

Sommaire

1	Introduction	1
1.1	Emergence du thème	1
1.2	La revue de littérature : méthodologie	5
1.3	La revue de littérature : analyse	7
1.3.1	La place de la culture dans les établissements de soins	7
1.3.2	La prise en compte de la culture par les professionnels de santé	8
1.3.3	Choc culturelle et ergothérapie	10
1.3.4	Compétence culturelle	10
1.4	Retour sur le thème	11
1.5	Problématisation pratique	12
1.6	Enquête exploratoire	12
1.6.1	Objectifs	12
1.6.2	Méthodologie	13
1.7	Résultats et analyse critique	15
1.7.1	La culture en ergothérapie	16
1.7.2	La compétence culturelle des ergothérapeutes	17
1.8	Question initiale de recherche	18
1.9	Cadre conceptuel	19
1.9.1	L'approche centrée sur la personne	20
1.9.2	La compétence culturelle	25
1.10	Question et objet de recherche	30
2	Matériel et Méthode	31
2.1	Choix de la méthode	31
2.2	Population ciblée	31
2.3	Site d'exploration	31
2.4	Choix et construction de l'outil théorisé de recueil de données	31

2.4.1	Choix de l'outil	31
2.4.2	Biais de l'outil	32
2.4.3	Construction de l'outil théorisé	33
2.5	Déroulement de la recherche	33
2.5.1	Test du dispositif de recherche	33
2.5.2	Passation des entretiens	34
2.6	Choix des outils de traitement des données	34
3	Résultats	35
3.1	Présentation des personnes interrogées	35
3.1.1	Ergothérapeute 1	35
3.1.2	Ergothérapeute 2	35
3.2	Analyse verticale	35
3.2.1	Pratique de l'ergothérapeute et compétence culturelle	36
3.2.2	L'approche centrée sur la personne	37
3.2.3	Développement de la compétence culturelle à travers l'approche centrée sur la personne	38
3.3	Analyse horizontale	39
3.3.1	Ergothérapeute 1	39
3.3.2	Ergothérapeute 2	40
4	Discussion	43
4.1	Interprétation des résultats	43
4.1.1	Interprétation selon la revue de littérature	43
4.1.2	Interprétation selon le cadre conceptuel	44
4.2	Eléments de réponses à la question de recherche	45
4.3	Critique du dispositif de recherche	45
4.4	Apports, intérêts et limites pour la pratique professionnelle	46
4.5	Proposition et transférabilité vers la pratique professionnelle	46

4.6	Perspectives de recherches et ouverture.....	47
Bibliographie	49
Annexes	52

1 Introduction

1.1 Emergence du thème

Point de rupture et problématique professionnelle

Dans le cadre de la formation en ergothérapie, un stage dans une MAS¹ a été effectué. Cette structure accueille des adultes polyhandicapés soit en internat soit en externat. La majorité des résidents de la structure sont internes.

Un constat est alors identifié : celui de la présence de personnes de culture diverses. En effet, dans la MAS, des personnes, aux profils différents, aux habitudes de vies différentes mais aussi aux coutumes de vies différentes sont présentes. Ce constat a mis en évidence les différences possibles entre les personnes. Le fait de vivre dans l'institution marque d'autant plus ces différences. C'est ainsi qu'il est ressorti plusieurs questionnements : Comment une occupation peut différer d'une personne à une autre en fonction de leur culture ? Et puis comment l'ergothérapeute travaille avec les personnes de cultures différents ? Et enfin est-ce que l'intervention changent en fonction des personnes ?

Il est donc intéressant de se questionner sur la culture car elle est une part importante dans l'identité de la personne. Et plus précisément sur la culture des personnes en établissement médico-social.

Ainsi, une problématique professionnelle s'est révélée :

Comment l'ergothérapeute peut-il faire coïncider son intervention avec la culture d'un résident dans un établissement médico-social ?

Explication terminologique

Ainsi le thème qui ressort de la problématique est :

Le lien entre la culture d'un résident en établissement médico-social et l'ergothérapie.

¹ MAS : Maison d'Accueil Spécialisé

Ce thème peut s'inscrire à travers différents champs disciplinaires :

- Santé publique : Ce champ disciplinaire a été choisi par rapport à la question sociale que suscite la maladie. Les maladies ont une histoire et une influence sur la société. Toute la population n'a pas le même rapport à la maladie. Les politiques sanitaires diffèrent selon les différents pays. Pour faire le lien avec le thème, l'aspect ci-dessus est important afin de comprendre que chaque individu n'aura pas le même rapport à la maladie. Ces différences peuvent provenir entre autre des cultures de chacun.
- Médecine/ Santé : Ce champ disciplinaire est présent du fait de la nécessité de devoir effectuer des recherches médicales. Ces recherches seront pertinentes par rapport aux résidents présents dans les établissements médico-sociaux.
- Sciences humaines et sociales : Ce champ est indispensable au thème. En effet, il regroupe la sociologie et l'anthropologie qui sont des champs importants pour comprendre la notion de « culture ». Ces deux champs définissent très bien le rapport à la culture, ainsi que ses différents aspects.
- Science de la rééducation et de la réadaptation : Les différents constats menants à la problématique, ont été observé durant un stage dans la formation en ergothérapie. De plus, l'ergothérapie est une profession qui permet l'accès aux activités de la vie quotidienne, par le biais notamment de la rééducation et de la réadaptation.
- Science de l'occupation : L'ergothérapie est une science de l'occupation. Ainsi, pour obtenir des données pertinentes sur cette profession, ce champ disciplinaire est essentiel.

Une définition terminologique du thème est indispensable afin de mieux le comprendre :

- Culture : Une première définition provient d'Edward Tylor qui était anthropologue. Pour lui « il s'agit d'un tout complexe qui inclut les connaissances, les croyances, l'art, la morale, les lois, les coutumes et toutes autres dispositions et habitudes acquises par l'homme en tant que membre d'une société » (1). D'après les professeurs en sociologie Jean-François Fortier et François Pizarro-Noel, en 2018, la culture peut être définie comme étant un système symbolique qui sera partagé par les membres d'une

collectivité distincte. Cette collectivité regroupe un réseau d'éléments, comme les symboles, les normes, les valeurs, les croyances, les productions, les savoirs, les savoir-faire et les savoir-être (2).

- Ergothérapie : Une définition provenant de l'ANFE² est ici pertinente. Pour elle : « l'ergothérapeute (occupational therapist) est un professionnel de santé, exerçant dans les champs sanitaire, médico-social et social. Collaborant avec de nombreux professionnels (médecins, auxiliaires médicaux, travailleurs sociaux, acteurs de l'enseignement et de la formation, techniciens de l'habitat...), il est un intervenant incontournable dans le processus d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale des personnes »(3). Une autre définition provenant de la WFOT³ précise que : « L'ergothérapie est centrée sur le client et basée sur l'occupation. Le but de l'ergothérapie est de permettre aux clients non seulement de participer aux occupations qu'ils veulent réaliser, mais aussi de faire toutes les choses qu'ils ont besoin de faire ou qu'on attend qu'ils réalisent socialement et culturellement » (4).
- L'occupation : « Une occupation est une expérience spécifique, individuelle, construite personnellement et qui ne se répète pas. C'est-à-dire qu'une occupation est un évènement subjectif dans des conditions temporelles, spatiales et socioculturelles perçues qui sont propres à cette occurrence unique. Une occupation a une forme, une cadence, un début et une fin, un aspect partagé ou solitaire, un sens culturel pour la personne et un nombre infini d'autres qualités contextuelles perçues » (5). ENOTHE⁴ définit les occupations comme un groupe d'activité qui a une signification personnelle et socioculturelle, nommé au sein d'une culture et qui soutient la participation à la société. Les occupations peuvent être classées comme les soins personnels, la productivité et/ou les loisirs (6).

² ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

³ WFOT: World Federation of Occupational Therapists

⁴ ENOTHE: European Network of Occupational Therapy in Higher Education

- Etablissement médico-social : Selon Johan Priou (Directeur de l'URIOPSS⁵) et Séverine Demoustier (diplômée en sciences politiques), en 2015, les établissements médico-sociaux développent « un ensemble de prestations et de services sociaux pour l'accompagnement éducatif, thérapeutique, social et professionnel des personnes vulnérables » (7).

Ainsi, les définitions de l'ergothérapie, de la culture et d'établissement médico-social permettent de comprendre les différents termes du thème.

Résonance du thème

D'après une étude réalisée et publié en 2020 par la DREES⁶ (8) :

- Il existe 12 430 structures accompagnants des personnes en situation de handicap,
- Il y a une augmentation de 4,4 % des places dans les structures depuis 2014. Ce qui représente concrètement 21 420 places,
- Et enfin, les travailleurs dans les services médicaux-sociaux ont augmenté de 5% depuis 2014.

La DREES appuie le fait qu'il existe de plus en plus d'établissements médico-sociaux et donc de travailleurs médico-sociaux. Ainsi l'utilité du thème s'observe dans la curiosité de pouvoir comprendre comment les professionnels de santé et notamment les ergothérapeutes travaillent avec des personnes de cultures différentes, dans ces structures.

D'après Herr et al., en 2017, la culture de sécurité est un « ensemble de comportements individuels et collectifs, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients » (9). L'évaluation de la culture de sécurité est, dans cet article, un outil qui existait jusque-là qu'en anglais et qui a été traduit en français par une équipe pluridisciplinaire. Herr et al. évoquent l'envie de certaines structures à prendre en compte la personne âgée et à lui proposer des soins de meilleures qualités (9).

D'autres articles (*Occupation Therapy for South Asian Older Adults in the United Kingdom : Cross Cultural Issue*), mettent en avant les cultures et leurs impacts dans les services d'ergothérapie. Ces différents aspects mettent en avant, le questionnement et l'intérêt que le champ médico-social éprouve pour la culture de la personne.

⁵ URIOPSS : Union Régionale Interfédérale des Œuvres et organismes Privés Sanitaires et Sociaux

⁶ DREES : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

Le dernier aspect à prendre en compte est l'enjeu du thème.

La culture est propre à chacun. Afin de proposer les meilleurs soins possibles à une personne, il est important de connaître et de prendre en compte la spécificité de chaque personne. Ainsi, s'intéresser à la culture, signifie s'intéresser à la personne elle-même. Ce qui peut être bénéfique sur la santé psychologique de la personne puisqu'elle est prise en considération.

Manifestement, la notion de culture semble intéresser le monde scientifique. Il est donc pertinent d'aller voir plus précisément ce qui ressort de cette thématique dans la littérature.

1.2 La revue de littérature : méthodologie

Bases de données et équations de recherches

Après avoir identifié des champs disciplinaires, il est ensuite sélectionné certaines bases de données afin d'obtenir des articles pertinents et en lien avec le sujet (cf. tableau 1).

Champs disciplinaires	Bases de données
Santé publique	CAIRN
	EM PREMIUM
Médecine	PUBMED
Science humaines et sociales	ISODORE
	CAIRN
Science de l'occupation	THE OPEN JOURNAL OF OCCUPATION THERAPY (OJOT)
	SUMMON
	WILEY ONLINE LIBRARY
	SAGE JOURNAL

Tableau 1: Champs disciplinaires et les bases de données de la revue de littérature

Em prémium, Cairn et Isidore ont été choisi pour leurs nombreux écrits professionnels concernant la santé publique et les sciences humaines et sociales. PubMed a été choisi afin de recueillir des données médicales. OJOT et Sage Journal permettent de recueillir des données professionnelles spécifiques à l'ergothérapie. Wiley Online Journal est une base donnée

spécialisée dans les revues scientifiques. Enfin, Summon est une base donnée universitaire qui donne accès à un grand nombre d'article et dans tous les domaines.

Après avoir choisi les bases de données les plus pertinentes pour le thème, il est désormais indispensable d'identifier les équations de recherches.

Afin de créer des équations de recherches pertinentes pour la thématique, il est avant tout nécessaire d'identifier les mots clefs indispensables aux équations. Ainsi les termes : culture, socioculturel ou diversité culturelle permettent de trouver tous les articles impliquant la notion de culture. En ce qui concerne les établissements médico-sociaux, le nom des différents établissements médico-sociaux ont été nommé afin d'optimiser les résultats.

Pour trouver la terminologie des mots clefs en anglais, *HeTOP* qui est un portail terminologique a été utilisé. Celui-ci permet d'obtenir les bon mots clefs en fonction du contexte choisi. Ainsi les termes choisis en français ont été traduit en anglais sur le site.

Deux équations de recherches ont donc été créées :

- En français :
 - cultur* OU sociocultur* OU diversité cultur* ET établissement médico-social
OU MAS OU FAM OU EHPAD
 - cultur* ET ergotherap*

- En anglais:
 - cultur*OR sociocultur* OR diversity cultur* AND long term facilit* OR long-term care facilit* OR residential care home
 - cultur* AND occupational therap*

Il a été impératif de choisir des opérateurs Booléens. Notamment, entre autre, pour obtenir tous les articles commençant par cultur* (culture, culturel, culturellement etc...). Ce processus a été réalisé pour quasiment tous les mots clefs. Les « OU » et les « ET » permettent d'avoir différentes terminologies possibles car cela peut différer selon les ouvrages.

La littérature n'étant pas très fournie sur ce sujet, le choix de filtre n'a pas été fait afin de ne pas se restreindre temporellement. Cependant, en fonction des bases de données, des filtres ont parfois été employés afin de réduire les résultats aux champs disciplinaires choisis. Par exemple, pour CAIRN, la case santé publique a été cochée lors de la recherche. Cela a permis d'avoir des articles en lien avec le champ disciplinaire.

Ont été retenues les articles et les ouvrages évoquant la notion de culture dans un contexte de santé. Les enfants ont été exclus de la recherche. De plus, une limitation temporelle des ouvrages n'a pas été définit.

Ainsi, un tableau de résultats des bases de données a été effectué (cf. annexe 2). Ont été retenus les articles dans le domaine de la santé, évoquant « culture » dans leur résumé.

Pour cette revue de littérature, treize articles ont été retenu : deux issus de la littérature scientifique, sept provenant de la littérature professionnelle, un ouvrage français et deux lectures opportunistes. Une analyse plus approfondie de chaque source a été réalisée. Ainsi des tableaux de synthèses ont été réalisé et sont disponibles en annexe (cf. annexe 3).

1.3 La revue de littérature : analyse

1.3.1 La place de la culture dans les établissements de soins

Selon l'étude réalisé en 2019 de Trinkoff, docteure en Science, et al. concernant les établissements médico-sociaux : étant donné que la population augmente, les centres de vie assistés augmentent également (10). Ce constat implique l'exigence de plus en plus importante sur les réglementations de ces établissements et informe également sur la nécessité d'une formation sur la culture.

En quoi une formation sur la culture pourrait être importante ? Dans quel(s) objectif(s) une formation sur la culture pourrait être pertinente ? En quoi consisterait cette formation ? Quels professionnels seraient concernés ?

En 2012, Amélie Blanchet Garneau et Jacinthe Pepin, docteures en sciences infirmiers insistent sur l'importance de la confiance avant d'envisager la sécurité culturelle (qui s'avère déterminante dans la relation thérapeutique). La sécurité culturelle est un concept scientifique qui inclut une dimension culturelle de soins (11). Il s'agit d'un concept émergent qui met en avant l'efficacité de la qualité de soin, l'égalité et la justice sociale lorsque la sécurité sociale est présente entre deux personnes de culture différentes ou entre une personne et une structure organisationnelle. En complément de ceci, Brenda L. Beagan, (2015), ergothérapeute, exprime que chaque être humain est affecté par des affiliations culturelles qui sont souvent inconscientes (12). Ainsi, la World Federation of Occupational Therapists (WFOT) exige de prendre en compte tous les aspects de la diversité sociale et culturelle. Et ceci, en particulier lorsqu'ils affectent les rencontres thérapeutiques.

Ces éléments corroborent avec l'article de Terri Awaad, ergothérapeute, publié en 2003 sur la compétence culturelle. Une définitions de Terri Awaad définit les personnes culturellement compétentes comme ayant eu une prise de conscience culturelle (Pope-Davies et al, 1993). Celle-ci serait causée par une sensibilité de leurs propres problèmes culturels et à la façon dont les valeurs et les préjugés du thérapeute affectent patients/clients de culture différente (13).

Ainsi, Terri Awaad évoque l'importance pour les ergothérapeutes d'être conscients de l'héritage ethnique individuel mais aussi du contexte culturel qui pourraient influencer leur pratique professionnelle. C'est pour cela qu'il est recommandé de « respecter les dynamiques culturelles qui ont un impact sur le processus thérapeutique » (14). En complément de ceci, Emmanuelle Jasmin, ergothérapeute, exprime l'importance de connaitre ses propres référents culturels afin que l'ergothérapeute puisse éviter d'imposer ses valeurs aux personnes (15). Dans le même sens, Emmanuelle Jasmin évoque l'importance de se décentrer de soi afin de pouvoir comprendre la culture de l'autre.

En plus de ces éléments, l'ouvrage Culture et Santé, publié en 2020, expose les effets positifs des projets réalisés autour de la culture (16). La culture est ainsi considérée comme un élément de soin, qui procure du bien-être. D'où l'importance pour les professionnels de santé d'être culturellement compétents.

Un autre aspect de la culture est important, celui du processus d'annonce et de l'acceptation du handicap. En effet, les représentations du handicap sont multiples et diffèrent selon les époques et les cultures. D'après Roger Salbreux, pédopsychiatre, en 2013, le processus d'annonce et d'acceptation du handicap peut avoir une durée considérable (17). Il est alors intéressant de « coconstruire » le diagnostic. Ce concept signifie : rendre acteur la famille à travers des observations afin qu'elle puisse suivre l'évolution de la personne. Ce qui pourra être facilitateur pour l'annonce du diagnostic. Cette représentation peut même aller jusqu'à l'exclusion ou à l'inclusion des personnes.

Comment la culture se manifeste dans les établissements médico-sociaux ? Comment peut-elle s'observer en service d'ergothérapie ?

1.3.2 La prise en compte de la culture par les professionnels de santé

Parfois les différences culturelles entre les professionnels de santé et les patients sont évidents. Ainsi, selon Pérez et al en 2018, certains professionnels de santé, comme les infirmiers éprouvent des difficultés lorsqu'il est sujet d'apporter des soins à des communautés culturellement différentes (18). Il existe plusieurs types de différences, mais Pérez et al citent

entre autres les croyances religieuses, les niveaux sociaux, l'orientation sexuelle et la position géographique (entre zone rurale et zone urbaine). Ainsi, ces différences précédemment citées peuvent aller jusqu'à causer des inégalités de soins. C'est pour cela que Pérez et al évoquent le besoin d'un outil qui pourra permettre aux professionnels de santé de prendre connaissances des différentes cultures des personnes (18).

Cependant, en quoi un outil peut permettre la prise de connaissance des différences culturelles ? En quoi consisterait l'outil ? Serait-ce un outil d'évaluation ? Ou alors s'agirait-il d'une approche ? L'outil concernerait quel(s) professionnel(s) ? Et puis comment le mettre en place dans les établissements ?

De plus, des difficultés ont été observées, plus précisément, chez les ergothérapeutes. En effet, l'étude de Yam et al. publié en 2021 met en évidence la difficulté pour les ergothérapeutes de pouvoir proposer des interventions adaptées aux cultures des personnes (19).

Ainsi pour pallier la difficulté de proposer des interventions adaptées, il faut trouver un équilibre entre les objectifs de l'ergothérapeute et les besoins des personnes. Pour cela, Emmanuelle Jasmin, exprime l'importance de l'adoption d'une pratique centrée sur la personne.

Par définition l'approche centrée sur la personne est une approche importante dans la pratique en ergothérapie (20). Cette approche consiste à placer la personne au cœur de sa prise en soin. Cela passe par sa participation active mais aussi par la prise de décision liée à sa santé (21). Ainsi cette approche permet d'accroître l'engagement de la personne dans sa thérapie mais aussi d'augmenter sa satisfaction de prise en soin (21).

