantes du MK. Il distingue «faire des soins» et «Prendre soin». Le concept de «prendre soin» désigne cette attention particulière que l'on va porter à une personne vivant une situation particulière en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, de promouvoir sa santé (52). Cette approche s'efforce de tenir compte de toute la complexité de chaque individu, qui ne peut être réduite, résumée à la somme de tous ses besoins. La difficulté rencontrée alors est de réussir à concilier les éléments de connaissances, de savoir-faire, de raisonnement, le comportement etc. Ils vont permettre de s'affranchir des stéréotypes, des préjugés dans une prise en charge de soins culturellement hétérogène. Le «Prendre soin» est donc une valeur, elle permet de considérer «l'être humain en tant que sujet singulier ou corps que la personne est» et «jamais comme un objet de soins». Dès lors, le «Prendre soin» a une connotation humaniste. L'humanité dans le soin permet la prise en compte de l'autre dans sa singularité.

Cette vision humaniste dans le soin est également partagée par Le Breton. Pour lui, «l'enjeu fondamental réside dans le respect des singularités des malades au cours des soins» (52). En effet, le patient ne peut être réduit à des fonctions altérées (ne peut donc pas être réduit à ses organes dans le but d'un traitement), il est fait d'histoire, de vécu, de coutumes. En complément du «Prendre soin» d'Hesbeen et en parallèle des autres notions vues précédemment, ajoutons un autre pilier de l'éthique qu'est «l'attention» (53), mis en avant par Le Breton (et Hesbeen dans sa définition du «Prendre soin»). Il énonce le fait que le thérapeute doit redoubler «d'attention» en raison des difficultés à identifier les limites de la culture du patient culturellement différent et du fait qu'il ne faut pas le réduire qu'à cela.

## 5. DISCUSSION

La relation soignant-soigné est un des volets essentiels du contenu des programmes de formations des professionnels de santé. Elle permet d'offrir des soins de qualités personnalisés à chaque patient (2). Un patient est avant tout une personne unique avec son propre vécu, sa propre histoire et sa propre personnalité. Toutes prises en soins passent par une approche des trois sphères : biomédical, psychologique et social (17, 18, 19). Cette relation est aussi un accompagnement du patient à un moment particulier de sa vie personnelle, moment où il a besoin de soutien. Cet instant de sa vie est susceptible d'avoir des répercussions sur son futur, notre devoir est de faire en sorte que ce dernier évolue favorablement et de réduire au mieux l'impact des altérations subies. Ainsi même si le patient est acteur principal de sa rééducation (13), nous sommes un pilier sur lequel il doit avoir toute confiance afin de retrouver un état approchant l'état antérieur et même supérieur, en tirant bénéfice de son expérience pathologique.

### 5. 1. Interprétation et intérêts des résultats

La culture est omniprésente chez tous les individus (22, 23, 24). Elle fait partie intégrante de notre identité, elle y est même prégnante : «les éléments d'une culture sont en grande partie cachés et incontrôlables créant ainsi le tissu et l'empreinte de l'existence humaine» (39). La culture définit en partie ce que nous sommes, elle est à la base de notre mode de vie, de nos habitudes, de notre comportement, de nos attitudes. Cette dernière influence nos représentations, mais aussi la manière dont nous exprimons nos sentiments, nos expressions, nos points de vue etc. Nous comprenons donc que la culture participe à notre identité individuelle mais également sociale et qu'elle est étroitement liée à celles-ci (23). Nous avons vu à travers nos recherches qu'il est difficile de se détacher de cette dimension culturelle, si tenté qu'il faille s'en détacher. Sa non pleine prise en compte peut s'avérer préjudiciable dans certaines situations de soins.

Dès lors, il serait judicieux de faire en sorte que la culture soit notre alliée pour avoir une efficacité optimale dans les soins et dans le traitement kinésithérapique (25).

Une approche globale du patient semble pertinente compte tenu du fait de la pluralité des cultures de notre pays. En effet, les notions appartenant aux sciences humaines et sociales sont à approfondir par le MK tout au long de son exercice s'il souhaite offrir des soins optimaux à ses patients. Il semble indispensable d'aller plus loin dans une prise en soin MK d'un patient ethniquement différent et avoir conscience d'éléments importants comme la communication, les connaissances globales et appropriées des cultures les plus présentes en France, et un certain nombre de concepts tels que le respect ou encore l'empathie. Ces idées évoquées par les auteurs étudiés sont au cœur de la relation soignant-soigné interculturelle. La non maîtrise de ces facteurs peut être source d'incompréhension pouvant aller jusqu'à un refus du traitement. Ces outils permettent de réduire les différences de perception et de représentation d'une manière générale et plus particulièrement celles relatives à la santé.

Les professionnels de santé, dont les MK, sont amenés à tenir compte du fait que les patients peuvent avoir des modes de compréhension ou de communication différents dus en partie à leur orientation culturelle (10,41). Or comment établir une relation de confiance sans cette prise de conscience ? Comment pouvons-nous créer une alliance thérapeutique sans savoir les différentes identités du patient ? Ne devons-nous pas traiter ce que le patient «est» et non pas ce que le patient «a» ? La communication est le moyen par lequel le patient partage sa pensée (40). Débuter par des questions simples permet de mettre en confiance la personne pour ensuite, de manière plus aisée, aborder des questions traitant de sa santé. La communication est donc un outil primordial et dont l'absence peut entraîner des conséquences délétères sur les soins proposés.

Mais un des obstacles à une communication de qualité est l'incompréhension du message du professionnel de santé par le patient. Le message donné par le patient au masseur-kinésithérapeute n'est rien moins qu'un code émit par un émetteur à destination d'un récepteur. Ce code peut être non déchiffrable par le MK. En effet, pour décrypter le message, le masseur kinésithérapeute doit prendre en considération tous les éléments induits, à savoir la douleur éventuelle du patient, sa pathologie, tout ce qui est relatif au domaine biomécanique mais également l'aspect psychologique.

