



HAL
open science

La compétence culturelle des ergothérapeutes travaillant en France selon les étapes du parcours de soin en santé mentale

Océane Porte

► To cite this version:

Océane Porte. La compétence culturelle des ergothérapeutes travaillant en France selon les étapes du parcours de soin en santé mentale. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02866119

HAL Id: dumas-02866119

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02866119>

Submitted on 12 Jun 2020

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Aix Marseille Université
Faculté des sciences médicales et paramédicales
Ecole des sciences de la réadaptation Formation Ergothérapie



Faculté
de Médecine
Aix Marseille Université



Océane PORTE

UE 6.5 S6

Mémoire d'initiation à la recherche

18 Mai 2020

**La compétence culturelle des ergothérapeutes selon les étapes
du parcours de soin en santé mentale en France**

Sous la direction de ALBUQUERQUE Sophie et BREMOND Myriam

Diplôme d'État d'ergothérapie

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Sophie Albuquerque et Myriam Bremond mes référentes, pour leur temps, leur patience et intérêt accordés à ce mémoire de recherche. Vous avez toute ma gratitude. J'ai pu bénéficier d'un accompagnement et de conseils de qualité qui ont permis à ce mémoire de prendre forme.

Ce travail n'aurait pas été mené jusqu'à sa conclusion sans le soutien moral, l'aide et les conseils précieux de Alisson, Margaux, Samuel, Céline, Mathis, Élisabeth, membres de mon groupe de mémoire. Merci à vous pour tous les rendez-vous, appels, votre disponibilité, votre bonne humeur et votre amitié.

Merci à ma mère et Sabrina pour leur nombreuses relectures et corrections qui ont apporté un œil nouveau et objectif sur ce travail. Votre réactivité et votre soutien ont été de précieux outils.

À l'ensemble des référents de l'institut de formation en ergothérapie de Marseille pour leur accompagnement au-delà de mes espérances sur ces trois ans, la transmission de leur savoir et l'amour pour leur profession que je partage également. Vous m'avez aidée à évoluer en tant que personne et m'avez apportée énormément autant professionnellement qu'humainement. Merci à Mme Blanc particulièrement pour son accompagnement pédagogique et son écoute.

Enfin, merci du fond du cœur à Yann. Pour tout : ton amitié inconditionnelle, ta joie de vivre, ton humour et ta gentillesse. Merci pour ces trois années.

« Les humaines doivent se reconnaître dans leur humanité commune, en même temps que reconnaître leur diversité tant individuelle que culturelle. »

Edgar Morin

« L'être humain est une réalité complexe qui inscrit dans son environnement une nécessaire diversité. »

Yves Bonnefoy

1. Introduction	1
1.1. Point de Contexte.....	1
1.2. Revue de Littérature	8
1.3. Enquête Exploratoire	17
1.3.1. Outil de recueil de données : Méthode qualitative	17
1.3.2. L'entretien libre	18
1.3.3. Résultats de l'enquête exploratoire.....	20
1.4. Problématisation théorique	29
1.4.1. Problématisation pratique	29
1.4.2. Cadre de référence	30
1.4.3. Apport à la problématique théorique	35
2. Méthode de recherche.....	36
2.1. Dispositif de recherche en méthode différentielle.....	36
2.2. Outil de recueil de données quantitatif : le questionnaire	38
2.3 Résultats de l'enquête	43
2.2.1. Statistiques descriptives.....	43
2.2.2. Inférences statistiques.....	49
3. Discussion.....	52
Bibliographie	58
Annexes	66

1. Introduction

1.1. Point de Contexte

La réhabilitation psychosociale est un ensemble de mesures pouvant contribuer au rétablissement des personnes souffrant de troubles psychiques. L'objectif de ce processus de soin est de favoriser l'autonomie et l'intégration de ces personnes dans la communauté (1). L'approche se base majoritairement sur le développement de leurs compétences par les habiletés sociales, qui caractérisent la manière dont les personnes conçoivent, maintiennent une relation et entrent en interaction avec autrui. Ces aptitudes peuvent être très différentes d'une société ou d'une communauté à une autre. Elles nécessitent des comportements sociaux adaptés et dépendent du contexte culturel dans lequel elles s'exercent (2).

Dans certains centres de soin ou de réhabilitation accueillant des ergothérapeutes, des programmes validés sont proposés pour améliorer ces habiletés comme par exemple l'Integrated Psychological Treatment, IPT ou programme intégratif de thérapies psychologiques (Cf. Annexe 1 p67) (3). À disposition des ergothérapeutes, ce programme étudié pour validation au niveau international (4), ne propose pas de modules adaptables à la culture de la personne ni à la société dans laquelle elle se trouve. Aussi, comme l'écrit Frank, un des pionniers de la réhabilitation psychosociale en France, « l'IPT offre aux participants un déroulement standardisé, ne répondant pas nécessairement aux besoins spécifiques de chacun d'entre eux. » (5). Or, il est enseigné dans son programme de formation que l'ergothérapie tend à une vision holistique et centrée sur la personne, considérant la personne comme être unique ayant des besoins spécifiques. Cette approche est attestée en 2019 dans la déclaration de la WFOT¹ sur ses positions en santé mentale « Occupational therapy aligns with recovery-oriented practice by valuing the uniqueness of each individual (...) to provide a responsive service with the appropriate challenge »² (6). Elle met en jeu la qualité de vie du patient et des soins dans l'intervention en ergothérapie.

Ainsi, les ergothérapeutes exerçant selon une vision globale, spécifique et centrée sur la personne ne peuvent utiliser dans leur pratique, les programmes en réhabilitation psychosociale comme seul guide de leur intervention. D'autres approches deviennent nécessaires en santé mentale, s'ils souhaitent considérer l'aspect socioculturel de la personne. Celui-ci étant un des

¹ WFOT : world federation of occupational therapist

² « L'ergothérapie s'aligne sur l'approche orientée rétablissement en mettant en valeur le caractère unique de chaque individu (...) afin d'assurer une intervention rapide et spécifique à la demande » (interprétation libre)

constituants son environnement culturel, humain ou institutionnel mais aussi une des caractéristiques de l'identité de la personne.

La dimension socioculturelle est-elle un élément facilitateur dans les interventions lorsqu'elle est intégrée aux soins ? Améliore-t-elle la qualité de prise en soin des patients en psychiatrie ? Quelle influence exerce-t-elle sur les soins ? Est-elle toujours déterminante et signifiante dans les champs de la prise en soin ergothérapique ? Quelles sont les conséquences de la non-consideration de cet aspect socioculturel ? Si la dimension socioculturelle n'est pas prise en compte dans un programme à utilité internationale comme l'IPT, l'est-elle en général ?

⇒ Thème

La dimension socioculturelle dans les prises en soins ergothérapiques en santé mentale

Le sujet d'étude est défini aux patients souffrants de troubles psychiatriques et psychiques en santé mentale. Il est question de toute personne dont le contexte socioculturel, ou au moins ses dimensions, peuvent influencer la prise en soin ergothérapique. En réponse au point de contexte, les lieux de recherche sont de l'ordre de la réhabilitation ou de la réadaptation et proposant, préférablement, des programmes validés de réinsertion.

➤ Champs disciplinaires :

Ils définissent en grande partie, les critères d'inclusion de la recherche. Certains champs sont formulés directement dans la thématique et peuvent croiser d'autres domaines intéressant la construction de la revue de littérature. La santé se définit par la psychiatrie, la santé mentale, la santé publique, l'ergothérapie et les sciences de l'occupation. Dans le champ culturel : ethnopsychiatrie et ethnologie. Enfin, dans le domaine humain : la sociologie, l'anthropologie, la psychologie, l'éthique.

➤ Définition des Termes

Culture : Au sens anthropologique, c'est « un ensemble des pratiques, connaissances, traditions et normes propres à un peuple. » (7) L'UNESCO ³, de manière plus globale la définit comme étant « l'ensemble des traits distinctifs, spirituels, matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe, outre les arts, les lettres et les sciences, les modes de vie, les lois, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances.» (8)

³ UNESCO : Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture.

Réhabilitation psychosociale : La réhabilitation psychosociale « désigne l'ensemble des mesures qui peuvent contribuer au rétablissement des personnes souffrant de troubles psychiques afin de favoriser leur autonomie et leur intégration dans la communauté. Les principes essentiels de la réhabilitation psychosociale visent à améliorer la qualité de vie des personnes en situation ou à risque de handicap psychique en les aidant à conserver et à développer des habilités sociales et fonctionnelles pour vivre dans la communauté avec le plus d'autonomie et de satisfaction possible. » (1) Aussi, la déclaration de la WFOT (6) sur ses positions en santé mentale, met en avant la philosophie de l'ergothérapie en réhabilitation et reconnaît que « ... psychosocial issues exert complex influences on people's experiences of recovery, community involvement and the quality of their lives » 4.

Le socioculturel : La définition de l'encyclopédie Universalis rapporte ce contexte comme « relatif aux structures sociales du point de leur dimension culturelle ». (9) Les éléments socio-culturels expliqués dans le modèle transactionnel de l'occupation (10) sont les règles culturelles, règlements, normes, attitudes et attentes sociétales influençant ce que leurs patients font, comment, où et quand ils le font. Ce modèle considère que les morales culturelles, croyances, valeurs et coutumes partagées, les droits et le code éthique varient selon le contexte socioculturel.

Santé mentale : l'OMS⁵ la définit comme une « composante essentielle de la santé (...) [qui] est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » « La santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté ».

Ergothérapie : d'après le référentiel de compétence de l'ergothérapeute, son intervention permet « de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Ainsi, l'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé » (11) La WFOT argumente : « l'ergothérapie reconnaît que chaque personne est unique dans la façon dont elle combine l'interaction

⁴ Extrait WFOT statements : « ... que les difficultés psychosociales d'une personne exercent une influence complexe sur ses expériences de rétablissement, son engagement dans la communauté et sa qualité de vie » (interprétation libre)

⁵ OMS : Organisation Mondiale de la Santé

dynamique entre les éléments culturels, sociaux, psychologiques, biologiques, financiers, politiques et spirituels de leur performance professionnelle personnelle et leur participation dans la société. » (12).

⇒ **Enjeux et intérêts**

I. Question Socialement Vive

Des professionnels ergothérapeutes, chercheurs ou grandes organisations se sont aussi intéressés à la dimension sociale ou culturelle dans les soins, et certains plus spécifiquement en santé mentale.

Dans le domaine de la santé toutes spécialités confondues, l'OMS agit en faveur de sa promotion et sa protection en décrivant notamment qu' « un environnement garantissant le respect et la protection des droits civils, politiques, socio-économiques et culturels fondamentaux est indispensable pour promouvoir la santé mentale» (13). Combiné à cela, un plan d'action européen est mis en place depuis 2013 sur la santé mentale. Il a pour objectif « d'améliorer le bien-être mental de la population et de réduire la charge des troubles mentaux, en mettant l'accent sur les groupes vulnérables, (...) offrir des opportunités égales pour qu'elles aient la meilleure qualité de vie possible et qu'elles surmontent la stigmatisation et la discrimination (...) ». (14) L'axe d'intervention se focalise aujourd'hui d'autant plus sur les capacités des personnes et leur qualité de vie que sur la diminution des symptômes de la maladie. Ceci concordant à une approche centrée sur la personne, concordant avec les principes de soins en ergothérapie.

Dans une démarche de promotion de la santé ; en 2011, Nobre et Gabahn, (15) professeurs d'université et doctorant dans le management, étudient le système de santé français. Ils constatent que de nombreux travaux d'études sont menés à l'international, mais peu en France. Ils ajoutent qu'il existe une augmentation de la diversité ethnoculturelle dans les établissements de soin. Cependant, dans les résultats de leur recherche exploratoire, ils mettent en lumière l'absence de démarches institutionnelles dans la considération de la diversité culturelle. En effet, tandis que certains soignants respectent le principe d'égalité de traitement des patients, certains directeurs d'établissement refusent d'aborder une approche communautaire et de respect de la laïcité. Ainsi, les initiatives développées dans un objectif d'inclusion et de promotion de la diversité, sont engagées principalement en cas de difficultés de terrain liés à la différence culturelle. Dans la conclusion, les chercheurs expriment « un véritable besoin

d'accompagnement est perceptible au niveau des acteurs de terrain pour mieux affronter les difficultés concrètes (...) » (p11). L'insertion du contexte culturel dans les soins hospitaliers devient une priorité pour répondre au besoin d'une population française de plus en plus diversifiée et aux difficultés rencontrées par les équipes soignantes dans leur intervention.

Aux Etats Unis, the American Occupational Therapy Association (AOTA) (16) présente le « Cultural Competency Tool Kits » (17) créé en 2007. Ce kit d'outils de la compétence culturelle décrit l'habileté à interagir avec des personnes culturellement marquées dans leur milieu social ou dans leur intégrité. Elle demande au thérapeute des sous compétences telles que la conscience de son altérité socioculturelle, la considération des différences culturelles, les connaissances sur les cultures et les représentations et la capacité à entretenir une communication interculturelle. L'outil, support de cette compétence culturelle, a été développé pour donner à l'ergothérapeute les ressources nécessaires à la compréhension des valeurs, normes, croyances, attitudes associées aux groupes culturels et leur société. Il peut être utilisé lors des interventions comme guide. Il n'y a, pour l'instant, pas de traduction en français.

En 2017, l'ANFE⁶ s'est intéressée aux enjeux et perspectives de l'ergothérapie dans le domaine de la santé mentale. Un livre Blanc (18) a été réalisé par des ergothérapeutes pour éclairer leur champ d'intervention en santé mentale et proposer des améliorations de la pratique. En réfléchissant sur le contexte environnemental, une nouvelle définition du diagnostic en ergothérapie est proposée « Le diagnostic ergothérapique (...) vise à identifier la nature occupationnelle d'une personne ou groupe de personnes, en tenant compte des facteurs internes et externes qui l'impactent. (...) La nature occupationnelle d'une personne est entendue ici comme son niveau d'engagement dans des activités ayant pour elle une valeur personnelle et/ou socioculturelle et qui sont le support de sa participation à la société (soins personnels, productivité, loisirs) ». Aussi, le référentiel d'activité de l'ergothérapeute, explicitant le métier et les activités pouvant être exercées par le professionnel, donne une définition de l'occupation comme un « groupe d'activités, culturellement dénommées, qui ont une valeur personnelle et socioculturelle et qui sont le support de la participation à la société ». (19) Le contexte socioculturel est donc toujours étudié et discuté en ergothérapie ou dans le domaine de la santé mentale, que ce soit en France ou à l'international.

⁶ ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

Ainsi, la WFOT⁷, représentant mondialement la profession des ergothérapeutes, a déposé, en 2010, sa déclaration de position envers « la diversité et la culture » (12). Elle « encourage le besoin essentiel de tous les ergothérapeutes d'exercer leur métier en accord avec leurs propres croyances, valeurs, pratiques et manières d'être et de celles de leurs patients »⁸. Cette déclaration de positions se termine sur des recommandations promouvant le respect des principes directeurs sur la diversité et la culture (20) « :

- Reconnaissance de la diversité et de la culture
- Respect de la culture de chaque individu
- Réponse compétente à ce qui précède dans le cadre de leur pratique
- Incorporation de ces principes dans les connaissances, les capacités et les attitudes de l'ergothérapie dans l'enseignement, la pratique et la recherche. »

II. Utilité dans l'intervention :

Les avis d'expert tels que Rose Moro, psychiatre relatent que des études ont été faites dans le domaine de la psychiatrie transculturelle (21), qui prend considération les représentations, savoir-faire et savoir-être des personnes propres à leurs origines socioculturelles. Ces études avancent que lorsque la diversité culturelle n'est pas prise en considération dans la démarche de soin et dans l'intervention psychiatrique, on remarquait une augmentation du risque d'erreur de diagnostic, entraînant par conséquent une intervention biaisée et inadaptée aux besoins du patient.

Dans le même thème, l'Occupation Humaine et Santé a organisé un colloque en 2017 regroupant plusieurs études et ateliers d'ergothérapeutes sur le thème « Sciences de l'Occupation : au cœur du quotidien et de la santé » (22). Ils évoquent une enquête de l'OMS, attestant un changement des approches de prise en charge aujourd'hui centrées sur la qualité de vie de la personne et ses capacités à développer son autonomie plutôt que sur les symptômes de la pathologie, n'impliquant pas la personne dans sa globalité. Ce tournant de paradigme se rapproche de la vision ergothérapique dans les soins, orientée sur les occupations (Decastel et Desrosiers p19).

⁷ WFOT : World Federation of Occupational Therapy

⁸ (Hocking et Emery 2002 – NZAOT⁸ presentation to the WFOT 50th anniversary celebration).

Enfin, la WFOT affirme qu'en respectant l'application des principes issus de ses positions sur la diversité et la culture (12), les ergothérapeutes et étudiants développeront une « prise de conscience (...) de la diversité contextuelle des personnes » et « une pratique d'ergothérapie inclusive et « culturellement sûre » protégeant la culture du client et du thérapeute, permettant un dialogue culturel à même de favoriser l'efficacité du traitement ». (p2)

III. Enjeux :

L'ergothérapie s'intéressant aux sciences humaines et à la santé, le rapport à l'autre est une dimension indispensable à considérer. S'intéresser aux phénomènes liés aux échanges interculturels, comme expliqué dans « La méthodologie en psychologie interculturelle » (23), permettrait « (...), d'éviter le risque de stigmatisation » et favoriser une approche objectiviste dans la relation.

La WFOT, dans son « position statement – Occupational Therapy and Mental Health » (6) décrit les enjeux du travail de l'ergothérapeute en santé mentale par la promotion de la santé et du bien-être. Les intentions d'interventions se focalisent sur deux aspects : La prévention et l'accompagnement. Les objectifs sont de prévenir la survenue des troubles psychiques et de faciliter le rétablissement des personnes ayant ces troubles et ainsi leur permettre une participation et un engagement dans les activités de la vie quotidienne qu'ils jugeraient satisfaisant.

Dans une démarche déontologique basée sur les principes et valeurs du « code d'éthique international »(24), les ergothérapeutes ont des responsabilités professionnelles et éthiques vis-à-vis des patients. Sur le site de l'ANFE (25) il est stipulé que « Les ergothérapeutes approchent les personnes recevant leurs services avec respect et tiennent compte de leur situation individuelle. [Ils] n'exercent aucune discrimination envers ces personnes, sur base de leur race, couleur, incapacités, handicaps, origine nationale, âge, sexe, préférence sexuelle, religion, appartenance politique ou statut dans la société ». Aussi, un des objectifs de la santé au travail est « d'être au service de la santé et du bien-être des travailleurs, individuellement et collectivement. (...) Les professionnels de la santé au travail doivent contribuer à la santé de la communauté et de l'environnement » (p13).

Dans les enjeux sociaux et parmi les facteurs environnementaux, la migration, et l'appartenance à une minorité, comme les minorités ethniques, ont été identifiés comme étant moteurs d'un développement d'une schizophrénie (26) (Fearon et Morgan, 2006). Les

hypothèses actuelles, avancent que l'exposition à un contexte social défavorisé et des expériences d'inadaptation au sein de la société, serait lié à l'augmentation du risque de psychoses. Ainsi, liant le point précédent sur le risque de stigmatisation des professionnels de Santé, Kleinman affirme dans son livre *Social Suffuring* (27) qu'« une exposition continue à des difficultés sociales (... , stigmatisation et discrimination) aggrave la maladie et son pronostic ». Au niveau économique, l'OMS en 2016 (28) a estimé que les troubles mentaux sont la première cause d'invalidité en Europe et coûtent, avec les comorbidités associées, 107 milliards d'euros par an en France dans le secteur sanitaire.

Dans cette initiation à la recherche, un questionnement sur la place du domaine socioculturel dans les soins en santé mentale en ergothérapie pourrait identifier les facteurs favorisant le développement ou l'aggravation des psychoses, schizophrénies ou troubles psychiques, mais aussi de réfléchir sur la posture de l'ergothérapeute dans son intervention. Les conséquences des rechutes en psychiatrie impactent l'aspect psychologique, biologique et social de la personne et par ce fait leur vie quotidienne (29). Leur prévention et la mise en place d'une approche relationnelle adaptée ou autre procédés améliorant la qualité d'intervention de l'ergothérapeute, sont importants dans la prise en soin de ces troubles.

Prodiguer des soins culturellement adaptés, d'après le livre *Occupational therapies without borders* (30) «refers to equitable, empathetic and contextualized care that is in harmony with the experiences and meanings of diverse peoples and aims to reduce health inequalities while enabling participation and social inclusion» (p292). Aussi il est constaté que la "Culture is a the core of human occupations"(p293). Ainsi, les soins culturellement adaptés permettent, dans l'intervention, d'améliorer la participation des personnes, leur inclusion sociale, la prise en considération des occupations de façon pertinente et la compréhension de l'autre, de ses attitudes, représentations, idées et caractéristiques dans toutes ses dimensions.

1.2. Revue de Littérature

I. Méthode

Bases de données : elles permettent un accès aux articles en lien avec l'objet de recherche, de préférence dans les champs de la santé, psychologie et à l'international afin d'élargir les critères

de recherche aux articles anglophones ou d'origine mondiale. Cinq ont été retenues comme pertinentes :

- *PUBMED* : moteur de recherche de données bibliographiques internationales relatives à la biologie et la médecine. C'est une référence pour les sciences biomédicales.
- *CAIRN* : diffusion de revues de sciences humaines et sociales francophones. elle donne accès à des textes intégraux, des extraits de livres et de sources bibliographiques.
- *GOOGLE SCHOLAR* : recherche d'articles scientifiques, donne un large panel de sources. Il faut cependant faire attention à la scientificité des articles répertoriés.
- *Sciences Direct* : donne accès aux revues scientifiques.
- *ResearchGate* : plateforme permettant de partager des questions en lien avec des articles. Source scientifique donnant accès à des documents de recherche dans plusieurs domaines. Ne demande pas d'équation de recherche.

Mots clefs : Santé mentale - Culture – ergothérapie – Socioculturel – Réhabilitation

Équations de recherche :

- 1) Ergothérap* et sociocultur* ou culture et rehabilitation
- 2) Occupational therap* and sociocultur* or culture and rehabilitation
- 3) cultural diversity or and mental health*
- 4) Psychosocial rehabilitation and sociocultural

(Tableau des résultats des données Cf *Annexe 2 p67*)

Critères d'inclusion et exclusion de la recherche : ils sont déterminés afin de sélectionner les articles ou études les plus pertinents. Sont retenus : Les articles édités entre 2000 et 2020 pour rester à jour des avancées scientifiques médicales ; les textes traitant de la réhabilitation en psychiatrie ou de la santé mentale auprès d'un public adulte, non pédiatrique, hormis les études sur les familles migrantes qui sont, elles aussi, acceptées. Aussi, les études en anglais donnant accès à plus de données, étant donné qu'après recherches, peu d'articles ergothérapeutiques répondant aux équations, étudient la pratique ergothérapeutique en France. Enfin, les recherches

en psychologie, santé publique, sociologie ou hors ergothérapie mais traitant de l'intégration socioculturelle des personnes ayant des troubles psychiques sont acceptées. Ceci pour apporter une vision plus holistique des soins et un complément d'études françaises.

I. Analyse des articles par thématiques

Plusieurs textes sont ressortis comme pertinents dans la rédaction de la revue de littérature. Et ce, aux vues de leurs résultats, de leur population ou du questionnement qu'ils ont suscités. Cinq sous thématiques communes ou complémentaires ont émergé suite à leur analyse. Les données principales liées à leur méthode sont regroupées dans un tableau (Cf *Annexe 3 « tableau récapitulatif de la revue de littérature » p68*).

I. Place de la culture dans les soins psychiatriques

Dans le cas des migrations, population ayant une origine culturelle différente de la société dans laquelle elle vit, la culture sert parfois de diagnostic différentiel. C'est-à-dire, qu'elle peut, par exemple écarter certains symptômes pouvant être considérés comme déterminants au diagnostic d'une schizophrénie mais qui n'en sont pas. Ils seraient justifiés par une croyance culturelle : le vaudouisme (croyance) associé à des délires mystiques (symptôme) par exemple. Aussi, pour cette population, l'intégration dans une nouvelle société peut demander un temps d'adaptation, pendant lequel les comportements actuels, adaptés à l'ancienne société, sont jugés comme inadaptés dans la nouvelle. (31)

Les différences culturelles peuvent parfois amener à des difficultés de compréhension (verbale, comportementale ou d'interprétation) dans la prise en soin, et ainsi générer un manque de motivation chez le patient à continuer le parcours de réhabilitation, de la frustration et créer des obstacles sans solution adaptée (32). En ergothérapie, des modèles conceptuels prenant en considération la diversité culturelle existent, (33) utilisant une approche théorique et/ou pratique pour pallier les facteurs de manque d'adhésion aux soins. Ces modèles peuvent être combinés aux approches de réinsertion psychiatrique et servent de guide pour faciliter le bon déroulement de l'intervention. Le « modèle de l'occupation humaine » utilisé majoritairement par des ergothérapeutes, s'intéresse à l'environnement social de la personne comme « les groupes d'appartenance [de] la personne, incluant leur conventions spécifiques ». Parmi les outils d'évaluation de ce modèle, certains s'intéressent aux les intérêts, rôles, les habiletés

communication, intégrant ainsi plusieurs indicateurs de la diversité sociale et culturelle de la personne.

La prise en compte de la culture de l'autre dans les soins psychiatriques peut être reconnue comme une pratique centrée sur la personne en ergothérapie. En cela, une étude met en avant la nécessité des patients à avoir conscience de la dualité des cultures d'origines et sociétales dans laquelle il vit. Cette considération doit engendrer une certaine flexibilité à faire coexister les deux pendant la thérapie (34). Auquel cas, l'effort de concession ou de tolérance peut s'avérer difficile à fournir et les deux parties peuvent rencontrer des difficultés relationnelles dans l'intervention. Par exemple, lorsque la communication verbale est difficile d'un point de vue culturel, le thérapeute devrait analyser et adapter ses moyens de communications afin d'améliorer la pertinence de l'intervention et la compréhension de l'autre. Cela ne peut fonctionner que si le patient prend conscience de l'effort du thérapeute à s'adapter, en s'adaptant lui-même aux propositions de communication, même si elles lui sont nouvelles.

Le système de Santé français est-il adapté à tous les usagers du système ? Pour une personne ayant des troubles psychiatriques, les délires mystiques ou la non-observance du traitement pourraient s'expliquer par des traditions ou croyances culturelles ? Comment savoir si le comportement du patient est lié aux délires issus du trouble psychiatrique ou s'il provient de la culture du patient alors méconnue du thérapeute ? Les ergothérapeutes travaillant en France savent-ils différencier le symptôme de la culture ? Tous les patients souhaitent-ils intégrer leur culture dans les soins ?

II. Occupation et bien être mental

L'occupation, c'est-à-dire l'ensemble des activités ayant du sens pour la personne dans sa société et qui favorisent la participation, peut avoir un sens différent d'une culture à une autre. Elle a aussi une forte implication dans l'interprétation de son propre équilibre occupationnel. Comme l'explique Kühne et Tétreault, professeurs en ergothérapie « ce concept central à la pratique de l'ergothérapie représente un moyen pour avoir un sentiment de bien-être et des activités significatives. », (22) Une étude atteste qu'en ergothérapie, il est courant d'observer que les occupations de la personne sont choisies et modulées en fonction de sa culture (26). En effet les occupations « humaines » sont le résultat d'une interaction entre les activités, le contexte et l'individu. Certains ergothérapeutes tiennent particulièrement compte du concept d'occupation dans leur intervention pour des personnes ayant des problèmes psychiatriques

sévères. Dans le cas de la schizophrénie, la présence de symptômes négatifs (altération des fonctions cognitives, sociales ou émotionnelles et du comportement moteur), sont très invalidants dans la vie quotidienne. Leur stabilisation est un enjeu majeur en santé mentale car il n'existe pas de traitement spécifique adapté ou encore très peu d'études à son sujet (35). Cependant, Bejerholm, identifie un lien positif entre la diminution des symptômes négatifs de la psychose associé à meilleur bien-être quand il y a un bon équilibre occupationnel (36). Ce dernier s'atteint lorsque l'ensemble des activités et occupations rythmant le quotidien d'une personne, sont dans des proportions optimales pour permettre un bien être global. Les avancées thérapeutiques et médicamenteuses n'étant pas encore efficaces, cette « juste variation entre les différentes occupations » (Wagman et al. 2015) abordée notamment en ergothérapie, pourrait améliorer le quotidien des personnes atteintes de schizophrénie.

Des ergothérapeutes praticiens iraniens, considèrent que le lien entre son identité, sa personne et la communauté peut être lié au degré de satisfaction que l'on ressent. Le bien être mental corrélé à la satisfaction serait par conséquent proportionnel à la participation collective et aux rôles attribués au sein du groupe de pairs. Les professionnels interrogés expliquent ces rôles et responsabilités comme répondant aux attentes de la communauté (37). Cela crée un cercle vertueux ou vicieux si l'action est interprétée comme non satisfaisante, qui de manière générale se définirait ainsi : une action individuelle est effectuée pour des attentes collectives et apportent un résultat collectif et individuel (satisfaisant ou non satisfaisant). En suivant cette logique dans la communauté iranienne, le bien-être collectif est primordial sur le bien-être individuel et ce parfois, au détriment de leur santé (34). L'étude constate donc que si l'intégration communautaire est plus signifiante que l'intégration sociétale, l'approche à favoriser auprès de ces personnes est de connaître et valoriser les valeurs et représentations de leur culture d'appartenance. Cet accompagnement individuel auquel le patient peut adhérer répond au cercle vertueux et tend à un équilibre occupationnel satisfaisant modulant le bien-être mental de la personne.

A quel moment la diversité culturelle influence-t-elle le bien-être ? Est-ce que cela dépend du thérapeute qui accompagne dans les soins ? Des capacités d'adaptations de la personne face à un contexte culturel différent ? Comment les occupations sont-elles organisées sur l'intervention en ergothérapie pour répondre aux attentes et besoin de la personne ?

III. Perception de l'Autre et de la culture

L'Autre, correspond à tout être différent de soi, autrui, avec ses comportements, son savoir, représentations, valeurs et pensées qui peuvent être différentes ou communes. Différentes approches peuvent être utilisées pour analyser la représentation de l'Autre. C'est que résume l'article « communiquer avec des patients de culture différente ». (31) D'un point de vue ethnographique, on peut comprendre comment la maladie est représentée au sein d'un même groupe social. En sociologie, des éléments de réponses sont apportés par les articles de recherche, des enquêtes menés sur des sujets d'une même communauté. En psychiatrie, il est primordial, d'après Fourasté (38), de respecter la parole du patient et pallier le biais de sélectivité qui serait de ne sélectionner dans le discours de l'Autre que ce que le thérapeute souhaite entendre, mettant en avant une certaine dominance scientifique : le médecin sait mieux que le patient ce dont il souffre. Ainsi, dans cette même optique, les recherches démontrent que les professionnels de santé en relation avec des patients de culture différente de la leur, peuvent développer des stéréotypes et des biais d'interprétation vis-à-vis de l'Autre. Il en ressort un rapport inégal entre le thérapeute et le patient : c'est l'Autre qui est différent de nous, et non pas les deux êtres interagissant (39).

