



HAL
open science

Développement de la compétence culturelle en ergothérapie. Étude de cas par récit de vie d'un ergothérapeute français

Marion Darve

► To cite this version:

Marion Darve. Développement de la compétence culturelle en ergothérapie. Étude de cas par récit de vie d'un ergothérapeute français. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03279275

HAL Id: dumas-03279275

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03279275>

Submitted on 24 Aug 2021

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



Faculté des sciences médicales et paramédicales
Ecole des sciences de la réadaptation
Formation en Ergothérapie

Marion DARVE

UE 6.5 S6 :

Mémoire d'initiation à la recherche

20/05/2021

Développement de la compétence culturelle en ergothérapie.

Etude de cas par récit de vie d'un ergothérapeute français.

Sous la direction de ALBUQUERQUE Sophie, directrice de mémoire et
ROUX Mathilde, référente professionnelle

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement ma directrice de mémoire Sophie Albuquerque pour sa disponibilité, son implication et son soutien dans ce travail qui n'aurait pas pu prendre forme sans ses précieux conseils.

Je remercie également Mathilde Roux ma référente professionnelle pour son soutien, nos échanges si riches et le temps qu'elle a accordé à suivre mon travail.

Merci à Laura, Audrey, Enzo, Laurie, Perrine et Roshane, mon groupe mémoire qui m'ont prouvé que seul on va plus vite mais qu'ensemble on va plus loin.

Un grand merci à l'équipe pédagogique pour leur investissement, leur accompagnement tout au long de ces 3 années. Merci de m'avoir transmis cette passion pour notre si beau métier. Je remercie particulièrement Catheline Blanc pour sa douceur et son écoute.

Merci à mes amies de promotion pour ces beaux moments de partage et de joie. Une pensée particulière à Camille et Nolwenn, sans vous cette aventure n'aurait pas été aussi belle.

Un immense merci à l'ensemble de mes tutrices de stage pour m'avoir transmis leur savoir et permis de vivre des expériences incroyables.

Enfin je souhaite exprimer ma reconnaissance à mes parents et à mon frère d'avoir toujours cru en moi et de toujours être là quoi qu'il arrive.

Merci du fond du cœur à Thibaut de croire en moi et de me faire grandir.

« Le dialogue véritable suppose la
reconnaissance de l'autre à la fois dans son
identité et dans son altérité. »

Proverbe Africain

Sommaire :

1	Introduction	1
1.1	Emergence du thème	1
1.2	Revue de littérature méthodologie.....	5
1.3	Revue de littérature analyse critique	7
1.3.1	L'influence de la culture sur l'intervention ergothérapique	7
1.3.2	Critique des modèles et concepts fondamentaux de la profession.....	9
1.3.3	La compétence culturelle de l'ergothérapeute	10
1.3.4	Stratégies et recommandations	11
1.4	Résonance du thème	13
1.5	Problématisation pratique	13
1.6	Enquête exploratoire.....	14
1.6.1	Objectifs visés.....	14
1.6.2	Méthodologie	14
1.6.3	Résultats et analyse critique.....	18
1.7	Question initiale de recherche	26
1.8	Cadre conceptuel	27
1.8.1	Identité professionnelle.....	27
1.8.2	La compétence	31
1.8.3	La compétence culturelle	32
1.9	Question et objet de recherche.....	35
2	Matériel et Méthode.....	35
2.1	Choix de la méthode	35
2.2	Population.....	36
2.3	Site d'exploration	36
2.4	Choix et construction de l'outil de recueil de données.....	36
2.5	Déroulement de l'enquête.....	38

2.6	Choix de l’outil de traitement et d’analyse de données.....	39
2.7	Triangulation des résultats.....	40
2.8	Considérations éthiques.....	41
3	Résultats.....	41
3.1	G. a besoin d’explorer et de rencontrer l’autre, il se nourrit de l’autre.	41
3.2	G. utilise des outils et des approches pour mieux comprendre l’autre.	42
3.3	Ses expériences de relation à l’autre lui ont permis de développer sa posture professionnelle.....	45
3.4	G. présente des limites à sa compétence culturelle.	47
4	Discussion.....	48
4.1	Interprétation	48
4.2	Réponse à l’objet de recherche.....	51
4.3	Critique du dispositif de recherche.....	52
4.4	Apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle	53
4.5	Proposition et transférabilité vers la pratique professionnelle.....	54
4.6	Perspectives de recherches et ouverture vers une nouvelle question de recherche	54
	Bibliographie	56
	Annexe 1 Tableau de résultats des bases de données.....	61
	Annexe 2 Tableau de synthèse des documents.....	62
	Annexe 3 Matrice du questionnaire.....	68
	Annexe 4 Message adressé aux participants :	73
	Annexe 5 Graphiques et diagrammes des résultats de l’enquête exploratoire :	74
	Annexe 6 Matrice conceptuelle	83
	Annexe 7 Guide d’entretien.....	85

1 Introduction

1.1 Emergence du thème

J'ai toujours été intriguée par la multitude de cultures qui existent et à quel point elles influencent la vie des gens. Ce qui m'intéresse particulièrement c'est de comprendre comment l'être et le devenir d'une personne sont liés à sa culture, comment ses occupations et sa façon de penser, faire et réfléchir sont influencés par sa culture et comment une même occupation, comme prendre un repas, peut être différente d'une personne à une autre, d'une culture à une autre. Pour moi la culture est une part non négligeable d'un individu. C'est pourquoi en ergothérapie les concepts d'occupations, d'approche globale et centrée sur la personne ont résonné en moi tout au long de la formation et m'ont toujours ramenée à cette question « Et la culture dans tout ça ? ». Cela a été une évidence pour moi de m'orienter là-dessus pour ce travail de recherche.

- **Contexte et point de rupture**

J'ai réalisé mon stage du semestre 3 dans un Centre d'Accueil Médico-Social Précoce (CAMSP) auprès d'enfants ayant un handicap moteur. Là-bas, j'ai remarqué que la grande majorité des familles qui y sont accueillies sont issues de l'immigration. Elles sont principalement en provenance du Maghreb, d'Afrique et d'Europe de l'Est. Certaines sont en France depuis une ou deux générations, d'autres viennent d'arriver dans le but de faire soigner leur enfant malade. Cette multiplicité de cultures, croyances, éducations se côtoient en un même lieu et se confrontent à la culture française et occidentale. En observant la pratique de l'ergothérapeute, j'ai remarqué que cela se retrouvait dans les habitudes de vie des familles de l'enfant pris en soins, dans leur histoire mais aussi dans les situations sociales, les langues différentes de la nôtre, les noms et prénoms.

Par ailleurs, beaucoup de cultures différentes de notre culture occidentale n'ont pas la même vision de la maladie et de la médecine. Nous expliquons certaines maladies par des anomalies génétiques, des dysfonctionnements moléculaires, cellulaires... Pour certaines cultures, l'explication se trouve dans l'intervention de forces divines, mystiques, maraboutiques agissant sous la forme de sortilèges, de malédictions, de mauvais sorts. Il y a donc un écart, parfois très important entre les différentes visions d'une même chose et d'un même événement. En ergothérapie, l'approche centrée sur la personne (1) permet d'étudier l'individu, dans sa globalité et dans toutes ses dimensions dont sa culture, qui peut parfois être très éloignée de notre propre culture.

C'est là que j'ai remarqué un paradoxe dans ma formation : l'approche centrée sur la personne nous est enseignée, toutes les dimensions de la personne doivent être prises en compte et pourtant nous n'avons jamais eu de cours spécifique sur la culture, les différentes formes de culture qui existent dans le monde, et leurs caractéristiques. Les enseignements sur le thème de l'anthropologie médicale ayant été annulés lors de ma première année, les seules notions de cultures, de pratiques et de croyances, notamment en termes de médecine et de handicap proviennent uniquement de nos connaissances personnelles en dehors de la formation. De plus, le faible quota horaire attribué à cet enseignement me laisse penser que ce sujet reste peu développé dans les cours dispensés par la formation en ergothérapie en France.

C'est pourquoi je me demande si la culture est une notion, un facteur pris en compte dans les prises en soin en ergothérapie ? Est-ce qu'elle peut influencer la relation thérapeutique avec la personne et son entourage ? Peut-elle avoir un impact sur l'intervention et son efficacité ? Comment les ergothérapeutes, dans une démarche d'approche globale, la prennent-ils en compte ? Comment gèrent-ils les écarts parfois très grands entre leur propre culture et celle de leur patient ?

- **Définition du thème**

Le thème qui ressort est la prise en compte de la culture dans la prise en soin en ergothérapie.

Champs disciplinaires :

Ce thème s'inscrit dans différents champs disciplinaires tel que les sciences humaines et sociales, l'anthropologie médicale, la santé publique et les sciences de l'occupation. Ces disciplines vont nous aider à définir les termes de la recherche afin d'avoir une meilleure compréhension du sujet d'étude.

Définition des termes :

- Ergothérapie :

D'après la World Federation of Occupational Therapists (WFOT) « L'ergothérapie est une profession de santé centrée sur le client soucieuse de promouvoir la santé et le bien-être par l'occupation. Le principal objectif de l'ergothérapie est de permettre aux personnes de participer aux activités de la vie quotidienne. Les ergothérapeutes atteignent ce résultat en travaillant avec les personnes et les communautés pour améliorer leur capacité à s'engager dans

les occupations qu'ils veulent, ont besoin ou doivent faire, ou en modifiant l'occupation ou l'environnement pour mieux soutenir leur engagement occupationnel » (2).

Le terme d'occupation concerne « toutes les activités quotidiennes que la personne réalise en tant qu'individu, en famille, comme membre d'un groupe, et au sein de communautés, pour apporter du sens et un but à la vie, et pour atteindre et maintenir la santé » (3). D'après Meyer, c'est « un groupe d'activité culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socioculturelle et qui est le support de la participation à la société » (4).

Nous pouvons ainsi voir l'apparition de la notion de culture qui semble étroitement liée à la notion d'occupation. Cela nous amène donc à définir ce que l'on entend par le terme de « culture ».

- Culture :

Selon Hammel, le terme de « culture est utilisé pour décrire les connaissances, croyances, attitudes, morales, normes et coutumes que les gens acquièrent par l'appartenance à une société ou à un groupe en particulier » (5). Elle explique aussi que l'ergothérapie en tant que profession peut être considérée comme une culture. En effet les ergothérapeutes développent des compétences, des connaissances, des valeurs, des concepts, des idées qui leur sont propres et qui influencent leur façon de penser et d'agir.

Ainsi, l'ergothérapeute a sa propre culture personnelle, sa culture professionnelle et fait face à un patient qui lui-même vient d'une certaine culture.

- **Résonance du thème**

Question socialement vive :

Selon l'INSEE¹, de 2004 à 2012, 200 000 immigrés sont arrivés en France chaque année. Cela représenterait 8,8% de la population française en 2013. Parmi ces populations, 70 000 seraient originaires d'Afrique et la moitié du Maghreb (6). D'après les chiffres du ministère de l'Intérieur sur l'immigration dans les régions de France en 2016, en région Provence-Alpes-Côte-D'azur et en région Rhône-Alpes la part de la population issue de l'immigration représenterait 7 à 11%. Ces chiffres, nous permettent de mieux comprendre l'intérêt dont font preuve les politiques gouvernementales concernant l'immigration en France ou en Europe.

¹ Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

Cependant cette diversité émergente amène à des discriminations et des inégalités d'accès à des occupations signifiantes comme la santé, l'éducation ou le travail. Ces problématiques sont abordées par les politiques françaises et européennes. Différents programmes sont proposés à différentes échelles mettant en avant des priorités à propos des populations issues de l'immigration. Concernant le programme de santé de l'Union Européenne, une des priorités est la politique migratoire avec la lutte contre les inégalités de santé (7). En France, la stratégie nationale de santé définie par le gouvernement consacre un des quatre grands axes à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé (8). Ces deux exemples prouvent la volonté des politiques de favoriser l'accès aux soins à toutes les populations.

Au niveau du monde de l'ergothérapie, la WFOT, dans sa prise de position sur la question de la diversité et de la culture en 2010,

« Recommande les stratégies et les actions suivantes :

- 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 » (9).

De plus, d'après une étude DELPHI menée par la WFOT (10), une des priorités de recherche en ergothérapie concerne l'intervention en ergothérapie auprès de populations d'origines diverses. On voit que cette thématique de la diversité et de la culture est également d'actualité dans les préoccupations des ergothérapeutes.

Enjeux :

L'immigration prend une part importante sur l'ensemble de la population des Français depuis plusieurs générations. Cependant, 17% des immigrés venant du Maghreb déclarent deux fois plus souvent des handicaps moteurs, sensoriels ou cognitifs et 13% déclarent utiliser ou avoir besoin d'aides techniques (11). Or, la prise en soins des personnes en situation de handicap et la préconisation d'aides techniques étant des actions réalisées dans une prise en soins en ergothérapie, les ergothérapeutes français peuvent être amenés à prendre en soin des patients immigrés.

En France, les mauvaises conditions de logement, les problèmes d'accès à l'emploi après des conditions de voyage souvent difficiles, dégradent la santé des migrants à long terme. Cependant, l'accès aux soins pour ces personnes, pour rester en bonne santé, reste compliqué en raison du manque de médiateurs culturels, de droits à une couverture maladie mais également

du manque de volonté des institutions (12). Ces problèmes sont-ils dus à un manque de connaissance sur leur culture ? À des aprioris et des préjugés ? Ces problèmes concernent-ils uniquement les primo-arrivants ou également les familles vivant en France depuis plusieurs générations ?

L'accès au système de santé pour ces populations est un réel enjeu économique. MigHealthCare élimine certaines idées fausses à propos des migrants et de leur santé notamment celle disant que « les migrants surchargent les systèmes nationaux de protection sociale ». Or, contrairement à cette croyance, un accès aux soins de santé préventifs réguliers pour les migrants en situation irrégulière permettrait aux gouvernements de réaliser des économies (12).

Utilité :

La question de la prise en compte de la culture en ergothérapie est une question d'éthique abordée par la WFOT dans son *Code of Ethics* (13) : « Les ergothérapeutes ont la responsabilité de considérer la diversité culturelle, les styles de vie et les perspectives des personnes qu'ils servent » (9). De plus, cela touche aussi aux valeurs de la profession. En effet, la spiritualité est une des valeurs propres à la profession d'ergothérapeute, elle se définit comme « la considération par l'ergothérapeute des valeurs et croyances qui donnent un sens à l'existence du client » (14). Cela concerne aussi la définition d'une pratique « centrée sur la personne » établie par l'étude de Thelma Sumsion qui dit que « tout au long du processus le thérapeute écoute et respecte les valeurs du patient » (1). Ce sujet a donc un intérêt pour le développement de la profession d'ergothérapeute.

Pour les patients, se questionner sur leur culture et ouvrir les pratiques à une diversité culturelle pourrait améliorer leur accès à notre système de santé et donc ouvrir une patientèle plus diverse en ergothérapie.

1.2 Revue de littérature méthodologie

La revue de littérature a pour but de faire un état des lieux de la recherche à l'heure actuelle sur le sujet choisi. Dans un premier temps, la méthodologie pour établir cette revue est explicitée. Puis, l'analyse critique de la littérature est présentée pour, au terme de ce travail, aboutir à un éclairage du thème initial et un enrichissement de sa résonance.

Choix des bases de données :

Pour réaliser la revue de littérature, différentes bases de données adaptées au sujet sont utilisées en fonction des champs disciplinaires cités plus haut :

- PubMed car c'est une base de données dédiée au domaine de la santé et des sciences humaines qui est en anglais ce qui va permettre d'élargir la recherche à l'international.
- Google scholar car elle permet de regrouper toutes les disciplines et toutes les langues ce qui va permettre d'avoir des résultats plus larges et de ne pas passer à côté d'un document qui pourrait être intéressant pour le sujet.
- Science direct qui est une base de données en santé publique.
- Pascal et Francis pour le domaine des sciences humaines et sociales
- SAGE, Wiley Online Library et Taylor & Francis qui donnent accès à des articles de revue internationale en ergothérapie.

Choix des mots clés :

Mots-clés	MeSH terms	Equation de recherche
Ergothérapie	Occupational Therapy	« Ergothérapie » ET « culture » « Occupational Therapy » AND « culture »
Culture	Culture	

Les mots-clés en anglais ont été choisis grâce à l'outil HeTOP qui a permis d'obtenir les MeSH terms qui correspondent aux mots-clés français.

Critères d'inclusion et d'exclusion et filtres :

La sélection des articles dans les bases de données s'est faite selon différents critères. Les articles sont datés d'après 2000 afin d'avoir des données les plus actualisées possible avec assez de résultats sur le sujet. La langue des articles est le français ou l'anglais. Le terme de culture étant défini plus haut dans un sens sociologique du mot, les articles parlant de culture agricole, culture cellulaire ou de tout autre signification que celle préalablement définie sont exclus. Tous les articles sont disponibles intégralement en ligne pour des raisons pratiques.

De plus, les documents sélectionnés respectent les critères de scientificité tel que le nombre de références de l'article, la renommée de l'auteur, la construction selon la méthode IMReD², la fiabilité de la source.

Les résultats de l'équation de recherche sont présentés en annexe (Cf. Annexe 1 p.61).

² Introduction Méthodes Résultats et Discussion

1.3 Revue de littérature analyse critique

L'analyse critique de la revue de littérature porte sur quinze documents. Parmi ces documents sont retrouvés 9 études, 3 revues de littératures et 3 articles de discussion qui apportent des éléments pertinents en lien avec le thème. Le tableau de synthèse de ces articles est présenté en annexe (Cf. Annexe 2 p.62).

À l'issue de l'observation de ces documents, cinq sous-thématiques ressortent : dans un premier temps il est question de l'influence que la culture peut avoir sur le processus d'intervention en ergothérapie. Ensuite, la critique des fondements de la profession, la compétence culturelle de l'ergothérapeute, et les stratégies et recommandations retrouvées dans la littérature sont analysées. Pour finir, la perception des étudiants en ergothérapie sur le sujet de la culture est abordée.

1.3.1 L'influence de la culture sur l'intervention ergothérapique

À travers les articles, différents impacts de la culture sur l'intervention ergothérapique ressortent. Tout d'abord, la culture influence les occupations de la personne (15) (16). En effet, les façons de s'habiller, de manger, de gérer ses occupations ne sont pas les mêmes dans toutes les cultures et sont parfois très différentes de la culture occidentale. À Oman par exemple, la tenue traditionnelle des hommes possède des petits boutons qui sont compliqués à manipuler d'une seule main pour les personnes ayant une hémiparésie (15). Cette difficulté se retrouve également chez les femmes qui portent le voile. Cependant, bien que les personnes soient en difficulté dans l'occupation de l'habillage, d'après les codes religieux et les mœurs culturelles, une personne et surtout une femme ne peut se déshabiller devant une personne extérieure à la famille, cela rend impossible en ergothérapie d'évaluer une mise en situation prendre une douche ou d'habillage/déshabillage. Cela concerne aussi les mises en situation de cuisine qui ne peuvent pas être pertinentes à réaliser lorsque la personne a pour habitude d'avoir des domestiques qui font la cuisine pour elle. Il y a aussi certaines cultures comme à Singapour pour lesquels les occupations de loisirs n'ont pas une part très importante dans la vie quotidienne des personnes (16). Ainsi, l'ergothérapeute qui prend en compte la culture de son patient va choisir des activités pour ses évaluations ou pour ses séances non pas en fonction de ce qu'il a l'habitude de faire mais en fonction de quelles occupations sont réalisées par le patient en lien avec sa culture.

Certains résultats montrent aussi qu'il existe différents éléments liés à la culture qui font obstacle à l'intervention. D'après Grandpierre, la langue est la plus grosse barrière rencontrée

(17) (18). Dans le domaine de la pédiatrie, les différences d'éducation et de jeu par rapport à la culture occidentale créent un défi supplémentaire pour les ergothérapeutes. Par ailleurs, le fait que certaines évaluations ne soient validées qu'auprès d'un seul type de population rende compliquée leur utilisation auprès d'autres cultures (17).

D'après l'expérience d'une ergothérapeute américaine en République Dominicaine, les différences de croyances et de valeurs entre la culture de l'ergothérapeute et celle des patients créent du conflit (19). Par exemple les patients attendent de recevoir une thérapie et non pas de participer à une thérapie, ils sont donc moins impliqués, ont l'impression que l'ergothérapeute ne leur apporte rien. Certaines personnes se désengagent dans leurs activités quotidiennes car elles se considèrent comme trop handicapées et donc ne comprennent pas pourquoi l'ergothérapeute s'intéresse à leurs occupations. La notion de temps et de ponctualité en lien avec la notion d'efficacité au travail que l'ergothérapeute a comme valeurs ne sont pas partagées par les patients rencontrés ce qui a conduit à plusieurs reprises à des retards, des absences et d'autres imprévus dans l'organisation de l'ergothérapeute (17) (19).

Les différences de langue, de croyances, de valeurs et de types d'occupations demandent donc une adaptation de l'intervention de l'ergothérapeute et peuvent parfois amener à des conflits et des incompréhensions entre l'ergothérapeute et le patient si ces facteurs ne sont pas pris en compte. Cependant, certains résultats font ressortir des influences positives sur la thérapie, notamment lorsque la culture est prise en compte. D'après Pooremamali et al., dont l'étude de cas cherchait à étudier l'utilisation de l'approche culturelle auprès d'une jeune femme immigrée atteinte de schizophrénie, des effets positifs et des progrès notables dans la thérapie sont apparus à partir du moment où l'ergothérapeute a pris en compte sa culture d'origine ainsi que celle de sa famille (20). En effet, cette approche a permis notamment de maximiser la relation de confiance avec la famille et d'ainsi pouvoir transférer les acquis obtenus dans les séances en dehors de l'institution, et d'avoir un suivi et un soutien de l'environnement social de la jeune femme. Ces résultats sont corroborés par Grandpierre qui parle de sensibilité culturelle lorsque les ergothérapeutes comprennent la culture du patient, qu'ils comprennent comment elle influence le patient, qu'ils ont conscience des différences d'explication des causes des maladies et handicaps et qu'il emploie un langage adapté à la personne (17). Cette sensibilité culturelle serait un atout pour la thérapie car elle permettrait d'aider à établir la relation thérapeutique, d'améliorer la communication et la compréhension, et de créer une atmosphère « confortable ».

Ces résultats montrent la nécessité pour les ergothérapeutes d'avoir conscience et d'être sensibles à la culture de leurs patients pour pouvoir surmonter les obstacles rencontrés lors des interventions. De plus, les conflits rencontrés font ressortir les écarts entre les valeurs et les concepts portés par l'ergothérapeute et ceux des personnes prises en soin.

1.3.2 Critique des modèles et concepts fondamentaux de la profession

Certains modèles conceptuels en ergothérapie comme le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) ou le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) reconnaissent l'influence de la culture et tendent à favoriser la sensibilité culturelle dans la profession (21). Cependant, de nombreuses critiques sont faites à leur égard dans la littérature. La plus importante est que ces modèles ont été pensés et formulés par des ergothérapeutes issus de pays occidentaux, représentant une population loin d'être majoritaire dans le monde (22). Ces modèles reflètent donc des croyances, des valeurs et un mode de pensée spécifique à la culture occidentale. Le problème rapporté est que ces théories sont présentées comme générales et universelles alors qu'elles ne le sont pas (23).

En effet, plusieurs exemples prouvent que certains concepts fondamentaux ne sont pas généralisables à toutes les cultures. Le modèle de rééducation-réadaptation dominant en France se base sur l'objectif de favoriser l'indépendance de la personne en restaurant au maximum la fonction défaillante. Or diverses cultures valorisent l'interdépendance, les relations sociales, le bien-être de la société et le prendre-soins de l'autre (22) (19). Ainsi, le concept d'indépendance est plus souvent remplacé par l'interdépendance à la famille et au groupe social. Par exemple, à Singapour, la culture veut que la famille prenne en charge la personne en situation de handicap ou la personne âgée dépendante. En raison de ces valeurs les personnes ne comprennent souvent pas l'intérêt de développer leur indépendance (16). Ces résultats concordent avec l'expérience de Bourke-Taylor en République Dominicaine « L'informateur a déclaré [...] qu'il y a toujours quelqu'un pour vous aider, [...] que l'indépendance n'était pas aussi recherchée qu'aux États-Unis » (19). Un autre exemple peut être donné par Hopton avec la culture chinoise pour laquelle « L'interdépendance est le fondement du système de croyances [...] lorsqu'une personne est malade, on s'attend à ce qu'elle joue un rôle passif et à ce qu'elle soit soignée par d'autres » (24).

En Europe, d'après Meyer, les occupations sont traditionnellement classifiées en trois catégories : productivité, loisirs et soins-personnels (4). Cependant cette façon de catégoriser les occupations et notamment la distinction entre productivité et loisirs est propre à la culture

occidentale. Peu de preuves rapportent que d'autres cultures classent leurs occupations d'une telle façon (25) (23) (22). Les loisirs, en particulier, sont considérés comme « liés à une classe » et réservés aux « privilégiés » (22). Par exemple, dans l'étude sur la pratique de l'ergothérapie à Singapour, les résultats font ressortir que la principale préoccupation des patients est le travail ou l'éducation et que les loisirs ne font pas partie des occupations significatives pour eux (16).

L'équilibre est aussi une notion qui diffère selon les cultures. En ergothérapie, l'équilibre se traduit dans les occupations par leur durée et leur fréquence. Dans la culture chinoise, l'équilibre, selon le Yin et le Yang, se mesure à travers la perception de l'harmonie individuelle, c'est un équilibre entre le corps, l'esprit et l'environnement (24).

Concernant la thérapie, l'intervention orientée vers des objectifs et dans un but de performance occupationnelle ne sont probablement pas non plus des concepts partagés par toutes les cultures (25). En effet les ergothérapeutes partent du principe que les personnes savent ce qu'elles veulent et peuvent avoir des objectifs en fonction de leurs besoins. Or dans certaines cultures la famille, ses besoins, sa hiérarchie et son fonctionnement dans les obligations de chacun de ses membres sont supérieurs aux besoins et aux aspirations de chaque individu. Ainsi être passif et peu décisionnaire de sa prise en charge est la conduite normale et attendue.