Pour assimiler l'intégralité du message, la compréhension physique est nécessaire, tout comme la compréhension psychologique. Ainsi, il faut tenir compte de ce que le patient est, de sa dimension culturelle jusqu'à sa dimension sociale et économique (42). Cela semble difficile, le contexte socio-économique est propre à chacun, personne ne vit dans les mêmes conditions. De plus le côté culturel pose également un problème du fait de la méconnaissance des thérapeutes. Cependant, une des solutions apportées serait d'acquérir des connaissances solides sur les quelques ethnies présentes sur le territoire français (23). Nous pouvons identifier ces personnes (futurs éventuels patients), bien que singulières, en groupes ethniques ou culturels sans catégoriser ces populations. Dès lors, la démarche d'apprentissage de coutumes, de traditions, de mœurs de ces groupes serait plus accessible. La subtilité de cette démarche réside dans le fait que nous ne devons pas stigmatiser les individus d'un groupe ethnique donné, cela reviendrait à considérer chaque personne appartenant à ce groupe comme identique, ce qui apparaîtrait comme objectivement et moralement réducteur (29). Il faut s'affranchir des jugements, des préjugés (ex : le syndrome méditerranéen) pour éviter toute stigmatisation et catégorisation.

Pour comprendre le patient au travers de sa communication, un élément se dégage : la connaissance conjuguée à l'acceptation de l'autre. Afin d'analyser au mieux le message fourni par le patient ethniquement différent, l'acquisition de savoir théorique sur les groupes culturels présents en France semble important. Ainsi, nous pouvons aborder une relation de soin culturellement différente sans appréhension. En effet, une des craintes que nous avons, c'est d'appréhender cette rencontre du fait de son caractère inhabituel. Ce sentiment d'appréhension peut être partagé par le patient. Ceci est propre à l'Homme, nous sommes toujours plus ou moins anxieux face à l'inconnu. Cette incertitude dans le soin peut avoir pour conséquence une inégalité de traitement. Dès lors, nous nous retranchons dans ce que nous savons faire.

Cependant ne pas dépasser cet état de fait, rester dans une situation qui nous est plus familière reviendrait à dire que nous occultons une partie de la personne sans prendre en compte son côté original. Nous pouvons alors passer à côté de points essentiels au cours de la rééducation par le manque de globalité de la prise en charge masso-kinésithérapique. Connaître les concepts fondamentaux permettrait de lever cette appréhension et de ce fait, réduire l'inconnu. Montrer au patient que nous possédons des notions de sa culture le mettrait en confiance. En outre, cela réduirait l'écart des représentations présent au début de la rencontre

mais aussi le manque de compréhension du soignant face à certains comportements des patients issus de cultures différentes. Pour conclure sur ce point, une connaissance culturelle relève de la culture générale. Dans l'hypothèse où celle-ci serait insuffisante, l'approfondir afin de la compléter serait une manière de mieux développer la perception des ressentis transmis par le patient au cours de la communication et par conséquent améliorer ce pacte thérapeutique en y levant un certain nombre de barrières et d'obstacles.

Néanmoins, cette nouvelle pratique ne peut être mise en place que si nous avons cette «conscience culturelle» (23), c'est-à-dire que le MK doit tenir compte dans un premier temps de sa propre identité culturelle et ensuite de la ou des diversité(s) culturelle(s) des patients. Cette ouverture d'esprit est d'abord le fruit de notre propre identité en tant qu'individu avant d'être celle de notre identité de masseur kinésithérapeute (elle est d'abord innée avant d'être acquise).

En outre, cette approche de prise en charge se veut globale et y associe un certain nombre de concepts fondamentaux. Les notions telles que l'empathie, l'attention, la tolérance ou encore le respect doivent dicter notre ligne de conduite lors de tout traitement kinésithérapique (48, 49, 51, 52, 53). Ceci est une question de savoir-être, savoir complémentaire et indissociable du savoir-faire. On retrouve ce savoir-être dans le code de déontologie ou encore la loi Kouchner : elle nous est donc imposée (16). Nous avons un devoir éthique, moral, déontologique envers nous-même et le soigné. Cependant nous ne devons pas le percevoir comme une option, le savoir-faire composé de la théorie (anatomie, éthologie des pathologies, etc.) et de la technicité ne se suffit pas à lui-même dans une relation MK-patient «traditionnelle» et est d'autant plus insuffisant lors d'une relation MK-patient différente culturellement. C'est avec ces outils que nous prendrons soin de nos patients, c'est avec eux que nous arriverons à effacer les frontières et ainsi minimiser les risques de rencontrer des situations conflictuelles. Ce savoir-être est une vertu, une valeur intrinsèquement liée à toute personne, c'est au masseur-kinésithérapeute d'en faire une compétence, afin d'améliorer son relationnel.

Cette vision humaniste est dans la continuité de la réforme concernant la formation des masseurs-kinésithérapeutes entrée en vigueur lors de la rentrée 2015/2016. Ce texte officiel du 2 septembre 2015 comprend plusieurs unités d'enseignement, dont une, intitulée «Pathologie, psycho-sociologie». On y retrouve des objectifs qui font référence aux éléments mis en avant dans ce mémoire, à savoir : «l'aspect psychologique doit être mis en parallèle dès

le début des études avec l'aspect organique afin qu'il n'y ait pas d'opposition. Le malade doit être perçu globalement», «faire découvrir et acquérir les connaissances nouvelles pour l'étudiant sur la maladie et les soins. Cette approche globale du malade doit permettre à l'étudiant de se situer en tant que thérapeute et éducateur de santé intervenant au sein d'une communauté. Étudier l'homme dans son environnement et les possibilités d'adaptation» (54). De ces objectifs découle un certain nombre de notions également présentes dans ce mémoire, comme «le corps comme représentation», «connaissance des groupes et du comportement social», «les éléments démographiques», etc. (54). Nous en concluons donc ici, qu'avec l'aide d'autres unités d'enseignement, le but recherché est d'acquérir des connaissances touchant le domaine du psychologique et de la sociologie, connaissances nécessaires à la compréhension de l'individu dans son ensemble. Ce mémoire s'inscrit dans le prolongement de cette réforme, permettant de donner des outils à ceux ne les ayant pas eus.

