



La réadaptation au travail des personnes issues de l'immigration et des minorités ethnoculturelles : défis, perspectives et pistes de recherche

*Rehabilitation among immigrants and ethnocultural minority workers:
challenges, perspectives, and research directions*

*La rehabilitación de los trabajadores inmigrantes y de minorías étnico-cultural :
retos, perspectivas y líneas de investigación*

Daniel Coté



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/pistes/3633>

DOI : 10.4000/pistes.3633

ISSN : 1481-9384

Éditeur

Les Amis de PISTES

Référence électronique

Daniel Coté, « La réadaptation au travail des personnes issues de l'immigration et des minorités ethnoculturelles : défis, perspectives et pistes de recherche », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 16-2 | 2014, mis en ligne le 01 avril 2014, consulté le 01 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/pistes/3633> ; DOI : 10.4000/pistes.3633

Ce document a été généré automatiquement le 1 mai 2019.



Pistes est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

La réadaptation au travail des personnes issues de l'immigration et des minorités ethnoculturelles : défis, perspectives et pistes de recherche

Rehabilitation among immigrants and ethnocultural minority workers: challenges, perspectives, and research directions

La rehabilitación de los trabajadores inmigrantes y de minorías étnico-cultural : retos, perspectivas y líneas de investigación

Daniel Côté

« Faire semblant d'ignorer les différences physiques ou culturelles serait absurde ; mais on passerait à côté de l'essentiel si on se limitait aux différences les plus manifestes au lieu d'aller plus loin, vers la personne elle-même, dans son individualité. »

Amin Maalouf, *Le dérèglement du monde*

Introduction

- 1 La population du Québec, à l'instar des autres provinces canadiennes et des autres pays industrialisés, a connu des changements démographiques importants au cours des années qui ont suivi la Seconde Guerre mondiale. Ces années, appelées aussi les Trente Glorieuses, ont été marquées au Québec par une croissance économique importante qui attira des travailleurs des quatre coins de la planète. L'immigration au Québec n'a jamais cessé de croître depuis les années 1960. De 14 820 immigrants reçus au Québec en 1961, le

nombre est passé à plus de 50 000 en 2011 (Québec, 2013). À ce nombre s'ajoutent plus de 30 000 travailleurs étrangers venus occuper un emploi temporaire (Citoyenneté et immigration Canada, 2011). Les travailleurs immigrés peuvent rencontrer des difficultés en matière d'insertion en emploi ; au Canada, ils connaissent généralement des taux de chômage plus importants que les personnes nées au pays et ils occupent souvent des professions et des secteurs d'activité à plus haut risque de lésions professionnelles (Ahonen et coll., 2007 ; McCauley, 2005 ; Premji et coll., 2010). C'est pour ces raisons que les travailleurs immigrants, et plus spécialement les immigrants récents, sont souvent définis comme une population plus vulnérable. La méconnaissance du droit et des lois en vigueur, la surqualification liée à la non-reconnaissance des diplômes obtenus à l'étranger, ainsi que des barrières linguistiques et culturelles peuvent s'ajouter au tableau (Gravel, 2006). En matière de services de santé en général, la qualité de la communication interpersonnelle est souvent décrite comme un facteur qui influence la relation thérapeutique et, ultimement, les résultats cliniques (Beck et coll., 2002). Que nous dit la recherche au Québec ou ailleurs au Canada sur le parcours de réadaptation et de retour au travail chez les personnes issues de l'immigration et des communautés ethnoculturelles ? Quelles sont les barrières les plus souvent rencontrées à la fois par les travailleurs concernés et par les différents intervenants dans le contexte de la rencontre interculturelle ? Au Québec, la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) ne collige pas d'informations relatives à l'incidence, à la fréquence ou à la gravité des lésions professionnelles chez les travailleurs immigrants ou issus des communautés ethnoculturelles, pas plus qu'il n'est possible de connaître la durée des jours indemnisés et le taux de référence en réadaptation.¹ Toutefois, la CSST estime que près d'un travailleur sur deux vivant sur l'île de Montréal et qui est victime d'une lésion professionnelle proviendrait de l'immigration (CSST, 2010). Ce qui laisse entrevoir une possible surreprésentation² malgré la présence d'un phénomène de sous-déclaration (Kosny et coll., 2012). En plus de contextes de travail et de situations spécifiques qui rendent ces travailleurs plus vulnérables, il s'ajoute, en contexte clinique, des difficultés supplémentaires liées aux barrières linguistiques et culturelles qui risquent de freiner le processus thérapeutique et qui peuvent être vécues autant par la clientèle concernée que par les différents professionnels de la réadaptation (Briggs, 2008 ; Calvillo et Flaskerud, 1991 ; Löfvander et Engström, 2007 ; Madan et coll., 2008 ; Sloots et coll., 2011). Plusieurs catégories d'acteurs sont susceptibles d'entrer en relation les uns avec les autres durant le processus de réadaptation : les travailleurs et leur famille, le milieu de travail (employeurs et syndicats, superviseurs, collègues), les tiers payeurs (compagnies d'assurances, régime public d'indemnisation), les milieux cliniques et hospitaliers, etc. Tous ces acteurs sont donc concernés par la problématique de la rencontre interculturelle. Que nous enseigne la littérature scientifique à ce sujet ? J'ai réalisé une recension des écrits pour faire le point sur la question. Les résultats de cette recension ont été présentés dans un rapport produit par l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) (Côté, 2012) et dans la revue britannique *Disability & Rehabilitation* (Côté et coll., 2013).³ Dans cette recension, il est apparu que des différences culturelles peuvent engendrer des points de vue divergents ou même conflictuels sur l'idée de « santé », de « maladie » et sur la bonne marche à suivre durant le processus de réadaptation ; la notion de « compétence culturelle » est également apparue comme un champ prometteur de formation pour aider les cliniciens à développer de nouveaux outils d'interventions en contexte pluriethnique. Cet article propose une réflexion générale sur la réadaptation au travail des personnes issues de l'immigration et des minorités

ethnoculturelles en partant des grandes thématiques qui ont émergé de cette recension en une attention particulière sur le thème de la communication interculturelle. En effet, ce thème semble particulièrement porteur puisqu'il est susceptible d'interpeller l'ensemble des acteurs concernés par la réadaptation et le retour au travail, et ce, à chaque étape qui marque le parcours thérapeutique (par ex. : déclaration initiale et diagnostic, prise en charge, traitements médicaux, consolidation du dossier médical, réadaptation et retour au travail). Cet article propose également de nouveaux tracés pour la recherche en réadaptation au travail en lien avec la population ou la clientèle visée. Mais avant d'aborder directement les défis, les enjeux et les perspectives de la recherche en réadaptation dans le contexte de la rencontre interculturelle, il convient de situer et de définir historiquement le champ de la recherche en réadaptation de manière plus générale. Cet article se divise en quatre parties qui abordent : 1) la définition et l'évolution du champ de la réadaptation au travail, 2) la culture, la réadaptation et les représentations de la douleur, 3) la critique des modèles d'intervention en réadaptation et 4) une réflexion sur la pertinence d'intégrer la perspective de l'interculturel dans les modèles actuels de la réadaptation au travail.

1. Réadaptation au travail : définition d'un champ en constante évolution

1.1 La réadaptation sur la scène internationale

- 2 La réadaptation au travail s'est développée à la fin de la Première Guerre mondiale dans un contexte où un grand nombre de survivants ayant des déficiences physiques et des traumatismes multiples avaient besoin de soins particuliers pour optimiser leur capacité fonctionnelle et atteindre un niveau de participation sociale acceptable (Ferland et Dutil, 2012). C'est dans les années 1920 qu'apparaissent les premières écoles de réadaptation au Canada et que les disciplines de l'ergothérapie et de la physiothérapie commencent à se développer (Ferland et Dutil, 2012 ; Ross, 2007 ; Verville, 2009). Ces disciplines, et plus particulièrement l'ergothérapie, ont recours à l'activité physique pour permettre à une personne de récupérer à la suite d'un accident. C'est qu'une valeur thérapeutique est attribuée à l'activité physique, et ce, depuis leur fondation. Cette idée avait déjà été mise de l'avant en psychiatrie à la fin du XVIII^e siècle, notamment par Philippe Pinel en France et par Samuel Tuke en Angleterre, dans un vaste mouvement de réforme des établissements hospitaliers (Peloquin, 1989 ; Mosey, 1986). Cette idée d'un traitement au moyen de l'activité physique trouve ses origines jusque dans la Grèce antique, notamment chez Platon et Hippocrate qui, entre les V^e et IV^e siècles avant notre ère, considèrent l'activité physique (« gymnastique médicale ») comme un moyen de préserver et de recouvrer la santé (Dachez, 2004). Le « traitement moral », comme il était appelé en psychiatrie au siècle dernier, devait permettre aux patients de développer de saines habitudes de vie au moyen de travaux manuels, d'exercices physiques, de l'artisanat et de l'art sous toutes ses formes (Mosey, 1986). Le développement de l'ergothérapie au XX^e siècle serait un dérivé de cette approche (Mosey, 1986 ; Ross, 2007). Toutefois, les disciplines de la réadaptation (ergothérapie, physiothérapie) sont demeurées alignées sur le modèle biomédical à leurs débuts, et donc davantage préoccupées par l'identification des signes, des symptômes et des pathologies d'ordre physiologique (Ross, 2007). C'est au début des années 1970 que la réadaptation commence à élaborer ses propres modèles