Ainsi cette pratique passe donc par le respect et la considération de la culture des personnes lors de leur prise en soin. Cependant, pour que les personnes soient actrices dans les décisions, l'ergothérapeute doit pouvoir identifier ce qui est culturellement signifiant pour elle (15). De plus en s'appuyant sur une pratique centrée sur le client, l'ergothérapeute favorise l'engagement des personnes dans leur prise en soin mais aussi dans leurs occupations. En effet, en portant attention aux occupations des personnes, l'ergothérapeute « s'assure de cibler des occupations importantes et signifiantes pour sa clientèle ou selon sa situation ou son contexte de vie » (15).

Mais en quoi consiste l'approche centrée sur la personne ? Permet-elle réellement l'engagement des personnes dans leur prise en soin ? Et puis comment l'ergothérapeute peut identifier ce qui est culturellement signifiant pour les personnes ?

1.3.3 Choc culturelle et ergothérapie

La compétence culturelle est un concept peu développé en ergothérapie (13). En effet, peu de publication sur ce sujet a été recensé. Ainsi, en France, il est difficile de trouver des données. C'est pour cela que la majorité des textes utilisés ici proviennent d'autres pays. Pour ce qui est des publications en ergothérapie, sur les vingt dernières années, elles sont essentiellement basées sur des données descriptives. En effet, les auteurs se basent surtout sur des expériences personnelles (13).

L'ergothérapie est orienté afin de maximiser l'autonomie et l'indépendance personnelle des personnes et de leur permettre d'avoir une vie équilibrée avec l'atteinte du plus haut niveau de fonctionnement (13). Deux études qualitatives, une sur la société omanaise et l'autre sur la société singapourienne, peuvent être utilisées à titre illustratif. Dans l'étude omanaise, il en ressort la difficulté à mettre en place le concept d'autonomie car cette valeur n'est pas partagée par la population. Ainsi les chercheurs mettent en évidence la difficulté de travailler l'autonomie dans certaines situations comme la toilette ou l'habillage. Par exemple, l'homme omanais, porte un vêtement traditionnel possédant des boutons de très petite taille. Ces boutons sont donc difficiles à manipuler avec une seule main. L'ergothérapeute doit ainsi prendre conscience de cet aspect afin de s'adapter.

Un autre exemple, sur l'étude singapourienne, peut également être utilisé. Une ergothérapeute a témoigné de la difficulté à convaincre les patients de l'importance d'acquérir une indépendance dans les activités de la vie quotidienne. En effet, les ergothérapeutes veulent transmettre des techniques pour favoriser l'indépendance. En revanche, les patients s'attendent à ce que les proches s'occupent des tâches ménagères par exemple. Ainsi, les objectifs de l'ergothérapeute se heurtent aux objectifs du patient.

Plusieurs questionnements émergent de ces éléments. Tous d'abord comment peut réagir l'ergothérapeute face à ce choc culturelle ? Que peut-il mettre en place face à cela ? Et puis comment intégrer les cultures des personnes dans l'intervention ? De plus comment l'ergothérapeute pourrait-il mieux considérer les objectifs des patients ? Enfin ce choc culturelle est-il rencontré dans les établissement médico-sociaux ?

1.3.4 Compétence culturelle

L'étude réalisé au Chili confirme la difficulté des ergothérapeutes à s'occuper des personnes ayant des cultures différentes. Pour pallier à ces difficultés, en 2018, Pérez et al estiment falloir « posséder des compétences culturelles » (18). La compétence culturelle est défini par Dillard,

ergothérapeute, et Al, en 1992, comme étant « une conscience, une sensibilité et une connaissance du sens de la culture » (22). Une autre définition provient de Karen R. Whalley Hammell, ergothérapeute, en 2013. Pour elle, la compétence culturelle a été conçue comme « la connaissance des valeurs des coutumes et des traditions d'un groupe culturel » (23). La compétence culturelle consiste également à employer des stratégies d'intervention culturellement appropriées (notion d'agir) (13).

Un autre ergothérapeute, Terri Awaad, en 2003, met en avant différents éléments, de la compétence culturelle, important à prendre en compte. Tout d'abord la nécessité d'identifier les communications interpersonnelles qui peuvent exister. Il évoque également l'importance de la compétence linguistique qui peut être un obstacle en thérapie. En revanche, il estime que cette compétence linguistique n'est pas essentielle puisque des membres de la famille peuvent être utilisé comme interprète. Ainsi cette approche de la compétence culturelle commence à se développer. Il s'agit d'un concept large et qui inclut la culture. En conséquence, pour pouvoir comprendre et acquérir ces compétences culturelles, Pérez, infirmière, et al, en 2018, recommande une formation adéquate est nécessaire (18).

Cependant, comment ce concept peut être utilisé en ergothérapie ? Et puis de quelle façon peut-il être pris en compte ? Qu'est-ce qu'il peut apporter à l'ergothérapie ?

Ainsi la compétence culturelle permet de mettre en place des interventions adaptées à la culture des personnes mais aussi à leurs habitudes de vie et à leurs occupations (cf. partie 1.3.2).

1.4 Retour sur le thème

Arrivant au bout de cette revue de littérature, revenir sur le thème mais aussi sur sa résonance est important pour faire du lien.

Grace à cette revue de littérature, il est remarquable que la culture dans les établissements de soin questionne. Plusieurs auteurs l'expriment et essaient de comprendre la place de la culture et comment elle peut être source d'amélioration dans la qualité des soins.

Ainsi, ce thème est socialement vif car le sujet est en pleine réflexion. Les écrits sont récents. En effet, ils datent tous de moins de dix ans. De plus, plusieurs aspects de ce sujet restent à identifier, à comprendre et à prendre en considération.

Ainsi différents enjeux sont observés :

- De santé : par rapport à la qualité de soins apporté dans les structures,

- Economique : en lien avec les formations sur les diversités de la culture. Le nombre de personnel soignant est également important afin que tous puissent bénéficier d'une formation adaptée.

1.5 Problématisation pratique

Après avoir fait l'analyse critique de la revue de littérature, un questionnement inévitable s'est mis en place. Tout d'abord, il a été constaté que plusieurs textes de la revue de littérature évoquent la culture dans les établissements de soins. Cependant, deux d'entre eux remettent en question la place de la culture autour des infirmiers. Peu d'entre eux, parlent de la place de la culture dans un service d'ergothérapie. Qu'elle est-il ? De plus, les écrits concernent majoritairement des pays autres que la France, qu'elle est la situation actuelle de ce pays en terme de position de la culture dans les établissements médico-sociaux ? Les ergothérapeutes français sont-ils sensibles aux différences culturelles qui peuvent exister dans leur pratique ? Le terme de compétence culturelle est souvent apparu dans la revue de littérature, mais en quoi consiste-t-il réellement ? Et quelle est la place de la compétence culturelle dans les établissements médico-sociaux ? Et chez les ergothérapeutes ? Comment s'acquiert cette compétence ? Se développe-t-elle ? Si elle se développe, comment la développer chez le personnel soignant ?

Les analyses et le questionnement mettent en avant des aspects à approfondir et à compléter. Ainsi le thème qui était au départ « le lien entre la culture d'un résident en établissement médico-social et l'ergothérapie » peut s'affiner :

La place de la compétence culturelle en service d'ergothérapie, dans les établissements médico-sociaux.

1.6 Enquête exploratoire

Afin de compléter les éléments issues de la revue de littérature, une enquête exploratoire est réalisée auprès d'ergothérapeutes exerçant dans des structures médico-sociales.

1.6.1 Objectifs

Les objectifs généraux de cette enquête exploratoire sont tous d'abord de pourvoir effectuer un état des lieux des pratiques en ergothérapie. Mais également de pouvoir confronter l'état des lieux de la littérature à l'état des lieux des pratiques.

Dans la revue de littérature, il a été constaté un manque de texte/de littérature concernant la culture en France. Ainsi cette enquête va permettre d'explorer ce qui l'en est vraiment à ce

sujet. C'est pourquoi plusieurs objectifs spécifiques sont identifiés. Tout d'abord d'identifier si les ergothérapeutes français sont confrontés à la notion de culture dans leur intervention. Ensuite d'identifier s'ils ont connaissance ou pas de la compétence culturelle. Et enfin d'identifier comment cette compétence culturelle peut se manifester dans leur intervention.

1.6.2 Méthodologie

Au vu des objectifs, l'outil de recueil de donné le plus pertinent est le questionnaire en ligne. En effet, il va permettre de toucher un plus grand nombre d'ergothérapeutes. Ce qui permettra donc d'effectuer un état des lieux des pratiques.

Population et site d'exploration

Le questionnaire est destiné aux ergothérapeutes travaillants ou ayant travaillé dans un établissement médico-social accueillant un public adulte. La durée du questionnaire est estimée à 10 minutes.

Avantages de l'outil

Le questionnaire possède plusieurs avantages. En effet, il permet de garantir l'anonymat aux participants et il touche un plus grand public. Le questionnaire se présentant en ligne, permet d'être diffusé sur tous le territoire français et ainsi d'atteindre des personnes qui sont éloignées géographiquement. De plus il peut être réalisé au moment voulu par les participants, ce qui peut faciliter et encourager leur participation. Les réponses apportées aux questionnaires peuvent également être réfléchis et l'absence de l'enquêteur réduit les biais de l'enquête.

Inconvénients de l'outil

Cependant, il existe également des inconvénients à cet outil. Le chercheur ne possède aucune garantie que les participants ont répondu seuls aux questionnaires. De plus, une réflexion peut avoir lieu avant de répondre aux questionnaire, ce qui réduit la spontanéité des réponses. Et enfin, l'absence du chercheur le prive d'observation directe.

Biais de l'outil

Une anticipation des biais est nécessaire afin de pouvoir établir des stratégies dans l'objectif de les diminuer au maximum. Le questionnaire a été publié sur les réseaux sociaux. Il se peut que les personnes qui ont répondu soit uniquement les personnes intéressés par le sujet. Il se pourrait également que les personnes participantes soient uniquement des personnes ayant accès à internet et donc à la technologie. De plus, il existe un biais de sélection car il n'est pas certain

que ce soit la bonne population qui réponde au questionnaire. C'est pour cela qu'il est intéressant d'apporter des précisions sur la population ciblé dans l'introduction du questionnaire.

D'après la lettre du CEDIP⁷ publiée en avril 2014, toute méthode de recueil d'information comporte des biais (24) (cf. tableau 2).

Biais	Effets	Moyens pour les atténuer
Méthodologique	Mauvaise formulation des questions	Ne pas orienter les réponses, ni les influencer Poser des questions précises, simple, courtes, neutres, sans ambiguïté
Affectif	Interférence des émotions dans le questionnaire	
Confirmation (hypothèse)	Tendance naturelle qu'ont les individus à privilégier les informations qui confirment leurs idées préconçues, leurs hypothèses	Prendre conscience de ces interférences et garder une vision objective
Désirabilité sociale	Consiste à vouloir se présenter sous un jour favorable à ses interlocuteurs	Mise en place d'un questionnaire anonyme

Tableau 2: Biais de méthode du recueil d'information

⁷ CEDIP : Centre d'Evaluation, de Documentation et d'Innovation Pédagogiques

Construction de l'outil

Le questionnaire est construit à l'aide d'une matrice de questionnement (cf. annexe 3). Le questionnaire a été construit sur la plateforme Google Forms ®. Il se décompose en plusieurs parties. Tout d'abord une première partie descriptive afin d'être certaine que la population participant à l'enquête soit la bonne. Une deuxième partie concerne la culture. Elle débute par une définition de la culture selon Edwar Tylor, anthropologue, puis suivent des questions sur la culture et la pratique en ergothérapie. Une définition de la compétence culturelle selon Terri Awaad, ergothérapeute, est ensuite donnée dans une troisième partie suivi de question sur la perception de leur propre compétence culturelle. Le questionnaire se termine avec une question sur des remarques et des aspects manquants dans le questionnaire.

Test

Avant d'émettre le questionnaire, il est envoyé à cinq ergothérapeutes représentants la population choisi. L'objectif de ce test étant de pouvoir identifier, entre autre, si des mauvaises formulations de questions sont présentes. A la suite des remarques faites par les ergothérapeutes, le questionnaire est modifié avant d'être diffusé.

Déroulement

Grace à Google Forms ®, un lien menant directement au questionnaire est obtenu. Celui-ci est ensuite envoyé par mail à un réseau d'ergothérapeute travaillant dans les établissements médico-sociaux se situant majoritairement dans la région Provence-Alpes Cotes d'Azur. Les participants au questionnaire ne représentent donc pas toute la France. Le questionnaire a été relancé deux fois et a été fermé au bout d'une semaine. 10 réponses ont ainsi été obtenues.

Choix des outils d'analyse de données

Les réponses du questionnaires sont automatiquement représentées sous formes graphiques dans Google Forms ®. Il est également possible de directement les entrer dans un tableau Excel ®, ce qui facilite leur traitement. Les représentations graphiques des questions sont présentées en annexe (cf. annexe 4).

1.7 Résultats et analyse critique

Dix ergothérapeutes ont répondu au questionnaire. Ils exercent tous dans un établissement médico-social.

L'enquête exploratoire peut se diviser en deux grandes parties : la culture en ergothérapie et la compétence culturelle des ergothérapeutes.

1.7.1 La culture en ergothérapie

D'après l'enquête exploratoire, six ergothérapeutes, sur les dix ayant répondu, se questionnent souvent sur la culture dans leur pratique. Deux ergothérapeutes s'interrogent parfois et deux autres ergothérapeutes y pensent rarement. En revanche, aucun ergothérapeute ne sait jamais questionné.

Pour les dix ergothérapeutes ayant répondu, la prise en compte de la culture dans l'intervention est pertinente pour différentes raisons : mieux comprendre l'usager et ses besoins, pour considérer la personne dans sa globalité, pour adapter la communication, pour un juste engagement occupationnel et enfin car la culture fait partie des habitudes de vie. Ces différentes raisons sont soutenues par la définition de l'ergothérapie qui nécessite de prendre en compte tous les aspects de la personne et donc d'être centrée sur elle.

Cependant, être centrée sur la personne suffit-il pour considérer la culture des personnes ?

En plus de ses éléments, il a été constaté que neuf ergothérapeutes ont déjà été confronté à des cultures autres que la leur dans leur pratique. Cet élément corrobore avec la revue de littérature. En effet, l'ergothérapie est une profession qui place le thérapeute en interaction direct avec les individus. Ce qui signifie qu'il ne travaille pas seul. En complément de ceci, Brenda L. Beagan, ergothérapeute, exprime que chaque être humain est affecté par des affiliations culturelles. L'ergothérapeute est, ainsi, souvent confronté à des individus qui sont eux même affectés par des affiliations culturelles.

Parmi les neuf ergothérapeutes qui ont été confronté à d'autres cultures, pour huit d'entre eux, la culture a eu un impact dans leur intervention. Trois ergothérapeutes ont dû adapter leur intervention en prenons en compte la culture. Ceci dans l'objectif de faire accepter des aides techniques à ces personnes mais aussi de leur proposer des activités qui leur font sens. Ces éléments complètent bien la revue de littérature qui évoquent des difficultés, pour les ergothérapeutes, à proposer des interventions adaptées aux cultures. Un autre impact évoqué concerne la connaissance de la personne. En effet, une réponse a été apporté sur la nécessité de recueillir des informations pour mieux connaître la personne avant l'intervention. Cet élément corrobore avec la revue de littérature. D'après Terri Awaad, il faut considérer la culture avant de construire l'intervention (13).

Ainsi d'après l'enquête exploratoire, différents éléments permettent d'intégrer la culture dans les interventions. Ils sont essentiellement : l'adaptation des différentes activités (cuisine, activités manuelles, expositions) et être centrée sur la personne.

La revue de littérature évoque les difficultés à adapter les interventions et l'enquête exploratoire met en avant la nécessité d'adapter ces interventions. Ainsi comment adapter ? E puis qu'est-ce qu'il faut adapter ? Par où commencer ? Quelles stratégies mettre en place ? De plus, la notion centrée sur la personne est beaucoup ressorti de l'enquête, en quoi consiste-il ?

1.7.2 La compétence culturelle des ergothérapeutes

D'après l'enquête exploratoire, huit ergothérapeutes ont déjà entendu parler de la notion de compétence culturelle. Mais ont-ils tous la même définition de la compétence culturelle ?

Après avoir pris connaissance d'une définition de ce concept, les participants se situent tous entre six et huit sur une échelle de compétence sur dix. La moyenne de ces résultats est donc de 6,9 sur dix. Les participants se situent généralement dans cette tranche car ils pensent ne pas avoir totalement acquis cette compétence.

Un des participants estime manquer de connaissance sur les différentes cultures. Ce qui rejoint la revue de littérature qui évoque l'importance de posséder cette compétence culturelle. Le terme de compétence renvoie à des connaissances qui peuvent évoluer dans le temps. Un autre aspect qui revient souvent est la notion d'adaptation des ergothérapeutes qui serait indispensable, d'après la revue de littérature, afin de s'adapter aux besoins spécifiques des personnes. Un participant fait un lien entre l'approche centré sur la personne et la compétence culturelle. En effet, ce concept est large. Il permet de considérer la personne dans son ensemble et inclut la culture. Être confronté à des personnes avec des cultures différentes permet un apprentissage sur celle-ci et enrichie les connaissances des ergothérapeutes sur les cultures.

La compétence culturelle regroupe ainsi différents aspects. Cependant cette compétence renvoie également à la pratique de l'ergothérapeute et à sa capacité d'adaptation, pas toujours évidente.

Ce concept semble important mais comment acquérir cette compétence culturelle ? Comment l'ergothérapeute va pouvoir construire son intervention à partir de cette compétence ? Comment la mettre en pratique ? De plus aucun participant ne s'est évalué à 10/10, pourquoi ? Un ergothérapeute estime manquer de connaissances, comment pallier ce constat ? La compétence

culturelle renvoie aussi à la pratique de l'ergothérapeute, est-ce que la culture de l'ergothérapeute peut influer sur sa compétence culturelle ? Si oui, comment ?

De plus, les participants évoquent différentes raisons d'acquérir la compétence culturelle. En plus de la capacité à s'adapter aux attentes des personnes ainsi qu'à leur mode vie, les ergothérapeutes doivent également faire en sorte que la personne soit actrice de sa prise en soin. Il faut que la personne puisse être écouté sans jugement de l'ergothérapeute. Mais aussi qu'elle puisse créer une relation plus spontanée ainsi qu'un partenariat thérapeutique. Et enfin pour pouvoir développer des outils pratiques face à ces différentes cultures. Cependant, quels outils peuvent être mis en place ?

1.8 Question initiale de recherche

Les participants ne se trouvent pas tous culturellement compétent. Comment l'ergothérapeute peut développer cette compétence ? Comment l'acquérir ? Comment l'enrichir ? Par des expériences ? Personnelles ? Professionnelles ? Les cultures des ergothérapeutes influent-elles sur cette compétence ? Et puis comment identifier une personne culturellement compétente ? Par quels critères ? Et par quels moyens ? Pérez et al exprime la nécessité d'une formation pour pouvoir acquérir la compétence culturelle, mais est-elle réellement indispensable ? Est-il possible que les ergothérapeutes développent cette compétence sans formation ?

La majorité des ergothérapeutes participants à l'enquête exploratoire ont rencontré des résidents portants des cultures différentes de la leur. De plus les participants évoquent la nécessité d'adapter leur intervention. Ainsi, comment l'ergothérapeute peut adapter son intervention ? Que peut-il mettre en place ?

De plus, plusieurs participants à l'enquête évoquent l'importance d'acquérir cette compétence culturelle afin d'être centré sur la personne. Mais en quoi consiste réellement « être centré sur la personne » ? Les participants évoquent cette approche mais en quoi est-elle pertinente dans l'accompagnement des personnes ? Un participant fait le lien entre approche centrée sur la personne et compétence culturelle, mais quel est-il ? En quoi cette approche peut influencer la compétence culturelle ? Et la prise en soin de la personne ? Comment l'ergothérapeute va pouvoir construire une intervention centrée sur la personne à partir de la compétence culturelle ?

Ce questionnement fait ressortir une question initiale de recherche :

En quoi l'approche centrée sur la personne peut influencer le développement de la compétence culturelle ?