En tant que praticien de santé, nous cherchons à obtenir une adhésion maximale du patient aux soins, à la rééducation etc puisqu'il est au cœur du projet thérapeutique. Nous devons l'éclairer au mieux et obtenir son consentement : «imposer des soins à une personne qui ne les comprend pas est une forme de violence contraire à l'éthique» (10). Cependant, une non observance du traitement ou encore un rejet de la prise en charge thérapeutique est-il obligatoirement une mauvaise chose ? Les patients sont parfois apeurés par le traitement ou le trouvent inacceptable en raison de leurs traditions. D'autres sont rattachés des angoisses profondes, viscérales et non rationnelles. Leur état de santé dépend uniquement de leur croyance et de leur superstition. Par exemple le Vaudou en Afrique est un culte religieux, et dont l'origine de protections ou de sorts est due à des esprits (autre exemple : les jnouns au Maghreb). Dès lors, devons-nous absolument chercher une participation optimale pour des patients dont l'état de santé dépasse le rationnel ? Mais écouter, communiquer notre compréhension pour ces peurs est important (10). De plus, certaines personnes estiment que leur sort dépend surtout d'elles-mêmes. Ces derniers ont un locus dit interne), celles qui croient qu'il est déterminé par des facteurs extérieurs, c'est-à-dire hors de leur influence ont un locus dit externe. Ainsi serait-il nécessaire d'avoir de la part du patient « locus externe » une adhésion maximale, sachant qu'il croit que c'est la société ou encore l'environnement qui est responsable de sa pathologie ? Selon Benoist, il est important, pour les professionnels de la santé, de prendre conscience de la réalité des pratiques de soins adoptées par leurs patients, afin d'adapter au

mieux leur contribution au processus de guérison, dont il est nécessaire de le rappeler, le patient est co-acteur (55).

Cette approche interculturelle demande une adaptation particulière du MK. Hudelson résume les compétences transculturelles cliniques en trois axes. Elle mentionne tout d'abord les « attitudes », comprenant la reconnaissance et l'acceptation de la diversité des patients, l'empathie, la curiosité et le respect pour tous les patients. Le deuxième axe est représenté par les « connaissances », de soi-même, de sa culture, de ses préjugés, mais également des « populations cibles » et du système, de son fonctionnement, de ses procédures. Enfin, sont notées les « méthodes », comprenant les outils de communication transculturelle, la collaboration avec des traducteurs professionnels et les collaborations trans-professionnelles (55).

## 5. 2. Limite de notre initiation à la littérature

La difficulté majeure que nous avons pu rencontrer lors de la réalisation de ce mémoire a été le nombre de pages imposé. En effet, le sujet choisi est vaste et les éléments qui le composent le sont tout autant. Il a fallu dès lors faire de nombreux choix pour définir le cadre de ce travail tant au niveau des nombreuses définitions des notions présentes dans cet écrit que dans la manière de le conduire. Le souhait d'être exhaustif était réel mais le nombre de solutions pour résoudre le thème «ethno-kinésithérapie» était conséquent.

Les lectures m'ont permis d'acquérir un vocabulaire adéquat au sujet mais la difficulté a résidé dans le fait de les sélectionner. En effet, le sujet étant abordable selon plusieurs angles, regrouper des documents permettant d'avoir une démarche logique fut compliqué.

Une maîtrise insuffisante de la langue anglo-saxonne a été un frein à l'aboutissement de nos recherches. Cela aurait permis d'alimenter le débat et ainsi aller plus loin dans la théorie. L'obtention de résultats plus significatifs et exhaustifs nécessiterait d'autres études, recherches, documentations évoquant les propos tenus dans ce mémoire.

Une autre faiblesse réside dans la qualité des lectures retenues. Le thème choisi étant très peu mentionné dans le domaine kinésithérapique, il a fallu s'intéresser à d'autres professions avant de recentrer le tout sur la profession de MK.

### 5. 3. Intérêts personnels

D'une part, ce travail nous a permis d'améliorer mon sens du travail, de l'organisation et de la rigueur. Même si nous avons conscience de l'imperfection de ce travail, les recherches réalisées nous ont permis d'élargir notre vision de la profession de masseur-kinésithérapeute.

D'autre part, aborder un thème traitant de la culture, des différentes représentations de chacun dans le soin, nous a donné un moyen d'ouvrir davantage notre «conscience culturelle», mais aussi de mieux comprendre d'avantage ce que l'on est. Aussi il nous a permis d'envisager un peu plus encore le patient comme un être unique à respecter et appartenant à une entité globale dont les caractéristiques sont à tenir en compte dans le but d'une prise en charge MK.

Enfin, cet écrit a eu comme conséquence une réflexion sur ma pratique d'étudiant MK, ainsi que sur mes propres aptitudes à la réaliser. Ce qui est sûr, c'est que ce travail a été très enrichissant tant sur le plan personnel que professionnel