(Mosey, 1974). C'est le cas du modèle dit « biopsychosocial » qui a fait l'objet d'une première évocation en ergothérapie dans un article d'Anne C. Mosey (Mosey, 1974), trois années avant que ce modèle ne soit cité par le psychiatre George L. Engel à qui la paternité du modèle est généralement attribuée (Engel, 1977 ; Borrell-Carrió et coll., 2004).⁴ Le « modèle biopsychosocial » présenté par Mosey (1974) décrit les aspects biologiques, psychologiques et sociaux de la santé, de la maladie ou du handicap, et propose ce modèle comme une alternative au modèle médical qui ne reflète pas selon elle la pratique (et la philosophie) de l'ergothérapie (Mosey, 1974 : 140). Développé au début des années 1980 par l'équipe de Gary Kielhofner, le *Model of Human Occupation* (MOHO) s'inspire de ses grandes lignes directrices (Forsyth et Kielhofner, 2003 ; Kielhofner et coll., 1999). Ce modèle s'articule autour des notions clés de volonté, d'habitudes de vie, de capacité physique et d'environnement (physique et social) ; ses concepteurs le définissent comme étant orienté sur la pratique d'activités « signifiantes », holistique et centré sur le client, en plus de reposer sur des données probantes ; il se veut complémentaire à d'autres approches pratiquées en réadaptation (par ex. : biomécanique, neurologie développementale) et utilisable dans des contextes interdisciplinaires (Kielhofner, 2008). Selon Kielhofner, ce modèle permet aussi d'explorer auprès de la clientèle les déterminants d'ordre culturel qui donnent forme et définissent un environnement donné et qui influencent chaque personne (par ex. : valeurs, motivation, perceptions, rôles sociaux) dans l'orientation de ses choix et de ses activités quotidiennes (Kielhofner, 2008). Bien que relativement bien connue en réadaptation, la composante culturelle de ce modèle semble ne pas avoir suivi la même courbe de développement. D'autres modèles ont également vu le jour en réadaptation durant la même période. Certains de ces modèles comme le *Canadian Model of Occupational Performance and Engagement* (CMOP) reconnaissent explicitement la place de la spiritualité dans le processus thérapeutique pour la situer, par exemple, dans un contexte de quête de sens et de reconstruction identitaire (Unruh et coll., 2002). Cette dimension, et les multiples formes de religiosité qui peuvent s'y rattacher, peuvent influencer le rapport à la douleur, à la maladie, au handicap ou à la perspective du retour au travail (Lysne et Wachholtz, 2011).

1.2 Le rapport Spitzer et le développement de la réadaptation au travail au Québec

- 3 La recherche en réadaptation au travail a beaucoup évolué depuis les trente dernières années au Québec, notamment dans le domaine de l'indemnisation et de la réadaptation des lésions professionnelles. Ce mouvement s'est mis en marche au début des années 1980 avec la création du *Groupe de travail québécois sur les aspects cliniques des affections vertébrales chez les travailleurs*. Ce groupe était chargé notamment de décrire l'épidémiologie des affections vertébrales, de proposer une classification de ces troubles, de proposer un modèle d'intervention et d'identification diagnostique et d'établir des priorités de recherche (Spitzer, 1986). Ce groupe de travail, alors dirigé par le regretté Walter O. Spitzer, médecin et épidémiologiste de l'Université McGill, reconnaît la nature biologique, psychologique et sociale des affections vertébrales et de l'incapacité qui en résulte. Ce groupe reconnaît que les délais de prise en charge peuvent représenter un facteur de risque potentiel de chronicité et que, passé un certain temps, ce sont principalement les facteurs psychosociaux qui agissent. Il propose ainsi des pistes d'interventions visant à diagnostiquer et à traiter les réactions psychologiques et à effectuer le plus tôt possible

un retour au travail. Parmi les nombreuses pistes de recherche suggérées par ce groupe de travail, il est recommandé d'étudier de manière interdisciplinaire les différents facteurs sociaux, économiques et psychologiques des maux de dos. La section du rapport consacrée aux aspects psychosociaux des maux de dos stipule que notre manière de comprendre et de saisir les conséquences de la douleur et notre façon de la ressentir peuvent reposer sur notre expérience personnelle ; que cette expérience personnelle dépend largement de notre apprentissage culturel (Spitzer, 1986 : 128).⁵

- 4 Malgré cette prise de position, la dimension culturelle de la douleur a été très peu explorée dans les recherches qui ont suivi, ou bien elle est demeurée imprécise.

1.3 Des chartes internationales pour la promotion de la santé

- 5 Au même moment où le groupe de travail dirigé par W. O. Spitzer publiait son rapport (Spitzer, 1986), l'*Organisation mondiale de la santé* (OMS) tenait à Ottawa une conférence internationale pour la promotion de la santé qui a donné naissance à la *Charte d'Ottawa* (OMS, 1986). Cette charte proposait un nouveau mouvement en santé publique qui reconnaissait, entre autres choses, que le travail et les différents schèmes de vie peuvent intervenir en faveur ou au détriment de la santé.⁶ La Charte d'Ottawa reconnaît que

« [L]es facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé »

et que « les programmes et stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux besoins et possibilités locaux des pays et régions, et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques ».

- 6 L'OMS réédite cette conférence en 2005 à Bangkok, en Thaïlande, où elle reconsidère les déterminants de la santé et de la maladie à la lumière des nouvelles réalités sociales comme les problèmes liés aux inégalités socioéconomiques, aux changements climatiques, à l'urbanisation croissante et aux changements démographiques (vieillesse de la population, migrations transnationales, mutation de la structure familiale, etc.). Plus encore, cette conférence insiste sur l'importance de la prévention dite tertiaire qui a pour but de prévenir les incapacités chroniques et de favoriser la réinsertion professionnelle et sociale après la survenue d'une maladie (OMS, 2005). Même si ces chartes proposent des énoncés qui demeurent très généraux, elles jettent les bases ou affermissent des principes susceptibles de guider la réflexion sur les orientations de la santé publique dans les différents pays et de penser leur adaptation à la lumière de leurs propres spécificités et d'orienter la réflexion sur les dimensions sociales, culturelles, politiques et économiques de la santé et de la maladie.

1.4 Des changements de paradigme

- 7 La réadaptation au travail est passée d'un modèle essentiellement biomédical de la douleur chronique (pathologies physiologiques) à un modèle biopsychosocial (Schultz et coll., 2007). Pour nuancer ce propos, on peut dire que la réadaptation a toujours été sensible et préoccupée par les aspects psychologiques et environnementaux du handicap (Ferland, 2012) ; toutefois, situés dans un système de santé et de compensation où l'évidence médicale prend toute sa place (signes, symptômes, pathologies physiques), les aspects autres que purement biologiques peuvent être négligés. C'est ce constat qui a amené Loisel et son équipe au début des années 2000 à réclamer un changement de

paradigme dans la gestion des incapacités liées au travail (Loisel et coll., 2001). Repris en réadaptation au travail, le modèle biopsychosocial postule que les causes d'une situation d'incapacité sont multidimensionnelles et qu'elles ne sont pas réductibles à la gravité des symptômes médicaux, qu'il existe au contraire des facteurs de risque liés à la personne, à l'environnement de travail et aux caractéristiques du système de santé et d'indemnisation (Schultz et coll., 2007). Toutefois, en matière de lésions professionnelles, tels les troubles musculo-squelettiques et la douleur au dos, des traitements de nature purement physique peuvent suffire dans la majorité des cas (Frank et coll., 1996). Un traitement d'ordre purement médical peut suffire en phase aiguë,⁷ mais ce mode de raisonnement doit être dépassé durant les phases subaiguë et chronique lorsqu'une personne, par exemple, doit être envoyée en réadaptation et où les professionnels de la santé doivent travailler la « capacité résiduelle » du client en vue d'optimiser son fonctionnement physique et mental et permettre la participation sociale de ce dernier (Hammell, 2012 ; MacEachen et coll., 2012 ; Tengland, 2011). La réadaptation au travail reconnaît ainsi l'impact des représentations de la douleur sur le processus thérapeutique, ainsi que le rôle des facteurs psychologiques (ex. cognitifs, émotionnels) et sociaux (ex. modèles familiaux, environnement de travail, systèmes de santé et de compensation) dans le développement de l'incapacité au travail (Baril et coll., 1994 ; Coutu et coll., 2010 ; Gatchel, 2005 ; Loisel et coll., 2005 ;). Des facteurs comme l'exigence physique ou psychologique de la tâche, la satisfaction au travail, la motivation à retourner au travail, le sentiment d'être prêt ou non à retourner travailler, le délai de prise en charge, le maintien ou non du lien d'emploi prélesionnel, le soutien social (réseaux sociaux et professionnels), les représentations de la douleur sont des exemples de facteurs dont la valeur pronostique est maintenant reconnue, indépendamment du type de lésion rencontré. Le *modèle de Sherbrooke* de la prévention de l'incapacité qui a été développé par Patrick Loisel et son équipe à la fin des années 1990 reconnaît l'existence de possibles obstacles culturels, à côté des obstacles administratifs, sociaux, politiques, légaux sans définir en substance comment et à quel niveau la dimension culturelle peut interférer (Loisel et coll., 2001).