Ces différents exemples montrent bien que le concept de culture aurait besoin d'avoir une place plus importante dans les théories qui soutiennent l'ergothérapie ; et ce même si un changement de paradigme, avec une vision plus centrée sur la personne et l'émergence de modèles conceptuels basés sur la culture comme le modèle Kawa, prend forme (23). Afin de soutenir l'inclusion de la culture comme dimension à part entière de la personne, différentes approches culturelles ont été formulées pour guider les ergothérapeutes dans leur pratique qui tend à être culturellement compétente.

1.3.3 La compétence culturelle de l'ergothérapeute

Ces revues plus ou moins récentes sur le thème de la culture explorent la littérature en ergothérapie à ce sujet. Une des notions les plus récurrentes concerne les approches culturelles et, particulièrement, la compétence culturelle de l'ergothérapeute (26).

D'après Awaad, la compétence culturelle est définie comme la capacité du thérapeute à « développer des connaissances culturellement suffisantes pour pouvoir créer un équilibre entre l'adhésion aux normes culturelles et l'introduction de nouveaux cadres de référence » (25). Pour cela le thérapeute doit comprendre le concept et la nature de la culture, connaître et utiliser des

informations culturellement spécifiques et avoir conscience de ses propres croyances et valeurs (21).

Cette notion de compétence culturelle apparaît dans la littérature sous d'autres termes tel que conscience ou sensibilité. En effet, d'après Hopton, la conscience culturelle est un processus en trois parties : la culture de l'ergothérapeute personnelle et professionnelle, que celui-ci doit prendre en compte, la culture du patient et la sensibilisation à la culture par la profession dans la formation en ergothérapie (24). On retrouve ici les caractéristiques de la compétence culturelle.

Cependant, cette approche semble être critiquée par de nombreux auteurs comme le rapportent Beagan ou Hammell (26) (23). En effet, Beagan met en avant que cette approche réduit la culture à son sens ethnique en oubliant les critères tels que la religion, la classe sociale, l'identité sexuelle, l'âge, qu'elle met le thérapeute dans une position d'individu culturellement neutre alors qu'il est lui-même influencé par sa propre culture. D'après les résultats de son analyse, l'approche d'humilité culturelle semble être plus pertinente en raison de son attention concernant les relations de pouvoir ayant lieu dans la thérapie. Pour compléter cela, l'humilité culturelle est définie par Hammell comme une approche qui comprend « une conscience critique de ses propres hypothèses, croyances, valeurs et préjugés ; une compréhension de la façon dont ses propres perspectives peuvent différer de celles des autres ; et une reconnaissance des avantages, privilèges et pouvoirs non acquis qui découlent de sa situation sociale particulière » (23). De plus, au regard des critiques retrouvées précédemment à propos des modèles théoriques, il paraît essentiel d'adopter une position d'humilité culturelle qui permettrait de rendre plus pertinents et plus inclusifs les modèles théoriques en ergothérapie.

Pour conclure, les principes communs à ces approches culturelles sont la connaissance de soi, la connaissance des autres groupes socio-culturels et le respect de l'autre. De plus, la sensibilité est une des caractéristiques de l'approche holistique, qui est un des concepts fondamentaux de l'ergothérapie (25). Il est donc nécessaire pour les ergothérapeutes de mettre en application ces différentes approches afin de limiter les impacts négatifs, décrit au début de l'analyse, tel que les difficultés rencontrées lors des évaluations, du choix des activités, ou sur la relation thérapeutique.

1.3.4 Stratégies et recommandations

Pour pallier les difficultés rencontrées, et pour mettre en application la compétence culturelle, différentes stratégies mises en place par les ergothérapeutes sont détaillées. Tout d'abord

« l'intervention visant l'autonomie doit être compatible avec le contexte culturel » (20). C'est-à-dire que les évaluations et interventions doivent être adaptées à la personne et à sa culture (17) (16). Il est aussi conseillé que l'ergothérapeute se renseigne sur la culture de son patient, fasse des formations pour acquérir des connaissances sur les croyances religieuses et spirituelles (21) (18). La coopération avec les familles et l'entourage est aussi une stratégie qui a été montrée comme efficace dans les résultats (20).

Awaad établit de manière plus détaillée des lignes directrices pour la pratique (25) qui sont les qualités que le thérapeute doit avoir, c'est-à-dire ouvert d'esprit, sans jugement, flexible. Ensuite, qu'il ait conscience de l'environnement socio-culturel à travers la compréhension et la maîtrise des conventions sociales verbales et non-verbales, des symboles, des mythes relatifs à la culture du patient. Que la concentration individuelle dans les évaluations soit faite par l'étude du fonctionnement de l'individu, ses attentes, sa compréhension de sa maladie, son comportement. L'utilisation de l'analyse d'activité qui est un des outils de base de l'ergothérapeute qui va permettre d'obtenir des informations sur la valeur, l'importance de l'activité pour la personne, pour comprendre le contexte socio-culturel lié à l'activité. Et enfin, se baser sur une approche de traitement avec un choix d'intervention adapté à la personne et à sa culture.

Par ailleurs, des recommandations sont faites par les différents auteurs, notamment, la nécessité de développer la recherche en étudiant de manière plus précise l'impact de la culture sur l'intervention, en étudiant d'autres populations et d'autres contextes (19) (16). Une formation plus axée sur la sensibilisation à la culture et l'apprentissage de connaissances culturelles est recommandée pour les études en ergothérapie (16) (19) (18).

Ces recommandations sont en lien avec la perception des étudiants en ergothérapie concernant la question de la culture en ergothérapie. Trois enquêtes se sont attardées sur la perception des étudiants ergothérapeutes concernant leur compétence culturelle aux Etats-Unis, en Angleterre et en Afrique du Sud.

Les résultats des trois études démontrent le fait que les étudiants font preuve d'une bonne sensibilité, d'une attitude positive sur la question de la culture et d'une compréhension sur son importance pour la pratique. Cependant la majorité des étudiants se considèrent comme culturellement incompetents. Ils rapportent un manque de connaissance, d'éducation et d'expérience de terrain (27) (28) (29). Ces résultats restent identiques auprès d'étudiants déjà exposés à différentes cultures dans leur vie quotidienne en Afrique du Sud (28). Certains jeunes

diplômés rapportent « qu'il faudrait mettre davantage l'accent sur la sensibilisation culturelle tout au long des études universitaires pour accroître la communication et la confiance, et réduire la stigmatisation et l'ignorance » (29). De plus, l'expérience pratique est rapportée comme souhaitable voire indispensable pour que les étudiants puissent développer leur compétence culturelle (27).

1.4 Résonance du thème

Grâce à la critique de la revue de littérature, la résonance du thème initialement choisi se voit enrichie notamment en termes d'utilité et d'enjeu.

En effet, la question de la culture est un sujet vif, beaucoup débattu et discuté dans le monde de l'ergothérapie. Elle est d'autant plus importante pour la profession du fait qu'elle fasse partie de ses concepts principaux. L'enjeu par ce sujet concerne le développement de la profession vers une pratique plus pertinente et inclusive, de l'ouvrir aux perspectives des cultures non-occidentales pour ne pas tomber dans le piège de l'ethnocentrisme professionnel (22) (23).

1.5 Problématisation pratique

Divers questionnements émergent de cette analyse de la littérature. Les sources utilisées proviennent de la littérature internationale et, à ce jour, aucunes données sur le sujet n'existent en France. Qu'en est-il donc de la pratique des ergothérapeutes en France ?

La France n'est pas un pays historiquement issu du croisement de différentes cultures comme aux Etats-Unis ou dans les pays d'Amérique Latine. Elle accueille cependant différentes populations issues de l'immigration depuis plusieurs générations. De plus en plus les ergothérapeutes français sont amenés à travailler auprès de populations ne partageant pas la culture occidentale française. Quelles stratégies ont-ils mis en place pour concilier leur culture et celle de leur patient ? Les ergothérapeutes français ont-ils conscience des enjeux à avoir une pratique culturellement pertinente ? Comment développent-ils leur compétence culturelle dans leur pratique ? Sont-ils dans une démarche active de recherche et d'apprentissage de connaissance culturelle tout au long de leur carrière ? Les modèles conceptuels peuvent-ils les aider dans ce cheminement ?

Les ergothérapeutes français sont-ils sensibles à la question de la différence culturelle dans leur pratique ? Ont-ils conscience de l'influence de leurs croyances, valeurs et préjugés sur la prise en soins de leur patient ? Comment développent-ils leurs connaissances en matière de culture ? Comment se présente la compétence culturelle chez les ergothérapeutes français ?

La formation des ergothérapeutes français permet-elle aux étudiants de développer leur compétence culturelle ? Quelle part prend la culture dans les enseignements transmis ? Leur contenu permet-il aux étudiants d'acquérir suffisamment de connaissances pour être à l'aise dans la compétence culturelle ? Quelle est leur vision et leur perception à ce sujet ?

De manière générale une question se pose :

Comment les ergothérapeutes français se forment-ils à la compétence culturelle et quelles stratégies mettent-ils en place pour développer une pratique culturellement compétente ?

1.6 Enquête exploratoire

Pour compléter les données issues de la revue de la littérature et obtenir d'autres éléments de réponse pour préciser la problématique pratique, une enquête exploratoire est réalisée.

1.6.1 Objectifs visés

Les objectifs généraux de cette enquête sont d'explorer et de faire un état des lieux des pratiques concernant le sujet de la prise en compte de la culture chez les étudiants et ergothérapeutes français. Les données issues de la revue de la littérature seront confrontées avec celles issues de la pratique en France. Ces données chercheront à pallier le manque d'étude et de données sur le sujet en France. Cela permettra aussi de se confronter à la faisabilité de la recherche et juger de la pertinence du sujet.

De manière plus spécifique, l'enquête a un rôle purement exploratoire au vu du manque de données dans la littérature française, avec pour objectif de comprendre comment les ergothérapeutes en France développent leur compétence culturelle et comprendre le rôle de la formation initiale en ergothérapie dans le développement de cette compétence, d'étudier la perception des étudiants français en ergothérapie sur ce sujet et de le confronter à celle des étudiants étrangers rapportée dans la revue de la littérature.

1.6.2 Méthodologie

- *Population :*

Deux populations sont ciblées pour obtenir des données et ainsi répondre aux objectifs énoncés plus haut. Tout d'abord les étudiants en ergothérapie de France, toute promotion et tout Institut de Formation en Ergothérapie confondus pour étudier la perception des étudiants en

ergothérapie français. Puis les ergothérapeutes exerçant en France, DOM-TOM compris, tous domaines d'exercice confondus et toutes années de diplôme confondues pour avoir une vision large de la pratique en France et obtenir le plus de données possibles. Sont donc exclus de la population les étudiants et ergothérapeutes étudiant/exerçant à l'étranger. Deux stratégies d'échantillonnage sont utilisées. Elles sont toutes deux de type non probabiliste en raison de leur facilité et rapidité d'utilisation. De plus la nature exploratoire de cette enquête va permettre une description du phénomène non observé auparavant, aucune donnée n'était disponible c'est pourquoi ce type de stratégie d'échantillonnage peut être suffisante (30). La première est une stratégie dite « de commodité ». La diffusion via des groupes d'ergothérapeutes sur le réseau social Facebook® a permis d'avoir un accès facile à un nombre important de participants. Le risque de cette stratégie pourrait être l'invalidité de l'échantillon au regard des critères d'inclusions de la population cependant ces derniers étant très large il y avait peu de chance d'erreurs. La deuxième stratégie est dite « en boule de neige ». Cela signifie demander à un répondant de désigner dans son entourage d'autres personnes respectant les critères d'inclusions qui pourrait répondre à l'enquête. Ces deux stratégies ont permis de respecter les principes éthiques et moraux liés au consentement plus difficiles à respecter avec le hasard.

- *Choix de l'outil de recueil de données :*

Un questionnaire en ligne a été utilisé pour réaliser l'enquête. En effet la population étant très large, il a été nécessaire d'utiliser un outil pouvant amener à un nombre important de réponses afin d'accroître la validité des résultats. De plus le questionnaire permet de réaliser l'enquête à distance, de laisser le temps au répondant de répondre et faciliter la participation car peu contraignant, en effet il peut être rempli n'importe où à l'aide d'un smartphone ou d'un ordinateur, et prend 15 minutes. Aussi l'anonymat permet de rassurer le répondant quant à la confidentialité de ses réponses.

- *Anticipation des biais :*

Malgré les stratégies mises en place plus haut des biais restent présents. En effet les individus ayant répondu au questionnaire pourraient être uniquement des personnes intéressées par le sujet et donc orienter les données obtenues. Un biais de sélection important est présent car le risque d'un questionnaire en ligne sur une plateforme non-sécurisée serait que des personnes ne faisant pas partie de la population visée y réponde. Pour cela une précision sur les conditions pour répondre est apportée dans le message d'introduction. Les réponses seront analysées et supprimées si elles ne rentrent pas dans les conditions. De plus, utiliser les réseaux sociaux

pour avoir des réponses sélectionne un type de population qui consulte les réseaux sociaux, peut-être une population plus jeune, ayant accès aux nouvelles technologies pour y répondre.

Cependant certains biais sont encore à prendre en compte. Pour cela le tableau présenté ci-dessous récapitule leurs caractéristiques et les stratégies mises en place pour les atténuer (31).

Tableau 1 : Biais restant et stratégies pour les atténuer

Biais	Forme	Stratégies
Subjectivité	Suggestion, à travers la question, de réponse allant dans le sens des convictions de l'auteur	Formulation des questions : - qui ne suggère pas les réponses - Neutre - Porter une seule idée à la fois - Vocabulaire adapté aux répondants - Claire + types de questions adaptées
Méthodologique	Erreurs de méthode dans la façon de récolter l'information	
Affectif	Formulation de la question qui fait appel aux sentiments ou émotions du répondant	
Désirabilité sociale	Le répondant donne une réponse dans le but d'être vu favorablement par l'enquêteur	Questionnaire à distance favorisant l'anonymat du répondant.
Sélection	En fonction des personnes qui vont répondre cela peut ne pas être représentatif de la population	Atteindre un certain nombre de réponse afin d'avoir une diversité parmi les répondants et au sein même des deux populations.

- *Construction :*

Le questionnaire est construit à l'aide d'une matrice de questionnement (Cf. Annexe 3 p.68). Les questions sont les mêmes pour les deux populations exceptée la partie descriptive. La partie suivante concerne la culture et la compétence culturelle. La définition de la culture selon Hammel est donnée en début de partie afin que les personnes répondent en partant de celle donnée lors de l'émergence du thème. Les personnes ayant répondu « oui » à la question 10 ont déjà côtoyé des personnes de culture différente dans leur pratique. Elles sont ensuite dirigées vers la partie sur la prise en compte de la culture dans leur pratique. Les personnes ayant répondu « non » sont directement envoyées vers la partie concernant les cours reçus durant la formation initiale. La dernière question permet aux participants de rajouter des informations en plus sur le sujet qu'ils n'auraient pas pu évoquer dans les autres questions.

Tableau 2 : Caractéristiques des questions du questionnaire

Questions du questionnaire
<i>Information sur les participants</i>
1 Fermée Nominale dichotomique : statut
2 et 2 bis Fermée Numérique discrète / ordinale : année de diplôme et année actuelle d'étude
3 et 3 bis Préformée et semi-ouverte Nominale multichotomiques : domaine d'exercice et institut de formation
<i>Culture et compétence culturelle</i>
4 Fermée Ordinale avec échelle d'attitude de Likert : présence de questionnement à propos de la culture
5 Fermée Nominale binaire « oui » / « non » : connaissance de la notion de compétence culturelle
6 Ouverte définition de la compétence culturelle
7 Ouverte : vision de leur propre compétence culturelle
8 Fermée Ordinale avec échelle d'attitude de Likert : compétence culturelle en tant que valeur fondamentale de l'ergothérapie
9 Ouverte : influence de la culture sur leur intervention
10 Fermée Nominale binaire « oui » / « non » : expérience auprès de personnes de culture différente dans la pratique
<i>Prise en compte de la culture dans la pratique</i>
11 Préformée et semi ouverte Nominale multichotomique : types de stratégies utilisées
12 Fermée Ordinale avec échelle d'attitude de Likert : satisfaction sur les stratégies mises en place
<i>Cours reçus durant la formation initiale</i>
13 Préformée et semi ouverte Nominale multichotomique : type de cours reçus sur la culture
14 Fermée Numérique continue : volume horaire attribué à ces cours
15 Fermée Ordinale avec échelle d'attitude de Likert : satisfaction sur les cours reçus
16 Ouverte : informations à rajouter

Le questionnaire est ensuite édité avec GoogleForms® un logiciel en ligne.

- *Test :*

Avant de le diffuser il est envoyé en test à quatre personnes représentant les deux populations choisies. Cette population test fait partie d'un réseau personnel d'ergothérapeutes et d'étudiants. Ces personnes étant connues personnellement cela pourrait constituer un biais quant à la fiabilité de ce test. Une fois le test fait, le questionnaire est modifié à la suite des observations obtenues notamment sur la formulation des questions, les choix de propositions et la mise en forme.

- *Déroulement :*

Le lien pour accéder au questionnaire est ensuite envoyé définitivement sur deux groupes « Le Coin de l'Ergothérapie » et « ERGO Marseille InterPromo » sur le réseau social Facebook® et par mail à un réseau de connaissance. Un message de présentation est mis en introduction ainsi

qu'une question permettant d'obtenir le consentement du répondant à répondre au questionnaire (Cf. Annexe 4 p.73).

L'enquête est fermée une semaine après l'avoir ouverte avec au total 249 réponses obtenues. Pour faciliter le traitement des données six réponses sont supprimées car les personnes n'ont pas rempli la partie descriptive et deux autres réponses apparaissent en double.

- *Choix des outils d'analyse de données :*

Concernant l'analyse des données, les réponses sont entrées automatiquement dans un tableau Excel® pour faciliter leur traitement. Le logiciel MAXQDA® est utilisé pour analyser et coder par thématiques les réponses obtenues aux questions ouvertes. L'ensemble des graphiques est présenté en annexe (Cf. Annexe 5 p.74).

1.6.3 Résultats et analyse critique

Tableau 3 : Caractéristiques démographiques des étudiants

Etudiants : 87		Année d'étude			Total
		1 ^{ère}	2 ^{ème}	3 ^{ème}	
IFE	ADERE			1	1,1% (n=1)
	Alençon	1	1	4	6,9% (n=6)
	Assas			1	1,1% (n=1)
	Berck			7	8% (n=7)
	Créteil	1		2	3,4% (n=3)
	Grenoble	1			1,1% (n=1)
	La garde			1	1,1% (n=1)
	La Musse			1	1,1% (n=1)
	Laval		1		1,1% (n=1)
	Lyon		1		1,1% (n=1)
	Marseille	13	17	13	49,4% (n=43)
	Montpellier		11	3	16,1% (n=14)
	Nevers			1	1,1% (n=1)
	Renens			1	1,1% (n=1)
	Rouen			1	1,1% (n=1)
	Saint-Denis			4	4,6% (n=4)
Toulouse		1		1,1% (n=1)	
Total		18,4% (n=16)	36,8% (n=32)	44,8% (n=39)	n=87

Tableau 4 : Caractéristiques démographiques des ergothérapeutes

Ergothérapeutes : 154		Année de diplôme		Total
		Avant 2013	Après 2013	
Domaine d'exercice	Gériatrie	9	38	30,5% (n=47)
	Rééducation	15	26	26,6% (n=41)
	Santé mentale	22	19	26,6% (n=41)
	Pédiatrie	16	24	26% (n=40)
	Lieu de vie	3	8	7,1% (n=11)
	Liberal	1	5	3,9% (n=6)
	Hôpital	1	2	1,9% (n=3)
	MDPH	1	2	1,9% (n=3)
	Réadaptation	1	3	2,6% (n=4)
	Divers	0	2	1,3 (n=2)
	Autre	2	2	2,6% (n=4)
	Recherche d'emploi	0	3	1,9% (n=3)
Total		61% (n=94)	39% (n=60)	

Parmi les réponses obtenues, 64% sont celles d'ergothérapeute et 36% d'étudiants. Les ergothérapeutes ont été diplômés pour 61% après 2013 ce qui signifie qu'ils ont suivi la formation après la réforme de 2010. Ils exercent majoritairement dans les domaines de la gériatrie (n = 47), rééducation (n = 41), santé mentale (n = 41), pédiatrie (n = 10). Concernant les étudiants 18% sont en première année, 37% en deuxième année et 45% en troisième année.

Les résultats obtenus à travers l'analyse des réponses sont présentés sous la forme de trois parties afin de faciliter leur présentation. En effet les questions de l'enquête abordent trois thèmes principaux. Tout d'abord la notion de la culture dans la pratique des ergothérapeutes. Puis la notion de culture dans la formation en ergothérapie et enfin une partie sur la compétence culturelle de l'ergothérapeute.

La culture dans la pratique :

Q4 : La culture est-il un sujet qui vous questionne ?

41% des répondants (49% des ergothérapeutes et 35% des étudiants) ont exprimé se questionner souvent sur la culture et 50% parfois (45% d'ergothérapeutes et 51% d'étudiants). 29 personnes (24 ergothérapeutes et 5 étudiants) ont rajouté être intéressées par le sujet et estimer qu'il s'agit d'une notion importante à prendre en compte dans la pratique en ergothérapie. Au vu des résultats, la population des ergothérapeutes semble plus intéressée et questionnée par le sujet que la population des étudiants.

Q10 : Avez-vous déjà côtoyé des cultures différentes de la vôtre dans le cadre de votre pratique ?

86% des personnes (96% des ergothérapeutes et 74% des étudiants) ont déjà côtoyé des personnes d'une culture différente dans leur pratique (stage pour les étudiants ou expérience professionnelle pour les ergothérapeutes) ce qui montre que la question de la diversité des cultures est courante dans la pratique. Les étudiants semblent avoir moins d'expérience auprès de cultures différentes. En effet, le pourcentage plus faible pourrait s'expliquer par le fait que 18% des étudiants sont en première année et n'ont jamais eu de stage au moment où le questionnaire a été diffusé.

Q9 : Selon vous, quelle influence la culture de votre patient peut-elle avoir sur votre intervention ?

25% des personnes interrogées pensent que la culture peut avoir une influence sur le type d'occupations de la personne, la façon dont elle les réalise, sur ses habitudes de vie et donc ses besoins. Ensuite 24% des personnes expliquent que cela peut avoir un impact au niveau du processus d'intervention en ergothérapie : le choix des évaluations, le choix des activités proposées dans les séances, les objectifs établis avec la personne. Ainsi, 17% de la population interrogée déclare que prendre en compte la culture de leur patient demande une capacité d'adaptation. 14% estiment que la culture peut aussi avoir un impact sur l'adhésion au soin du patient et 12% sur la relation thérapeutique. Ils précisent en effet que si elle est prise en compte cela permet de développer une meilleure relation de confiance. La question de la langue comme barrière et frein à la prise en soin est évoquée par 7%.

Pour résumer, les deux populations rapportent que la culture peut avoir une influence positive ou négative sur plusieurs facteurs : le processus d'intervention, l'attitude thérapeutique de l'ergothérapeute ou la personne elle-même, ses occupations et ses comportements en séance. Cela corrobore avec les influences retrouvées dans la littérature. Cette question a cependant une limite, son analyse ne permet pas d'avoir une distinction entre les deux populations et donc de voir si les étudiants et les ergothérapeutes ont observé les mêmes influences.

Q11 : Quelles stratégies pouvez-vous mettre en place lorsque vous vous retrouvez face à une culture différente de la vôtre dans votre pratique ?

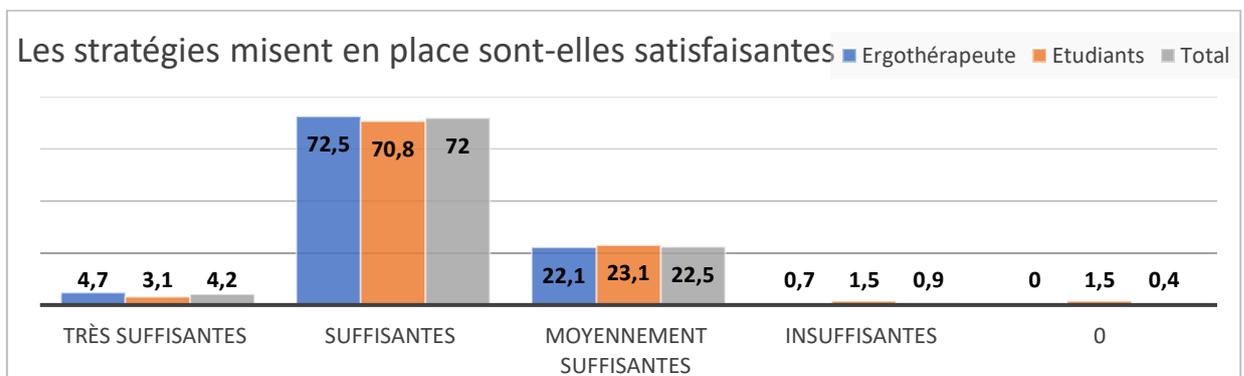
Concernant les stratégies mises en place pour tenir compte de la culture de leur patient, les participants mentionnent d'échanger directement avec la personne et son entourage pour 86%.

Les types d'échanges n'étant pas précisés cette stratégie ne peut donc pas être plus détaillée. Viennent ensuite les recherches personnelles pour 75%, demander des conseils à des collègues pour 61%. Seulement 17% des répondants déclarent avoir suivi une formation sur le sujet. 47% agissent à partir de leurs connaissances personnelles. On peut donc se demander pourquoi, les 53% autres n'ont-ils pas de connaissances sur le sujet ? D'autres questions sont amenées par ces résultats, quelle est la nature des échanges qui permettent de mieux tenir compte de la culture de la personne ? Que recherchent les ergothérapeutes lorsqu'ils font des recherches personnelles sur le sujet ? Quelles formations en plus ont-ils suivies ?