## 6. CONCLUSION

L'enjeu de cette initiation à la recherche bibliographique est d'apporter une amélioration dans notre rééducation masso-kinésithérapique, amélioration déjà envisagée dans la nouvelle réforme instaurée depuis 2015 dans les IFMK de France. En effet, nous devons prendre en considération le fait que le monde est en perpétuel mouvement et changement. Les modifications engendrées se retrouvent également à l'échelle nationale et dans le quotidien de chacun. Nous avons pu le constater lors d'un stage, point de départ de notre réflexion. Il est nécessaire d'avoir conscience de notre propre identité, celle de notre pays ou de notre éducation,

mais aussi avoir en mémoire que les personnes que nous prenons en charge ont une identité qui leur est propre. Celle-ci peut être individuelle et collective, et elle peut éventuellement être différente de la nôtre. Nous avons essayé d'amener des outils permettant de tenir compte de ces différences dans l'optique de perfectionner notre relation soignant-soigné lors d'une rééducation culturellement différente. Nous avons mis en avant la nécessité d'avoir une approche différente lors d'une rencontre interculturelle en kinésithérapie : un savoir-être au service du savoir-faire. Être mieux informé sur ce que le patient «est», approfondir nos connaissances, respecter leurs croyances et leurs convictions, ne pas catégoriser etc. Ce sont des règles que nous devons prendre en compte, appliquer et qui sont déjà inscrites dans le nouveau programme de la formation MK. La culture tient une place importante dans l'identité d'une personne et impacte fortement celle-ci : elle se manifeste dans nos gestes, par nos paroles et ne peut être qu'omniprésente. En faire un atout lorsque le MK prend charge un patient culturellement différent semble alors une solution raisonnable pour répondre à ses besoins. Lesdits moyens de ce mémoire optimiseraient la prise en charge kinésithérapique des minorités ethniques.

Pour conclure, nous pouvons dire qu'un des buts recherchés dans un traitement kinésithérapique est l'adhésion du patient au projet. Cela peut être facilité avec les notions mises en valeur dans cet écrit : il en résulte une meilleure confiance à l'égard du MK. Nous devons donc développer ces compétences, elles sont valables pour toutes les relations soignant-soigné et demandent en parallèle de l'expérience. La subtilité se situe dans le fait de savoir adopter son attitude face au patient que nous avons en face et d'utiliser intelligemment ces concepts afin d'être en concordance avec sa demande et ses besoins.

Il semblerait intéressant pour approfondir ce travail de construire un questionnaire sur l'approche de la prise en charge d'un patient culturellement différent entre des MK diplômés avec l'ancienne réforme et ceux diplômés avec la nouvelle réforme afin de comparer leurs prises en soin (points communs, divergences, types d'approches, méthodes, etc.).

## BIBLIOGRAPHIE :

1. Jeulin JC. Approche anthropologique du développement des compétences des masseurs-kinésithérapeutes. Conception d'un environnement informatique pour l'apprentissage en masso-kinésithérapie [Thèse en ligne]. Aix-en-Provence : Université d'Aix-Marseille, école doctorale cognition, langage, éducation. 2014. 474 p.
2. Formarier M. Recherche en soins infirmiers : la relation de soin, concepts et finalités [Internet]. 2007 [cité 3 jui 2017]. 33-42 p. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-2-page-33.htm>
3. Inserm. Enjeux sanitaires et sociaux [Internet]. Institut national de la santé et de la recherche médicale. [cité 25 juin 2017]. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/enjeux/enjeux-sanitaires-et-sociaux>
4. Inpes. Qu'est-ce qui détermine notre état de santé [Internet]. Santé publique France. 2012 [cité 25 juin 2017]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/determinants-sante.asp>
5. Russell R. The value of arts and culture to people and society [Internet]. 2014 [cité 26 jui 2017]. Disponible sur : [https://www.nordiskkulturkontakt.org/sites/default/files/uploads/Richard\\_Russel.pdf](https://www.nordiskkulturkontakt.org/sites/default/files/uploads/Richard_Russel.pdf)
6. Dümcke C, Gnedovsky M. The Social and Economic Value of cultural Heritage : literature review [Internet]. 2013 [cité 26 jui 2017]. Disponible sur : <http://www.interarts.net/descargas/interarts2557.pdf>
7. Populations française, étrangère et immigrée en France depuis 2006 | Insee [Internet]. [cité 22 nov 2016]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1410693>
8. Vissandjee B. Les conséquences de la diversité culturelle [Internet]. 2001 [cité 15 jui 2017]. Disponible sur : <http://www.cwhn.ca/fr/node/40049>

9. UNESCO. Déclaration universelle de l'UNESCO sur la diversité culturelle [Internet]. 2001 [cité 18 jui 2017]. Disponible sur : <http://classes.bnf.fr/laicite/anthologie/38.htm>
10. Phaneuf M. 3<sup>e</sup> partie : L'approche interculturelle, communication et soins dans un contexte d'ouverture [Internet]. 2009 [cité 26 nov 2016]. Disponible sur : [http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2013/02/pproche5Finterculturelle-communication\\_et\\_soins\\_dans\\_un\\_contexte\\_da%CC%82%E2%82%AC%E2%84%A2ouver....pdf](http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2013/02/pproche5Finterculturelle-communication_et_soins_dans_un_contexte_da%CC%82%E2%82%AC%E2%84%A2ouver....pdf)
11. Cortis JD. Meeting the needs of minority ethnic patients [Internet]. 2004 [cité 5 jui 2017]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15347410>
12. Beavan J, Kai J, Faull C, Dadson L, Paramjit Get, Beighton A. Professional Uncertainty and disempowerment Responding to Ethnic diversity in Health care: A Qualitative Study [Internet]. 2007 [cité 1 jui 2017]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2071935/>
13. HAS. Outils pour l'amélioration des pratiques, Projet thérapeutique individualisé [Internet]. [cité 10 août 2017]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-10/outil\\_01\\_projet\\_therapeutique\\_individualise.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-10/outil_01_projet_therapeutique_individualise.pdf)
14. Décret n° 2008-1135 du 3 novembre 2008 portant code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes | Legifrance [Internet]. [cité 12 déc 2016]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2008/11/3/SJSH0807099D/jo/texte>
15. Ministère de la Santé et des Solidarités. Usagers, vos droits, charte de la personne hospitalisée [Internet]. [cité 12 déc 2016]. Disponible sur : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte\\_a4\\_couleur.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf)
16. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé | Legifrance [Internet]. [cité 12 déc 2016]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>
17. Georges Libman Engel (1913-1999) - Cairn.info [Internet]. [cité 16 mars 2017]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2008-7-page-52.htm>