- 8 En matière de réadaptation et de retour au travail, les modèles existants ne semblent pas accorder toute la place nécessaire à la dimension culturelle malgré l'existence de travaux anthropologiques et sociologiques qui ont souligné avec justesse que l'expérience et le sens de la douleur et de l'incapacité peuvent varier considérablement d'une société et d'un groupe ethnique à un autre (Bates et coll., 1997 ; Sargent, 1984 ; Zborowski, 1969 ; Bendelow et Williams, 1995 ; Pugh, 1991 ; Spitzer et coll., 1987). Le fossé entre la reconnaissance des facteurs culturels et la reconnaissance de l'impact des représentations (de la santé, de la maladie, de la douleur ou du traitement approprié) dans le processus thérapeutique est pourtant bien mince comme nous le verrons plus loin.

2. Culture, réadaptation et représentations de la douleur

- 9 La littérature en réadaptation met surtout l'accent sur les aspects cliniques du processus thérapeutique et rapporte plus spécifiquement la perspective des physiothérapeutes et

des ergothérapeutes. Les enjeux propres à la SST et au retour au travail n'y sont que très rarement décrits. Les études recensées peuvent se classer en cinq grandes catégories :

1. attitudes et comportements relatifs à la douleur (ex. expression des émotions, anxiété, perception de l'attitude et du comportement approprié et attendu de la part des autres) (Calvillo et Flaskerud, 1991 ; Löfvander, 1999 ; Meershoek et coll., 2011) ;
 2. perceptions relatives au traitement de la douleur (ex. attentes de traitement et des résultats associés) (Banks, 2008 ; Bates et coll., 1997 ; Ferreira et coll., 2004 ; Löfvander, 1999 ; Rogers et Allison, 2004 ; Sloots et coll., 2010) ;
 3. perceptions d'incapacité au travail (ex. perception de la capacité à reprendre ses activités professionnelles et sociales malgré la persistance de symptômes douloureux) (Ferreira et coll., 2004 ; Norrefalk et coll., 2006) ;
 4. perception de soi (ex. sentiment d'identité personnelle) (Rogers et Allison, 2004) ;
 5. perception du rôle d'autrui durant le processus thérapeutique (ex. rôle de la famille dans le processus de prise de décision, rôle du clinicien, autonomie vs interdépendance) (Dressler et Pils, 2009 ; Fitzgerald et coll., 2005 ; Muñoz, 2007 ; Rogers et Allison, 2004).
- 10 L'ensemble de ces facteurs est reconnu pour influencer le processus de réadaptation et de retour au travail (Lydell et coll., 2005). L'influence de la culture a souvent été ramenée à la perception des causes de la maladie. La raison première de l'insistance sur les causes de la maladie est qu'il est généralement admis que la perception des causes de la maladie oriente les conduites et les attentes ultérieures du patient et des autres personnes qui côtoient la personne souffrante. Par exemple, l'ancrage biomédical d'un modèle étiologique de la douleur chez le patient peut nuire à l'accueil favorable de ce dernier à une forme de traitement non médicamenteuse ou non chirurgicale qui inclurait, en complément d'une restauration fonctionnelle ou d'un réentraînement, la relaxation ou à d'autres procédés qui s'apparentent plus à la psychologie ; le patient peut même se montrer hostile à l'idée d'une composante psychosociale de la douleur (Bates et coll., 1997 ; Coutu et coll., 2010 ; Rogers et Allison, 2004) qui peut laisser croire au patient que la douleur est « dans sa tête » et que son « mal » est jugé comme étant moins « crédible ». L'attente d'un diagnostic précis, de nature biomédicale, est bien réelle puisque la légitimité et la véracité de son mal peuvent reposer sur ce diagnostic. La perception des causes de la douleur peut jouer un rôle décisif dans l'adhérence à un traitement et dans le développement d'une alliance thérapeutique. C'est ainsi qu'un groupe de chercheurs des Pays-Bas, constatant que les patients issus de l'immigration étaient plus enclins à abandonner les traitements de réadaptation que les patients nés aux Pays-Bas (28,1 % contre 13,7 %) (Sloots et coll., 2009), a établi que les premiers étaient plus souvent réfractaires au traitement proposé par l'équipe (Sloots et coll., 2011). Les taux d'abandon de traitement étaient élevés également chez les personnes nées aux Pays-Bas, mais les écarts étaient significatifs entre les deux groupes (80,9 % contre 61,7 %). Dans cette étude, les barrières relatives à la communication semblaient plutôt marginales quant aux motifs d'abandon (3,8 % contre 0 %) bien qu'ils aient été plus de 20 % à avoir refusé de participer à l'étude et que, parmi ceux qui ont participé, près de 12 % n'avaient pas précisé la raison de l'abandon du traitement.
- 11 La perception d'incapacité au travail ressort comme un autre facteur qui peut influencer le parcours de retour au travail. Deux études s'y sont penchées. La première étude a été réalisée en Suède (Norrefalk et coll., 2006) ; elle observe un écart considérable entre des patients immigrants et des patients nés en Suède quant à la perception d'incapacité (93 % contre 68 %). Si des écarts significatifs par rapport au taux de retour au travail étaient

perceptibles lors d'un suivi d'un an post-réadaptation (57 % contre 68 %), ces écarts n'étaient plus significatifs lors du suivi de 3 ans (48 % contre 50 %). Ceci soulève des questions d'échantillonnage pouvant justifier une perception d'incapacité plus grande chez les immigrants puisque ces derniers étaient concentrés dans une proportion dépassant les 50 % dans le secteur du nettoyage et du travail en usine, contrairement aux travailleurs nés en Suède, concentrés à plus de 65 % dans les secteurs des soins de santé et du travail de bureau.

- 12 La deuxième étude à s'être penchée sur la question de la perception d'incapacité a enquêté au Brésil et en Australie (Ferreira et coll., 2004). Très différente de l'étude néerlandaise, elle a pris pour sujet des étudiants de premier cycle en physiothérapie n'ayant reçu aucune formation sur la douleur. Les auteurs de l'étude soutiennent que des différences culturelles peuvent non seulement influencer la perception des patients, mais également le jugement clinique des cliniciens. Ainsi, des étudiants brésiliens et australiens (N =771) ont été invités à signifier leur degré d'accord ou de désaccord avec une quinzaine d'énoncés tirés du *Health Care Providers' Pain and Impairment Relationship Scale* (HC-PAIRS). À titre d'exemple:

« As long as they are in pain, chronic back pain patients will never be able to live as well as they did before ».

- 13 Les étudiants brésiliens se montraient plus souvent d'accord avec l'idée qu'il est possible de reprendre ses activités quotidiennes malgré la persistance de la douleur (Ferreira et coll., 2004). L'étude ne dit pas toutefois si la perception de ces étudiants a évolué à la suite de leurs premières séances sur la douleur. Ceci nous rappelle néanmoins que les cliniciens, comme les patients, sont issus également d'un milieu social et culturel qui influence leurs valeurs et leurs perceptions et que le savoir scientifique n'est jamais indépendant de l'environnement social et culturel dans lequel il évolue.
- 14 Des perceptions relatives au sentiment d'identité personnelle sont également apparues (Côté et Coutu, 2010 ; Rogers et Allison, 2004). Cette dimension de la perception de soi se rapporte principalement à l'impact de la douleur sur le sentiment d'identité personnelle. Une perception de la douleur proche de la perception d'incapacité peut être liée de très près aux impacts sur l'environnement social immédiat (ex. réseau familial, amis, collègues) et un sentiment de perte peut s'en dégager de manière plus ou moins durable (Côté et Coutu, 2010). Un sentiment de soi altéré peut influencer négativement notre rapport à autrui, car le sentiment d'identité personnelle est également une identité sociale (par ex. : rôle de travailleur, identité professionnelle, identité de genre). Être un homme, être une femme peut dès lors prendre un sens bien différent selon les milieux culturels, surtout quand les attentes de responsabilités familiales, sociales ou professionnelles fondées sur le genre demeurent fortement ancrées dans certains milieux. Une personne peut dès lors s'absenter du travail sans que sa charge de travail domestique ne soit modifiée pour autant et représenter ainsi une autre source de tension et d'anxiété (Côté et Coutu, 2010).
- 15 La perception du rôle d'autrui constitue une autre dimension de la perception que nous avons recensée. Elle se rapporte plus précisément au rôle des membres de la famille et au rôle des cliniciens dans le processus thérapeutique (Dressler et Pils, 2009). Ainsi, certains milieux culturels accordent une grande importance à la participation de membres de la famille dans la prise de décision et dans l'accompagnement des malades tout au long du processus thérapeutique. Les valeurs familiales sont une composante importante de la dimension culturelle ; elles peuvent interférer avec la valeur de l'autonomie que sous-

tendent les programmes de réadaptation. Souvent associée à la notion anglaise d'« empowerment », l'autonomie peut entrer en collision avec les valeurs de l'interdépendance qui prévalent au sein de certaines familles et de certains groupes ethnoculturels (Fitzgerald et coll., 2005 ; Rogers et Allison, 2004). Ce qui est considéré comme aidant et réconfortant par les uns devient une barrière à l'atteinte des objectifs thérapeutiques pour les autres. C'est ainsi que Wray et Mortenson proposent la mise en place d'un modèle centré sur la famille dans certaines conditions et d'établir des stratégies pour mieux cerner cet enjeu (perception du rôle de la famille) auprès des patients et d'adapter leurs interventions en conséquence (Wray et Mortenson, 2011).