1.9 Cadre conceptuel

Afin d'éclairer la question initial de recherche précédemment cité, un cadre conceptuel est effectué. Celui-ci permet d'éclairer le phénomène en développant des concepts et des modèles théoriques. De ce fait, le premier concept qui va être développé est l'approche centrée sur la personne. Sera ensuite développé le concept de la compétence culturelle. Ces deux concepts ont été choisi à partir de la question initiale de recherche.

Les concepts choisis, leurs champs disciplinaires ainsi que les auteurs sont représentés dans le tableau suivant (tableau 3) :

Les concepts	Champs disciplinaires	Auteurs
L'approche centrée sur la personne	Psychologie	Carl Ransom Rogers 2001 Geneviève Odier 2012 Dave Mearns et Brian Thorne 2019
Compétence culturelle	Santé	Joseph Campinha-Bacote 2002 Jaime Phillip Munoz 2007

Tableau 3: Champs disciplinaires et auteurs des différents concepts

L'approche centrée sur la personne a été développée sous le champ disciplinaire de la psychologie car il s'agit d'une notion principalement conçue dans ce domaine par le psychologue humaniste Carl Rogers. Ainsi c'est sous ce champ disciplinaire que cette approche est fondée.

Le concept de la compétence culturelle est, quant à lui, ici développé sous le champ de la santé afin d'obtenir des notions en lien avec le soin. Mais également pour comprendre la place de celle-ci dans les relations thérapeutiques.

1.9.1 L'approche centrée sur la personne

L'émergence de l'approche centrée sur la personne

L'approche centrée sur la personne est une approche développée dans les années 1940 par Carl Rogers. Elle s'inscrit dans le mouvement humaniste. Cette approche n'a pas de champ d'investigation défini. En effet, elle considère la personne dans sa globalité et dans son ensemble (physiquement et psychiquement). Dans le même sens, Rogers préfère parler de « client » et non plus de « malade » ou de « patient ». Pour lui, ces termes supposent que le thérapeute ou le médecin possède un savoir et un pouvoir sur la personne. Mais avant d'être considéré comme « client », il est avant tout une « personne ».

Avant toute chose, une distinction est faite entre l'approche centrée sur le client et l'approche centrée sur la personne. L'approche centrée sur le client renvoie au travail thérapeutique qui est effectué lors d'un entretien individuel. Alors que l'approche centrée sur la personne est considérée comme une méthode qui se « réfère à toutes les situations dans lesquelles on utilise les principes d'être centré sur le client, tout en tenant compte de la spécificité de chaque contexte, que ce soit dans un groupe de rencontre, une institution, dans l'enseignement, en entreprise, en quelque sorte, tout espace où les personnes sont en relation » (25).

Avant la création de cette approche, les deux courants existants étaient le comportementalisme et la psychanalyse. Ils se focalisent essentiellement sur les fonctionnements particuliers de l'individus, à savoir, respectivement, les actes/les apprentissages et les pulsions/l'inconscient. Ces deux méthodes ne lui convenant pas, il préfère créer sa propre méthode avec la personne au centre de sa thérapie. En effet, pour Rogers, « seule la personne elle-même à la capacité de comprendre ses problématiques, ses mécanismes et de déterminer ses propres valeurs et références » (25).

Rogers est partie de trois constats avant de conclure que le client est le mieux placé pour savoir ce qui est juste pour lui :

- Tout autorité peut se tromper,
- Les méthodes coercitives et interprétatives ont une efficacité superficielle
- Inutilité pour le thérapeute d'exposer son savoir-faire (25).

Ainsi, dans la même idée, cette approche implique un échange entre deux individus. Le thérapeute et le client sont sur le même plan.

Cependant comment les personnes peuvent elles-mêmes déterminer leurs problématiques et apporter des solutions ? Ne viennent-ils pas consulter un thérapeute dans l'objectif de les éclairer sur ses problématiques ? Et puis pourquoi consulter un thérapeute si la personne possède les capacités de résoudre ses problématiques ?

De plus, les résidents en établissements médico-sociaux rencontrent-ils des problématiques liées à leur culture ? Ces problématiques sont-elles identifiées ? Enfin, les personnes consultent-elles un thérapeute pour leurs problématiques liées à leur culture ?

Les composantes de l'approche centrée sur la personne

Avant d'identifier les composantes de l'approche centrée sur la personne, il est avant tout nécessaire de définir les mots « approche », « centrée » et « personne ». Dans « **approche** », il y a une notion de proximité. Selon Geneviève Odier, en 2012, « l'approche est une façon d'être proche de l'autre avec une distance respectueuse, afin de lui laisser suffisamment d'espace pour qu'il trouve sa liberté et son autonomie dans un développement sans cesse en évolution » (25). Le terme « **centrée** », signifie que le client est situé au centre de la relation avec le thérapeute. C'est-à-dire que c'est lui qui peut comprendre ses troubles et y apporter des solutions efficaces. Et enfin le terme « **personne** » signifie que l'on considère le client comme une « entité unique et incomparable » (25). La personne est considérée dans son ensemble. Les définitions de ces termes s'imbriquent les uns dans les autres, ce qui donne du sens à la conception de cette approche.

L'approche centrée sur la personne est avant tout basée sur la relation thérapeutique instaurée par le thérapeute, ce que Geneviève Odier appelle **le climat**. Dans cette approche, le climat doit être ouvert afin que le client puisse l'utiliser comme il le souhaite.

La relation thérapeutique est composée de plusieurs dimensions : l'empathie, le regard positif inconditionnel et la congruence. **L'empathie** est un « processus continu dans lequel le thérapeute met de côté son propre mode d'expérimentation et de perception de la réalité, préférant sentir et répondre aux expériences et aux perceptions de son client » (26). De ce fait, le client peut parler de ses souffrances en confiance car il est entendu et compris par le thérapeute. Ce qui va permettre au client de se sentir gratifié. L'empathie est donc une attitude liée à une écoute sensible et profonde (25). Elle implique, du thérapeute, compréhension et réassurance.

Le regard positif inconditionnel est une « attitude essentielle dont les implications sont sécurité, acceptation, confiance et liberté d'expression » (25). Ainsi, lorsque le thérapeute adopte un regard positif inconditionnel, il accueille le client sans jugement et sans attente. Une particularité de cette attitude est qu'elle est constante (26). En effet, le thérapeute doit pouvoir adopter cette attitude envers tous les clients, sans exception. Ce qui peut être difficile lorsque le client est négatif et se dévalorise. En plus d'être adopter envers tous les clients, le regard positif inconditionnel implique également qu'elle soit présente tout au long de la relation.

En revanche, comment être sûr que cette attitude est adoptée de la même façon envers tous les clients ?

La dernière dimension de la relation thérapeutique dans l'approche centrée sur la personne est **la congruence**. Selon Carl Rogers la congruence est « le terme que nous avons employé pour indiquer une correspondance exacte entre l'expérience et la prise de conscience » (27). La congruence est donc un état d'accord intérieur en relation avec l'extérieur (25). Elle regroupe deux aspects importants se manifestant sur le plan interne et le plan externe. Sur le plan interne, il s'agit de l'état de congruence d'un individu. C'est-à-dire que la personne est en concordance avec elle-même. Et le plan externe évoque l'authenticité dans la relation qui permet la transparence. Le client attend du thérapeute qu'il soit vrai, fiable et qu'il puisse compter sur lui.

Mais que faire si le thérapeute est incongruent ? Et comment cela peut affecter la relation avec le client ?

Ainsi, pour que les principes de l'approche centrée sur la personne soient efficaces, le thérapeute doit non seulement comprendre ces différentes attitudes mais également les intégrer. Et pour pouvoir les intégrer, il faut que le thérapeute les expérimente.

Cependant, ces trois attitudes doivent-elles être adoptées simultanément ? Si oui, comment le thérapeute peut s'y prendre ? Comment les expériences peuvent permettre au thérapeute d'intégrer ces attitudes ?

Geneviève Odier évoque également l'importance d'acquérir des connaissances sur soi, sur les méthodes thérapeutiques utilisées mais surtout acquérir des connaissances socioculturelles et expérientielles (25). Et ceci dans l'objectif de gagner en liberté intérieure afin d'éviter l'anxiété.

Comment le thérapeute peut faire pour acquérir ces différentes connaissances ?

La pratique de l'approche centrée sur la personne en ergothérapie

« L'ergothérapie est centrée sur la personne et basé sur l'occupation » (4). Plusieurs modèles en ergothérapie sont fondés sur l'approche centrée sur la personne. C'est-à-dire que les ergothérapeutes utilisent cette approche pour établir leurs relations thérapeutiques. En plus de cela, ils se basent sur les occupations de la personne afin de leur proposer une intervention adaptée à leurs besoins.

Afin de mieux comprendre comment cette approche peut être utilisée en ergothérapie, il est désormais intéressant de développer un modèle l'illustrant. Ainsi, le modèle choisi est le modèle du processus d'intervention en ergothérapie (OTIPM). Ce modèle développe le phénomène du processus d'intervention. C'est-à-dire qu'il permet de modéliser et de comprendre le phénomène de la personne, dans un environnement et dans un élan d'occupations. Ainsi, ce modèle est intéressant à étudier car il regroupe les trois phases d'une prise en soin en ergothérapie. A savoir : une phase d'évaluation, une phase d'intervention et enfin une phase de réévaluation.

Modèle de l'OTIPM (The Occupational Therapy Intervention Process Model)

L'OTIPM est un axe principal du modèle de raisonnement global et intégré centré sur l'occupation. Il s'agit d'un modèle de pratique. Il est unique en son genre car il combine un modèle de processus, un modèle conceptuel et un modèle d'intervention en ergothérapie (28).

D'après Anne G. Fisher et Abbey Marterella en 2019, l'OTIPM encourage les ergothérapeutes à utiliser un raisonnement décliné en différentes étapes et surtout centré sur l'occupation. Ce raisonnement centré sur l'occupation s'appuie sur trois croyances fondamentales de l'ergothérapie :

- Les ergothérapeutes considèrent les personnes comme des êtres occupationnels qui peuvent rencontrer des difficultés occupationnelles.
- Les ergothérapeutes reconnaissent l'importance de l'occupation dans la vie des personnes.
- Les ergothérapeutes réfléchissent à la façon dont ils peuvent se centrer sur les occupations dans toutes les phases du processus d'intervention (29).

Il existe une représentation graphique de l'OTIPM regroupant toutes les phases du processus d'intervention en ergothérapie. Cette représentation se compose de trois phases : une phase

d'évaluation et de définition des objectifs, une phase d'intervention et enfin une phase de réévaluation (29).

La phase d'évaluation permet à l'ergothérapeute de recueillir les informations concernant les clients. Ces informations sont indispensables à la compréhension de la relation occupation/contextes situationnels. Il est important de prendre en compte le contexte situationnel car il peut exercer une influence sur la réalisation des occupations. Dans cette phase, l'ergothérapeute et le client vont ensuite établir **les objectifs** centrés sur les occupations du client afin d'améliorer les performances occupationnelles de celui-ci.

Dans **la phase d'intervention**, l'ergothérapeute va se baser sur les objectifs définis avec le client pour choisir un ou plusieurs modèles d'intervention parmi les quatre proposés : modèle de compensation, modèle d'éducation et d'enseignement, modèle d'acquisition pour l'entraînement des habiletés occupationnelles et le modèle de récupération pour améliorer les fonctions corporelles et autres éléments du client. Un cinquième modèle existe et est intitulé modèle mixte. Il regroupe ou moins deux des quatre modèles précédemment cités.

La dernière phase est la **phase de réévaluation**. Dans cette phase, l'ergothérapeute va pouvoir identifier si des changements ont eu lieu dans la performance occupationnelle du client. Mais aussi si les objectifs établis dans la première phase sont atteints. Et si besoin, de nouveaux objectifs vont être établis.

Ainsi dans ce modèle le client est au centre de l'intervention et ce, tout au long du processus d'intervention. Il est acteur de sa prise en soin.

Plusieurs questionnements émergent de cet apport théorique. Tout d'abord, l'utilisation de ce modèle permet-il d'être uniquement d'être centré sur la personne ? L'ergothérapeute peut-il également donner le sens de l'intervention sans que cela se décentre de la personne ? De plus, l'utilisation de l'OTIPM implique une collaboration entre l'ergothérapeute et le client, comment équilibrer cette relation afin que le client participe à l'intervention ? Comment l'impliquer dans la relation ? La mise en place et l'adoption des attitudes (empathie, regard positif inconditionnel et congruence) permet-elle d'impliquer la personne dans la relation ? Faut-il nécessairement adopter ces trois attitudes afin d'être centré sur la personne ? En pratique, les ergothérapeutes utilisent-ils tous l'approche centrée sur la personne ? Quelles peuvent être les différences entre un ergothérapeute utilisant l'approche centrée sur la personne et un autre ergothérapeute ne l'utilisant pas ?

Après avoir approfondi l'approche centrée sur la personne il est désormais nécessaire de développer la notion de compétence culturelle afin d'éclairer la question de recherche.

1.9.2 La compétence culturelle

Plusieurs modèles de compétence culturelle existent actuellement. Ici, deux modèles vont être détaillés : le modèle de Campinha-Bacote (2002) et celui de Munoz (2007).

Compétence culturelle selon Josepha Campinha-Bacote

Josepha Campinha-Bacote est une docteure en soins infirmiers. Elle introduit son modèle comme pouvant être utilisé en tant que cadre afin de développer la mise en œuvre de services de soins adaptés à la culture. Ainsi, ce modèle considère la compétence culturelle comme un processus dans lequel les professionnels de soin continuent d'acquérir et de développer des capacités, en vue de travailler efficacement dans les différents contextes culturels des personnes (30).

Avant de détailler les différents éléments qui composent la compétence culturelle, il est important de prendre connaissances des origines de ce modèle.

Il émerge de l'association de différents domaines étudiés par Campinha-Bacote, à savoir : les soins infirmiers transculturels, l'anthropologie médicale et le conseil multiculturel. Elle base ensuite son modèle sur différentes hypothèses :

- La compétence culturelle est un processus et non un événement ;
- La compétence culturelle est constituée de cinq concepts ;
- Il existe plus de variation au sein d'un groupe ethnique qu'entre deux groupes ethniques différent (ceci est liée aux variations intra-éthiques qui existent) ;
- Il existe une corrélation entre les niveaux de compétence des professionnels de soin et leur capacité à fournir des soins adaptés à la culture ;
- La compétence culturelle est une composante essentielle dans la prestation de service adapté à la culture.

En partant de ces hypothèses, Campinha-Bacote développe cinq concepts qui sont les composantes de ce modèle : la conscience culturelle, la connaissance culturelle, les compétences ou aptitudes culturelles, les rencontres culturelles et le désir culturel (30). **La conscience culturelle** est l'auto-examen et l'exploration approfondie de son propre contexte culturel et professionnel. Ainsi ce concept implique une connaissance de ses préjugés et une reconnaissance de ses propres valeurs qu'elles soient culturelles ou encore professionnelles. Si

le professionnel n'a pas conscience de ses éléments, il prend le risque d'entrer dans l'imposition culturelle. D'après une définition de Madeleine Leininger (1978), l'imposition culturelle est la tendance d'un individu à imposer ses croyances, valeurs et modèles de comportement à une autre culture (31).

Un deuxième concept développé par Campinha-Bacote est la **connaissance culturelle**. C'est le processus de recherche et d'obtention d'une base éducative solide sur les divers groupes culturels et ethniques. Afin d'acquérir cette base solide, le professionnel doit se questionner sur : les croyances en santé, les valeurs culturelles, l'incidence de la prévalence des maladies et enfin l'efficacité des traitements sur les groupes culturels et ethniques.

La conscience culturelle et la connaissance culturelle peuvent-ils permettre d'approfondir les connaissances de l'ergothérapeute sur soi, sur les méthodes thérapeutiques, sur les connaissances socioculturelles et expérientialles requises dans l'approche centrée sur la personne ?

Un troisième concept concerne les **compétences ou aptitudes culturelles**. Cette aptitude désigne la capacité à recueillir les données culturelles pertinentes au sujet des problèmes présentés par le client. Cela désigne aussi la capacité à effectuer des évaluations culturelles et des évaluations physiques adaptées à la culture du client.

La phase d'évaluation de l'OTIPM peut-il développer les aptitudes culturelles ?

Le concept suivant concerne les **rencontres culturelles**. D'après Campinha-Bacote, la rencontre culturelle est le processus qui va permettre d'encourager les professionnels de soin à vraiment s'engager dans les interactions interculturelles. S'engager dans ses interactions permet tout d'abord de modifier les croyances conçues envers les groupes culturels différents. Mais aussi d'éviter la création de stéréotypes envers ces groupes. Campinha-Bacote met en avant, l'importance d'avoir conscience que les personnes avec lesquelles les interactions se font, ne sont pas représentatifs du groupe entier. Ce phénomène s'explique notamment par les variations inter-ethniques qui existent. Les rencontres culturelles impliquent également une évaluation des besoins linguistiques du client. A ce sujet, Campinha-Bacote exprime la nécessité de faire appel à un interprète officiellement formé et ainsi éviter les interprètes comme les amis ou les membres de la famille car la collecte de donnée peut être erronée et/ou inexacte.

La dernière composante de ce modèle concerne le **désir culturel**. Cette composante regroupe la motivation et le désir réel du professionnel de soin à vouloir s'engager dans le processus afin

de devenir culturellement compétent. Ainsi, le désir culturel comprend une véritable passion pour le professionnel. Cela nécessite d'être prêt à apprendre des différences des autres.

Ainsi, ces concepts sont interdépendants entre eux. Il est nécessaire d'aborder ou d'expérimenter les cinq concepts. L'intégration culturelle provient de l'intersection de ces cinq compétences. Au plus la zone d'intersection s'élargit et au plus les professionnels de soin vont intérioriser le phénomène (cf. figure 1) (30).

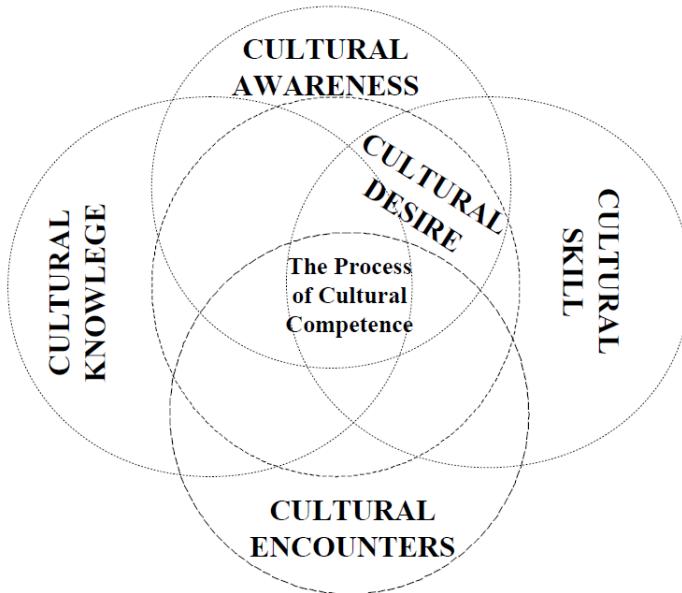


Figure 1 : Le processus de compétence culturelle dans la prestation de services de soins de santé

Campinha-Bacote a donc développé ce modèle pour tous les domaines de pratiques y compris les domaines de recherches sensibles à la culture.

Compétence culturelle selon Jaime Phillip Munoz

Un autre modèle de compétence culturelle a été développé par Jaime Phillip Munoz en 2007 (32). Dans ce modèle, les soins adaptés à la culture sont également représentés comme l'interaction de cinq éléments qui sont interdépendants entre eux (cf. figure 2). Ces cinq éléments sont les mêmes que ceux du modèle de Josepha Campinha-Bacote. A savoir : la génération de connaissance, la construction d'une conscience culturelle, l'application des compétences culturelles, l'engagement d'autres personnes de cultures diverses et l'exploration du multiculturalisme (32).