18. Psychologie de la Motivation [Internet]. [cité 16 mars 2017]. Disponible sur : [http://www.psychologie-de-la-motivation.net/articles-  
psychomotivation.php?article=22&theme=MENUHAUT/REVUE](http://www.psychologie-de-la-motivation.net/articles-psychomotivation.php?article=22&theme=MENUHAUT/REVUE)
19. WHO | International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [Internet]. [cité 16 mars 2017]. Disponible sur : <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
20. Dolto BJ, Dolto F, Dolto-Tolitch C. Le corps entre les mains. Paris: Vuibert; 2006.
21. Discours et constructions identitaires - Denise Deshaies, Diane Vincent - Google Livres [Internet]. [cité 8 avr 2017]. Disponible sur : <https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=uCnJucbLJD4C&oi=fnd&pg=PA1&dq=d%C3%A9finition++de+l%27identit%C3%A9+individuelle&ots=VuLIEmFdkG&sig=GDIVjS7Dp21htRXPfz0C0NIPic4#v=onepage&q=d%C3%A9finition%20%20de%20l%27identit%C3%A9%20individuelle&f=false>
22. RSI 72 - 34.pdf [Internet]. [cité 9 déc 2016]. Disponible sur : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/72/34.pdf?6X7D9-74303-71J34-11X1X-JX336>
23. Tison B, Hervé-Desirat E. Soins et cultures: formation des soignants à l'approche interculturelle. Issy-les-Moulineaux: Elsevier; 2009.
24. Claude Levi-Strauss - La diversité culturelle, patrimoine commun de l'humanité | Résonances [Internet]. [cité 28 juin 2017]. Disponible sur : <http://www.unesco.org/culture/aic/echoingvoices/claude-levi-strauss-fr.php>
25. Saillant F, Gagnon E. Présentation-Vers une anthropologie des soins ? [Internet]. 1999 [cité 30 juin 2017]. Disponible sur : [https://www.erudit.org/fr/revues/as/1999-v23-n2-  
as808/015597ar.pdf](https://www.erudit.org/fr/revues/as/1999-v23-n2-as808/015597ar.pdf)
26. Robin DiMatteo M, Heidi S. Lepper, Thomas W. Croghan. Depression is a Risk Factor for noncompliance with medical treatment [Internet]. 2000 [cité 10 jui 2017]. Disponible sur : [http://www.robindimatteo.com/uploads/3/8/3/4/38344023/meta\\_depression.pdf](http://www.robindimatteo.com/uploads/3/8/3/4/38344023/meta_depression.pdf)
27. Gravel S. Culture, santé et ethnicité [Internet]. 2005 [cité 20 mars 2017]. Disponible sur : [https://cdc.qc.ca/actes\\_sic/2005/gravel\\_SIC\\_2005.pdf](https://cdc.qc.ca/actes_sic/2005/gravel_SIC_2005.pdf)

28. Jodelet D. Les représentations sociales. Paris (6, avenue Reille 75685): P.U.F; 2014.
29. GOFFMAN E. Stigmate: Les usages sociaux des handicaps. Paris: Éditions de Minuit; 1975.
30. Cedraschi Ch, Allaz A. F, Piguet V. Le rôle des représentations de la maladie et de la douleur dans la relation patient-thérapeute [Internet]. 1998 [cité 3 août 2017]. Disponible sur : <https://link.springer.com/article/10.1007/BF03013290>
31. La Santé de l'homme n° 392 - La santé des migrants - Intégrer les représentations culturelles dans la prise en charge des migrants [Internet]. [cité 21 mars 2017]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/articles/392/03.htm>
32. Rondeau J. Communiquer avec un patient atteint de démence lors de sa prise en charge masso-kinésithérapique [Mémoire en ligne]. Saint-Sébastien sur Loire : Institut régional de formation aux métiers de la rééducation et réadaptation des Pays de la Loire. 2012. 36 p.
33. Blanchon C. Le toucher : une approche relationnelle [Internet]. 2006 [cité 30 jui 2017]. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782842997687500056>
34. Olry P, Lang N, Froissart M-T. N°165-Education Permanente ; Distance thérapeutique et corps à corps, l'exemple du traitement de la douleur en masso-kinésithérapie [Internet]. 2005 [cité 5 août 2017]. Disponible sur : <https://scholar.google.fr/scholar?hl=fr&q=P.+Olry%2C+N.+Lang%2C+M-T.+Froissart-Monet.+%E2%80%9CDistance+th%C3%A9rapeutique+et+corps+%C3%A0+corps%E2%80%9D.+2005&btnG=&lr=>
35. Fedor M. C, Grousset S, Leyssene-Ouvrard C, Malaquin-Pavan E. Pôle qualité de vie, des soins et de l'accompagnement, Le toucher au cœur des soins phase 1 [Internet]. 2007 [cité 19 jui 2017]. Disponible sur : <http://www.sfap.org/system/files/toucher-coeur-des-soins-version-longue.pdf>