A contrario, un autre concept est évoqué dans les études : l'humilité culturelle. Faire preuve d'humilité culturelle c'est prendre en considération les différences socioculturelles, dans toutes ses dimensions, du thérapeute et du patient sur un même pied d'égalité. Ainsi, l'usager et le thérapeute réfléchissent ensemble, en autoévaluant leurs propres représentations, les conséquences qu'elles ont sur l'intervention et peuvent moduler la relation thérapeutique en fonction de l'autre pour être plus efficace (40). Elle est notamment préconisée dans le domaine de la recherche, afin de limiter les biais, assomptions mais aussi deux autres grands concepts :

- L'ethnocentrisme, lorsque les valeurs et principes de sa propre culture et société sont utilisés comme repères pour analyser celles des autres.
- L'hégémonie culturelle, qui est une conséquence d'une domination culturelle qu'un groupe ou personne exerce sur une autre. Cela crée une supériorité des représentations, rôles, croyances collectives et pratiques de la culture dominante.

Autres facteurs influençant la compétence culturelle, les ergothérapeutes se disent être d'autant plus « culturellement sensible » qu'ils sont âgés, cependant il n'y a pas de corrélation proportionnelle avec le nombre d'années d'expérience professionnelle (33).

Quand bascule-t-on dans l'ethnocentrisme ? Comment prendre conscience, en tant que thérapeute de nos propres biais culturels ? Et ceux du patient ? Comment sait-on quand nous sommes culturellement sensibles et compétents ? Tous ces concepts liés à la culture en ergothérapie sont-ils toujours dépendants de l'Autre ? La compétence culturelle dépend-elle de la société dans laquelle un ergothérapeute exerce son métier ? La compétence culturelle se développerait donc par l'expérience de « vie » et non pas par l'expérience professionnelle ?

IV. Relation Patient – Thérapeute

Sartorius, psychiatre et chercheur en psychiatrie sociale, avance que « la réadaptation est faite non pas pour mais avec les individus qui ont des troubles. Chaque personne est différente ; les intervenants doivent percevoir ces différences (...) » (41). La prise en compte de l'avis du bénéficiaire comme personne participante à sa réadaptation psychiatrique, amène à un contrat implicite entre le thérapeute et le patient favorisant son potentiel et lui donnant la possibilité d'améliorer sa vie par ses propres choix. Par exemple la « gestion clinique ou case management », suivi individualisé, se base sur la relation patient- thérapeute, incluant une coordination des soins avec d'autres services, non médicaux inclus. Cette approche améliorerait le quotidien des patients en psychiatrie, leur bien-être et leur participation sociale. (42)

Les concepts liés à la culture sont très nombreux. Ont déjà été évoqués ceux de l'hégémonie culturelle et de l'ethnocentrisme. Les thérapeutes doivent appréhender ces phénomènes, dans l'objectif d'une prise de conscience de sa propre culture et celle de l'Autre, pour qu'elle ne devienne pas un obstacle d'incompréhension dans la prise en soin. Leininger (43), infirmière et anthropologue pionnière de modèles infirmiers transculturels, considère que la culture évolue par l'expérience personnelle, avec le temps et dans un contexte défini. Chaque personne forme sa propre culture personnelle, aussi étudiée comme moteur de la compétence culturelle (33), qui elle-même interagit avec celles des autres. Ainsi, considérer la personne avec sa façon de penser, comprendre ses repères culturels et sociaux parfois différents des représentations et du savoir de l'ergothérapeute ; tendrait à faciliter la communication. Somme toute, l'objectif final serait d'améliorer la qualité de la relation entre le patient et le thérapeute (31).

Comment la culture de l'Autre et la nôtre influence-t-elle la relation entre patient et thérapeute ? Quels aspects du thérapeute et du patient différent, jouent un rôle dans la relation de soin ? Quels procédés pourraient faciliter la compréhension de l'Autre ? Comment équilibrer dans la prise en soin, la place de sa culture et celle de l'Autre ?

V. Stratégies d'approche culturelle dans les soins

Face aux différences culturelles rencontrées dans les interventions, une étude a été réalisée sur le travail de médiation culturelle. Plusieurs ergothérapeutes canadiens travaillant avec des familles d'immigrés, population adulte et enfants, ont tenté d'élaborer différentes stratégies d'approche culturelle (44) :

- Aider le client à comprendre et naviguer dans le système de santé dans lequel il est puisque chaque système est propre à son pays.
- Expliquer l'ergothérapie, son but, ses actions avec un vocabulaire adapté et des situations qui feront écho à leur culture et traditions.
- Instaurer un climat de confiance (que l'on peut favoriser via l'ethnopsychiatrie ou la mise en pratique de la compétence culturelle (45))
- Favoriser les relations avec les autres et le mélange des cultures parmi les patients et praticiens.

Comme précédemment écrit, le concept d'hégémonie culturelle peut apparaître dans les interventions de certains ergothérapeutes, dans, par exemple le choix des occupations. Il est recommandé, d'analyser sa posture professionnelle envers le patient dans le but de comprendre les comportements de l'autre. Le thérapeute doit avoir conscience de ses propres « filtres culturels » mais aussi de ceux du patient. (31) Une approche différente peut aussi s'appliquer, une étude sur la communication, propose d'appréhender la culture de l'autre dans des champs de compétence différents : ethno-géographie, sociologie, psychologique. Ces multiples points de vue, offrent des éléments de compréhension des représentations du patient, de la maladie par exemple.

Un texte interrogeant une population étudiante en ergothérapie sur leur représentation de l'Autre en stage, préconisent qu'une réflexion, pendant la formation sur la diversité culturelle. Cette considération en amont peut contribuer davantage à rendre ces futurs professionnels compétents culturellement et en tant qu'ergothérapeute, les processus de réflexion d'analyse de pratique étant laborieux (34). Ils recommandent, pendant les stages, une attitude de non-jugement, de favoriser l'empathie et un ajustement constant de la posture du thérapeute. Le non-jugement, c'est accepter l'altérité de l'Autre dans sa globalité, forces et faiblesses, être objectif et ne pas laisser paraître dans notre attitude notre opinion sur autrui et

ce qu'il nous communique. En confrontant les étudiants à des situations de diversité culturelle, en les laissant observer, analyser leur pratique, cela amorce un changement dans les perceptions de l'Autre et sa culture dans les soins, pour ainsi proposer une approche d'intervention qui serait dite plus efficace et centrée sur la personne (33).

Pour résumer, les études précédentes proposent plusieurs approches définies comme efficaces et formatrices :

- La littérature, les recherches dans le domaine socioculturel (33)
- L'expérience de terrain (40), (41)
- Les stages pendant les études (34)
- Une réflexion sur sa pratique professionnelle associé à une constante adaptation de sa posture (34), (37), (46)

Si beaucoup de solutions existent pour tenter d'apporter des stratégies d'approche culturelle, pourquoi n'existe-t-ils pas plus d'articles de recherches en France ? Comment choisir l'approche la plus adaptée en ergothérapie ? Les ergothérapeutes utilisent-ils des méthodes d'approche culturelle ? Sinon, comment font-ils ?

⇒ Questions issues de la revue de littérature

A partir de l'analyse des articles plusieurs questions sont ressorties, préparant le questionnement de l'enquête exploratoire, recherche parmi la pratique ergothérapique. Pour faciliter sa compréhension, les sous thématiques ont été numérotées et associées aux questions émergentes.

I. Place de la culture dans les soins psychiatriques

II. Occupation et bien être mental

III. Perception de l'Autre et de la culture

IV. Relation Patient – Thérapeute

V. Stratégies d'approche culturelle dans les soins

Comment la diversité culturelle influence-t-elle le bien-être mental et occupationnel du patient dans ses soins ergothérapiques ? (I-II)

Comment appréhender nos propres filtres culturels et ceux du patient pour diminuer les « biais culturels » dans l'intervention en santé mentale ? (III-V)

Comment l'interaction entre les dimensions socioculturelles, celle du patient et de l'ergothérapeute influencent-elles la prise en soin psychiatrique en ergothérapie et la qualité de la relation thérapeute - patient ? (III-IV)

Quelle place et intérêt, la dimension socioculturelle, occupe-t-elle dans les soins du point de vue de l'ergothérapeute et du patient en santé mentale ? (I-V)

1.3. Enquête Exploratoire

L'enquête exploratoire répond à plusieurs objectifs généraux de la recherche. Il existe aujourd'hui, peu d'études françaises en lien avec la dimension socioculturelle dans les soins en santé mentale en ergothérapie. Cette recherche apporterait de nouveaux éléments dans ce domaine en France. La littérature, présentée par la revue de littérature sera confrontée à la pratique, par une enquête de terrain. Le but étant d'observer des cohérences, des complémentarités ou de nouveaux éléments en lien avec le contexte socioculturel ou les pratiques culturelles en santé mentale. Ces éléments précédents tâcheront de confirmer la pertinence de la question de recherche par rapport au thème « La dimension socioculturelle dans les soins ergothérapeutiques en santé mentale ».

1.3.1. Outil de recueil de données : Méthode qualitative

La revue de littérature met en avant, plusieurs questions récurrentes concernant le domaine socioculturel, définissant ainsi les objectifs spécifiques de l'enquête : Comment la diversité culturelle joue-t-elle sur le bien-être mental et occupationnel du patient dans ses soins ergothérapeutiques ? Comment appréhender nos propres filtres culturels et ceux du patient pour diminuer les « biais culturels » dans l'intervention en santé mentale ? Comment l'interaction entre les dimensions socioculturelles, celle du patient et de l'ergothérapeute influencent-elles la prise en soin en ergothérapie et la qualité de la relation thérapeute - patient ? Quelle place et quel intérêt, la dimension socioculturelle, occupe-t-elle dans les soins du point de vue de l'ergothérapeute et du patient en santé mentale ?

La population étudiée est constituée :

- Des ergothérapeutes travaillant en santé mentale auprès d'usagers présentant des troubles psychiatriques/psychiques et ayant été confrontés à une diversité culturelle, c'est-à-dire une culture différente de la leur. Elle peut correspondre aux origines culturelles, traditions, religions, activité, communauté, influence ou représentations culturelles, justifiés au préalable par l'ergothérapeute interviewé.
- Des anciens usagers stabilisés au niveau de leur trouble psychiatriques du même service que l'ergothérapeute choisi, ne travaillant plus ensemble et présentant suite à une recherche au préalable une diversité culturelle.

Les participants sont recherchés dans les centres de réhabilitation psychosociale accueillant des ergothérapeutes et un public psychiatrique majoritairement stabilisé, dans les deux derniers stades du rétablissement : la reconstruction et la croissance. Suite à un stage en CATTP⁹, référent en réhabilitation psychosociale, l'accès aux coordonnées des anciens usagers est fait sur demande d'autorisation auprès des ergothérapeutes et auprès des coordinateurs de parcours. Une fiche d'information sur l'étude menée et la signature d'une fiche de consentement entre les participants et l'investigateur permettra d'attester de la confidentialité des résultats des entretiens respectifs et d'informer les participants sur leur droit.

1.3.2. L'entretien libre

Le choix de l'outil de recueil de données est l'entretien. C'est une méthode d'enquête qualitative (47) reposant sur une situation individuelle de face à face, la trame décidée est semi dirigée/structurée. Les termes « Comment », « Quel intérêt » « influence » issus des questions appellent à des réponses qualitatives. Il est question de ressenti, perception et de représentation, tous spécifiques à l'individu. Le but ici est d'approfondir un sujet pour avoir des informations sur la motivation, le raisonnement, les impressions de la personne interrogée. Une comparaison entre les entretiens des thérapeutes et des anciens usagers pourra ainsi permettre d'établir, les différentes conséquences des interactions entre les deux parties, et de notifier ou pas une différence de représentations socioculturelles. Les objectifs plus spécifiques sont identifiés dans la grille d'entretien (cf Annexe 4 p72).

La passation de l'entretien est construite à partir d'une grille d'entretien testée sur une ergothérapeute travaillant en psychiatrie et une personne hors champs médical. Au préalable, les fiches de consentement et d'information sur l'entretien auront été envoyées et signées par mail ou en main propre. Suite à cela, l'entretien individuel a lieu soit en présentiel, soit par vidéo conférence. L'interviewer pose de nouveau les objectifs de l'entretien, définira avec le participant quelques concepts (culture, occupations et dimension socioculturelle) afin de vérifier qu'il n'y ait pas d'incohérence ou d'incompréhension (48). Deux questions sont posées respectivement à l'usager et à l'ergothérapeute, proposant une trame libre, sans temps de réponse défini. Seules des questions de relances ou de précisions peuvent être posées par l'interviewer pendant l'entretien. Au niveau des contraintes institutionnelles et organisationnelles : la durée de l'entretien est limitée à une heure, dépassement de quelques minutes possible si jugé comme pertinent.

Le traitement des données est fait par une analyse thématique (49), suite à l'enregistrement des entretiens, sur consentement des participants. Cet outil ne demande pas de formation spécifique mais est chronophage. Par conséquent, la retranscription des entretiens ne sera pas réalisée. Les entretiens sont anonymisés.

Les biais de l'enquête exploratoire sont analysés afin d'anticiper leurs effets et de proposer des moyens pour les atténuer (50). Avant enquête, des biais méthodologiques peuvent apparaître quant à la formulation des questions et choix des participants, l'entretien sera préférentiellement libre ou semi directif pour limiter l'orientation et l'influence du chercheur sur les questions. Les trames d'entretien seront aussi testées, analysées et corrigées par une tierce personne répondant aux critères d'inclusion de l'enquête. Pendant l'enquête les biais affectifs ainsi que les stéréotypes et préjugés peuvent impacter sur la qualité d'écoute de l'entretien et sur la relation. Les moyens d'atténuation sont une attitude d'écoute objective mais empathique, en prenant conscience de son état affectif personnel et de ses propres représentations. Enfin, suite aux difficultés de compréhension de la méthode de recherche, le biais de confirmation, c'est-à-dire privilégier les informations qui confirment une idée avancée, peut biaiser l'entretien. La formulation des questions et l'écoute répétée des différents entretiens afin de récolter toutes les informations peut amenuiser cet effet.

Limites de l'enquête. Elle n'a été menée qu'auprès d'un ergothérapeute et un usager dans un centre de réhabilitation psychosociale donné, la représentativité de chaque population est donc quasiment nulle. Aussi, le choix n'est pas aléatoire, la sélection se fait sur volontariat, la

quantité de données est insuffisante pour généraliser l'analyse puisque les deux interviewés ont choisi de s'intéresser à cette démarche de recherche.

1.3.3. Résultats de l'enquête exploratoire

Les résultats sont analysés sur une méthode qualitative par l'analyse thématique. C'est une méthode "pour identifier, analyser et dégager des thèmes à partir de données" (interprétation libre) (51)¹⁰. Elle apporte des éléments d'identification, de description et organise les aspects d'un sujet à partir d'un outil de recueil de données. Ici, deux entretiens libres ont été menés (52), un en présentiel auprès d'une ergothérapeute employée originaire d'un pays du Nord de l'Europe et y ayant fait ses études d'ergothérapie. Elle travaille aujourd'hui dans un centre de réhabilitation psychosociale en France. Le deuxième par téléphone, avec un ancien usager du même centre de réhabilitation, ayant eu pour ergothérapeute pendant son parcours, l'interviewée précédente. Suite aux entretiens libres, la méthode inductive ou "bottom up" est utilisée pour l'analyse complète des entretiens et leur contenu (Frith and Gleeson 2004) (38). Les citations ad verbatives issues des deux entretiens sont renseignées en italique. Les entretiens étant libres, celui avec l'ergothérapeute a duré 1 heure 28 minutes, tandis qu'avec l'ancien usager 38 minutes, expliquant la répartition de l'analyse des données sur une proportion de $\frac{1}{3}$ et $\frac{2}{3}$.

I. Ressentir la différence socioculturelle

1. Les comportements en fonction de la fréquence de confrontation à la différence socioculturelle.

L'usager dit être "*habitué aux différences culturelles*" dans son environnement humain. Les deux participants relèvent un rapport réciproque, un échange positif dans la confrontation à la diversité culturelle "*ça élargit les horizons de la personne*". L'ergothérapeute ajoute que dans le milieu professionnel, son statut "*étrangère du service et du pays*" lui permettait une plus grande flexibilité dans ses actions au sein de l'institution : "*Elle vient de loin, elle a le droit de faire ça ou ça*".

Cette notion de nouveauté serait à considérer dans un service de soin. Le « nouveau » associé à « l'inconnu » implique des représentations ou valeurs professionnelles pouvant être

¹⁰ "identifying and analysing patterns in qualitative data."

différentes ou ignorées d'un soignant à l'autre. Ne pas avoir conscience de ces aspects pourrait augmenter l'apparition de quiproquos, de divergences et par conséquent de troubles dans l'équipe. Face à la différence, de nouveaux comportements peuvent apparaître entraînant des conséquences négatives : *“Il y a des éléments qui sont implicites et lorsqu'il y a un nouvel arrivant, ces choses implicites ne sont pas dites et cela peut créer des conflits, parfois les membres du personnel qui travaillaient ici depuis longtemps étaient surpris que je donne des responsabilités à des personnes.”* Le changement peut aussi générer des comportements positifs : *“Quand les patients aidaient l'ergo à communiquer, (...) ils étaient dans une position qu'ils n'avaient pas l'habitude, nouvelle, normalement ils sont passifs.”* L'environnement humain d'une personne peut être source de préjugés et stéréotypes qui peuvent provoquer une incompréhension entre les représentations de la personne et les actions ou le comportement d'autrui.

Dans le handicap psychique, il est possible de retrouver un diagnostic composé de symptômes hallucinatoires, délirants avec une adhésion plus ou moins forte à ce que la personne vit. L'ancien usager exprime, sans savoir l'expliquer, que sa symptomatologie délirante aurait été alimentée et modulée par ses représentations et origines maghrébines.

1. Valeurs et Principes

Les valeurs sont définies notamment en sociologie “ Les valeurs représentent des façons d'être et d'agir qu'un individu ou qu'un groupe reconnaît comme idéales et qui rendent estimables et désirables les êtres ou les conduites auxquelles elles sont attribuées. (...) elles orientent l'action du sujet (...) en lui soumettant une morale de l'action afin qu'il puisse juger de ses actes tout en lui permettant de se construire une éthique personnelle.” (39) Les valeurs de l'ergothérapeute originaire de l'Europe de l'Est sont différentes de celles appliquées au sein de l'institution intra hospitalière psychiatrique. Les divergences sont principalement issues de la relation de soin et de la communication établie : elle définit ce qu'elle ressentait à ce moment-là par des termes comme *“Je travaille avec une personne que je ne connais pas et la relation de soin ni le fait d'être porteur d'un handicap ne justifie un tutoiement”, “je trouvais ça très déplacé”, “j'ai rencontré beaucoup de réticence dans les équipes”, “il y avait un énorme décalage”, “j'ai dû faire de la diplomatie pour ne pas mettre les équipes à dos”*. Ici, les propos de l'ergothérapeute semblent montrer que les valeurs personnelles et professionnelles ont une place prépondérante dans le travail du soignant.

Cependant, elle ajoute une nuance dans ses propos : c'est en travaillant avec des personnes ayant des valeurs et principes différents de siens qu'elle a aussi pu analyser sa posture, en juger sa légitimité à la maintenir ou pas et expérimenter d'autres approches relationnelles. Sa conception et ses limites du respect de l'autre dépendent principalement de la place de l'autonomie relationnelle du patient dans ses propres soins.

II. La relation dans le soin

1. La posture de soignant envers le soigné

En lien avec la thématique précédente, l'ergothérapeute met en relation la notion de respect et de tutoiement. *“Il y avait un tutoiement, une proximité qui n'était pas malveillante mais que je trouvais parfois déplacée”*. Elle définit ensuite plusieurs qualités et une posture qui sont pour elle indispensables dans la relation pour établir une intervention efficace : *“être ouvert, à l'écoute et sensible, dans une démarche de réflexion. (...) Je suis avec la personne pour travailler avec elle, pas pour la changer, (...) il a le droit de vivre sa différence”*.

2. La distance dans les soins et avec les équipes

Dans sa relation avec les patients en intra hospitalier, l'ergothérapeute travaille avec le vouvoiement. Elle donne plusieurs justifications :

- *“En [Pays de l'Europe de l'Est], on vouvoie toujours [dans le soin], c'est un respect.”*
- Le vouvoiement était un outil thérapeutique pour l'aider à se positionner et à adapter le cadre avec ses patients quand elle débutait en tant qu'ergothérapeute.
- Le tutoiement est valable pour des personnes ayant le même statut : entre soignants par exemple.
- Ne travaillant pas avec la blouse qui impliquait une distance, elle a demandé à conserver le vouvoiement.

2. Dynamique de la relation interpersonnelle

“ La relation interpersonnelle est constituée essentiellement de deux facteurs (...) la distance sociale, on parle de la relation horizontale. Elle correspond à la distance entre les interactants,

c'est-à-dire qu'ils peuvent se montrer plus ou moins proches ou distants (...) et la relation hiérarchique (...) l'un d'entre eux se trouve occuper une position « haute », de « dominant », cependant que l'autre est mis en position « basse », de « dominé » (53).

Lorsque l'ergothérapeute a commencé à travailler en France, elle se trouvait dans une dynamique horizontale en intra-hospitalier. Alors que les difficultés de compréhension liées à sa culture pourraient être jugés comme un frein dans ses interactions, ici, elle témoigne que les patients étaient très compréhensifs, sensibles et indulgents : *“J'ai beaucoup appris avec mes patients”*. La relation est dans l'échange réciproque et modifie les rôles de soignant et soignés : le patient peut être dans une position d'aidant et de soutien. *“Cela semblait très valorisant pour eux de voir quelqu'un être thérapeute et devant être aidé (...) ils peuvent ne pas être dans le prédéfini ; toi le malade et moi le thérapeute, je vais bien”*.

III. L'approche de la psychiatrie

1. La psychiatrie en intra hospitalier

En France, depuis que le domaine de la psychiatrie existe, plusieurs courants de pensée se sont succédés et sont utilisés dans différentes institutions en fonction du projet de soin de l'établissement psychiatrique (54). Les valeurs professionnelles et projets améliorent la qualité de l'intervention de l'ergothérapeute quand elles correspondent à celles de l'institution dans laquelle elle travaille. Dans le lieu de travail de l'ergothérapeute la prise en soin des patients était définie pour elle comme très orientée « *à la limite du maintien dans sa situation* », ce qui ne correspondait pas aux valeurs de travail de prise en soin globale de la participante. Par conséquent elle explique que cela a engendré des difficultés et de la frustration « *avec une obligation de me retenir un petit peu dans ce que je faisais* ».

Le rythme d'intervention peut être très différent d'un milieu à l'autre. En intra hospitalier, lorsque le séjour du patient est en hospitalisation complète, il peut y avoir un risque qu'il soit chronicisé et de créer une routine répétitive (55). Cette dynamique a aidé l'ergothérapeute lorsqu'elle est arrivée en France, pour apprendre le français et les normes institutionnelles de son travail. Aussi, elle précise que dans le pays dans lequel elle a fait ses études, elle n'a appris et travaillé qu'à travers le concept de réhabilitation et réinsertion, appliqué pour cette enquête, dans le milieu extra hospitalier.

2. La psychiatrie en extra hospitalier

L'extra hospitalier est, dans cette analyse, à visée de réhabilitation et de réinsertion sociale sur la base du concept du rétablissement (56). Cette approche est valorisée par l'ergothérapeute et l'utilisateur interrogés : elle répond à leurs valeurs personnelles et professionnelles. D'après la thérapeute « *le rétablissement a un regard holistique sur la personne (...) tout ce qui arrive dans la vie si ça te décale, soit tu te réajustes et ça te donne de la richesse, soit t'en fais rien et dans le cas idéal ça t'enrichit* ».

IV. L'intervention en ergothérapie

1. Environnement socioculturel

Dans l'intervention de l'ergothérapeute en secteur de réhabilitation psychosociale, des ateliers thérapeutiques sont menés et animés avec plusieurs professionnels. Au cours de ces séances, l'utilisateur exprime ne pas avoir ressenti de différence de traitement par rapport aux autres, vis-à-vis de sa diversité culturelle. Sa posture était principalement de l'accompagnement et du conseil. L'ergothérapeute considère « *la différence de l'autre* » comme une piste pour mieux cerner les problématiques liées aux activités de la vie quotidienne. Elle inclue l'environnement socioculturel de ses patients par :

- L'écoute et le recueil d'informations auprès de la personne.
- Un échange, si besoin, de l'impact de ce contexte sur l'intervention. Elle verbalise tenir compte de leur « personne » et ce qui la constitue.
- Le respect de la différence et des valeurs de l'autre, le non-jugement.
- Une sensibilité culturelle : « *parfois même une toute petite différence a son importance (...) si je ne suis pas sensible à ça je peux louper quelque chose d'important* ».

3. Identité professionnelle

« *En [pays de l'Europe de l'Est], il y a cohérence entre la prise en charge globale, de l'ergo et la philosophie du service (...) j'ai retrouvé la même chose dans le domaine fonctionnel en France mais pas en psychiatrie intra-hospitalière* ». L'ergothérapeute se définit par son vécu, sa formation, ses compétences, ses valeurs professionnelles et personnelles, constituant son identité professionnelle. Elle valorise l'autoréflexion de sa pratique pour évoluer, s'intégrer et s'adapter aux situations nouvelles qu'elles soient socioculturelles ou institutionnelles.

⇒ Confrontation à la revue de littérature

L'enquête exploratoire, permet suite à l'analyse des entretiens, de rechercher des éléments de corrélation, complémentarité ou d'opposition en rapport au contenu de la revue de littérature. Les thématiques générales sont les suivantes :

I. Place de la culture dans les soins psychiatriques

Certains constats ou faits testés dans les études ne sont pas ressortis des entretiens. Aucune donnée n'explique que la différence culturelle peut expliquer, dans un diagnostic différentiel, certains signes cliniques associés à des pathologies psychiatriques (31). Ni qu'il existe des cas où, elle limite la participation des patients lorsque la communication verbale et non verbale n'est pas comprise (32). L'ergothérapeute exprime plutôt des difficultés de communication ou compréhension avec l'équipe soignante ou l'institution. Ses valeurs et principes dans les soins vis-à-vis des patients étaient différents de ceux appliqués dans son lieu de travail en France.

Dans la pratique générale, il est étudié que les ergothérapeutes tendent à valoriser l'approche holistique, notamment en considérant la personne dans sa globalité (12). Ainsi, lorsque certaines approches ne suffisent pas à rendre des besoins spécifiques des patient, ils peuvent s'appuyer sur des modèles conceptuels valorisant la diversité culturelle pendant leurs interventions (33). L'ergothérapeute indique utiliser non pas un modèle précis dans sa pratique en santé mentale mais le concept du rétablissement, qui n'a pas spécifiquement d'approche culturelle spécifique. Le patient interrogé identifie la posture de l'ergothérapeute comme un accompagnement spécifique à ses besoins et adapté à son parcours de soin. Dans cette spécificité, la prise en considération de la différence de l'autre est valorisée par les participants à l'enquête. La « différence de l'autre » peut être une piste de réflexion et d'intervention dans la recherche d'activités significatives.

Dans une optique d'amélioration de la qualité des soins, les études privilégient un effort d'adaptation vis-à-vis des contextes socioculturels du thérapeute et du patient (34). Cependant, ce compromis semble dépendre essentiellement du positionnement de la structure ou de l'équipe de soin par laquelle le patient est accompagné. La posture professionnelle des soignants varie selon les lieux géographiques, institutionnels, et les personnes incluent dans le parcours

de soin du patient. Elle comprend aussi la place qu'accorde le thérapeute à son contexte socioculturel et celui du patient.

Quelle est l'approche de soin la plus adaptée à appliquer en santé mentale ? Dépend-t-elle de l'ergothérapeute ou de l'institution ? Comment la dynamique de l'équipe dans laquelle travaille l'ergothérapeute impacte-t-elle son intervention avec ses patients ?

II. Occupation et bien être mental

L'ergothérapeute intervient principalement sur les activités signifiantes et significatives de la personne. Les études montrent qu'il existe un lien entre les occupations d'une personne et son bien-être mental suivant le contexte environnemental dans lequel elle vit (26). Cette corrélation se manifeste dans certains troubles psychiatriques : l'équilibre occupationnel améliore la qualité de vie des patients par la diminution leurs symptômes. Aussi, il est commun que ces activités soient choisies en fonction de la culture d'appartenance du patient. La culture occupe une place d'autant plus marquée dans un contexte communautaire quand elle définit les activités de la personne en fonction de ce que le groupe attend. Ainsi, une action individuelle est effectuée suite à des attentes collectives et apportent un résultat collectif et individuel, qu'il soit positif ou négatif. Dans ces cas-là, le bien être individuel est minimisé par ce que bien-être collectif peut apporter au patient : reconnaissance, sentiment d'appartenance, satisfaction, sentiment de sécurité (34). Il n'est ressorti aucune information en rapport à ces phénomènes pendant les entretiens libres.

A quel point les occupations impactent-elles alors le bien être mental ? L'ergothérapeute interrogée a-t-elle malgré elle agit en fonction des attentes collectives des professionnels de santé ? Son bien être personnel a-t-il été impacté ? Sur quels aspects ?

III. Perception de l'Autre et de la culture

La perception de l'Autre et ce qui le caractérise dépend du point de vue dans lequel on se place et du postulat adopté. L'enquête révèle des divergences entre le comportement de l'équipe de soin et celui de l'ergothérapeute vis-à-vis des patients. Les notions comme le respect, la distance thérapeutique et les valeurs professionnelles sont très différentes. L'ergothérapeute évoque une différence significative de postulats entre le milieu de la réhabilitation psychosociale et l'hospitalisation qui n'utilisent pas les mêmes courants de pensée de la santé mentale. La

réhabilitation est orientée rétablissement et correspond aux principes d'intervention cités par l'ergothérapeute, l'approche en hospitalisation elle, lui était complètement inconnue et ne répondait pas sa façon de travailler que ce soit avec les patients ou les équipes.

Dans un contexte de soin, la posture valorisée est celle de l'écoute et de la remise en question mutuelle de ce qu'exprime le patient et ce qu'entend le thérapeute. Les études évoquent les concepts d'humilité culturelle et de sensibilité culturelle pour pallier l'hégémonie culturelle et l'ethnocentrisme parfois inconscient du corps médical dans une relation impliquant une diversité culturelle (40). L'ergothérapeute évoque certains de ces concepts afin de rendre son intervention d'autant plus pertinente. Sa sensibilité culturelle lui permet de comprendre certains comportements ou de prendre en considération des facteurs qu'elle jugerait pour elle-même « peu importants » mais qui le seraient pour le patient. Elle essaie, de remettre en question ses propres représentations sociales et culturelles face à un patient qui ne répondrait pas aux mêmes normes.

Certains éléments ont été mis en avant par l'expérience de l'ergothérapeute interrogée, sans apparaître dans la revue de littérature. Les comportements face à la diversité culturelle semblent être influencés proportionnellement en fonction de la fréquence à laquelle la personne y est confrontée. Les entretiens révèlent que plus les participants étaient dans un environnement social très divers et culturellement différent de ce dont ils ont l'habitude, plus ils semblaient être sensible à la diversité culturelle. La notion de « nouveauté » qu'elle soit humaine, culturelle, institutionnelle, géographique améliorerait la capacité de la personne à comprendre l'Autre. Si cette différence n'est pas considérée, elle peut au contraire, créer un climat hostile pour la personne et biaiser ses relations interpersonnelles.

L'hospitalisation et les concepts en lien avec la psychiatrie sont-ils propres à la France ? Comment l'ergothérapeute et l'usager ont-t-ils développé leur sensibilité culturelle ? Est-ce seulement dû à aux expériences personnelles et professionnelles ? Ou est-ce aussi une qualité dépendante de la personne ? Est-ce être culturellement compétent ?