Des personnes ont évoqué le travail en équipe pluridisciplinaire qui permettrait d'analyser la pratique et d'avoir des regards croisés sur les situations de diversité culturelle. 1 personne a déclaré s'appuyer sur des modèles conceptuels tel que le MOH et le Kawa pour l'aider à prendre en compte la culture du patient dans sa prise en soin. Comment s'appuie-t-elle dessus ? En quoi cela peut-il l'aider à prendre en compte la culture de son patient ?

Pour résumer, la stratégie évoquée dans la littérature, concernant l'échange avec la famille et la personne est retrouvée. Se renseigner en faisant des recherches personnelles aussi bien que le type de question ne permettent pas d'avoir plus d'informations sur les informations recherchées. Certains ajoutent même participer à des formations sur le sujet. Bien que les réponses proposées ne l'aient abordé, aucune personne n'a parlé d'adapter l'évaluation et l'intervention à la culture comme il est conseillé dans la littérature. La recherche et la formation en ergothérapie n'ont pas non plus été évoquées.

Q12 : Considérez-vous ces stratégies comme :



Ces stratégies sont considérées comme

- Suffisantes par 72% des répondants (70,8% des étudiants et 72,5% des ergothérapeutes).

- Moyennement suffisantes par 22,5% des répondants (23,1% des étudiants et 22,1% des ergothérapeutes)
- Très suffisantes par 4,2% des répondants (3,1% des étudiants et 4,7% des ergothérapeutes)
- Insuffisantes par 0,4% des répondants (1,5% des étudiantes et 0% des ergothérapeutes)

La majorité des personnes semblent satisfaites des stratégies mises en place. Si ces stratégies sont suffisantes pour s'adapter à la culture du patient qu'en est-il de la formation initiale ? Permet-elle aussi d'apporter des clés pour la pratique ? A-t-elle un rôle à jouer dans le développement de ces stratégies et donc dans le développement d'une pratique culturellement compétente ?

La culture dans la formation :

Q13 : Durant votre formation en ergothérapie, avez-vous eu des cours sur :

Cette partie apporte des informations qui n'étaient pas données dans la littérature sur le contenu de la formation en ergothérapie dans les autres pays.

Tableau 5 : Types de cours reçus durant la formation initiale

Type de cours	Ergothérapeutes		Etudiants			Total
	Avant 2013	Après 2013	1ère	2ème	3ème	
Anthropologie	10	69	1	30	19	53,5% (n=129)
La prise en compte de la culture en ergothérapie	13	38	6	17	6	33,2% (n=80)
Aucun cours	37	7	7	0	12	26,1% (n=63)
Culture de manière Générale	2	33	4	11	10	24,9% (n=60)
Différentes cultures	6	20	2	2	5	14,5% (n=35)
Autre	1	6	0	0	3	4,1% (n=10)
Sociologie	1	1	0	0	3	2,1% (n=5)
Ethique	0	1	0	0	1	0,8% (n=2)
Ethnopsychiatrie	0	2	0	0	0	0,8% (n=2)
Ethnologie	0	0	0	0	1	0,4% (n=1)
Total	60	94	16	32	39	241

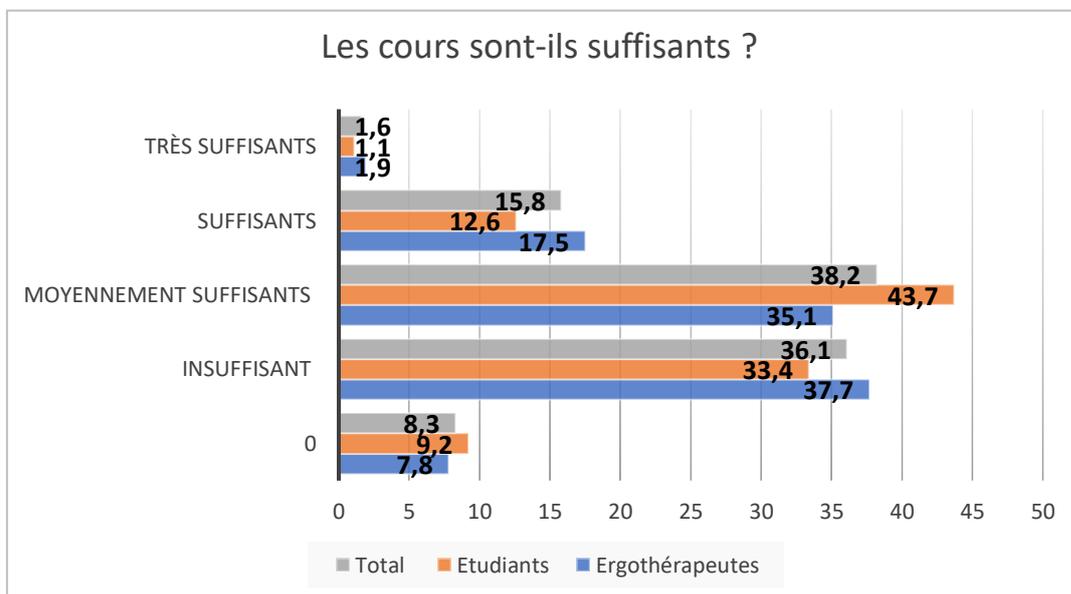
Concernant le type de cours suivis par les participants, l'anthropologie est celui évoqué par 53% des personnes. Cependant l'item « Aucuns cours » a été coché par 26% des participants (28% des ergothérapeutes et 21% des étudiants) et arrive en troisième position. Il faut se rappeler que

parmi les répondants, il y a 18% de premières années qui étaient au début du semestre 1 au moment de répondre. Cependant on remarque que ce sont les ergothérapeutes qui ont le plus coché cet item. De plus 84% des 28% à n'avoir eu aucuns cours sont des ergothérapeutes diplômés avant 2013. On pourrait donc se demander si la réforme des études d'ergothérapie de 2010 a pu avoir un impact sur le nombre de cours, en lien avec la culture, dispensés dans la formation. Quand est-il des cours sur l'ergothérapie et les principes fondamentaux, les modèles conceptuels et les techniques d'intervention ? Comment les étudiants sont-ils sensibilisés à la culture dans leur cursus et d'où leur viennent leurs connaissances sur le sujet ?

Q14 : Quel a été le volume horaire approximatif consacré à ces enseignements ?

Le temps consacré à ces cours varie entre 0 et 30h avec une moyenne à 6,7heures de cours sur le sujet durant les trois ans de formation. Ce chiffre semble très faible comparé aux 2 000 heures de formation. Cela est confirmé par les résultats de la question 15.

Q15 : Considérez-vous les apprentissages acquis durant ces cours comme :



Les cours sur le sujet sont considérés comme :

- Moyennement suffisants pour 38,2% des participants (43,7% des étudiants et 35,1% des ergothérapeutes)
- Insuffisants pour 36,1% des participants (33,4% des étudiants et 37,7% des ergothérapeutes)
- Suffisants pour 15,8% des participants (12,6% des étudiants et 17,5% des ergothérapeutes)

- Très suffisants pour 1,6% des participants (1,1% des étudiants et 1,9% des ergothérapeutes)

Les ergothérapeutes semblent plus insatisfaits des cours qu'ils ont eu sur le sujet que les étudiants, cela est peut-être dû au fait qu'ils sont plus nombreux à n'avoir eu aucuns cours, qu'ils ont plus d'expérience dans la pratique et qu'ils ont pu se rendre compte du manque de cours pour répondre à leurs besoins.

La compétence culturelle :

Q5 : Avez-vous déjà entendu parler de la compétence culturelle ?

La notion de compétence culturelle est connue de seulement 24% des répondants (22% des ergothérapeutes et 15% des étudiants).

Q8 : D'après vous la compétence culturelle est-elle une valeur fondamentale des ergothérapeutes ?

90,9% des répondants (89,7% des étudiants et 91,5% des ergothérapeutes) expriment être d'accord et totalement d'accord sur le fait que la compétence culturelle est une valeur fondamentale de l'ergothérapeute. Il semblerait au vu de ce pourcentage important qu'il y ait un consensus des répondants quant à l'attribution de la compétence culturelle comme valeur de l'ergothérapie.

Q6 : Définition de la compétence culturelle ?

Pour 12,5% des répondants la compétence culturelle concerne les connaissances en matière de culture et de diversité culturelle. Pour 12,3% cela concerne les capacités d'adaptation de l'ergothérapeute face à une personne de culture différente de la sienne. Pour 10,5%, la compétence culturelle est surtout en lien avec la culture propre de l'ergothérapeute, c'est-à-dire sa capacité à s'intégrer à une culture, à apprendre une culture. Pour 10,3% la compétence culturelle représente la capacité de l'ergothérapeute à prendre en compte la culture de l'autre. 9,7% des personnes relient cette notion à la profession et la capacité du thérapeute à développer une culture professionnelle de l'ergothérapie.

Les répondants expriment ensuite que la compétence culturelle est : une façon d'être (7,1%), un savoir faire face à une culture différente (6,8%), la capacité de comprendre l'autre (6%),

avoir une ouverture d'esprit (3,7%) et avoir une approche globale (3,7%) et une question de respect de l'autre et de sa culture (3,1%).

Pour résumer, pour les personnes connaissant la notion il est surtout question d'une façon d'être, d'une posture du thérapeute de respect et de prise en compte de la culture de l'autre et de son influence. Il s'agit aussi d'un savoir-faire, une façon d'agir et de penser pour s'adapter à l'autre, le comprendre. Pour la majorité des personnes cela concerne les connaissances de chacun en matière de culture et de diversité culturelle.

Pour les personnes qui ne connaissaient pas la notion, beaucoup l'ont rapprochée de la culture professionnelle de l'ergothérapeute et serait donc la capacité à connaître les valeurs, fondements, techniques de l'ergothérapie. D'autres personnes l'ont rapprochée avec la notion de culture générale et personnelle et la capacité à enseigner, développer, créer une culture.

Q7 : Vous considérez vous comme culturellement compétent ?

40% des personnes (52% des ergothérapeutes et 19% des étudiants) se considèrent comme culturellement compétentes. Ces personnes se décrivent compétentes culturellement par le respect et l'ouverture d'esprit qu'elles ont envers leurs patients, par leur capacité à développer leurs connaissances sur le sujet et leur capacité à s'adapter à l'autre. Cependant 20 personnes ont rapproché cela avec la culture professionnelle. On peut se demander si les 40% sont réellement compétent culturellement, il y a parmi ces 40% des personnes qui ne connaissaient pas la notion et qui ont proposé une définition qui peut ne pas être celle entendu dans la revue de littérature. De plus peut-on se considérer comme culturellement compétent si on ne connaît pas la notion de compétence culturelle ?

21% des personnes (15% des ergothérapeutes et 32% des étudiants) déclarent ne pas l'être. De plus 18% des personnes (16% des ergothérapeutes et 30% des étudiants) n'ont pas répondu à cette question, 7% (8% des ergothérapeutes et 6% des étudiants) ne savait pas répondre et 14% étaient mitigés entre « oui » et « non » (15% des ergothérapeutes et 13% des étudiants). Nous pouvons donc nous demander si nous pouvons réellement affirmer oui ou non catégoriquement que nous sommes culturellement compétents ? Est-ce que nous pouvons l'être seulement par moment ? Est-ce que nous pouvons l'être si cette compétence est en pleine construction ?

- *Analyse critique :*

Au vu des résultats présentés ci-dessus plusieurs remarques et questionnements apparaissent.

Les stratégies pour s'adapter à une personne de culture différente mises en place dans la pratique étant considérées comme suffisantes, nous pouvons donc nous demander quelle est la nécessité d'avoir des cours sur le sujet dans la formation ? Quel rôle la formation a dans le développement de la compétence culturelle ? L'une des principales influences de la culture sur l'intervention qui ressort concerne l'adaptation du processus et de la posture du thérapeute, est-ce que la formation a un rôle à jouer dans le développement de cette posture ? La compétence culturelle serait-elle donc secondaire aux compétences enseignées dans la formation ? Comment est-elle donc réellement développée ?

Comment se fait-il que la majorité n'en ait jamais entendu parler si plus de la moitié des personnes estiment que c'est une valeur fondamentale de la profession ? Si c'est une valeur fondamentale pourquoi les cours sur ce sujet sont considérés comme insuffisants ? La notion de compétence étant abordée en cours pourquoi la compétence culturelle en particulier n'est-elle pas abordée ?

Nous remarquons que les étudiants sont les plus nombreux à avoir affirmé ne pas être compétents culturellement ou à ne pas avoir répondu à la question. Cela corrobore avec les résultats de la revue de littérature sur la perception des étudiants. Nous pouvons nous demander à quoi cela est dû. Les étudiants étrangers déplorent un manque d'expérience et un manque de sensibilisation à cette question dans la formation. Ce résultat est retrouvé dans l'enquête lorsque les participants expriment ne pas être satisfaits des cours dispensés sur le sujet dans leur formation. Est-ce par l'expérience que l'on devient plus compétent ? Les étudiants sont-ils réellement moins compétents que les ergothérapeutes diplômés ou n'ont-ils pas conscience de l'être ? Est-ce que l'expérience aide à prendre conscience de ses compétences ? Quels sont les facteurs favorables au développement de cette compétence et à l'auto-évaluation de ses compétences ?

1.7 Question initiale de recherche

Les ergothérapeutes français sont-ils compétents culturellement pour 40% d'entre eux ? Existe-t-il des professionnels ou des étudiants qui développent cette compétence sans le savoir ? Comment deviennent-ils culturellement compétents et comment prennent-ils conscience de cette compétence ? Etant donné qu'une des caractéristiques de la compétence culturelle est

l'engagement de la personne dans une réflexion autour de la culture et dans un questionnement de sa propre culture peut-on être culturellement compétent sans le savoir ?

Les ergothérapeutes ont conscience de l'influence de la culture de leur patient sur leur intervention mais ont-ils conscience de l'influence de leur propre culture sur leur pratique ?

Sans dispenser de cours spécifiques sur le sujet, la formation en ergothérapie apporte-t-elle des clés pour devenir culturellement compétent ? Dans plusieurs réponses certaines valeurs de l'ergothérapie mises en lien avec cette notion sont retrouvées. Les valeurs et l'identité professionnelle des ergothérapeutes, transmises au cours de la formation, ont-elles un rôle à jouer dans le développement d'une pratique culturellement compétente ?

Comment les connaissances et habiletés culturelles s'acquièrent-elles ? Par l'expérience professionnelle ? L'expérience personnelle ? L'apprentissage ? La motivation et l'intérêt pour cette question sont-ils des facteurs essentiels pour être culturellement compétent ?

Cela nous amène à poser la question initiale de recherche suivante :

Quel est le rôle de l'identité professionnelle et de la prise de conscience de ses propres compétences dans le développement d'une pratique culturellement compétente en ergothérapie ?

1.8 Cadre conceptuel

Afin de préciser et orienter la question de recherche, un cadre conceptuel est développé pour éclairer le phénomène interrogé. L'analyse des concepts soulevés par la question initiale de recherche va permettre de prendre de la distance et d'orienter le positionnement du chercheur pour la recherche à venir. Ce sont donc les concepts d'identité professionnelle, de compétence et de compétence culturelle qui vont être développés ici.

1.8.1 Identité professionnelle

Le concept d'identité professionnelle a été et est toujours beaucoup étudié et analysé dans la littérature. De nombreux auteurs se sont penchés sur sa définition et sur l'analyse du processus de construction de cette identité. La notion d'identité professionnelle semble importante pour apporter un sens à la pratique professionnelle d'une personne et la façon qu'un individu se définit dans sa pratique va l'aider à mieux comprendre qui il est dans sa vie de manière globale (32). Selon Castro, l'identité professionnelle est la base sur laquelle le professionnel se construit

tout au long de sa vie. Grâce à elle il va pouvoir s'approprier, développer et approfondir ses compétences et connaissances, donner une cohérence et un sens à son travail et donc participer à son bien-être au travail (33).

La définition de l'identité professionnelle donnée ici se base sur l'analyse développée par Dubar. Ce sociologue voit l'identité de manière duale c'est-à-dire qu'elle est à la fois pour soi-même et pour l'autre. Ces deux faces de l'identité sont irrémédiablement liées entre elles « je ne sais jamais qui je suis que dans le regard d'Autrui » (34). Elle est donc issue des différents processus de socialisation vécus par l'individu. Un individu va construire son identité en alternant entre ce que les autres lui attribuent et ce à quoi lui-même décide d'appartenir, alterner entre « l'identité virtuelle » par autrui et « l'identité réelle » de soi. Il explique aussi que l'identité se construit et se développe grâce à divers processus de socialisation dont le premier concerne la famille et la socialisation dans la petite enfance (35). Cependant le travail et la formation prennent une part importante dans la vie des individus. C'est pourquoi l'identité social et l'identité professionnelle sont de plus en plus liées.

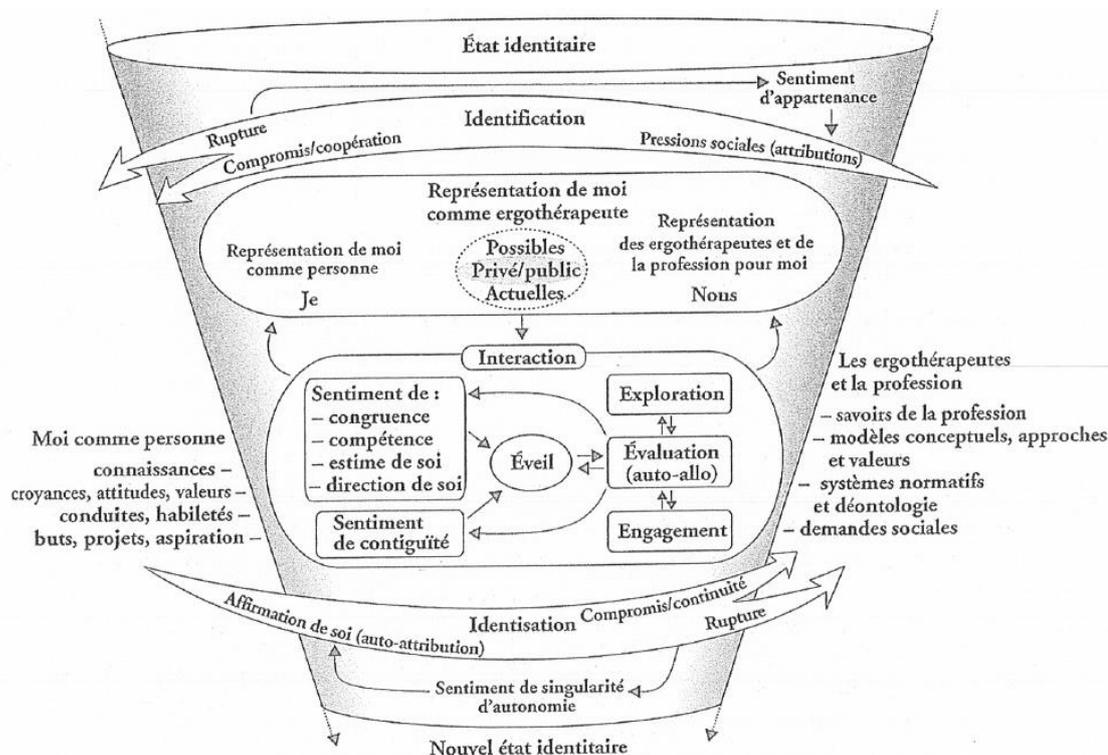
Concernant les ergothérapeutes, Turner et Knight considèrent l'identité professionnelle comme un ensemble de croyances, de valeurs, de connaissances, de compétences, partagées entre les membres d'un groupe professionnel (36). Elle est à la fois la façon dont l'individu se considère mais aussi la façon dont il est perçu par les autres et la façon dont il se perçoit en tant que professionnel (36). La question de l'identité professionnelle des ergothérapeutes est une préoccupation internationale depuis toujours. En effet, la revue de littérature de ces auteurs montre un manque de compréhension et de reconnaissance tant à l'intérieur de la profession qu'à l'extérieur et que les ergothérapeutes, de manière générale, ont des difficultés à définir leur profession et à l'expliquer aux autres (36).

C'est à partir de ce constat et dans le but de mieux comprendre le développement de l'identité professionnelle des ergothérapeutes que Drolet et Sauvageau s'appuient sur le modèle développé par Gohier et al. à propos du développement de l'identité professionnelle des enseignants (37) (38). Les auteurs de ce modèle expliquent que la construction de l'identité professionnelle des enseignants commence là où la représentation que l'individu a de lui-même entre en interaction avec la représentation qu'il se fait du groupe des enseignants et celle qu'il se fait de lui en tant qu'enseignant. Des « moments de rencontre avec l'autre » entraînent une remise en question, une crise qui va amener le professionnel à explorer, s'engager, s'auto-évaluer. Ce retour sur la situation, facilité par le sentiment de contiguïté avec l'autre, va ainsi

renforcer des composantes de l'identité professionnelle : le sentiment de congruence, de compétence, d'estime de soi et de direction de soi (Cf figure 1 p.30). À partir de là, le professionnel va constamment faire des aller-retours entre sa représentation de lui et sa représentation de la communauté des enseignants. Ce modèle représente donc la construction de l'identité professionnelle comme un processus dynamique et interactif qui serait sous-tendu par des phénomènes d'identification et d'identisation. Un accent est mis à plusieurs reprises sur la place importante que prend la connaissance de soi et le rapport à l'autre dans le processus de construction de son identité professionnelle (38). L'ergothérapeute, comme l'enseignant à une pratique basée sur la relation à l'autre (37). Le sentiment de « nous » d'un ergothérapeute est influencé par différents facteurs comme son rapport au travail, c'est-à-dire sa pratique centrée sur l'occupation lui permettant d'exercer dans des domaines très variés. Ces savoirs, compétences et champs de pratique larges ont une influence sur sa construction identitaire car favorisent l'apparition de crise identitaire. Le rapport aux responsabilités en tant que professionnel, d'ordres éthiques, déontologiques, légales et axiologiques, peut aussi amener à des conflits de valeurs et à une crise identitaire. Son rapport aux patients et à l'image qu'ils ont de lui et de la profession aide aussi à se remettre en question et développer son identité. Le rapport qu'il entretient avec ses collègues en tant que professionnel devant constamment expliquer sa profession peu connue peut aussi altérer et influencer l'image qu'il a de lui en tant qu'ergothérapeute. Enfin, le rapport à l'institution et au milieu de travail peut aussi influencer la représentation qu'a l'ergothérapeute de son métier car il existe souvent une confrontation entre la vision biopsychosocial de l'ergothérapie et la vision biomédicale des institutions qui peut parfois être déroutante pour l'ergothérapeute dans sa pratique. Ces différentes situations amènent l'ergothérapeute à vivre ces phénomènes d'identification et d'identisation décrits dans le modèle.

Grâce à ce modèle on voit bien que l'identité professionnelle a un rôle à jouer dans la façon d'agir du professionnel face à une situation, elle guide l'action dans sa pratique, oriente ses comportements, ses attitudes et croyances. Elle permet aussi de se définir en tant que professionnel, se reconnaître mais aussi s'affirmer par rapport à ses collègues (39).

Figure 1 : Processus de construction identitaire de l'ergothérapeute adapté depuis le modèle de Gohier et al. 2001 par Drolet et Sauvageau 2017



Costalat-Founeau souligne l'importance de l'action dans le processus de construction de l'identité professionnelle. Selon elle, l'action serait capable « de mettre en relation les intentions, les représentations, le système de valeurs et le sentiment de capacité de la personne » (40). Elle aurait aussi une place dans l'organisation des connaissances, dans l'estime de soi, le rapport aux autres, les valeurs défendues. Costalat-Founeau la qualifie de « régulation identitaire professionnelle » car elle permettrait de faire le lien entre identité professionnelle, compétence et estime de soi (40).

Au regard de l'analyse du concept d'identité professionnelle plusieurs questions émergent en lien avec le thème : Comment l'ergothérapeute utilise son identité professionnelle et tout ce qui la constitue (tant du côté personnel que du côté professionnel) dans le développement et la mise en pratique de ses compétences ? Comment est-ce que la façon dont il la décrit, dont il la construit et les difficultés qu'il peut avoir à la défendre et l'affirmer peuvent avoir un impact sur ses compétences et donc sur sa pratique ? À quel point les phénomènes de compétence et d'identité professionnelle sont-ils liés ?

1.8.2 La compétence

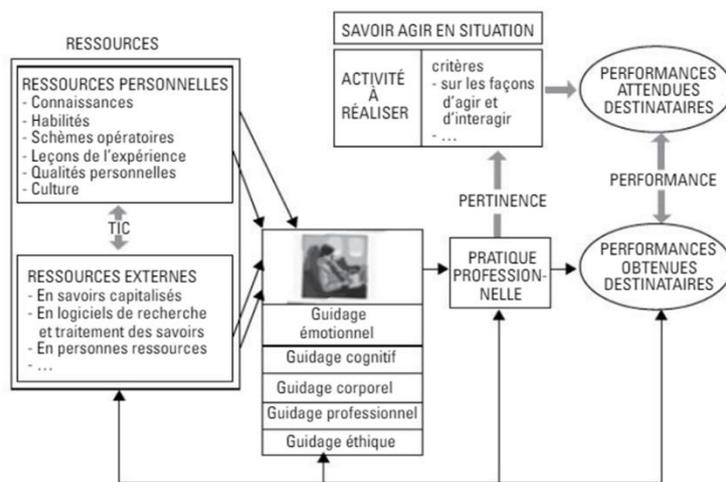
Le concept suivant s'appuie sur les écrits de Le Boterf docteur en sciences humaines et sociales et en sociologie. Cet expert de la compétence est reconnu pour ses travaux et méthodologies proposés.

Le Boterf donne une définition duale basée sur la différence entre avoir des compétences et être compétent. Être compétent est « un processus consistant à « savoir agir en situation professionnelle en mobilisant une combinatoire appropriée de ressources internes personnelles (connaissances, savoir-faire ou habiletés, aptitudes, émotions...) et externes (ressources de l'environnement) » (41) (Cf. figure 2 p.31). Avoir des compétences est « une ressource personnelle ou une combinaison de ressources personnelles nécessaire pour savoir agir en situation professionnelle » (41). Cependant un individu peut être compétent sans avoir de compétence mais avoir des compétences n'est pas une condition suffisante pour être compétent.