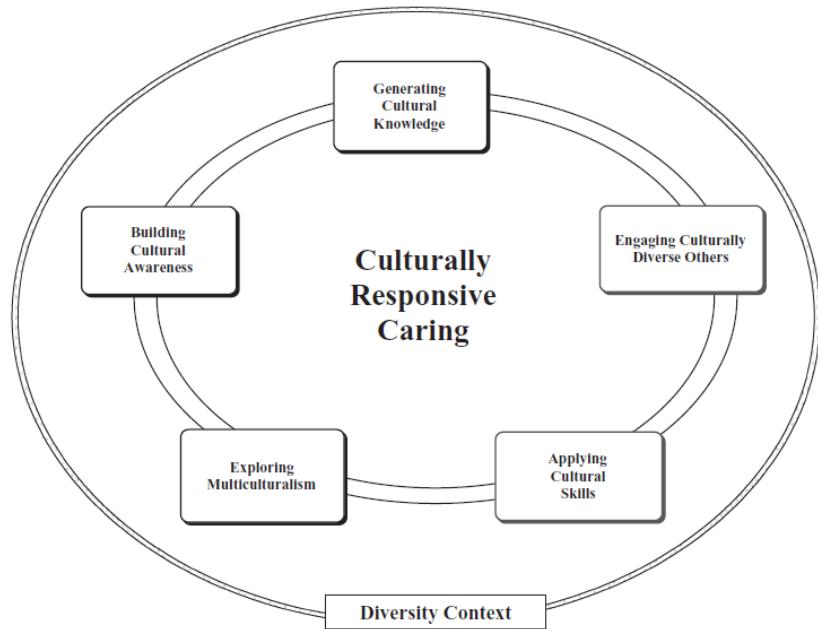


Figure 2: Les catégories centrales de la prise en charge adaptée à la culture

Générer des connaissances culturelles est un processus qui permet de mieux comprendre les visions du monde des clients de différents groupes culturels. Ceci engendre un élargissement des bases de connaissances qui vont les aider à comprendre les clients culturellement divers. Ce processus consiste notamment à interroger les clients et à s'intéresser à leur différentes cultures.

Construire une conscience culturelle implique d'établir une réflexion sur sa propre identité culturelle et sur ses préjugés. Dans ce concept, il en ressort l'importance de se connaître soi-même en tant qu'être culturel à des soins culturellement compétents avec leurs clients.

Application des compétences culturelles se manifeste dans les stratégies utilisées dans l'évaluation et l'intervention. Plusieurs exemples ont été recensés par Munoz comme le fait d'effectuer des évaluations culturelles, créer des récits culturels ou encore utiliser des compétences interpersonnelles pour démontrer un respect pour la culture des clients. Entreprendre une des méthodes citées permet de mieux comprendre les modes de vie et les perspectives culturelles des clients.

Engager d'autres personnes de cultures diverses consiste à favoriser les rencontres avec des populations culturellement diverses et cela que ce soit dans un contexte personnel ou professionnel. Ces rencontres permettent de développer leur sensibilité culturelle mais aussi

d'affiner leurs compétences culturelle et d'enrichir leurs connaissances culturelles. Ces rencontres peuvent parfois être source de conflit. Ils permettent ensuite d'en tirer les leçons et d'y apporter des réflexions.

Explorer le multiculturalisme est un processus de réflexion qui met en évidence la volonté des praticiens à vouloir élargir leur compréhension culturelle. Il s'agit, ici, d'un acte intentionnel qui inclut un engagement du praticien à aborder et à inclure la culture dans la pratique, afin de fournir une meilleure prise en soin.

Les attitudes retrouvées dans l'approche centrée sur la personne peuvent-elle favoriser l'exploration du multiculturalisme ?

Une autre composante importante est le **contexte de la diversité**. Il s'agit d'une composante contextuelle qui reconnaît les facteurs environnementaux comme influenceurs d'expériences en matière de prestation de soins adaptés à la culture. Les deux principaux facteurs sont : la présence ou non d'un personnel de santé diversifié et la nature du soutien institutionnel pour fournir des soins culturellement compétents.

Ainsi, il est remarquable que le modèle de Campinha-Bacote et celui de Munoz se retrouvent sur les mêmes composantes à savoir les connaissances culturelle, la conscience culturelle, les compétences culturelles, les rencontres culturelles et le désir culturel. La composante de la diversité présente chez Munoz vient compléter le modèle de Campinha-Bacote.

Plusieurs questionnements ressortent à la suite de ce développement théorique. Tout d'abord, comment identifier les différentes composantes de la compétence culturelle dans la pratique ? Est-il possible de les évaluer ? Les deux auteurs évoquent l'importance d'une prise de conscience de leur culture, mais comment se met-elle en place ? Et puis en quoi la prise de conscience des préjugés et des croyances impact sur l'acquisition de la compétence culturelle ? De plus comment l'ergothérapeute développe ses connaissances sur les cultures ? D'après Munoz, explorer le multiculturalisme est un acte intentionnel, comment peut se répercuter l'inappétence de l'ergothérapeute à effectuer cet engagement ? De plus, le contexte de la diversité met en avant l'influence de l'environnement mais en quoi peut-il influer sur la construction de cette compétence ? Et plus précisément, quel rôle peut jouer la structure institutionnelle dans la délivrance de soins adaptés à la culture ?

Geneviève Odier évoque l'importances d'acquérir des connaissances sur soi afin de gagner en liberté intérieure. Cet aspect correspond-il à la prise de conscience que nécessite la compétence

culturelle ? Et puis pourquoi faudrait-il posséder des connaissances sur soi pour utiliser l'approche centrée sur la personne ?

De surcroit, l'utilisation de l'approche centrée sur la personne nécessite un travail a effectué en amont sur soi. Ce travail peut-il favoriser la prise de conscience culturelle ? Et la connaissance culturelle ? Par ailleurs, l'approche centrée sur la personne permet de placer le client au centre de la prise en soin mais permet-elle de prendre en compte la culture des personnes ? De plus l'adoption des attitudes de l'approche centrée sur la personnes peuvent-elle permettre de développer la compétence culturelle de l'ergothérapeute ? Et puis, l'OTIPM peut-il permettre de considérer la culture des personnes ?

Ainsi, de façon plus général, que peut apporter la considération de la culture dans les prises en soins ? Et puis comment l'ergothérapeute peut acquérir et/ou développer sa compétence culturelle dans les établissement médico-sociaux ? De plus, l'utilisation de l'approche centrée sur la personne dans ces établissements peut-il permettre une prise de conscience de l'ergothérapeute ? Et cette prise de conscience culturelle permet-elle une prise en compte de la culture de la personne ? Enfin l'utilisation de l'approche centrée sur la personne peut-elle permettre à l'ergothérapeute de considérer la culture des résidents ?

1.10 Question et objet de recherche

A la suite de l'analyse de ses deux concepts, la question de recherche qui en ressort est :

Comment l'utilisation de l'approche centrée sur la personne, dans les établissement médico-sociaux, peut développer la compétence culturelle de l'ergothérapeute ?

L'objet de recherche est :

Comprendre le développement de la compétence culturelle d'un ergothérapeute utilisant l'approche centrée sur la personne dans sa pratique, dans un établissement médico-social.

2 Matériel et Méthode

2.1 Choix de la méthode

Après avoir défini une question et un objet de recherche, une méthode de recherche est ensuite choisie. L'objet de recherche s'intéresse au phénomène de la compétence culturelle et de comment celle-ci se développe chez les ergothérapeutes. Ainsi, une approche qualitative est la plus adaptée car elle permet d'appréhender « des phénomènes, de chercher à les comprendre et à expliquer leur impact sur les façons de faire et de penser des populations » (33). Un autre objectif de cette approche est de pouvoir éclairer des phénomènes sociaux « afin de limiter les inductions, les prénotions ou préjugés que tout être humain possède lorsqu'il va à la rencontre d'autres personnes » (33). Cette approche implique de recueillir des données en interagissant avec les individus. Ainsi, l'approche qualitative semble la plus adaptée à l'objet de recherche.

2.2 Population ciblée

Afin d'étudier le phénomène, des ergothérapeutes vont être interrogés. Dans cette recherche, il est question de comprendre le développement de la compétence culturelle chez les ergothérapeutes. C'est pourquoi, il n'est pas nécessaire d'avoir un grand nombre de participants car le chercheur ne pourra analyser en profondeur les données. En revanche une analyse en profondeur pourra être faite si le chercheur se centre sur quelques ergothérapeutes. Se limiter à un petit nombre de participants permettra également de croiser les données recueillies (33)

Des critères d'inclusions sont établis. Les ergothérapeutes interrogés doivent être diplômé d'état. Ils doivent travailler ou avoir travaillé dans un établissement médico-social pour adultes ou personnes âgées. Et enfin, ils doivent adopter une approche centrée sur la personne. Ainsi sont exclus de la recherche, les ergothérapeutes non diplômés d'état, n'ayant pas travaillé dans un établissement médico-social, qui travaillent auprès d'enfants et qui n'adoptent pas une approche centrée sur la personne.

2.3 Site d'exploration

Les entretiens seront réalisés auprès d'ergothérapeutes exerçants ou ayant exercé dans un établissement médico-social.

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

2.4.1 Choix de l'outil

Dans l'approche qualitative, se présente différentes méthodes de recherches. Le questionnaire a été exclu car il ne permet pas d'aller en profondeur du phénomène. En effet, le chercheur ne peut interagir avec le participant pour approfondir certains aspects. Les observations ont

également été exclus car elles ne permettent pas de comprendre le phénomène étudié. En effet, cette méthode est basée « à partir du regard porté sur une situation » (34). Ainsi, le chercheur observe les pratiques en prenant des notes. Ce qui ne permet pas d'explorer les phénomènes en profondeur.

Ainsi, l'entretien individuel semble être l'outil de recueil de données la plus pertinente au vue de l'objet de recherche (34). L'entretien dirigé, n'est pas adapté à l'objet de recherche. En effet, il ne permet pas d'approfondir un sujet car il est constitué d'une succession de questions fermées (33). L'entretien non dirigé, aussi appelé entretien libre a été exclu car le chercheur prend le risque de dévier de la problématique initiale. Par conséquent, c'est l'entretien semi dirigé qui a été retenu. En effet, cet outil permet de poser des questions ouvertes et ainsi approfondir certains aspects, tout en ayant un guide (35). Le chercheur prépare à l'avance un guide d'entretien, aussi appeler matrice d'écoute, dans lequel chaque thème est abordé durant l'entretien.

Cet outil présente plusieurs avantages. Tous d'abord, il permet d'obtenir des réponses plus spontanées car une vraie discussion peut avoir lieu (33). Il permet également d'obtenir des réponses plus riches et plus nuancées. Cet outil, explore le ressenti, les sentiments, les impressions, les attitudes et les opinions des participants. Ainsi, le chercheur, peut aborder des sujets plus délicats et plus personnels.

Cependant, l'outil présente également plusieurs inconvénients. Il nécessite avant tout de le connaître et de bien le maîtriser. De plus, il s'agit d'un outil qui demande une réactivité maximale du chercheur. L'attitude de l'interviewer peut également affecter la validité des réponses. Et enfin, il s'agit d'un outil qui demande du temps et où la prise de note est difficile.

2.4.2 Biais de l'outil

Il est désormais important d'identifier les biais qui peuvent exister dans l'entretien semi directif afin d'élaborer des stratégies pour les atténuer.

Il existe tout d'abord un biais de sélection. En effet, l'entretien semi directif est un outil qualitatif. Il ne nécessite pas un grand nombre de participant. Ainsi, il est important de bien sélectionner les participants selon les critères d'inclusions et d'exclusions pré établies afin de limiter ce biais. Le biais méthodologique peut également être présent. En effet, il est important de maîtriser l'entretien afin que celui-ci soit bien mené par le chercheur. Prendre le temps d'organiser ses entretiens mais aussi de voir la formulation des questions permet d'atténuer ce biais (24). Il existe également un biais affectif, c'est-à-dire relatif à nos sentiments et à nos

émotions. Ce biais peut engendrer une interaction entre les émotions et le jugement moral. Pour atténuer ce biais, le chercheur se doit de prendre conscience de ses émotions au moment du recueil d'informations afin d'y porter un regard, le plus objectif possible (24). De plus, un biais de désirabilité sociale peut être observé. En effet, les participants peuvent se montrer sous une autre facette que celle dans laquelle ils sont habituellement. Ceci peut être causé par le fait qu'ils sont sujets d'intérêts pour le chercheur. Ainsi, le chercheur se doit de multiplier les entretiens avec différentes personnes afin d'avoir des points de vue variés (24). Un autre biais possible est celui de confirmation. Ce biais concerne le chercheur et sa capacité à privilégier les informations qui vont aller dans le sens de ses hypothèses et de ses idées préconçues. C'est pourquoi, il est important que le chercheur se remette en question. Mais aussi qu'il privilégie des phrases et des questions préparées en amont afin d'éviter des questions orientées vers ses hypothèses (24).

2.4.3 Construction de l'outil théorisé

Après avoir choisi l'outil de recueil de donnée et avoir pris connaissance des biais possibles, il est désormais nécessaire de construire l'outil. Pour cela, une matrice d'entretien a été réalisé (cf. annexe 7).

Des fiches de renseignements ont également été complétées à la suite de l'entretien, par les participants afin de recueillir des informations complémentaires (cf. annexe 8). Ces informations pourront être utilisées pour faire des liens avec leur discours.

2.5 Déroulement de la recherche

2.5.1 Test du dispositif de recherche

Après avoir réalisé la matrice d'entretien, l'outil doit ensuite être testé auprès de la population ciblée. En effet, tester l'outil permet de voir si les questions posées sont claires et compréhensibles. Mais aussi de revoir la posture du chercheur si besoin.

Ainsi, un entretien test a été réalisé auprès d'un ergothérapeute. A la suite du test, les questions de relances ont pu être revu et adaptée afin qu'elles puissent être plus compréhensibles. Le chercheur a également pu modifier et adapter sa posture.

2.5.2 Passation des entretiens

Un appel à entretien a été envoyé par mail (cf. annexe 9) afin de trouver des participants à l'étude. Après avoir obtenues des retours des ergothérapeutes, des créneaux ont ensuite été convenus.

Avant de commencer, l'enquêteur introduit l'entretien en rappelant que celui-ci est dans le cadre d'un mémoire de recherche. Il rappelle aussi le thème du mémoire et les objectifs de l'entretien. L'enquêteur recueille le consentement du participant et l'informe sur différents éléments notamment le respect de l'anonymat, la confidentialité des informations personnelles et des données. Le participant est aussi informé de l'enregistrement de l'entretien et que celui-ci sera utilisé uniquement dans le cadre du mémoire. Les participants sont informés de leur droit de refuser de répondre à certaines questions et/ ou de se rétracter durant l'entretien, conformément à la Loi Jardé qui protège les personnes interrogées. Puis l'entretien débute.

Deux ergothérapeutes ont répondu favorablement à l'appel à entretien. Les deux ergothérapeutes entraient dans les critères d'inclusions de l'étude et ont donc été retenu. La passation des entretiens a été faite par téléphone pour des raisons de praticité. A la fin de l'appel téléphonique, les fiches de renseignement ont été envoyé par mail aux participants.

2.6 **Choix des outils de traitement des données**

Un dictaphone est utilisé afin d'enregistrer les entretiens avant d'être retranscrits. A la fin de la retranscription, les données recueillies sont analysées selon une approche thématique. Cette méthode consiste à catégoriser les éléments de l'entretien afin de créer une grille d'analyse (36) . Cette grille a été créé et est disponible en annexe (cf. annexe 10).

D'autres analyses textuelles existent. Cependant l'analyse textuelle par thème permet de capturer les données importantes en lien avec la question de recherche. Afin de ne pas interpréter les résultats selon le chercheur, le choix d'utiliser les thèmes préétablis dans la matrice d'entretien a été fait. En effet, celui-ci a permis de maintenir le chercheur dans la description des discours et non dans l'interprétation du contenu.

3 Résultats

Afin de faciliter la compréhension, les ergothérapeutes seront nommés « E ». Ainsi, le premier ergothérapeute interviewé sera nommé « E1 » et le deuxième ergothérapeute interviewé sera nommé « E2 ».

Afin d'analyser les résultats, une analyse thématique divisée en deux parties est effectuée :

- Une analyse verticale qui permet de mettre en lien le discours des deux ergothérapeutes en fonction des thèmes pré établies.
- Une analyse horizontale qui permet par la suite d'approfondir de manière individuelle le discours des ergothérapeutes.

3.1 Présentation des personnes interrogées

3.1.1 Ergothérapeute 1

Le premier ergothérapeute est nommé E1. Il s'agit d'un homme âgé de 46 ans. Il a obtenu son diplôme en 2012. Il travaille dans une FAM⁸ et dans une MAS⁹ depuis 9 ans. Avant cela, E1 a travaillé dans un CRRF¹⁰, dans un SAVS¹¹-SAMSAH¹², en libéral et en psychiatrie.

3.1.2 Ergothérapeute 2

La deuxième ergothérapeute est nommée E2. Il s'agit d'une femme âgée de 23 ans. Elle a obtenu son diplôme en 2021. E2 travaille dans une MAS depuis 9 mois. Elle n'a travaillé dans aucune autre structure depuis l'obtention de son diplôme. En revanche, elle a effectué des stages. Ce qui lui permet de comparer la pratique de l'ergothérapeute dans différents établissement.

3.2 Analyse verticale

Une analyse verticale est effectuée afin de comparer les deux discours des ergothérapeutes. Cette comparaison se fait par rapport aux thèmes abordés lors des entretiens (33). A savoir : la pratique de l'ergothérapeute, l'approche centrée sur la personne et le développement de la compétence culturelle à travers l'approche centrée sur la personne.

⁸ FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

⁹ MAS : Maison d'Accueil Spécialisé

¹⁰ CRRF : Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle

¹¹ SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

¹² SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapés

3.2.1 Pratique de l'ergothérapeute et compétence culturelle

➤ **Evaluation des habitudes de vies des personnes de cultures diverses**

Les deux ergothérapeutes interrogés évaluent les habitudes de vie des personnes de cultures différentes. Pour E1, cette évaluation se fait à travers un outil : le profil occupationnel. En effet, pour lui cet outil lui permet de considérer la personne dans ce qu'elle est afin de pouvoir l'accompagner au mieux (E1, L31-36). E1 utilise l'outil généralement en début de prise en soin.

En revanche pour E2, elle utilise différents moyens afin de recueillir les informations dont elle a besoin : temps d'échanges avec les résidents (E2, L68-69), temps d'échanges avec les autres salariés (E2, L77-78) et observations (E2, L80-82). Les deux ergothérapeutes trouvent important le fait de connaître les résidents afin de leur offrir un accompagnement adapté en fonction de ce qu'est la personne, de ses envies et de ses besoins (E1, L36 ; E2, L72-73).

➤ **Intégration de la culture dans l'accompagnement des personnes de cultures diverses**

Ainsi, les deux ergothérapeutes partent des envies et des besoins de la personne (E1, L50-51 ; E2, L95-100). De ce fait, les deux ergothérapeutes intègrent la culture des résidents dans leur prise en soin. E1 se base sur ses connaissances sur la personnes, sur ses croyances, sur son mode sociale, afin de comprendre ce à quoi elle aspire.

Pour E2, du fait que la demande émane du résident, la culture est par conséquent intégrer dans l'accompagnement. Par la suite E2, met en place des mises en situations écologiques. Pour cela, elle s'entretien avec le résident afin de comprendre dans quel contexte le résident souhaite faire tel ou tel occupation afin qu'il puisse se rapprocher le plus possible de l'environnement de la personne.

Un autre aspect abordé par les deux ergothérapeutes est celle de travail en équipe. Pour les deux ergothérapeutes, la considération de la culture des résidents passe par le travail en équipe (E1, L70-71 ; E2, L136-1371). Pour E1, le travail en équipe permet de réfléchir ensemble et de proposer des solutions afin de considérer la culture des personnes (E1, L70-73). Pour E2, les échanges qui se font entre les professionnels sont importants. En effet, E2 estime ne pas connaître aussi bien les résidents qu'une aide-soignante par exemple. Et ceci est lié au fait qu'E2 n'est pas, en permanence, présente dans l'établissement. Ainsi, les échanges entre professionnels deviennent primordiaux afin de mieux connaître les résidents (E2, L143-148).