IV. Relation Patient Thérapeute

La culture est un facteur personnel et commun à tous les êtres humains, mais chaque personne évolue dans un contexte socioculturel spécifique. Ce contexte, influence les représentations, attitudes, interprétations du monde de la personne et de l'autre (8). La considérer dans la relation de soin, améliorerait la compréhension des deux acteurs et donc leur communication (43).

L'enquête décrit que travailler avec des personnes ayant des valeurs et principes différents, patients ou professionnels, pouvait aider à prendre du recul sur ses propres vérités et à construire un travail d'analyse de son identité professionnelle et de sa pratique.

Ainsi, travailler avec la personne, dans un but d'accompagnement des soins alimente positivement la relation thérapeutique et offre au patient une autonomie valorisante, sur certains aspects de son parcours. Cette posture est retrouvée lorsqu'un ergothérapeute, notamment employé comme « case manager » dans quelques centres de réhabilitation psychosociale, apporte au quotidien de la personne un suivi personnalisé et coordonné de ses soins intra et extra institutionnels dans un but de réinsertion (42). C'est par exemple le cas de l'ergothérapeute participant à l'enquête.

La place du patient soigné et du professionnel soignant peut parfois s'inverser dans la relation interpersonnelle, lorsque le soignant a besoin du patient comme aidant, au sein de l'intervention. La diversité culturelle et sociale peut parfois jouer ce rôle lorsque l'ergothérapeute est nouveau dans un service de soin ou par exemple pour l'ergothérapeute participante, lorsque la communication verbale est difficile suite à un changement de pays. Pour avoir une bonne alliance thérapeutique, la participante semble valoriser « le droit de vivre sa différence » que ce soit celle du patient ou la sienne, tout en gardant un cadre professionnel adapté.

Comment la posture professionnelle peut-elle moduler l'adhésion aux soins du patient dans le cas d'une diversité culturelle ? Pourquoi le rôle de « case manager » est décrit comme une des postures les plus adaptées ? Comment savoir le type de relation à avoir avec les patients ? Est-ce que cela dépend de l'étape du parcours de soin, de son état psychique, des objectifs de l'intervention ? Peut-on vivre sa différence dans tout contexte institutionnel (intra et extra hospitalier) ?

V. Stratégie d'approche culturelle dans les soins

Des ergothérapeutes se sont interrogés sur les stratégies d'approches culturelles dans les soins. Plusieurs solutions ont été proposées (44) : accompagner le patient dans la compréhension du système de santé français et des différents métiers du parcours de soin, favoriser les interactions entre pairs, les soignants et les patients pour instaurer un climat de confiance et une alliance thérapeutique. Des étudiants ergothérapeutes mettent en avant une attitude de non-jugement, d'empathie et d'ajustement de sa posture (34). Enfin, l'analyse de pratique professionnelle offre

au thérapeute une vision humaniste du soin et un changement de perception, l'ergothérapeute étant une partie intégrante de l'environnement humain du patient.

Pendant les entretiens, seuls les notions d'ajustement de la poste, de non-jugement et d'analyse professionnelle ont pu éclairer les faits relatés des articles et recherches. Elles sont décrites comme des moyens pour inclure la dimension socioculturelle dans l'intervention, pour améliorer la relation thérapeutique et respecter la différence et les valeurs de l'autre.

Quels sont les autres facteurs permettant de respecter la différence de l'autre et la sienne dans les soins ? L'ergothérapeute doit-il faire cet effort d'adaptation pour chacun de ses patients ? A partir de quel moment la diversité culturelle demande-t-elle de chercher des stratégies d'approches culturelle ? Faut-il nécessairement être face à une difficulté ?

1.4.Problématisation théorique

1.4.1.Problématisation pratique

Quels facteurs sont à l'origine de la prise en considération du contexte socioculturel dans les soins en santé mentale ? Est-ce seulement selon la posture et les choix de l'ergothérapeute que la prise en considération du contexte socioculturel diffère ? Le type d'institution ou d'approche en santé mentales sont-ils déterminants dans sa considération ? Y-a-t-il une étape de soin en santé mentale pendant laquelle l'ergothérapeute doit plus ou moins considérer ce contexte ? Quelle est la compétence culturelle de l'ergothérapeute en santé mentale ? Quels sont les éléments de cette compétence ? Les ergothérapeutes exerçant en France sont-ils culturellement compétents en santé mentale ? Quels facteurs majorent le plus cette compétence en ergothérapie ? L'expérience personnelle vis-à-vis de la diversité culturelle ? L'expérience professionnelle en tant qu'ergothérapeute en santé mentale ? Les ergothérapeutes sont-ils tous égaux dans l'acquisition de cette compétence ? Désirent-ils être culturellement compétents ? Le contexte socioculturel doit-il être considéré pour chacun des patients ou pour ceux dont la diversité est la plus marquée vis-à-vis de leur ergothérapeute ?

Question initiale de recherche :

Quelle est la compétence des ergothérapeutes vis-à-vis de la diversité socioculturelle des patients dans les différents parcours en santé mentale ?

1.4.2. Cadre de référence

Le choix des concepts est issu de l'analyse des résultats de l'enquête exploratoire et de la confrontation à la revue de littérature. Ils ont pour but d'enrichir l'objet de recherche par des apports conceptuels théoriques. Ils sont caractérisés par des variables et des indicateurs recherchés dans la pratique actuelle des ergothérapeutes. Pour une meilleure compréhension, l'ensemble de ces concepts sont définis sur des bases théoriques. Un récapitulatif concis est répertorié dans la matrice conceptuelle (*cf Annexe 5 p73*).

I. LE PARCOURS DE SOIN

Le parcours de soin dépend de l'institution dans laquelle est accueilli le patient. Le rôle de l'ergothérapeute au sein de ce parcours est explicité dans le livret blanc de l'ergothérapie en santé mentale de l'ANFE (57). Il peut globalement se construire par quatre grandes étapes de soin fréquemment rencontrées :

- L'hospitalisation : c'est une période de rupture et de crise avec des symptômes très présents. L'ergothérapeute favorise l'engagement de la personne dans ses soins, l'expression et la conscience de soi pour soulager les douleurs psychiques et la mise en place d'un cadre thérapeutique limitant l'apparition des troubles du comportement.
- La réadaptation psychiatrique : cette étape amorce la « reconstruction » du patient afin de lui permettre de trouver son rôle et s'intégrer dans la société en fonction de son environnement. Les ergothérapeutes valorisent la capacité d'autonomie de la personne et ses habiletés (cognitives, sociales, émotionnelles, physiques). Et ce, par des mises en situations réelles, le développement des compétences d'adaptation, des activités de socialisation, la recherche d'activités significatives.
- La réhabilitation : Elle est associée au concept du rétablissement (58). Le travail de l'ergothérapeute est d'accompagner « les personnes souffrant de troubles psychiques à se rétablir, c'est-à-dire à obtenir un niveau de vie et d'adaptation satisfaisant par rapport à leurs attentes ». Le rétablissement (56) est caractérisé par plusieurs dimensions : clinique par la rémission des symptômes, fonctionnelle pour avoir un travail, des activités

signifiantes, sociale par l'appartenance à un groupe, physique en favorisant une bonne santé et existentielle en se fixant un but, un sens à sa vie.

- La santé communautaire : Son action en ergothérapie s'inscrit dans une démarche préventive et informative auprès de l'entourage, du patient, des institutions, établissements tous domaines confondus (associatif, éducatif, salarial, loisirs, médical et social) et des individus. Le but est de prévenir le développement de troubles psychiques ou de symptômes associés, réduire les rechutes, mais aussi limiter les situations et la stigmatisation liées au handicap que ce soit en société ou dans la vie quotidienne du patient.

Les étapes du parcours de soin dépendent des établissements et institutions, au sein desquels, les patients ou usagers ont respectivement « un projet d'accompagnement et d'accueil » spécifique. Il est appelé plus communément « projet personnalisé » et est essentiel au suivi et à la coordination de leur parcours. Il existe des recommandations (59) qui apportent « des repères communs quant à la prise en compte des attentes et des projets de la personne dans l'élaboration et la mise en œuvre du (...) « projet personnalisé ». »

Il est défini par l'Anesm¹¹, dans les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (60) comme témoignant de « la prise en compte des attentes de la personne et englob[ant] la question de l'individualisation. », qualifiant « la démarche de co-construction de ce projet entre la personne accueillie/accompagnée et les équipes professionnelles. ». Aussi, pour faciliter la mise en place de ce projet, plusieurs principes sont déclinés dans les recommandations de l'Anesm. Les principaux retenus sont :

- La recherche de la participation de la personne à son élaboration
- Un rythme adapté au patient et concernant tous les personnels du suivi.
- Une continuelle remise en question du projet, favorisant sa pertinence.
- Favoriser le dialogue et l'échange avec le patient et son entourage.

Ce terme de projet personnalisé est un droit qui s'affirme dans la loi de 2002 (61). Loi promouvant les droits des usagers dans le secteur social et médico-social, notamment pour « une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son

¹¹ Anesm : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. ».

II. LA COMPÉTENCE CULTURELLE

La Fédération Mondiale des Ergothérapeutes (WFOT) a écrit sa position envers la considération de la diversité et de la culture (12) en ergothérapie et le besoin essentiel des ergothérapeutes « d'exercer leur métier en accord avec leurs propres croyances, valeurs, pratiques et manières d'être et de celles de leurs patients » (Hocking et Emeris, 2002). La compétence culturelle ou multiculturelle est composée de plusieurs variables et indicateurs étudiés de différentes façons par les auteurs. Dans les services de soin, il existe plusieurs modèles sur la compétence culturelle. Le plus accessible au domaine de la santé et adapté semble être « The process of cultural competence in the delivery of Healthcare Services »(62). Il a été développé en 1998 par Campinha-Bacote. Il peut être utilisé comme cadre conceptuel pour apporter des réponses culturellement adaptées dans le système de soin et améliorer la qualité des soins. Dans ce modèle, les professionnels de santé doivent s'inscrire dans un processus pour devenir culturellement compétent. La compétence culturelle se définit selon 5 dimensions : la conscience culturelle, le savoir culturel, l'habileté culturelle, les rencontres culturelles et le désir culturel. (cf Annexe 6 p74) Ces facteurs sont interdépendants et dynamiques, ils évoluent ensemble et au professionnel une posture d'humilité culturelle.

La conscience culturelle met en jeu la capacité du professionnel « the self-examination and in-depth exploration of one's own cultural and professional background »¹² (p182). Il est donc question de reconnaître ses biais culturels, ses assomptions et préjugés. Adopter cette attitude d'autoréflexion peut permettre au thérapeute d'éviter d'imposer sa culture à l'autre et tendre vers l'hégémonie culturelle.

Le savoir culturel est un processus engageant le professionnel « of seeking and obtaining a sound educational foundation about diverse cultural et ethnic groups »¹³ (p182). Trois domaines sont privilégiés : les représentations sur la santé, l'incidence et la prévalence des maladies et l'efficacité des traitements (Lavizzo-Mourey, 1996). Cette connaissance apporte au thérapeute

¹²« à se remettre en question et à explorer en détails, son propre contexte culturel et professionnel »(interprétation libre) (p182)

¹³ « à chercher et obtenir des connaissances solides sur la diversité culturelle et les groupes ethniques » (interprétation libre)

une meilleure compréhension de la vision du monde des patients sur leurs interprétations de la maladie, leur façon de penser, faire et être.

L'habilité culturelle consiste à réunir des données culturelles vis-à-vis du patient sur ses troubles et le besoin d'intervenir en tant que professionnel de santé. Cela implique de mener des évaluations avec les patients en discernant ce qui dépend directement de la diversité culturelle du patient (capacités, représentations, attitudes...) et pourrait biaiser les résultats ; de ce qui est propre à la pathologie ou trouble du patient. L'évaluation doit donc être culturellement adaptée pour permettre au thérapeute de mener une intervention pertinente.

Les rencontres culturelles demandent au « health care provider to directly engage in cross-cultural interactions with clients from culturally diverse background”¹⁴. Interagir avec des personnes avec une diversité culturelle, aide le thérapeute à modifier ses représentations et stéréotypes ou croyances sur la culture en question. Il est important de noter que la seule rencontre avec quelques personnes d'une même culture ou croyance, ne rend pas le thérapeute culturellement compétent vis-à-vis de cette culture : ce modèle se base sur le postulat qu'il existe plus de variations intra-ethniques (au sein d'une même population) qu'entre les différents groupes culturels. Aussi, rencontrer directement les patients, demande au professionnel de pouvoir évaluer leurs besoins linguistiques afin qu'ils soient adaptés pour une meilleure compréhension entre les deux parties durant l'intervention.

Le désir culturel est la motivation qu'à le thérapeute à vouloir, et non pas à devoir, devenir culturellement compétent dans tous les domaines cités ci-dessus. Respecter le patient et son contexte socioculturel n'est pas suffisant pour apporter une intervention culturellement adaptée. Le désir culturel comprend donc la capacité à être ouvert d'esprit vis-à-vis de l'autre et ses différences, être congruent, pouvoir s'adapter et accepter l'autre pour ce qu'il est et d'accepter d'apprendre à comprendre la diversité par d'autres personnes culturellement informées. Le désir culturel peut être associé à deux autres notions indépendantes de la compétence culturelle: l'humilité culturelle(63) (p16) dans laquelle le thérapeute est placé comme apprenant de la culture de l'autre, et l'approche centrée sur la personne (Carl Rogers, 1951- (64)) qui met en avant des qualités d'empathie, de congruence et la considération positive inconditionnelle du patient (65).

¹⁴ (p182) « au thérapeute d'engager des interactions interculturelles directes avec des patients présentant des contextes culturels divers. »

Le but de ce processus est de devenir culturellement compétent à partir de son propre contexte socioculturel et en trouvant l'équilibre entre les cinq dimensions composant la compétence culturelle. En 2015, la NASW¹⁵ a rédigé un livret présentant "Standards and indicators for cultural competence for social work practice"¹⁶ (63). Plusieurs standards sont donc présentés, comme la conscience de soi, l'humilité culturelle, le savoir interculturel, l'habilité interculturelle, favoriser l'emploi pour la diversité, le langage et la communication, le développement et la promotion des pratiques auprès des minorités ethniques etc. Ce livret a été mis en place pour développer les pratiques culturellement adaptées pour les travailleurs sociaux et les populations. Certains indicateurs présentés seront utilisés afin de créer la matrice de questionnement pour la recherche.

III. LE CONTEXTE SOCIOCULTUREL

Le contexte ou environnement socioculturel est constitué du contexte social et du contexte culturel de la personne. Thérapeute ou patient, chaque personne a des facteurs personnels spécifiques comme l'âge, le genre, le niveau de vie, le contexte socioculturel, ethnique et éducatif. En ergothérapie, certains de ces éléments sont décrits dans le Modèle Transactionnel de l'Occupation (10). (*cf Annexe 7 p74*). Il se base sur l'interaction et l'interdépendance de différents éléments situationnels influencés par les dimensions de l'occupation. Quatre contextes sont ici intéressants à considérer : les éléments socio-culturels, géopolitiques, socio-environnementaux et les éléments liés à l'utilisateur. Ils apportent à l'ergothérapeute des points de vigilance quant à la considération des occupations ou la politique de santé suivant les secteurs géographiques, les caractéristiques des personnes incluses dans l'environnement social du patient et leurs influences, mais aussi les croyances, les priorités occupationnelles, les habitudes, les attitudes etc.

Le contexte social « englobe tous les facteurs culturels, économiques, historiques, etc qui font partie de l'identité et de la réalité d'une personne. L'être humain est une entité à caractère social dont le développement dépend des liens qu'il entretient avec son environnement. » (66). Nous réalisons ou devons réaliser certaines occupations, sous l'influence de notre contexte socioculturel. Elles peuvent être engendrées par des attentes extérieures à notre envie ou besoins personnels ou d'autres personnes. Ainsi, avoir conscience du contexte social d'une personne

¹⁵ NASW : National Association of Social Workers.

¹⁶ « les standards et indicateurs pour la compétence culturelle dans les pratiques des travailleurs sociaux »

donne des indications au thérapeute pour guider son intervention, choisir des objectifs adaptés pour accompagner la personne à atteindre son but. Ils permettent à l'ergothérapeute de considérer les occupations dans leur sens le plus large et d'en limiter la négligence de certaines (chap2 p23).

Les morales culturelles, croyances, valeurs et coutumes partagées varient selon les contextes socioculturels des patients. Toutes les exigences sociétales et culturelles sont influencées par le système dans lequel le patient évolue. Aussi, les éléments du contexte socioculturel apportent à l'ergothérapeutes plusieurs éléments clefs à son intervention (Chap2 p24) :

- L'influence des règles culturelles, les normes, les attentes, les valeurs et croyances sur les occupations des patients et leur façon d'être réalisées.
- Des pistes de réflexion et de compréhension sur le choix des occupations du patient.
- La prise de conscience du risque d'imposer ses propres représentations culturelles à celles des patients.
- L'intérêt d'être attentif aux droits des patients vis-à-vis de leur dignité, vie privée, la prise de décision individuelle ou collective en fonction de leur milieu socioculturel et l'accepter.

1.4.3. Apport à la problématique théorique

Question de recherche : Quelle est la compétence culturelle des ergothérapeutes travaillant en France selon les étapes du parcours de soin en santé mentale ?

Objet de recherche : Décrire la compétence culturelle actuelle des ergothérapeutes exerçant en France selon les étapes du parcours de soin de la personne suivie en santé mentale.

2. Méthode de recherche

2.1. Dispositif de recherche en méthode différentielle

En considérant l'objet de recherche, le type d'étude à réaliser tend à être descriptive et corrélative (67). La méthode appartient donc à la catégorie des recherches différentielles. Elle recherche s'il existe ou pas une variation de réponse des sujets par rapport à un phénomène extérieur, créant une logique de catégorisation. A partir des corrélations entre variables ou facteurs individuels, il s'agit de repérer des catégories de fonctionnement des sujets. Elle étudie dans ce cas précis, la variation de réponses entre la compétence culturelle des ergothérapeutes et les différentes étapes du parcours de soin de la personne suivie en santé mentale (68). Elle est principalement quantitative, les données quantifiables permettront de décrire le phénomène dans la France et d'identifier les variables qui interviennent ou n'interviennent pas. La méthode de recherche se construit autour des concepts, d'une question de recherche et d'hypothèses à tester. « Une hypothèse est une proposition provisoire qui anticipe une relation entre deux termes (concepts ou phénomènes). Elle demande donc à être vérifiée et elle devra être confrontée ultérieurement à des données d'observation. »(69).

Hypothèse générale : Les ergothérapeutes travaillant en France ont une compétence culturelle différente suivant les étapes du parcours de soin en santé mentale.

Les erreurs d'échantillonnages sont inévitables mais peuvent être atténuées et doivent être prises en considération lors de la construction de la recherche (70). Lors d'un test d'hypothèse, il est difficile de déterminer si la différence observée entre deux variables est apparue par chance lors d'une erreur d'échantillonnage. Il n'est pas possible de prouver l'existence ou la non-existence de réelles différences entre deux variables car cela demanderait au chercheur de tester tous les cas possibles au sein de la population parente et non plus seulement d'un échantillon. Ici, cela concernerait tous les ergothérapeutes travaillant actuellement en santé mentale en France. L'hypothèse nulle se positionne alors sur le postulat que les différences observées dans un groupe ne sont pas significatives ou peu marquées. Par rapport aux résultats de la recherche, cette hypothèse doit anticiper l'inverse de celle de recherche pour pouvoir être rejetée ou approuvée. En rejetant l'hypothèse nulle, il est possible de conclure que les résultats ne sont pas dû à la chance mais bien à l'effet significatif d'une variable.

Hypothèse nulle : La compétence culturelle des ergothérapeutes est la même à chaque étape du parcours de soin en santé mentale.

$H_0 : \mu_A = \mu_B$

μ_A : la compétence culturelle des ergothérapeutes en santé mentale

μ_B : chaque étape du parcours de soin en santé mentale

Afin de pouvoir étudier un phénomène d'étude différentielle et construire l'outil de recueil de données, plusieurs variables et facteurs sont à préciser (71) :

- ⇒ Les facteurs intrinsèques au sujet dépendent de l'ergothérapeute et de son vécu. Ils sont composés des variables catégorielles : la tranche d'âge, l'année d'expérience en santé mentale, le genre et des variables dimensionnelles : la représentation qu'a l'ergothérapeute de la « personne », la conscience culturelle, le désire culturel, l'habileté culturelle.
- ⇒ Les facteurs extrinsèques au sujet ne dépendent pas directement de l'ergothérapeute. Ils sont composés des variables contextuelles : le nombre d'ergothérapeute sur le lieu de travail, le type d'approche en santé mentale, le type de structure en santé mentale, les activités de l'ergothérapeute, la fréquence de rencontre avec une population culturellement variée dans le milieu professionnel, la possibilité matérielle et financière d'adapter son intervention ou pas.
- ⇒ Les personnes concernées par cette étude doivent donc répondre aux critères suivants :
 - Être ergothérapeute diplômé d'état
 - Travailler actuellement en santé mentale en France.
 - Être consentant pour répondre à l'enquête.

Les données quantitatives collectées pourront ensuite être traitées et analysées selon une démarche corrélationnelle en suivant la logique de catégorisation suivante (68):

Les variables intergroupes : Elles différencient des groupes de sujets sur des variables contextuelles précédemment définies et situationnelles dans le cas d'une confrontation à la diversité culturelle dans un contexte professionnel.

Les variables interindividuelles : Elles correspondent aux observations faites sur un ensemble d'individus de telle manière que chaque individu puisse être affecté d'une des valeurs possibles de la variable. Dans cette recherche, elles se déclinent selon trois des dimensions de la compétence culturelle (savoir/habilité/rencontres) qui mettent en jeu des actions concrètes de la part des ergothérapeutes.

Les variables intra-individuelles : Elles différencient un même individu de plusieurs situations ou contextes. Ici sont étudiées les caractéristiques individuelles comme le rapport aux stéréotypes, préjugés, le niveau de conscience culturelle, les biais culturels propres à l'ergothérapeute, sa flexibilité et sa capacité à se remettre en question. Les variables sont issues des deux dernières dimensions de la compétence culturelle : le désir culturel et la conscience culturelle et des représentations qu'ont les ergothérapeutes de la personne et du contexte socioculturel.

2.2. Outil de recueil de données quantitatif : le questionnaire

Le questionnaire est un outil se créant à partir de variables définies, de questions et de modalités de réponses précises. Les variables mesurées sont identifiées dans la matrice conceptuelle (cf *Annexe 5 p73*) et catégorisées dans le développement de la recherche différentielle (cf 2.1) afin de répondre à la question de recherche « *Quelle est la compétence culturelle des ergothérapeutes en France, selon les étapes du parcours de soin en santé mentale ?* ».

A. Population cible

L'ANFE a réalisé une enquête nationale en 2015 (72), parmi les 3 605 participants, 185 ergothérapeutes actifs travaillaient dans le secteur sanitaire en santé mentale soit 4,70% de la population (cf tab.8 répartition des actifs en fonction de la catégorie de structure, p21). Les ergothérapeutes dénotent la présence de troubles psychiques et mentaux chez leur patient dans 33% de leur activité professionnelle (fig25,p24). Au niveau de l'emploi seulement 6% des ergothérapeutes interrogés pratiquent en psychothérapie médiatisée et 16% en réhabilitation psychosociales (fig26 pratique des ergothérapeutes, p25). Ainsi, il est analysé que la pratique en santé mentale en 2015 est un secteur encore peu développé.

Population parente : Les ergothérapeutes concernés ne sont aucunement limités vis-à-vis des caractéristiques identitaires de la population qu'ils prennent en soin, comme l'âge, le genre etc.

Les deux critères d'inclusions, définissant la population parente sont :

- L'ergothérapeute travaille dans le domaine de la santé mentale.
- La pratique se déroule en France.

En se basant sur les résultats de l'enquête de l'ANFE, les ergothérapeutes répondant aux actuels critères d'inclusion de la recherche représentent 4,70% de leur échantillon en 2015. Il n'existe pas d'étude démographique accessible plus récente, recensant le nombre d'ergothérapeute travaillant en santé mentale en France en 2020.

Échantillonnage non-probabiliste (73): C'est un échantillon par réseau et volontaire, les individus sont sélectionnés en fonction de leurs liens avec un « noyau » d'individus et choisissent de répondre de leur propre accord au questionnaire. L'enquête est donc envoyée sur plusieurs groupes de réseaux d'ergothérapeutes ou par mail, avec pour demande spécifique : « *si vous avez les coordonnées d'autres ergothérapeutes répondant aux critères d'inclusion, n'hésitez pas à transférer ce mail ou à me communiquer leur adresse mail. Merci.* » Le but est de tendre vers un échantillon le plus aléatoire possible.

Matrice de questionnement

La matrice de questionnement sert de base de construction de l'outil de recueil de données et permet l'explicitation des liens entre : les indicateurs qui déclinent chaque variable, les questions constitutives de l'outil ainsi que les modalités de réponses et leurs objectifs (Cf *Annexe 8 p75*). Elle a été testée et modifiée suite à un retour test de trois ergothérapeutes entrant dans les critères d'inclusion de la recherche. Ce test cherche à vérifier si les questions sont claires, pertinentes et accessibles. Des modifications sont apportées en fonction de la pertinence des remarques et de l'objectif de chaque question. Suite à leur retour, certaines modalités de réponse ont été affinées, des questions ont été précisées et certains termes définis. Le questionnaire n'ayant eu aucune remarque sur sa durée, trois questions améliorant le test de certaines variables ont été ajoutées. Les consignes communiquées sur les différentes plateformes de communications sont indiquées dans un mail type (cf *Annexe 9 p79*).

Les rubriques et leurs objectifs

Le questionnaire est composé de quatre rubriques : les caractéristiques dimensionnelles des ergothérapeutes, les expériences en santé mentale et parcours de soin, le contexte socioculturel en santé mentale et la compétence culturelle. Chaque partie contient respectivement huit, six, six et dix-sept questions correspondant à un total de trente-huit questions. La première question « Acceptez-vous de participer à cette enquête ? » et l'entête du questionnaire répondent à la conformité du déroulement d'une recherche en sciences humaines d'après la loi Jardé du 5 mars 2012 (74).

La rubrique « *caractéristiques dimensionnelles* » permet dans un premier temps de sélectionner les ergothérapeutes entrant dans les critères d'inclusion de la recherche et de définir des profils d'ergothérapeutes à catégoriser selon un point de vue sociodémographique.

La rubrique « *expériences en santé mentale et parcours de soin* » donne une représentation de la pratique des ergothérapeutes en santé mentale dans ses différents domaines, du type d'intervention qu'ils mettent en pratique avec leurs patients et des modalités d'intervention.

La rubrique « *contexte socioculturel en santé mentale* » donne une représentation de la pratique personnelle des ergothérapeutes en santé mentale vis-à-vis du contexte socioculturel de leur patient. Elle permet d'estimer si la rencontre avec la diversité culturelle est conséquente ou pas en ergothérapie et de valider ou invalider un lien en rapport avec la rubrique précédente. Dans cette partie du questionnaire, il n'est pas donné de définition de ce qu'est le contexte socioculturel.

La rubrique « *compétence culturelle* » offre une vision globale des différents niveaux de compétence culturelle des ergothérapeutes dans toutes les dimensions décrites par Campinha-Bacote.(75) Elle reprend les termes de connaissance culturelle, désir culturel, habileté culturelle, conscience culturelle et rencontre culturelle.

La formulation et terminologie :

Les questions doivent mettre en avant chaque indicateur ou plusieurs identifiés précédemment. Leur formulation tend à être aussi claire, non ambiguë et accessible que possible sans offenser le participant (Bradburn, Sudman & Wansik, 2004). Elles se déclinent sous deux formes (76): fermées et ouvertes. Les questions ouvertes sont utilisées soit dans un objectif d'approfondissement d'une question précédemment posée, soit pour comprendre un

phénomène soit pour catégoriser un phénomène. Elles correspondent aux variables intra-individuelles. Les questions fermées apportent des réponses plus simples à analyser et plus uniformes, ce qui permet de créer des catégorisations issues de variables interindividuelles ou intergroupes.

Le contexte socioculturel : L'objectif de la rubrique « *contexte socioculturel en santé mentale* » est de mettre en évidence la pratique actuelle de l'ergothérapeute par rapport à sa propre conception de ce qu'est le contexte socioculturel, apporter une définition pourrait biaiser les réponses et ne pas être représentatif. Cependant, afin d'éclairer le participant autour de ce point, la question 15 « *selon vous, de quoi est constitué le contexte socioculturel d'une personne ?* » propose les indicateurs principaux le constituant via une réponse à choix multiples.

Les modalités de réponses :

Les échelles de mesures ont plusieurs objectifs par rapport aux indicateurs comme par exemple leur différenciation, leur classement dans un ordre donné, comptabiliser le nombre d'indicateurs possible pour une variable (77). Ces objectifs sont classés par catégories d'échelle :

- ⇒ **Nominale** : « Elles sont utilisées pour classer les indicateurs comme le sexe. Dans ce cas les numéros correspondent à des catégories spécifiques auxquelles les participants appartiennent (1 = femme ; 2= homme) » (p157 traduction libre). Leurs résultats sont décrits par des proportions ou des fréquences. Dans le questionnaire l'échelle nominale répond aux questions inter groupales.
- ⇒ **Ordinale** : cette échelle est utilisée pour classer des catégories dans un ordre logique. Le nombre correspond à un grade, dans ce questionnaire le 0 équivaut au minimum et 5 au maximum. Les réponses n'apportent pas une « quantité » précise ce qu'y est fait ou perçu mais une description suivant un degré approximatif permettant à l'ergothérapeute de se positionner. Dans ce questionnaire, les échelles ordinales répondent aux questions interpersonnelles liées à leur pratique et à leur compétence culturelle.
- ⇒ **A intervalle** : elles sont composées d'unités de mesures qui, entre deux catégories, ont toujours la même valeur, et permettent identifier une différence relative entre deux

indicateurs. Elles sont utilisées pour estimer la perception et l'avis des ergothérapeutes sur leurs pratiques ou des positionnements.

- ⇒ **Réponses courtes / longues** : elles sont utilisées pour les questions ouvertes à but descriptives et argumentatives. Les données seront traitées selon un modèle qualitatif. Dans ce questionnaire elles répondent aux questions intra personnelles.
- ⇒ **Propositions de choix de réponses** : Cette modalité répond à une question ouverte avec plusieurs propositions de caractéristiques ou catégories. Elle facilite le traitement des données et apporte des réponses uniformes qui permettent d'affirmer ou infirmer des corrélations entre variables. Dans ce questionnaire, elles correspondent aux questions traitant du parcours de soin en santé mentale et de la définition de termes.

B. Biais et limites du questionnaire

La procédure de recherche est standardisée afin de respecter la validité scientifique de l'étude. Les sujets sont donc placés dans la même situation de recherche, les consignes et l'outil de recueil de données sont identiques : un questionnaire est communiqué aux ergothérapeutes de France travaillant dans le domaine de la santé mentale.