3. Critique des modèles d'intervention

3.1 Des valeurs fondatrices

- 16 L'indépendance, l'autonomie individuelle ou l'autodétermination sont souvent définies comme des valeurs centrales dans les programmes multi- ou interdisciplinaires de réadaptation physique (Fitzgerald et coll., 2005 ; Iwama et coll., 2009 ; Kondo, 2004 ; Rogers et Allison, 2004 ; Carmody et coll., 2007 ; Ferreira et coll., 2004 ; Madan et coll., 2008 ; Paul, 1995). Ces valeurs traversent la logique des programmes thérapeutiques. Elles sont aussi des émanations de la culture occidentale moderne qui a développé depuis le Siècle des Lumières un lien très fort avec le principe de la liberté individuelle. Ce principe est consigné dans la plupart des lois constitutionnelles modernes qui le consacrent, le protègent et en font la promotion à travers divers organes de l'État. Il est si fortement ancré dans les mœurs qu'on n'évoque que très rarement le processus de sa construction et de sa mise en application, laissant supposer que la liberté individuelle et les principes sous-jacents comme l'autonomie et l'indépendance vont de soi (Iwama et coll., 2009). Or, il apparaît que ces valeurs ne reçoivent pas toujours le même écho auprès de personnes qui proviennent d'horizons culturels différents. C'est du moins ce qu'affirme le chercheur et ergothérapeute Michel Iwama, de Toronto, pour qui les programmes de réadaptation construits à partir de ces valeurs fondatrices risquent de « perdre » les personnes qui n'accordent pas la même importance à ces valeurs (Iwama et coll., 2009). Selon Kondo (2004), ces valeurs peuvent parfois s'éclipser derrière le sentiment d'appartenance à la communauté et les hiérarchies familiales où c'est plutôt l'interdépendance qui définit le rapport de l'individu à son entourage immédiat. Les choix thérapeutiques et la prise de décision peuvent alors s'inscrire dans une dynamique familiale où le client et d'autres membres de sa famille expriment des attentes de traitement et se sentent interpellés dans le processus de décision (Gratton, 2009 ; Odawara, 2005).

3.2 La relation thérapeutique dans la rencontre interculturelle

- 17 La rencontre interculturelle renvoie à trois dimensions spécifiques : 1) la relation thérapeute-patient ; 2) la compétence (inter)culturelle et 3) la structure et les politiques organisationnelles. La dimension de la relation thérapeute-patient aborde l'enjeu crucial de la communication interpersonnelle.

3.2.1 Relation entre l'intervenant et le client

- 18 Les dimensions du dialogue et de l'échange se situent à l'intérieur de cette relation où s'opère le développement d'une vision commune sur la nature du problème et sur les moyens thérapeutiques à employer pour y remédier (alliance thérapeutique) (Humbert et coll., 2011). C'est aussi à ce niveau qu'apparaissent souvent les écarts de perception et d'interprétation liés, par exemple, au ton de la voix, au contact visuel, aux signaux non verbaux ou corporels, à la distance corporelle, à la relation au toucher thérapeutique, aux rapports hommes femmes, à la distance hiérarchique, au caractère direct de la conversation, à la pose de questions (Mutha et coll., 2002). Des chercheurs ont observé que de tels écarts pouvaient allonger considérablement le temps d'intervention (Dressler et Pils, 2009). Des sentiments d'impuissance et de frustration peuvent être vécus par l'intervenant et donner lieu à la production de préjugés et de fausses interprétations et renforcer les préjugés existants (lorsque, par exemple, une même situation se répète souvent) (Dressler et Pils, 2009). À Montréal, dans le contexte des soins de santé de première ligne, une étude de la Direction de la santé publique a révélé en 2005 que des barrières linguistiques et culturelles peuvent contribuer à augmenter le temps d'intervention de 35 % à 45 % lors des consultations en première ligne auprès des personnes immigrées et que cette proportion peut être encore plus grande lorsqu'il s'agit d'interventions psychosociales (Battaglini, 2005).
- 19 La question de la reconnaissance et de la légitimité des savoirs et expériences s'ajoute à ces dimensions de la rencontre interculturelle. En effet, la rencontre et l'échange entre l'intervenant et le client s'inscrivent nécessairement dans un rapport asymétrique qui met en jeu une possible hiérarchisation des savoirs et des statuts. L'intervenant est en position d'autorité par rapport au client. C'est que dans le contexte d'une intervention au sens très large, les acteurs en présence ne possèdent pas les mêmes « ressources symboliques » et les savoirs dont ils sont porteurs ne bénéficient pas de la même reconnaissance (Fortin, 2006). L'intervenant, en plus d'être détenteur d'un « savoir expert », se fait le représentant d'une institution souvent « monoculturelle » qui prescrit des schémas corporels, cognitifs et émotionnels uniques (Muñoz, 2007 ; White, 1993). Il faut voir, comme le note Demorgon (2005), par quels jeux d'« équilibration » se développe une vision commune du problème et de la solution à y apporter (Demorgon, 2005).

3.2.2 Compétences (inter)culturelles

- 20 Ceci nous amène à la deuxième dimension de la rencontre interculturelle qui aborde plus spécifiquement la compétence des intervenants. Dans le domaine assez général de la réadaptation physique, c'est la « compétence » dite culturelle ou interculturelle qui est le plus souvent abordée.⁸ Nous n'avons pas repéré de littérature scientifique à ce sujet dans l'univers de la santé et de la sécurité du travail (SST) bien qu'il existe des écrits sur les représentations différentielles de la douleur et de leur possible lien avec la culture (Coutu et coll., 2007 ; Muñoz, 2007). La compétence (inter)culturelle peut se définir comme un ensemble de connaissances et d'habiletés qui permettent aux intervenants d'agir avec une plus grande efficacité auprès des personnes issues d'horizons culturels différents et d'offrir ainsi des soins culturellement adaptés (« culturally responsive caring ») (Muñoz, 2007). Aux États-Unis, le concept de « compétence culturelle » tel qu'utilisé en réadaptation physique a été modélisé en quatre volets : prise de conscience (« critical awareness » et « cultural awareness »), développement d'habiletés en matière de

communication (« communication skills »), acquisition de connaissances culturelles (« cultural knowledge ») et l'adoption d'une attitude d'ouverture et de respect de la différence (Balcazar et Taylor-Ritzler, 2009 ; Muñoz, 2007). Nous avons décrit ailleurs chacun de ces volets (Côté, 2012). Notons toutefois que le point de départ, l'étape préalable, consiste en une prise de conscience de nos propres ancrages culturels et que des préjugés culturels (ou relatifs à notre position sociale) et des valeurs spécifiques peuvent influencer notre rapport à autrui et influencer notre jugement clinique ou notre évaluation d'une situation problématique. Cette prise de conscience s'inscrit dans un processus autoréflexif (Muñoz, 2007). Dans ce contexte, la compétence (inter)culturelle est définie surtout comme une compétence de l'interaction interpersonnelle (Balcazar et Taylor-Ritzler, 2009 ; Bartel-Radic, 2009) prenant racine dans le dialogue avec l'autre (Roy et Starosta, 2013). Toutefois, Muñoz et son équipe (2007) reconnaissent deux niveaux à la rencontre interculturelle : un niveau individuel ou interpersonnel et un niveau organisationnel. Ce dernier point est important, car il est de plus en plus admis que pour être efficaces dans les interventions, les organisations en santé doivent entériner et reconnaître la notion de compétences (inter)culturelles et ajuster leurs politiques de manière conséquente (ex. formation au personnel soignant et aux gestionnaires, politiques institutionnelles de reconnaissance de la diversité culturelle, etc.) (Gratton, 2009 ; Muñoz, 2007).

3.2.3 Structure et politiques organisationnelles

- 21 Certaines organisations de santé ne reconnaissent pas toujours ni ne mettent en valeur le fait qu'il puisse exister des manières culturellement définies de penser et d'agir ; ces organisations et leurs représentants fonctionnent souvent comme s'il n'existait qu'une façon acceptable de ressentir ou d'exprimer des émotions et de percevoir la santé, la maladie et la guérison. Ce type d'organisation a été défini comme « monoculturel » dans la littérature (Murden et coll., 2008 ; Sue, 1991 ; White, 1999). De telles organisations ont pour effet de contribuer implicitement à l'exclusion ou à la marginalisation de groupes plus vulnérables comme c'est souvent le cas chez les personnes immigrantes ou issues des minorités ethnoculturelles et privilégiant ainsi la « culture » majoritaire (Gratton, 2009 ; Stone, 2009). Les pratiques qui en résultent peuvent fausser le processus d'interprétation diagnostique (Good, 1992). Dans le champ de la réadaptation, comme dans le domaine de la santé en général, l'espace thérapeutique est un espace involontaire où la loi prescrit la marche à suivre et les protocoles qui en découlent reflètent des choix institutionnels comme autant de valeurs sociétales. Être formé individuellement en matière de compétences interculturelles n'est pas suffisant si l'organisation ou l'établissement de santé n'est pas en mesure d'opérer des changements organisationnels (Lie et coll., 2010 ; Sloots et coll., 2011). Il existe des mesures incitatives d'ordre juridique et éthique pour encourager les personnes et les organisations à acquérir de nouvelles compétences pour mieux s'ajuster à la réalité de la diversité ethnoculturelle. Aux États-Unis, en ce qui a trait à l'éthique des professions, l'*American Occupational Therapy Association* (AOTA, 2007) reconnaît la compétence (inter)culturelle comme un enjeu central dans la pratique de la profession. Elle souligne :