Un professionnel compétent est reconnu à sa façon d'agir de façon pertinente, compétente et responsable dans les situations professionnelles dans lesquelles il agit (41).

Un professionnel agit avec compétence lorsqu'il agit dans sa pratique professionnelle avec pertinence, compétence et éthique en combinant des ressources personnelles ou externes dans le but d'atteindre des performances attendues et en faisant un feedback et en tirant les leçons des actions mises en œuvre (41).

Figure 2 : Le processus « agir avec pertinence, compétence et éthique en situation »



© Le Boterf Conseil. Tous droits réservés.

La pratique se traduit par le travail réel effectué par le professionnel en réponse à des attendus. La pratique pertinente se traduit par la capacité du professionnel à interpréter et aller au-delà du prescrit. La notion d'être compétent varie en fonction des situations sur un curseur entre savoir

exécuter des opérations, des instructions et savoir agir et réagir, savoir quoi faire, s'adapter, prendre des initiatives. Sachant que « Cette situation où il s'engage comporte des orientations prescrites concernant : les résultats attendus par rapport à des destinataires. [...] des orientations sur les façons d'agir pour obtenir les résultats attendus » (41). La pratique permet donc de faire le lien entre les compétences et les performances. C'est la combinaison entre les différentes ressources qui fait la pratique pertinente

Les ressources personnelles concernent les connaissances, les savoir-faire, les ressources émotionnelles (empathie notamment), les aptitudes et qualités personnelles et les leçons de l'expérience. Les ressources externes quant à elles sont les connaissances rassemblées par des bases de données, guides, documents, les connaissances ou expériences de personnes ressources (réseau), les ressources du milieu culturel, le réseau de connaissances personnelles et professionnelles, les supports de références collectives et les outils d'aides à la recherche ou traitement de l'information. En plus des ressources, on trouve l'utilisation de fonctions de guidage (émotionnel, cognitif, corporel, professionnel, éthique) qui guident le professionnel dans sa pratique (41).

Comment l'ergothérapeute agit de façon pertinente dans un contexte de diversité culturelle ? Comment concilie-t-il ce qui est attendu de lui par le patient et par l'institution et son travail réel ? Comment interprète-t-il le prescrit et comment fait-il le lien entre ses compétences et ses performances au travail ? Qu'a-t-il comme ressources internes et externes à sa disposition pour devenir culturellement compétent ? Comment analyse-t-il ses compétences et sa pratique ?

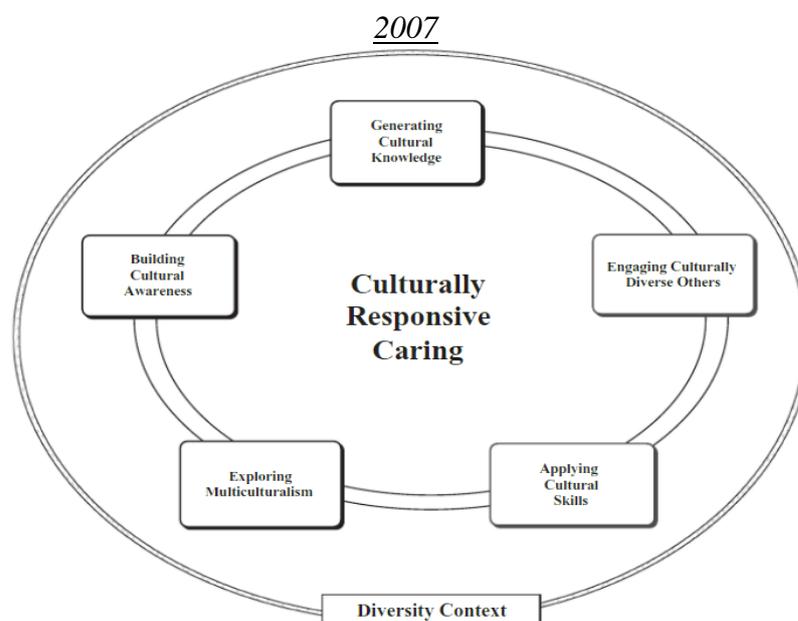
1.8.3 La compétence culturelle

Il n'existe pas de consensus quant à la définition de la compétence culturelle dans la littérature (42). Cette notion est introduite dans les années 1970 dans le milieu des soins infirmiers aux Etats-Unis par le docteur Campinha-Bacote (43). Elle définit la compétence culturelle comme un processus essentiel pour le développement d'une pratique efficace et adaptée à la culture des patients. Ce processus se construit grâce à cinq éléments : la sensibilité culturelle, les connaissances sur les différentes cultures, les habiletés culturelles, les rencontres avec d'autres cultures et le désir culturel (43).

Des modèles illustrant la compétence culturelle ou le développement de cette compétence chez l'ergothérapeute ont été développés par plusieurs auteurs. Ici sont présentés celui de Munoz et de Balcazar, Suarez-Balcazar et Taylor-Ritzler.

Le modèle de Munoz développé en 2007 s'appuie sur l'expérience d'ergothérapeutes interrogés quant à leur pratique auprès de patients culturellement divers (Cf. figure 3 p.33). Cinq éléments interdépendants semblent nécessaires afin de promouvoir des soins culturellement adaptés. Il s'agit de générer des connaissances culturelles, renforcer sa conscience culturelle, explorer le multiculturalisme, appliquer des habiletés culturelles et s'engager dans la rencontre de personnes culturellement diverses. Ces éléments sont soutenus par le contexte de diversité autour du praticien. Tout ce processus demande une implication volontaire et engagée du professionnel dans un objectif de soin culturellement adapté. Il doit chercher à développer et élargir ses connaissances en matière de culture en cherchant à aller au-delà de la race et de l'ethnie de la personne. Il doit aussi travailler à reconnaître sa propre culture, ses préjugés, ses limites quant à sa relation avec d'autres cultures, cette introspection sur lui-même en tant qu'être culturel a pour but de l'aider à mieux comprendre l'autre en tant qu'être culturel également. Il doit appliquer ses connaissances et habiletés dans son intervention tout en restant ouvert et dans une démarche de compréhension de l'autre. Sa volonté à élargir ses connaissances doit le pousser à s'engager dans une pratique au contact de la diversité culturelle et à faire des rencontres que ce soit dans sa vie professionnelle ou dans sa vie personnelle afin de confronter ses propres valeurs et représentations. De plus certains facteurs tels que le soutien de l'institution dans cette démarche de soins adaptés culturellement et la présence de collègues de différentes cultures soutiennent ce processus.

Figure 3 : Les catégories centrales d'une réponse de soin culturelle (traduction libre) Munoz

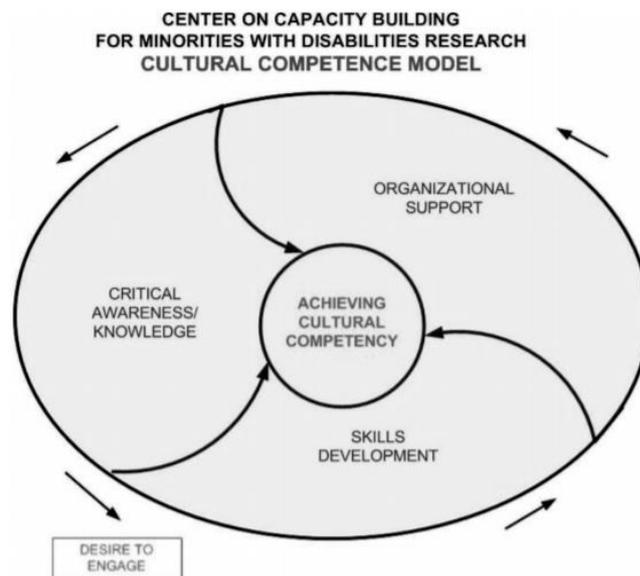


Le modèle de Balcazar, Suarez-Balcazar et Taylor-Ritzler est développé à partir de la littérature étudiée sur le sujet de la compétence culturelle et de ses modèles de pratique (44) (Cf. figure 4 p.34). Les éléments les plus retrouvés sont synthétisés dans leur modèle. Le processus commence par le désir de l'ergothérapeute de s'engager auprès de personnes de cultures différentes de la sienne. Ce désir l'amène à développer des connaissances sur les différentes cultures et à avoir une conscience critique de ses connaissances et de sa propre culture. Il développe des habiletés dans la communication, la compréhension de l'autre et de sa complexité dans un contexte et une expérience de vie particulière (44). Le processus doit être soutenu par l'organisation institutionnelle qui est essentielle pour permettre la mise en place de soins culturellement adaptés (44).

Les auteurs précisent que le devenir compétent culturellement demande une volonté et un engagement tout au long de la vie ainsi que d'être capable de questionner et remettre en question nos pratiques, les institutions pour lesquelles nous travaillons ainsi que nos propres croyances (44).

Figure 4 : Cadre conceptuel de la compétence culturelle révisé après validation empirique.

(traduction libre) Balcazar et al. 2009



L'ergothérapeute est-il volontaire pour devenir culturellement compétent ? Comment développe-t-il ses habiletés et ses connaissances sur la culture ? Comment son environnement social et institutionnel influencent-ils le développement de cette compétence ? Comment sa propre culture, ses préjugés et croyances participent-ils à la construction de cette compétence ? L'identité professionnelle des ergothérapeutes a-t-elle un rôle à jouer dans cette construction ?

1.9 Question et objet de recherche

À la suite de l'analyse de ces trois concepts et de leur mise en tension, une nouvelle question de recherche est formulée :

Comment se construit la compétence culturelle de l'ergothérapeute en France ?

L'objet de recherche sera : comprendre le phénomène de construction de la compétence culturelle de l'ergothérapeute exerçant en France (métropolitaine et DROM).

2 Matériel et Méthode

2.1 Choix de la méthode

La question et l'objet de recherche posés interrogent le phénomène qu'est la compétence culturelle et comment est-ce qu'il prend forme chez les ergothérapeutes. La recherche qualitative permettra de mieux recueillir les données pour répondre à cette question car elle permet d'étudier le sens, l'expérience et le point de vue des participants concernant le phénomène de la compétence culturelle des ergothérapeutes en France.

Une approche phénoménologique est utilisée car cela va permettre de donner un sens et comprendre le phénomène de compétence culturelle, et comment il est vécu par les personnes participantes.

La méthode utilisée va permettre de récolter des données et les analyser pour pouvoir mieux comprendre le sens que les participants donnent au phénomène et le replacer dans un contexte et circonstances précises. Une étude de cas est utilisée pour étudier en profondeur le phénomène de construction de la compétence culturelle chez les ergothérapeutes chez un ou plusieurs cas. Elle va s'appuyer sur un point de vue naturaliste pour obtenir des explications précises, non-généralisables au-delà du ou des cas étudiés. Le point de vue naturaliste se base sur l'idée qu'il n'existe pas une réalité mais des réalités multiples qui sont donc subjectives (45). Ces réalités sont construites par les interactions humaines, la chercheuse ne peut donc comprendre un comportement en dehors de son contexte, elle doit s'impliquer, s'immerger dans la réalité du cas étudié pour comprendre cette réalité-là. Cela donne lieu à une absence de barrière entre la chercheuse et ses participants, la relation devient interdépendante et influence donc inévitablement les résultats. L'approche naturaliste met aussi l'accent sur l'expérience personnelle et l'intérêt pour la chercheuse dans le sujet d'étude. Ce sont donc ces valeurs

défendues par les naturalistes qui vont dicter les choix de collecte, d'analyse et d'interprétation des données.

2.2 Population

Selon le point de vue naturaliste, la recherche va se centrer sur un cas spécifique et sa complexité (45). Un grand nombre de participants n'est pas nécessaire car l'objectif n'est pas la généralisation des résultats obtenus au-delà des cas étudiés mais la richesse des données récoltées afin de mieux comprendre le phénomène. Il ne pourra donc y avoir potentiellement que deux, voire une seule personne. Un choix a été fait quant au nombre de participants. Pouvoir interroger plusieurs personnes permet de croiser les données et de les analyser à partir de cette confrontation. Cependant interroger une seule personne permet d'avoir le temps et l'énergie d'aller explorer en profondeur les données récoltées. Cela peut aussi permettre de mettre en place une triangulation avec le participant afin de mieux correspondre aux critères de scientificité de la recherche qualitative et cela reste cohérent avec la méthode et l'approche choisie. Ainsi, une seule personne a participé à l'étude.

Le participant a été choisi par une méthode d'échantillonnage dite « par convenance ». En effet, le récit de vie nécessite de la part du participant d'être volontaire et d'avoir un engagement important dans l'enquête. Le choix du participant a donc été fait par connaissance et recommandation en fonction de critères d'inclusion.

Les critères d'inclusion sont que l'ergothérapeute interrogé exerce dans un milieu culturellement divers pour qu'il ait eu des expériences dans sa pratique où la compétence culturelle serait mobilisée. Le deuxième critère est que l'ergothérapeute ait au minimum trois ans d'expérience afin qu'il ait assez d'éléments à apporter.

Sont exclus les ergothérapeutes n'exerçant pas en France et n'exerçant pas dans un contexte de diversité culturelle, les ergothérapeutes ayant moins de trois ans de pratique.

2.3 Site d'exploration

En lien avec le contexte sanitaire (Covid 19) et pour des raisons d'organisation, l'entretien a été réalisé par appel visuel avec le logiciel Zoom®.

2.4 Choix et construction de l'outil de recueil de données

L'outil utilisé est l'entretien par récit de vie. L'approche par récit de vie a pour but de « comprendre et donner du sens à l'expérience à travers des conversations, des dialogues et la participation à la vie des participants » (45). Le récit de vie s'inscrit aussi dans une tradition de

transmission orale partagée par différentes cultures sur différents continents. Son utilisation dans une recherche à propos de la culture coïncide avec la thématique qui sous-tend ce travail. L'entretien quant à lui est un outil couramment utilisé en recherche qualitative. Il permet de faire parler les participants plus en profondeur et en détails du sujet par rapport à un questionnaire, il donne accès aux sens que la personne met sur ses expériences de vie, et son point de vue et permet au chercheur de préciser ou clarifier certains points, orienter la discussion. L'entretien se base sur une question inaugurale formulée à partir de la question de recherche et des concepts développés. Elle permet d'amorcer le discours de la personne. Par la suite, des techniques de relance et d'écoutes actives sont utilisées pour alimenter le discours. Le déroulement de l'entretien est présenté dans le guide d'entretien en annexe (Cf. Annexe 7 p.85).

- Anticipation des biais et stratégies pour les atténuer

Biais de subjectivité	Suggestion des réponses dans les questions et les relances utilisées.	Posture humble et sans attentes, Test de l'entretien pour ajuster la formulation de la question initiale et des relances.
Biais de confirmation	Consiste à privilégier les informations confirmant des idées préconçues	Formulation des questions n'induisant pas la réponse Test réalisé pour ajuster la formulation
Biais affectif	Etat affectif de la chercheuse et de l'interviewé influence le jugement et l'interprétation.	Importance du cadre bienveillant et de la prise en compte des émotions dans l'analyse du discours
Biais de sélection	Participants volontaires donc peut ne pas être représentatif de l'ensemble de la population	Important à prendre en compte au moment de l'analyse des données

Biais méthodologiques	<p>Entretien réalisé par appel téléphonique ou visuel qui peut interférer dans l'établissement de la relation.</p> <p>Utilisation d'un entretien non directif pouvant à la fois faire driver la personne du sujet ou être trop libre et la bloquer dans son récit</p>	<p>Tester le matériel avant, mettre à l'aise, voir si tout marche (son et vidéo)</p> <p>Formuler la question de façon claire, neutre mais assez ouverte pour amorcer la discussion. Prévoir des questions et techniques de relance.</p>
Biais de stéréotype	Lié à l'environnement socio-culturel de la chercheuse	Importance d'en avoir conscience, de les analyser et de les prendre en compte

- Test de l'outil

L'entretien est testé auprès d'une ergothérapeute afin de réajuster si besoin la posture, les relances et la question inaugurale. Les relances ont été reformulées pour qu'elles soient le plus efficaces possibles, sans contenir de biais.

2.5 Déroulement de l'enquête

Un appel à participant pour réaliser les entretiens est envoyé par mail. Si la réponse pour participer est favorable, une première prise de contact est faite, avec une présentation de l'objectif de la recherche grâce à la notice d'information et l'obtention du consentement via la fiche de consentement. Puis la rencontre est organisée avec le choix du jour, de l'horaire, de la modalité par appel visuel ou par téléphone, si c'est un appel visuel par quelle application.

Au moment de l'entretien les explications sont redonnées sur l'objectif de cet entretien, ce qui va être abordé. Une précision est apportée concernant le fait que l'entretien soit anonyme avec une demande d'autorisation pour enregistrer pour la retranscription future. Le consentement à participer est redemandé, le participant est à nouveau informé de la possibilité de rétractation à tout moment sans coercition. Le début commence par quelques questions sur le lieu d'exercice, l'âge, l'année de diplôme, et présentation de la personne pour la connaître et avoir des

informations démographiques. Ensuite vient la question inaugurale pour amorcer le discours de la personne. Des techniques de relances sont ensuite utilisées pour encourager le discours, préciser certains points et recentrer sur le sujet si besoin (Cf. Annexe 7 p.85).

La posture de la chercheuse durant l'entretien est importante à travailler. L'important est d'écouter vraiment, de laisser la place à l'autre, lui permettre également de poser des questions en retour (46). Il est important de se sentir libre de parler de soi et s'impliquer dans la discussion, l'objectivité n'étant pas recherchée ici.

Plusieurs points sont importants à prendre en compte (47):

- Ne pas interroger les personnes mais les faire raconter
- Être tolérant envers les temps de délai et de silence
- Instaurer une relation de confiance
- Laisser la place au participant de poser ses questions
- Montrer notre implication dans la recherche et pour le sujet
- Echanger certaines de nos interprétations sur le moment
- Utiliser un style conversationnel d'interview.

Le point de vue naturaliste évoqué plus haut implique que le chercheur soit immergé dans la recherche, qu'il n'y ait pas de barrières entre lui et le participant. La relation entre les deux va avoir un impact sur les données et leur interprétation c'est pourquoi elle est importante à prendre en compte et à travailler.

2.6 Choix de l'outil de traitement et d'analyse de données

Pour les naturalistes, il est important de comprendre de manière précise le cas étudié. L'analyse du récit du participant va donc être réalisée grâce à la méthode de récit de vie décrite par Fraser (47). Cette méthode consiste en sept étapes qui ont pour but de soutenir la réflexion d'un chercheur lors de son analyse. Ces étapes ne sont pas exhaustives ni linéaires, elles s'entremêlent et peuvent être adaptées en fonction des cas. Les étapes se présentent ainsi :

1. Entendre les histoires racontées et ressentir les émotions des participants et de l'intervieweur. Un journal peut être utilisé pour décrire les sentiments qui émergent. Prendre des notes sur le temps, le lieu et le climat émotionnel des entretiens.

2. Transcription de l'entretien en respectant les temps de pause et de silence, les hésitations. La transcription peut être envoyée aux participants pour vérification de la véracité des informations transcrites.
3. Interprétation de la transcription individuelle en identifiant les contradictions, les histoires racontées, en recherchant l'ordre chronologique et le début et la fin des histoires racontées. Des numéros ou des noms peuvent être donnés aux histoires pour aider au repérage lors des citations.
4. Analyse du récit selon différents domaines d'expérience : intrapersonnel, interpersonnel, culturel et structurel. Ces domaines sont interconnectés et servent à mieux comprendre l'influence des différentes dimensions de l'environnement de la personne sur son récit et sur sa vie et son discours.
5. Établir un lien entre le personnel et le politique. Liée à l'étape précédente, cette étape cherche à comprendre comment les discours populaires et les conventions sociales peuvent aider à interpréter le discours de la personne.
6. Dans le cas où plusieurs entretiens sont réalisés cette étape consiste à rechercher des points communs et des différences entre les participants. Elle ne sera pas utilisée ici.
7. Rédiger des récits académiques sur des histoires personnelles. Dans cette étape l'importance est de vérifier si l'analyse correspond à l'histoire racontée et aux objectifs de la recherche tout en ayant conscience qu'il n'existe pas une bonne façon de rédiger. Ecrire permet aussi de continuer à développer l'analyse.

Un premier niveau d'analyse est réalisé grâce à ces étapes. Un deuxième niveau d'analyse de l'entretien est réalisé à la main par une analyse thématique interprétative adaptée à la méthode par récit de vie. Les champs lexicaux ont aussi été analysés pour faire du lien entre le fond et la forme du discours.

2.7 Triangulation des résultats

Une triangulation des résultats a été réalisée par les pairs et par le participant pour augmenter la rigueur des résultats. La référente professionnelle a endossé le rôle de co-chercheuse en lisant la retranscription de l'entretien puis une discussion a eu lieu pour discuter des résultats retrouvés par la chercheuse. La retranscription a été envoyée au participant pour une vérification de son exactitude puis la première rédaction des résultats lui ont été transmis. Un deuxième temps d'entretien téléphonique a été effectué pour échanger sur l'interprétation des résultats et des éléments à ajouter, modifier.

2.8 Considérations éthiques

L'approche par récit de vie étant basée sur la relation entre la chercheuse et le participant, il est important de prendre en compte les questions éthiques de protection des personnes et des données. Cette recherche implique une personne à travers la réalisation de l'entretien mais n'est pas réalisée sur cette personne directement, la Loi Jardé ne s'applique pas. Cependant l'anonymat et la confidentialité des données ainsi que le consentement éclairé et la garanti du droit de retrait doivent être mis en place. Une notice d'information et une fiche de consentement sont envoyées au participant (Cf. Annexe 8 p.87). Les noms propres et les lieux pouvant permettre d'identifier le participant ont été noircis et ses initiales changées dans la retranscription de l'entretien et l'analyse des résultats.

3 Résultats

G. est un homme, de 51ans, ergothérapeute depuis 1993. Il a actuellement une pratique mixte répartie entre un IME³, un projet d'ergothérapie sociale auprès de demandeurs d'asile en santé mentale et une activité libérale en tant qu'ergothérapeute conseil dans le champ de l'expertise sociale et praticien au domicile de personnes âgées. Il a aussi des activités d'enseignements et de participation à des projets de recherche.

3.1 G. a besoin d'explorer et de rencontrer l'autre, il se nourrit de l'autre.

Son intérêt et son attirance pour explorer l'humain sont viscéraux pour G. Il confie avoir pris goût à aller explorer tous ces univers différents, aller à la rencontre de la diversité

« Un désir de sortir de ce que vous êtes, d'aller au contact de l'autre. J'aime vraiment dès que je peux aller dans des endroits qui ne sont pas comme moi...J'adore ça. J'y ai vraiment pris goût. »

Tout au long de son récit G. insiste pour dire à quel point l'autre est important pour lui. G. s'exprime sur la rencontre avec l'autre par le fait qu'il se nourrit de l'autre. Il le place comme un besoin primaire, la rencontre avec l'autre lui est indispensable. Il a une perception que l'autre peut lui apprendre sur lui-même. La compétence culturelle pour G., ici, est de pouvoir aller à la rencontre de l'autre et de sa différence parce que, par son mode de vie, l'autre l'aide à mieux comprendre sa propre façon de vivre.

³ Institut Médico-Educatif

Pour G. il est important de transmettre, de partager et d'échanger peu importe qui est l'autre (professionnel, collègue, patient, étudiant). Il s'engage donc dans la rencontre de toutes les cultures au sens large qu'elles soient professionnelles, individuelles, sociales. Il utilise à plusieurs reprises un vocabulaire lié à la nourriture « je me nourris », « digestion », « oralité », « assimilation ». Se nourrir de l'autre semble être une des facettes prégnantes de sa compétence culturelle.

Au-delà d'un besoin, sa rencontre à l'autre devient un combat, un acte militant. Il montre ainsi une forte culture militante « je dénonce », « j'engage ». Né en France dans les années 1970 il décrit une adolescence durant laquelle beaucoup de mouvements prenaient forme pour défendre des droits sociaux et dénoncer les inégalités. Une ouverture d'esprit de la société et des évolutions sociales apparaissaient notamment concernant les minorités religieuses, ethniques, sexuelles. Par ailleurs, il a rencontré des figures du militantisme qui lui ont transmis des valeurs tels que l'engagement, la lutte, pour défendre la cause de la diversité, aujourd'hui il les défend à son tour. Cela semble l'amener, le pousser à aller au contact de l'autre et sous-tend sa démarche de faire des rencontres, d'aller questionner la culture, d'approfondir ses connaissances parce que c'est ce qu'il est au fond de lui et c'est ce qui l'anime. Cela devient un moyen pour lui de développer sa compétence culturelle.

3.2 G. utilise des outils et des approches pour mieux comprendre l'autre.

G. fait preuve d'intérêt pour ces questions de diversité, de culture. Cela lui offre des opportunités pour développer sa compétence culturelle à travers **différentes expériences** comme son voyage au Brésil ou l'accompagnement d'un groupe de femmes vivant dans un habitat autogéré. Au Brésil, il a découvert l'ergothérapie sociale notamment dans les favelas, le métissage de culture au Brésil et une réserve d'indigènes dans lequel il a réalisé différentes immersions. Son projet auprès de ce village était une initiation à l'ergothérapie sociale autour des problématiques culturelles et de santé. Lors de ses différents séjours, il s'est immergé dans leur quotidien, dans leurs traditions

« À chaque fois qu'on m'a proposé d'aller plus loin dans les rituels pour comprendre cette culture je l'ai accepté. »

Il explique qu'étant un invité, même s'il était là-bas en tant qu'ergothérapeute, il devait participer aux rituels et aux temps traditionnels comme les autres pour pouvoir s'intégrer et se faire accepter des villageois.

En parallèle, il a travaillé avec un groupe de femmes âgées militantes féministes qui ont œuvré à la création d'un habitat collectif partagé et autogéré en France. Il s'est intéressé à leurs problématiques et leur combat et aux liens entretenus avec les mouvements de lutte pour les droits des personnes LGBT.