Plusieurs démarches ont été entreprises dans le but d'atténuer les biais de cette recherche. Les biais méthodologiques entraînent un recueil d'information insuffisant, incomplet ou difficile, une mauvaise formulation des questions. Le questionnaire est travaillé sur plusieurs semaines et construit sur des phrases simples et majoritairement à modalité fermées, explicites lorsque les termes sont ambigus et non modifiables. Il a été testé et commenté par trois ergothérapeutes répondant aux critères d'inclusion, travaillant dans trois types de poste en santé mentale : libéral, réhabilitation psychosociale et hospitalisation ou lieux de vie. La formulation des questions est basée sur plusieurs indicateurs issus de concepts ou critères standardisés par l'association nationale des travailleurs sociaux en 2015 (63). Le biais de désirabilité sociale incite les participants à répondre dans le but de créer une image positive de soi pour l'examineur, pour l'atténuer, le questionnaire est anonyme, la formulation ne fait ressortir aucun jugement de valeur et l'enquête est envoyée à plus de cinquante ergothérapeutes. Pour limiter l'effet de primauté et de récence, donnant une importance exagérée au début ou à la fin du questionnaire, les questions sont répertoriées par rubrique et une majorité de réponses sont des échelles, approximant le temps de réponse à 25 minutes. Enfin, le questionnaire fait l'objet

de plusieurs relances par mail, messages sur les réseaux sociaux afin d'amoindrir le biais dû à l'absence de réponse (47) (p92).

2.3 Résultats de l'enquête

2.2.1. Statistiques descriptives

Suite au partage de l'outil de recueil de données, 30 ergothérapeutes diplômés d'état entrant dans les critères de recherche ont participé à l'enquête (*cf question 1 et 2*). Pour une meilleure représentation visuelle et comparative, et malgré un nombre inférieur à 100 participants, la description de certaines données récupérées est retranscrite en pourcentages. L'étude s'intéresse à la compétence culturelle actuelle des ergothérapeutes en fonction des étapes du parcours de soin en santé mentale. La description statistique des données est réalisée en fonction de quatre grandes étapes du parcours de santé en santé mentale ou processus de soin : l'hospitalisation, la réadaptation psychiatrique, la réhabilitation et la santé communautaire. Les trois aspects étudiés sont : la socio-démographie de l'échantillon, le contexte socioculturel et la compétence culturelle. Le nombre d'ergothérapeute en santé communautaire n'étant pas assez représentatif pour le généraliser (6% de l'échantillon) ; les résultats seront, pour certaines descriptions, présentés mais non interprétés. L'ensemble des résultats des statistiques descriptives sont regroupées dans des tableaux (*cf Annexe 12 p116*).

⇒ *Description sociodémographique de l'échantillon*

La majorité des participants sont des femmes, environ 93%. Ce résultat est représentatif de la démographie actuelle des ergothérapeutes travaillant en France en 2019 (78), 87% d'entre elles, inscrites au répertoire ADELI étant des femmes. Tout processus confondu, la majorité des individus ont une expérience professionnelle en santé mentale inférieure à 11 ans et suivent des adultes au sein de leurs intervention (*cf tableau 1 p116*). Il est à noter que le profil des deux ergothérapeutes en santé communautaire est très similaire, contrairement à ceux travaillant dans les autres domaines de la santé mentale dont les caractéristiques identitaires sont partagées. Hormis la tendance centrale pour « la réhabilitation orientée rétablissement » utilisée à 50%,

aucune différence n'est significative quant aux différentes approches théoriques dans l'ensemble des étapes du processus de soin (cf question n°11).

Au niveau de la tranche d'âge des ergothérapeutes interrogés, les individus les plus âgés sont tous concentrés en hospitalisation, tandis que les autres sont répartis en proportions différentes dans les autres processus (cf Figure 1 p44).

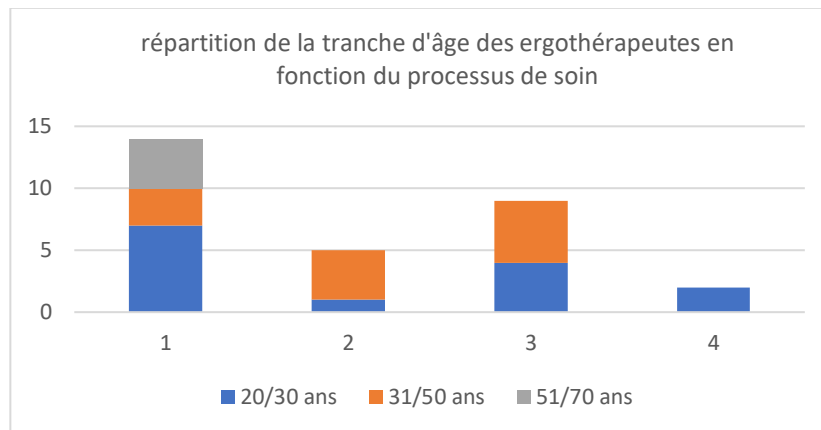


Figure 1 – histogramme empilé. 1 : hospitalisation ; 2 : réadaptation psychiatrique ; 3 : réhabilitation ; 4 : santé communautaire.

⇒ *Le contexte socioculturel en santé mentale*

Le champ de compétence des ergothérapeutes se construit principalement autour « les sciences de l'occupation » et de la dynamique humaine en considérant ses environnements, expériences et contextes (79). La compétence culturelle est un concept commun à toute personne, décliné sous plusieurs aspects et niveaux d'aptitude à vivre avec la diversité culturelle. Dans la pratique, cette compétence correspondrait notamment à la considération de l'environnement socioculturel des personnes suivies par les ergothérapeutes et leur rapport à la diversité (cf tableau 2 p116).

Plus de $\frac{3}{4}$ des individus sont souvent ou toujours en rapport à la diversité socioculturelle dans leur pratique. Dans le questionnaire tous les items énoncés à question n°15, sont des éléments constitutifs du contexte socioculturel. Les ergothérapeutes en réhabilitation sont ceux présentant les réponses maximales dans l'identification de 4 des éléments sur 8 et sont à l'inverse, les individus les moins confrontés à la diversité culturelle à 67%, (cf Figure 2 p45). En étudiant le rapport inverse, une des populations les plus exposées à la diversité est celle en hospitalisation. Elle s'identifie aussi comme ayant, en moyenne, le moins d'éléments du

contexte socioculturel (CSC) identifiés. La fréquence d'identification de ces éléments n'est pas, dans cet échantillon, proportionnelle à la fréquence de confrontation à la diversité culturelle en milieu professionnel.

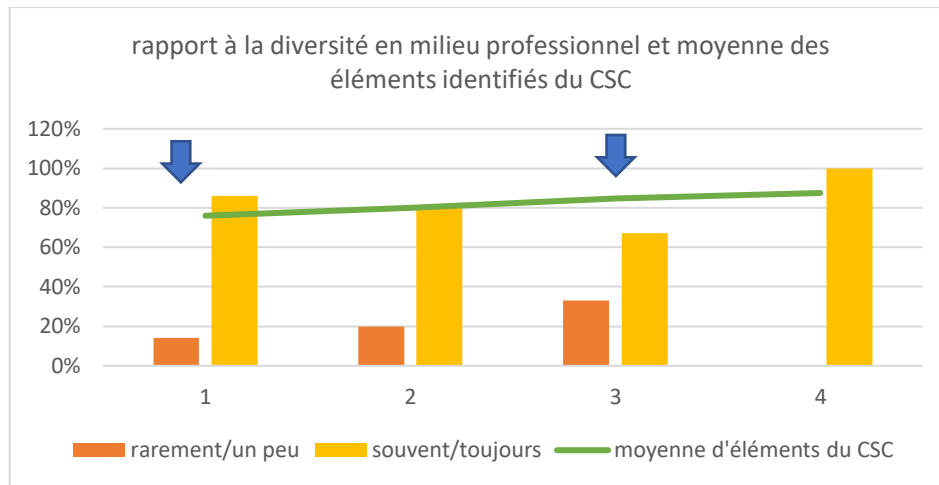


Figure 2 – histogramme groupé. 1 : hospitalisation ; 2 : réadaptation psychiatrique ; 3 : réhabilitation ; 4 : santé communautaire.

La suite des données apporte des réponses sur les facteurs pouvant influencer la prise en considération du contexte socioculturel. « La personne et son contexte socioculturel » et « vous-même en tant qu'ergothérapeute » sont présents en moyenne sur l'ensemble de l'échantillon. Quelques disparités sont apparues notamment pour « l'objectif d'intervention » qui est très représenté en hospitalisation tandis que « la personne et son contexte » est prédominant en réhabilitation et « vous-même en tant qu'ergothérapeute » en réadaptation psychiatrique. Les facteurs dominants en hospitalisation et réhabilitation semblent, entre eux, inversement proportionnels. (cf figure 3).

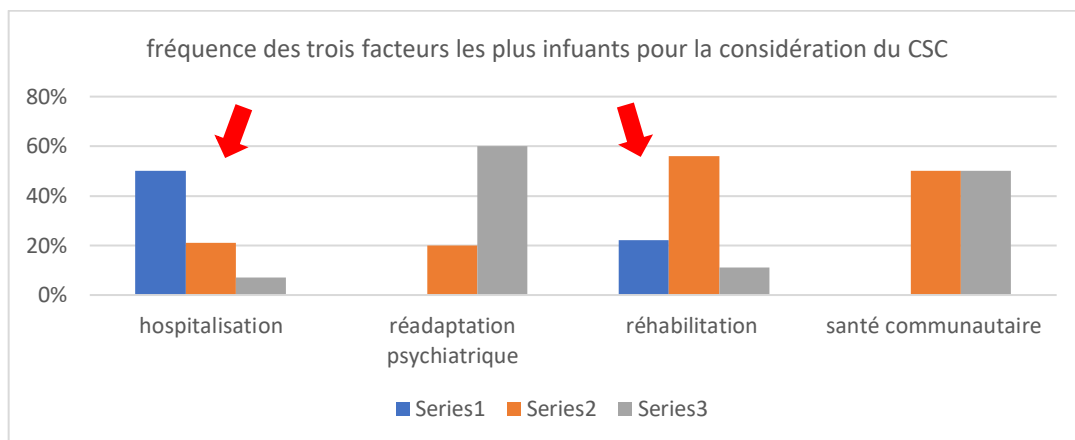


Figure 3 – histogramme. Série 1 : objectif d'intervention ; série 2 : la personne et son contexte ; série 3 : vous-même en tant qu'ergothérapeute

Le contexte socioculturel impacte plusieurs aspects des occupations. Suite au questionnement sur l'influence de ces aspects dans le quotidien, le rapport à « l'importance des occupations pour la société » et « leur choix » est clivé entre les étapes à but de « reconstruction » : hospitalisation et réadaptation psychiatrique ; et les étapes extrahospitalières : réhabilitation et santé communautaire (cf figure 4). Cependant l'impact du contexte socioculturel sur « leur importance pour la personne » et « l'identification à un groupe ou autrui » est très influant pour l'ensemble des étapes du processus (cf tableau 2 p116).

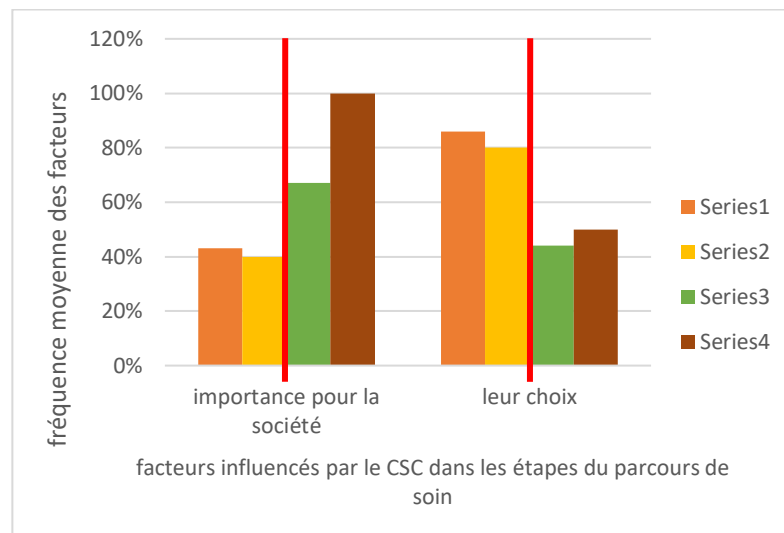


Figure 4 – histogramme groupé. 1 : hospitalisation ; 2 : réadaptation psychiatrique ; 3 : réhabilitation ; 4 : santé communautaire.

⇒ *La compétence culturelle.*

Il n'est pas possible d'affirmer à partir des résultats de cette recherche que l'ergothérapeute français en santé mentale est culturellement compétent. Celle-ci dépend du modèle dans lequel elle est considérée et des indicateurs déterminés pour l'évaluer. Et pour son évaluation, il n'existe, pour l'instant pas d'outil validé, certifié et adapté français. Cependant, il est possible de comparer la compétence culturelle des ergothérapeutes entre chaque processus. Cette rubrique cherchant donc à l'évaluer et la comparer, la description des différents items de la compétence culturelle et leurs réponses se fait par une moyenne du niveau de chaque aspect : conscience culturelle, désir culturel, rencontres culturelles, désir culturel, savoir culturel et habileté culturelle. Les données sont alignées en fonction des quatre étapes du processus de soin en santé mentale. L'ensemble des tableaux présentés (cf Annexe 12 p116), met en comparaison

chacun des résultats afin d'identifier les différences ou similarités de niveau pour les cinq aspects de la compétence culturelle.

Le savoir culturel est défini par les questions 22, 24 et 26. Le niveau de savoir culturel est en moyenne équivalent dans toutes les étapes du processus de soin. Seule la moyenne du nombre de mots du domaine culturel identifiés tels que « hégémonie », « identité », « conscience » ou « compétence culturelle » est prédominante en réadaptation psychiatrique. (cf tableau 3 p117) L'identité culturelle est le mot le plus identifié sur l'ensemble de l'échantillon à 70%.

L'habileté culturelle est définie par les questions 17, 26, 27 et 28 (cf tableau 4 p117). Les résultats de l'habileté culturelle présentent des moyennes plutôt faibles en hospitalisation ne dépassant pas les 0,75/1 et sont semblables en réadaptation psychiatrique et santé communautaire. 29 individus sur 30 ont évoqué des stratégies face à difficulté de communication liée à la culture. Toute étape confondue deux types sont mis en évidence : les moyens liés directement à l'action de l'ergothérapeute (intrinsèques) et ceux dépendants de facteurs extérieur (extrinsèques). Les moyens intrinsèques à l'ergothérapeute sont favorisés en réadaptation et hospitalisation, tels que la reformulation, l'adaptation de l'activité ou du cadre. A l'inverse en réhabilitation et en santé communautaire, les moyens extrinsèques sont préférés : ethnopsychiatre, interprète, échange avec les familles ou les membres de l'équipe de soin. (cf figure 5).

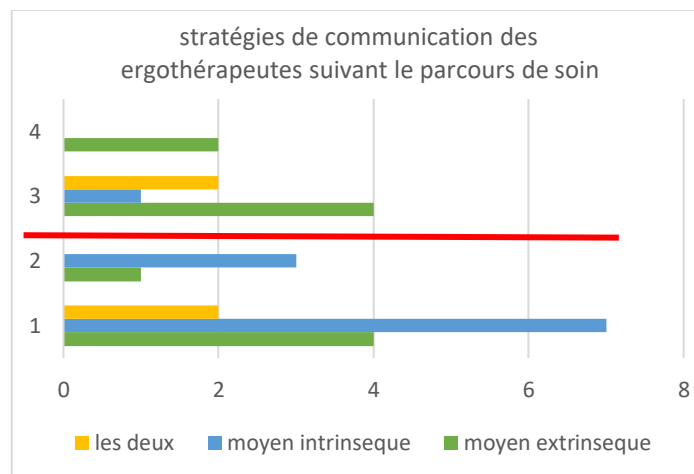


Figure 5 – Barres groupées. 1 : hospitalisation ; 2 : réadaptation psychiatrique ; 3 : réhabilitation ; 4 : santé communautaire.

Les rencontres culturelles sont définies par les questions 32, 33, 37. Les données présentent des disparités principalement au niveau du rapport à la diversité culturelle dans le milieu

professionnel : en santé communautaire et réhabilitation, plus de 67% des individus ont partagé une expérience contre moins de 41% en réadaptation psychiatrique et hospitalisation. Des facteurs liés à l'impact du contexte socioculturel sur les occupations sont évoqués dans le discours certains ergothérapeutes. Par exemple les différentes représentations d'une même occupation ou les dilemmes éthiques vis-à-vis de la représentation maltraitance suivant les cultures. Aussi l'intérêt porté par l'ergothérapeute ou un tiers aux éléments du contexte socioculturel de certaines personnes améliore à la fois son adhésion aux soins et la relation thérapeutique (cf tableau 5 p117, résultats de l'enquête p95).

La conscience culturelle concerne les questions 20, 29 à 31 (cf tableau 6 p118). Les ergothérapeutes interrogés travaillant en réadaptation et santé communautaire, sont évalués comme les plus conscients de leur propre culture et ses influences sur autrui : leur moyenne se situe minimum à 0,8/1 dans 3 items sur 4. En comparaison, les moyennes de ces trois mêmes items leurs sont inférieures en réhabilitation et hospitalisation. Cependant, l'ensemble des ergothérapeutes sont au moins d'accord pour affirmer que chaque contexte social et culturel doit être considéré avec la même importance pour toutes les personnes.

Le désir culturel concerne les questions 35, 36 et les commentaires (cf tableau 7 p116). Dans l'ensemble, les quatre populations ont un désir culturel élevé supérieur à 71% et veulent développer leur compétence culturelle. La réhabilitation et la santé communautaire sont les plus compétents sur l'ensemble des questions liées à la promotion et le développement de la compétence culturelle. Plusieurs ergothérapeutes attestent de l'importance de prendre en considération le contexte socioculturel dans leur intervention. L'hospitalisation est la seule étape du processus comptabilisant des ergothérapeutes ne désirant pas améliorer cette compétence. Aussi, 96,7% des individus ont répondu que la compétence culturelle s'acquiert au mieux au cours des expériences personnelles, 83,3% pour les expériences personnelles et 26,7% pour la formation ou les stages.

Globalement, pour la dispersion des données, les écarts types de l'ensemble des items sont inférieurs à 1,5 au sein de chacune des étapes du processus de soin. Seule la question n°31 abordant « l'influence des types d'ismes, préjugés et stéréotypes dans la pratique » révèle une dispersion forte avec un écart type compris entre 4,2 et 2,1. Il est possible que cette question n'ait pas été interprétée de la même manière pour tous. Le niveau dans chaque aspect de la compétence culturelle semble être différent suivant les étapes du processus de soin. Suite à la confrontation des données, plusieurs résultats mettent en évidence une disparité dans le rapport

à la diversité et à la compétence culturelle entre deux des étapes les plus représentées du parcours de soin : l'hospitalisation et la réhabilitation.

2.2.2. Inférences statistiques

La recherche de corrélation s'applique à l'échantillon testé mais ne peut être généralisée à la population mère car l'échantillon est trop faible, $n=30$ dont n (hospitalisation) = 15 ; n (réadaptation psychiatrique) = 5 ; n (réhabilitation) = 9 et n (santé communautaire) = 2. Pour rappel, il n'est pas possible de valider une hypothèse. Cependant, la rejeter l'est et ce, en s'intéressant à l'inverse de H1, l'hypothèse nulle. Elle est notée H0, « La compétence culturelle des ergothérapeutes est la même à chaque étape du parcours de soin du patient en santé mentale ». Pour tester H0, il est nécessaire de calculer la compétence culturelle moyenne des ergothérapeutes dans chacune des étapes du parcours de soin en santé mentale. Elles sont définies plus haut comme l'hospitalisation, la réadaptation psychiatrique, la réhabilitation et la santé communautaire. Si les moyennes sont égales alors H0 est acceptée et H1 ne l'est pas, mais cela ne signifiera pas que H1 est fausse. Dans le cas contraire, si au moins deux des moyennes de la compétence culturelle sont différentes, alors H0 est fausse. Il sera possible d'affirmer que H1 est nécessairement vraie puisque H0 est rejetée.

⇒ Compétence culturelle moyenne par étape de parcours de soin

Chaque moyenne est calculée suite à partir des résultats des items des tableaux des aspects de la compétence culturelle (cf Annexe 12 p116). En sciences humaines, la marge d'erreur considérée est d'environ 5% (80). Les données recueillies sont calculées en fonction des trois populations les plus représentées dans l'échantillon.

processus de soin	MOYENNES					
	SAVOIR CULTUREL	HABILITÉ CULTURELLE	RENCONTRES CULTURELLES	CONCSCIENCE CULTURELLE	DÉSIR CULTUREL	COMPÉTENCE CULTURELLE
réadaptation psychiatrique	0,49	0,74	0,71	0,74	0,88	0,71
hospitalisation	0,45	0,72	0,64	0,67	0,82	0,66
réhabilitation	0,44	0,75	0,79	0,73	0,93	0,73

Tableau 1 – moyennes des dimensions de la compétence culturelle selon les étapes du parcours de soin en santé mentale.

La compétence culturelle des ergothérapeutes ayant participé à l'enquête, présente, dans chacune des populations, une étendue égale à 0,07 donc 7%. Avec une marge d'erreur à 5%, la différence entre les différentes moyennes est faible mais significative (2%). Il est donc possible d'affirmer que ces résultats ne sont pas égaux, c'est-à-dire que :

$$\mu 1 \neq \mu 2 \neq \mu 3$$

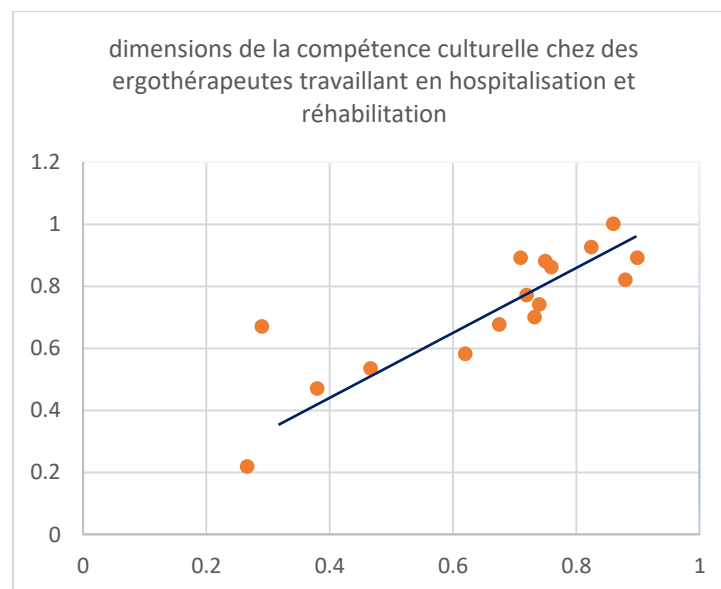
μ : moyenne de la compétence culturelle

1 : réadaptation psychiatrique ; 2 : hospitalisation ; 3 : réhabilitation

⇒ Coefficient de corrélation de Pearson

Suite à la comparaison des moyennes, il est difficile d'affirmer une variation de la compétence culturelle dans les étapes du parcours de soin. Le coefficient de corrélation permet de vérifier des hypothèses et de déterminer le degré de coïncidence entre deux variables. Il est noté « R ». Ici est recherché une corrélation entre les dimensions de la compétence culturelle en réhabilitation et hospitalisation.

- Si $R = 0$ alors il y a une absence de corrélation.
- Deux variables sont liées si $R > 0,87$ ou $R < -0,87$.



$$\mathbf{R = 0.85}$$

La marge d'erreur d'échantillonnage à 5%, la valeur du coefficient de corrélation est donc :

$$\mathbf{0,80 < R < 0,90}$$

Les données utilisées pour créer ce nuage de points sont issues des notes moyennes en réhabilitation et hospitalisation (cf tableau 9 p119). Ce graphique représente l'ensemble des indicateurs moyens de la compétence culturelle dans ses cinq aspects (habileté, conscience etc). Si toutes les moyennes des indicateurs étaient égales, alors le nuage de point afficherait une droite, d'une fonction linéaire représentée par la droite bleue. La variable testée est la compétence culturelle des ergothérapeutes avec les résultats de deux populations. Dans l'ensemble, les points gravitent autour de cette droite, le coefficient de corrélation est plus ou moins supérieur à 0,87. Les variables sont liées, la corrélation est forte mais pas parfaite.

⇒ Test t de STUDENT

Il permet de déduire avec un risque d'erreur connu, si deux échantillons sont statistiquement différents, c'est-à-dire s'ils viennent d'une même population ou de 2. Dans cette recherche, le test t de Student cherche à apporter des éléments de réponses sur la similarité des populations en hospitalisation et en réhabilitation. Les échantillons sont indépendants puisque les caractéristiques de l'un n'influencent pas celles de l'autre et inversement. Pour la comparaison, 5 ergothérapeutes sont tirés aléatoirement dans les deux échantillons. L'ensemble des étapes de calcul pour ce test est détaillé (cf Annexe 13 p119). L'erreur type de la différence entre les deux moyennes est 0,49. Elle indique la différence attendue si ces deux échantillons, hospitalisation et réhabilitation, étaient une seule et même population. A partir de ce résultat, il est possible de calculer le *t calculé* correspondant à la différence entre les 2 échantillons, il vaut 2,16.

t non apparié = 2,16 , ddl = 8 , p<0,05

t non apparié: t calculé

ddl : degré de liberté

p : marge d'erreur

Dans le tableau t de Student, un degré de liberté $v = 8$, croisé à $P = 95\%$ donne une moyenne de 2,306. Comme celui testé, dans un échantillon aléatoire avec ce degré de liberté, il y a 95% de chance que la moyenne soit située entre 2,306 et -2,306 (cf Annexe 14 p120). Tous ces calculs apportent comme résultats *t théorique* 2,31 et *t calculé* 2,16. Le *t calculé* est inférieur au *t théorique* ($2,16 < 2,31$), donc il n'existe pas de différence significative entre les deux séries, c'est-à-dire entre les échantillons d'ergothérapeutes en hospitalisation et en réhabilitation.

En conclusion, l'hypothèse nulle « *la compétence culturelle des ergothérapeutes est la même à chaque étape du parcours de soin du patient en santé mentale* » est tout de même réfutée. L'hypothèse générale « les ergothérapeutes travaillant en France ont une compétence culturelle différente suivant les étapes du parcours de soin du patient en santé mentale » est validée mais avec une certaine prudence : des tests mettent en évidence des disparités significatives mais très peu importantes dues à la taille de l'échantillon. Les résultats et la validation de H1 ne sont donc pas généralisables à la population mère.

3. Discussion

À la question de recherche « Quelle est la compétence culturelle des ergothérapeutes travaillant en France selon les étapes du parcours de soin du patient en santé mentale ? », il était question de décrire et comparer la compétence culturelle des ergothérapeutes suivant quatre étapes d'un processus de soin. Elles sont définies dans l'étayage conceptuel comme l'hospitalisation, la réhabilitation, la réadaptation psychiatrique et la santé communautaire. Suite à l'analyse statistique descriptive et corrélative des données, le premier constat est que la compétence culturelle moyenne des quatre sous échantillons interrogés est significativement différente mais peu importante. Cependant, il n'existe pas de différence significative entre les individus de deux de ces sous échantillons. S'il n'existe pas de différence significative entre les individus de ces deux étapes, il est alors possible que la compétence culturelle ne dépende pas principalement de variables interindividuelles mais plutôt contextuelles ou groupales. Par exemple, le lieu de travail, le type d'intervention effectué, les modalités du travail d'équipe etc.

Le deuxième constat est que de grandes variations au sein des moyennes des aspects de la compétence culturelle (désir, habileté, conscience etc) créent des tendances entre chaque étape du parcours de soin. C'est en réadaptation psychiatrique que les participants ont le plus de connaissances culturelles et sont les plus conscients de l'influence de leur propre culture sur leur perception des autres et représentations générales. Les ergothérapeutes de l'échantillon en réhabilitation sont les plus désireux d'améliorer leur compétence culturelle et les plus habiles face à la diversité. Les rencontres culturelles sont le plus représentées en santé communautaire et réhabilitation, qui sont les deux étapes dont les objectifs de soin sont majoritairement vers une réinsertion ou une prévention au sein de la société. Ce résultat concorde avec la réponse aux stratégies de communication de ces mêmes ergothérapeutes, face à la des difficultés liées à la culture d'une personne. Les ergothérapeutes travaillant sur des objectifs extrahospitaliers

évoquent le plus des d'outils « externes » comme les interprètes, traducteurs, ethnopsychiatres etc. Dans les deux autres étapes plutôt orientées intra-hospitalières, les moyens mis en avant sont soit centrés sur l'adaptation personnelle de l'ergothérapeute soit sur un soutien de l'équipe travaillant dans la structure.

Une majorité des ergothérapeutes de l'échantillon travaillent souvent sur le suivi de personnes présentant une diversité culturelle dans leur intervention. Et ils rencontrent des difficultés de communication liées à cette même diversité. En France, l'insertion du contexte culturel dans les soins semble être une priorité pour répondre aux attentes des patients aux cultures de plus en plus diverses pour limiter les difficultés rencontrées par les équipes soignantes (15). En créant un dialogue culturel (12) et en promulguant des soins culturellement adaptés, plusieurs aspects de l'intervention pourraient être améliorés: la participation, l'inclusion sociale et la pertinence des choix des objectifs thérapeutiques ou activités (30).

Le partage d'expériences professionnelles avec la diversité culturelle dans les soins des ergothérapeutes interrogés, a permis d'alimenter les aspects du désir et des rencontres culturelles. En comparant, la fréquence de rencontre avec la diversité culturelle en milieu professionnel n'est pas proportionnelle au niveau de compétence culturelle. Cette non-relation est expliquée par Leininger infirmière pionnière de modèles infirmiers transculturel (43). Elle considère que la culture évolue par l'expérience personnelle, avec le temps et dans un contexte précis. Une étude sur la perception de la compétence culturelle (33) valide aussi ce résultat. En effet, les ergothérapeutes se considèrent d'autant plus culturellement sensibles qu'ils sont âgés, les années d'expériences professionnelles ne montrant aucune corrélation. Cette tendance correspond aux avis des ergothérapeutes interrogés, pensant que la compétence culturelle s'acquiert au mieux au cours d'expériences personnelles plus que professionnelles ou étudiantes. Cependant, une étude affirme que la confrontation aux situations de diversité dès la formation en ergothérapie permettrait d'amorcer un changement dans les perceptions d'autrui et sa culture dans les soins (34).

Globalement, l'ensemble des participants sont au moins d'accord pour affirmer que chaque contexte socioculturel doit être considéré avec la même importance pour toutes les personnes. Ce qui pourrait signifier, d'après le paradigme social, (81) qu'ils considèrent que la personne interagit dans et avec ses différents environnements qui influencent sa santé. La vision du

handicap est définie comme : « a social construct, influenced by the world, which is built and designed by people »¹⁷.

Comme décrit précédemment, au niveau des occupations, beaucoup ont identifié que le contexte socioculturel influence l'importance accordée à l'occupation par la personne, l'identification à un groupe ou à autrui, ou eux-mêmes en tant qu'ergothérapeute. Aussi, des ergothérapeutes partagent des expériences de divergence dans l'intervention des différentes représentations des activités entre eux et leurs patients, dues par exemple à une diversité culturelle. Certains disent même avoir été confronté à des dilemmes éthiques sur les représentations de la maltraitance ou de la place de la femme dans les activités. Ce décalage de représentation est expliqué dans une étude canadienne en ergothérapie de Beagan (82). Dans sa définition de la culture, il est ajouté : « In every occupational therapy encounter, both therapist and client are always thoroughly immersed in their own social and cultural contexts, which may differ by gender, class, ethnicity, and so on »¹⁸(p273).