36. Carles G. Grossesse, accouchement et cultures : approche transculturelle de l'obstétrique [Internet]. 2013 [cité 6 août 2017]. Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/en/article/883381>
37. Sumner W-G, Folkways [Internet]. 1906 [cité 28 juin 2017]. Disponible sur : <https://archive.org/stream/folkwaysstudyofs00sumnuoft#page/12/mode/2up>
38. ETHNOCENTRISME : Définition de ETHNOCENTRISME [Internet]. [cité 20 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/definition/ethnocentrisme>
39. Guide Adaptation interculturelle [Internet]. [cité 14 avr 2017]. Disponible sur : [http://www.umoncton.ca/publications\\_docs/SAEE-moncton/Adaptation\\_culturelle/index.html#/18/zoomed](http://www.umoncton.ca/publications_docs/SAEE-moncton/Adaptation_culturelle/index.html#/18/zoomed)
40. Helman C-G, Communication in primary care: The role of patient and practitioner explanatory models [Internet]. 1985 [cité 22 juin 2017]. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/027795368590348X>
41. Hall E. Communication\_interculturelle\_1.pdf [Internet]. [cité 7 déc 2016]. Disponible sur : [http://www.ymca.int/fileadmin/library/6\\_Communications/1\\_General\\_Tools/Communication\\_interculturelle\\_1.pdf](http://www.ymca.int/fileadmin/library/6_Communications/1_General_Tools/Communication_interculturelle_1.pdf)
42. Djadaoudjee L. La barrière culturelle dans le soin (résumé) [Internet]. 2013 [cité 10 août]. Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/article/845072/la-barriere-culturelle-dans-le-soin>
43. Le Boterf G. Repenser la compétence pour dépasser les idées reçues : quinze propositions. 2e éd. 2008. 140 p. (Ressources humaines)
44. Andrieu B. Le soin de toucher [Internet]. 2006 [cité 7 juin 2017]. Disponible sur : <https://leportique.revues.org/867>

45. Hentz F, Mulliez A, Belgacem B, Noirfalise C, Barrier H, Gorrard J, Paniagua-C C, Mathé B, Gerbaud L, Stratégie d'évaluation de l'impact du toucher dans les soins infirmiers [Internet]. 2009 [cité 10 jui 2017]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2009-2-page-85.htm>
46. Jurecic A, Marchalik D. Examining empathy. *The Lancet*. [Internet]. 2015 [cite 3 août 2017] Disponible sur : [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)00540-1/fulltext?rss%3Dyes](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00540-1/fulltext?rss%3Dyes)
47. Hojat M, Gonella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy : definition, components, measurement, and relationship to gender and speciality. *Am j Psychiatry* [Internet]. 2002 [cite 29 jui 2017]. Disponible sur : <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.159.9.1563>
48. Simon E. Processus de conceptualisation d'«empathie» [Internet]. 2009 [cite 29 jui 2017]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2009-3-page-28.htm>
49. Marandon G. Au-delà de l'empathie cultiver la confiance : clés pour la rencontre interculturelle [Internet]. [cité 22 mars 2017]. Disponible sur : <http://www.raco.cat/index.php/revistacidob/article/viewFile/28314/28148>
50. Sterlin C, Dutheil F. La pratique en contexte interculturel. *Reflets Rev D'intervention Soc Communaut*. 2000;6(1):141
51. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pr* [Internet]. 2002 [cité 30 jui 2017]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1316134/>
52. Hesbeen W. Prendre soin à l'hôpital: inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante. Paris: InterEditions : Masson; 2010.
53. Hirsch E. Les pratiques de soin en situation interculturelle. *Espace éthique/AP-HP* [Internet]. 2008 [cité 7 déc 2016]. Disponible sur: [http://www.espace-ethique.org/sites/default/files/Soin\\_interculturalite\\_juillet08.pdf](http://www.espace-ethique.org/sites/default/files/Soin_interculturalite_juillet08.pdf)

54. programme études kiné - programme officiel etudes kine.pdf [Internet]. [cité 5 avr 2017]. Disponible sur:

<http://www.ifpek.org/sites/default/files/PDF/programme%20officiel%20etudes%20kine.pdf>

55. Thomas C. Accoucher en France aujourd'hui : les enjeux de la profession de sage-femme et le positionnement des femmes face à la naissance médicalisé [thèse en ligne]. Université de la Réunion. 2016 [cité 13 août 2017]. 453 p. Disponible sur : <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-01408591/document>

## **ANNEXES**

**ANNEXE I** : Charte de la personne hospitalisée : principes généraux.

**ANNEXE II** : schéma CIH-2, OMS 2001.

**ANNEXE III** : Tableau récapitulatif des recherches documentaires réalisées sur les différentes bases de données et des études retenues pour l'initiation à la revue de la littérature (sans la littérature grise, en gras se trouvent les mots clés de départ)

**ANNEXE IV** : Diagramme de flux

**ANNEXE V** : la métaphore de l'iceberg

## ANNEXE I : Charte de la personne hospitalisée : principes généraux.



Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.



Les établissements de santé garantissent **la qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.



L'**information** donnée au patient doit être **accessible et loyale**. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.



Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec **le consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.



**Un consentement spécifique** est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.



Une personne à qui il est proposé de participer à **une recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit**. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.



La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.



**La personne hospitalisée est traitée avec égards**. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.



Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que **la confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.

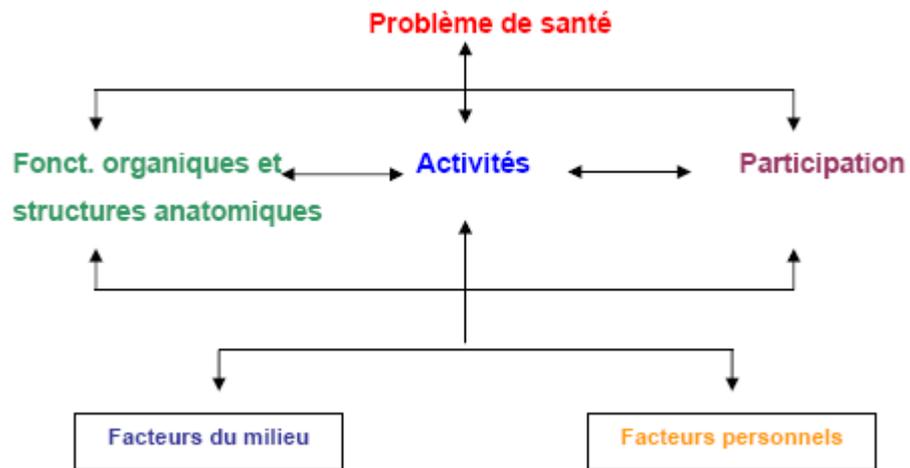


La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'**un accès direct aux informations de santé la concernant**. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.



La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

ANNEXE II : schéma CIH-2, OMS 2001.