Actuellement il exerce auprès de populations très diverses : des enfants, des personnes âgées, des acteurs du monde commercial, des étudiants, des demandeurs d'asiles. Les personnes migrantes qu'il rencontre viennent de différents pays d'Afrique et du Moyen-Orient. G. partage le fait que ces personnes sont très différentes dans leur rapport à la parole, au silence, dans leur façon de voir la vie, de traverser les épreuves.

G. est une **personne érudite** qui s'appuie sur les sciences humaines pour approfondir sa compréhension de l'humain et de sa culture, ses habitudes, sa façon de réaliser ses occupations. Il s'est intéressé aux sciences humaines et sociales (philosophie, psychanalyse, anthropologie, linguistique) pour y puiser des connaissances nouvelles et développer sa compétence culturelle. Il s'intéresse à l'histoire de certaines cultures et à l'actualité politique et socio-économique des pays des personnes qu'il accompagne. Il évoque l'importance de mieux comprendre leur contexte de vie, les rapports sociétaux et les situations dans lesquelles elles se trouvent. Il a besoin de toujours en savoir plus et de ne pas se reposer sur ses acquis. L'ensemble de ces démarches ont pour but de pouvoir développer des espaces de contact avec l'autre et l'accompagner vers ses occupations significatives et favoriser une bonne santé.

Son **introspection** et ses questionnements l'aident à développer sa compétence culturelle. La question de la culture a commencé à émerger chez G. lorsqu'il exerçait dans une maison d'arrêt. Il n'était cependant pas dans une démarche volontaire de questionner la dimension culturelle de l'autre. Il s'exprime ainsi « *la question de la diversité culturelle se posait... mais ne s'imposait pas à moi en fait* ». Il était plutôt attiré par l'autre différent de lui et différent du fait d'une culture différente de la sienne. À chaque récit où est évoqué une histoire de rencontre, il questionne la culture « *La culture c'est quoi ? c'est rencontrer l'autre et en même temps c'est un champ vaste* ». Il va jusqu'à se questionner sur l'existence d'une culture LGBT⁴, d'une culture SDF⁵.

À la fois il est attiré par ces questions de différences culturelles et à la fois il refuse de se centrer sur la culture par peur de réduire l'autre à sa dimension culturelle. Pour G., la culture est la

⁴ Lesbiennes Gay Bisexuels et Transgenres

⁵ Sans Domicile Fixe

différence générale, mais à l'échelle de l'individu. L'important étant de rencontrer l'autre, au-delà de sa culture. Lui-même se perd dans cette notion et saute d'exemple en exemple pour illustrer son rapport à la culture.

« Je crois que mon souci de la culture de l'autre c'est surtout un souci de ne pas le digérer... Quand on se rencontre, symboliquement il digère certains éléments et moi je digère certains de sa culture mais je ne le fais pas disparaître ! »

Il fait preuve ici **d'humilité culturelle**, il a conscience de son désir d'en apprendre plus et d'aller au contact de l'autre mais il a peur de l'envahir et de faire disparaître ce que l'autre lui donne.

Cette humilité se retrouve lorsqu'il parle de son rapport à la langue. Il dit vouloir performer dans sa parole mais ne peut le faire qu'avec sa langue maternelle. Il évoque ses résistances à apprendre la langue de l'autre par peur d'affadir ses propos, mais aussi, d'une certaine façon, ses craintes de ne pas réussir à faire passer le message qu'il voudrait faire passer. Dans ce souci de ne pas dénaturer une parole en ne maîtrisant pas la langue, il montre son humilité en préférant se centrer sur la rencontre avec l'autre. En effet la parole et la transmission orales sont très importantes pour lui *« La parole est un véhicule important à saisir dans la culture de l'autre et on n'en a pas tous le même usage »*. Se questionner sur l'utilisation de la parole lui a permis de questionner la façon dont les populations apprennent et transmettent leur savoir, comment agir avec le savoir de leur médecine traditionnelle. Prendre en compte la culture de l'autre revient pour lui à prendre en compte leur médecine et leur rapport au soin, comprendre leur manière d'apprendre.

Son expérience d'immersion au Brésil lui a permis de **questionner son héritage culturel** et de se rendre compte que tous les pays ne sont pas pris dans une histoire similaire. Il évoque un souvenir concernant ses premières heures au Brésil et revient sur le nom d'un boulevard qui le conduit vers la ville : celui-ci s'appelle « Imigrantes ». Il profite de cette histoire pour expliquer que chaque pays ne perçoit pas la notion de migration de la même manière. L'intérêt pour lui de vivre et d'éprouver les temps traditionnels et les rituels était *« de ressentir des choses en dehors de [ses] représentations culturelles »*. De retour en France, cela l'amène à se questionner sur *« Comment se rencontrent des populations qui viennent d'ailleurs ? »*, comment accueillir ces personnes qui ont une autre culture que nous, comment créer des espaces de rencontre, pour fraterniser et créer un espace de contact comme lui a pu en créer en étant accueilli en tant qu'étranger au Brésil. Il prend conscience de ce dont l'étranger pourrait avoir besoin et remet en question l'accompagnement proposé pour pouvoir le repenser et l'adapter.

3.3 Ses expériences de relation à l'autre lui ont permis de développer sa posture professionnelle.

Chacune de ses expériences, de ses aventures lui ont permis d'apprendre, de découvrir des choses sur l'autre mais aussi sur lui et sur sa pratique en tant que professionnel de santé. Au Brésil, il a vécu dans une communauté indigène avec les membres de cette communauté. Il a assisté à des temps de traitement collectifs de problèmes de santé.

« Comment il œuvre ce village ? Il va y avoir le Paje. Le Paje est celui qui va faire quelque chose sur le problème de l'autre. Pendant que le Paje va enlever le mal, il faut qu'il soit protégé. Autour de lui, il va y avoir des aides Paje. [...] Mais pour que les aides du Paje puissent travailler, il a fallu qu'il y ait des gens qui fument. Et puis pour que les gens fument, il a fallu qu'il y ait des musiciens. Et puisqu'il y a eu des musiciens, il a fallu qu'il y ait des gens qui marquent le rythme. Des femmes. Et puis, il a fallu avoir des danses et des chants. En fait, c'est tout le village qui traite. »

Ce Paje est une figure de soin mais il ne peut soigner sans le village, le village se met en œuvre pour soigner.

« C'est important parce que je me suis rendu compte combien l'action collective pouvait permettre dans des questions de santé d'envelopper l'autre. Cette approche du soin n'est pas pareille, elle a forcément impacté le soignant que je suis. »

G. s'est donc rendu compte que la figure traditionnelle que l'on a d'un gourou est illusoire, nous avons une image d'un seul intervenant mais qui est en réalité soutenue par une dimension collective. Cette dimension peut faire changer de position le soigné pour devenir celui qui a son tour prend soin. Cela l'a amené à observer notre vision occidentale du soin et à questionner sa position de soignant. Pour lui il n'est pas celui qui a le pouvoir unique de soigner l'autre, il cherche donc à s'appuyer sur la capacité du « prendre soin » du collectif, de la communauté. Cela lui a permis de construire son identité, sa posture professionnelle. En tant qu'ergothérapeute dans une pratique sociale il se décrit comme « accompagnant », « intervenant ». Il « conduit à » mais jamais il ne se décrit comme soignant ou thérapeute.

« Je suis celui qui va « conduire à », je ne suis pas celui qui va soigner mais pourtant « conduire à » c'est une manière de soigner l'autre. »

Il cherche donc à développer une posture symétrique avec les personnes qu'il accompagne en partant du principe que l'autre a un savoir et des compétences et en le plaçant dans une autre posture que celle du malade. La personne n'est plus seulement le sujet d'un soin mais peut-être acteur d'un soin apporté à un autre. Pour G. cela donne une richesse à l'autre qu'il n'a pas si on reste dans une posture asymétrique.

G. donne un exemple de cette relation symétrique en parlant d'une intervention auprès d'un afghan qui a des difficultés de sommeil. Il repère une relation de confiance entre lui et ce jeune homme et une compétence à parler l'anglais que G. n'a pas. Il lui propose donc de participer à une intervention qu'il doit réaliser auprès d'un groupe d'Afghans. Il sait l'importance du rôle de la communauté pour les Afghans. Il met donc en place une collaboration avec cet homme pour traduire son échange avec le groupe d'afghans qu'il doit aller voir et entrer en relation avec eux. Ce jeune homme a pris le rôle de médiateur car G. lui a offert l'espace pour prendre cette place. Cela a permis à G. d'obtenir la confiance du groupe d'être accompagné de l'un des leurs et de sortir cet homme de son rôle de malade en lui permettant de réaliser quelque chose de signifiant.

« Le matin, je l'ai vu comme un malade, dans l'après-midi, je l'ai fait basculer dans une autre posture sociale. Il n'était plus mon malade. Et cela, lui a fait du bien. »

Un autre résultat de cette relation symétrique est qu'à plusieurs reprises, le jeune afghan a envoyé vers G. des amis qui avaient des difficultés, pour qu'il les aide. Cette posture de symétrie permet à G. d'accélérer sa mise au contact avec des populations qui ne viendraient pas d'elles-mêmes vers lui. Ce jeune homme devient un élément facilitateur et de médiation pour pouvoir toucher des personnes qu'il n'aurait pas rencontré seul à cause de son manque de connaissances ou de savoir-faire en lien avec leur culture. Il intègre progressivement ces valeurs qu'il a développées à travers ses expériences, dans sa pratique auprès des migrants non seulement car cela correspond à la culture de ces personnes mais également parce que cela a des effets positifs en redonnant un pouvoir d'action à ces personnes.

Le cœur de son métier c'est la relation. Quand il entre en relation avec quelqu'un d'une autre culture, cette relation évolue. Elle a un impact autant sur lui en tant qu'ergothérapeute que sur l'autre. Cette relation est vécue à travers des émotions parfois fortes ce qui la rend difficile pour lui car il doit « être vigilant à la distance affective », afin de trouver le bon équilibre entre s'impliquer pour découvrir la culture de l'autre, obtenir sa confiance mais ne pas se perdre en tant qu'ergothérapeute.

Un jour, il venait de participer à un mariage, il avait pris le repas, chanté, dansé avec les membres de la famille puis un orage a eu lieu et la foudre est tombée sur trois jeunes. Etant le seul acteur de santé présent dans le village, c'est lui qui a proposé d'aller faire contrôler l'état de santé des jeunes à l'hôpital. Les parents lui ont confié, à lui, les papiers des enfants pour les amener à l'hôpital et non pas à son collègue qu'ils connaissaient mieux. Dans sa nature et son identité de soignant il s'est montré fiable, solide. Il représentait aussi le plus occidental d'entre

eux et donc une forme de modernité sans être cependant dans un rapport impérialiste et supérieur. En effet il explique que dans le monde indigène il y a un rapport au silence différent dans le sens où les Indiens sont parfois très silencieux contrairement à notre mode latin d'utiliser la parole comme un pouvoir. Il a donc appris à s'adapter à cela et à se rendre disponible pour aller là où cette communauté a bien voulu l'emmener et pas d'emmener la communauté là où lui l'aurait voulu. Cela lui a demandé du temps de se laisser porter vers là où ils avaient besoin et d'apprendre à ne pas tout contrôler. Finalement il a pris le temps d'apprendre à connaître leur mode de fonctionnement, de mettre de côté sa façon de pratiquer, il s'est investi dans la relation qu'il a développée avec eux mais il a quand même trouvé un équilibre et n'a pas perdu sa posture d'ergothérapeute. Devoir maintenir cet équilibre pour reconnaître son identité d'ergothérapeute lui permet de vivre des expériences tout en questionnant sa pratique pour développer sa compétence culturelle. Il exprime se sentir pleinement heureux et légitime en tant qu'ergothérapeute mais a parfois du mal à trouver la place pour cette parole qu'il porte dans le milieu de l'ergothérapie en France. Il cherche toujours de nouvelles expériences pour arriver à faire entendre ce qu'il défend.

3.4 G. présente des limites à sa compétence culturelle.

Toutefois, certaines limites apparaissent dans sa compétence culturelle. Il souhaite rencontrer l'autre mais un autre dans lequel il retrouve des « valeurs communes » de fraternité, de militantisme, d'amour pour l'autre. Il l'exprime lorsqu'il dit se rapprocher des anthropologues ou d'un groupe de femmes féministes lesbiennes.

Il construit sa compétence culturelle au fur et à mesure de ses expériences, en développant ses habiletés et connaissances et en les remettant en question. Lors de l'entretien il partage ne pas avoir toutes les connaissances pour respecter à la lettre les codes, les coutumes, il fait parfois des maladresses ou des erreurs. Dans ces limites de la compétence culturelle, il y va joyeusement, avec respect, il s'excuse et cela est accueilli avec joie et bienveillance par les personnes en face de lui. Il fait preuve d'humilité, il cherche à s'améliorer et en cela il montre son habileté à agir de manière culturellement adaptée. Il prend conscience et constate aussi son propre paradoxe face à sa difficulté et ses résistances à apprendre et à parler une autre langue que la sienne. Ses connaissances ont des limites mais sa capacité à aller jusqu'à apprendre la langue de l'autre est également limitée.

Le manque de reconnaissance de la part de ses pairs peut limiter son sentiment d'identité professionnelle cela peut l'entraîner à remettre en question son implication dans cette approche

de la culture de l'autre et donc être une limite au développement de sa compétence culturelle. Il exprime avoir des difficultés à se sentir soutenu et compris dans ce qu'il défend et dans cette vision hors du paradigme biomédical de l'ergothérapie française.

« Je suis très libre dans ma parole avec vous. Mais en fait, je me dis que je peux l'être avec des étudiants. Je ne suis pas sûr que je pourrais faire cela devant un public d'ergothérapeute. »

Or la transmission étant importante pour lui et pouvoir partager son expérience et ses valeurs l'aidant à se sentir ergothérapeute cela peut impacter son sentiment d'identité et donc son action en situation professionnelle.

4 Discussion

4.1 Interprétation

Retour aux éléments issus de la revue de littérature :

Au travers des exemples de G., différentes influences de la culture sur l'intervention en ergothérapie apparaissent. Comme évoqué dans la revue de littérature et dans l'enquête exploratoire, ces différences demandent à l'ergothérapeute de s'adapter et d'adapter sa pratique. G. développe donc ses connaissances et adapte sa pratique pour mieux répondre à leur culture. Les résultats de l'étude de Grandpierre rapportaient qu'une des plus grosses barrières dans la pratique est la différence de langue entre l'ergothérapeute et la personne (17). En effet G. exprime des réticences à apprendre la langue de l'autre par peur de ne pas pouvoir communiquer comme il le voudrait. Le fait de ne pas pouvoir aller au-delà de cette peur et de ne pas chercher à dépasser cette barrière montre une limite à sa compétence culturelle. Plusieurs études montraient que la prise en compte de la culture et la sensibilité de l'ergothérapeute à cette question amenaient à améliorer la relation de confiance avec la personne (20) (17). En effet dans sa compétence culturelle, G. fait preuve de sensibilité à la culture de l'autre et montre les effets positifs que cela a sur sa relation à l'autre.

Les différents concepts utilisés dans la pratique en ergothérapie comme la notion d'indépendance et d'autonomie, la catégorisation des occupations, la thérapie par objectifs n'étaient pas partagés par toutes les cultures (22) (25) (19). L'utilisation de modèles conceptuels n'a pas non plus été évoquée par G. Ces notions n'étant pas abordées par G. nous pouvons nous demander si elles sont une aide au développement de sa compétence culturelle, si il les prend

en compte ou pas. Nous ne pouvons donc pas confirmer ou infirmer ce qui était ressorti de la littérature.

Selon Beagan, l'approche par compétence culturelle réduit la culture à son sens ethnique et place l'ergothérapeute dans la posture d'un individu neutre alors qu'il est influencé par sa propre culture. Beagan et Hammell considèrent donc l'humilité culturelle comme plus pertinente et critique et englobant plus de facettes de la culture. G. se questionne beaucoup sur le terme de culture, il cherche à aller au-delà de l'ethnie, de la religion. Il fait aussi preuve de conscience critique en questionnant son héritage culturel. Son humilité culturelle lui permet donc d'aller au-delà de sa compétence culturelle.

Concernant les stratégies mises en place comme le processus d'intervention ergothérapique, les auteurs recommandaient d'utiliser des évaluations, des objectifs et une intervention adaptée à la culture de la personne (17) (16). G. n'a pas développé dans les détails la forme que prend son intervention auprès des demandeurs d'asile, nous ne pouvons donc pas savoir comment il met en place le processus d'intervention et comment est-ce qu'il l'adapte. Une autre recommandation était de se renseigner et coopérer avec l'entourage de la personne (20) (18) (21). G. se rapproche de professionnels et de ressources pour développer ses connaissances, et il coopère avec les membres de la communauté de la personne pour mieux entrer en relation avec elle et en apprendre plus sur sa culture. Les exemples de G. montrent que l'ouverture d'esprit et la bienveillance ainsi qu'une attitude solide et disponible sont des qualités qui participent à améliorer la relation avec les personnes de cultures diverses (25). Pour finir, les étudiants étrangers rapportaient le manque d'expérience pour pouvoir se sentir culturellement compétent, en effet les exemples de G. montrent l'importance de l'expérience tant professionnelle que personnelle pour développer cette compétence (27).

Retour aux éléments du cadre conceptuel :

Les deux modèles de la compétence culturelle développés par Munoz et Balcazar et al. rapportent cinq facteurs au développement de cette compétence. Ces cinq points sont comparés au récit de G. pour déterminer s'ils correspondent et pour décrire la forme que prend sa compétence culturelle.

- Les connaissances : G. cherche constamment à approfondir ses connaissances dans le but de mieux comprendre les personnes qu'il rencontre. Il cherche également à voir la culture au-delà de la religion et l'ethnie et à avoir une vision globale non-réductrice.

- La conscience : G. reconnaît son héritage culturel et son influence sur sa façon de penser et d'agir, il reconnaît ses limites dans sa relation à l'autre différent culturellement.
- Habilités : Par ses expériences il apprend comment fonctionnent certaines cultures. Il utilise ensuite ses connaissances pour mettre en place des stratégies qu'il a vues fonctionner, comme faire participer un jeune afghan à sa rencontre avec un groupe d'afghans.
- Explorer et s'engager dans des contextes de diversité culturelle : Il fait preuve de volonté et de désir d'aller rencontrer l'autre différent de lui. Il est, par son travail auprès des demandeurs d'asile, au contact de nombreuses cultures.

Au-delà de ses connaissances, ses habilités et sa conscience culturelle, G. montre qu'il n'a pas seulement des compétences, il sait agir avec compétence. Le Boterf décrit ce phénomène par le fait d'agir avec pertinence et éthique, en combinant des ressources personnelles et externes dans le but d'atteindre une performance demandée et en réalisant un feedback de ses actions (41). Il sait aller au-delà du prescrit, au-delà du processus d'intervention et d'une relation « à bonne distance », pour mettre en application ce qu'il a appris de ses expériences et pour entrer en relation avec l'autre différent. Il découvre et apprend comment les cultures qu'il rencontre fonctionnent et se sert de cela pour entrer en contact. Les limites à sa compétence qu'il a pu évoquer montre que « l'agir avec compétence » se voit dans l'action et donc n'est pas constant en fonction des situations. Parfois il fait des erreurs, parfois il peut être moins compétent, il développe cela tout au long de sa vie.

La notion d'identité professionnelle semble peu ressortir dans les résultats, elle n'en n'est pas moins importante. En effet d'après Costalat-Founeau, l'identité professionnelle permet de faire le lien avec la compétence (39). Elle guide l'action de l'ergothérapeute dans sa pratique grâce aux valeurs, à l'affirmation de soi, aux croyances (37). La compétence a aussi une influence sur l'identité professionnelle. Les deux concepts précédents montrent qu'être compétent dépend des situations et que, pour la compétence culturelle, l'expérience est primordiale. Par ces expériences, l'ergothérapeute va être confronté à sa représentation qu'il a de lui et de sa profession. Selon Drolet le sentiment de « nous » d'un ergothérapeute, qui participe à développer son identité, est influencé par son rapport au travail, aux responsabilités, aux patients, aux collègues, à l'institution. Chaque situation qui va mobiliser l'un de ces facteurs peut entraîner une crise identitaire amenant l'ergothérapeute à questionner et faire évoluer son identité professionnelle. Pour G. les différentes relations qu'il a établi avec des personnes de cultures différentes l'ont amené à repenser sa posture de soignant, à questionner sa façon

d'accompagner ces personnes, à se redéfinir en tant qu'ergothérapeute. Bien qu'il se sente reconnu et pleinement ergothérapeute il exprime avoir plus de difficultés au contact d'autres ergothérapeutes ne partageant pas les mêmes valeurs que lui dans sa pratique sociale de l'ergothérapie. Ne pouvant s'identifier à ces ergothérapeutes différents de lui, il semblerait qu'il cherche à s'engager dans des pratiques et des expériences diverses dans le but de construire sa propre identité professionnelle et défendre ses valeurs.

4.2 Réponse à l'objet de recherche

Pour rappelle la question de recherche était : Comment se construit la compétence culturelle de l'ergothérapeute en France ?

L'analyse du son récit de G. croisée avec les concepts a permis de comprendre la forme que prend sa compétence culturelle. L'expérience et l'immersion personnelle ou professionnelle ainsi qu'un désir, une volonté naturelle à aller vers cette exploration de la diversité semblent être les éléments centraux permettant à G. de construire sa compétence culturelle. Voici les points principaux relevés :

- Le besoin d'aller au contact de l'autre différent
- Les expériences et les immersions au contact de différentes cultures
- L'approfondissement de ses connaissances (lectures, échanges avec des professionnels, recherches d'informations)
- L'introspection et le questionnement de son contexte culturel
- L'humilité en faisant attention à ne pas envahir l'autre avec sa propre culture
- Ses expériences de relation à l'autre qui lui ont permis de développer des habiletés comme la relation symétrique, la vision de l'autre comme une ressource par son savoir et ses compétences, qui lui permettent d'agir avec pertinence lorsqu'il entre en contact avec une culture différente de la sienne.
- Son identité professionnelle, qu'il développe par ses expériences, soutient ses actions dans la pratique.

Ce qu'il est important de relever est que la compétence, y compris la compétence culturelle, se construit et évolue au grès des expériences, tout au long de la vie et dépend des situations rencontrées. L'image qu'il peut être fait de G. ici est propre à lui à ce moment de sa vie et est vouée à évoluer.

4.3 Critique du dispositif de recherche

Le choix d'une étude de cas a permis d'aller en profondeur du phénomène chez un ergothérapeute. Le point de vue naturaliste choisi n'a pas pour but de généraliser les résultats obtenus. Le choix est fait de laisser libre cours au lecteur d'utiliser et interpréter les résultats en fonction de sa situation. Pour avoir une image globale de la compétence culturelle des ergothérapeutes en France, apportant un niveau de preuve plus élevé, une autre méthode de type essai randomisé devrait être privilégiée.

Ce travail étant une initiation à la démarche de recherche, le manque d'expérience de la chercheuse quant à l'utilisation d'une méthode par récit de vie, la réalisation d'entretien libre ou l'analyse de données a induit des biais. Une critique du dispositif de recherche est réalisée en se basant sur les critères du Rosalind Franklin-Qualitative Research Appraisal Instrument (RF-QRA) (48). Différentes stratégies ont été mises en place pour augmenter la qualité de la recherche mais différentes limites restent présentes :

- **Crédibilité** : Différents échanges ont été réalisés avec le participant par mail, téléphone ou appel visuel pour échanger sur l'entretien, la retranscription, les résultats. Des échanges avec les pairs ont été réalisés pour croiser les interprétations et apporter d'autres points de vue (45) (48).
- **Transférabilité** : Les données ne peuvent être transférées, aucune comparaison à un groupe plus large n'a été réalisée, le participant ne représente qu'un type très précis d'ergothérapeute exerçant auprès de demandeurs d'asile avec une activité mixte, il n'est donc pas représentatif de l'ensemble de la profession en France (48).
- **Fiabilité** : L'approche choisie a pour principe la subjectivité de la réalité de chacun. L'influence de la chercheuse dans l'interprétation des résultats est volontairement présente. Si l'entretien était analysé par un autre chercheur il ne ressortirait probablement pas les mêmes éléments (48).
- **Confirmabilité** : L'analyse étant réalisée à la main, le processus de codage n'est pas expliqué et proposé au lecteur avec rigueur. La vérification des résultats par le participant permet de vérifier si les résultats correspondent à ses perceptions, puis par les pairs pour essayer de diminuer les biais présents (48) (45).

Concernant l'entretien des biais méthodologiques peuvent être présent en raison de relances potentiellement mal formulées ou non pertinentes. Un biais affectif et un effet de halo peuvent être relevés au vu de l'admiration ressenti par la chercheuse à l'écoute du récit du participant.

Une prise de distance et des discussions avec ses pairs ont pu atténuer ces biais. Les biais de stéréotypes et de confirmations amenant à se focaliser sur ses propres croyances et sur des idées préconçues peuvent aussi être présents, l'échange avec les pairs et la triangulation avec le participant ont pu aider à les atténuer.

4.4 Apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle

Ce travail d'initiation à la recherche permet d'apporter des connaissances sur le sujet de la culture dans l'intervention en ergothérapie. Des exemples de clés pour mettre en place une pratique culturellement compétente ont été apportés par l'analyse de la littérature et l'étude de cas. L'analyse des concepts permet de mieux comprendre ce qui sous-tend la pratique auprès de populations diverses. L'ensemble du travail apporte un regard nouveau sur un sujet peu exploré en France. Beaucoup de questions se posent encore mais, au-delà de réponses précises, ce sont des pistes de réflexion sur le sujet de la diversité et de la culture pour les ergothérapeutes que cette recherche offre.