Encore, lors de séances, des ergothérapeutes ont remarqué qu'en portant de l'intérêt aux les éléments constituant le contexte social, culturel ou éducatif des patients, ceux-ci s'investissaient d'autant plus dans l'intervention et dans la relation thérapeutique. Ce lien est considéré de façon plus générale par des ergothérapeutes (34) constatant que si l'environnement communautaire d'une personne est le plus signifiant pour elle, l'approche à valoriser est de mettre en avant les valeurs, représentations liées à sa culture d'appartenance.

Des résultats secondaires sont ressortis de l'analyse. Une grande partie d'ergothérapeutes ont reconnu ne pas être assez informés sur les savoirs liés aux dimensions de la culture de leurs patients, être difficilement capable de différencier les traits caractéristiques d'une pathologie à ceux d'un comportement socialement ou culturellement inadapté etc. La compétence culturelle étant un processus dynamique comme le soutien Campinha-Bacote (83), il semblerait que certains aspects de la compétence culturelle pourraient être encore développés ou améliorés pour la majorité des ergothérapeutes interrogés. Il est fort de constater qu'en France, le manque d'études en lien avec la compétence culturelle des ergothérapeutes dans les soins ne permet pas d'apporter des éléments de réponses quant à cette différence entre l'envie d'être compétent et la compétence réelle actuelle.

¹⁷ « une construction sociale, influencée par le monde, lui-même construit and modulé par les personnes » (interprétation libre).

¹⁸ « Dans chacune des rencontres en ergothérapie, le thérapeute et le client sont continuellement immergés dans leur propre contexte social et culture, qui peut différer selon le genre, la classe sociale, l'ethnicité et autre. » (interprétation libre)

Le dispositif de recherche présentant quelques erreurs et limitations, les résultats obtenus doivent être analysés avec une certaine prudence. L'outil est donc un questionnaire de 36 questions questionnant la compétence culturelle de l'ergothérapeute travaillant en santé mentale en France et de leur prise en considération du contexte socioculturel dans les soins. L'analyse des résultats s'est faite sans logiciel d'analyse statistique, hormis Excel®, augmentant potentiellement le risque d'erreurs de manipulation des données. Cette analyse impliquait le calcul de la compétence culturelle des ergothérapeutes. Ce un concept ayant des indicateurs et variables différents d'un auteur à l'autre, formaliser des questions issues d'un outil validé d'auto-évaluation de la compétence culturelle aurait permis de calculer le score moyen de chaque individu issu des quatre processus de soin. Les questions propres à cette rubrique auraient mérité des modalités de réponses plus quantitatives que qualitatives (échelles nominales ou ordinales). La comparaison des différents échantillons aurait été réalisée avec plus de justesse et de scientificité et plus rapidement Aussi, certaines modalités de réponses ou questions comme « *Quelle est l'approche en santé mentale prédominante, utilisée par l'équipe de soin et l'établissement ?* » ou « *Selon vous, quelle influence ont les différents types d'"isme" (racisme, sexisme...), préjugés et stéréotypes dans votre pratique générale ?* » n'apportent pas d'informations assez pertinentes en rapport avec la problématique pour l'analyse des résultats. Une ergothérapeute a commenté ne pas avoir saisi la signification de certaines des questions, il semblerait que le terme de compétence culturelle aurait pu être expliqué pour faciliter le remplissage de la rubrique 4 du questionnaire. Pour faciliter le tri des questions et leur classement comparatif, la création de sections dirigeant les participants vers l'ensemble des questions en fonction du processus de soin choisi.

Le questionnaire a été envoyé sur quelques pages et groupes de réseaux sociaux et par mail, cependant ces plateformes ne donnent pas accès à la majorité des ergothérapeutes entrant dans les critères d'inclusion. Due à une mauvaise planification de la recherche, la diffusion de l'outil s'est étendue sur une dizaine de jours, avec une seule relance, limitant la possibilité aux ergothérapeutes de répondre au-delà de ce délai. Cette étude n'a pas de portée générale puisqu'elle teste un échantillon non probabiliste. Le nombre d'ergothérapeute en santé communautaire n'est pas assez conséquent pour tirer des conclusions corrélationnelles ou comparatives significatives vis-à-vis des autres étapes du parcours de soin en santé mentale, ce qui peut expliquer les écarts entre les résultats des items. Trente individus ont participé à l'enquête, répondant à l'objectif minimum fixé par le chercheur pour exploiter les données. Au sein de l'échantillon, la proportion d'ergothérapeute par genre, type de structure et le public

suivi correspondent, sur l'ensemble, à celle de la population mère. Cependant la réalisation des inférences a été très limitée par le nombre de participant, l'échantillon ayant été sectionné en quatre groupes par étapes du parcours de soin.

Sur l'ensemble des individus participant à l'étude, le public suivi lors des interventions en ergothérapie sont pour la quasi-totalité des adultes en santé mentale. En appliquant cette recherche auprès d'ergothérapeutes travaillant avec des personnes âgées ou des enfants, la considération du contexte socioculturel des ergothérapeutes pourrait être différente notamment pour les aspects de l'habilité et des rencontres. En effet, l'environnement et sa considération pour une personne évolue sur tout une vie comme l'indique Beagan (82) pour la culture ou Florin (84) pour le développement social et affectif chez un enfant. Cette dynamique implique que les facteurs définissant l'ensemble de ces environnements évoluent aussi et sont à prendre en compte.

D'autres actions pourraient compléter ou éclairer certains aspects de la présente recherche. Comme évoqué ci-dessus, il est ressorti les ergothérapeutes interrogés ont un réel désir d'améliorer leur compétence culturelle dans l'ensemble des étapes du parcours en santé mentale. De ce fait, il serait intéressant de promouvoir le développement de cette compétence dans le cursus de l'ergothérapeute en France. Plusieurs stratégies sont possibles : la mise en place d'outils d'auto-évaluation en français de sa propre compétence culturelle en milieu professionnel, des enseignements au cours de la formation en institut ou une sensibilisation à la population générale sur la considération du contexte socioculturel et les bénéfices d'être culturellement sensible, voire compétent dans son quotidien. D'ailleurs, suite à l'état des lieux des recherches sur cette compétence ou sur la place du contexte socioculturel dans les soins ergothérapeutiques, il serait intéressant de développer d'autres études en France sur ces mêmes thématiques, compte tenu du fait qu'il n'en existe que très peu à ce jour. La fédération mondiale des ergothérapeutes constate l'intérêt croissant pour la culture et la diversité dans les interventions, au besoin d'une société inclusive où toutes les personnes bénéficieraient de possibilités équitables de participation (12). Et la diversité culturelle affectant chaque être humain même inconsciemment (82), ce sujet d'étude pourrait aussi être intéressant à étudier dans le cas d'un suivi de toute personne nécessitant une intervention en ergothérapie peu importe le contexte professionnel de l'ergothérapeute.

En conclusion, la compétence culturelle moyenne des ergothérapeutes testés et la considération du contexte socioculturel de la personne suivie, varient dans leurs dimensions selon les différentes étapes du parcours de soin en santé mentale. En envisageant ces résultats avec prudence, l'hypothèse générale est validée. Les facteurs caractérisant ces variations ne sont cependant pas examinés dans cette présente recherche principalement descriptive et corrélative. Ainsi, l'importance de la considération de la diversité culturelle dans les interventions étant déjà largement reconnue en ergothérapie, il serait à ce jour intéressant d'étudier la ou les causes expliquant les différences observées liées à la compétence culturelle des ergothérapeutes.

Bibliographie

1. Réhabilitation Psychosociale | Agence régionale de santé Hauts-de-France [Internet]. [cité 19 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/rehabilitation-psychosociale>
2. ERIC - ED400358 - Cultural Diversity and Social Skills Instruction: Understanding Ethnic and Gender Differences., 1996 [Internet]. [cité 26 avr 2020]. Disponible sur: <https://eric.ed.gov/?id=ED400358>
3. IPT - Réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive [Internet]. Disponible sur: <https://centre-ressource-rehabilitation.org/ipt>
4. M.-C. Dubeau,*, F. Salomé, F. Petitjean. Le programme de remédiation cognitive IPT (Integrated Psychological Treatment) destiné aux patients schizophrènes : une expérience en hôpital de jour de secteur 195-199 · Avril 2007 [Internet]. [cité 19 avr 2020]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/240066415_Le_programme_de_remediation_cognitive_IPT_Integrated_Psychological_Treatment_destine_aux_patients_schizophrenes_une_experience_en_hopital_de_jour_de_secteur/link/5a1d3ef90f7e9b2a53170bff/download
5. Franck N. La remédiation cognitive. In: Défense de la clinique en psychiatrie [Internet]. ERES; 2014 [cité 19 avr 2020]. p. 99. Disponible sur: <http://www.cairn.info/defense-de-la-clinique-en-psychiatrie--9782749240596-page-99.htm>
6. WFOT. WFOT-Position-Statement-Occupational-Therapy-and-Mental-Health-2019.pdf. 2019.
7. Culture : Définition philosophique [Internet]. Disponible sur: <https://dicophilo.fr/definition/culture/>
8. Définition de la culture par l'UNESCO [Internet]. [cité 19 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.bak.admin.ch/bak/fr/home/themes/definition-de-la-culture-par-l-unesco.html>
9. Définition de socioculturel - Encyclopædia Universalis [Internet]. [cité 19 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.universalis.fr/dictionnaire/socioculturel/>
10. Anne G Fisher Abbey Marterella. Powerful Practice - A model for Authentic Occupational Therapy. (2019).
11. La profession [Internet]. [cité 29 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.anfe.fr/l->

ergotherapie/la-profession

12. Diversity and Culture | WFOT [Internet]. [cité 10 avr 2020]. Disponible sur: <https://wfot.org/resources/diversity-and-culture>
13. OMS | Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 [Internet]. WHO. [cité 14 nov 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/
14. OMS | Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 [Internet]. [cité 19 avr 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/
15. Nobre T, Gabahn KM. La prise en compte des différences ethnoculturelles des patients à l'hôpital : une étude exploratoire en contexte français. *Humanisme et Entreprise*. 25 nov 2011;n° 305(5):37-48.
16. Cultural Competency Tool Kits-American Occupational Therapy Association [Internet]. [cité 19 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.aota.org/Practice/Manage/Multicultural/Cultural-Competency-Tool-Kit.aspx>
17. CCBCulturalCompToolKit.pdf [Internet]. [cité 19 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.sfrpc.com/ccb/CCBCulturalCompToolKit.pdf>
18. Ergothérapie en Santé Mentale_Livre blanc complet.pdf [Internet]. [cité 29 mai 2019]. Disponible sur: https://anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/Ergoth%C3%A9rapie%20en%20Sant%C3%A9%20Mentale_Livre%20blanc%20complet.pdf
19. Référentiel d'activité - diplôme d'état d'ergothérapeute Annexe I - Activité p171.
20. Kinébanian A, Stomph M. Diversity Matters Guiding Principles on Diversity 2nd Version 2008-12-18. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*. 1 sept 1992;46:751-7.
21. Manuel de psychiatrie transculturelle. Travail clinique, travail social - Marie Rose Moro, Quitarrie de La Noë, Yoram Mouchenik, Collectif [Internet]. [cité 14 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.decitre.fr/livres/manuel-de-psychiatrie-transculturelle-9782859191986.html>
22. LES SCIENCES DE L'OCCUPATION: AU CŒUR DU QUOTIDIEN ET DE LA SANTÉ Actes du colloque du 19 mai 2017 [Internet]. [cité 19 avr 2020]. Disponible sur:

https://www.hetsl.ch/fileadmin/user_upload/ecole/reseau/ohs/Livret_Abstracts7.pdf

23. Guerraoui Z, Reveyrand-Coulon O. La méthodologie en psychologie interculturelle. Les cahiers internationaux de psychologie sociale. 2013;Numéro 99-100(3):291.
24. Le code International d’Ethique pour les professionnels de santé au travail : une nouvelle révision 2004 [Internet]. [cité 17 févr 2020]. Disponible sur: http://www.intefp-sstfp.travail.gouv.fr/datas/files/SSTFP/sstfp_code_int_ethiq_sant_au_W_010605_2004.pdf
25. Déontologie [Internet]. [cité 17 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.anfe.fr/deontologie>
26. Facteurs de risque des psychoses : Identifie... | Elsevier Masson [Internet]. [cité 14 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/facteurs-de-risque-des-psychoses-identifier-comprendre-prevenir-9782294738685.html>
27. Social Suffering [Internet]. [cité 14 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.ucpress.edu/book/9780520209954/social-suffering>
28. Fact sheets on sustainable development goals: health targets- Mental Health - WHO 2018 [Internet]. [cité 19 avr 2020]. Disponible sur: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/348011/Fact-sheet-SDG-Mental-health-UPDATE-02-05-2018.pdf?ua=1
29. Thomas P. Les rechutes : causes et conséquences. L’Encéphale. 1 sept 2013;39:S79-82.
30. Occupational Therapies without Borders - Volume 2 - 1st Edition [Internet]. [cité 2 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.elsevier.com/books/occupational-therapies-without-borders-volume-2/kronenberg/978-0-7020-3103-8>
31. ANTONI (Marc), ANTONI (Marc), FROT (Nicole). Communiquer avec des patients de culture différente. Communiquer avec des patients de culture différente. 2004;
32. (PDF) Exploring Cultural Competence amongst OT Students | Pragashnie Govender (nee’ Naidoo) - Academia.edu [Internet]. [cité 7 mai 2020]. Disponible sur: https://www.academia.edu/35118433/Exploring_Cultural_Competence_amongst_OT_Students
33. Suarez-Balcazar Y, Rodawoski J, Balcazar F, Taylor-Ritzler T, Portillo N, Barwacz D, et al. Perceived Levels of Cultural Competence Among Occupational Therapists. Am J Occup

Ther. 1 juill 2009;63(4):498-505.

34. Tétréault S, Leanza Y, Gulfi A, Bétrisey C, Kühne N, Brisset C, et al. Rencontre avec l'Autre lors du stage : utilisation du récit de pratique avec des étudiants en travail social et en ergothérapie. *ss.* 2019;65(1):23-39.

35. Netgen. Symptômes négatifs de la schizophrénie – état des lieux et implications pratiques [Internet]. *Revue Médicale Suisse.* [cité 14 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2018/RMS-N-619/Symptomes-negatifs-de-la-schizophrenie-etat-des-lieux-et-implications-pratiques>

36. Bejerholm U. Occupational Balance in People With Schizophrenia. *Occupational Therapy in Mental Health.* 9 févr 2010;26:1-17.

37. Yazdani F, Roberts D, Yazdani N, Rassafiani M. Occupational balance: A study of the sociocultural perspective of Iranian occupational therapists: Équilibre occupationnel: Étude sur la perspective socioculturelle des ergothérapeutes iraniens. *Can J Occup Ther.* 1 févr 2016;83(1):53-62.

38. Fourasté RA du texte. Introduction clinique à la psychiatrie : psychopathologie des maladies mentales / Raymond Fourasté [Internet]. 1991 [cité 2 nov 2019]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k3355215c>

39. Bredendiek, M. et B. Krewer (2003). « Le développement de la construction de l'autre culturel. Vers la réflexion anthropologique de l'autrui dans l'interculturel », *Bulletin de l'Association pour la recherche interculturelle*, vol. 39, p. 79-99. (Page 17). In.

40. Hammell KRW. Occupation, well-being, and culture: Theory and cultural humility / Occupation, bien-être et culture : la théorie et l'humilité culturelle. *Can J Occup Ther.* 1 oct 2013;80(4):224-34.

41. Sartorius N. Sartorius N. Rehabilitation and quality of life. *Hospital and Community Psychiatry* 1992;43:1180–1. (Page 6). 1992;

42. Kanter J. Clinical case management: definition, principles, components. *Hospital and Community Psychiatry* 1989;40:361–8. (Page 7).

43. *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice* by Madeleine Leininger, Marilyn R McFarland: McGraw-Hill Medical 9780071353977 3rd Edition. - Better World Books: West [Internet]. [cité 12 nov 2019]. Disponible sur:

<https://www.abebooks.com/9780071353977/Transcultural-Nursing-Concepts-Theories-Research-0071353976/plp>

44. The cultural brokerage work of occupational therapists in providing culturally sensitive care: Le travail de médiation culturelle effectué par des ergothérapeutes offrant des soins adaptés à la culture - Sally Lindsay, Sylvie Tétrault, Chantal Desmaris, Gillian A. King, Gènevive Piérart, 2014 [Internet]. [cité 2 juin 2019]. Disponible sur: <https://journals-sagepub-com.lama.univ-amu.fr/doi/full/10.1177/0008417413520441>
45. Sood D, Cepa D, Dsouza SA, Saha S, Aikat R, Tuuk A. Impact of International Collaborative Project on Cultural Competence among Occupational Therapy Students. *The Open Journal of Occupational Therapy* [Internet]. 1 juill 2014 [cité 15 avr 2019];2(3). Disponible sur: <https://scholarworks.wmich.edu/ojot/vol2/iss3/7>
46. Barbès-Morin G, Lalonde P. La réadaptation psychiatrique du schizophrène. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. août 2006;164(6):529-36.
47. *Méthodologie de la recherche dans le domaine de la santé : guide de formation aux méthodes de la recherche scientifique*. 2e éd. [Health research methodology : a guide for training in research methods. 2nd ed.] [Internet]. [cité 6 mai 2020]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/208221>
48. Les études qualitatives - chapitre 3 [Internet]. [cité 7 mai 2020]. Disponible sur: <https://ec56229aec51f1baff1d-185c3068e22352c56024573e929788ff.ssl.cf1.rackcdn.com/attachments/original/7/5/4/002592754.pdf>
49. Ibrahim M. THEMATIC ANALYSIS: A CRITICAL REVIEW OF ITS PROCESS AND EVALUATION. 2012;14.
50. Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information CEDIP [Internet]. [cité 7 mai 2020]. Disponible sur: http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf
51. Teaching thematic analysis: Overcoming challenges and developing strategies for effective learning [Internet]. [cité 20 avr 2020]. Disponible sur: <https://core.ac.uk/download/pdf/16706434.pdf>
52. Les-diffrents-Types-dentretiens.pdf [Internet]. [cité 7 mai 2020]. Disponible sur:

<http://cours-ifcs-brunopoupin.wifeo.com/documents/Les-diffrents-Types-dentretiens.pdf>

53. 2.1.1.Relation horizontale, relation verticale [Internet]. [cité 7 mai 2020]. Disponible sur: http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2004.palisse_s&part=193297

54. LES GRANDS COURANTS DE LA PENSÉE PSYCHIATRIQUE [Internet]. [cité 7 mai 2020]. Disponible sur: <http://psyfontevraud.free.fr/cours/48-grandscourants.htm>

55. La Chronicité en psychiatrie - Yael Frydman - CRPA 2013 [Internet]. [cité 7 mai 2020]. Disponible sur: <https://psychiatrie.crpa.asso.fr/IMG/pdf/2013-07-19-yael-frydman-la-chronicite-en-psychiatrie.pdf>

56. cognitive R psychosociale et remédiation. Rétablissement [Internet]. Réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive. 2020 [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: <https://centre-ressource-rehabilitation.org/-retablissement->

57. ErgotherapieenSanteMentale_Livre blanc.pdf [Internet]. [cité 18 mars 2020]. Disponible sur: http://www.unafam.info/23/img/ErgotherapieenSanteMentale_Livre%20blanc.pdf

58. Pierre. Qu'est-ce que la réhabilitation psychosociale [Internet]. Réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive. 2020 [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: <https://centre-ressource-rehabilitation.org/qu-est-ce-que-la-rehabilitation-psychosociale>

59. Les attentes de la personne et le projet personnalisé [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835163/fr/les-attentes-de-la-personne-et-le-projet-personnalise

60. anesm_synthese-attentespersonneetlepp.pdf [Internet]. [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm_synthese-attentespersonneetlepp.pdf

61. Repères analytiques Lois et règlements principaux faisant référence à la notion de projet de/pour la personne (secteur SMS) [Internet]. [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reperes_analytiques_projet_de_pour_la_personne_anesm.pdf

62. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services | Transcultural C.A.R.E Associates [Internet]. [cité 19 avr 2020]. Disponible sur: <http://transculturalcare.net/the-process-of-cultural-competence-in-the-delivery-of-healthcare-services/>

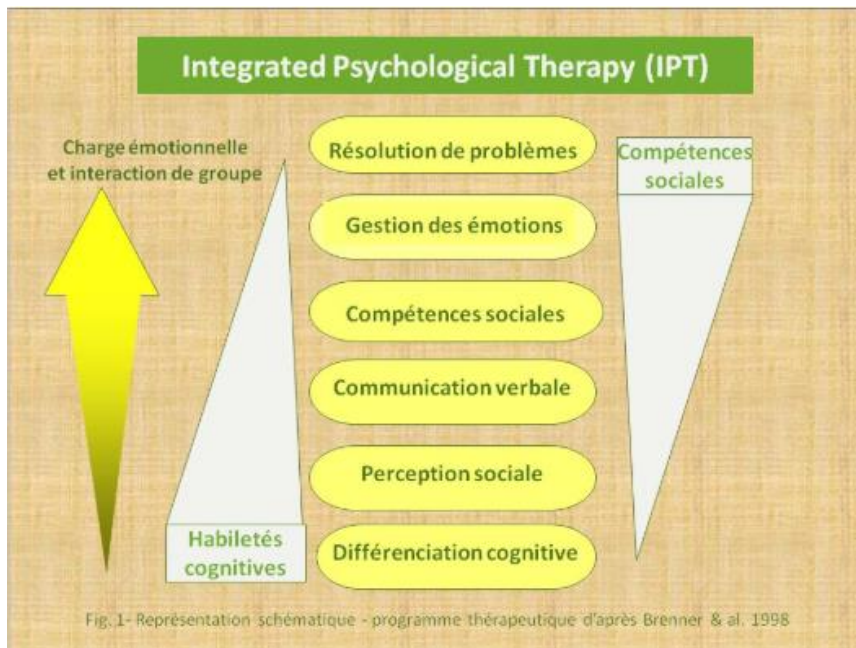
63. Standards and Indicators for Cultural Competence in Social Work Practice. :60.
64. Qui est Carl Rogers ? - ACP-France [Internet]. [cité 21 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.acpfrance.fr/qui-est-carl-rogers/>
65. Geneviève O. Carl Rogers - Etre vraiment soi-même. Eyrolles. 2012. 203 p.
66. ► Contexte social ⚡ » Définition Simple [Internet]. [cité 21 avr 2020]. Disponible sur: <https://definition-simple.com/contexte-social/>
67. Debout C. Méthodologie quantitative et études descriptives simples. Soins. sept 2012;57(768):55-60.
68. Campenhoudt LV, Marquet J, Quivy R. Manuel de recherche en sciences sociales - 5e éd. Dunod; 2017. 384 p.
69. Quivy R, Campenhoudt LV. Manuel de recherche en sciences sociales - la construction du modèle d'analyse (résumé). :6.
70. Kielhofner. Chap 16 Concepts of inferential statistics : from sample to population p235 - Research In OT. In.
71. Le travail de fin d'études: s'initier à la recherche en soins infirmiers - Chantal Eymard, Odile Thuilier, Michel Vial - Google Livres [Internet]. [cité 6 mai 2020]. Disponible sur: https://books.google.fr/books?id=kwb8ewEACAAJ&dq=le+travail+de+fin+d%27%C3%A9tudes+:+s%27initier+%C3%A0+la+recherche+en+soins+et+sant%C3%A9&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKEwjX84ml1p_pAhVEPBoKHVt8ApIQ6AEIMjAB
72. Enquete nationale ANFE-CATEL.pdf [Internet]. [cité 16 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/Enquete%20nationale%20ANFE-CATEL.pdf>
73. Terminologie 101 : Échantillonnage non probabiliste [Internet]. [cité 6 mai 2020]. Disponible sur: <https://infirmiere-canadienne.com/fr/articles/issues/2017/mai-juin-2017/terminologie-101-echantillonnage-non-probabiliste>
74. Code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [cité 17 mai 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=55A4EDC809B47BCDF8347CCFE58033A8.tplgfr33s_2?idSectionTA=LEGISCTA000025457449&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20200517

75. Campinha-Bacote J. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *J Transcult Nurs.* 1 juill 2002;13(3):181-4.
76. Kielhofner. *Research in Occupational Therapy - Section 2 chapter 8 Survey Research Design* 2006. In.
77. Kielhofner. *Research in Occupational Therapy - chapter 12 developping and evaluation quantitative data collection instruments.* In.
78. démographie des professionnels de santé - ergothérapeute 2019 - DRESS [Internet]. [cité 8 mai 2020]. Disponible sur: <http://dataviz.drees.solidarites-sante.gouv.fr/demographie-professionnels-sante/>
79. Occupational Science | WFOT [Internet]. [cité 13 mai 2020]. Disponible sur: <https://wfot.org/resources/occupational-science>
80. ECHANTILLONNAGE ET MARGE D'ERREUR : GRANDS PRINCIPES [Internet]. [cité 14 mai 2020]. Disponible sur: https://optigede.ademe.fr/sites/default/files/fichiers/M4-Determiner-echantillon_a_interroger.pdf
81. Lori Letts PhD OT Reg., Patty Rigby MHSc , Debra Stewart MSc OT. *Using Environments to Enable Occupational Performance.*
82. Beagan BL. Approaches to culture and diversity: A critical synthesis of occupational therapy literature: Des approches en matière de culture et de diversité : une synthèse critique de la littérature en ergothérapie. *Can J Occup Ther.* 1 déc 2015;82(5):272-82.
83. Campinha-Bacote J, Munoz C. A guiding framework for delivering culturally competent services in case management. *The Case Manager.* mars 2001;12(2):48-52.
84. Florin D. *Tableaux du développement de l'enfant.* :2.

Annexes

Annexe 1- – Integrated psychological therapy (IPT)	67
Annexe 2 - Base de données de la recherche.....	67
Annexe 3 Tableau récapitulatif de la Revue de Littérature	68
Annexe 4 Grille d’entretien pour l’Enquête Exploratoire	72
Annexe 5 Matrice conceptuelle	73
Annexe 6- The process of cultural competence in the delivery of healthcare services.....	74
Annexe 7- Modèle transactionnel de l’occupation (Fisher & Marterella).....	74
Annexe 8 Matrice de questionnement	75
Annexe 9 Mail type pour la diffusion du questionnaire	79
Annexe 10 – Formulaire du Questionnaire de recherche	80
Annexe 11 Réponses au formulaire de questionnement.....	95
Annexe 12– Ensemble des tableaux comparatifs des statistiques descriptives	116
Annexe 13 - Calcul du Test t de Student	119
Annexe 14 - Tableau t de student	120

Annexe 1 – Integrated psychological therapy (IPT)



Annexe 2 - Base de données de la recherche

Base de données	Équation choisie	Texte	Résumé	Titre	Articles retenus
Google Scholar	(1)	598	-	0	3
	(2)	19 200	-	0	3
CAIRN	(3)	312	0	0	2
PubMed	(4)	33	48	2	4

Annexe 3 Tableau récapitulatif de la Revue de Littérature

Sources	Thème/objet traité	Méthode utilisée	Population	Approche théorique privilégiée	Champ(s) disciplinaire(s) d'étude	Principaux résultats	Question
1. Rencontre avec l'Autre lors du stage : utilisation du récit de pratique avec des étudiants en travail social et en ergothérapie	Diversité culturelle dans les stages Apprentissage et réflexion d'étudiants en ergothérapie	(IMRAD) Entretiens et analyse thématique	Étudiants ergothérapeutes Suisse	Paradigme social Humaniste	Sociologie anthropologie Sciences de l'occupation	Les expériences de diversité permettent d'entamer un processus de changement pour être culturellement sensible et mieux comprendre les patients	Une pratique culturellement sensible se développe à partir des stages ? Ces expériences professionnelles ont-elles le même impact en France ?
2. Perceived Levels of Cultural Competence Among Occupational Therapists	La perception de la compétence Culturelle des ergothérapeutes dans le monde	IMRAD Questionnaire	477 Ergothérapeutes	Compétence professionnelle et culturelle	Ethnologie Anthropologie Ergothérapie Sciences sociales	Ce qui influence la CC : les années de pratiques professionnelles avec une population diversifiée, un entraînement en amont du travail, l'âge.	La perception de la compétence culturelle est-elle représentative de la compétence actuelle des ergothérapeutes ? Varie-t-elle selon le lieu de travail ?
3. Occupation, well-being, and culture: Theory and cultural humility	Bien être occupationnel, la culture et les modèles culturels en ergothérapie	Description But Questions clés Conséquences	Toute personne ayant une culture particulière	MCREO Participation occupationnelle	Science de l'occupation Humanisme Anthropologie Sociologie	Les modèles théoriques pourraient être plus pertinents avec des approches culturelles développées. Il est mis en avant l'humilité culturelle	Depuis 2013, existe-t-il des modèles de l'occupation ayant une approche culturelle ?

4. Communiquer avec des patients de culture différente	Différentes approches de communication selon les domaines des sciences humaines et médicales Relation patient thérapeute	Argumentative et descriptive	Patients de culture différentes	Ethnopsychiatrie	Ethnopsychiatrie Sciences humaines et sociales Sociologie	Chaque approche a sa spécificité et conne des outils pour la communication avec les patients afin de ne pas tendre à l'hégémonie culturelle. Le but est mener à une relation authentique et la reconnaissance de l'autre et son individualité	La signification d'un contexte socioculturel dépend de l'approche dans laquelle on se trouve, alors quelle est la plus adaptée en santé mentale ?
5. Réadaptation Psychiatrique en Milieu Francophone : Pratiques Actuelles, Défis Futurs	Pratiques actuelles en réadaptation psychiatrique rôle et de l'implication des professionnels	Essai	Professionnels de santé en réadaptation psy	Politiques de Santé	Santé mentale Réadaptation Sciences médicales Ethnographie	Amener les psychiatres à jouer un rôle plus actif dans la réadaptation et créer des petites unités de réadaptations pour répondre aux besoins	Quelle différence entre la réadaptation psychiatrique et la réhabilitation ? Est-ce un terme international ou français ? comment fonctionne le système de soin en santé mentale ?
Sources	Thème/objet traité	Méthode utilisée	Population	Approche théorique privilégiée	Champ(s) disciplinaire(s) d'étude	Principaux résultats	Question
6. Occupational balance: A study of the sociocultural perspective of Iranian occupational therapists	La conception de l'équilibre occupationnel chez les ergothérapeutes iraniens	Description But Questions clés Conséquences Groupes de discussion	Ergothérapeutes iraniens	Équilibre occupationnel	Sciences de l'occupation Culture Sciences médicales Sociologie	Leur conception met en avant 4 thèmes : l'intégrité de l'être, l'équilibre dans les actions, le contentement face au devenir et harmonie face au sentiment d'appartenance. L'EO est un concept dynamique.	L'équilibre occupationnel dépend du contexte socioculturel des personnes ? Comment l'ergothérapeute peut identifier celui de ses patients avec une culture particulière ?