« Cultural competence is key to effective therapeutic interactions and outcomes. It implies a heightened consciousness of how clients experience their uniqueness and deal with their differences and similarities within a larger social context. It enhances the occupational therapy provider's knowledge of the relationship between sociocultural factors and health beliefs and behaviours. It equips providers

with the tools and skills to manage these factors appropriately, with quality occupational therapy delivery as the gold standard. »

- 22 La capacité à intégrer les croyances, les valeurs, les expériences et les attentes du client dans l'élaboration d'un plan d'intervention n'est pas une mince affaire. La littérature spécialisée en réadaptation aborde cet enjeu majeur en se questionnant sur le contenu des formations (ex. cours de concentration, obligatoires ou optionnels, dissémination dans le cursus existant), le format des formations (ex. cours magistraux, séminaires, ateliers), le lieu où elles doivent/devraient se tenir (ex. facultés de médecine ou de sciences sociales) et à quel niveau (ex. gradué, étudiants de premier cycle, en milieu de travail) (Lewis et coll., 2009 ; Watts et coll., 2008). Pour rendre compte de la complexité de la chose, Watts et son équipe se sont penchés sur le cas d'un programme de sciences infirmières d'une université située en Pennsylvanie ; ils ont relevé pas moins d'une trentaine de thèmes (« teaching areas ») disséminés dans le parcours académique des étudiants (par ex. : prise de décision clinique, déterminants biophysiques de la santé, inégalités sociales de santé, traditions médicales dans le monde, épidémiologie culturelle, stéréotypie, communication interculturelle, etc.) (Watts et coll., 2008). Le contenu à privilégier et le type d'enseignement sont donc matière à débat (Panzarella, 2009). À l'heure actuelle, il n'est pas possible de trancher sur la question d'autant plus qu'il n'existe pas d'études évaluatives assez fiables pour mesurer l'impact sur la relation thérapeute-patient et sur l'issue du traitement (ex. absence de groupes contrôles, absence de description des contenus pédagogiques, absence de discussion sur les possibles variables confondantes, absence d'informations sur l'amélioration des interventions et de l'impact sur la clientèle) (Beach et coll., 2005 ; Chipps et coll., 2008 ; Lie et coll., 2010).

4. Réflexion sur l'intégration de la compétence interculturelle dans le modèle de la réadaptation au travail

- 23 Nous avons souligné plus haut que le champ de la réadaptation au travail a connu d'importants développements depuis les années 1980, en s'appuyant dorénavant sur un modèle de type biopsychosocial et des approches centrées sur le patient. Aujourd'hui, l'importance des facteurs culturels est de plus en plus reconnue par les intervenants des différentes spécialités de la santé et les professionnels de la réadaptation (ergothérapie) n'y font pas exception (Kogevinas, 2005 ; Muñoz, 2007 ; Murden et coll., 2008 ; Pooremamali et coll., 2011). Malgré des avancées perceptibles en la matière, il demeure de nombreuses inconnues (par ex. : efficacité, transférabilité d'une discipline à une autre, contenus, types de formation). Dans certains cas, ce sont les institutions qui n'offrent pas de moyens suffisants à leur personnel pour acquérir de nouvelles compétences (inter)culturelles (Dressler et Pils, 2009 ; Sloots et coll., 2011).
- 24 Même si le cadre opérationnel de l'approche de la compétence (inter)culturelle demeure imprécis, il est important de mentionner qu'elle demeure aussi une approche globale. Elle s'inscrit dans une éthique du dialogue et de l'écoute et marque en cela le rapport intersubjectif à la santé, à la maladie, à la douleur et à la situation de handicap ou d'incapacité au travail (Roy et Starosta, 2013). Elle constitue en quelque sorte un des fondements incontournables de l'écoute empathique et de ce que certains désignent par l'alliance thérapeutique (Whitley, 2009). En ce sens, cette approche est susceptible

d'apporter une autre dimension et un autre niveau de complexité aux modèles existants en réadaptation, qu'il s'agisse des approches dites « centrées sur le client » (Hammell, 2012) ou des approches biopsychosociales au sens très large, de même que des approches qui se réclament d'une écosystémique de la santé et de la maladie (Schultz et coll., 2007). L'interculturel peut donc appuyer et soutenir une meilleure connaissance du client dans toute sa complexité, en mettant en lumière la complexité des parcours migratoires, des parcours d'insertion en emploi et des parcours thérapeutiques lorsque la culture et l'ethnicité ne sont pas les seuls schèmes de référence dans la construction identitaire. En ce sens, la portée de l'interculturel peut être vue comme universelle puisqu'une meilleure connaissance du client sous toutes ses facettes peut s'appliquer à tous les clients sans égard à leur statut migratoire ou à leur ethnicité. L'interculturel est aussi un plaidoyer pour le dialogue, pour une meilleure écoute et pour une meilleure prise de conscience de qui nous sommes comme individu (avec nos multiples ancrages à la fois professionnels, académiques, culturels, sociaux et historiques) (Balcazar et Taylor-Ritzler, 2009 ; Muñoz, 2007 ; Roy et Starosta, 2013).

- 25 L'interculturel pose un défi immense à la dualité classique entre l'individu et la société/ communauté. Il pose une limite conceptuelle à ce découpage artificiel de la réalité en soulignant que chaque aspect relatif à la personne (par ex. : la volonté, la motivation, les croyances relatives à la santé, les attentes de traitements) s'inscrit dans une communauté de pratique et de croyance, qu'il s'agisse du milieu familial, professionnel ou de la société à plus grande échelle. Les croyances personnelles ne surgissent pas d'un vacuum historique (Roy et Starosta, 2013). Une personne peut adhérer à l'idée que l'activité physique est bénéfique pour sa réadaptation, mais cette adhésion peut demeurer vaine s'il se bute à un environnement hostile à cette croyance en préconisant plutôt l'inactivité. Dans ce contexte la connaissance des caractéristiques du milieu de vie où peut se produire un tel écart de représentations est fondamentale pour découvrir des barrières potentielles, ou au contraire trouver des facteurs de soutien. L'unité d'analyse se déplace dès lors de la personne à la relation entre cette personne et son milieu de vie. C'est cette dynamique groupale (et l'intrication de l'individu au groupe) qu'il faut comprendre pour intervenir de façon optimale (Bates et coll., 1997) dans un contexte où il est attendu que le client joue un rôle actif dans le processus thérapeutique. Dans un commentaire critique sur le modèle de l'occupation humaine de Kielhoffner et coll. expliquent :

« People are influenced by their cultural background, their social groups and the tasks they have to perform. Our strategy in treatment to start with analyzing the environment gives us a better understanding of the dialectical relationship between the subsystems and the everyday circumstances of people's lives. The environment constitutes the factors which influence how people interpret their own capacity for developing volition. » (Haglund & Kjellberg, 1998)

- 26 La recherche dans le champ de la SST et de la réadaptation au travail peut bénéficier de l'apport d'une approche interculturelle pour mieux comprendre les parcours individuels en matière de lésions professionnelles. Mais comme l'expérience des travailleurs immigrants ou issus des communautés ethnoculturelles n'a pas fait l'objet d'études approfondies en matière de réadaptation et de retour au travail, il convient de découvrir à titre exploratoire les principales barrières, ou en revanche, les principaux facilitateurs qui sont rencontrés par les différentes catégories d'acteurs (par ex. : travailleurs, tiers payeurs, employeurs, cliniciens). Comme le processus de réadaptation et de retour au travail est complexe et regroupe plusieurs étapes, les études à venir qui aborderont le retour au travail sous l'angle de l'interculturel devront s'assurer que chaque cas à l'étude

permette de distinguer clairement les phases successives du processus et de trouver des obstacles et des facilitateurs spécifiques à chacune de ces phases, de la déclaration initiale de la lésion professionnelle à la reprise des activités professionnelles en passant par les traitements médicaux et l'envoi en réadaptation suivant la consolidation du dossier médical. La littérature qui a servi à l'élaboration de cet article ne permet pas de segmenter les thématiques issues de la recension des écrits en fonction d'un tel découpage des différentes étapes. La littérature recensée porte surtout sur le milieu clinique et une attention importante est accordée à la compétence interculturelle des cliniciens. La compétence interculturelle de la clientèle est peu explorée alors que le modèle interculturel en question porte bien sur la dimension relationnelle et communicationnelle du processus thérapeutique. En ce sens, aucune catégorie d'acteur ne doit être négligée dans la recherche sur la réadaptation au travail. Enfin, il faut préciser que les personnes immigrantes ou issues de minorités ethnoculturelles comme catégories sociodémographiques ne sont pas des entités homogènes ; pour ne pas risquer de tomber dans un schéma réducteur de cette population, les études futures doivent offrir un portrait différencié des cas qui font partie d'une étude, et ce, même si des tendances statistiques générales peuvent se dessiner (Ahonen et coll., 2007 ; McCauley, 2005 ; Premji et coll., 2010). Car il faut se rappeler que sur le plan de l'intervention chaque cas est singulier et, en cela, il n'est pas réductible à la catégorie sociale à laquelle il se rapporte aux fins de l'analyse. Ceci pour éviter les dérives essentialistes qui peuvent figer les individus dans leurs appartenances ethnoculturelles. La culture est un concept dynamique et illustre une réalité changeante et hautement sujette aux aléas des différentes réalités sociales, politiques, économiques et historiques qui composent chaque conscience individuelle et son expérience du monde.