**ANNEXE III** : Tableau récapitulatif des recherches documentaires réalisées sur les différentes bases de données et des études retenues pour l’initiation à la revue de la littérature (sans la littérature grise, en gras se trouvent les mots clés de départ)

| Bases de données | Mots clés                                     | Nombre de recherches obtenues | Nombre de recherches retenues | Références bibliographiques retenues                                                                                                   |
|------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Google scholar   | Value of <b>culture</b> to society            |                               | 2                             | R. Russell. The value of arts and culture to people and society. 2014. (5)                                                             |
|                  |                                               |                               |                               | C. Dumcke, M. Gnedovsky. The social and economic value of cultural heritage. 2013. (6)                                                 |
| Google scholar   | Patient anxiety in <b>healthcare</b>          |                               | 1                             | M.Robin DiMatteo, Heidi S. Lepper, Thomas W. Croghan, Depression is a Risk Factor for noncompliance with medical treatment. 2000. (26) |
| Google scholar   | <b>Représentation</b> du patient dans le soin |                               | 1                             | Ch. Cedraschi, A.F. Allaz, V. Piguët. Le role des representations de la maladie et de la douleur                                       |

|                |                                           |     |   |                                                                                                                             |
|----------------|-------------------------------------------|-----|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                |                                           |     |   | dans la relation patient-therapeute. 1998. (30)                                                                             |
| Google scholar | La distanciation en <b>kinésithérapie</b> | 803 | 1 | P. Olry, N. Lang, M-T. Froissart-Monet. "Distance thérapeutique et corps à corps". 2005. (34)                               |
| Google scholar | Communication in <b>healthcare</b>        |     | 1 | C. G. Helman. Communication in primary care : the role of patient and practitioner explanatory models. Elsevier. 1985. (40) |
| Google scholar | Impact du toucher dans le <b>soin</b>     |     |   | B. Andrieu, le soin de toucher. 2007. (44)                                                                                  |

|                |                                    |     |   |                                                                       |
|----------------|------------------------------------|-----|---|-----------------------------------------------------------------------|
| Google scholar | Empathy and quality of <b>care</b> |     | 1 | S. W. Mercer, W. J. Reynolds, Empathy and quality of care. 2002. (51) |
| PubMed         | Needs of minority ethnic patients  | 396 | 1 | Cortis JD, Meeting the needs of minority ethnic patients. 2004. (11)  |

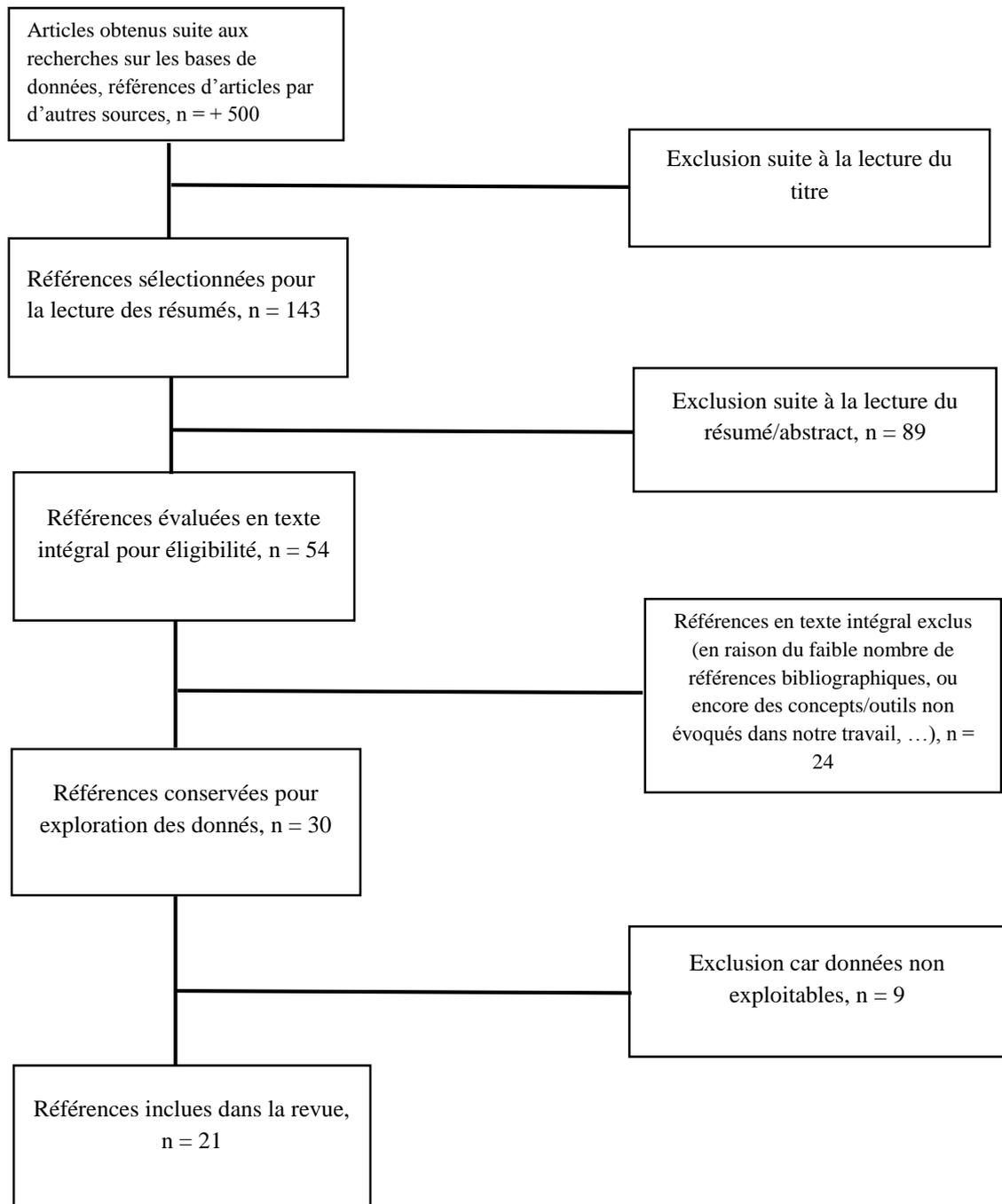
|            |                                                                               |      |   |                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------|------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|            |                                                                               |      |   |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| PubMed     | Professional<br>Uncertainty in<br><b>health care</b><br>with ethnic<br>groups | 1466 | 1 | Jackie Beavan<br>Kai Joe, Faull<br>Christina,<br>Dadson Lynne,<br>Gill Paramjit et<br>Angela Beighton.<br>Professional<br>Uncertainty and<br>disempowerment<br>Responding to<br>Ethnic diversity<br>in Health care: A<br>Qualitative<br>Study. 2007.<br>(12) |
| Cairn.info | Relation<br>soignant-<br>soigné                                               | 434  | 1 | M.Formarier, la<br>relation de soin,<br>concepts et<br>finalités pg 33-<br>42, recherche en<br>soins infirmier.<br>2007. (2)                                                                                                                                 |
| Cairn.info | Modèle bio-<br>psycho-social                                                  | 188  | 1 | G.L.Engel, le<br>modèle<br>biopsychosocial,<br>pg 52 par<br>Maryse Siksou.<br>(17)                                                                                                                                                                           |
| Cairn.info | Impact du<br>toucher dans le<br><b>soin</b>                                   | 9874 | 1 | F. Hentz, A.<br>Mulliez, B.<br>Belgacem, C.<br>Noirfalise, H.<br>Barrier, J.<br>Gorrand, C.<br>Paniagua G, B.<br>Mathé, L.                                                                                                                                   |