7. Culturally responsive caring in occupational therapy	Perception des ergothérapeutes sur la culture et la compréhension de celle de leur patient pour répondre à leur besoin	IMRAD Questionnaire	Ergothérapeutes	Modèle Culturel	Sciences de l'occupation Ethnologie Sociologie	Les principales catégories valorisant un soin culturellement adapté sont : - la connaissance culturelle, l'habileté culturelle, exploration du multiculturalisme, être culturelle conscient.	Existe-t-il d'autres catégories ou facteurs valorisant une approche centrée sur la culture ?
8. Addressing mental health disparities through clinical competence not just cultural competence: The need for assessment of sociocultural issues in the delivery of evidence-based psychosocial rehabilitation services	Besoin d'outils d'évaluation culturellement adaptés dans la pratique en réhabilitation psychosociale	IMRAD (test d'outils)	Professionnels en réhabilitation psychosociale	Réhabilitation Psychosociale orientée rétablissement	Multiculturalisme Santé mentale Ethnologie Sciences médicales	Mener des évaluations culturellement adaptées et développer des compétences dans leur passation permet d'apporter des stratégies pour une meilleure intervention dans les soins en santé mentale	/
Sources	Thème/objet traité	Méthode utilisée	Population	Approche théorique privilégiée	Champ(s) disciplinaire(s) d'étude	Principaux résultats	Question
9. The cultural brokerage work of occupational therapists in providing culturally sensitive care	Travail de médiation Culturelle par des ergothérapeutes pour des familles d'immigrants	IMRAD (entretiens)	Ergothérapeutes en réadaptation pédiatrique	Approche par stratégie	Pédiatrie Sociologie Ethnologie Ergothérapie	Face aux difficultés, les ergothérapeutes aident les patients à comprendre et à faire part au système de santé, expliquent les différents sens de l'ergothérapie, établissent un climat de confiance.	Quelles sont les autres stratégies possibles ?

10. Cultural Competency in Occupational Therapy: Beyond a Cross-Cultural View of Practice	La compétence Culturelle des ergothérapeutes Analyse des pratiques en ergothérapie vis-à-vis de la culture	IMRAD (entretiens)	2 ergothérapeutes japonais	Dynamique interrelationnelle	Sociologie Anthropologie Ergothérapie Sciences humaines et sociales	L'intervention de l'ergothérapeute reflète la culture dans laquelle il évolue, il est important d'identifier les rôles signifiants de ses patients en fonction de cette culture. Développer la compétence culturelle aide au maintien de la relation thérapeutique	L'approche de l'ergothérapie occidentale est-elle différente suivant les cultures de pratique ?
11. Approches transculturelles et interculturelles dans la psychiatrie française	Présentation des approches françaises de la psychiatrie transculturelle.	Description chronologique des différents courants	/	Descriptive	Psychiatrie transculturelle Psychologie transculturelle Sciences médicales et sociales	Les champs de la psychiatrie transculturelle sont vastes en France, de nombreux dispositifs permettent d'être un peu plus proche de la réalité culturelle du patient, la rencontre interculturelle doit se faire avec des écueils particuliers.	La dimension culturelle dans les soins est-elle toujours juste à considérer quand elle est différente de celle du pays actuel ? Est-ce une forme de racisme ou de discrimination ?
12. Exploration of Australian and New Zealand indigenous people's spirituality and mental health	Spiritualité et santé mentale chez des indigènes de Nouvelle Zélande	IMRAD	Indigènes de Nouvelle Zélande	Santé mentale comme contexte de soin	Spiritualité, Ergothérapie Santé mentale Sociologie	Des outils d'évaluations et d'interventions pour améliorer certaines compétences sociales, d'estime de soi et de rétablissement via le concept de spiritualité sont considérées	/
13. Culture, Cultural Competency and Occupational Therapy: a Review of the Literature	Compétence Culturelle en ergothérapie	Revue de littérature	Ergothérapeutes	Guide de la compétence culturelle en ergothérapie	Sciences de l'occupation Ergothérapie Culture Sociologie	5 catégories sont identifiées : les qualités du thérapeute, la conscience du contexte socioculturel, l'analyse d'activité, une évaluation individuelle et l'approche de traitement	La compétence culturelle de l'ergothérapeute est-elle la même dans tous les champs de la santé en suivant ce guide ? dépend-t-elle d'autres facteurs ?

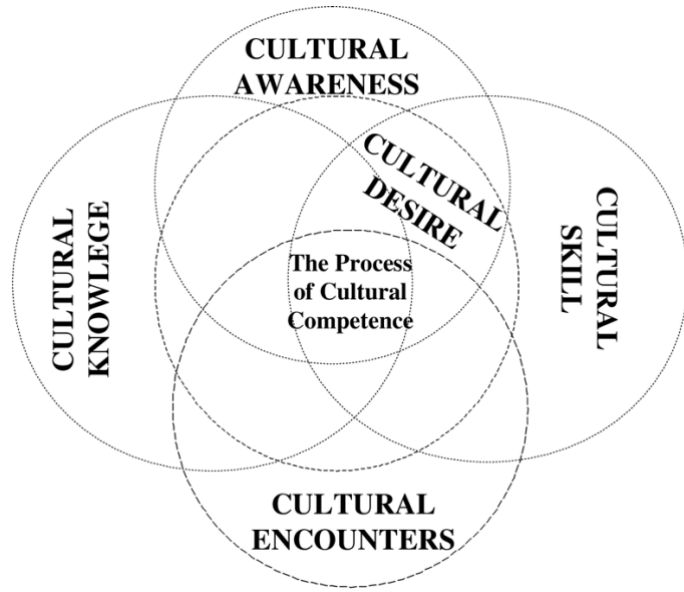
Annexe 4 Grille d'entretien pour l'Enquête Exploratoire

NUM	INTITULE DE LA QUESTION	MODALITE	OBJECTIF	LIEN AVEC LA REVUE DE LITTÉRATURE
Q1	Quel intérêt donnez vous, de manière générale, à la dimension sociale et culturelle dans votre travail ?	<i>ouverte</i>	-Comprendre comment l'ergothérapeute insère la dimension socioculturelle dans ses soins	Place de la culture dans les soins psychiatriques + Relation Patient-Thérapeute
Q2	Dans votre travail d'ergothérapeute avec les usagers, cette dimension influence-t-elle vos interventions, votre relation à l'autre ? Comment décririez vous la place de vos représentations? Y prêtez vous une attention particulière ?	<i>semi fermée</i>	-Réfléchir sur la place de l'environnement socioculturel dans une intervention ergothérapeutique et ses conséquences - Recherche d'une prise de recul sur la considération de sa propre culture, différente d'autrui	La culture en ergothérapie + Relation thérapeute patient + perception de l'Autre <i>Place dans les soins, considération de la diversité culturelle</i>
Q1	Comment décririez vous votre ressenti sur le déroulé de votre parcours que vous avez effectué en Réhabilitation au C3R ? Comment avez vous vécu cet accompagnement avec l'ergothérapeute ?	<i>Ouverte</i>	-Réfléchir sur la qualité de l'intervention, comment le processus a été vécu, les aspects retenus (+ ou -)	Relation Thérapeutique + Occupation et Bien-être mental
Q2	Quelle importance accordez vous à votre contexte socioculturel a-t-il dans vos activités de la vie quotidienne et qu'en était-il lors de votre accompagnement au C3R ?	<i>semi fermée</i>	-Réfléchir sur la place de l'environnement socioculturel dans la réhabilitation - Savoir la place qu'à la culture de l'usager dans son quotidien -Comparer l'importance dans le quotidien et lors de la réhabilitation	La culture en ergothérapie + Bien être mental et Occupations <i>L'environnement culturel, signifiant et significatif</i>
Q3	Vous avez des remarques ? Des informations à l'entretien qui vous sembleraient intéressantes à rajouter à l'entretien ?	<i>fermée</i>	-Apport d'éléments qui ne seraient ressortis dans les questions précédentes	x

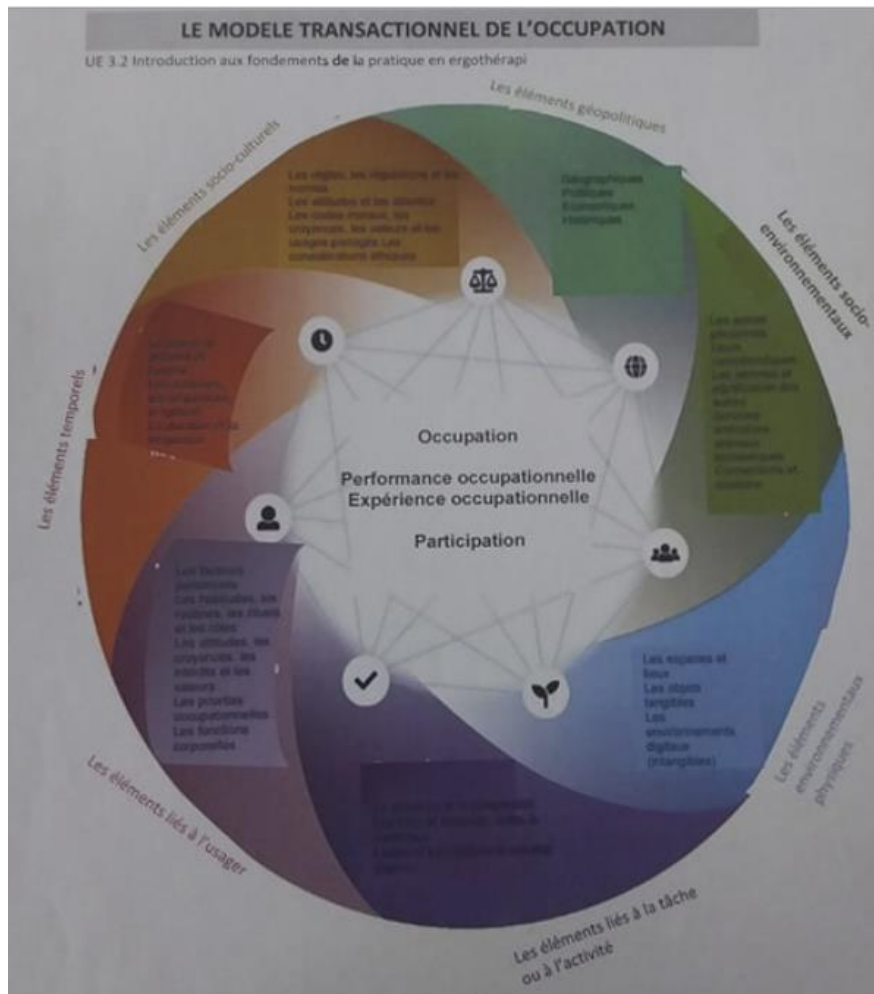
Annexe 5 Matrice conceptuelle

CONCEPTS	VARIABLES	INDICATEURS
LE PARCOURS DE SOIN	les étapes de soin en santé mentale	l'hospitalisation
		la réadaptation psychiatrique
		la réhabilitation
		la santé communautaire
	l'approche en santé mentale	psychanalyse / psychodynamique
		réhabilitation psychosociale (rétablissement)
psychothérapie institutionnelle cognitivo-comportementale		
LE CONTEXTE SOCIOCULTUREL	environnement	culture (traditions, valeurs, principes, activités, famille, santé et comportements)
		social (codes sociaux, représentations, interactions, normes institutionnelles, groupe, individus)
	personne	contexte du patient
		contexte de l'ergothérapeute
	occupations	façon de les réaliser
		choix des occupations (signifiantes)
LA COMPÉTENCE CULTURELLE	conscience culturelle	auto réflexion de ses propres biais envers les autres cultures + conscience des types de discriminations existantes (biais culturels)
		comprendre le contexte culturel de l'autre (sensibilité culturelle)
	rencontres culturelles	évaluer et adapter la communication en fonction des besoins de la personne
		prévenir les stéréotypes et préjugés par le dialogue et l'échange avec l'autre (pratique et exposition culturelle)
	désir culturel (humilité culturelle)	être ouvert et flexible avec les autres, accepter les différences
		motivativité à vouloir être culturellement compétent
	habilité culturelle	adapter son intervention en fonction de la diversité culturelle de l'autre
		conduire une évaluation/intervention culturellement adaptée
	connaissance culturelle	documentation sur les bases culturelles des différents groupes ethniques existants
		domaines : croyances sur les pratiques de santé et valeurs culturelles, incidence et prévalence des maladies, pharmacologie ethnique

Annexe 6- The process of cultural competence in the delivery of healthcare services



Annexe 7- Modèle transactionnel de l'occupation (Fisher & Marterella)



Annexe 8 Matrice de questionnaire

n°	INTITULÉ	VARIABLE	OBJECTIF/CONCEPT	MODALITÉ DE RÉPONSE	INDICATIONS
RUBRIQUE 1 / 4 : Caractéristiques dimensionnelles					
1	acceptez vous de participer à cette enquête?	loi jardée	critère d'inclusion/exclusion	fermée oui/non	*
2	Etes vous ergothérapeute diplômé d'état ?	intergroupe et catégorielle	critère d'inclusion/exclusion	fermée oui/non	*
3	Vous êtes...?	inter individuelle	Variable catégorielle	nominale : homme / femme / autre	*
4	Vous avez entre...	inter individuelle	Variable catégorielle	intervalle : 20 - 30 ans / 31 - 50 ans / 51-70 ans	*
5	Vous exercez en France dans le domaine de la santé mentale depuis...	inter-individuelle	questionner le lien entre l'expérience de pratique en santé mentale et les variables du contexte socioculturel et relationnelles	intervalle : moins d'1 an / entre 1 et 5 ans / entre 5 et 15 ans / plus de 15 ans	*
6	Quel est le type de structure dans laquelle vous travaillez actuellement ?	inter groupe	identifier le contexte professionnel et institutionnel de l'ergothérapeute	nominale: C3R /CMP/HP/Libéral/Recherche/CATTP/autre	
7	Avez-vous travaillé dans plusieurs structures en santé mentale ?	inter-individuelle	évaluer la diversité des lieux de travail des ergothérapeutes en santé mentale	fermée oui/non	*
8	Si oui, dans quels types de structure ?	intra individuelle	évaluer la diversité des lieux de travail des ergothérapeutes en santé mentale	réponse courte	
RUBRIQUE 2 / 4 : EXPERIENCES EN SANTÉ MENTALE ET PARCOURS DE SOIN					
9	La tranche d'âge des personnes que vous suivez en ergothérapie comprend celle des :	intergroupe et catégorielle	définir un profil de suivi en fonction des patients	intervalle : enfants (jusqu'à la majorité)/adultes/personnes âgées/autre	
10	Le processus de soin en santé mentale dans lequel vous travaillez actuellement s'insère principalement en...	intergroupe et contextuelle	questionner le lien entre les réponses sur la considération du CSC et les étapes du parcours de soins	nominale : hospitalisation / réadaptation psychiatrique / réhabilitation / santé communautaire/ autre	*
11	Quelle est l'approche en santé mentale prédominante, utilisée par l'équipe de soin et l'établissement ?	intergroupe et contextuelle	questionner le lien entre le type de structure et l'approche en santé mentale	nominale : psychanalyse ou psychodynamique/ réhabilitation orientée rétablissement / cognitivo comportementale / systémique / psychothérapie institutionnelle/ autre	*
12	Dans votre poste actuel, travaillez vous avec d'autres ergothérapeutes ?	intergroupe et contextuelle	place de l'ergothérapie dans la structure	réponse fermée : oui / non	*
13	Si oui, quels impacts identifiez vous sur votre pratique ?	intra individuelle	recherche	réponse longue	

14	Quelles sont les activités principales de l'ergothérapeute ?	intergroupe et contextuelle	identifier des objectifs généraux en ergothérapie dans la structure	réponse longue	* explicités par exemple dans la fiche de poste
RUBRIQUE 3 / 4 : LE CONTEXTE SOCIOCULTUREL EN SANTÉ MENTALE					
15	Selon vous, de quoi est constitué le contexte socioculturel d'une personne ?	intra individuelle	identifier ce que le contexte socioculturel représente pour un ergothérapeute donné	choix multiple : le genre (homme,femme,autre)/ la culture, les traditions, la relations, les origines/les principes et valeurs morales/les représentations, attitudes et préjugés/le lieu de vie/les codes sociaux/la représentation du groupe et des autres/les attentes d'une communauté/la loi/l'éducation/les rôles/les priorités occupationnelles (activités signifiantes)/autres	*
16	D'après votre expérience en santé mentale, travaillez vous avec des personnes présentant un contexte socioculturel différent du votre ?	inter individuelle	identifier si la population ciblée est en contact avec des personnes présentant une diversité culturelle	ordinal : jamais / rarement / un peu / souvent / toujours	*
17	En général, quelle place accordez vous à l'environnement socioculturel des personnes dans votre pratique?	intra individuelle	vérifier s'il existe un lien entre la CC et la considération du CSC	intervalle : aucune importance (1) à beaucoup d'importance (5)	*
18	dans votre intervention, quel est le facteur principal influençant la prise en considération du contexte socioculturel du patient ?	inter individuelle	rechercher les facteurs les plus influents dans la prise en considération du CSC	la durée de l'intervention ou des séances d'ergothérapie / le processus de soin (rétablissement/psychanalyse/psychothérapie...)/ les ressources matérielles et financières de l'institution/ l'objectif d'intervention (réhabilitation/hospitalisation/prévention) / la personne et son contexte socioculturel/ vous même en tant qu'ergothérapeute/autre	*
19	Selon vous, , le contexte socioculturel impacte quel(s) aspect(s) des occupations?	inter individuelle	identifier la représentation des ergothérapeutes sur l'impact du contexte socioculturel dans le quotidien	leur importance pour la personne (signifiante)/leur importance pour la société (significatif)/ leur façon de les réaliser/ leur choix/ leur fréquence de réalisation / l'identification à un groupe ou autrui	*

20	Que diriez vous de la phrase suivante : " Chaque contexte social et culturel soit être considéré avec la même importance pour toutes les personnes "	inter individuelle	Apporte des précisions sur la considération de la personne et son contexte par l'ergothérapeute	échelle ordinale : pas du tout d'accord/ un peu d'accord/ d'accord / complètement d'accord	*
RUBRIQUE 4 / 4 : LA COMPÉTENCE CULTURELLE DE L'ERGOTHÉRAPEUTE *					
21	Parmi cette liste, quel(s) terme(s) vous sentiriez vous à l'aise de définir?	inter individuelle	savoir culturel	choix multiples: humilité culturelle, hégémonie culturelle, sensibilité culturelle, conscience culturelle, compétence culturelle, identité culturelle	*
22	Vous documentez-vous sur les bases culturelles des différents groupes ethniques ou contextes social, géopolitique des personnes que vous suivez?	inter individuelle	savoir culturel	ordinaire jamais / rarement / un peu / souvent / tout le temps	*
23	De façon générale, connaissez vous les représentations des pratiques en santé des personnes que vous prenez en soin ?	inter individuelle	savoir culturel	ordinaire non / pas assez / suffisamment / bien / beaucoup	* exemple : représentation du handicap, traitements utilisés, incidence et prévalence des maladies ...
24	Connaissez vous les occupations culturellement ET socialement significatives des personnes que vous suivez ?	inter individuelle	habileté culturelle	ordinaire : Non, je n'y pense pas/ non, je n'en n'ai pas besoin /oui, je m'informe si besoin / oui, je m'informe sur chaque patient	*
25	Hors cas d'une pathologie, avez-vous déjà rencontré des difficultés dans les interactions verbales et/ou non verbales avec les personnes que vous suivez ?	inter individuelle	habileté culturelle	fermée oui/non	* exemple: compréhension, lecture, expression orale, attitude etc
26	Ces difficultés font-elles obstacle au bon déroulé de vos interventions ?	inter individuelle	habileté culturelle	ordinaire jamais/ parfois/ souvent / toujours	
27	Dans les deux cas, quelles actions pouvez-vous mettre en place face à ce type de difficultés ?	intra individuelle	habileté culturelle	réponse longue	*
28	En général, savez vous différencier les difficultés de communication liées à un contexte socioculturel particulier, des symptômes d'une maladie/d'un trouble ?	inter individuelle	rencontre/habileté culturelle	ordinaire : non / difficilement/je ne sais pas/ avec quelques difficultés/facilement	*
29	sauriez vous décrire et identifier les éléments de votre propre contexte socioculturel ?	inter individuelle	conscience culturelle	intervalle : non très difficilement (1) à oui avec facilité (5)	*
30	Dans vos interventions, comment considérez vous vos biais culturels ?	inter individuelle	conscience culturelle	intervalle : je n'en n'ai pas conscience (1) à j'en ai conscience et je prends du recul (10)	*définition de biais culturels
31	Selon vous, quelle influence ont les différents types d'"isme" (racisme, sexisme etc) , préjugés et stéréotypes dans votre pratique générale ?	inter individuelle	conscience culturelle	intervalle : aucune influence (1) à beaucoup d'influence (10)	* exemple : dans les interactions entre professionnels, au sein de l'institution, avec le patient etc

32	Que diriez vous de cette phrase : "la rencontre directe avec la diversité culturelle permet de limiter les biais culturels"	inter individuelle	rencontres culturelles	intervalle : pas du tout d'accord (1) à complètement d'accord (5)	*
33	Que diriez vous de cette phrase : "la rencontre directe avec la diversité culturelle améliore la tolérance et l'ouverture d'esprit"	inter individuelle	rencontres culturelles	intervalle : pas du tout d'accord (1) à complètement d'accord (5)	*
34	Selon vous, la compétence culturelle s'acquiert au mieux au cours de:	inter individuelle	desir culturel	nominale : la formation / des stages / l'expérience personnelle / l'expérience professionnelle /autre	*
35	A votre avis, pensez vous que l'ergothérapeute travaillant en France doit être culturellement competent ?	intra individuelle	desir culturel	réponse courte	*
36	Aimeriez vous améliorer votre compétence culturelle ?	inter groupe	desir culturel	fermée oui / non	*
37	Si vous le souhaitez vous pouvez partager une expérience en ergothérapie qui vous aurait marqué en rapport à la diversité culturelle	intra individuelle	rencontres culturelles	réponse longue	
38	Enfin, avez-vous un commentaire à ajouter ?	intra individuelle		réponse longue	

Annexe 9 Mail type pour la diffusion du questionnaire

« Bonjour,

Dans le cadre d'une recherche en 3eme année d'ergothérapie, je me permets de vous contacter afin de vous proposer de répondre à un questionnaire sur le thème : **La diversité socioculturelle en santé mentale et de la compétence culturelle de l'ergothérapeute en France.**

Vous pouvez répondre à ce questionnaire si :

- Vous êtes ergothérapeute diplômé d'état.
- Vous travaillez une structure psychiatrique ou dans le domaine de la santé mentale.
- vous exercez en France.

Le questionnaire dure environ **25min**. Les données sont strictement anonymes et traitées dans le cadre d'une recherche scientifique.

Lien du questionnaire :

<https://forms.gle/pDSMshskmTrcuc279>

Merci d'avance pour l'intérêt que vous porterez à cette recherche.

Cordialement,

Porte Océane

Étudiante en 3e année d'ergothérapie

Marseille.

P.S : si vous avez les coordonnées d'autres ergothérapeutes répondant aux critères d'inclusion, n'hésitez pas à transférer ce mail ou à me communiquer leur adresse mail. Merci. »

Annexe 10 – Formulaire du Questionnaire de recherche

QUESTIONNAIRE DE RECHERCHE EN ERGOTHÉRAPIE EN SANTÉ MENTALE

Dans le cadre d'une recherche en 3eme année d'ergothérapie, il vous est proposé de répondre à un questionnaire traitant de la diversité socioculturelle en santé mentale et de la compétence culturelle de l'ergothérapeute selon le parcours de soin établi.

ATTENTION : bien lire les indications sous les questions ! Et ne répondre qu'une seule fois au questionnaire.
Dans ces questions le mot "personne" est utilisé pour définir les personnes que vous prenez en soin que ce soit des bénéficiaires/usagers/patient/personnes/clients.

Vous pouvez répondre à ce questionnaire si :

- Vous êtes ergothérapeute diplômé d'état.
- Vous travaillez une structure psychiatrique ou dans le domaine de la santé mentale.
- La structure accueille principalement des adultes.

Les données sont strictement anonymes et traitées dans le cadre d'une recherche scientifique.

Acceptez vous de participer à cette enquête ? *

oui

non

Êtes-vous ergothérapeute diplômé d'état ? *

Oui

Non

Vous êtes... ? *

- Femme
- Homme
- Autre...

Vous avez entre... *

- 20 - 30 ans
- 31 - 50 ans
- 51 - 70 ans
- Autre...

Vous exercez en France dans le domaine de la santé mentale depuis... *

- moins d'un an
- entre 1 et 10 ans
- entre 10 et 20 ans
- plus de 20 ans

Quel est le type de structure dans laquelle vous travaillez actuellement? *

- Centre de réhabilitation psychosociale et/ou C3R
- Centre Médico-Psychologique
- Hôpital Psychiatrique (HDJ ou complet)
- Libéral
- Recherche en ergothérapie
- CATT
- Autre...

Avez vous travaillé dans d'autres structures ou organismes en santé mentale ? *

- oui
- non

Si oui, dans quels types de structure?

Réponse courte

Expérience(s) en santé mentale



Les questions traitent de votre travail actuel en santé mentale.

La tranche d'âge des personnes que vous suivez en ergothérapie comprend celle des : *

- Enfants (jusqu'à la majorité)
- Adultes
- Personnes âgées
- Autre...

Le processus de soin en santé mentale dans lequel vous travaillez actuellement, s'insère principalement en... *

- Hospitalisation
- Réadaptation psychiatrique
- santé communautaire
- Réhabilitation

Quelle est l'approche en santé mentale prédominante, utilisée par l'équipe de soin et l'établissement? *

- Psychanalyse / psychodynamique
- Réhabilitation orientée rétablissement
- Cognitivo-Comportementales
- Systémique
- Psychothérapie Institutionnelle
- Autre...

Dans votre poste actuel, travaillez vous avec d'autres ergothérapeutes? *

- Oui
- Non

Si oui, quels impacts pouvez vous identifier sur votre pratique ?

Réponse longue
.....

Quelles sont les activités principales de l'ergothérapeute ? (explicitée, par ex, dans la fiche de poste) *

Réponse longue

Le contexte socioculturel en santé mentale



Chaque individu a son propre contexte social et culturel, que ce soit le patient ou l'ergothérapeute. Cette section questionne votre représentation du contexte socioculturel et sa place dans vos interventions. Dans ces questions le mot "personne" est utilisé pour définir les personnes que vous prenez en soin que ce soit des bénéficiaires/usagers/patient/personnes/clients.

Selon vous, de quoi est constitué le contexte socioculturel d'une personne ? *

- Le genre (homme, femme, autre)
- la culture, les traditions, la religion, les origines
- les principes et valeurs morales
- les représentations, attitudes et préjugés
- le lieu de vie
- les codes sociaux
- la représentation du groupe et des autres
- les attentes d'une communauté
- la loi
- l'éducation
- les rôles
- les priorités occupationnelles (activités significantes)
- Autre...

Dans votre intervention, quel est le facteur principal influençant la place que vous accordez à ce ^{*} contexte?

- La durée de l'intervention ou des séances d'ergothérapie
- L'approche de soin (retablissement/psychanalyse/psychothérapies etc)
- Les ressources de l'institution (matérielles et financières...)
- L'objectif d'intervention (réhabilitation/hospitalisation/prévention etc)
- La personne et son contexte socioculturel
- Vous-même en tant qu'ergotherapeute
- Autre...

Selon vous, le contexte socioculturel impacte quel(s) aspect(s) des occupations ?

- Leur importance pour la personne(signifiante)
- Leur importance pour la société (significatif)
- Leur façon de les réaliser
- Leur choix
- Leur fréquence de réalisation
- L'identification à un groupe ou autrui
- Autre...

Que diriez vous de la phrase suivante : Chaque contexte social et culturel doit être considéré avec la même importance pour toutes les personnes*.

- 1- pas du tout d'accord
- 2- un peu d'accord
- 3- d'accord
- 4- complètement d'accord
- Autre...

Après la section 3 Passer à la section suivante

Rubrique 4 sur 4

LA COMPÉTENCE CULTURELLE DE L'ERGOTHÉRAPEUTE

Cette section traite les différentes dimensions de la compétence culturelle, déclinée sous plusieurs questions : le savoir culturel, l'habileté culturelle, les rencontres culturelles, la conscience culturelle et le désir culturel. Ces questions cherchent à identifier au mieux votre compétence culturelle actuelle.

Parmi cette liste, quel(s) terme(s) vous sentiriez vous à l'aise de définir ? *

- Humilité culturelle
- Hégémonie culturelle
- Sensibilité culturelle
- Identité culturelle
- Compétence culturelle
- Conscience culturelle
- Aucun

Vous documentez-vous sur les bases culturelles des différents groupes ethniques, contextes sociaux, géopolitiques des personnes que vous suivez ? *

- jamais
- rarement
- un peu
- souvent
- toujours

De façon générale, connaissez vous les représentations des pratiques en santé des personnes que vous prenez en soin ? *

exemples : représentations du handicap, traitements utilisés, incidence et prévalence des maladies etc

- non
- pas assez
- suffisamment
- beaucoup

Connaissez vous les occupations culturellement ET socialement signifiantes des personnes que vous suivez ? *

- non, je n'y pense pas
- non, je n'en n'ai pas besoin
- oui, je m'informe que si la personne l'évoque
- oui, je m'informe sur chacune des personnes

Hors cas d'une pathologie, avez vous déjà rencontré des difficultés dans les interactions verbales et/ou non verbales avec les personnes que vous suivez ? *

exemple: compréhension, lecture, expression orale, attitude etc

- oui
- non

Ces difficultés font-elles obstacle au bon déroulé de vos interventions ?

- jamais
- parfois
- souvent
- toujours

Dans les deux cas, quelles actions pouvez-vous mettre en place face à ce type de difficultés ? *

Réponse longue
.....

En général, savez vous différencier les difficultés de communication liées à un contexte socioculturel particulier, des symptômes d'une maladie/d'un trouble ? *

- non
- difficilement
- je ne sais pas
- avec quelques difficulté
- facilement

Sauriez vous décrire et identifier les éléments de votre propre contexte socioculturel ? *

1 2 3 4 5

non, très difficilement oui, avec facilité

Dans vos interventions, comment considérez vous vos biais culturels ? *

les biais culturels : juger et interpréter les choses, les phénomènes, les événements, les prises de position ou de décision de telle(s) ou telle(s) autre personne(s) à partir uniquement de ses propres références culturelles. On les retrouve dans les stéréotypes, les préjugés, attribution de caractéristiques physiques ou comportementales à une population.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

je n'en n'ai pas conscience J'en ai conscience et je prends du recul

Selon vous, quelle influence ont les différents types d'"isme" (racisme, sexisme...), préjugés et stéréotypes dans votre pratique générale ? *

Exemple : dans les interactions entre professionnels, au sein de l'institution, avec les personnes que vous suivez etc

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

aucune influence beaucoup d'influence

Que diriez vous de cette phrase : "la rencontre directe avec la diversité culturelle permet de limiter les biais culturels" *

1 2 3 4 5

pas du tout d'accord complètement d'accord

Que diriez vous de cette phrase : "la rencontre directe avec la diversité culturelle améliore la tolérance et l'ouverture d'esprit" *

pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 complètement d'accord

Selon vous, la compétence culturelle s'acquiert au mieux au cours de : *

- la formation
- les stages
- les expériences professionnelles
- les expériences personnelles
- Autre...