Un dernier aspect évoqué par les ergothérapeutes sur l'intégration de la culture des résidents dans l'accompagnement est le projet individualisé. Ce projet est fait chaque année à chaque résident afin de faire le point sur les besoins, les envies et les souhaits du résident. Ainsi, ce projet permet de comprendre la personne et ses habitudes de vie. Ce qui permet ainsi d'intégrer la culture du résident dans l'accompagnement (E1, L63 ; E2, L214-219).

➤ **La place de l'institution médico-sociale dans l'intégration de la culture dans l'accompagnement**

Généralement, pour les deux ergothérapeutes, la structure est un frein à l'intégration de la culture dans l'accompagnement. Pour E1, la France à une culture catholique, c'est pour cela qu'il est difficile d'ouvrir les institutions à d'autres cultures religieuses (E1, L58-60). A ce sujet-là, E2 pense que cet aspect relève de la politique de l'établissement et de comment celle-ci va se positionner là-dessus (E2, L369-371). Les deux ergothérapeutes ont utilisé comme l'exemple la religion musulmane. Les deux établissements prennent en compte la religion et propose ainsi aux résidents des repas adaptés. Cependant E1 pense que le résident musulman ne devrait pas manger que du poisson et des œufs mais que l'institution devrait fournir de la viande halal (E1, L64-65). Cette « bataille » (E1, L67) contre l'institution se fait en équipe. En effet, E1 et les autres professionnels de l'établissement ont conscience de cet aspect-là et essaie de faire évoluer les choses (E1, L67-68, L72-73).

Un autre frein à la prise en compte de la culture dans l'accompagnement est le manque d'effectif dans les structures. E2 travaille seule. Elle estime ne pas forcément avoir le temps de proposer ce qu'elle veut afin d'intégrer la culture des résidents (E2, L118-119). De plus ce manque d'effectif implique qu'E2 sorte parfois de sa fiche de poste (E2, L142). En effet, elle dit ressentir avoir un mi-temps en temps qu'ergothérapeute et un mi-temps kinésithérapeute/AES¹³/travail en équipe (E2, L153-154).

3.2.2 L'approche centrée sur la personne

➤ **Utilité de l'approche centrée sur la personne**

Pour les deux ergothérapeutes, il est important d'avoir une approche centrée sur la personne avec le résident (E1, L139 ; E2, L285-286). De ce fait, les deux ergothérapeutes adoptent à leur façon une approche centrée sur la personne. Pour E1, le fait d'utiliser le profil occupationnel lui permet d'être centré sur la personne. Et cet outil permet de comprendre le fonctionnement

¹³ AES : Accompagnant Educatif et Social

réel du résident et donc de comprendre ce qu'elle est, ce qu'elle pense, ce dont elle a besoin de façon rapide et exhaustive (E1, L83-85).

Pour E2, c'est aussi important d'avoir des retours sur ce qui est proposé afin de pouvoir identifier si cela convient aux résidents (E2, L319-321).

Les deux ergothérapeutes comparent la pratique en centre de rééducation à la pratique en établissement médico-social : pour les deux professionnels, la pratique n'est pas la même que dans un établissement médico-social. E2 a une image du centre de rééducation dans laquelle la personne arrive et est submergée de test (E2, L93-95). Pour E1, en centre de rééducation, l'ergothérapeute travaille sur la fonction.

Ces deux éléments font que le centre de rééducation ne considère pas la personne dans ce qu'elle est et comment elle évolue (E1, L122-124 ; L134-137).

➤ Frein à l'utilisation de cette approche

E2 exprime des barrières rencontrés dans l'utilisation de l'approche centrée sur la personne. Tous d'abord, elle exprime rencontrer des difficultés en fonction des résidents. E2 travaille avec des personnes atteintes de paralysie cérébrale, et pour elle, c'est parfois compliqué d'identifier ce que les personnes veulent ou pas. Parfois, les personnes n'ont pas de besoins ou d'envies ou alors elles ne savent pas les exprimer (E2, L227-233). De plus, ces personnes vont être influençables que ce soit par l'environnement physique ou encore social (E2, L233-234). Il arrive, à E2, d'avoir des résidents qui veulent faire tel ou tel activité parce qu'ils ont vu le voisin de chambre faire l'activité en question. Ou alors, ils ont entendu des professionnels en parler dans l'établissement (E2, L246-249). De plus cette imitation est aussi visible auprès de l'environnement familiale. En effet, E2 a eu à faire à un résident qui veut se convertir à la religion islamique car son frère s'est converti. Ainsi, E2 se questionne. En effet, elle veut accompagner la personne dans ses occupations mais dans quelle mesure cette occupation est aussi influencée par autrui ? (E2, L252-253).

3.2.3 Développement de la compétence culturelle à travers l'approche centrée sur la personne
 E1 affirme que l'approche centrée sur la personne permet d'apprendre des éléments sur le fonctionnement humain, sur la relation à l'autre, sur ses croyances. L'approche centrée sur la personne permet à E1 d'être plus ouvert au monde (E1, L143-1451).

Pour E2, il est important de s'intéresser à autres choses que nos vies personnels pour pouvoir s'ouvrir et pouvoir mieux comprendre les personnes (E2, L179-181). En effet, E2 exprime que

les habitudes de vie de l'ergothérapeute ainsi, que sa curiosité, influencent l'accompagnement et la prise en compte de la culture des résidents (E2, L162-165).

3.3 Analyse horizontale

Après l'analyse verticale, une analyse horizontale est désormais effectuée. Celle-ci analyse le discours de chaque participant.

3.3.1 Ergothérapeute 1

E1 travaille seul dans deux structures différentes : une MAS et une FAM. Ses principales missions sont la recherche du confort des résidents à travers le positionnement ainsi que la recherche d'une autonomie. Dans sa pratique, E1 considère la personne dans ce qu'elle est afin de l'accompagner au mieux. Pour lui, un ergothérapeute doit être sensible à la culture de la personne et à son histoire de vie (L31-33). Afin de mieux considérer la personne, E1 se base sur le modèle de l'occupation humaine et utilise comme outil le profil occupationnel. Il utilise cet outil en début de relation avec la personne afin de définir qui elle est, son fonctionnement mais aussi de prendre connaissance de son mode de vie (L439-41). Le profil occupationnel est rapide d'utilisation (1h/1h30) et est exhaustif (L85). Après avoir pris connaissance de ses informations, E1 se renseigne sur ses souhaits et ses attentes pour pouvoir lui proposer des actions à mettre en place (L50-51). Le profil occupationnel permet à E1 d'argumenter avec objectivité et avec réalisme la situation d'une personne (L80-81). C'est-à-dire argumenter et objectiver sur ce qu'est la personne, sur ce qu'elle pense et sur ce dont elle a besoin (L84-85).

E1 exprime qu'il est plus compliqué de recueillir les informations auprès de la famille. Cette étape est importante surtout quand cela concerne un non communicant. Un non communicant va plutôt établir une relation sensorielle. Ainsi, la récolte d'informations va être plus long car il va falloir s'orienter vers les bonnes personnes : par exemple les parents, les frères et sœurs pour avoir des informations sur l'enfance et l'épouse pour avoir des données plus récentes (L92-94). La démarche est plus longue auprès des familles et il y a des manques dans les informations recueillies (L92-100).

Il est parfois compliqué, au niveau institutionnel, de considérer la culture de la personne. En effet, pour E1 la France a une culture catholique qui empêche les institutions de s'ouvrir à d'autres cultures (L58-59). Ce qui représente un frein à la prise en compte de la culture de la personne. Cependant, E1 et les autres professionnels de l'établissement essayent de faire évoluer cela même si c'est compliqué car, pour lui, la culture catholique est ancrée dans les concepts (L67-68 ; L57-58).

Un autre aspect important qu'évoque E1 est celui de ne pas être centré sur la personne. Pour lui, ne pas avoir une approche centrée sur la personne ne permet pas de prendre en considération ce qu'est la personne, sa culture et comment elle évolue dans son environnement (L135-139). E1 compare les établissements médico-sociaux aux centres de rééducation : les centres de rééducation sont axés sur la compétence et sur la biomécanique ce qui restreint la personne à une fonction déficiente et « *Travailler sur la compétence, c'est oublier la personne* » (L123).

E1 adopte une approche centrée sur la personne. Cela lui permet « *d'apprendre beaucoup de chose sur le fonctionnement humain* » mais aussi sur les relations, les croyances. Cela lui permet d'être plus ouvert au monde (L143-145).

3.3.2 Ergothérapeute 2

E2 travaille seule dans une MAS. Elle travaille beaucoup en collaboration avec les autres professionnels mais surtout avec la kinésithérapeute (L22). Ses principales missions dans la structures sont : le positionnement, adaptation, mise en place d'aides techniques pour les activités de la vie quotidienne, projet dans la communication alternative, recherche d'autonomie dans les soins personnels, séances de groupes (L26-29 ; L32-33 ; L36-37 ; L40).

E2 estime que les résidents en MAS ont déjà leurs habitudes de vie en institution. En effet, pour les adultes atteints de paralysie cérébrale, la plupart était déjà en institution pour enfant. De plus, les habitudes de vie d'une personne en institution ne sont pas les mêmes que celle d'une personne au domicile (L59-60).

Pour évaluer les habitudes de vies des résidents, E2 favorise les échanges avec les résidents et pas seulement sur des temps formels. Cependant ces échanges ne suffisent pas. E2 discutent aussi avec les autres professionnels de santé. En effet, pour elle, certains professionnels sont là depuis des années, ce qui fait qu'ils connaissent bien les résidents. Ainsi, ils sont à même de parler de leurs habitudes de vie (L75-78). L'observation est aussi utilisée par E2. Elle passe souvent dans les chambres afin d'observer les résidents faire leurs activités dans leur milieu écologique (L80-82). Le fait de prendre connaissances des habitudes de vie des résidents permet ensuite de mieux percevoir leur culture et quel sens les résidents mettent à leurs activités (L72-73). De plus discuter avec les résidents permet d'en ressortir leurs besoins et leurs demandes. Ce qui permet ensuite de pouvoir les accompagner en étant centré sur ce qu'ils souhaitent. Pour E2, il est important d'avoir une approche centrée sur le résident et de ne pas faire à la place des résidents dans l'accompagnement (L285-286). Chaque année des projets individualisés sont faits pour chaque résident. Ce projet permet de faire le point sur l'accompagnement proposé au

résident et de pouvoir recueillir ses besoins et ses envies sur l'année suivante (L214-217). Et enfin, pour accompagner les résidents de culture différente, E2 met l'accent sur le travail d'équipe. Pour elle l'intégration de la culture des résidents passe par le travail en équipe (L136-137). Celui-ci est important, notamment car les autres professionnels peuvent percevoir des éléments ou des problématiques dont l'ergothérapeute ignore l'existence (L144-146). Le fait de centré tout les éléments d'un résident permet ensuite de mieux le connaître et ainsi d'avoir une approche centrée sur le résident et de ce fait de pouvoir intégrer sa culture dans l'accompagnement. Ainsi, E2 estime que les autres professionnels sont de vraies ressources mais qui ne sont pas assez exploités (L147-148).

Cependant la prise en compte de la culture est parfois compliquée du fait de la population à laquelle l'ergothérapeute s'adresse (L227). En effet, en fonction du public, notamment avec les personnes atteintes de paralysie cérébrale, il est parfois difficile d'identifier ce qu'ils veulent (L228). Ce qui est un frein à la prise en compte de la culture dans l'accompagnement. Les résidents en institution sont influencés par leur environnement. Ainsi, E2 se retrouve en difficulté face à certaines demandes car elle ne sait pas si ces demandes proviennent du résident ou de son environnement (L241-243). Ainsi, l'implication de la famille dans l'accompagnement peut aider à comprendre la personne (L351-353). En effet, pour E2, la culture des personnes est aussi en lien avec leur famille surtout quand ils viennent du domicile (L354-357).

Un autre frein à la prise en compte de la culture dans l'accompagnement concerne l'établissement. E2 est la seule ergothérapeute pour 50 résidents. Ainsi, elle n'a pas forcément le temps de proposer ce qu'elle voudrait en ergothérapie (L109-110). Il y a un manque d'effectif dans la structure. Ce qui ne permet pas à E2 d'intégrer la culture des personnes (L118-119). De plus, E2 évoque un « turn over¹⁴ » au niveau des salariés. Ce qui implique l'arrivée de nouveaux salariés qui ne connaissent pas les résidents. Ainsi, les résidents sont perturbés et l'accompagnement qui leur est proposé n'est pas optimal (L305-313).

Et enfin, E2 évoque aussi la culture religieuse des résidents. Pour elle, la prise en compte de celle-ci dépend de la politique de l'établissement et de comment elle se positionne par rapport à ça (L370-371).

Un dernier aspect qu'évoque E2 concerne l'ergothérapeute. Pour elle, la curiosité ainsi que les habitudes de vie de l'ergothérapeute influencent l'accompagnement proposé aux résidents (L162-165). En effet, l'ergothérapeute partage une passion commune avec un résident, elle sera

¹⁴ Turn over : Taux de renouvellement du personnel d'une entreprise.

plus apte à comprendre et à aborder l'occupation (L169-173). En revanche, s'il s'agit d'une occupation qui ne parle pas à l'ergothérapeute, celle-ci sera plus en difficulté pour comprendre l'occupation et pourquoi et comment la personne souhaite faire l'occupation (L174-177). Ainsi, E2 estime qu'il est important de s'intéresser pour pouvoir s'ouvrir et ainsi pouvoir comprendre les personnes (L179-181). E2 n'a pas le souvenir d'avoir entendu le mot culture dans l'accompagnements lors de sa formation initiale (L194-196). C'est pour cela qu'elle a demandé de redéfinir le mot culture au début de l'entretien (L200-201). Pour E2, il est important de former les ergothérapeutes à prendre en compte la culture des personnes dans leur accompagnement (L205-206). Ce qui, pour elle, est commencé dans la formation en ergothérapie auprès des étudiants (L204-205).

4 Discussion

4.1 Interprétation des résultats

Au vu des résultats obtenues, il est désormais pertinent d'interpréter les résultats selon deux points de vue différents : selon la revue de littérature puis selon le cadre conceptuel.

4.1.1 Interprétation selon la revue de littérature

Dans la revue de littérature, Emmanuelle Jasmin a évoqué l'importance d'adopter une pratique centrée sur la personne afin de pouvoir proposer des interventions adaptées aux personnes. Cet aspect corrobore avec les résultats obtenus avec E1 et E2 qui tous deux utilisent une approche centrée sur la personne dans leur quotidien. De plus, la revue de littérature a mis en évidence des difficultés que peuvent rencontrer les ergothérapeutes lorsqu'ils sont confrontés à des personnes de culture différentes. E1 et E2 se sentent directement en difficultés face à cela. E2 exprime rencontrer des difficultés face aux résidents. En revanche, ce n'est pas le seul frein. En effet, elle exprime ressentir des freins au niveau institutionnel. Ce point-là est également abordé par E1 qui essaie, avec les autres professionnels de l'établissement de faire évoluer les choses.

En revanche E1 et E2 sont tous deux d'accord sur le fait qu'il est nécessaire de s'intéresser et s'ouvrir à autrui pour comprendre la personne (E, L144-145 ; E2, L179-181). Cet aspect a été abordé dans la revue de littérature. En effet, d'après Emmanuelle Jasmin, il est important de se décenter de soi afin de pouvoir comprendre la culture de l'autre (15). Pour cela, Pérez et al ont évoqué le besoin d'un outil pour prendre connaissance des cultures des personnes. Ceci a été retrouvé dans le discours de E1 qui lui utilise le profil occupationnel afin de recueillir toutes les informations relatives à son histoires de vie, à ses habitudes de vie et à sa culture (E1, L31-32). En revanche E2 passe essentiellement par des échanges et des observations.

Terri Awaad évoque l'existence d'une prise de conscience culturelle. Ainsi, il est important de prêter attention mais aussi d'être conscient de son contexte culturel afin d'identifier les éléments qui pourraient influencer la pratique du professionnelle. E1 confirme cela dans son discours (E1, L164-165).

Selon Trinkoff, il serait pertinent de proposer une formation sur la culture. Cet avis est partagé par E2 qui recommande d'être sensibilisé sur la culture en tant qu'étudiant mais aussi en tant que professionnel. Ainsi, cette formation permettrait de développer des stratégies d'interventions culturellement adaptées aux habitudes de vie et aux occupations des personnes (15, 21).

4.1.2 Interprétation selon le cadre conceptuel

L'approche centrée sur la personne développée par Carl Rogers, nécessite l'adoption de plusieurs attitudes. La première attitude est l'empathie qui consiste à avoir une écoute sensible et profonde. E2 échange beaucoup avec les résidents. En effet, elle dit prendre le temps de les écouter et de les comprendre. E1 échange également avec les résidents, notamment à travers la passation du profil occupationnel. Ainsi, les deux ergothérapeutes écoutent les résidents mais sont-ils pour autant dans l'empathie ? Les deux autres attitudes développées par Roger, à savoir le regard positif inconditionnel et la congruence sont des attitudes appartenant à l'ergothérapeute. C'est pourquoi, il est difficile d'affirmer que E1 ou E2 adoptent ou pas ces attitudes. En revanche, il est évident que les deux ergothérapeutes prônent la prise en considération de la culture dans l'accompagnement. Ainsi, ils ont un regard positif inconditionnel car ils semblent accueillir les résidents sans jugements et sans attentes.

Un autre aspect de l'approche centrée sur la personne en ergothérapie est évoqué par Fisher et Marterella, ergothérapeutes. Elles encouragent les autres ergothérapeutes à utiliser une approche centrée sur les occupations. En effet, elles se basent du constat que toute personne peut rencontrer des difficultés occupationnels. Ce qui corrobore avec les propos de E2 puisqu'elle travaille justement sur les difficultés que rencontrent les résidents dans leur activités de la vie quotidienne. De plus, E1 et E2 essayent de prendre en considération la culture des résidents dans toutes les phases d'interventions et tout au long de la prise en soin.

Concernant la compétence culturelle des deux ergothérapeutes interviewés, elle est bien présente. Pour la conscience culturelle, E2 a conscience de l'influence que peut avoir la culture de l'ergothérapeute sur le résident. Ainsi, elle essaye de s'impliquer au mieux dans toutes les activités et de ne pas faire de préférence. La connaissance culturelle, en revanche, fais l'unanimité. En effet, E1 et E2 en s'intéressant aux résidents et en échangeant avec eux, acquièrent des connaissances culturelles. De même qu'aller vers les résidents ou même vers les autres professionnels favorisent les rencontres culturelles ainsi que leur engagement dans les interactions. Ceci ne peut se faire que si les ergothérapeutes ont un désir culturelle, c'est-à-dire qu'ils veulent s'engager afin de devenir culturellement compétent. E1 et E2 semblent engagés dans ce processus.

L'aptitude culturelle, désigne la capacité de recueillir des données culturelles pertinentes. Ainsi, E1 utilise le profil occupationnel et E2 utilise entre autre les échanges et les observations. Ainsi,

les deux professionnels n'utilisent pas les mêmes outils, cependant ils arrivent à recueillir des données culturelles pertinentes.

Et enfin, le contexte de diversité développé dans le modèle de la compétence culturelle est un facteur clés. En effet, les institutions représentent un frein pour la considération de la culture pour les deux ergothérapeutes. Mais E1 et E2 luttent, avec les autres professionnels de santé, pour que cela évolue.

4.2 Eléments de réponses à la question de recherche

Pour rappel la question de recherche était : Comment l'utilisation de l'approche centrée sur la personne, dans les établissements médico-sociaux, développe la compétence culturelle de l'ergothérapeute ?