5. En guise de conclusion

- 27 La diversité culturelle qui caractérise de plus en plus le Québec, et plus particulièrement la région de Montréal, soulève des enjeux de taille pour le monde du travail (formation de la main-d'œuvre, formation en SST, etc.) et pour l'organisation actuelle de la santé et des services sociaux. Cet article, en se basant en partie sur des données issues d'une revue de littérature, a montré que des écarts culturels peuvent représenter une barrière significative dans la poursuite des objectifs institutionnels d'accès à des services de qualité et accessibles à tous. Pour surmonter cette barrière potentielle, des modèles ont été établis bien que les conditions de leur mise en œuvre demeurent incertaines et pas toujours bien documentées. Les études portant sur la notion de compétence (inter)culturelle mettent l'accent sur la formation du personnel intervenant sans questionner véritablement les conditions de la formation des nouveaux arrivants à la nouvelle réalité qui les attend (ex. connaissance du système et de son fonctionnement).
- 28 Éthique du dialogue et de la communication interpersonnelle, l'interculturel se présente comme un bon moyen de contourner les écueils d'une vision trop essentialiste ou trop fixiste de la culture – c'est-à-dire celle qui enferme ou qui réduit chaque individu aux caractéristiques présumées de son groupe d'appartenance – et faisant ainsi de la culture une explication de dernier recours quand toutes les pistes d'interprétation ont été épuisées. Cette éthique du dialogue s'inscrit indubitablement dans une sorte d'herméneutique interactionniste (Roy et Starosta, 2013), et dépasse en cela l'herméneutique classique – textualité –, qui colle au discours (et à sa réification) et moins

au contexte et au processus de sa construction et de sa confrontation avec la vision d'autrui. Cette orientation épistémologique ouvre la voie à des études de terrain et à l'observation directe des interactions entre intervenants et clients. Dans un contexte de santé et de services sociaux où les patients font face à l'engorgement des hôpitaux et aux longues listes d'attente, et que le temps dévolu à la rencontre clinique est compté à la minute près, le défi est énorme, mais il représente un enjeu incontournable dans le contexte de la diversité urbaine qui caractérise le Québec moderne.

BIBLIOGRAPHIE

- Ahonen, E.Q., Benavides, F.G., Benach, J. (2007). Immigrant populations, work and health--a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 33, 96-104.
- AOTA (2007). On Cultural Competency and Ethical Practice.
- Balcazar, F.E., Taylor-Ritzler, T. (2009). Perspectives of vocational rehabilitation counselors on the factors related to employment outcomes of racial and ethnic minorities with disabilities. *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*, 8, 102-116.
- Banks, M.E. (2008). Women with Disabilities: Cultural competence in rehabilitation psychology. *Disability and Rehabilitation*, 30, 184-190.
- Baril, R., Martin, J.C., Lapointe, C., Massicotte, P. (1994). *Étude exploratoire des processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs en réadaptation*. Rapport R-082, IRSST, Montréal.
- Bartel-Radic, A. (2009). La compétence interculturelle : état de l'art et perspectives. *Management international / International Management / Gestion Internacional*, 13, 11-26.
- Bates, M.S., Rankin-Hill, L., Sanchez-Ayendez, M. (1997). The effects of the cultural context of health care on treatment of and response to chronic pain and illness. *Social Science & Medicine*, 45, 1433-1447.
- Battaglini, A. (2005). *L'intervention de première ligne à Montréal auprès des personnes immigrantes : estimé des ressources nécessaires pour une intervention adéquate*. Direction de la santé publique, Montréal.
- Beach, M.C., Price, E.G., Gary, T.L., Robinson, K.A., Gozu, A., Palacio, A. et coll. (2005). Cultural competence: a systematic review of health care provider educational interventions. *Medical Care*, 43, 4, 356-373.
- Beck, R.S., Daughtridge, R., Sloane, P.D. (2002). Physician-Patient Communication in the Primary Care Office: A Systematic Review. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 15, 25-38.
- Bendelow, G.A., Williams, S.J. (1995). Transcending the dualisms: towards a sociology of pain. *Sociology of Health and Illness*, 17, 139-165.
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A.L., Epstein, R.M. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2, 576-582.
- Briggs, E. (2008). Cultural perspectives on pain management. *Journal of Perioperative Practice*, 18, 468-471.

- Calvillo, E.R., Flaskerud, J.H. (1991). Review of literature on culture and pain of adults with focus on Mexican-Americans. *Journal of Transcultural Nursing: Official Journal of The Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society*, 2, 16-23.
- Carmody, S., Nolan, R., Ni, C. N., Curry, M., Halligan, C., Robinson, K. (2007). The guiding nature of the kawa (river) model in Ireland: creating both opportunities and challenges for occupational therapists. *Occupational Therapy International*, 14, 221-236.
- Chippis, J.A., Simpson, B., Brysiewicz, P. (2008). The Effectiveness of Cultural-Competence Training for Health Professionals in Community-Based Rehabilitation: A Systematic Review of Literature. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 5, 2, 85-94.
- Citoyenneté et immigration Canada (2011). *Tableaux sommaires - Résidents permanents et temporaires, 2011. Canada - Entrées totales de travailleurs étrangers selon la province ou le territoire et la région urbaine, 2007-2011*. Ottawa, Citoyenneté et immigration Canada (CIC). www.cic.gc.ca/francais/ressources/statistiques/faits2011-sommaire/03.asp
- Côté, D. (2012). *La notion d'appartenance ethnoculturelle dans la recherche et l'intervention en réadaptation : un bilan des connaissances*. Rapport B-080, IRSST, Montréal.
- Côté, D., Frozzini, J., Gratton, D. (2013). La compétence interculturelle dans le contexte des services de réadaptation physique et des agences de placement temporaire au Québec. *Savoirs et Formation - Recherches et Pratiques*, 3, 78-92
- Côté, D., Coutu, M.F. (2010). A critical review of gender issues in understanding prolonged disability related to musculoskeletal pain: how are they relevant to rehabilitation? *Disability and Rehabilitation*, 32, 87-102.
- Coutu, M.F., Baril, R., Durand, M.J., Cote, D., Rouleau, A. (2007). Representations: an important key to understanding workers' coping behaviors during rehabilitation and the return-to-work process. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17, 522-544.
- Coutu, M.F., Baril, R., Durand, M.J., Côté, D., Rouleau, A., Cadieux, G. (2010). Transforming the meaning of pain: An important step for the return to work. *Work: a Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 35, 209-219.
- CSST (2010). *Plan stratégique 2010-2014*. Québec, Qc, Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST).
- Dachez, R. (2004). *Histoire de la médecine de l'Antiquité au XX^e siècle*. Paris, Tallandier.
- Demorgon, J. (2005). *Critique de l'interculturel. L'horizon de la sociologie*. Paris, Anthropos/Economica.
- Dressler, D., Pils, P. (2009). A qualitative study on cross-cultural communication in post-accident in patient rehabilitation of migrant and ethnic minority patients in Austria. *Disability and Rehabilitation*, 31, 1181-1190.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Ferland, F., Dutil, É. (2012). *L'ergothérapie au Québec. Histoire d'une profession*. Montréal, Qc, Presses de l'Université de Montréal.
- Ferreira, P.H., Ferreira, M.L., Latimer, J., Maher, C.G., Refshauge, K., Sakamoto, A. et coll. (2004). Attitudes and beliefs of Brazilian and Australian physiotherapy students towards chronic back pain: a cross-cultural comparison. *Physiotherapy Research International*, 9, 13-23.

- Fitzgerald, M.H., Williamson, P., Russell, C., Manor, D. (2005). Doubling the cloak of (in)competence in client/therapist interactions. *Medical Anthropology Quarterly*, 19, 331-347.
- Forsyth, K., Kielhofner, G. (2003). Model of Human Occupation. In, P. Kramer, J. Hinojosa, C.B. Royeen (Eds.), *Perspectives in Human Occupation* (p. 45-86). Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Fortin, S. (2006). Urban diversity and the space of the clinic. Or when medicine looks at culture... *Medische Antropologie*, 18, 365-385.
- Frank, J., Brooker, A.S., DeMaio, S., Kerr, M., Maetzel, A., Shannon, H. et coll. (1996). Disability Resulting From Occupational Low Back Pain, Part II: What Do We Know About Secondary Prevention? A Review of the Scientific Evidence on Prevention After Disability Begins. *Spine*, 21, 2918-2929.
- Gatchel, R.J. (2005). *Clinical Essentials of Pain Management*. Washington DC, American Psychological Association.
- Good, B.J. (1992). Culture, diagnosis and comorbidity. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 16, 4, 427-446.
- Gratton, D. (2009). *L'interculturel pour tous. Une initiation à la communication pour le troisième millénaire*. Anjou, Éditions Saint-Martin.
- Gravel, S. (2006). *Analyse du parcours d'indemnisation de travailleurs immigrants victimes de lésions professionnelles*. Thèse de doctorat, santé publique, Montréal, Université de Montréal.
- Haglund, L., Kjellberg, A. (1998). A critical analysis of the Model of Human Occupation. *Revue canadienne d'ergothérapie/Canadian Journal of Occupational Therapy*, 66, 102-108.
- Hammell, K.R.W. (2013). Client-centred practice in occupational therapy: Critical reflections. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20, 3, 174-181.
- Humbert, T.K., Burket, A., Deveny, R., Kennedy, K. (2011). Occupational therapy practitioners' perspectives regarding international cross-cultural work. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58, 300-309.
- Iwama, M.K., Thomson, N.A., Macdonald, R.M. (2009). The Kawa model: The power of culturally responsive occupational therapy. *Disability and Rehabilitation*, 1125-1135.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of Human Occupation: Theory and Application*. Baltimore, MA, Lippincott Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G., Braveman, B., Baron, K. (1999). The model of human occupation: Understanding the worker who is injured or disabled. *Work: a Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 12, 3-11.
- Kogevinas, M. (2005). The importance of cultural factors in the recognition of occupational disease. *Occupational and Environmental Medicine*, 62, 286.
- Kondo, T. (2004). Cultural tensions in occupational therapy practice: considerations from a Japanese vantage point. *The American Journal of Occupational Therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association*, 58, 174-184.
- Kosny, A., MacEachen, E., Lifshen, M., Smith, P., Jafri, G.J., Neilson, C. et coll. (2012). Delicate dances: immigrant workers' experiences of injury reporting and claim filling. *Ethnicity and Health*, 17, 267-290.
- Lewis, A., Bethea, J., Hurley, J. (2009). Integrating cultural competency in rehabilitation curricula in the new millennium: Keeping it simple. *Disability and Rehabilitation*, 31, 1161-1169.