A votre avis, pensez vous que l'ergothérapeute travaillant en France doit être culturellement compétent ? *

Réponse courte

Aimeriez vous améliorer votre compétence culturelle ? *

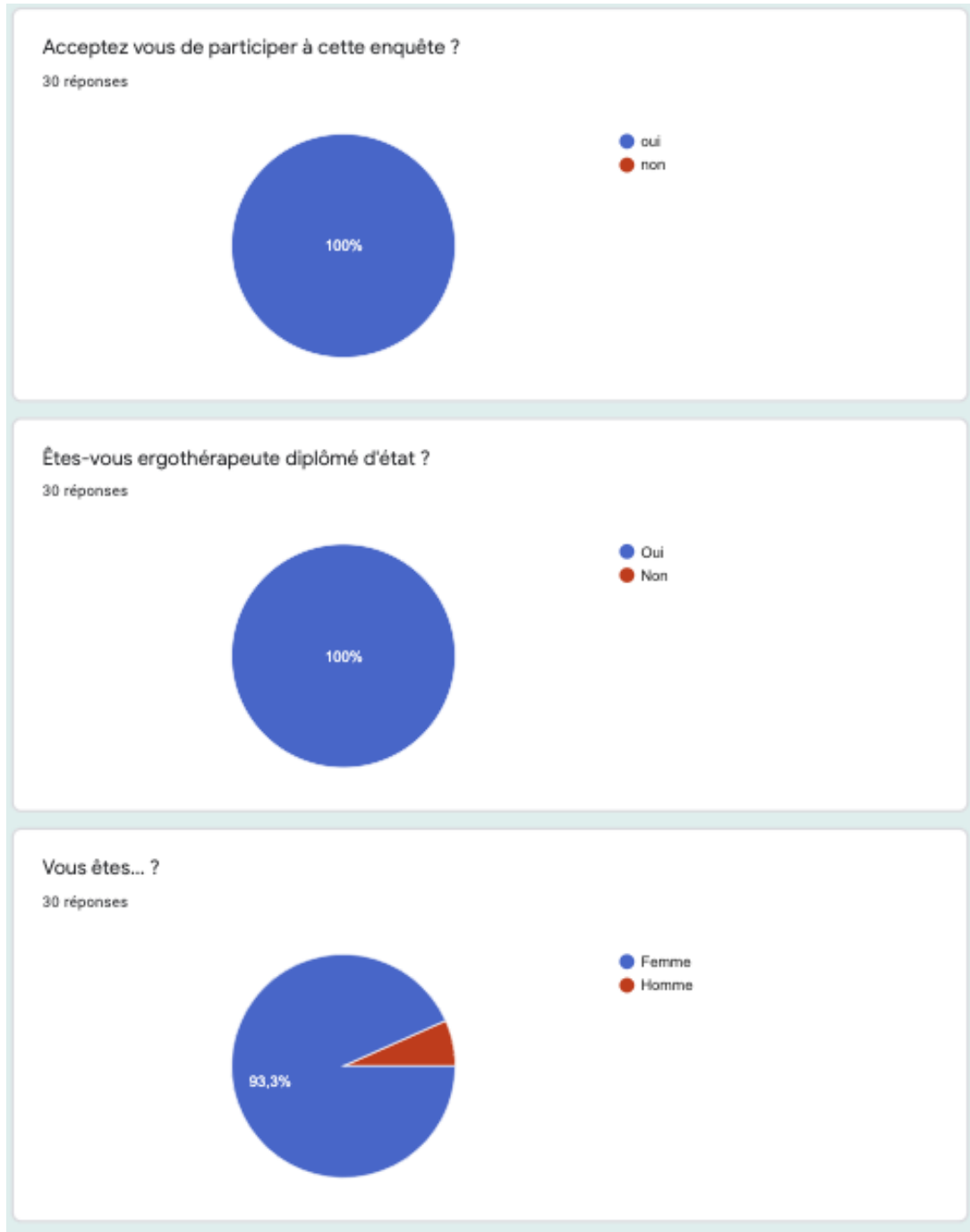
- oui
- non

Si vous le souhaitez, vous pouvez partager une expérience en ergothérapie qui vous aurait marqué en rapport à la diversité culturelle :

Réponse longue

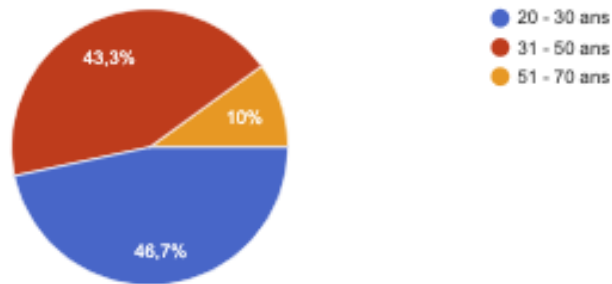
Enfin, avez vous un commentaire à ajouter ?

Réponse longue

Annexe 11 Réponses au formulaire de questionnement

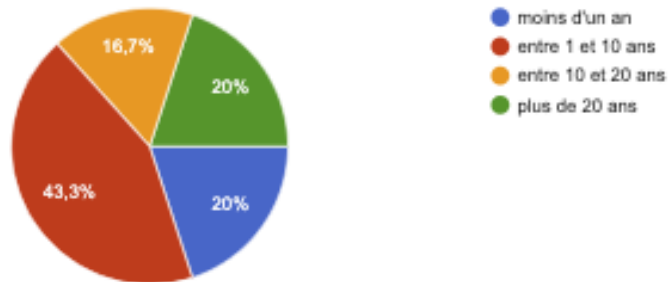
Vous avez entre...

30 réponses



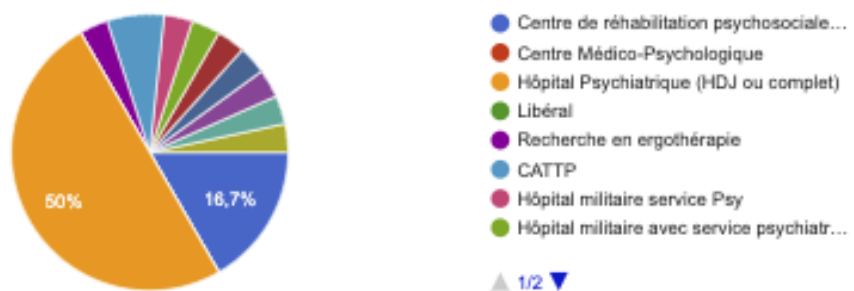
Vous exercez en France dans le domaine de la santé mentale depuis...

30 réponses



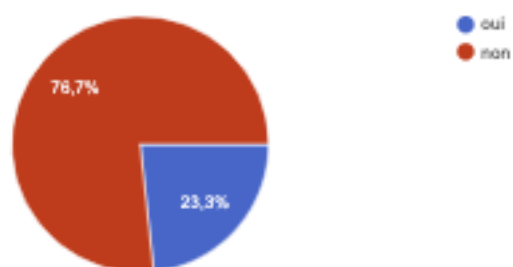
Quel est le type de structure dans laquelle vous travaillez actuellement?

30 réponses



Avez vous travaillé dans d'autres structures ou organismes en santé mentale ?

30 réponses



Si oui, dans quels types de structure ?

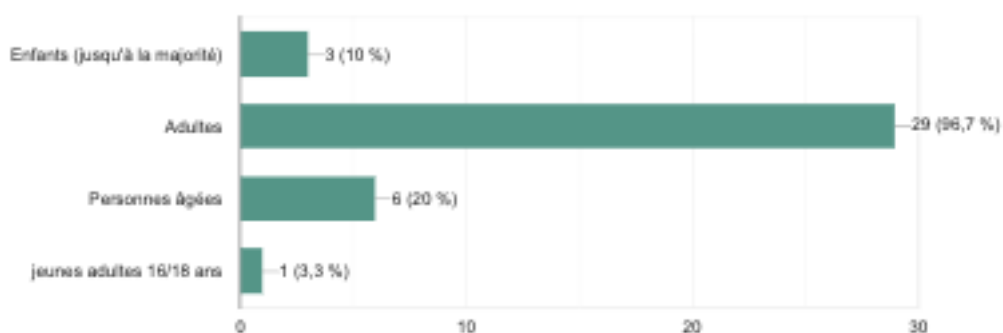
7 réponses

- Clinique psychiatrique
- Hôpital psychiatrique et service d'addictologie
- Post-cure psychiatrique, CATTP
- CAT
- Etablissement Public de Santé Mentale
- Cofor Centre de formation au rétablissement
- CATTP

Expérience(s) en santé mentale

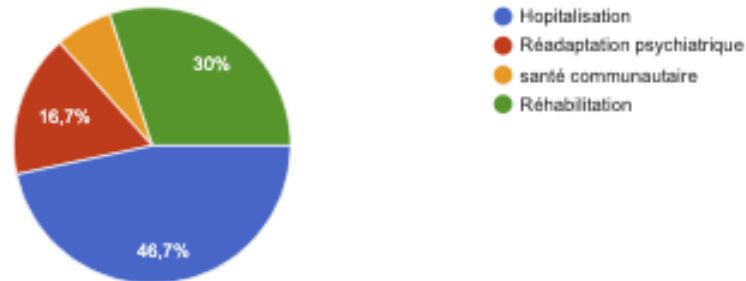
La tranche d'âge des personnes que vous suivez en ergothérapie comprend celle des :

30 réponses



Le processus de soin en santé mentale dans lequel vous travaillez actuellement, s'insère principalement en...

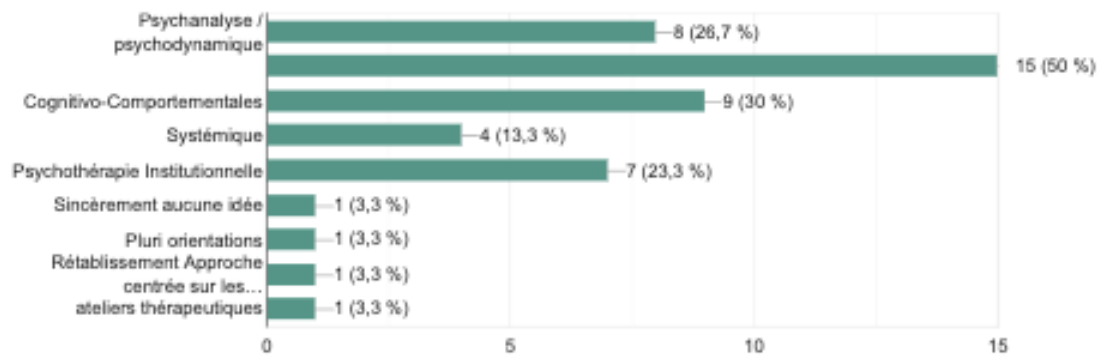
30 réponses



Quelle est l'approche en santé mentale prédominante, utilisée par l'équipe de soin et l'établissement?

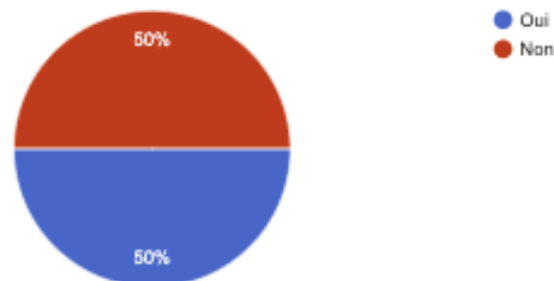


30 réponses



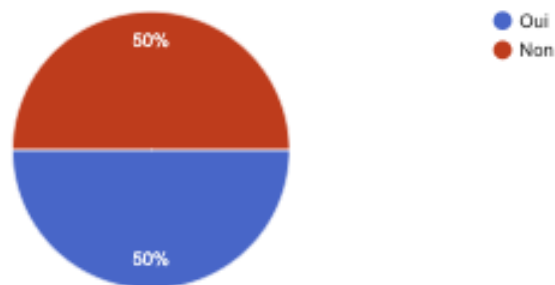
Dans votre poste actuel, travaillez vous avec d'autres ergothérapeutes?

30 réponses



Dans votre poste actuel, travaillez vous avec d'autres ergothérapeutes?

30 réponses



Si oui, quels impacts pouvez vous identifier sur votre pratique ?

13 réponses

échanges entre collègue indispensables sur mes accompagnements en ergothérapie. Echanger sur certaines situations, collaborer améliore les accompagnements

Partage de point de vue, d'idées. Répartition des missions en fonction des intérêts, point de compétence.

Mes collègues, étant plus âgées, sont dans une routine. Difficile à modifier certaines habitudes en tant que "nouvelle"

échanges professionnels sur des situations cliniques plus spécifiquement sur plan ergo

Échanges de pratique et de documentation

impact sur la pratique indispensable et très positif.favorisant et enrichissant les échanges cliniques, la prise de décision, les stratégies thérapeutique, et permettant de garder un bon placement professionnel.

2 ergothérapeutes donc 2 visions de l'ergothérapie qui sont bénéfiques pour se remettre en question et évoluer. Promotion de l'ergothérapie plus facile à 2. Entraide et soutien entre les deux ergos. Realisation de projets axés ergothérapie.

Echanges professionnels et soutien dans la pratique

possibilité de discuter de la pratique propre des ergothérapeutes, permet d'améliorer sa pratique mais aussi d'être plus visible dans l'hôpital

Pas évident d'imposer son idée dans une équipe, point positif en cas de transfert/contre-transfert pour passer la main, plus d'idées pour mettre en place les choses.

Formations communes, échanges autour des pratiques et situations rencontrées, relai en cas de besoin, enrichissement

Année de leur diplôme

Une ergotherapeute sur le pôle psychiatrique adolescent, échange autour de pratique malgré la différence de public

Quelles sont les activités principales de l'ergothérapeute ? (explicitée, par ex, dans la fiche de poste)

30 réponses

Un ergothérapeute référent à chaque parcours: rôle d'évaluateur via évaluations validées, accompagnement dans l'environnement de la personne

Rôle de coordinateurs: evaluation de la situation de la personne, coordination de parcours avec différents acteurs,

Animateur d'atelier et de groupe à médiation multiples, remédiation cognitive en individuel

Réhabilitation psycho sociale, professionnelle, par le biais d'activités thérapeutiques

Activités rehab, cuisine, activité manuelle

Analyser le fonctionnement occupationnel des personnes en situation de handicap et proposer un accompagnement répondant à leur problématique et leur potentiel, en lien avec l'équipe pluri

Rehabilitation sociale, plan occupationnel

évaluation, prise en soin en individuel ou groupale, collaboration pluridisciplinaire avec participations aux différents temps de réunion.

Activités thérapeutiques, visite à domicile et réentrainement aux activités de la vie quotidienne

Suivi des patients dans des activités de groupe et individuelle

Organisation d'atelier de groupe avec activités thérapeutiques individuelles ou en équipe, compte rendus

suivis en groupe ou individuels en complémentarité des équipes de secteur

Évaluation et restauration de l'autonomie de patients.

Actions d'évaluation : estimation de l'impact et du poids des troubles psychiques sur les projets de vie et le potentiel de réhabilitation de la personne.

Actions de réhabilitation :

- mise en place de stratégies thérapeutiques personnalisées pour préparer la phase de retour à domicile des personnes hospitalisées et favoriser la mise en place des projets de vie. (mises en situation sous forme d'atelier collectifs ou individuels).
- mise en place de stratégies de prévention pour limiter les risques de rechutes. (actions de soutien de la phase de retour à domicile, accueil ambulatoire des personnes présentant un risque de rechute sévère)

- stratégies spécifiques accompagnant la mise en place d'un projet de vie principal (travail, appartement, dynamique occupationnelle)

Proposer des activités à visées de réadaptation psychosociale.

Activités de groupe à médiations thérapeutiques expressives et créatrices (expression corporelle, théâtre, arts plastiques, écriture,...), suivis individuels et entretiens (recadrage, bilan)

Réhab - re socialisation - autonomie dans les avq - accompagnement en équipe mobile vers l'extérieur

Je n'ai pas de fiche de poste à ma connaissance. Je te mets donc les activités principales selon moi.

- Evaluer les capacités d'autonomie (vie quotidienne, sociale, cognitive, professionnelle) au sein d'activités, de mise en situation...
- Mise en place d'activités thérapeutiques en lien avec des objectifs ergothérapeutiques convenus avec la personne
- Visite à domicile
- Mise en situation sur l'extérieur (transports en commun, courses...)
- Communiquer au sein des différentes réunions d'équipe

éducateurs), nous sommes tous des animateurs d'actions.

Ma spécificité en tant qu'ergothérapeute est :

- Réaliser des activités signifiantes pour la personne (jardin, écriture, photo)
- éducation thérapeutique à l'injection

mise en place de séances d'ergothérapie, co-animation d'activité de groupes

Évaluation des besoins, évaluations in vivo, évaluations pluridisciplinaires, participation aux programmes d'ETP, prises en charges ergothérapeutiques (favoriser le transfert des acquis, maintien de l'autonomie et de l'indépendance par des mises en situation, une prise en soin à l'extérieur, à domicile...), travail pluridisciplinaire (synthèses..)

Recueil d'informations, entretiens et évaluations visant au diagnostic ergothérapeutique

Réalisation de soins et d'activités à visée de rééducation, réadaptation, réinsertion et réhabilitation sociale

Réalisation et suivi de projets d'aménagement de l'environnement

Organisation, coordination des activités en santé et traitement de l'information

Conseil, éducation, prévention et expertise vis-à-vis d'une ou de plusieurs personnes, de l'entourage et des institutions

Organisation des activités et gestion des ressources

Formation et information de nouveaux personnels et de stagiaires

Veille professionnelle, formation tout au long de la vie, études et recherches

Organiser des activités à visée socio-thérapeutiques, participer et accompagner la mise en place du projet de vie du patient, réaliser des entretiens et des évaluations visant au diagnostic ergothérapeutique, participer à l'encadrement des étudiants...

Créer organiser et animer des médiations thérapeutiques

Mutualiser les envies besoins et ressources - Accompagner les personnes à retrouver un (des) rôle(s) et responsabilité(s) - Lutter contre l'injustice occupationnelle - Faciliter la mise en place de projets/activités, visites de lieux pouvant être des ressources environnementales.

Évaluation et Gestionnaire de parcours pour accompagner l'accès à un emploi, l'accès à un logement et la réalisation des AVQ

Mis en place de médiation, être force de proposition; capacité à travailler en équipe, savoir faire preuve d'empathie bienveillance..

informatique , cafétéria, sport, bibliothèque , couture

Evaluation des besoins, Proposition d'accompagnements individuels et groupaux via l'utilisation de différents médias, VAD, participation au projet de soin via collaborations pluri-disciplinaires

Création et mise en place d'activité à médiation
Accompagnement du patient dans son projet individuel
Lien entre les différents corps de métier

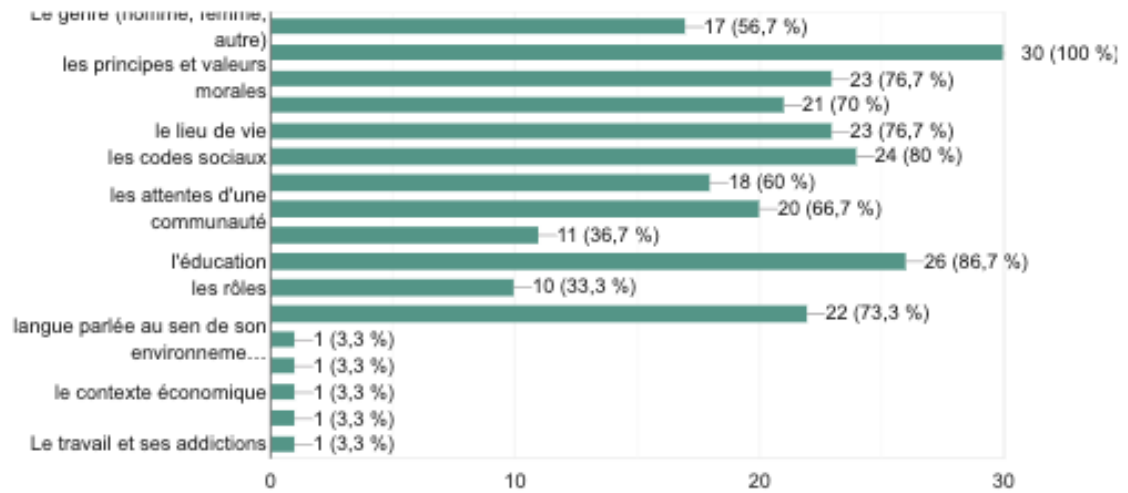
Évaluation des retentissements de la pathologie dans le quotidien (bilan)
Mise en place d'entretien et de groupe afin de répondre aux besoins du public accueilli,
Préparation au la sortie avec un programme individuel et collectif de réinsertion, réhabilitation, réadaptation,
Éduquer le patient afin de prévenir d'éventuel rechute,
Favoriser l'autonomie au domicile et dans la vie quotidienne,
Prise en charge globale du patient,
Etc.

Activités occupationnelles, activités d'expression à partir d'un médiateur créatif, individuel pour travailler la planification, organisation, fonctions executives

Le contexte socioculturel en santé mentale

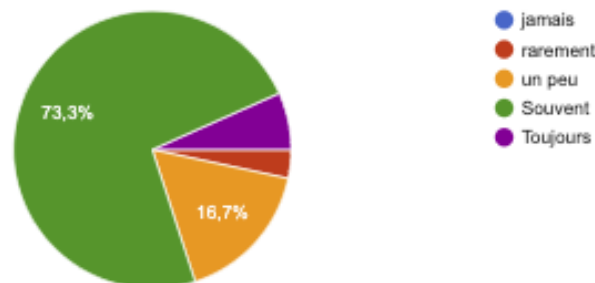
Selon vous, de quoi est constitué le contexte socioculturel d'une personne ?

30 réponses



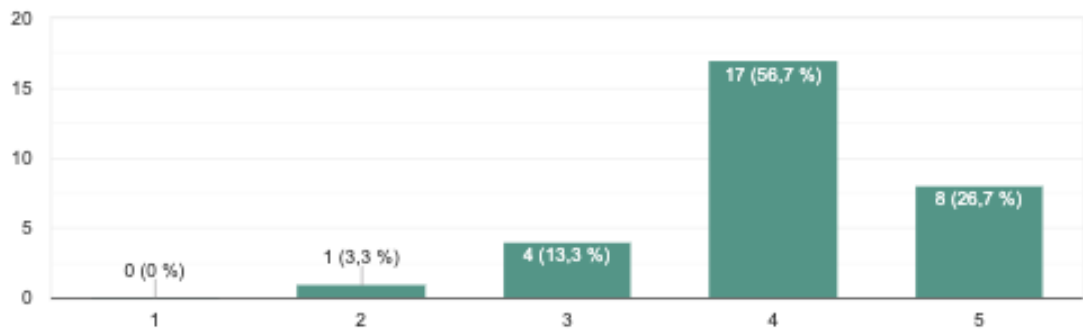
D'après votre expérience en santé mentale, travaillez vous avec des personnes présentant un contexte socioculturel différent du vôtre ?

30 réponses



En général, quelle place accordez vous à l'environnement social et culturel de la personne dans votre pratique?

30 réponses



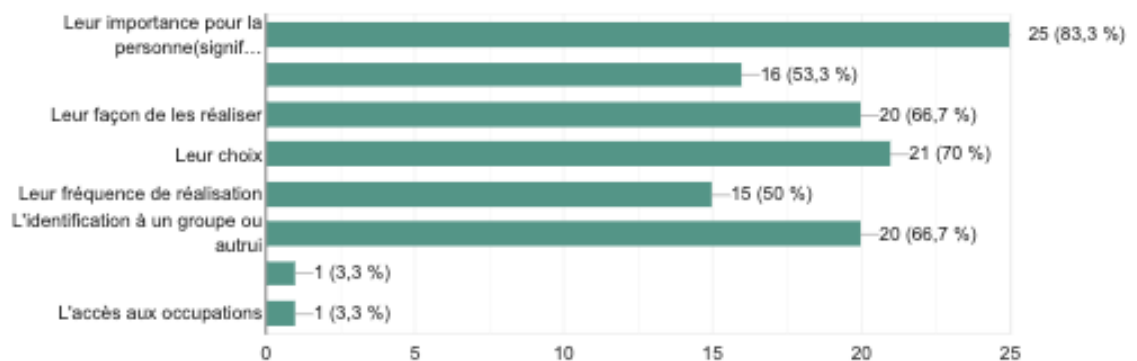
Dans votre intervention, quel est le facteur principal influençant la place que vous accordez à ce contexte?

30 réponses



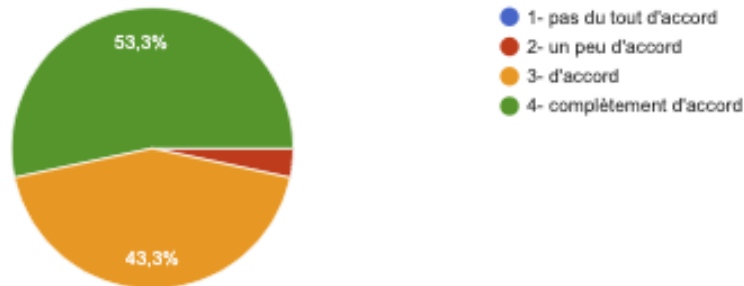
Selon vous, le contexte socioculturel impacte quel(s) aspect(s) des occupations ?

30 réponses



Que diriez vous de la phrase suivante : Chaque contexte social et culturel doit être considéré avec la même importance pour toutes les personnes*.

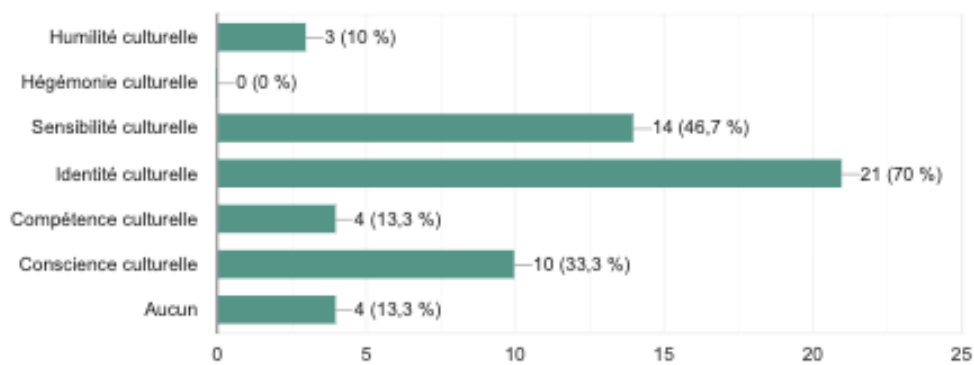
30 réponses



LA COMPÉTENCE CULTURELLE DE L'ERGOTHÉRAPEUTE

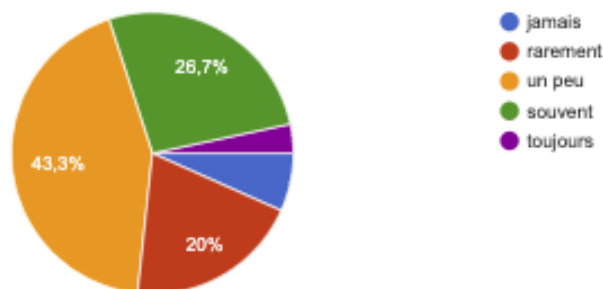
Parmi cette liste, quel(s) terme(s) vous sentiriez vous à l'aise de définir ?

30 réponses



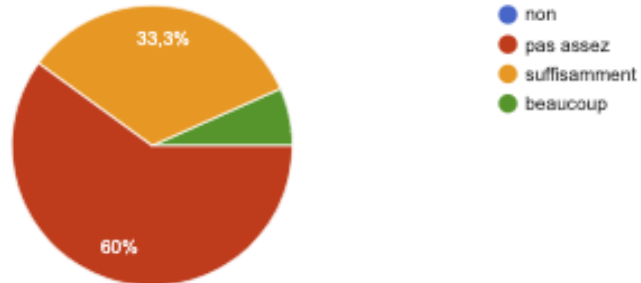
Vous documentez-vous sur les bases culturelles des différents groupes ethniques, contextes sociaux, géopolitiques des personnes que vous suivez ?

30 réponses



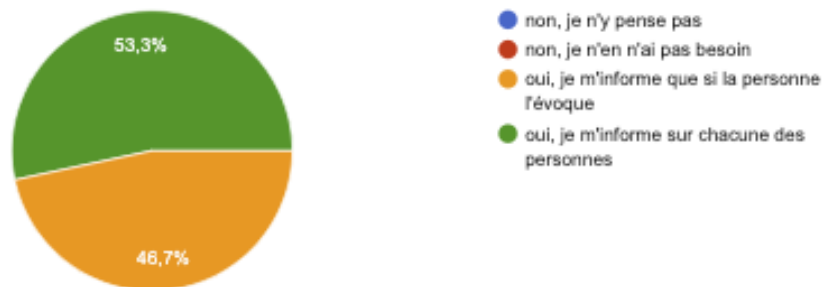
De façon générale, connaissez vous les représentations des pratiques en santé des personnes que vous prenez en soin ?

30 réponses



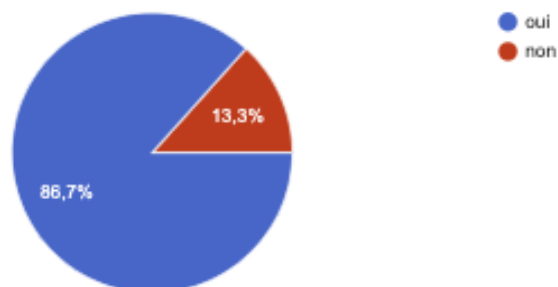
Connaissez vous les occupations culturellement ET socialement significantes des personnes que vous suivez ?

30 réponses



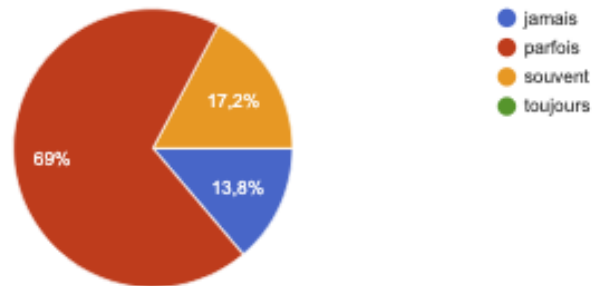
Hors cas d'une pathologie, avez vous déjà rencontré des difficultés dans les interactions verbales et/ou non verbales avec les personnes que vous suivez ?

30 réponses



Ces difficultés font-elles obstacle au bon déroulé de vos interventions ?

29 réponses



Dans les deux cas, quelles actions pouvez-vous mettre en place face à ce type de difficultés ?

30 réponses

échanger avec les proches de la personne
favoriser l'expression des spécificités de la personne liées à sa culture
recours à un interprète

Recherche de la difficulté, adaptation au cas par cas selon le parcours et l'histoire du patient, pas de réponse pré définie : adaptation au patient

On a des personnes ressources, ethnotherapeute

chercher des adaptations, revoir les objectifs... les moyens ; faire appel à quelqu'un dans l'équipe

Adaptation non verbale, pose d'un cadre, ...

Essayer d'échanger avec la personne sur elle et sur son contexte pour en savoir d'avantage et se renseigner par ailleurs si nécessaire. Et faire une veille professionnelle sur le sujet.

Trouver une langue commune, utiliser des mots simples, utiliser la reformulation et validation des propos de la personne, utiliser des images ou des mimes, connaître quelques mots de bas dans la langue de la

personne

Mise en place d'outil de communication, s'appuyer sur des personnes de l'équipe ayant moins de difficulté

Discussion avec l'équipe, recherche de vocabulaire adéquat, recours à traducteur documentation sur la culture de la personne éventuellement

traducteur

Discussion avec le patients et documentation sur sa culture.

utilisation de stratégies de communication non verbales, d'une langue commune ou d'un tiers permettant l'interface lorsque cela est possible.