L'utilisation de l'approche centrée sur la personne semble développer la compétence culturelle de l'ergothérapeute. En effet, le fait d'être centrée sur la personne, de prendre le temps de la connaître, de la comprendre et de la considérer, permet à l'ergothérapeute de s'ouvrir. S'ouvrir aux autres et surtout aux résidents, permet d'acquérir des connaissances sur les personnes et de ce fait sur leur culture. Les connaissances reçues ainsi que les expériences que l'ergothérapeute se fait en travaillant avec des personnes de cultures différentes, lui pourront être bénéfique lors des rencontres futures avec des personnes de cultures diverses. Ainsi, l'approche centrée sur la personne semble permettre de développer les 5 composantes de la compétences culturelles (conscience culturelle, connaissances culturelles, aptitudes culturelles, rencontres culturelles et désir culturel). En ce qui concerne le contexte de la diversité, le fait d'être centrée sur la personne permet de justifier les besoins des résidents auprès de l'institution et ainsi pouvoir lui apporter un accompagnement, potentiellement, adapté à sa culture.

4.3 Critique du dispositif de recherche

A la fin de cette recherche, plusieurs biais restent présents. Pour commencer, cette recherche a été menée dans le cadre d'une initiation à la recherche. Ainsi, il y avait un manque d'expérience de la part du chercheur. La méthode de recherche a été testé auprès d'un ergothérapeute. Cependant même avec cela, la méthodologie de l'entretien n'est pas pour autant parfaitement acquise et intégré. Seulement deux ergothérapeutes ont été interviewer dans le cadre de la recherche. Le fait d'avoir effectué deux entretiens ne conduit pas le chercheur à une saturation des données. Ainsi, plusieurs éléments ou aspects n'ont, peut-être, pas pu être abordés.

De plus E2 est récemment diplômé. Ainsi, elle n'a pas beaucoup d'expériences mais elle a des notions théoriques. A l'inverse E1, est anciennement diplômé et a beaucoup plus d'expériences

que E2. Il possède néanmoins des notions théoriques. Ces différences observées entre les deux ergothérapeutes ont mené à un croisement des données.

Un dernier élément à prendre en compte est la condition de la passation des entretiens. Les ergothérapeutes n'étant pas géographiquement proche du chercheur, les entretiens ont été menés par téléphone. Ce qui n'est pas propice à la mise en place d'un climat de confiance. De plus, avec cette méthode, le chercheur passe à côté de certains éléments comme l'observation de l'interviewé par exemple.

4.4 Apports, intérêts et limites pour la pratique professionnelle

Le travail d'initiation à la recherche permet d'apporter des connaissances sur le sujet de la culture. Le sujet de la culture étant très vaste, ce travail a permis d'apporter des connaissances sur l'intervention en ergothérapie. La revue de littérature a permis de mettre en évidence la notion de compétence culturelle. Celle-ci a été développée tout au long du travail. Par la suite, la méthode de recherche mise en place a pu illustrer toute la théorie avec des exemples dans la pratique. Les deux ergothérapeutes interviewés ont chacun apporté leurs expériences et leurs avis sur l'accompagnement des personnes de cultures diverses. Ainsi, il a été remarqué que chacun possède et utilise une méthode différente. Il n'y a pas de méthodologie précise à suivre dans cette accompagnement. Les interviewés ont pu apporter leurs visions du phénomène ainsi que des pistes de réflexions dont les autres ergothérapeutes pourraient potentiellement se servir : par exemple le fait d'utiliser un outil comme le profil occupationnel afin d'évaluer les habitudes de vie d'une personne. Ou alors favoriser le travail en équipe afin de pouvoir répondre aux attentes de la personne tout en la plaçant au centre de l'accompagnement. Malgré ces apports pour la pratique, il y a cependant des limites à considérer. En effet, les interviewés mettent également en évidence des difficultés liées à l'institution médico-social. Ainsi, ils affirment qu'il faut essayer d'agir sur cet aspect-là, en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire.

Bien que les résultats corroborent avec la revue de littérature et l'enquête exploratoire menée au début de la recherche, il est pertinent de se questionner si la recherche a pu atteindre une représentation complète du phénomène étudié. En effet, le développement et la manifestation de la compétence culturelle sont propres à chaque professionnel.

4.5 Proposition et transférabilité vers la pratique professionnelle

Le développement et la manifestation de la compétence culturelle étant propre à chacun, il peut être proposé aux ergothérapeutes de pouvoir échanger sur leurs expériences. Ces échanges sur

leurs interventions auprès de personnes de cultures diverses pourraient les aider à comprendre certains éléments ou tout simplement à enrichir leurs connaissances. Il n'existe pas une façon universelle d'être culturellement compétent. De plus, la compétence culturelle nécessite un engagement et une curiosité du professionnel. Celle-ci peut être assouvi dans les échanges entre professionnels sur des expériences précédemment vécues.

De plus, durant ce travail, la notion de formation à plusieurs fois été citée. Ainsi, il peut être proposé aux étudiants en ergothérapie, et dans le cadre de leur formation, une sensibilisation à la pratique auprès de personnes de cultures différentes. De même, une formation peut également être proposée aux ergothérapeutes diplômés d'état et/ou travaillants déjà dans des structures. Cela permettrait de les sensibiliser sur le sujet de la culture. Mais aussi de leur offrir la possibilité d'échanger que ce soit sur leurs difficultés ou sur leurs pratiques. Ces sensibilisations peuvent se faire sous forme de rencontres entre étudiants, entre professionnels ou des rencontres entre étudiants et les professionnels. Il est également possible, pour les étudiants, d'effectuer des stages dans des centres communautaires où les différences sont davantage marquées. Et enfin, les étudiants et les professionnels ont aussi la possibilité de se rendre à l'étranger, afin de réellement s'immerger dans des civilisations aux cultures différentes. Cette immersion permettrait de faire ressentir à l'ergothérapeute, ce que la personne de culture différente ressent au quotidien. Et tout ceci dans l'objectif, que les futurs ergothérapeutes et les professionnels puissent davantage prendre en considération la culture des personnes qu'ils accompagnent.

4.6 Perspectives de recherches et ouverture

Les deux ergothérapeutes interviewés travaillent en MAS. Il est donc pertinent de s'intéresser à d'autres structures. Cette recherche a concerné les établissements médico-sociaux. Ainsi, il est intéressant de se questionner sur la transférabilité de cette pratique dans des centres où la diversité culturelle est davantage présente comme dans des centres communautaires par exemple. Dans ces centres, la pratique de l'ergothérapeute est-elle la même qu'en établissement médico-social ? Ainsi, il serait intéressant de questionner les ergothérapeutes travaillants dans ces centres afin de prendre connaissance de leur pratique. Les autres professionnels pourraient également faire parties de la recherche. Assurément, ils pourraient apporter un regard nouveau à la considération de la culture. Les personnes de cultures différentes peuvent aussi être intégrées à cette recherche. En effet, leur point de vue ainsi que leur ressenti pourront ainsi être partagés.

De plus cette étude a été menée auprès d'ergothérapeutes travaillants avec les adultes. Mais qu'en est-il des enfants ? Les difficultés rencontrées auprès du public adulte sont-ils présents auprès des enfants ? Il semble intéressant de se questionner sur la prise en compte de la culture des enfants. Les parents ont-ils un rôle à jouer dans l'accompagnement ? Quel est-il ?

Bibliographie

1. Herskovits MJ. Les bases de l'anthropologie culturelle. Paris: édition électronique de François Maspero ; 1967: 331 p. [En ligne]. [https://www.doc-developpement-durable.org/file/Communications-Relations_Interculturelles/esprit-critique-vs-suivi-des-traditions/bases_anthropologie_culturelle\(1\).pdf](https://www.doc-developpement-durable.org/file/Communications-Relations_Interculturelles/esprit-critique-vs-suivi-des-traditions/bases_anthropologie_culturelle(1).pdf) . Consulté le 24 février 2021.
2. Fortier JF, Pizarro-Noël F. La sociologie de A à Z. 2^{ème} édition. Pearson ERPI; 2018: 292 p.
3. La profession – ANFE [Internet]. Disponible sur: <https://anfe.fr/la-profession/> Consulté le 24 février 2021
4. WFOT. La pratique de l'Ergothérapie Centrée sur le Client [Internet].file:///C:/Users/Hamid/AppData/Local/Temp/Client-centredness-in-Occupational-Therapy-French.pdf. Consulté le 3 février 2022
5. Pierce D. Les sciences de l'occupation pour l'ergothérapie. DE BOECK SUP. 2016: 364 p.
6. Conférence ENOTHE: version française. 03 mai 2015. [Internet]. http://enotle.eu/Wordpress%20Documents/Galway/Conf%C3%A9rence%20ENOTHE2016_05_03%20french%20version.pdf . Consulté le 4 février 2022
7. Priou J, Demoustier S. 1. Définition des institutions sociales et médico-sociales. Maxi Fiches. 2015;4:1-4.
8. Fabrice Lenglart. L'offre d'accueil des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux fin 2018. 2020; 1170: 1-7 [Internet]. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-12/er1170.pdf> . Consulté le 25 février 2021
9. Herr M, Raharimanana S, Bagaragaza E, Aegerter P, Sipos I, Fabre C, et al. Evaluation de la culture de sécurité en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD): adaptation française du questionnaire Nursing Home Survey on Patient Safety Culture. Can J Aging. déc 2017;36(4):453-62.
10. Trinkoff AM, Yoon JM, Storr CL, Lerner NB, Yang BK, Han K. Comparing residential long-term care regulations between nursing homes and assisted living facilities. Nurs Outlook. févr 2020;68(1):114-22. [Internet] [https://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554\(18\)30441-X/pdf](https://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554(18)30441-X/pdf) Consulté le 14 mai 2021
11. Garneau AB, Pepin J. La sécurité culturelle : une analyse du concept. Rech Soins Infirm. 2012;N° 111(4):22-35. [Internet] https://www.cairn-info.lama.univ-amu.fr/load_pdf.php?ID_ARTICLE=RSI_111_0022&download=1 Consulté le 27 mars 2021
12. Beagan BL. Approaches to culture and diversity: A critical synthesis of occupational therapy literature: Des approches en matière de culture et de diversité : une synthèse critique de la littérature en ergothérapie. Can J Occup Ther. déc 2015;82(5):272-82. [Internet] <https://journals-sagepub-com.lama.univ-amu.fr/doi/pdf/10.1177/0008417414567530> Consulté le 08 mars 2021

13. Awaad J. Culture, Cultural Competency and Occupational Therapy: A Review of the Literature. *Br J Occup Ther.* août 2003;66(8):356-62. [Internet] <https://journals-sagepub-com.lama.univ-amu.fr/doi/pdf/10.1177/030802260306600804> Consulté le 15 octobre 2021
14. Bonder BR. Culture and Occupation: A Comparison of Weaving in Two Traditions. *Can J Occup Ther.* déc 2001;68(5):310-9. [Internet] <https://journals-sagepub-com.lama.univ-amu.fr/doi/pdf/10.1177/000841740106800507> Consulté le 15 octobre 2021
15. Jasmin E. Des sciences sociales à l'ergothérapie. Presses de l'Université du Québec. 2019. 322 p.
16. Liot F, Langeard C, Montero S. Culture et santé : Partie 2. Quand la culture rencontre les établissements de soins et les pratiques des soignants. Editions de l'Attribut, 2020: 65-106. [Internet] <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/culture-et-sante--9782916002729-page-65.htm> Consulté le 27 mars 2021
17. Famille, culture et handicap [Internet]. <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/famille-culture-et-handicap--9782749239606.htm?fbclid=IwAR1RiIzvV0DSayn8evfSzTwicfWEjqZBTN81qmUsWjy94dMNFVcTZnQy5JM> Consulté le 28 mars 2021
18. Pérez C, Pedrero V, Bernales M, Chepo M. Competencia cultural: La necesidad de ir más allá de las diferencias raciales y étnicas. *Aten Primaria.* nov 2018;50(9):565-7. [Internet] https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656717308302?ref=pdf_download&fr=RR-2&rr=70c2e2fe39399b1f Consulté le 04 avril 2021
19. Yam N, Murphy A, Thew M. Occupational Therapy for South Asian Older Adults in the United Kingdom: Cross-Cultural Issues. *Br J Occup Ther.* févr 2021;84(2):92-100. [Internet] <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0308022620933207> Consulté le 26 mai 2021
20. De C, Brousseau M. Les ergothérapeutes français ont-ils une approche centrée sur la personne ? 2018; 69:1-65 [Internet] file:///C:/Users/Hamid/Zotero/storage/DX52DZIX/les-ergotherapeutes-francais-ont-ils-une-approche-centree-sur-la-personne%20.html Consulté le 11 février 2022
21. Graham F, Kennedy-Behr A, Ziviani J. Occupational Performance Coaching. Routledge. 2020. 248 p.
22. Awaad - 2003 - Culture, Cultural Competency and Occupational Ther.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://journals-sagepub-com.lama.univ-amu.fr/doi/pdf/10.1177/030802260306600804> Consulté le 15 octobre 2021
23. Hammell KRW. Occupation, well-being, and culture: Theory and cultural humility / Occupation, bien-être et culture : la théorie et l'humilité culturelle. *Can J Occup Ther.* oct 2013;80(4):224-34. [Internet] <https://journals-sagepub-com.lama.univ-amu.fr/doi/pdf/10.1177/0008417413500465> Consulté le 15 octobre 2021
24. Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information. Les fiches en lignes de la lettre du CEDIP [Internet]. http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf Consulté le 11 novembre 2021

25. Odier G. Carl Rogers: etre vraiment soi-même. Eyrolles. 2012. 203 p.
26. Mearns D, Thorne B. La pratique de la thérapie et de la relation d'aide dans l'approche centrée sur la personne. Chronique sociale. 2019: 216 p.
27. Rogers CR. Le développement de la personne. interédition. 2005: 296 p.
28. Duncan EAS. Foundations for practice in occupational therapy. ELSEVIER. 2021: 217 p.
29. Fisher AG, Marterella A. Powerful practice: a model for authentic occupational therapy. CIOTS. 2019: 384 p.
30. Campinha-Bacote J. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. J Transcult Nurs. juill 2002;13(3):181-4. [Internet] <https://journals-sagepub-com.lama.univ-amu.fr/doi/pdf/10.1177/10459602013003003> Consulté le 09 janvier 2022
31. Leininger MM. Leininger's Theory of Nursing: Cultural Care Diversity and Universality. Nurs Sci Q. 1 nov 1988;1(4):152-60. [Internet] <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/089431848800100408> Consulté le 19 février 2022 [Internet] <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1002/oti.238> Consulté le 09 janvier 2022
32. Muñoz JP. Culturally responsive caring in occupational therapy. Occup Ther Int. 2007;14(4):256-80.[Internet] <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1002/oti.238> Consulté le 09 janvier 2022
33. Sawadogo HP. L'approche qualitative et ses principales stratégies d'enquête. [Internet] <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/projetthese/chapter/methodes-qualitatives-de-recherche/> Consulté le 31 mars 2022
34. Recueil de données en recherche qualitative - LEPCAM [Internet]. https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/protocole_quali/ Consulté le 31 mars 2022
35. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets Perspect Vie Econ. 2014;(4):67-82. [Internet] https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=RPVE_534_0067&download=1 Consulté le 31 mars 2022
36. Fallery B, Rodhain F. Quatre approches pour l'analyse de données textuelles: lexicale, linguistique, cognitive, thématique. :17. [Internet] https://ametice.univ-amu.fr/pluginfile.php/4908683/mod_folder/content/0/doc%20traitement%20entretiens/do c%20analyse%20textuelle/analyse%20donn%C3%A9es%20textuelles.pdf?forcedownload=1 Consulté le 12 mai 2022

Annexes

Annexe 1 : Tableau de résultat des bases de données	53
Annexe 2 : Tableau de synthèse d'analyse critique de la revue de littérature.....	54
Annexe 3: Matrice de questionnement	59
Annexe 4: Questionnaire de l'enquête exploratoire	61
Annexe 5: Résultats de l'enquête exploratoire.....	65
Annexe 6: Matrice théorique	72
Annexe 7: Matrice d'entretien.....	74
Annexe 8 : Fiches de renseignements des participants	75
Annexe 9: Mail envoyé aux ergothérapeutes	77
Annexe 10: Grilles d'analyse des entretiens.....	78

Annexe 1 : Tableau de résultat des bases de données

Total à partir des mots clefs	Base de donnée	Sélection selon le texte	Sélection selon le résumé	Sélection selon les mots clefs et le sujet	Sélection selon le titre	Articles retenues
1 039 813	CAIRN	699	1		0	2
	EM PREMIUM	251 938	28 644		6 157	0
	ISODORE	18 484		147	3	0
	PUBMED	19 162	20 218		0	2
	OJOT					
	SUMMON	666 698	76 144		576	2
	WILEY ONLINE LIBRARY	68 221	144	4	2	1
	SAGE JOURNAL	23 745	93		0	4
Lectures opportunistes						2

Annexe 2 : Tableau de synthèse d'analyse critique de la revue de littérature

Source	Niveau de scientifcité	Thème	Population	Méthode utilisée	Approche théorique	Principaux résultats	Question/dimension non abordée
Culture, Cultural Competency and Occupational Therapy: A Review of the Literature 2003	+++	Identifier la recherche en ergothérapie et les perspectives liées à une pratique culturellement compétente.		Revue de literature		Définition de la compétence culturelle. Comprendre le concept et la nature de la culture. Aperçu de la littérature sur la culture de l'ergothérapie.	Comment développer cette compétence culturelle ?
Competencia cultural : La necesidad de ir más allá de las diferencias raciales y étnicas	+	La compétence culturelle et l'importance d'aller au-delà des différences raciales et ethnique.	29 agents de soins de santé primaires travaillant dans 3 différentes commune du Chili	Etude qualitative		Prendre en compte un concept large et inclusif de la culture. Nécessité d'une formation pour les agents de soins de santé sur la sensibilité culturelle, la non-discrimination et sur la connaissance de soi.	Quelle genre de formation pourrait être proposé ? Quels aspects pourraient être abordé dans ces formations ?
Occupation, well-being, and culture: Theory and cultural humility / Occupation, bien-être et culture : la théorie et l'humilité culturelle	++	Concept théorique. Rencontre des dimensions spécifiques de la diversité culturelle et de leurs relations avec la participation professionnelle et le bien-être.		Article de revue		Définition de compétence culturelle, humilité culturelle et de sécurité culturelle. La culture pourrait à juste titre être considérée comme une dimension intégrale à la fois des personnes et des environnements, l'un indissociable de l'autre.	Comment intégrer toute cette théorie dans la pratique ? Cette théorie est-elle connue des ergothérapeutes ?
Culture and Occupation: A Comparison of Weaving in Two Traditions	+	Recueil d'informations sur le tissage et sur le sens attribué à cette occupation des deux populations.	Femmes vivants dans les hauts plateaux du Guatemala.	Etude comparative à partir d'entrevues et d'observations		Le tissage comme métier. Dans les hauts plateaux du Guatemala, les femmes mayas tissent. Aux États-Unis, certaines femmes choisissent de tisser.	Peut-on retrouver ces différences dans d'autres occupations avec d'autres populations ?