- Lie, D.A., Lee-Rey, E., Gomes, A., Berekenyei, S., Bradock, C.H.I. (2010). Does cultural competency training of health professionals improve patients outcomes? A systematic review and proposed algorithms for future research. *Journal of General Internal Medicine*, 26, 3, 317-325.
- Löfvander, M. (1999). Attitudes towards pain and return to work in young immigrants on long-term sick leave. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 17, 164-169.
- Löfvander, M.B., Engström, A.W. (2007). The immigrant patient having widespread pain. Clinical findings by physicians in Swedish primary care. *Disability and Rehabilitation*, 29, 381-388.
- Loisel, P., Buchbinder, R., Hazard, R., Keller, R., Scheel, I., van Tulder, M. et coll. (2005). Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: The challenges of implementing evidence. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15, 507-524.
- Loisel, P., Durand, M.J., Berthelette, D., Vézina, N., Baril, R., Gagnon, D. et coll. (2001). Disability prevention. New paradigm for the management of occupational back pain. *Disease Management and Health Outcomes*, 9, 351-360.
- Lydell, M., Baigi, A., Marklund, B., Mansson, J. (2005). Predictive factors for work capacity in patients with musculoskeletal disorders. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37, 281-285.
- Lysne, C.J., Wachholtz, A.B. (2011). Pain, Spirituality, and Meaning Making: What Can We Learn from the Literature? *Religions*, 2.
- MacEachen, E., Kosny, A., Ferrier, S., Lippel, K., Neilson, C., Franche, R.L. et coll. (2012). The 'Ability' Paradigm in Vocational Rehabilitation: Challenges in an Ontario Injured Worker Retraining Program. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22, 105-117.
- Madan, I., Reading, I., Palmer, K.T., Coggon, D. (2008). Cultural differences in musculoskeletal symptoms and disability. *International Journal of Epidemiology*, 37, 1181-1189.
- McCauley, L.A. (2005). Immigrant workers in the United States: recent trends, vulnerable populations, and challenges for occupational health. *AAOHN Journal*, 53, 313-319.
- Meershoek, A., Krumeich, A., Vos Rein. (2011). The construction of ethnic differences in work incapacity risks: Analysing ordering practices of physicians in the Netherlands. *Social Science and Medicine*, 72, 15-22.
- Mosey, A.C. (1974). An Alternative: The Biopsychosocial Model. *American Journal of Occupational Therapy*, 38, 137-140.
- Mosey, A.C. (1986). *Psychosocial components of occupational therapy*. New York, Raven Press.
- Muñoz, J.P. (2007). Culturally responsive caring in occupational therapy. *Occupational Therapy International*, 14, 256-280.
- Murden, R., Norman, A., Ross, J., Sturdivant, E., Kedia, M., Shah, S. (2008). Occupational therapy students' perceptions of their cultural awareness and competency. *Occupational Therapy International*, 15, 191-203.
- Mutha, S., Allen, C., Welch, M. (2002). *Toward culturally competent care: a toolbox for teaching communication strategies*. San Francisco, Centre for the health professions, University of California Press.
- Norrefalk, J.R., Ekholm, J., Borg, K. (2006). Ethnic background does not influence outcome for return-to-work in work-related interdisciplinary rehabilitation for long-term pain: 1- and 3-year follow-up. *Journal of Rehabilitation Medicine: official journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine*, 38, 87-92.

Odawara, E. (2005). Cultural competency in occupational therapy: beyond a cross-cultural view of practice. *The American Journal of Occupational Therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association*, 59, 325-334.

OMS (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Genève, Organisation mondiale de la santé.

OMS (2005). *Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation*. Genève, Organisation mondiale de la santé.

Panzarella, K. J. (2009). Beginning with the end in mind: Evaluating outcomes of cultural competence instruction in a doctor of physical therapy program. *Disability and Rehabilitation*, 31, 1144-1152.

Paul, S. (1995). Culture and its influence on occupational therapy evaluation. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue canadienne d'ergothérapie*, 62, 154-161.

Peloquin, S. (1989). Moral treatment: contexts considered. *American Journal of Occupational Therapy*, 43, 537-544.

Pooremamali, P., Persson, D., Eklund, M. (2011). Occupational therapists' experience of working with immigrant clients in mental health care. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18, 109-121.

Premji, S., Duguay, P., Messing, K., Lippel, K. (2010). Are immigrants, ethnic and linguistic minorities over-represented in jobs with a high level of compensated risk? Results from a Montréal, Canada study using census and workers' compensation data. *American Journal of Industrial Medicine*, 53, 875-885.

Pugh, J.F. (1991). The semantics of pain in Indian culture and medicine. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15, 19-43.

Québec (2013). *Migrations internationales et interprovinciales, Québec, 1961-2011*. Montréal, Institut de la statistique du Québec. www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/migrt_popl_imigr/601.htm

Rogers, A., Allison, T. (2004). What if my back breaks? Making sense of musculoskeletal pain among South Asian and African-Caribbean people in the North West of England. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 79-87.

Ross, J. (2007). *Occupational Therapy and Vocational Rehabilitation*. West Sussex, UK, John Wiley & Sons.

Roy, A., Starosta, W.J. (2013). *Hans-George Gadamer, Language, and Intercultural Communication*. Language and Intercultural Communication, prépublication.

Sargent, C. (1984). Between Death and Shame. Dimensions of Pain in Bariba Culture. *Social Science and Medicine*, 19, 1299-1304.

Schultz, I.Z., Stowell, A.W., Feuerstein, M., Gatchel, R.J. (2007). Models of return to work for musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17, 327-352.

Sloots, M., Scheppers, E.F., van de Weg, F., Dekker, J.H., Bartels, E.A., Geertzen, J.H. et coll. (2009). Higher dropout rate in non-native patients than in native patients in rehabilitation in The Netherlands. *International Journal of Rehabilitation Medicine*, 32, 232-237.

Sloots, M., Dekker, J.H.M., Bartels, E.A.C., Geertzen, J.H., Dekker, J. (2011). Adaptations to pain rehabilitation programmes for non-native patients with chronic pain. *Disability and Rehabilitation*, 33, 15-16, 1324-1329.

- Sloots, M., Dekker, J.H.M., Pont, M., Bartels, E.A.C., Geertzen, J.H.B., Dekker, J. (2010). Reasons of drop-out from rehabilitation in patients of Turkish and Moroccan origin with chronic low back pain in The Netherlands: A qualitative study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 42, 566-573.
- Spitzer, W.O., Leblanc, F.E., Dupuis, M. (1987). Quebec Task Force on spinal disorders. Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders: a monograph for clinicians. *Spine*, 12, 1-59.
- Spitzer, W.O. (1986). *Rapport du groupe de travail québécois sur les aspects cliniques des affections vertébrales chez les travailleurs*. Rapport E-017, IRSST, Montréal. www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/E-017.pdf
- Stone, J. (2009). Cultural considerations in disability and rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 31, 1109-1110.
- Sue, D.W. (1991). A model for cultural diversity training. *Journal for Counseling and Development*, 70, 99-105.
- Tengland, P.A. (2011). The Concept of Work Ability. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21, 275-285.
- Truchon, M., Rossignol, M., Tousignant, M., Durand, M.J., Schmouth, M.È., Côté, D. (2010). *Dépistage précoce de l'incapacité chronique liée aux lombalgies. Élaboration et validation d'un questionnaire*. Rapport R-639, IRSST, Montréal.
- Unruh, A., Versnel, J., Kerr, N. (2002). Spirituality unplugged: A review of commonalities and contentions, and a resolution. *Revue canadienne d'ergothérapie/Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69, 5-19.
- Verville, R. (2009). *War, Politics, and Philanthropy. The History of Rehabilitation Medicine*. Lantham, University Press of America.
- Waddell, G., Burton, A.K., Main, C.J. (2003). *Screening to Identify People at Risk of Long-Term Incapacity for Work: A Conceptual and Scientific Review*. London, UK, Royal Society of Medicine Press.
- Watts, R.J., Cuellar, N.G., O'Sullivan, A.L. (2008). Developing a Blueprint for Cultural Competence Education at Penn. *Journal of Professional Nursing*, 24, 3, 136-142.
- White, J. (1993). Minority patients: clinical strategies to promote exercise. *Physician and Sportsmedicine*, 21, 136-144.
- White, R D.J. (1999). Managing the Diverse Organization: The Imperative for a New Multicultural Paradigm. *Public Administration & Management*, 4, 4, 469-493.
- Whitley, R. (2009). The implications of race and ethnicity for shared decision-making. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32, 227-230.
- Wray, E.L., Mortenson, P.A. (2011). Cultural competence in occupational therapists working in early intervention therapy programs. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue canadienne d'ergothérapie*, 78, 180-186.
- Zborowski, M. (1969). Cultural dimensions of pain. In, *People in Pain* (p. 14-48), San Francisco, CA, Jossey-Bass.