Reformulation

aide à l'institution et équipe pluridisciplinaire, réflexions et élaborations en réunion clinique, la médiation thérapeutique comme levier,...

Utilisation de traducteur en ligne, passer par des médiations manuelles (plus facile que par des médiations qui nécessitent la langue), pictogramme, passer par la famille pour avoir des infos (si la famille parle français), solliciter les organismes aidant les personnes pour avoir des infos (Office français de l'immigration et de l'intégration, centre d'accueil de demandeurs de d'asile...)

Nous réalisons un conseil des usagers

Multiplications des espaces, échanges avec l'équipe voire appel à un interprète

Une relation de confiance avant tout. De la reformulation, de l'authenticité. Des recherches ensemble sur des points que j'aurais mal expliqué, adaptation des outils et moyens utilisés...

passage par les mimes, les actions en miroir, le jeu....

Échanges en présence d'un traducteur si langue différente, entretiens avec des proches, échanges avec l'équipe de soin et/ou la psychologue.

Trouver un moyen de compensations qui permettent d'éviter l'obstacle ou stimuler l'implication de la

personne dans la recherche de solution

Traduction via les pairs

ethnopsychologie avec la neuropsychologue

M'adapter

apprentissage de codes

Mise en place d'un outils de communication (pictogrammes, symboles) ou appel à un traducteur (les 2 situations rencontrées étant en lien avec une impossibilité de ma part de comprendre la langue parlée par la personne). Quand il s'agit de soucis ponctuels de communication (incompréhension de ce que voudrait exprimer la personne, que ce soit par des moyens verbaux ou non verbaux), je prends le temps de réfléchir, d'échanger avec mes collègues si besoin, pour ensuite revenir vers la personne et proposer un nouvel échange, qui passe souvent par la reformulation, en lui demandant de valider ou non ce que je dis

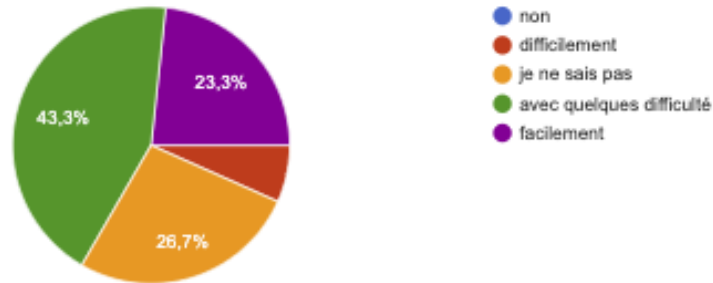
Discussion d'équipe

Reformuler, éviter la mise en échec, adapté l'activité pour que la personne puisse être à l'aise avec ses pratiques (ex : écrire dans sa langue maternelle, écouter de la musique, utiliser le vocabulaire souhaité et j'essai d'adopter un langage similaire afin de favorisant le lien soignant/ soigné, etc.)

Trouver un autre moyen de communication

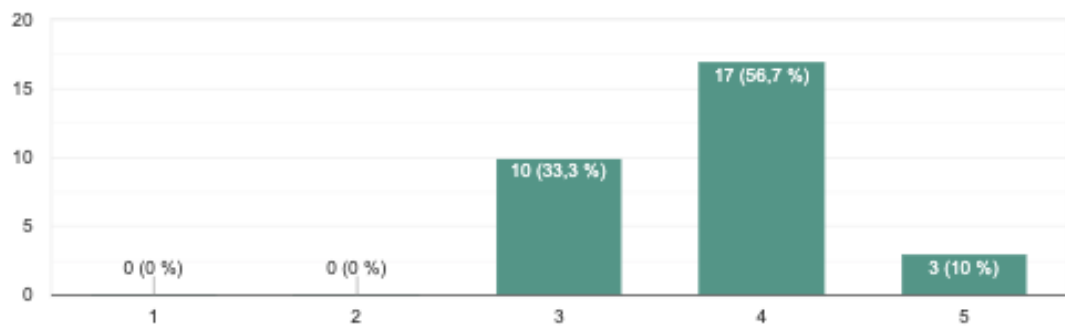
En général, savez vous différencier les difficultés de communication liées à un contexte socioculturel particulier, des symptômes d'une maladie/d'un trouble ?

30 réponses



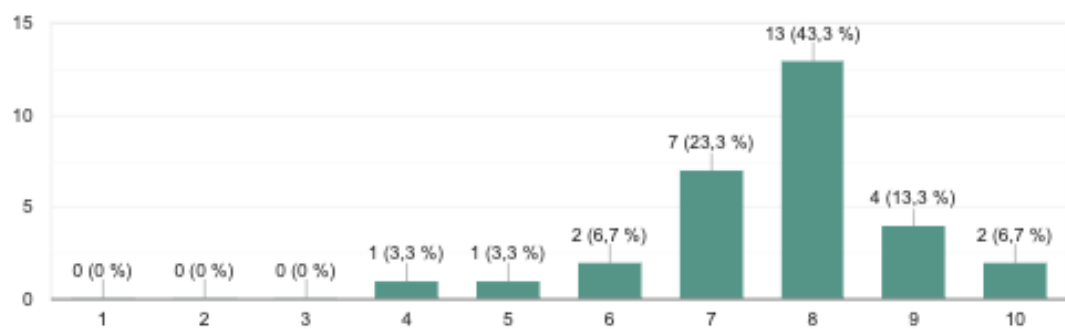
Sauriez vous décrire et identifier les éléments de votre propre contexte socioculturel ?

30 réponses



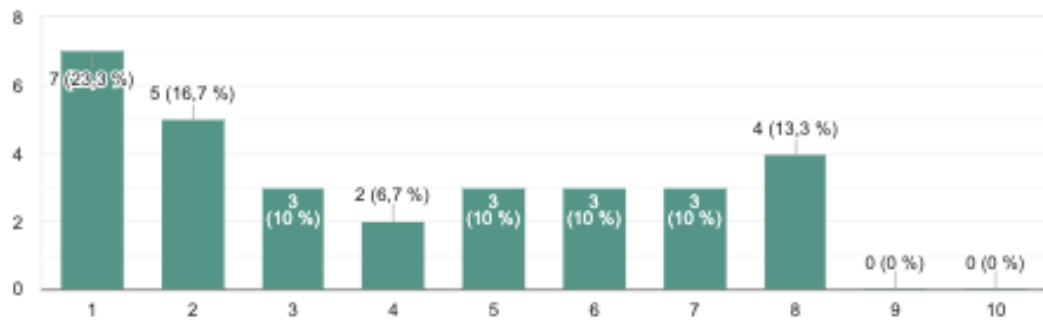
Dans vos interventions, comment considérez vous vos biais culturels ?

30 réponses



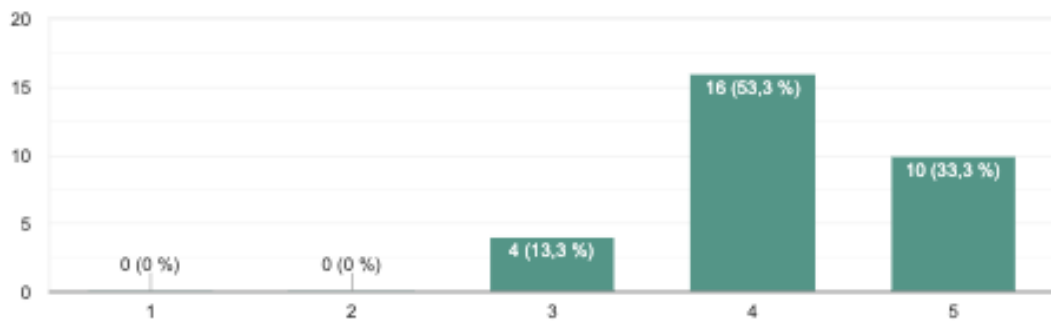
Selon vous, quelle influence ont les différents types d'"isme" (racisme, sexisme...), préjugés et stéréotypes dans votre pratique générale ?

30 réponses



Que diriez vous de cette phrase : "la rencontre directe avec la diversité culturelle permet de limiter les biais culturels"

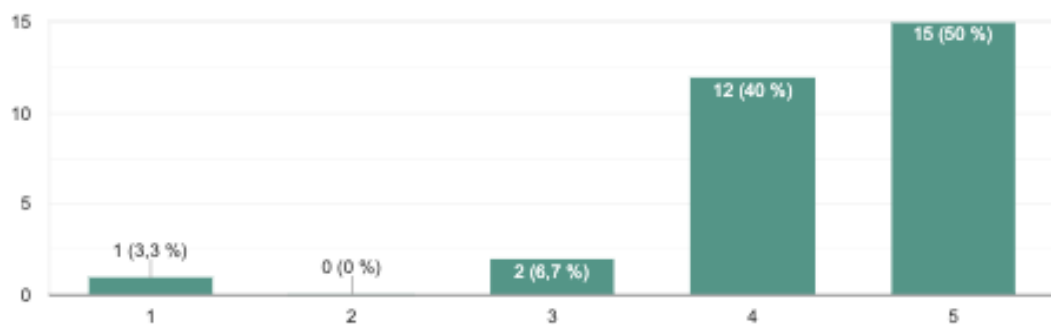
30 réponses



Que diriez vous de cette phrase : "la rencontre directe avec la diversité culturelle améliore la tolérance et l'ouverture d'esprit"

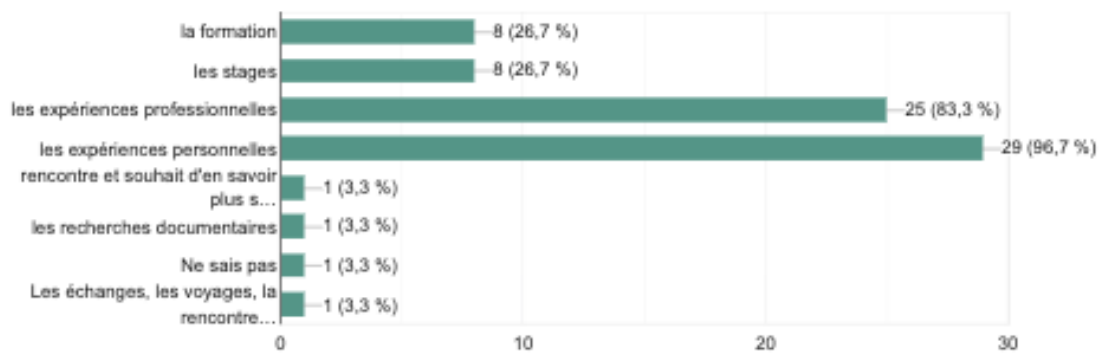


30 réponses



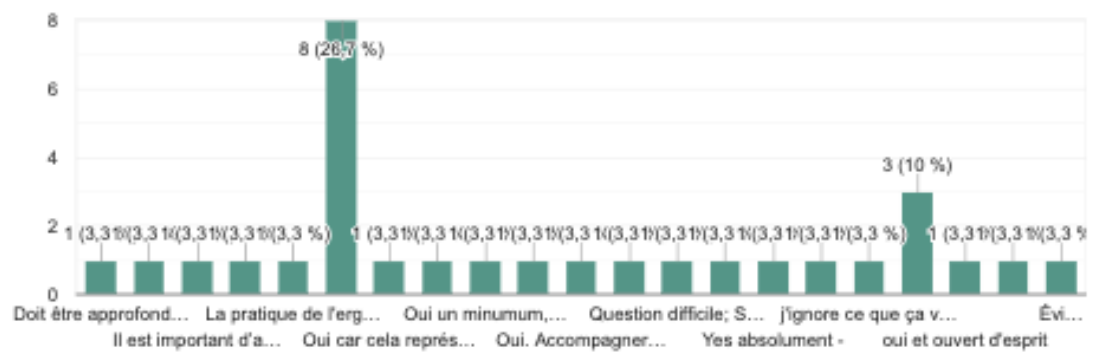
Selon vous, la compétence culturelle s'acquiert au mieux au cours de :

30 réponses



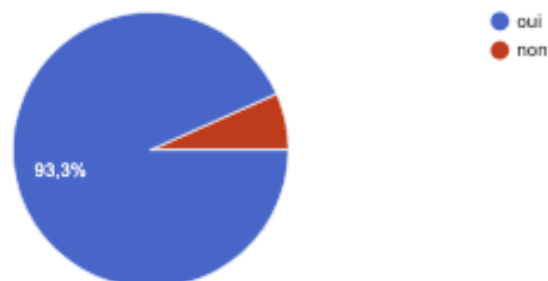
A votre avis, pensez vous que l'ergothérapeute travaillant en France doit être culturellement compétent ?

30 réponses



Aimeriez vous améliorer votre compétence culturelle ?

30 réponses



Si vous le souhaitez, vous pouvez partager une expérience en ergothérapie qui vous aurait marqué en rapport à la diversité culturelle :

16 réponses

hors champ de la santé mentale, champ de la neurologie. Objectif ergo: favoriser l'autonomie dans les AVQ, notamment dans l'utilisation des WC (transfert, hygiène etc...) Un de mes objectifs pendant la mise en situation écologique était de travailler l'équilibre debout pour permettre l'utilisation du papier toilette. La personne, de par ses origines et son contexte de vie utilise depuis toujours une douchette de WC. Changement d'objectif et adaptation d'une aide technique remplaçant le papier et se rapprochant d'une douchette (bouteille percée en l'occurrence.)

Un Travail d'ergo à l'étranger pendant 3 ans

Une patiente n'a pas pu participer à une activité piscine car, de confession musulmane et l'atelier étant mixte, sans la présence d'un homme de sa famille ce n'était pas convenable...

Je me souviens d'un patient maori. Très pragmatique et en retrait, qui s'était investi en ergothérapie à partir du moment où il avait pu me parler de son pays et ses coutumes.

travail et suivi d'une jeune patiente schizophrène portugaise d'origine africaine ayant décompensé dans notre région l'an passé. cette patiente, toujours suivie dans nos services, se met a communiquer a haute voix, avec ses voix de façon exclusive et automatique dans une sorte de mélange (portugais / dialecte africain) complètement inaccessible a tout spectateur extérieur pouvant être assimilé à un discours "shizophasique". lorsqu'elle revient à un état d'esprit plus favorable, elle peut nous "résumer" en partie le contenu de ces interventions.

Une patiente congolaise évoquant, lors d'un atelier exclusivement féminin, les conditions d'accouchement en Afrique. Patientes partageant leurs expériences de Ramadan...

Dès qu'on montre un intérêt, les patients aiment beaucoup évoquer leurs origines.

Un patient venant de malgache ayant des croyances avec sa famille concernant la guérison de sa schizophrénie en ayant recours à la magie, aux Djins,... Approche Ethnopsychiatrique, rencontre avec la famille et en ergothérapie prise en compte de ses croyances pour garder le lien thérapeutique. Très intéressant

Être confrontée à des patients qui croient au Mysticisme - magico-religieux

Une personne géorgienne est accueillie dans une des unités de santé mentale. Elle ne parle pas français. Son contexte socio culturelle, son histoire de vie sont difficilement connus (même pas le psychiatre). La prise en charge est donc compliquée. De plus, parfois certains comportements sont jugés comme inadaptés ou en lien avec la maladie (bipolarité) alors que peut être cela dépend de la personne et de sa culture. Faire la part des choses est compliqué et nous sommes face à l'impasse culturelle comme humaine.

Nous travaillons avec des usagers de drogues qui sont, ne sont pas encore ou ne sont pas dans une démarche d'arrêt de la consommation. Pour certains, ils définissent leur consommation ou la connaissance des produits comme signifiantes pour eux. Certains ont une richesse culturelle sur les produits existants, sur les risques, sur les modes de consommation et sur l'interaction du produit avec l'environnement de la personne.

Ce qui le marque le plus, c'est que les structures communautaires sont des lieux qui permettent de valoriser ce savoir et donc d'améliorer la pratique pour limiter les risques et l'impact de la consommation sur la personne.

/

Travailler à domicile dans un autre pays en tant qu'ergothérapeute

Le rapport aux horaires de rendez-vous. Certaines personnes pouvaient arriver 1h30 en retard pour une séance de 2h, alors qu'elles avaient du faire 30 min de trajet pour venir.

Le rapport aux habits: une personne refuse de venir parce qu'elle n'est pas suffisamment bien habillée.

Les violences sexuelles sont fréquemment mentionnées par le public que j'accompagne (adulte santé mentale). Il est extrêmement difficile d'identifier quels accompagnements proposés en fonction de l'origine culturelle (ce qui peut être perçu comme un rôle "obligatoire" pour les femmes) et les propres représentations de l'équipe soignante (différenciation entre hallucinations ou réminiscence traumatique?). Des progrès restent à faire dans ce domaine car on peut facilement être maltraitant dans le choix des traitements, des orientations et le fait de passer sous silence des faits car ils sont "culturellement acceptés"...

initiation à l'opéra

Annexe 12– Ensemble des tableaux comparatifs des statistiques descriptives

Processus de soin	effectif	âge			exercice en France en santé mentale		public suivi		
		20/30 ans	31/50 ans	51/70 ans	maximum 10 ans	plus de 10ans	jusqu'à 18 ans	adultes	PA
hospitalisation	14	50%	21%	29%	50%	50%	14%	86%	14%
réadaptation psychiatrique	5	20%	80%	0	60%	40%	0	100%	40%
réhabilitation	9	44%	56%	0	78%	22%	22%	89%	11%
santé communautaire	2	100%	0	0	100%	0%	0	100%	0
TOTAL d'ergothérapeute	30	14	12	4	72%	28%	4	27	5

Tableau 1- démographie des ergothérapeutes en fonction du processus de soin

Processus de soin	effectif	fréquence en % des facteurs principaux influençant la considération du CSC					fréquence en % des paramètres des occupations influencés par le CSC					
		l'objectif d'intervention	la personne et son CSC	approche de soin	les ressources de l'institution	vous-même	1	2	3	4	5	6
hospitalisation	14	50%	21%	7%	14%	7%	86%	43%	36%	86%	36%	71%
réadaptation psychiatrique	5	0%	20%	20%	0%	60%	60%	40%	100%	80%	60%	60%
réhabilitation	9	22%	56%	11%	0%	11%	89%	67%	78%	44%	67%	56%
santé communautaire	2	0%	50%	0%	0%	50%	100%	100%	100%	50%	0%	100%
TOTAL d'ergothérapeute	30	10	10	3	2	6	25	16	19	20	14	19

Tableau 2 – la place du contexte socioculturel dans l'intervention en ergothérapie en fonction du processus de soin

Processus de soin	effectif	savoir culturel (moyenne par question)		
hospitalisation	14	1,6/6	3,1/5	1,4/3
réadaptation psychiatrique	5	2,4/6	3/5	1,4/3
réhabilitation	9	1,3/6	2,9/5	1,6/3
santé communautaire	2	1,5/6	3/5	1,5/3
étendue des moyennes de l'échantillon		1,1	0,2	0,2

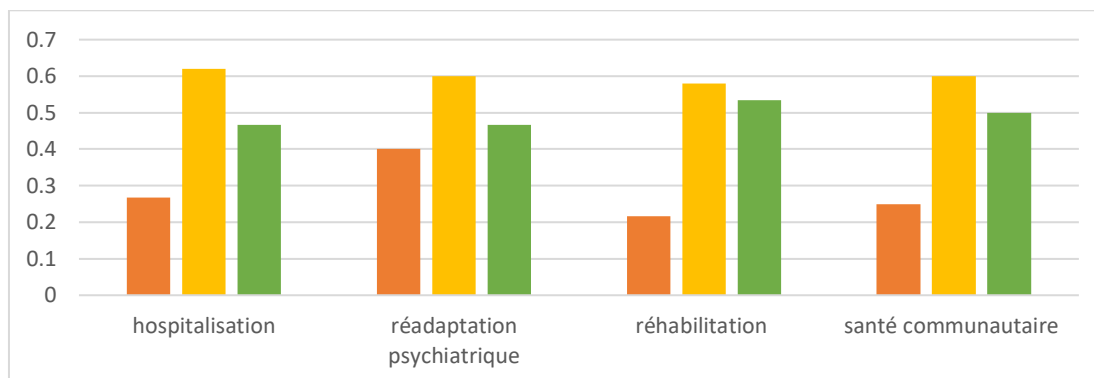


Tableau 3- moyenne des items cotant le savoir culturel des ergothérapeutes selon le processus de soin

Processus de soin	effectif	habileté culturelle (moyenne par question)		
hospitalisation	14	3,8/5	2,2/3	2,7/4
réadaptation psychiatrique	5	4,2/ 5	1,6/3	3,4/4
réhabilitation	9	4,3/5	2,1/3	2,7/4
santé communautaire	2	4,4/5	1,5/3	3/4
étendue des moyennes de l'échantillon		0,6	0,7	0,7

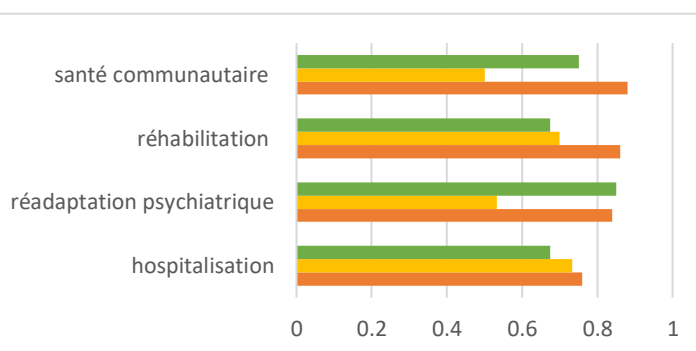


Tableau 4 - moyenne des items cotant l'habileté culturelle des ergothérapeutes selon le processus de soin

Processus de soin	effectif	rencontres culturelles (moyenne par question)		
hospitalisation	14	4/5	4,4/5	29%
réadaptation psychiatrique	5	4,2/5	4,4/5	40%
réhabilitation	9	4,4/5	4,1/5	67%
santé communautaire	2	4,5/5	5/5	100%
étendue des moyennes de l'échantillon		0,5	0,9	71%

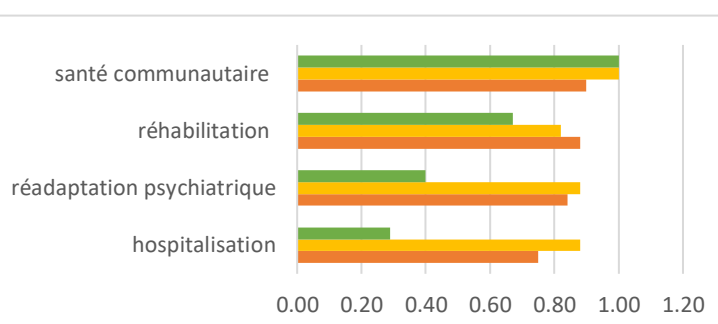


Tableau 5 - moyenne des items cotant les rencontres culturelles des ergothérapeutes selon le processus de soin

Processus de soin	effectif	la conscience culturelle			
		3,3/4	3,7/5	7,2/10	3,8/10
hospitalisation	14	3,3/4	3,7/5	7,2/10	3,8/10
réadaptation psychiatrique	5	3,8/4	4/5	8,6/10	3,4/10
réhabilitation	9	3,7/4	3,7/5	7,7/10	4,7/10
santé communautaire	2	3,5/4	4/5	8/10	4/10
étendue des moyennes de l'échantillon	30	0,5	0,3	1,4	1,3

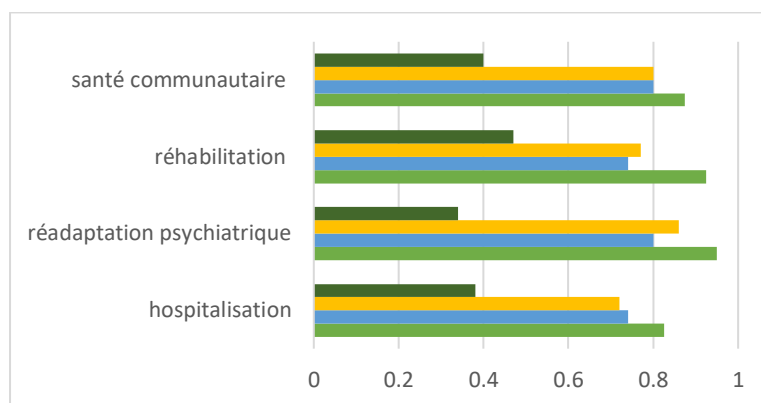


Tableau 6- moyenne des items cotant la conscience culturelle des ergothérapeutes selon le processus de soin

Processus de soin	effectif	désir culturel (moyenne par question)		
		71%	86%	90%
hospitalisation	14	71%	86%	90%
réadaptation psychiatrique	5	80%	100%	85%
réhabilitation	9	89%	100%	89%
santé communautaire	2	100%	100%	88%
étendue des moyennes de l'échantillon		29%	14%	5%

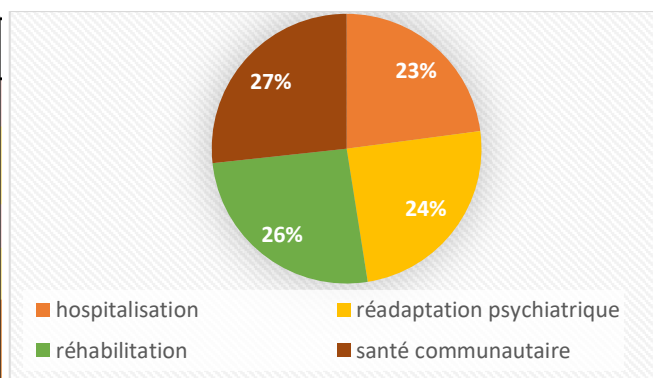


Tableau 7 - moyenne des items cotant le désir culturel des ergothérapeutes selon le processus de soin

processus de soin	savoir culturel			habileté culturelle			rencontres culturelles			conscience culturelle			désir culturel			
hospitalisation	0,267	0,62	0,467	0,76	0,733	0,675	0,75	0,88	0,29	0,825	0,74	0,72	0,38	0,71	0,86	0,90
réhabilitation	0,217	0,58	0,533	0,86	0,7	0,675	0,88	0,82	0,67	0,925	0,74	0,77	0,47	0,89	1,00	0,89

Tableau 8 - moyennes des items de la compétence culturelle en hospitalisation et réhabilitation utilisés pour créer le nuage de points

Annexe 13 - Calcul du Test t de Student

1) Tableau comparatif des deux populations

hospitalisation sujet	compétence culturelle résultats /16	réhabilitation sujet	compétence culturelle résultats /16
1	11,87	1	11,33
2	10,35	2	9,67
3	13,52	3	10,67
4	10,07	4	9,56
5	11,87	5	11,15
moyenne 1	11,54	moyenne 2	10,48
écartype 1	1,39	écartype 2	0,82
variance 1	1,93	variance 2	0,68

Tableau 9 - moyennes de la compétence culturelle de 10 ergothérapeutes en hospitalisation et réhabilitation

2) Calcul de la variance totale :

$$S^2 = \frac{(N_1 \times \sigma_1^2) + (N_2 \times \sigma_2^2)}{(N_1 + N_2) - 2} \quad \text{Avec } N_1 = N_2 = 5$$

$$S^2 = [(5 \times 1,39^2) + (5 \times 0,82^2)] / (10 - 2) = 1,6278125$$

$$S (\text{écart type}) = \sqrt{1,6278125} \approx 1,28$$

3) Calcul de t

$$t = \frac{|\text{moyenne}_1 - \text{moyenne}_2|}{S \sqrt{\frac{1}{N_1} + \frac{1}{N_2}}}$$

$$t = (11,54 - 10,48) / 1,28 \sqrt{(1/5 + 1/5)} = 2,17$$

$$t \text{ calculé} = M_1 - M_2 / 0,49 = 2,16.$$

Pour trouver le t critique, il faut calculer le degré de liberté des échantillons :

$$v : N_1 + N_2 - 2 = 5 + 5 - 2 = 8.$$

Annexe 14 - Tableau t de student

v Degré de liberté	P = 95 %	P = 99 %
1	12.706	63.657
2	4.303	9.925
3	3.182	5.841
4	2.776	4.604
5	2.571	4.032
6	2.447	3.707
7	2.365	3.499
8	2.306	3.355
9	2.262	3.250
10	2.228	3.169
11	2.201	3.106
12	2.179	3.055
13	2.160	3.012
14	2.145	2.977
15	2.131	2.947
16	2.120	2.921
17	2.110	2.898
18	2.101	2.878
19	2.093	2.861
20	2.086	2.845
21	2.080	2.831
22	2.074	2.819
23	2.069	2.807
24	2.064	2.797
25	2.060	2.787
26	2.056	2.779
27	2.052	2.771
28	2.048	2.763
29	2.045	2.756
30	2.042	2.750
40	2.021	2.704
60	2.000	2.660
120	1.980	2.617
∞	1.960	2.576

Introduction. En France, la majorité des dispositifs validés accompagnant les ergothérapeutes en santé mentale, n'apportent pas de réponse adaptée au contexte socioculturel de la personne suivie. La fédération mondiale des ergothérapeutes constate l'intérêt croissant pour la diversité culturelle dans les soins. La prise en considération de cette diversité et la compétence culturelle de l'ergothérapeute semblent varier selon son environnement professionnel. L'objectif de cette recherche est de décrire et comparer la compétence culturelle de l'ergothérapeute en France selon les différentes étapes du parcours de soin en santé mentale. Méthode. Un questionnaire élaboré suivant une méthode différentielle, interroge la compétence culturelle des ergothérapeutes et leur considération du contexte socioculturel. Une analyse statistique descriptive et inférentielle est réalisée sur les 30 réponses d'ergothérapeutes exerçant en santé communautaire, hospitalisation, réhabilitation et réadaptation psychiatrique. Résultats. Dans les étapes du parcours de soin en santé mentale, il existe une différence significative mais peu importante, entre la compétence culturelle moyenne et ses dimensions, des ergothérapeutes interrogés. Conclusion. Les facteurs de cette variation n'étant pas identifiés et en considérant le désir des ergothérapeutes d'améliorer leur compétence culturelle, ce sujet de recherche mériterait d'être approfondi afin d'apporter aux ergothérapeutes des outils pour une intervention plus inclusive et culturellement adaptée.

Mots clés : Ergothérapie, Santé mentale, Contexte socioculturel, Compétence culturelle, Parcours de soin, Diversité culturelle

Introduction. In France, most of based-practice frameworks guiding occupational therapist's practice in mental health, do not provide yet an adapted response to healthcare users' sociocultural context. World Federation of Occupational Therapists assessed there is growing interest in taking care of cultural diversity in health care. The consideration of sociocultural diversity and occupational therapists' cultural competency awareness tend to vary according to its professional environment. This study aim is to describe and compare cultural competency among occupational therapists working in France, according to the stages along the care pathway professional settings. Method. A questionnaire collecting items about occupational therapist's actual cultural competency and their consideration of the sociocultural context in their intervention was developed. Then, through a descriptive quantitative methodology, 30 responses of occupational therapists working in community health, hospitalizations, rehabilitation and its two faces: psychiatric and psychosocial were analyzed. Results. There is a significant but not important difference between participants' cultural competency along the care pathway professional settings. Conclusion. Factors explaining this variation are yet to be studied. Considering occupational therapists desire to improve their cultural competency, this theme research needs to be explored further. In that respect, they could deliver an inclusive and culturally adapted intervention in mental health.

Key words: Occupational Therapy, Mental health, Sociocultural environment, Cultural competency, Professional setting, Cultural diversity

Sous la direction de Sophie Albuquerque, référente méthodologique et Myriam Bremond, référente professionnelle.