			Femmes vivants dans le nord-est de l'Ohio.			Présence de facteurs individuels dans le contexte culturel.	
Occupational Therapy in Oman: the impact of cultural dissonance 2012 Wiley online Library	+++	Témoignage des ergothérapeutes sur leurs expériences et les difficultés rencontrées, lors de l'intervention, avec la population omanaise.	11 ergothérapeutes exerçants depuis plus de 6 mois à Oman	Méthode qualitative à partir d'entretien semi-directifs		<p>3 thèmes identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Questions de culture/religions ○ Genre et croyance dans la sorcellerie ○ Médecine traditionnelle <p>Influence de la culture sur les activités de la vie quotidienne.</p>	<p>Qu'en est-il des autres cultures ? Des autres ergothérapeutes travaillants dans d'autres pays non occidentale ?</p>
Cultural influence on Occupational Therapy practice in Singapore: a pilot study 2006 PubMed	+++	Pratique de l'ergothérapie à Singapour	9 ergothérapeutes	Méthode qualitative à partir d'entretiens semi structurés		<p>5 thèmes identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La question de l'indépendance ○ L'applicabilité de la pratique centrée sur le client ○ Concept d'activité/occupation ○ Domaines de préoccupations du client ○ Utilisation de modèle <p>La pratique de l'ergothérapie à Singapour est influencée par les valeurs et la culture de la population.</p>	
La sécurité culturelle : une analyse du concept 2012 CAIRN	++	La sécurité culturelle dans la formation des soins infirmiers	Etude réalisé sur des données théoriques publier entre 1988 et 2012	Revue de littérature	Approche de Rodgers	Mise en évidence de l'émergence du concept de sécurité culturelle	<p>Concept développer et connu pour les infirmiers, et pour les autres professionnels de santé ? Quelle est la place de ce concept dans les établissements de santé ? Et des lieux de vie ? Ou plus précisément en service d'ergothérapie ?</p>

							Les dates des articles sont anciennes, quand est-il en ce moment ?
Partie 2 : Quand la culture rencontre les établissements de soins et les pratiques des soignants 2020 CAIRN	+++	Cet ouvrage analyse la rencontre entre les secteurs culturels et sanitaires	Acteurs de soins, travailleurs sociaux, artistes, acteurs culturels	Cet ouvrage s'appuie sur une recherche universitaire de quatre ans (2015-2018) Entretiens semi directifs mené dans 9 hôpitaux et 7 établissements médico-sociales		Nombreux témoignage : effets positifs des projets culturels sur le bien être des patients Culture envisagé comme éléments de soins Projet culturels ont impact positifs sur coopération entre hôpital et structure auxiliaire (ex : CATTP) Projet culture et santé ont effet sur la pratique des soignants et le renforcement de l'identité collective	Ouvrage basé sur l'observation d'établissements, ce constat est-il généralisable à toutes les autres structures ? La mise en place de projet culturelle est-il réalisé dans toutes les structures existantes ? Toute la population (patients et soignants) en milieu hospitalier et médico-social peut bénéficier de ce dispositif ?
Comparing residential long-term care regulations between nursing homes and assisted living facilities 2019	++	Comparaison de la réglementation (personnel, formation, inspection...) des soins de longue durée en établissement entre les maisons de retraites et les résidence services	Etablissements : <ul style="list-style-type: none">○ Maison de soins infirmiers○ Centres de vie assistées Recueil pour 50 Etats américains + le District de Columbia	Recueil de données administratives et réglementaire dans des site WEB d'Etat et de recueil réglementaires		Les maisons de soins infirmiers semblent avoir une réglementation plus standards et plus stable que les centres de vies assistée La population augmente des centres de vies assistées augmentent → plus d'exigence en matière de données (personnels, formation, présence infirmière...)	Cet article n'évoque que 2 établissements, existe -t-il d'autres établissements ? Cette comparaison a été faites au Etats-Unis, qu'en est -il en France ? Les deux établissements ne dépendent pas de la même

Pubmed						Adaptation des réglementations des maisons de soins infirmiers au centre de vie assistée ?	réglementation, comment faire adopter une même réglementation dans plusieurs structures différentes ?
Approaches to culture and diversity: A critical synthesis of occupational therapy literature 2015 Summon	+++	Synthèse de manière critique la littérature relative à la culture et à la diversité de 2007 à 2014	Pas de population humaine	Une revue de littérature se basant sur les textes existants sur en lien avec la culture et la diversité		Chaque être humain est affecté par des affiliations culturelles (affectation souvent inconscientes) Au Canada, différences humaines sont organisées de façon hiérarchique La WFOT exige de prendre en compte tous les aspects de la diversité sociale et culturelle, en particulier lorsqu'ils affectent les rencontres thérapeutiques	Cette revue de littérature se base sur des articles parus au Canada, qu'en est-il dans les autres pays ? Et en France ? Les articles recensés datent d'avant 2014, qu'en est-il en ce moment (2021) dans les structures ?
Famille, culture et handicap 2013 Lecture opportuniste	+++	Réflexion de psychologues, anthropologues, psychanalystes et sociologues sur la nature des liens qui unissent la culture, la famille et le handicap	Enfants, adolescents et adultes « handicapés »	Ouvrage		Impact du handicap sur le groupe familial peut et doit être pensé en prenant en compte la dimension culturelle La culture peut favoriser l'inclusion mais aussi l'exclusion de la famille et du groupe social Culture peut également être un cadre contenant et protecteur mais peut aussi être maltraitant et aliénant Culture différentes en fonction des pays mais aussi dans un même pays	Cette ouvrage se centre sur l'Europe et évoque en exemple l'Afrique, l'Asie et le Vietnam, peut-on retrouver les mêmes éléments dans d'autres pays ? Cet ouvrage parle du handicap en général, serait-il possible de superposer ses éléments au personne résidant en lieu de vie ?

Des sciences sociales à l'ergothérapie 2019 Lecture opportuniste	+++	Mieux comprendre la société et la culture pour mieux agir comme spécialiste en habilitation à l'occupation		Ouvrage		Importance d'acquérir des connaissances en sciences sociales pour devenir un ergothérapeute compétent Introduction à plusieurs concepts en sciences sociales : la société, la culture, la santé, l'intégration sociale, la justice sociale et occupationnelle, le contrôle social, les inégalités socioéconomiques et la pauvreté	
---	-----	--	--	---------	--	--	--

Annexe 3: Matrice de questionnement

Variables étudiées	Indicateurs par variables	Eventuellement sous indicateurs ou indices	Intitulé	Modalité de réponse	Objectif
Identification du professionnel	Profession		1) Etes-vous ergothérapeute ?	Binaire : Oui/Non	Prendre connaissance de la population répondant au questionnaire
	Structure d'exercice		2) Avez-vous travaillé ou travaillez-vous dans un établissement médico-social ?	Binaire : Oui/Non	Identifiez si la population visée correspond
Connaissance de la Culture par : les ergo	Définition de la culture : D'après Edward Tylor, anthropologue, la culture est "un tout complexe qui inclut les connaissances, les croyances, l'art, la morale, les lois, les coutumes et toutes autres dispositions et habitudes acquises par l'homme en tant que membre d'une société "				
	Connaissance de la notion		3) La culture est-il un sujet qui vous questionne dans votre pratique ?	½ Ouverte : Oui souvent Parfois Rarement Jamais	Savoir si la culture est une notion qui les intéresse
	Expérience professionnelle		4) Avez-vous déjà été confronté à des cultures autres que la vôtre dans votre pratique ?	Binaire : Oui/Non	Déterminer si les ergothérapeutes ont été confronté à la culture dans leur pratique
			Si oui à la questions 4		
			5) Les cultures ont-elles eu un impact dans votre intervention ? 6) Quel(s) étaient le(s) impact(s) ?	Binaire : Oui/ Non Ouverte	Déterminer si la culture peut impacter sur une intervention en ergothérapie

	Perception de l'importance de la culture		7) Pour vous la prise en compte de la culture des personnes dans votre pratique est-elle pertinente ? 8) Pour quelle(s) raison(s) est-ce pertinent ? Pour quelle(s) raison(s) n'est-ce pas pertinent ?	Ouverte	Savoir si les ergothérapeutes considèrent cette notion comme importante
	Connaissance du concept		9) Avez-vous déjà entendu parler de « la compétence culturelle » ?	Binaire : Oui/Non	Déterminer si la compétence culturelle est une notion connue
Définition de la compétence culturelle : Awaad (2003) affirme que la compétence culturelle fait référence à la prise de conscience par les professionnels de la santé des différences entre les cultures et de l'effet de ces différences sur la pratique professionnelle.					
Connaissance de la compétence culturelle par les ergothérapeutes	Perception de sa propre compétence culturelle		10) D'après la définition donnée ci-dessus, où vous situez-vous selon l'échelle de compétence culturelle suivante ?	Echelle numérique allant de 1 à 10 avec : 1 = Pas du tout compétent 10 = Totalement compétent	Recueillir les perceptions des ergothérapeutes sur leur propre compétence culturelle
	Perception de l'importance de la culture		11) Pourquoi ?	Ouverte	
			12) Selon vous, comment cette compétence pourrait vous aider dans votre intervention ?	Ouverte	Identifiez en quoi la compétence culturelle pourrait être utilisé dans leur intervention

Annexe 4: Questionnaire de l'enquête exploratoire

La place de la culture en service d'ergothérapie

x ::

Bonjour,

Je m'appelle Ilihame, étudiante en 3ème année d'ergothérapie. Dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche, je réalise une enquête d'environ 10minutes, afin de préciser ma question de recherche. Le thème de mon mémoire est la place de la culture en service d'ergothérapie.

Ce questionnaire est destiné aux ergothérapeutes diplômés d'état travaillant ou ayant travaillé dans un établissement médico-social. Les réponses obtenues seront anonymes et seront traitées dans le respect des règles de confidentialités. Vous pouvez vous retirer du questionnaire à tous moment.

Merci d'avance pour votre participation !

:::

Désirez-vous participer à cette enquête ? Pour information, le questionnaire est anonyme et * ne prend que 10 minutes maximum.

Oui

Non

1) Etes-vous ergothérapeute ? *

Oui

Non

2) Avez-vous travaillé ou travaillez-vous dans un établissement médico-social ? *

Oui

Non

La culture

D'après Edward Tylor, anthropologue, la culture est "un tout complexe qui inclut les connaissances, les croyances, l'art, la morale, les lois, les coutumes et toutes autres dispositions et habitudes acquises par l'homme en tant que membre d'une société "

3) La culture est-elle un sujet qui vous questionne dans votre pratique ? *

- Oui souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

4) Avez-vous été confronté à des cultures autres que la vôtre dans votre pratique ? *

- Oui
- Non

5) Les cultures ont-elles eu un impact dans votre intervention ? *

- Oui
- Non

6) Quel(s) étaient le(s) impact(s) sur votre intervention ?

Réponse longue

7) Pour vous la prise en compte de la culture des personnes dans votre pratique est-elle pertinente ? *

Oui

Non

8) Pour quelles raison(s) ? *

Réponse longue

9) Pour quelles raison(s) ? *

Réponse longue

10) Comment pourriez-vous intégrer la culture des résidents dans votre intervention ? *

Réponse longue

11) Avez-vous déjà entendu parler de « la compétence culturelle » ? *

Oui

Non

Compétence culturelle

×
⋮

Définition : Awaad (2003) affirme que la compétence culturelle fait référence à la prise de conscience par les professionnels de la santé des différences entre les cultures et de l'effet de ces différences sur la pratique professionnelle.

⋮⋮⋮

12) D'après la définition donnée ci-dessus, où vous situez-vous selon l'échelle de compétence * culturelle suivante ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout compétent

Totalement compétent

13) Pourquoi ? *

Réponse longue

14) Selon vous, comment cette compétence pourrait vous aider dans votre intervention ? *

Réponse longue

Merci de votre participation

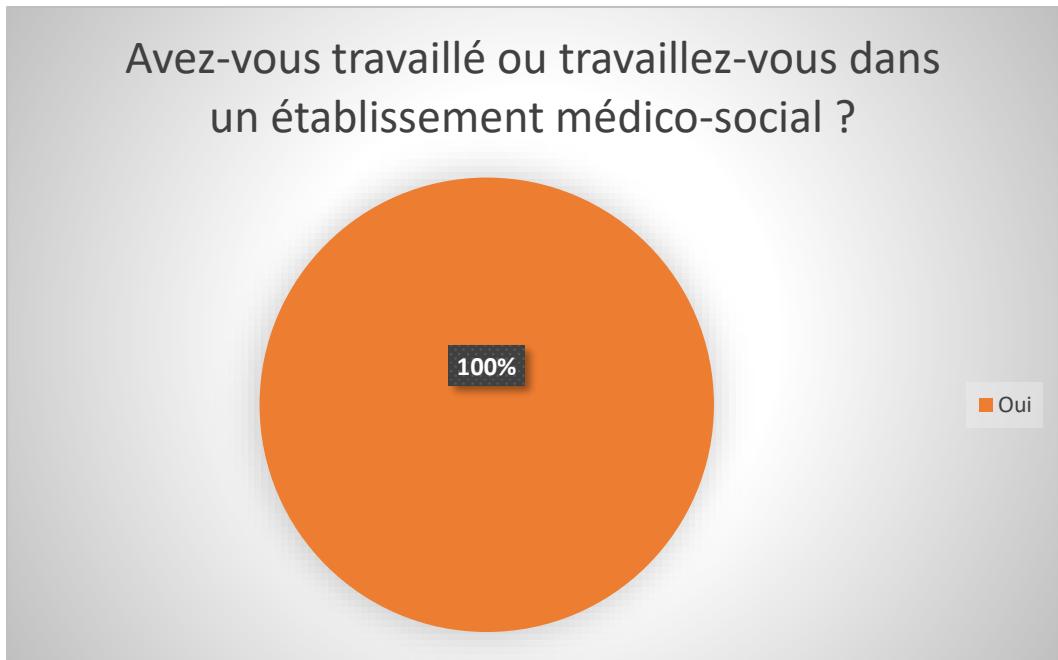
×
⋮

Description (facultative)

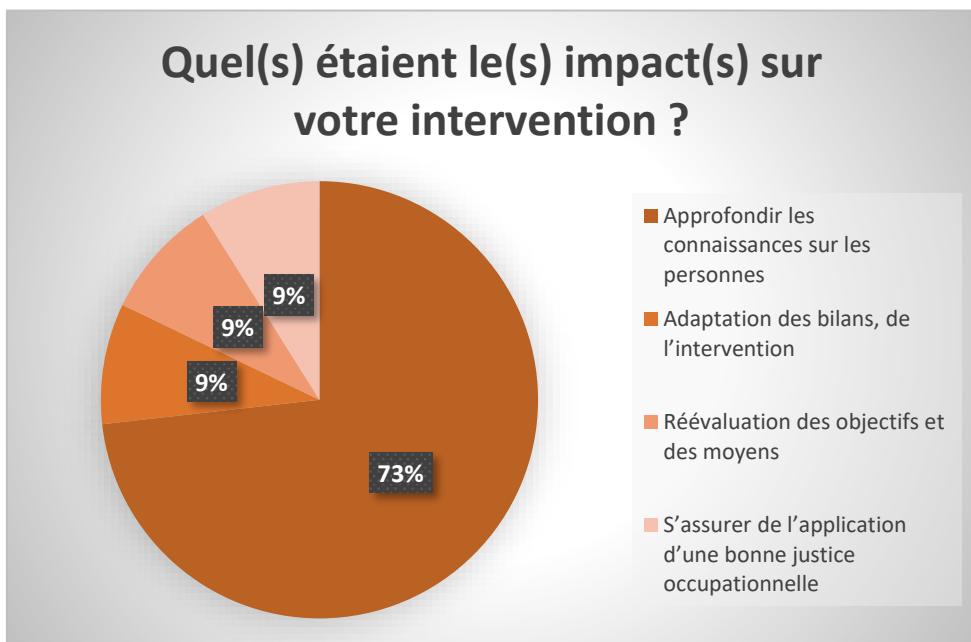
⋮⋮⋮

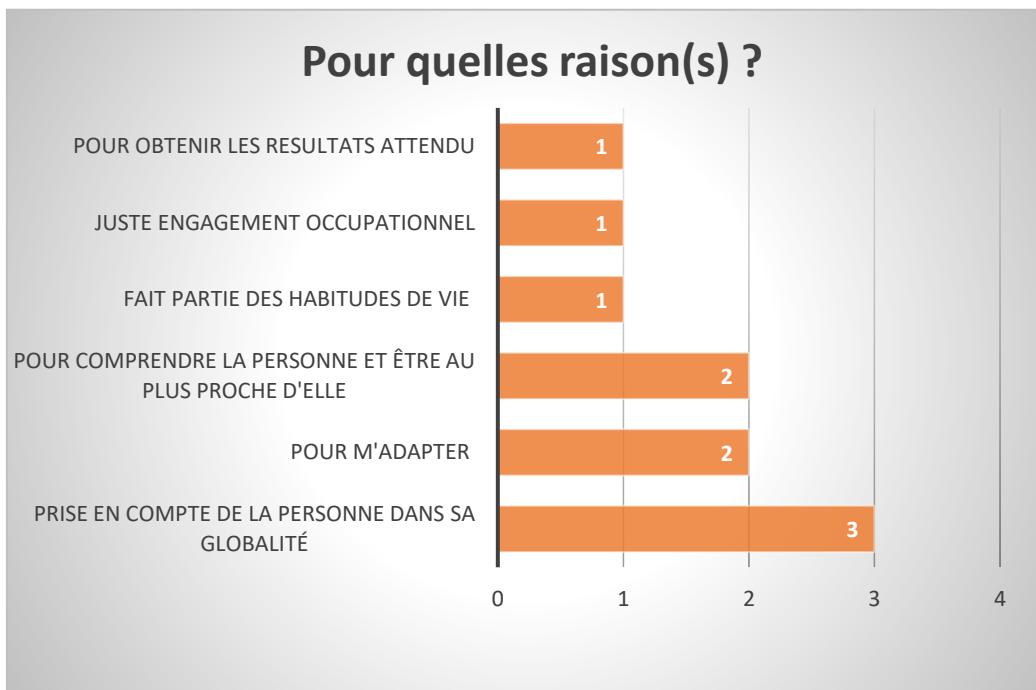
Avez vous des remarques portant sur le sujet qui n'ont pas été abordées ?

Réponse longue

Annexe 5: Résultats de l'enquête exploratoire**Question 1****Question 2**

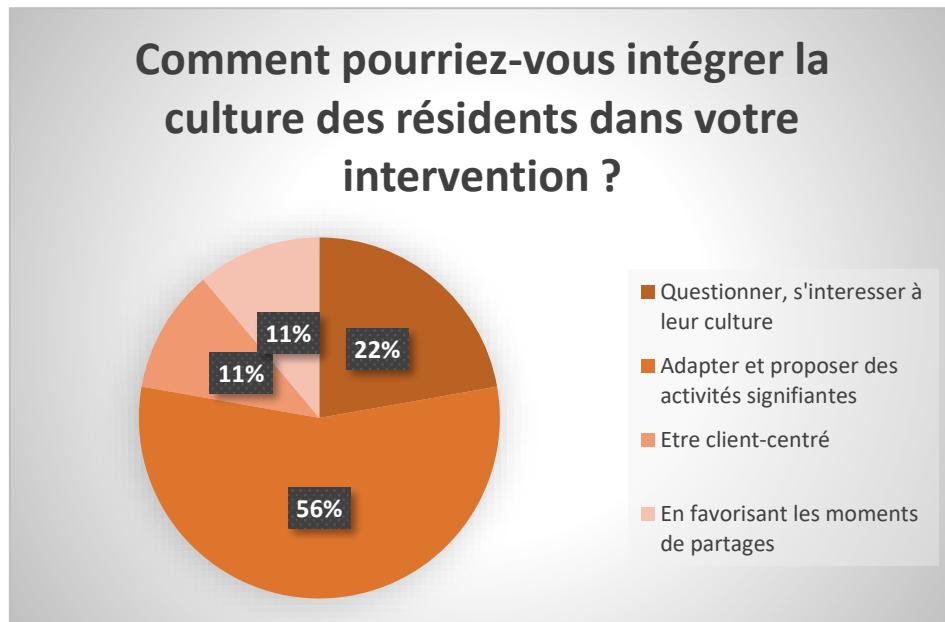
Question 3Question 4

Question 5Question 6

Question 7Question 8

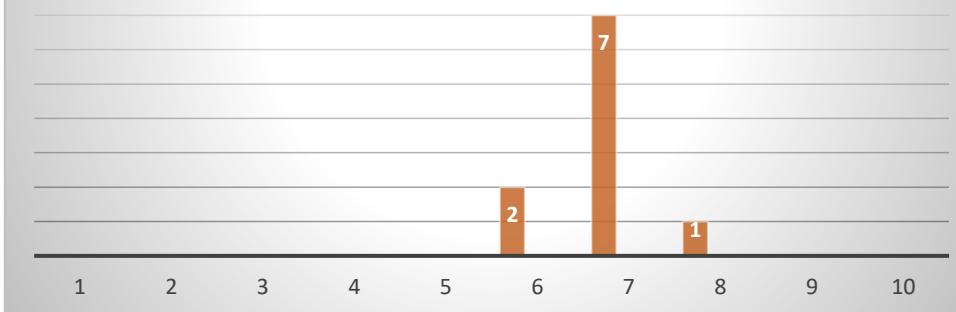
Question 9

Aucune réponse

Question 10Question 11

Question 12

D'après la définition donnée ci-dessus, où vous situez-vous selon l'échelle de compétence culturelle suivante ?