|            |                                      |   |   |                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------|--------------------------------------|---|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|            |                                      |   |   | Gerbaud,<br>Recherche en<br>soin infirmier :<br>« Evaluation de<br>l'impact du<br>toucher dans les<br>soins infirmier –<br>résultats<br>statistique d'une<br>étude<br>multicentrique,<br>prospective et<br>randomisée »<br>2009. (45) |
| Erudit.org | Anthropologie<br>dans le <b>soin</b> | 6 | 1 | F. Saillant, E.<br>Gagnon.<br>Présentation.<br>Vers une<br>anthropologie<br>des soins ?.<br>1999. (25)                                                                                                                                |
| Ulysse     |                                      |   |   | BJ.Dolto, Le<br>corps entre les<br>mains. Vuibert.<br>2006. (20).                                                                                                                                                                     |

|  |  |  |  |                                                                                                                             |
|--|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  |  | B.Tison, Soins<br>et cultures,<br>formation des<br>soignants à<br>l'approche<br>interculturelle.<br>Elsevier. 2009.<br>(23) |
|  |  |  |  | E.Goffman,<br>Stigmate : les<br>usages sociaux<br>des handicaps.                                                            |

|  |  |  |  |                                                                                                                                               |
|--|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  |  | Edition de<br>Minuit. 1975.<br>(29)                                                                                                           |
|  |  |  |  | G. Le Boterf,<br>Repenser la<br>compétence<br>pour dépasser<br>les idées<br>reçues : 15<br>proposition.<br>2008. (43)                         |
|  |  |  |  | D.Jodelet, Les<br>représentations<br>sociales. 2003.<br>(28)                                                                                  |
|  |  |  |  | C.Sterlin,<br>F.Dutheil, La<br>pratique en<br>contexte<br>interculturel.<br>2000. (50)                                                        |
|  |  |  |  | W.Hasbeen,<br>Prendre soin à<br>l'hôpital,<br>inscrire le soin<br>infirmier dans<br>une<br>perspective<br>soignante.<br>Masson. 2010.<br>(52) |

#### ANNEXE IV : Diagramme de flux



**ANNEXE V : Métaphore de l'iceberg.**



## RÉSUMÉ

**Introduction** : Notre pays a connu de profonds bouleversements au cours de ces dernières décennies. En effet, les dernières guerres et les vagues d'immigration ont produit, en France, une société cosmopolite. La France s'est donc modelée à travers sa propre identité judéo-chrétienne et à travers l'influence de diverses ethnies venues par la suite. Nous vivons dans un pays multiculturel, où certaines cultures peuvent être radicalement différentes les unes des autres.

**Objectif** : Cette initiation à la revue de la littérature, a pour but de réunir et d'analyser les écrits au sujet des prises en soins au bénéfice de patients culturellement différents des thérapeutes. Notre société a évolué et évolue encore, notre prise en charge MK doit évoluer avec elle, mais comment ? Grâce à quelle stratégie ? Quels sont les moyens, les outils pour y parvenir ?

**Méthodologie** : Les recherches ont été menées sur plusieurs bases de données : Cairn, Erudit.org, Google scholar, Pubmed, Revues.org, Ulysse et à l'aide de mots-clefs français, anglais et de troncatures. Les publications retenues sont écrites en français et proviennent de divers pays nord-américains et européens. Parmi un large panel de résultats, nous avons retenu 21 papiers en plus des références de la littérature grise.

**Résultats** : La culture fait partie intégrante de notre identité individuelle et collective, et se manifeste au quotidien. Or elle peut être source de conflits dans une relation soignant-soigné, du fait notamment de la différence entre les représentations du soin par les protagonistes. Plusieurs paramètres entrent en jeu lors d'une prise en charge MK d'un patient ethniquement différent, tels que la communication, la connaissance des cultes et cultures présent en France, l'attention, le respect etc.

**Discussion** : Des compétences dans le champ des sciences humaines et sociales permettraient d'appréhender la personne soignée dans toute sa complexité et singularité. La réforme de 2015 les intègre autant que l'exigence de technicité.

**Mots-clefs** : soin, compétence, culture, représentation, inter-culturalité.

**Keywords** : healthcare, skill, culture, representation, multiculturality.