Au-delà de la notion de compétence culturelle d'autres éléments de la pratique des ergothérapeutes sont abordés. La relation entre le patient et l'ergothérapeute semble être au cœur des préoccupations. Comment entrer en relation avec une personne d'une culture différente ? Comment communiquer ? Quelle posture adopter ? La distance thérapeutique est-elle possible ? Sous quelle forme ? Ces interrogations sur la relation et comment faire avec l'altérité amènent aussi à questionner le processus d'intervention ergothérapique, est-il adapté à toute forme d'intervention ? La formulation d'objectif, l'évaluation sont-elles utilisées par toutes les cultures ? Comment adapter notre pratique, être le plus fidèle possible à une approche centrée sur la personne ? Ces questionnements ont pour but d'inciter les ergothérapeutes à aller remettre en question les notions qu'ils ont apprises, à approfondir et adapter ce qu'ils savent. Le cas de l'ergothérapeute étudié a aussi un intérêt pour le développement de l'ergothérapie sociale en France, faire connaître la pratique, les enjeux et questionnements qui en découlent. La réflexion menée à travers ce travail soutient les recommandations faites dans les recherches étrangères en questionnant la formation en ergothérapie en France, son rôle dans le développement de la compétence culturelle des ergothérapeutes (19) (18) (16).

Cependant bien que les résultats corroborent ce qui est dit dans la littérature, l'exemple d'une seule personne n'informe pas de ce qu'il en est de l'ensemble de la profession. La compétence culturelle est présente d'une certaine façon chez le participant mais prend sûrement une autre forme chez un autre ergothérapeute. De plus l'analyse et l'interprétation de son récit se base sur

ce qu'il dit faire et mettre en place dans la pratique, la réalité de ses actes et de sa pratique ne peuvent réellement être présentés ici. Le participant ayant une pratique d'ergothérapeute social dans les expériences qu'il décrit, nous montre uniquement la confrontation à la culture de l'autre dans un contexte de diversité culturelle évident et touche ainsi une proportion très faible d'ergothérapeutes. L'étude sur un domaine de pratique où la diversité culturelle n'apparaît pas de manière évidente apporterait peut-être un autre éclairage à un plus grand nombre.

4.5 Proposition et transférabilité vers la pratique professionnelle

Les caractéristiques de la compétence culturelle chez G. ne peuvent être transférées à une population plus large. Pourtant des propositions peuvent être faites pour la pratique des ergothérapeutes qui seraient amenés à intervenir auprès de populations diverses. L'expérience semble avoir un rôle important à jouer dans le développement de la compétence culturelle (44) (42), les ergothérapeutes sont donc invités à aller au contact des cultures différentes si ces questions font parties de leur préoccupation. Une démarche volontaire d'aller découvrir d'autres façons de fonctionner, d'autres pratiques et d'autres cultures, pourrait les aider à mieux comprendre le fonctionnement de l'autre, développer leurs connaissances et confronter leurs représentations.

Bien qu'il n'existe pas une seule façon d'être culturellement compétent, l'ouverture d'esprit et la sensibilité font partie des critères essentiels au développement de cette compétence. C'est pourquoi une proposition est faite de repenser l'apport que la formation en ergothérapie en France peut donner sur ces questions de culture dans notre pratique et réfléchir à un moyen pour les étudiants d'y être sensibilisés. Des stages en santé communautaire, à l'étranger, des études de cas ou des rencontres avec des personnes ayant des contextes culturels divers pourraient être proposés.

Le manque de recherches sur le sujet en France amène à proposer d'orienter la recherche en ergothérapie sur la question de la culture, de son influence, de sa prise en compte et de la compétence culturelle. Cela pourrait apporter des propositions plus concrètes d'actions à mettre en place pour que la pratique des ergothérapeutes en France évolue en adéquation avec l'évolution de la diversité de la population française.

4.6 Perspectives de recherches et ouverture vers une nouvelle question de recherche

Comme proposé plus haut de nouvelles recherches sont nécessaires sur le sujet pour faire évoluer la pratique en France. La principale question qui serait intéressante à explorer serait

d'aller découvrir comment se développe la compétence culturelle des ergothérapeutes exerçant dans un milieu avec une diversité culturelle moins évidente qu'en ergothérapie sociale. Se tourner vers des centres de rééducation, ou en lieu de vie comme des EHPAD⁶, des SESSAD⁷ ou des SAMSAH⁸ permettrait de cibler une population plus importante d'ergothérapeute. Cela permettrait de comprendre comment des ergothérapeutes réalisant une intervention typique de rééducation ou intervenant sur le lieu de vie des personnes, font pour prendre en compte la culture de leur patient.

Il pourrait également être intéressant d'aller questionner le ressenti des patients et comprendre comment ils vivent la différence culturelle avec leur ergothérapeute ? Quel est l'effet de la compétence culturelle sur la relation et sur leur ressenti de leur accompagnement en ergothérapie ?

Dans la continuité des études qui ont été réalisées auprès d'étudiants ergothérapeute d'Afrique du Sud, d'Angleterre et des Etats-Unis, la perception des étudiants Français sur la question de la culture dans la pratique et sur leur compétence culturelle pourrait apporter des clés sur comment la formation en ergothérapie pourrait soutenir le développement de cette compétence.

⁶ Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante

⁷ Service d'Education et de Soins Spécialisés A Domicile

⁸ Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé

Bibliographie

1. Sumsion T. A Revised Occupational Therapy Definition of Client-Centred Practice. *British Journal of Occupational Therapy*. 2000; 63(7): 304-9.
2. World Federation of Occupational Therapists. Definition of Occupational Therapy from Members Organisations. 2013. [En ligne]. <https://www.wfot.org/resources/definitions-of-occupational-therapy-from-member-organisations>. Consulté le 13 mai 2020.
3. World Federation of Occupational Therapy. Activities of Daily Living. 2012. [En ligne]. <https://www.wfot.org/resources/activities-of-daily-living>. Consulté le 13 mai 2020.
4. Meyer S. De l'activité à la participation. Paris : De Boeck supérieur; 2013: 288 p.
5. Hammell KW. Sacred texts : A septical exploration of the assumptions underpinning theories of occupation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2009; 76(1):6-13.
6. Brutel C. Les immigrés récemment arrivés en France : une immigration de plus en plus européenne. 2014. [En ligne]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281393>. Consulté le 14 mai 2020.
7. European Union. EU4Health 2021-2027 – a vision for a healthier European Union. 2021 [En ligne]. https://ec.europa.eu/health/funding/eu4health_en. Consulté le 08 mai 2021.
8. Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie Nationale de Santé 2018-2022. 2018. [En ligne]. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf. Consulté le 15 mai 2020.
9. World Federation of Occupational Therapists. Diversity and culture. 2010. [En ligne]. <https://www.wfot.org/resources/diversity-and-culture>. Consulté le 14 mai 2020.
10. World Federation of Occupational Therapist. International Occupational Therapy Research Priorities: A Delphi Study. *OTJR: Occupation, Participation and Health*. 2017; 37(2): 72-81.
11. INSEE. Immigrés et descendants d'immigrés en France. 2012: p. 232-235 [En ligne]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1374023?sommaire=1374025>. Consulté le 14 mai 2020.
12. Mig-HealthCare. Mig-HealthCare Database. 2017. [Online]. <https://www.mighealthcare.eu/mig-healthcare-database>. Consulté le 14 mai 2020.

13. World Federation of Occupational Therapists. Code of Ethics. 2016. [En ligne] <https://www.wfot.org/resources/code-of-ethics>. Consulté le 14 mai 2020.
14. Désormeaux-Moreau M, Drolet MJ. Values related to the occupational therapy profession: identifying them to better define them. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2019; 86(1): 8-18.
15. Al Busaidy NSM, Borthwick AM. Occupational Therapy in Oman: The Impact of Cultural Dissonance. *Occupation Therapy International*. 2012; 19(3): 154-64.
16. Yang SY, Shek MP, Tsunaka M, Lim HB. Cultural influences on Occupational Therapy practice in Singapore: a pilot study. *Occupational Therapy International*. 2006; 13(3): 176-92.
17. Grandpierre V, Milloy V, Sikora L, Fitzpatrick E, Thomas R, Potter B. Barriers and facilitators to cultural competence in rehabilitation services: a scoping review. *BMC Health Services Research*. 2018; 18(23).
18. Wray EL, Mortenson PA. Cultural Competence in Occupational Therapists Working in Early Intervention Therapy Programs. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2011; 78(3): 180-6.
19. Bourke-Taylor H, Hudson D. Cultural differences: The experience of establishing an occupational therapy service in a developing community. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2005; 52(3): 188-98.
20. Pooremamali P, Ostman M, Persson D, Eklund M. An occupational therapy approach to the support of a young immigrant female's mental health: A story of bicultural personal growth. *International Journal of Qualitative Studies in Health and Well-being*. 2011; 6(3).
21. Chiang M, Carlson G. Occupational Therapy in Multicultural Contexts: Issues and Strategies. *British Journal of Occupational Therapy*. 2003; 66(12): p. 559-67.
22. Hammell KW. Respecting global wisdom: Enhancing the cultural relevance of occupational therapy's theoretical base. *British Journal of Occupational Therapy*. 2015; 78(11): 718-21.
23. Hammell KRW. Occupation, well-being, and culture: Theory and cultural humility / Occupation, bien-être et culture : la théorie et l'humilité culturelle. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2013; 80(4): 224-34.

24. Hopton K, Stoneley H. Cultural Awareness in Occupational Therapy: The Chinese Example. *British Journal of Occupational Therapy*. 2006; 69(8): p. 386-9.
25. Awaad T. Culture, Cultural Competency and Occupational Therapy: A Review of the Literature. *British Journal of Occupational Therapy*. 2003; 66(8): 356-62.
26. Beagan BL. Approaches to Culture and Diversity: A Critical Synthesis of Occupational Therapy Literature. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2015; 82(5): 272-82.
27. Cheung Y, Shah S, Muncer S. An Exploratory Investigation of Undergraduate Students' Perceptions of Cultural Awareness. *British Journal of Occupational Therapy*. 2002; 65(12): 543-50.
28. Govender P, Mpanza DM, Carey T, Jiyane K, Andrews B, Mashele S. Exploring Cultural Competence amongst OT Students. *Occupational Therapy International*. 2017; 2017.
29. Murden R, Norman A, Ross J, Sturdivant E, Kedia M, Shah S. Occupational Therapy Student's Perceptions of Their Cultural Awareness and Competency. *Occupational Therapy International*. 2008; 15(3): 191-203.
30. Debout C. Méthodologie quantitative et études descriptives simples. *Soins*. 2012; 57(768): 55-60.
31. Boulan H. Le questionnaire d'enquête : les clés d'une étude marketing ou d'opinion réussie. Paris : Dunod; 2015: 228p.
32. Barker Casa B, Creary S. The construction of professional identity. In: Wilkinson A, Hislop D, Coupland C, editors. Edward Elgar Publishing Limited; 2016:259-85.
33. Castro D. Les voies de construction de l'identité professionnelle des psychologues : une enquête nationale 15ans après. *Le Journal des psychologues*. 2020; 5(377): 20-6.
34. Dubar C. Pour une théorie sociologique de l'identité. In: Dubar C. *La Socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*. Paris: Armand Colin; 2015: 103-20.
35. Dubar C. Introduction. In: Dubar C. *La Socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*. Paris: Armand Colin; 2015: 15-6.
36. Turner A, Knight J. A debate on the professional identity of occupational therapists. *British Journal of Occupational Therapy*. 2015; 78(11): 664-73.

37. Drolet MJ, Sauvageau A, Gohier C. Le développement identitaire de l'ergothérapeute éclairé par un modèle de construction de l'identité professionnelle de l'enseignant. *ErgOTHérapie*. 2017; (67): 71-80.
38. Gohier C, Anadon M, Bouchard Y, Charbonneau B, Chevrier J. La construction identitaire de l'enseignant sur le plan professionnel: un processus dynamique et interactif. *Revue des sciences de l'éducation*. 2001; 27(1): 3-32.
39. Costalat-Founeau AM. Identité professionnelle. In: Valléry G, Bobillier-Chaumon E, Brangier E, Dubois M, editors. *Psychologie du Travail et des Organisations : 110 notions clés*. Paris: Dunod; 2019: 245-9 (Univers Psy) [En ligne] <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/psychologie-du-travail-et-des-organisations--9782100801411-page-245.htm>. Consulté le 14 février 2021.
40. Beckers J. La construction de l'identité professionnelle. Fondements et conséquences méthodologiques. In: Beckers J. *Compétences et identité professionnelles : l'enseignement et autres métiers de l'interaction humaine*. Belgique: De Boeck supérieur; 2007:141-99. [En ligne] <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/competences-et-identite-professionnelles--9782804155209-page-141.htm>. Consulté le 14 février 2021.
41. Le Boterf G. *Développer et mettre en oeuvre la compétence : comment investir dans le professionnalisme et les compétences*. Paris: Eyrolles; 2018. 305p.
42. Munoz JP. Culturally responsive caring in occupational therapy. *Occupational Therapy International*. 2007; 14(4): 256-80.
43. Campinha-Bacote J. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*. 2002; 13(3): 181-4.
44. Balcazar FE, Suarez-Balcazar Y, Taylor-Ritzler T. Cultural competence: Development of a conceptual framework. *Disability and rehabilitation*. 2009; 31(14): 1153-60.
45. Given LM. *The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods*. USA: SAGE; 2008: 1072p.
46. Seidman I. *Interviewing as qualitative research : a guide for researchers in education and the social sciences*. 3rd edition. New York: Teacher College Press; 2006: 162p.
47. Fraser H. *Doing Narrative Research : Analysing Personal Stories Line by Line*. *Qualitative Social Work*. 2004; 3(2): 179-201.

48. Henderson R, Rheault W. Appraising and incorporating qualitative research in evidence-based practice. *Journal of Physical Therapy Education*. 2004; 18(3): 35-40.
49. Rush DD, Shelden MLL. *The early childhood coaching handbook*. Brookes Publishing Co; 2011: 240p.

Annexe 1 Tableau de résultats des bases de données

Total à partir des mots clés	Base de données	Sélection selon le texte	Sélection selon le résumé	Sélection selon le titre	Articles retenus
45 760	<i>Mots clé : Ergothérapie ET Culture</i>				
	Pascal et Francis	13			0
	<i>Mots clé : Occupational Therapy AND Culture</i>				
	SAGE Journal	7 771	200	13	7
	Science direct	1 751			0
	PubMed	1 707	131	7	6
	Google scholar	21 600		30	0
	Wiley Online Library	12 918		24	2

Annexe 2 Tableau de synthèse des documents

Sources	Niveau de scientificité	Thème	Population	Méthode utilisée	Approche théorique	Principaux résultats	Question/dimension non abordée
1. Culture, Cultural competency in Occupational Therapy: a review of literature Awaad, 2003 <i>SAGE Journal</i>	**	Compétence Culturelle Notion de culture en ergothérapie		Revue de littérature		Définition de la compétence culturelle, Aperçu de la littérature sur la culture de l'ergothérapie Lignes directrices pour la pratique de l'ergothérapie culturellement compétente	Difficiles de trouver les habitudes et les pratiques des ergothérapeutes
2. Approaches to culture and diversity: A critical synthesis of occupational therapy literature Beagan 2015 <i>PubMed</i>	**	Culture et diversité en ergothérapie	110 articles de la littérature concernant ce thème entre 2007 et 2014	Revue de Littérature Analyse interprétative et critique	Critique des approches culturelles en ergothérapie	Emergence de 4 approches culturelles dans la littérature : la compétence culturelle, la pertinence culturelle, la sécurité culturelle et l'humilité culturelle. Le principe commun : connaissance de soi, connaissance des autres groupes sociaux-culturels et respect de l'autre Mais 2 dernières sont les + utiles. Critique de l'approche de la compétence culturelle.	Peu de recherche sur les expériences des patients en matière de culture et de diversité.
3. An Occupational Therapy approach to the support of a young immigrant	***	La biculturalité chez une jeune immigrée psychotique	Femme d'origine turque de 22 ans qui vit en Suède première crise psychotique à 13 ans.	Etude de cas	Approche narrative	Expériences biculturelles renforce les épisodes psychotiques La culture turque favorise, contrairement au moi occidental individualisé et autonome, le collectivisme dans lequel une	Transférable dans d'autres situations ? comment cela se passerait avec une autre culture, une

female's mental health: a story of bicultural personal growth Pooremamali, 2011 <i>PubMed</i>		Rôle de la culture dans l'intervention ergothérapeutique				relation interpersonnelle forte avec la famille Implication de la famille a permis d'énorme progrès Les interventions visant l'indépendance et autonomie doivent être compatible au contexte culturel du patient.	autre situation ?
4. Occupation, Well-being, and culture: Theory and cultural humility Hammel, 2013 <i>SAGE Journal</i>	**	Diversité Culturelle Humilité Culturelle Lien à la participation occupationnelle et le bien-être		Article de revue	Réflexion critique sur les théories et les pratiques de l'ergothérapie	Humilité culturelle = concept utile pour les ergothérapeutes. Modèles de pratique dominant en ergo représentent la culture occidentale qui est minoritaire dans le monde. = reflète l'ethnocentrisme	
5. Barriers and facilitators to cultural competency in rehabilitation services : a literature review Grandpierre, 2018 <i>PubMed</i>	***	Barrières et facilitateurs à la compétence culturelle.	Les articles qui discutaient des praticiens de la santé en réadaptation et / ou des bénéficiaires des services de réadaptation et 2) rendaient compte des obstacles perçus et des facilitateurs à la compétence culturelle dans le contexte des	Examen de la portée		Barrières : langue, différences culturelles, ressources limitées Facilitateurs : sensibilisation culturelle chez les praticiens et les services, explication du système de soins En pédiatrie : différences culturelles dans l'éducation et le jeu étaient un défi pour le praticien ainsi que les différences dans la compréhension du handicap	Qu'est-ce que cela donne à l'échelle mondiale ? Après d'autres cultures ? auprès de migrant et réfugiés ?

			interactions praticien-patient.				
6. Cultural differences: the experience of establishing an Occupational Therapy service in a developing community Bourke-Taylor, 2005 <i>Wiley Online Library</i>	***	Différence Culturelle entre le thérapeute et le patient	Ergothérapeute américaine dans son expérience de création d'un service d'ergothérapie en République dominicaine	Entretien ethnographique	Approche systématique et approche d'enquête	Différences entre croyances et valeurs ont créé du conflit Concepts fondamentaux en ergo qui ne sont pas partagés Recommandation : meilleure formation et plus large appréciation de l'importance des compétences culturelles des OT praticiens.	
7. Occupational Therapy in Oman: the impact of cultural dissonance Al Busaidy, 2012 <i>Wiley online library</i>	***	Différences culturelles et influence sur l'intervention ergothérapeutique	Ergothérapeutes travaillant en Oman	Recherche qualitative		Influence de la culture sur les AVQ Influence de la famille et le fctmt de la structure familiale sur le patient et l'intervention	Pour les autres cultures ? Stratégies de l'ergothérapeute pour palier à ces difficultés
8. Cultural influence on Occupational Therapy practice in Singapore: a pilot study Yang and al. 2006	***	Particularités de la pratique de l'ergothérapie à Singapour.	9 ergothérapeutes travaillant à Singapour depuis au moins 3ans. Diplômés d'un programme approuvé par la WFOT, venant de différent champ	Etude qualitative avec entretiens semi-structurés.	Influence de la culture sur la pratique de l'ergothérapie à Singapour	Différents concepts comme l'indépendance, l'activité, ou l'approche centrée sur le patient ne sont pas partagé par les habitants de Singapour. Les praticiens éprouvent des difficultés à utiliser les modèles conceptuels en ergothérapie dans leur pratique. Les différences	Qu'en est-il dans d'autre pays ? Comment la compétence culturelle est-elle développée dans l'éducation des

<i>PubMed</i>			d'exercice de l'ergothérapie.			culturelles entraînent des conflits et des difficultés dans l'intervention.	futurs ergothérapeutes ?
9. Exploring cultural competence amongst Occupational Therapy students Govender and al. 2017 <i>PubMed</i>	***	La compétence Culturelle des étudiants en ergothérapie en Afrique du Sud et leur perception de cette compétence	21 étudiants de premier cycle de dernière année dans un institut d'enseignement supérieur en Afrique du Sud	Etude qualitative exploratoire Groupes de discussion de 8 étudiants	Perception des étudiants de leur compétence culturelle	Les étudiants montrent une bonne sensibilité culturelle et comprennent sa diversité et complexité. Cependant, ils se considèrent comme incompetent sur le plan culturel avec une formation insuffisante sur ce point et manque d'exposition à différentes cultures. La langue et l'incompréhension de la culture du patient influence négative l'intervention.	Comment la compétence culturelle est mise en œuvre dans la pratique ? Qu'est-ce que cela donne dans d'autres pays ?
10. Occupational therapy student's perceptions of their cultural awareness and competency Murden and al. 2008 <i>PubMed</i>	***	La perception d'étudiants en ergothérapie de leur conscience et compétence culturelle	72 étudiants en ergothérapie d'une université d'état des Etats-Unis à 4 stades d'apprentissage : entrant dans le programme, terminer apprentissage universitaire et travail de terrain formatif, enseignement universitaire et de terrain terminer, diplômé avec un an d'expérience.	Etude quantitative Récolte de données à travers un questionnaire	Niveau de compétence autoévalué	Les étudiants comprennent la diversité culturelle et l'importance de la conscience et de la sensibilité culturelle dans la pratique. Mais déplore une insuffisante exposition aux problèmes culturels	Comment la compétence culturelle est-elle développée ?

11. An Exploratory investigation of undergraduate student's perceptions of cultural awareness Cheung 2002 <i>SAGE Journal</i>	***	Perception des étudiants sur les problèmes culturels et leur niveau de conscience culturelle perçu	65 Etudiants en deuxième et troisième année en ergothérapie (qui ont donc une expérience sur le terrain) dans une université du nord-est de l'Angleterre	Etude exploratoire Questionnaire auto-administré	Auto-évaluation de la compétence culturelle des étudiants en ergothérapie	Attitude positive envers l'influence de la culture sur l'intervention en ergothérapie. Mais déplorent un manque de connaissances et de compétence sur le sujet de la culture.	Qu'en est-il dans d'autres pays comme en France ? Comment la compétence culturelle est-elle appliquée en pratique ?
12. Occupational Therapy in Multicultural context: Issues and strategies Chiang and Carlson 2003 <i>SAGE Journal</i>	**	Ergothérapie en contexte multiculturel	Littérature sur le sujet	Revue de Littérature	Compétence Culturelle Implication pour la formation Modèles conceptuels en ergothérapie et culture	Certains modèles (MOH et MCREO) favorisent la sensibilité culturelle Stratégies pour développer la compétence culturelle : être conscient des styles de communication verbales ou non-verbales, comprendre les croyances ou les comportements, être conscient de la façon dont se reflète la culture dans les occupations, Pour la formation : développer des connaissances culturelles.	
13. Respecting global wisdom: Enhancing the cultural relevance of occupational therapy's	*	Diversité Culturelle, Pratiques professionnelles culturellement compétentes, Concepts fondamentaux	Exemple de différence culturelle avec les concepts fondamentaux de l'ergothérapie. Critique et discussion concernant les	Article d'opinion	Insuffisance théorique actuelle, développement d'une profession inclusive	Modèles de pratiques basés sur la culture occidentale minoritaire dans le monde. Peu applicable et généralisables à d'autres cultures : environnement (dont la culture) extérieur à la personne, indépendance, catégories d'occupation. Ceci représente de des	Comment adapter les modèles conceptuels à une pratique culturellement compétente et inclusive ? quelles

theoretical base Hammell 2015 <i>SAGE Journal</i>		x en ergothérapie	lacunes théoriques en ergothérapie			lacunes importantes dans les théories de l'ergothérapie	stratégies sont possibles ?
14. Cultural competence in Occupational Therapist working in early intervention programs Wray and Mortenson 2011 <i>SAGE Journal</i>	***	La compétence Culturelle des ergothérapeutes	5 ergothérapeutes femmes travaillant dans des programmes de thérapie d'intervention précoce, formées au Canada d'origine africaines, nord-américaines ou européennes avec en moyenne 5 ans d'expériences.	Méthode qualitative dans la tradition ethnographique.	Approche ethnographique : description des expériences personnelles des participants	1 : apprentissage de la culture et stratégies : faire une évaluation culturelle, travailler en collaboration avec la famille, utilisation d'interprète et documents traduits 2 : application des connaissances culturelles : adapté la pratique aux besoins de la personne, respect des coutumes familiales, Contraintes : manque de temps, manque de flexibilité des services. Soutiens : promotion de la compétence culturelle, disponibilité des documents traduits	Quel est le point de vue des familles ? Qu'en est-il pour les autres domaines d'exercice et les autres pays ?
15. Cultural awareness in Occupational therapy: the Chinese example Hopton and Stoneley 2006 <i>SAGE Journal</i>	*	La conscience Culturelle des ergothérapeutes	Comparaison des croyances en matière de santé et de maladie entre la philosophie ergothérapeutique au Royaume-Uni et la culture chinoise	Article d'opinion	Conscience Culturelle de l'ergothérapeute	Les concepts clé (indépendance, performance occupationnelle) de la profession d'ergothérapeute peuvent ne pas s'appliquer à toutes les cultures. Les ergothérapeutes ont besoin de comprendre leur propre culture et celle de leur patient pour appliquer leur compétence culturelle. Pour la formation : recommandation en faveur d'un contenu plus accès sur la sociologie, l'anthropologie, et la géographie.	Quelles stratégies sont mises en place pour appliquer la compétence culturelle et palier aux différences de cultures posant problème ?