Question 13**Pourquoi ?**

Aspect important que je prends en compte dan...

3

Manques de connaissances sur les différentes...

2

Il faut prendre la personne dans sa globalité

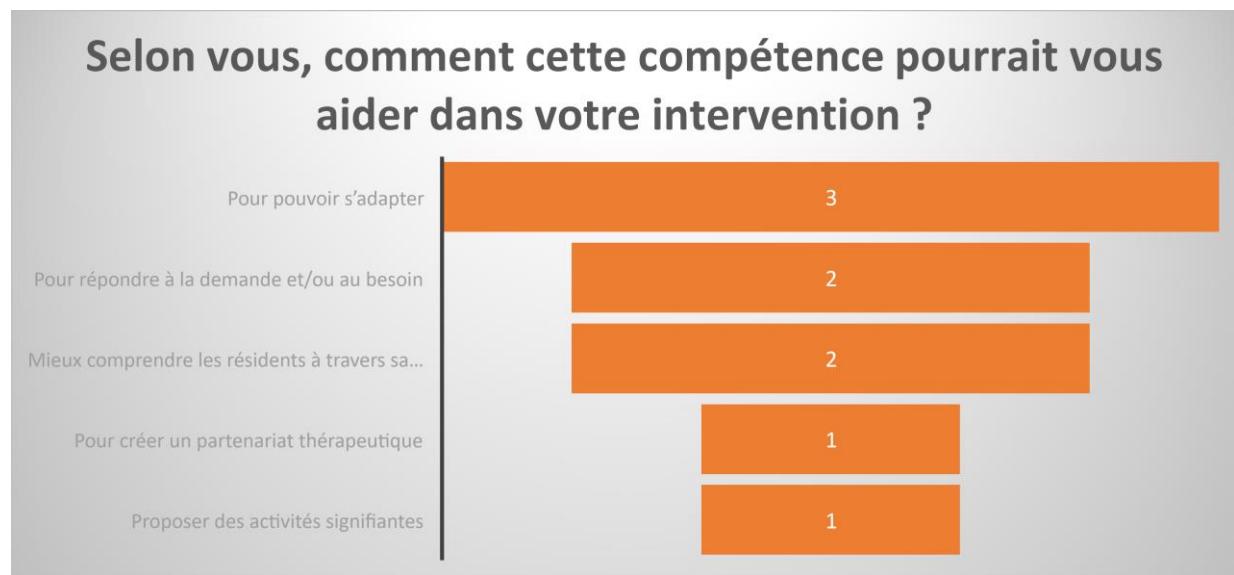
1

Au cœur de l'approche centré sur le client

1

Je pense connaître les grandes cultures

1

Question 14

Annexe 6: Matrice théorique

Concepts	Variables		Critères
L'approche centrée sur la personne	Climat		Installation d'un cadre adapté
	Attitudes	Empathie	Ecoute sensible et profonde
			Compréhension et réassurance
		Regard positif inconditionnel	Accueil du client sans jugement et sans attente
			Régularité de l'attitude
	OTIPM	Congruence	Concordance entre état interne et état externe
		Evaluation	Recueil d'information
			Mise en place des objectifs
	Intervention	Réévaluation	Utilisation d'un ou plusieurs modèles d'intervention
			Vérification si changement dans la performance occupationnelle du client
			Vérification si les objectifs sont atteints
Compétence culturelle	La conscience culturelle		Connaissance de ses préjugés et de ses valeurs Introspection
	La connaissance culturelle		Connaissance sur les cultures des différents groupes (croyances, valeurs culturelles)
	Compétence ou aptitudes culturelles		Capacité à recueillir des données culturelles
		Capacité à faire passer des évaluations culturelles et ou physique adapté à la culture	

		Utilisation des compétences interculturelles pour démontrer le respect pour la culture des clients
		Mieux comprendre les modes de vie et les perspectives culturelles des clients
Rencontre culturelles		Engagement dans les interactions interculturelles dans le domaine professionnelle et/ou personnelle
		Evaluation des besoins linguistiques du client
Désir/Engagement culturel		Volonté des praticiens à vouloir élargir leurs compétences culturelles
		Engagement des praticiens à aborder et à inclure la culture dans leur pratique
Contexte de la diversité		Présence ou non, dans la structure, d'un professionnel de santé diversifié
		Nature du soutien institutionnel pour favoriser des soins culturellement compétents

Annexe 7: Matrice d'entretien

Thème	Question	Objectif
Conscience culturelle Rencontre culturelle Attitudes	Comment évaluer vous les habitudes de vies d'une personne de culture différente ?	
Aptitude culturelle Engagement culturelle	Comment faites-vous pour intégrer la culture des personnes dans votre intervention/ suivi/accompagnement ?	La pratique de l'ergothérapeute auprès de personne de culture différente
Contexte de diversité	Votre structure vous permet-elle de considérer la culture des personnes ? <u>Relance</u> : La structure joue-t-elle un rôle dans la considération de la culture des personnes ?	
Approche centré sur la personne	Que permet l'utilisation de l'approche centrée sur la personne dans un accompagnement ? <u>Relance</u> : Que vous apporte l'approche centrée sur la personne au quotidien ?	La pertinence de l'utilisation de l'approche centrée sur la personne sur un accompagnement
Approche centrée sur la personne et compétence culturelle	Quel lien pouvez-vous faire entre l'approche centrée sur la personne et le développement de compétences ou d'outils pour accompagner des personnes de cultures différentes ?	Le développement de la compétence culturelle à travers l'approche centrée sur la personne

Annexe 8 : Fiches de renseignements des participants**Fiche de renseignement E1**

Sexe : F M Non binaire

Age: ...46.....

Année d'obtention du diplôme : 2012 (Montpellier)

Lieu d'exercice : FAM La Garonne (Montpellier) + MAS La Sorgue (Luminy)

Depuis combien de temps vous exercez dans ces structures ? 9 ans

Autres domaines d'exercice auparavant : CRRF (Aubagne, puis Grau du Roi), ESVAD APF (Lyon) (aujourd'hui SAVS-SAMSAH), EHPAD (Lyon), Libéral (pédiatrie, expertise (assurance-judiciaire), évaluations MDPH, formation,...) (PACA ouest), Psychiatrie adulte (HDJ) (Lyon)

Fiche de renseignement E2

Sexe : F

M

Non binaire

Age: 23

Année d'obtention du diplôme : 2021

Lieu d'exercice : MAS

Depuis combien de temps vous exercez dans la structure ? 9 mois

Autres domaines d'exercice auparavant : /

Annexe 9: Mail envoyé aux ergothérapeutes

Bonjour,

Je m'appelle Ilihame HAMIDOU, je suis étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie à Marseille. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je rédige mon mémoire sur « la place de la culturelle en service d'ergothérapie ».

Ainsi dans le cadre de ce travail, je suis à la recherche d'ergothérapeutes travaillants ou ayant travaillés dans un établissement médico-social pour adultes ou personnes âgées, afin de répondre à mon objet de recherche qui est :

« Comprendre le développement de la compétence culturelle d'un ergothérapeute utilisant l'approche centrée sur la personne dans sa pratique, dans un établissement médico-social »

Ma recherche consiste à la réalisation d'entretiens d'environ 30 à 45 minutes.

Pour participer à la recherche il faut :

- 1) Être ergothérapeute diplômé d'état
- 2) Travailler ou avoir travaillé dans un établissement médico-social
- 3) Adopter une approche centrée sur la personne
- 4) Avoir rencontré des personnes de culture divers

Si vous êtes intéressés ou si vous souhaitez avoir d'autres informations, vous pouvez me contacter par mail.

Merci par avance pour votre participation !

Cordialement.

Ilihame HAMIDOU

Annexe 10: Grilles d'analyse des entretiens

Thème	Sous thématique	E1	E2
Pratique de l'ergothérapeute et compétence culturelle	Evaluation	<p>« Alors je pars du principe qu'une personne est une personne, qu'elle vie une histoire de vie, elle a une culture, elle a euh une sensibilité. Ce sont des éléments que tout ergothérapeute doit prendre en considération. Moi je suis j'utilise le modèle de l'occupation humaine. Et donc à ce titre en fait je je suis depuis depuis depuis 2 ans et demi maintenant l'AOTA. Eu l'AOTA, non euh le profil occupationnel. Voilà et donc du coup forcément je prends en considération ce qu'est la personne pour pouvoir l'accompagner au mieux en fonction de ce qu'elle est ». (L31-36)</p> <p>« le profil occupationnel c'est vraiment un outil fantastique pour ça. » (L44)</p> <p>« Euh en fait c'est un outil que j'utilise en début de la relation avec la personne pour définir ce qu'elle est. » (L49-50)</p>	<p>« Je pense que les habitudes de vie d'une personne en établissement c'est pas forcément les mêmes qu'une personne qui est au domicile. » (L59-60)</p> <p>« moi je sais que je passe beaucoup par des temps d'échanges avec les résidents pas forcément très formel, c'est à dire sous forme d'entretien ou autre, mais je sais que quand je suis arrivé j'ai pris beaucoup de temps avec chaque résident pour bah déjà apprendre à les connaître eux et en fait on en apprend à les connaître eux on connaît leurs habitudes de vie. Et on perçoit un peu mieux quelle culture ils ont et quel sens ils mettent à chaque activité. » (L68-73)</p> <p>« C'est important de prendre le temps de discuter et avec les résidents et avec les autres salariées pour avoir toutes les infos. » (L77-78)</p> <p>« Je sais que je monte souvent dans les chambres ou aux étages le matin pour faire tout ce qui est soins personnels, pour comprendre un peu comment ça se passe avec le résident, » (L80-82)</p> <p>« Et après c'est aussi beaucoup des retours des résidents qui expliquent un peu comment ils font leurs activités, comment ça se passe et autre. » (L85-86)</p>
	Intégration de la culture dans l'accompagnement	<p>« Eu beh en fait je prends connaissance de ce qu'elle est de ce qu'elle a été de quels. (silence) de ses croyances, de tous son mode sociale aussi de de fonctionnement et je vois quelles sont ses difficultés dans son mode de vie et j'essaye de me coller au mieux à ce qu'elle est et ce à quoi elle aspire. » (L39-42)</p>	<p>« Moi j'avoue que quand je commence à accompagner une personne, je me base plus sur sa demande, sur ses besoins et sur ce qu'elle veut. (...) si la demande elle vient de lui alors forcément il y a un peu de sa culture qui est déjà intégré dans sa demande. » (L95-100)</p>

		<p>« Et après en fonction de ce qu'elle est de ce qu'elle veut de ses attentes je je propose des actions à mettre en place en fonction des disponibilités aussi » (L50-51)</p>	<p>« la mise en situation écologique c'est ce qui permet de se rapprocher au mieux de la personne, de ce qu'elle est et de ce qu'elle souhaite et dans son environnement et dans sa personnalité » (L101-103)</p> <p>« je prends le temps de discuter avec eux et d'essayer au mieux de comprendre dans quel contexte ils veulent faire telle occupation, pourquoi et comment » (L111-113)</p> <p>« Et donc l'intégration de la culture aussi je pense que ça passe aussi par un travail d'équipe. (...)Et en fait je trouve que c'est important de travailler en équipe d'autant plus en MAS où il y a un gros travail de transdisciplinarité en fait. » (L136-142)</p> <p>« on fait tous les an des projets individualisés (...)Donc ces projets aussi je pense que ça aide du coup à comprendre la personne, à comprendre ses habitudes de vie. Ça permet de mieux aussi intégrer la culture. » (L214-219)</p>
	<p>La place de la structure dans l'accompagnement</p>	<p>« Euh des fois c'est compliqué par exemple un musulman à qui on ne va proposer que du poisson parce qu'on lui fournit pas de de viande halal, c'est un peu dommage je trouve. Mais (rire) par exemple hein, pour toute culture et toute religion confondu voilà il y a des choses à faire bouger au niveau institutionnel qui sont assez compliquées parce qu'on est ancré dans des concepts qui sont assez fermés je trouve. On est très La France a une culture très catholique et du coup c'est très difficile de de d'ouvrir à d'autres cultures les institutions c'est là qu'est la plus grande barrière je pense. Et puis l'ergo a son rôle à jouer là-dedans, j'essaye. » (L54-60)</p>	<p>« Je travaille seule. Je suis toute seule comme ergo. Au final sur les 2 services j'ai 50 résidents. Donc je sais que c'est souvent un peu la course malheureusement et j'ai pas forcément le temps de faire tout ce que je veux en ergothérapie. » (L107-110)</p> <p>« Ce manque d'effectif me permet pas forcément d'intégrer comme je voudrais la culture des personnes. » (L118-119)</p> <p>« J'ai un mi-temps entre guillemets un mi-temps ergo, ¼ de temps kiné et 1/4 de temps pas AES mais un peu, un peu avec les équipes. » (L153-154)</p>

		<p>« Ah beh quand on réfléchit à un projet personnalisé d'une personne on va on va proposer que cette personne mange autre chose que des œufs et du poisson au repas et après il y a il y a toujours la réponse institutionnelle que ça coûterait trop cher et non pas forcément il suffit juste de de s'ouvrir un petit peu et d'ouvrir (petit silence) un peu l'esprit de de tout le monde mais c'est c'est assez compliqué. Mais on bataille, on essaie de de faire en sorte que que les choses évoluent. » (L63-68)</p> <p>« Non non à chaque fois c'est c'est sûr que on se pose la question et on réfléchi ensemble après l'institution donne ses réponses et ses freins. Non je pense que beaucoup de monde et les aides-soignants les infirmiers on est tous conscients de de de cette problématique après voilà. Faire bouger les lignes des décideurs c'est un peu compliqué. » (L70-73)</p>	<p>« Il y a aussi les cultures religieuses (...) je pense que ça dépend aussi de de la politique de l'établissement comment elles se positionnent par rapport à ça » (L369-371)</p> <p>« On a des résidents qui qui ont une religion musulmane là par exemple au niveau des repas ils font attention donc essayer il le prenne en compte ils font des repas spéciaux mais après ça s'arrête là quoi » (L394-397)</p>
L'approche centrée sur la personne	Utilité de l'approche centrée sur la personne	<p>« D'objectiver les choses argumenter avec avec objectivité avec réalisme la situation d'une personne » (L80-81)</p> <p>« C'est-à-dire, ce qu'elle est. L'outil en lui-même permet de de d'accéder à à au fonctionnement réel de la personne donc ça permet d'objectiver ce qu'elle est, ce qu'elle pense et ce dont elle a besoin. Et de manière assez assez rapide finalement et et assez exhaustif. » (L83-85)</p> <p>« Axé sur la compétence c'est c'est c'est biomécanique en fait ça ça ça restreint la personne à une fonction et une fonction qui est déficitaire et donc on va travailler sur cette fonction peu importe la personne on va et moi en fait dans ma pratiques je peux pas travailler là-</p>	<p>« Et en fait le fait de sortir un peu aussi de ses missions au sein de la structure, en fait ça permet de voir la personne sous un autre angle et du coup de mieux comprendre ce qu'elle est, ce qu'elle veut et ce qu'elle souhaite. » (L154-157)</p> <p>« J'ai des personnes qui quand je vais prendre le temps de faire un entretien avec eux pour essayer de comprendre bah qui ils sont où ce qu'ils veulent qu'est ce qu'ils aimeraient faire en fait ils ont pas forcément de réponse parce qu'ils savent pas ou parce que ils ont pas d'envie » (L238-241)</p> <p>« Si la personne souhaite faire telle passion si celle qu'il exprimait Beh ça peut-on peut se dire bah oui ça vient d'elle mais dans quelle mesure cette occupation elle est influencée</p>

		<p>dedans parce que je suis je suis sur l'accompagnement de vie je suis-je suis sur de l'accompagnement vers la fin de vie. Et du coup c'est je je travaille pas sur les... j'axe pas mon mon travail sur la compétence je peux pas le faire c'est pas possible après j'ai travaillé en centre de rééducation. Travailler sur la compétence c'est oublier la personne mais la personne c'est pas grave parce qu'elle est là pour récupérer sa fonction en rééducation. » (L117-124)</p> <p>« Voilà donc c'est pas grave si on prend pas un modèle centré sur la personne. En lieu de vie c'est plus compliqué de travailler sur la fonction, on oublie plein de choses et et on prend pas en considération ce qu'est la personne et comment elle évolue dans son... comment elle aspire à évoluer dans son environnement. » (L134-137)</p> <p>« Donc à mon sens, il vaut mieux utiliser un modèle centré sur la personne. » (L139)</p>	<p>aussi par quelqu'un d'autre ? » (L251-253)</p> <p>« C'est compliqué de prendre en compte la culture de la personne quand elle change aussi beaucoup d'avis. » (L256-257)</p> <p>« Pour moi c'est important d'avoir une approche centrée et de pas faire à la place de la personne quand on veut l'accompagner » (L285-286)</p> <p>« C'est important aussi d'avoir des retours sur ce qu'on sur ce qu'on fait et même au niveau des résidents de bien vérifier aussi avec eux que ce qu'on fait c'est OK que ça leur convient » (L319-321)</p>
<p>Développement de la compétence culturelle à travers l'approche centrée sur la personne</p>		<p>« Ah ça me permet d'apprendre beaucoup de choses sur le fonctionnement humain oui. Relation à l'autre et ses relations à ses croyance et ses relations oui. On apprend énormément de choses. A être plus ouvert au monde. » (L143-145)</p>	<p>« Je pense que la curiosité de la personne, de l'ergothérapeute va jouer aussi sur la prise en compte de la culture. (...) Je pense que nos habitudes de vie à nous et notre culture personnelle, elle influence forcément l'accompagnement qu'on propose aux résidents » (L162-165)</p> <p>« C'est important de s'intéresser à autre chose que ce qu'on fait nous dans notre vie personnelle pour pouvoir s'ouvrir plus de chose et pouvoir mieux comprendre les personnes » (L179-181)</p>

Résumé

Introduction : Travailler avec des personnes de cultures diverses dans les établissements médico-sociaux est récurrent dans la société actuelle. L'ergothérapeute, ayant une approche centrée sur la personne, est ainsi confronté à adapter son accompagnement en développant sa compétence culturelle. De ce fait, l'objet de cette recherche est de comprendre comment se développe la compétence culturelle de l'ergothérapeute utilisant une approche centrée sur la personne dans un établissement médico-social. **Méthode :** Une méthode clinique, composée d'entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de deux ergothérapeutes. Les données obtenues ont été traitées selon une analyse thématique. **Résultats :** Les résultats sont présentés selon les thèmes suivants : (1) la pratique de l'ergothérapeute et la compétence culturelle, (2) l'approche centrée sur la personne, (3) le développement de la compétence culturelle à travers l'approche centrée sur la personne. **Conclusion :** L'approche centrée sur la personne considère la culture des personnes et permet aux ergothérapeutes de développer leur compétence culturelle, tout en plaçant la personne au centre de l'accompagnement.

Mots-clefs : Ergothérapie, compétence culturelle, approche centrée sur la personne, établissement médico-social

Abstract

Introduction: In occupational Therapy practitioners, caring for people from different cultures in long term facilities is a common task. However, there is a lack of training for professionals on this subject. Occupational therapists need develop their culture competence to adapt their support. The aim of this research is to understand how the cultural competence of occupational therapists using a client-centered approach in long-term facilities. **Method:** A clinical method, consisting of semi-structured interviews, was used with two occupational therapists. A thematic analysis was conducted data. **Results:** The results are presented according to the following themes: (1) occupational therapy practice and cultural competence, (2) the client-centered approach, (3) the development of cultural competence through the client-centered approach. **Conclusion:** The client-centered approach considers the culture of the person and allows occupational therapists to develop their cultural competence, while placing the person at the center of the support.

Keywords: Occupational Therapy, Cultural competence, client-centered approach, long term facilities