NOTES

1. Dans cet article, la réadaptation peut concerner une variété de professionnels de la santé qui sont appelés à entrer en relation avec les travailleurs victimes d'une lésion professionnelle à différentes étapes du processus thérapeutique (médecins, infirmières, agents d'indemnisation, conseillers en réadaptation et en orientation professionnelle, psychologues, ergothérapeutes, physiothérapeutes, kinésologues, etc.). Il est bon de préciser que la littérature sur la réadaptation fait référence le plus souvent aux ergothérapeutes et aux physiothérapeutes, responsables dans un premier temps de la restauration fonctionnelle et de l'articulation des capacités résiduelles des travailleurs aux caractéristiques et aux exigences de l'emploi.
2. Si les travailleurs issus de l'immigration représentent près de la moitié des demandes d'indemnisation sur l'île de Montréal, leur poids démographique y est d'environ un tiers de la population.
3. Les bases de données du Centre canadien d'hygiène et de la sécurité au travail (CCHST), PubMed, Ingenta, Ergonomics Abstracts, OSH Update, Google Scholar et celles de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) ont été consultées. Une recension de la littérature grise publiée par les principaux organismes de recherche en SST (par ex. : NIOSH, HSE, FIOH, Agence européenne) a également été effectuée. Les mots-clés suivants ont été utilisés pour désigner la population cible : « ethnic », « ethnic group », « emigrant », « foreign », « immigrant », « migrant », « Emigrants and Immigrants » (code MeSH). Les détails sur le choix des mots-clés peuvent être consultés à l'annexe 1 du rapport de l'IRSST (Côté, 2012). Au total, 31 documents datés entre 1990 et 2011 ont été utilisés pour réaliser ce bilan des connaissances.
4. L'article d'Engel ne fait pas référence à l'article de Mosey. Il fait plutôt référence aux travaux du psychiatre et anthropologue américain Horacio Fabrega Jr qui s'inspire quant à lui des travaux de l'anthropologue Gregory Bateson, un des fondateurs de l'École de Palo Alto dans les années 1950. Ce mouvement est bien connu pour ses travaux sur la schizophrénie et pour l'approche systémique qu'il a mise de l'avant pour comprendre et traiter divers troubles psychiques, notamment en travaillant sur les formes de communication qui prévalent au sein de l'univers familial.
5. La position de ce groupe de travail sur la dimension culturelle de la douleur s'appuie en grande partie sur les théories du psychologue montréalais Ronald Melzack et du neurophysiologiste Patrick Wall. Voir : Melzack R., Wall, P.D. (1982). *Le défi de la douleur*. Montréal ; Chenelière et Stanké.
6. Cette charte peut être consultée sur le site de l'Agence de la santé publique du Canada : www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/chartre.pdf
7. On pourrait supposer, à titre spéculatif, qu'un plus grand souci pour des considérations non médicales pourrait permettre dès le départ, en phase aiguë, d'identifier des personnes qui présentent des risques de chronicité et d'intervenir en conséquence, dans la perspective d'une prévention de l'incapacité chronique. Ceci va dans le sens de l'« identification précoce » des personnes à risque d'incapacité de longue durée qui est de plus en plus citée (Waddell et coll., 2003) et qui fait l'objet de nouveaux développements (Truchon et coll., 2010).
8. Aux États-Unis, il est très fréquent de rencontrer l'expression « compétence culturelle ». Nous préférons utiliser le vocable « interculturel » qui marque plus nettement, selon nous, le caractère intersubjectif des échanges entre des personnes d'horizons culturels différents. En ce sens, la compétence culturelle désigne davantage la connaissance sur une culture particulière, ce qui peut composer une partie du schéma de la compétence « interculturelle ».

RÉSUMÉS

Les travailleurs immigrants, et plus spécialement les immigrants récents, sont souvent définis comme une population plus vulnérable quant aux risques de lésions professionnelles et de l'absence prolongée du travail. Cette vulnérabilité est liée au fait que plusieurs d'entre eux rencontrent des barrières linguistiques et culturelles qui peuvent teinter leur rencontre avec les intervenants, en plus de moins bien connaître le système de santé et de compensation et en plus d'être plus souvent concentrés dans des secteurs d'activité à plus haut risque de lésions professionnelles. La recherche en réadaptation au travail a permis de découvrir au cours des vingt-cinq dernières années de nombreux déterminants de l'absence prolongée du travail. Il a été reconnu notamment que les représentations de la douleur et les attentes de traitement pouvaient influencer l'issue d'un traitement chez les travailleurs qui suivent un programme de réadaptation. Des émotions telles la peur du mouvement et l'anticipation de conséquences négatives de la douleur sur la vie personnelle ont également été décelées. Cet article propose une réflexion théorique sur les enjeux de la réadaptation au travail dans le contexte de la rencontre interculturelle. Cette réflexion s'appuie, entre autres, sur une recension critique des écrits portant sur l'influence de l'appartenance ethnoculturelle sur le processus de réadaptation publiée par l'IRSSST (Côté 2012) qui visait à déterminer les principaux facteurs qui influencent ce processus. L'article que nous proposons met l'accent plus spécialement sur la question de la communication thérapeute-patient qui apparaît comme centrale dans le processus thérapeutique et qui se décline d'une certaine façon en contextes interculturels.

Immigrant workers, especially recent immigrants, are often defined as a population that is more vulnerable to the risk of occupational injuries and prolonged absence from work. Their vulnerability is due to the fact that they often face language and cultural barriers which inform their interactions with compensation board representatives, government officials, resource people, etc., they are less familiar with the health and OHS systems, and they are more likely to work in sectors with higher risks of occupational injuries. Work rehabilitation research in the last twenty-five years has identified many determinants of prolonged absence from work. It is now acknowledged that pain representation and treatment expectations can influence treatment outcome in workers who are in a rehabilitation program. The fear of movement and the anticipation of pain and its negative consequences on personal life have also been identified. This article proposes a theoretical analysis of the issues of work rehabilitation in an intercultural context. Our reflection is based among other things on a critical review of the literature regarding the influence of ethnocultural characteristics on the rehabilitation process. This review was published by the IRSSST (Côté, 2012) and aimed to identify the main factors that influence this process. The article we propose focuses more specifically on the issue of therapist-patient communication, which seems to be central to the therapeutic process and is expressed in intercultural contexts.

Los trabajadores inmigrantes, y especialmente los inmigrantes más recientes, a menudo son una población más proclive tanto al riesgo de accidente en el trabajo, como a la ausencia prolongada del mismo en caso de accidente. Esta mayor vulnerabilidad se debe al hecho de que muchos de ellos se enfrentan a barreras lingüísticas y culturales que marcan la relación con las partes

interesadas. Además están menos familiarizados con los sistemas de salud y de indemnización y, con frecuencia, están concentrados en sectores de actividad con mayor riesgo de accidente laboral. La investigación en rehabilitación ha permitido identificar en el curso de los últimos veinticinco años numerosos factores explicativos de la ausencia prolongada del trabajo. En particular, ha sido reconocido que las representaciones del dolor y las expectativas de tratamiento influyen en el resultado del mismo entre los trabajadores que siguen un programa de rehabilitación. El miedo al movimiento, y las consecuencias negativas anticipadas del dolor en la vida personal también han sido identificados. Este artículo propone una reflexión teórica sobre los retos de rehabilitación en el contexto del encuentro intercultural. Esta reflexión se apoya, entre otras cosas, en la revisión crítica de la literatura sobre la influencia de la pertenencia etnocultural en el proceso de rehabilitación publicada por el IRSST (Côté 2012) que identifica los principales factores que influyen en este proceso. El enfoque que proponemos se centra más específicamente en el tema de la comunicación terapeuta-paciente, que tiene un rol central en el proceso terapéutico y que, a su vez, es condicionado por los distintos contextos interculturales.

INDEX

Keywords : immigrant workers, ethnocultural minorities, rehabilitation, therapeutic relationship, communications

Mots-clés : travailleurs immigrants, minorités, réadaptation, relation thérapeutique, communications

Palabras claves : trabajadores inmigrantes, minorías étnicas, rehabilitación, relación terapéutica, comunicaciones

AUTEUR

DANIEL COTÉ

Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), Département d'anthropologie, Université de Montréal, Laboratoire de recherche en relations interculturelles (LABBRI), cote.daniel@irsst.qc.ca