Annexe 3 Matrice du questionnaire

Variable étudiée	Indicateurs par variables	Sous indicateurs ?	Intitulé	Modalités de réponse	Objectif
Données descriptives	Statut		Je suis :	<u>Binaire</u> : Etudiant / ergothérapeute	Connaître la population qui remplit le questionnaire
	Années	Année de diplôme	J'ai été diplômé en :	<u>A une seule réponse</u>	Savoir l'écart de temps avec la formation actuelle
		Année d'étude	Je suis en :	<u>A choix unique</u> : ○ 1 ^{ère} année ○ 2 ^{ème} année ○ 3 ^{ème} année	Savoir où l'étudiant se situe dans le programme et dans le parcours de stage
	Lieu	IFE	Je viens de l'IFE de :	<u>A choix multiple</u> : ○ ADERE ○ Alençon ○ Amiens ○ Assas ○ Berck ○ Bordeaux ○ Clermont-Ferrand ○ Créteil ○ La Garde ○ Laval ○ Limoges ○ Lyon ○ Marseille ○ Montpellier ○ Mulhouse	Situer géographiquement en France

				<ul style="list-style-type: none"> ○ Les Mureaux ○ La Musse ○ Nancy ○ Nevers ○ Poitiers ○ Rennes ○ Rouen ○ Saint Denis ○ Toulouse ○ Tours 	
		Secteur d'exercice	Je travaille en :	<u>1/2 ouverte :</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Pédiatrie ○ Rééducation ○ Santé mentale ○ Gériatrie ○ Autre Préciser : ...	Comparer les données de la suite en fonction des domaines
Compétence culturelle	Connaissance de la notion	DEFINITION DE LA CULTURE SELON HAMMEL			
			La culture est-il un sujet qui vous questionne ?	<u>1/2 ouverte :</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Oui souvent ○ Parfois ○ Rarement ○ Jamais 	Savoir si le sujet de la culture est une de leur problématique dans leur pratique
			Avez-vous déjà entendu parler de la compétence culturelle ?	<u>Binaire :</u> OUI / NON	Savoir si c'est une notion connue des participants
		SI OUI A LA QUESTION PRECEDENTE			
			Selon vous qu'est-ce que la compétence	<u>Ouverte</u>	Savoir les connaissances que les participants ont sur le sujet

			culturelle de l'ergothérapeute ?		
		SI NON A LA QUESTION PRECEDENTE			
			En vous basant sur la définition de la culture donnée précédemment, selon vous qu'est-ce que pourrait être la compétence culturelle ?	<u>Ouverte</u>	Savoir ce que les participants peuvent déduire de cette notion qu'ils ne connaissent pas.
	Perception de sa propre compétence culturelle		Considérez-vous comme culturellement compétent ? Si oui précisez comment	<u>Ouverte</u>	Avoir leur perception de leur propre compétence culturelle
	Perception de l'importance de la compétence culturelle		D'après vous, la compétence culturelle est-elle une valeur fondamentale des ergothérapeutes ?	<u>Echelle d'attitude</u> : Totalemment d'accord – d'accord – pas tout à fait d'accord – pas d'accord du tout	Avoir leur avis sur la compétence culturelle en tant que valeur de la profession
La culture dans la pratique	Expérience		Selon vous, quelle influence la culture de votre patient peut-elle avoir sur votre intervention ?	<u>Ouverte</u>	Avoir un état des lieux de l'influence de la culture sur l'intervention des ergothérapeutes en France
	Avis sur l'influence		Avez-vous déjà côtoyé des cultures différentes de la vôtre dans le cadre	<u>Binaire</u> : OUI / NON	Avoir un aperçu du nombre de pratiques auprès de cultures différentes

			de votre pratique (stage ou emploi) ?		
Stratégies mises en place	SI OUI A LA QUESTION PRECEDENTE				
	Type de stratégies	Quelles stratégies pouvez-vous mettre en place lorsque vous vous retrouvez face à une culture différente de la vôtre ?	<u>1/2 ouvertes :</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Faire une formation sur la culture ○ Faire des recherches personnelles ○ Agir à partir de ses connaissances personnelles ○ Echanger avec le patient directement ○ Demander des conseils à des collègues ○ Autre/précisions : 	Récouter les différentes stratégies que les ergothérapeutes peuvent mettre en place	
	Avis sur leur efficacité	Considérez-vous ces stratégies comme :	<u>Echelle d'attitude :</u> Très suffisants – Suffisants – Moyennement suffisants – Insuffisants	Avoir leur avis sur l'efficacité de ces stratégies	
Cours	Type de cours	Durant vos études, avez-vous eu des cours sur :	<u>1/2 ouverte :</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ La culture de manière général ○ Les différentes cultures 	Faire un état des lieux de la notion de culture dans la formation en ergothérapie	

				<ul style="list-style-type: none"> ○ L'anthropologie ○ La prise en compte de la culture en ergothérapie ○ Aucun cours ○ Autre : 	
		Part de ces cours dans la formation	Quel a été le volume horaires approximatif consacré à ces enseignements ?	<u>Ouverte</u>	Evaluer la part de ces enseignements dans la formation.
		Avis sur leur utilité	Considérez-vous les apprentissages acquis durant ces cours comme :	<u>Echelle d'attitude :</u> Très suffisants – Suffisants – Moyennement suffisants – Insuffisants	Avoir leur avis sur l'apport de ces enseignements.
			Avez-vous autre chose à rajouter concernant la culture dans la pratique en ergothérapie et la compétence culturelle de l'ergothérapeute ?	<u>Ouverte</u>	Leur permettre d'exprimer leur avis sur le sujet et évoquer des choses qui n'aurait pas pu être exprimées dans les réponses précédentes.

Annexe 4 Message adressé aux participants :

« Bonjour,

Je m'appelle Marion, je suis en 3^{ème} année d'ergothérapie à l'IFE de Marseille. Dans le cadre de mon travail sur mon mémoire d'initiation à la recherche, je réalise une enquête afin de préciser ma question de recherche. Mon sujet concerne la compétence culturelle de l'ergothérapeute et comment est-ce qu'il la développe à travers sa formation initiale et à travers sa pratique.

Alors que vous soyez un ergothérapeute diplômé (depuis longtemps ou depuis peu) ou un étudiant en ergothérapie, je vous invite à répondre à ce questionnaire qui vous prendra à peine 10 minutes.

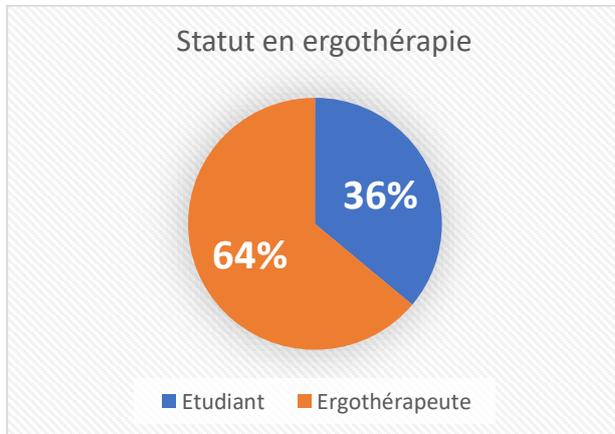
Pour information, votre réponse sera renvoyée de manière anonyme et les données récoltées seront utilisées dans le respect des règles de confidentialité.

Merci d'avance pour votre participation !

Marion »

Annexe 5 Graphiques et diagrammes des résultats de l'enquête exploratoire :

Q1 : Je suis ?



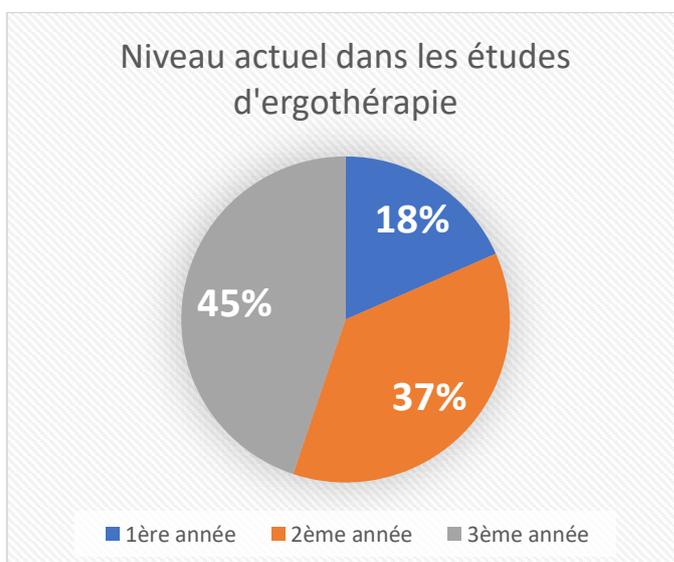
Mode : Ergothérapeute

Q2a : Année de diplôme ?

Année de diplôme	Nombre
>2013	94
<2013	60

Mode : >2013

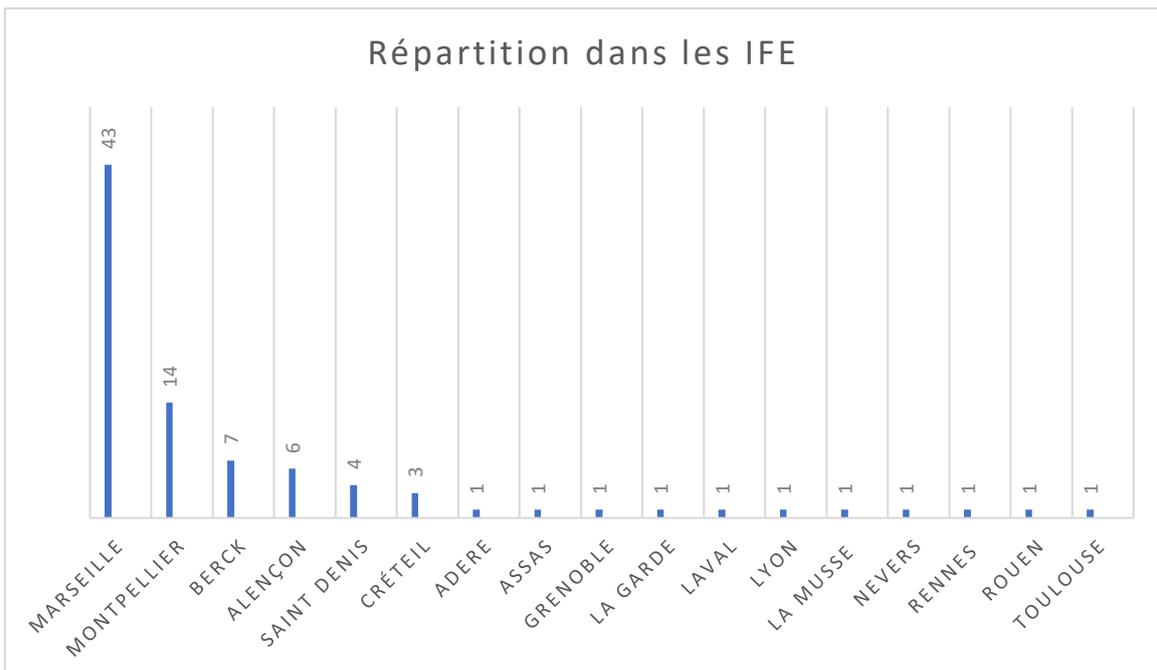
Q2b : Année à l'IFE ?



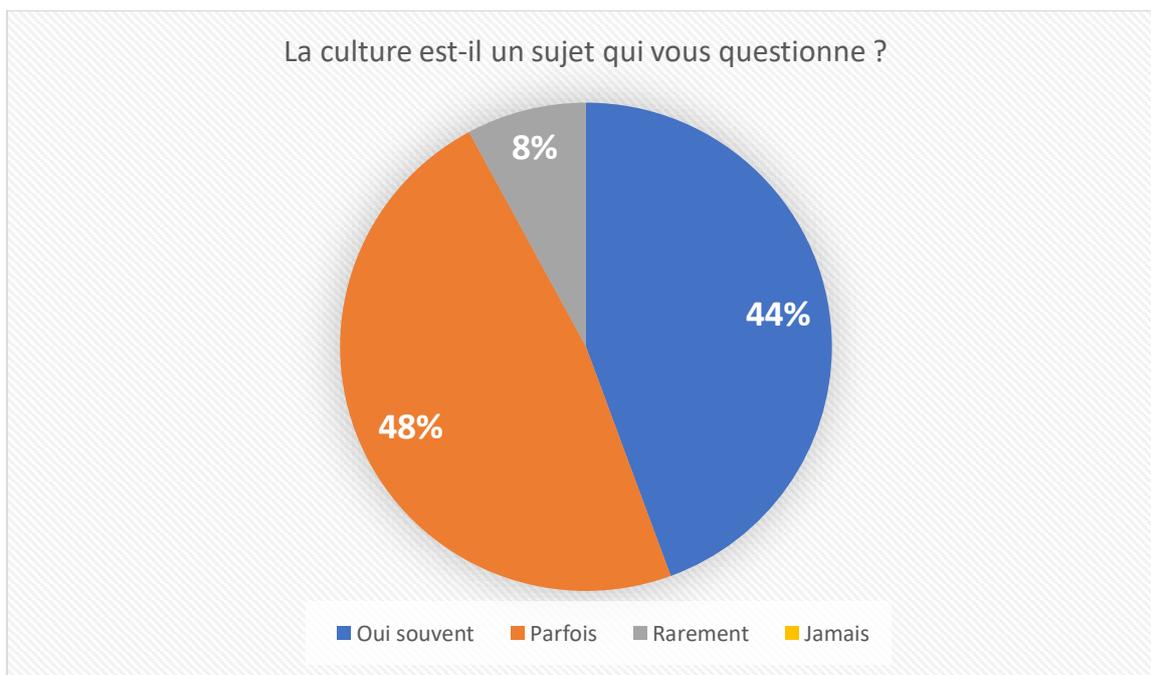
Mode : 3^{ème} année

Q3a : Domaine d'exercice ?

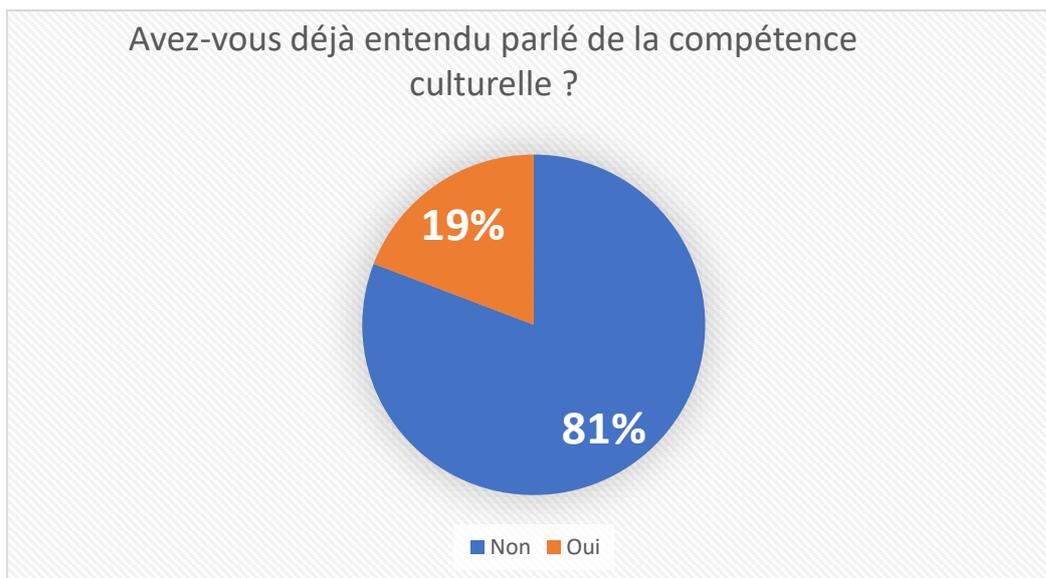
Mode : Gériatrie

Q3b : IFE actuel ?

Mode : Marseille

Q4 : La Culture est-elle un sujet qui vous questionne ?

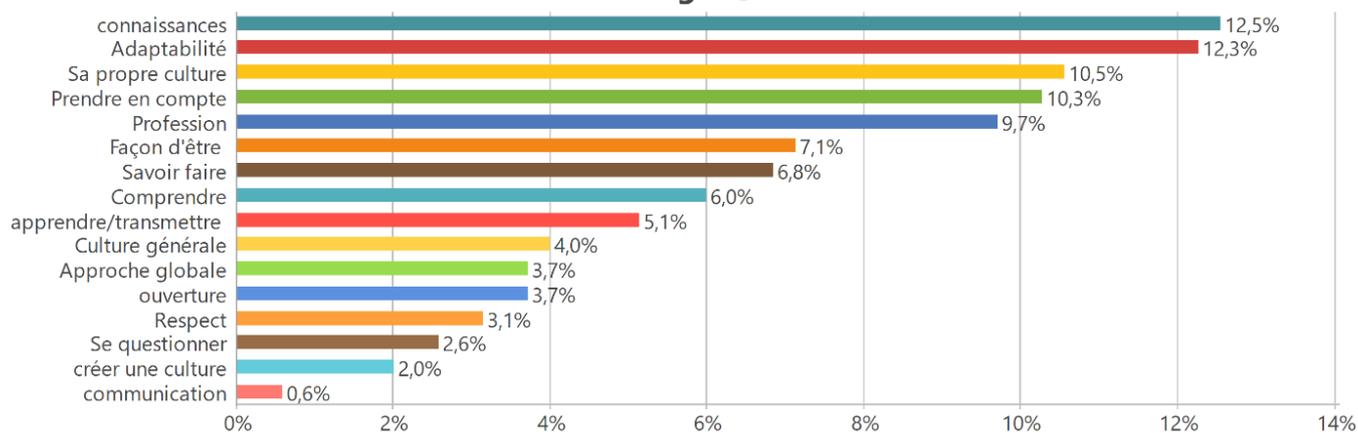
Mode : Parfois

Q5 : Avez-vous déjà entendu parlé de la compétence culturelle ?

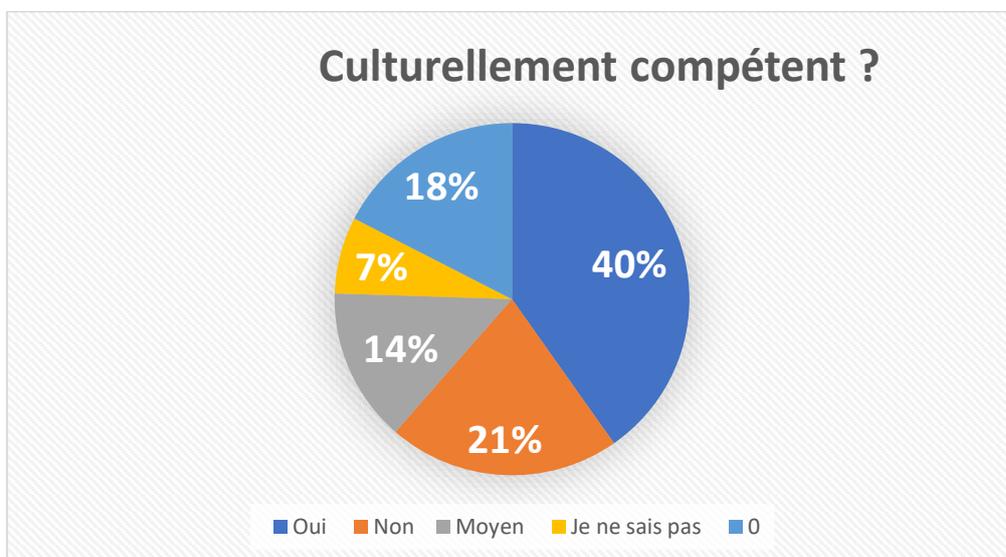
Mode : Non

Q6 : Définition de la compétence culturelle ?

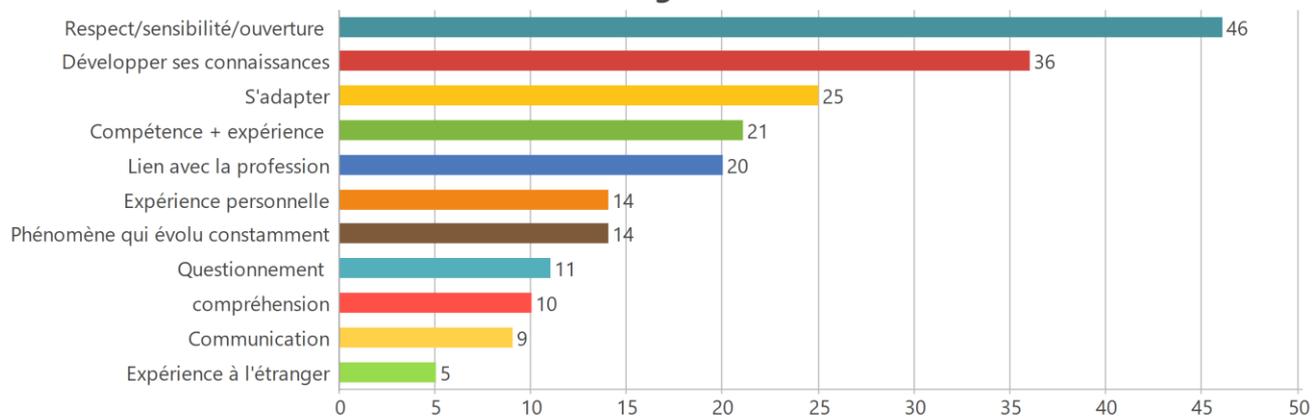
Codage Q6



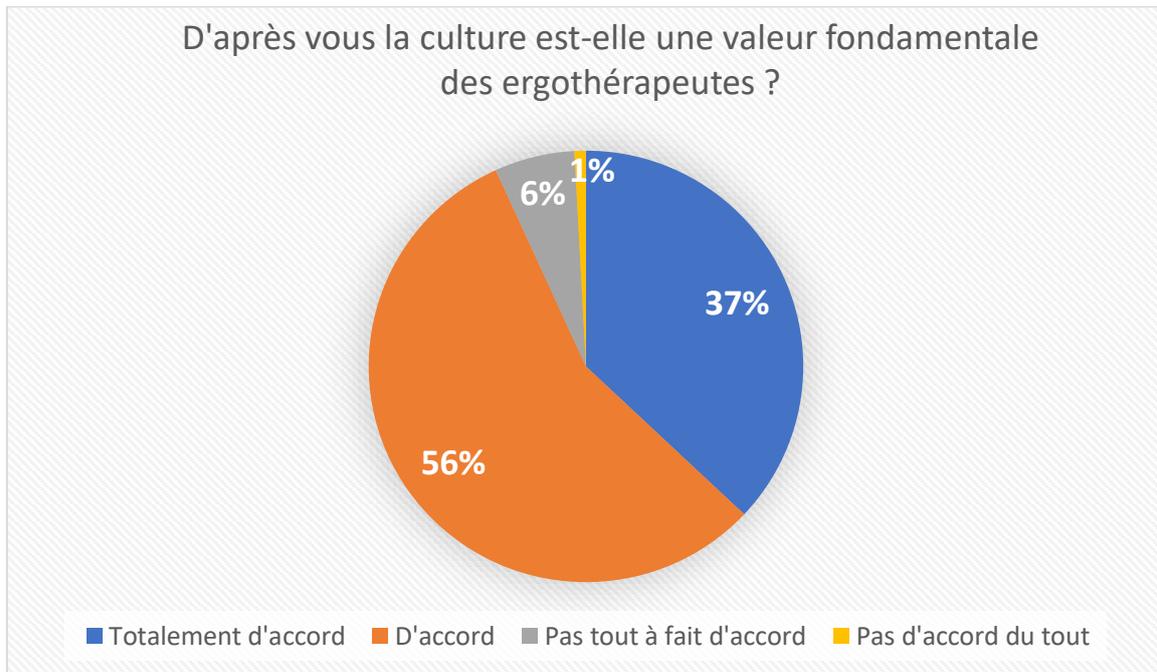
Q7 : Vous considérez vous comme culturellement compétent ? Mode : Oui



Codage Q7

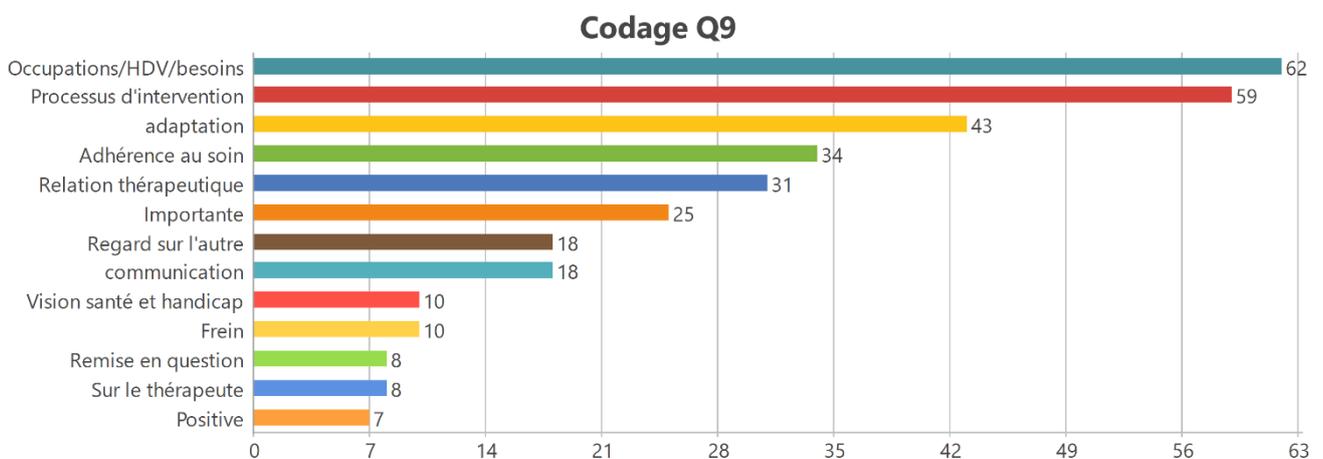


Q8 : D'après vous la compétence culturelle est-elle une valeur fondamentale des ergothérapeutes ?



Mode : D'accord

Q9 : Selon vous, quelle influence la culture de votre patient peut-elle avoir sur votre intervention ?

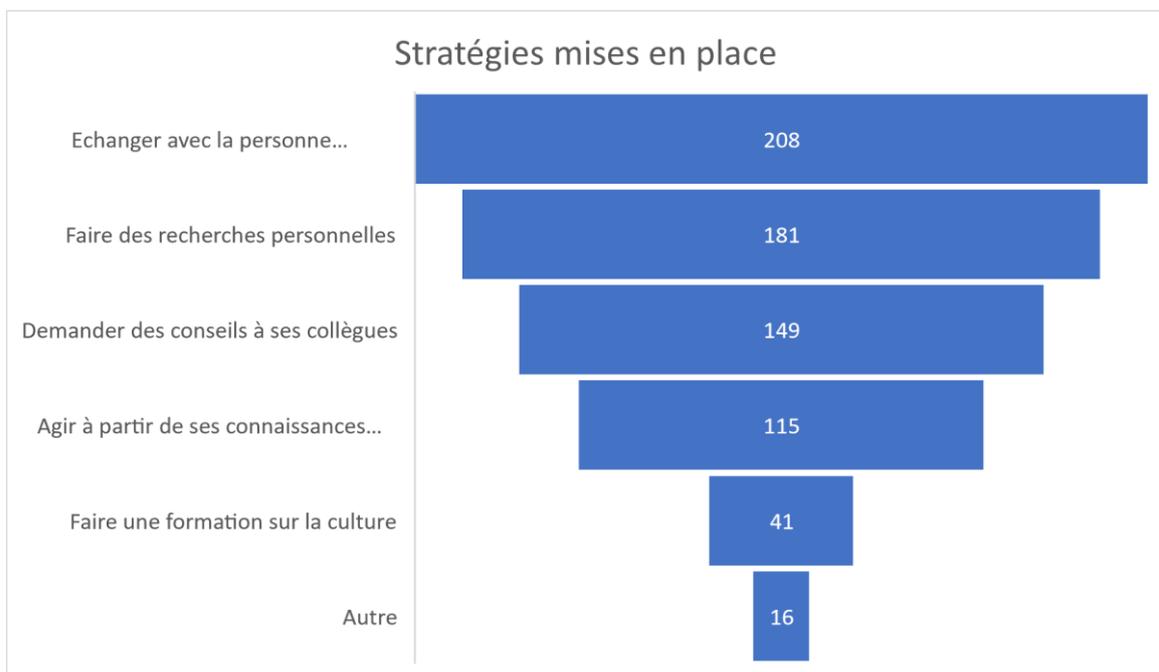


Q10 : Avez-vous déjà côtoyé des cultures différentes de la vôtre dans le cadre de votre pratique ?



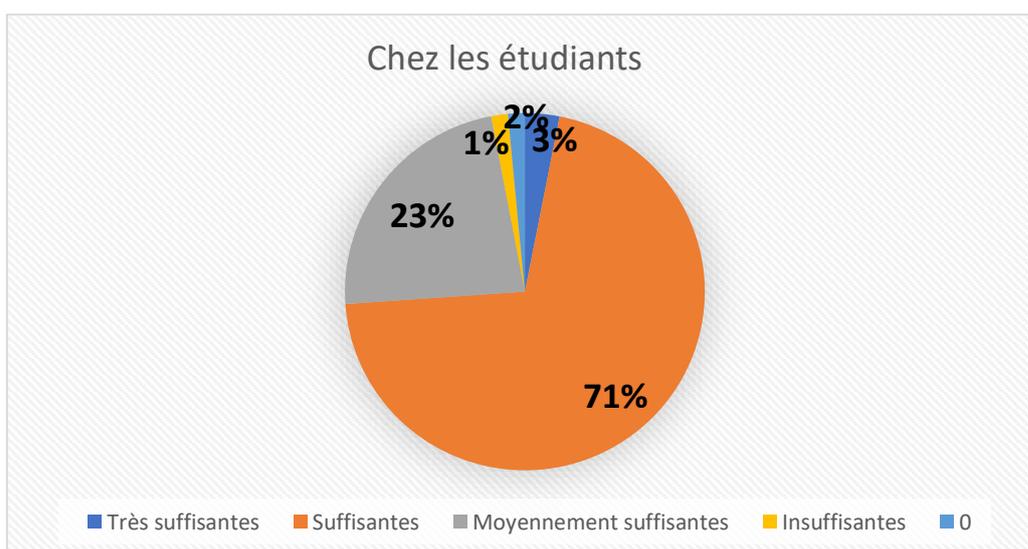
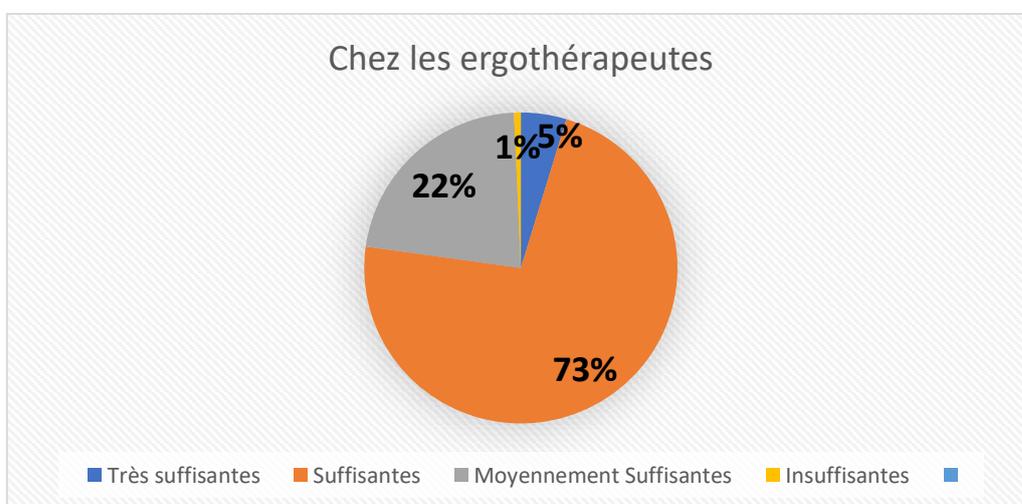
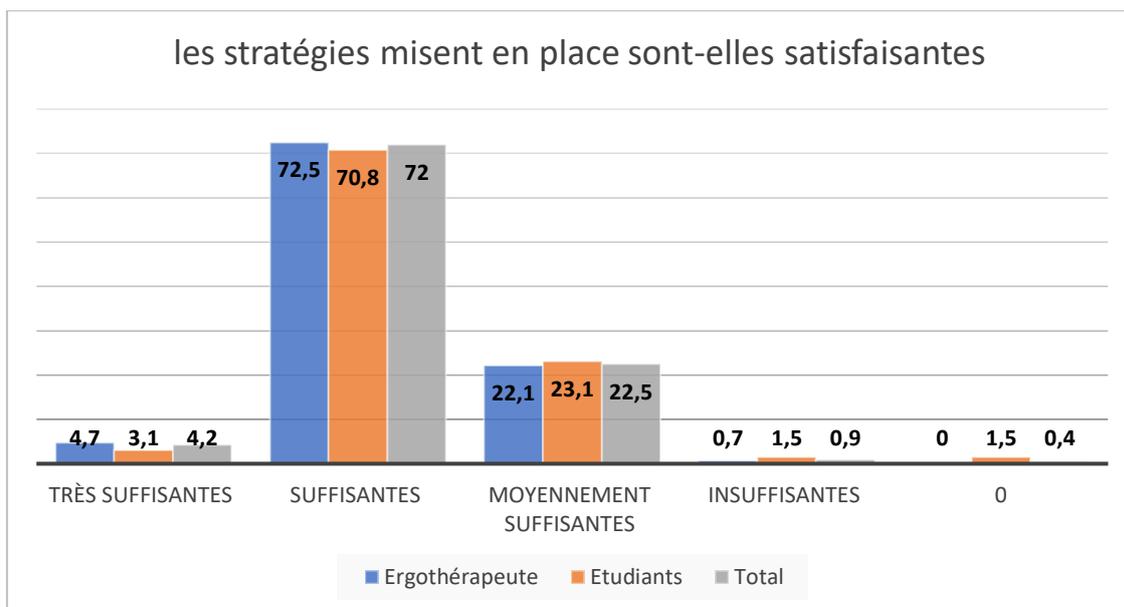
Mode : Oui

Q11 : Quelles stratégies pouvez-vous mettre en place lorsque vous vous retrouvez face à une culture différente de la vôtre dans votre pratique ?

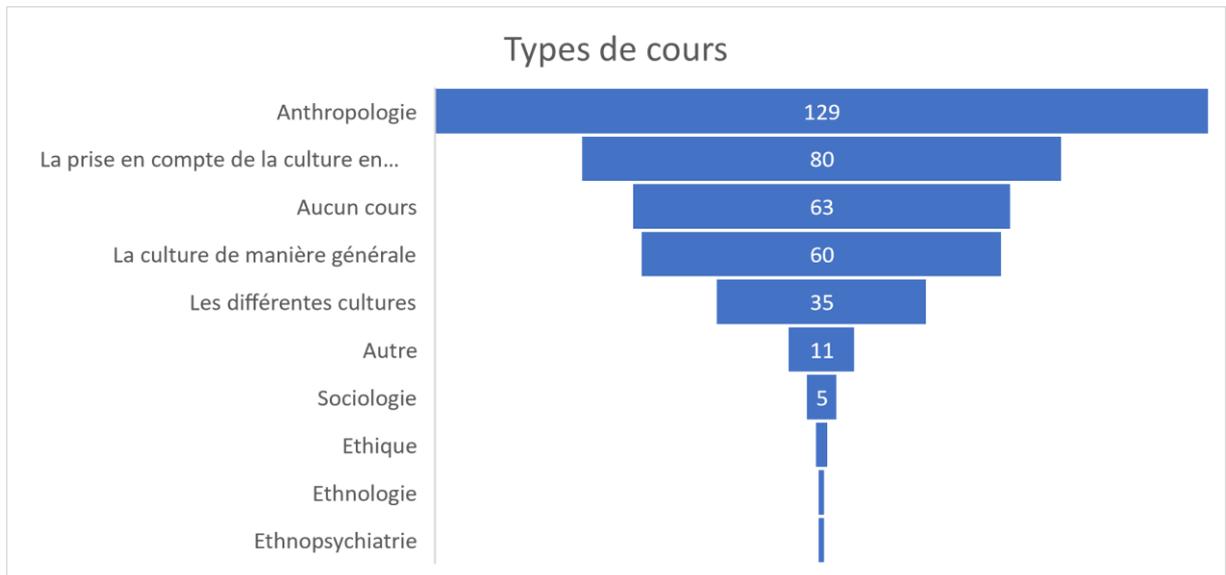


Mode : Echanger avec la personne

Q12 : Considérez-vous ces stratégies comme : Mode : Suffisantes



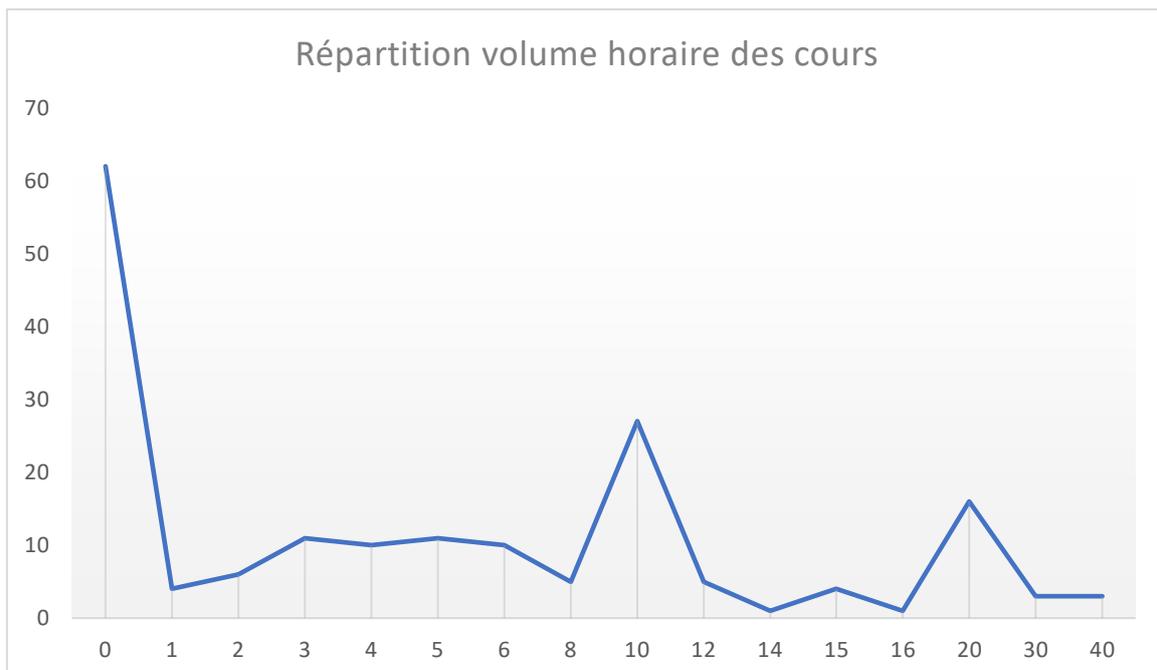
Q13 : Durant votre formation en ergothérapie, avez-vous eu des cours sur : Mode : anthropologie



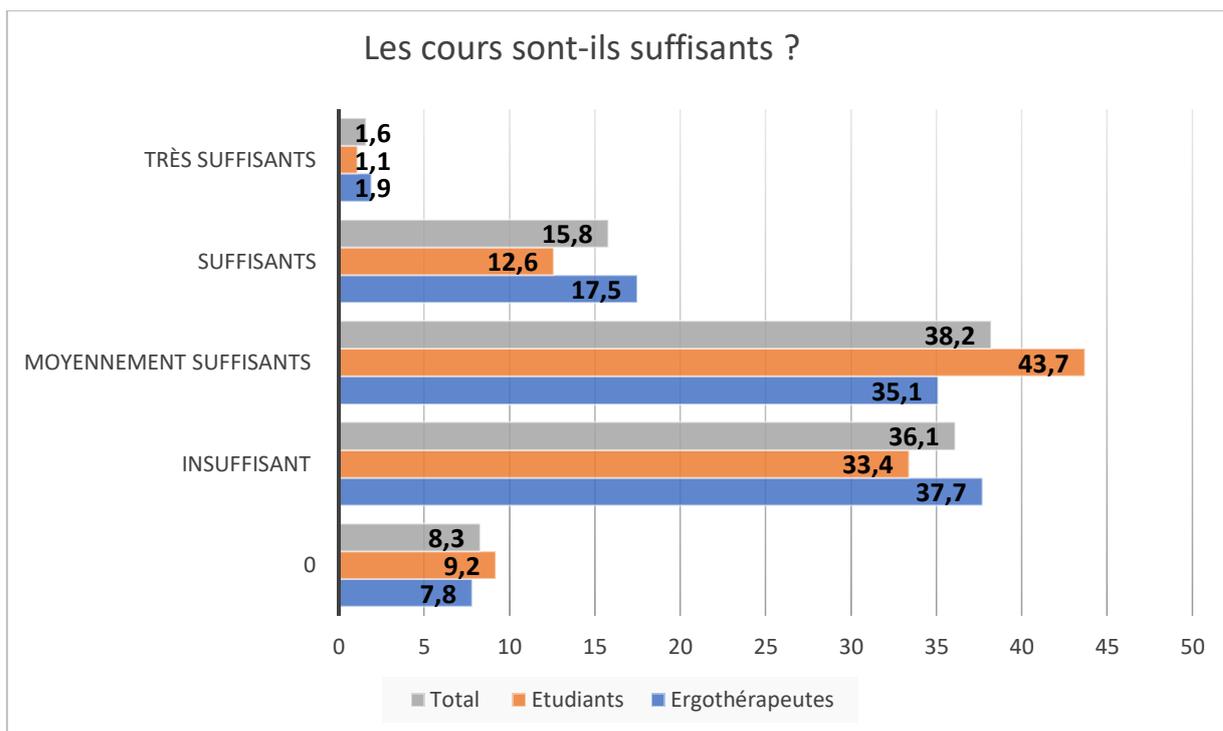
Q14 : Quel a été le volume horaire approximatif consacré à ces enseignements ?

Nombre de réponse : 179

Moyenne : 6.7 h Médiane : 4 h Mode : 0 h

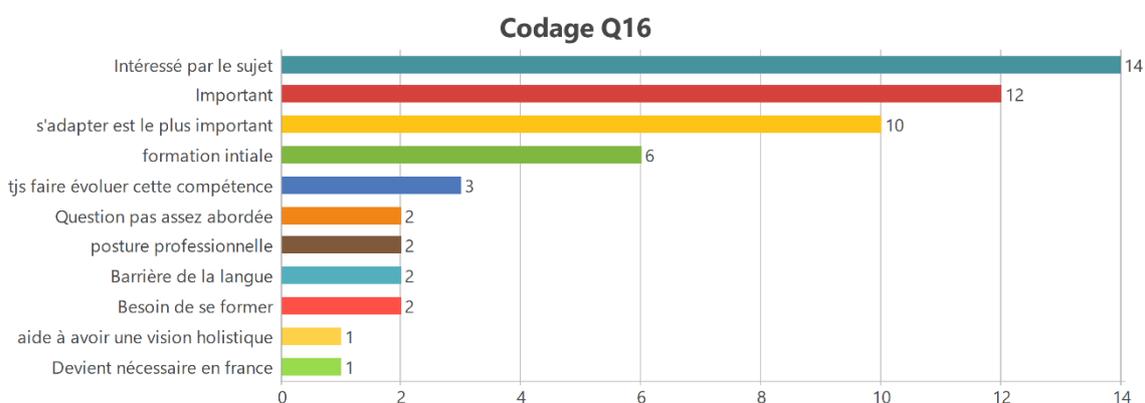


Q15 : Considérez-vous les apprentissages acquis durant ces cours comme :



Mode : Moyennement suffisant pour le total et pour les étudiants et insuffisant pour les ergothérapeutes

Q16 : Avez-vous quelque chose à rajouter sur le sujet ? :



Annexe 6 Matrice conceptuelle

Concepts	Variables	Indicateurs
Identité professionnelle	Processus dynamique et interactif	Aller-retour entre connaissance de soi et relation à l'autre Compromis entre demande sociale et affirmation de soi Situation de remise en question Phénomène d'identisation Phénomène d'identification Sentiment de contiguïté Affirmation des sentiments de <ul style="list-style-type: none"> - Congruence - Compétence - Estime de soi - Direction de soi
	Représentation de soi (pour soi)	Connaissances Valeurs Croyances Attitudes Projets Habilités
	Représentation de la profession	Savoirs Valeurs Déontologie Idéologies
	Représentation de soi dans la profession	Intériorisation et application des valeurs et postulats de la profession dans la pratique
Compétence	Être compétent	Pratique professionnelle pertinente Combinaison de ressources Atteinte de performances attendues Tirer des leçons de la pratique
	Avoir des compétences	Ressources personnelles <ul style="list-style-type: none"> - Connaissances - Savoir-faire - Ressources émotionnelles - Aptitudes et qualités personnelles Ressources externes <ul style="list-style-type: none"> - Connaissances rassemblées dans des bases de données - Personnes ressources - Milieu culturel - Réseau de connaissances personnel et professionnel - Supports de références - Outils d'aides à la recherche

		Fonctions de guidages : <ul style="list-style-type: none"> - Emotionnel - Cognitif - Corporel - Professionnel - Ethique
Compétence Culturelle	Connaissances culturelles	Connaissances sur les pratiques, coutumes, traditions, langues de différentes cultures.
	Conscience culturelle	Capacité de critiquer, analyser et remettre en question sa propre culture, ses préjugés et ses limites Introspection
	Habiletés culturelles	Communication efficace Intégration des croyances, valeurs de la personne Compréhension du contexte qui influence les comportements Sensibilité et compréhension des phénomènes de préjugés et de discrimination
	Rencontre avec la diversité culturelle	Rencontres volontaires dans la vie professionnelle et personnelle avec des personnes de cultures différentes Confrontation à d'autres cultures
	Engagement	Volonté d'aller vers des personnes de culture diverse, désir d'approfondir ses connaissances,
	Contexte soutenant	<ul style="list-style-type: none"> - Institution soutenant la démarche ou pas - Présence de diversité culturelle au sein des équipes

Annexe 7 Guide d'entretien

« Bonjour, déjà merci de m'accorder ce temps pour échanger avec vous, je suis Marion DARVE, étudiante en 3^{ème} année à l'institut de formation en ergothérapie de Marseille. Comment allez-vous ? Est-ce que vous m'entendez bien ?

Est-ce que vous avez bien reçu la notice d'information expliquant l'objectif de cette rencontre et la fiche pour recueillir votre consentement ?

Pour vous redonner les informations présentées dans la notice, nous allons passer environ une heure ensemble pour parler de vous et de votre pratique en ergothérapie auprès de personnes de cultures diverses. Je suis là pour vous écouter me raconter votre expérience, votre histoire et votre vécu. C'est vraiment un échange sans jugement, ouvert, un temps pour vous, pour que je puisse mieux comprendre comment les ergothérapeutes développent leur compétence culturelle. À tout moment vous avez la possibilité de vous rétracter même après l'entretien, sans coercition. Est-ce que vous m'autorisez à enregistrer l'appel pour faciliter la transcription par la suite ? Les données qui en seront extraites seront bien évidemment anonymes, elles seront conservées jusqu'à la soutenance du mémoire le 8 juin 2021 puis détruites.

Alors juste avant de commencer est-ce que vous pouvez me dire en quelle année vous avez été diplômé, dans quel IFE, où est-ce que vous travaillez actuellement et depuis combien de temps ?

Question inaugurale : *Pouvez-vous me raconter comment est-ce que vous pratiquez auprès de personnes d'une culture différente de la vôtre ?*

Déroulé du discours avec techniques et questions de relances (49):

Relances sur les connaissances :	<ul style="list-style-type: none"> - Que savez-vous de ? - Comment êtes-vous arrivés à croire cela ? - En quoi est-ce conforme aux ... ? - Comment savez-vous maintenant après avoir essayé ? - Comment cela se compare-t-il à ce que vous pensiez à l'origine ? - Comment pourriez-vous en savoir plus sur ? - De quelles ressources disposez-vous ?
Relances sur ce qu'il fait :	<ul style="list-style-type: none"> - Quelle est la situation actuelle ? - Quels genres de choses avez-vous fait ? - En quoi est-ce que cela correspond à ce que vous vouliez faire ? - Qu'auriez-vous pu faire d'autre ? - Qu'est-ce que vous envisagez de faire ?
Relances sur résultats :	<ul style="list-style-type: none"> - Comme cela a-t-il fonctionné ? - Qu'est-ce qu'il s'est bien passé ?

	<ul style="list-style-type: none"> - Qu'en pensez-vous ? - Que comptez-vous faire différemment la prochaine fois ?
Relance pour évaluer :	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles opportunités vous ont été utiles ? - Quels supports ont-été utiles ? - Comment vous sentez vous à propos de ça ? - À quelles opportunités souhaitez-vous accéder ?
Relances Passives	<ul style="list-style-type: none"> - Hmm... - D'accord - Hochement de tête - Silences

Résumé

Introduction : Les migrations croissantes en France et en Europe placent les questions de diversité culturelle dans les priorités des politiques de santé pour réduire les discriminations et les inégalités d'accès à la santé. La culture exerçant différentes influences sur l'intervention ergothérapique, comme l'amélioration de la relation lorsqu'elle est prise en compte, la compétence culturelle fait partie des approches recommandées pour mettre en place une pratique culturellement adaptée en ergothérapie. En France, aucune étude n'a été réalisée sur la façon dont les ergothérapeutes deviennent culturellement compétents. L'objectif de cette recherche est de comprendre la façon dont la compétence culturelle est vécue par un ergothérapeute qui travaille auprès de demandeurs d'asile. **Méthodologie** : Une étude de cas avec approche par récit de vie a été utilisée pour recueillir et analyser l'histoire et l'expérience d'un ergothérapeute français qui travaille sur un projet d'ergothérapie sociale pour faciliter l'accès aux soins de santé mentale pour les demandeurs d'asile. **Résultats** : Les résultats sont présentés selon quatre thèmes qui illustrent comment la compétence culturelle du participant prend forme : (1) rencontrer l'autre est une nourriture pour moi, (2) j'utilise des outils et des approches pour mieux comprendre la culture de l'autre, (3) mes expériences me permettent de développer ma posture professionnelle, (4) ma compétence culturelle présente des limites. **Conclusion** : L'expérience et l'immersion personnelle ou professionnelle ainsi qu'un désir à aller vers cette exploration de la diversité semblent être les éléments centraux permettant à G. de construire sa compétence culturelle. La compétence culturelle est un phénomène fluctuant qui évolue tout au long de la vie d'un ergothérapeute. Cette recherche apporte une réflexion quant à la notion de compétence culturelle et de diversité culturelle dans la pratique en ergothérapie et des propositions de recherche pour développer les données sur le sujet en France.

Mots-clés : Ergothérapie, Culture, Compétence culturelle, Récit de vie, Identité professionnelle

Abstract

Introduction: Increasing migration in France and Europe places cultural diversity among the priorities of health policies to reduce discriminations and inequalities in access to health. Because culture has different influences on occupational therapy intervention, such as improving the relationship when considered, cultural competence is one of the recommended approaches to implementing culturally appropriate occupational therapy practice. In France, there has been no study on how occupational therapists gain cultural competence. This research aims to explore how cultural competence is experienced through the lived experience of an occupational therapist working with displaced persons. **Methods:** A case study with narrative approach was used to collect and analyse the history and experience from one French occupational therapist who is working on a social occupational therapy project to facilitate access to mental health care for asylum seekers. **Findings:** The findings are presented through four themes that illustrate how the participant's cultural competence take shape: (1) Meeting the other feed me, (2) I need tools and approaches to better understand the culture of the other, (3) My cultural experiences help me develop my professional awareness, (4) the limits to my cultural competence. **Conclusion:** Personal or professional experience and immersion, as well as a desire to go towards this exploration of diversity, seem to be the central elements enabling G. to build his cultural competence. Cultural competence is a fluctuating phenomenon that evolves throughout the life of an occupational therapist. This research brings a reflection on the notion of cultural competence and cultural diversity in occupational therapy practice and research proposals to develop data on the subject in France.

Keywords: Occupational therapy, Culture, Cultural competence, Narrative research, Professional awareness