

Manon BIARESE

UE6.5.S6 :

**Mémoire d'initiation à la
recherche**

16/05/19

Le modèle Kawa :

Une approche qui révèle la compétence culturelle de l'ergothérapeute ?

Sous la direction de M. PAVE Julien et Mme. Mathews Léa

Diplôme d'Etat d'Ergothérapie

REMERCIEMENTS

Ce travail est l'aboutissement de trois années de Formation en Ergothérapie à Marseille. Il représente le tremplin vers la vie professionnelle et le début de nouvelles réflexions en tant que future ergothérapeute.

Aussi, je voudrais remercier l'ensemble des personnes qui ont concouru à la réalisation de ce mémoire.

Tout d'abord, je voudrais remercier Julien Pavé, directeur de mémoire, pour sa pédagogie, sa disponibilité et son aide précieuse.

Je remercie aussi Léa Mathews, ergothérapeute et référente professionnelle pour ses conseils, ses ressources et son engagement.

Aussi, un grand merci à mon groupe de mémoire, qui a apporté un soutien permanent : Joffrey, Pauline, Sarah, Laura, Anaïs, Cindy, Morgane, Estelle, Géraldine.

Enfin, je remercie ma famille et mes amis pour leur présence, leurs conseils, leurs avis objectifs et leur implication dans ce travail.

INDEX

Tableau 1 : Mots clés et équation de recherche pour les bases de données.....	4
Tableau 2 : Biais inhérents au questionnaire.....	12
Tableau 3 : Biais inhérents à l'entretien.....	32
Tableau 4 : Profils des ergothérapeutes participant à l'enquête.....	40
Tableau 5 : Catégorisation du discours des ergothérapeutes.....	42
<i>Figure 1</i> : Nuage de mots sur les représentations de la culture.....	13
<i>Figure 2</i> : Vue de dessus de la rivière.....	25
<i>Figure 3</i> : Vue en coupe de la rivière.....	26
<i>Figure 4</i> : Cartographie cognitive.....	46
<i>Figure 5</i> : La part des manifestations de la compétence culturelle des ergothérapeutes dans leur discours.....	47

SOMMAIRE

1. Introduction	1
1.1 Emergence du thème	1
1.2 Revue de littérature : méthodologie	4
1.3 Revue de littérature : analyse critique	5
1.3.1 Le concept de « culture ».....	5
1.3.2 Les impacts de la culture sur la prise en soin	6
1.3.3 Les compétences et outils de l'ergothérapeute en matière de culture	8
1.4 Enquête exploratoire.....	10
1.5 Question initiale de recherche	17
1.6 Cadre conceptuel	18
1.6.1 La compétence culturelle.....	18
1.6.2 Le modèle Kawa.....	23
1.6.3 Liens entre la compétence culturelle et le modèle Kawa	27
1.7 Question et objet de recherche	29
2. Matériel et méthode	30
2.1 Choix de la méthode de recherche.....	30
2.2 Population et critères d'inclusion et d'exclusion.....	30
2.3 Outil théorisé de recueil de données.....	31
2.4 Anticipation de ses biais et stratégies pour les atténuer	32
2.5 Construction de l'outil théorisé de recueil de données.....	33
2.6 Test de faisabilité du dispositif auprès d'une cohorte d'entraînement	35
2.7 Déroulement de l'enquête.....	36
2.8 Choix des outils de traitement et d'analyse des données	36
3. Résultats	40
3.1 Données descriptives	40

3.2 Données textuelles.....	41
4. Discussion des données	47
4.1 Interprétation des résultats.....	48
4.2 Eléments de réponse à la question de recherche	50
4.3 Critique du dispositif de recherche et discussion des résultats.....	51
4.4 Apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle	53
4.5 Proposition et transférabilité pour la pratique professionnelle.....	54
4.6 Perspective de recherche	55
Références bibliographiques	57
Annexes	61

1. Introduction

Ce travail s'inscrit dans la validation du diplôme d'Etat d'Ergothérapie et dans le cadre de l'unité d'enseignement « 6.5: Mémoire d'initiation à la recherche ». L'objectif sera de découvrir les grands principes de la recherche à travers **la prise en compte de la culture dans une prise en soin ergothérapique**.

1.1 Emergence du thème

Cet objet de recherche est né d'un questionnement à la suite d'une situation vécue en stage en centre de rééducation. J'intervenais alors, en collaboration avec l'équipe soignante, auprès d'une dame âgée de 70 ans et atteinte d'obésité. La finalité de l'intervention était qu'elle puisse retourner vivre à son domicile. Les objectifs établis avec cette dame étaient notamment d'apprendre à se déplacer avec son fauteuil roulant manuel et d'acquérir plus d'indépendance pour la réalisation de ses transferts. L'un des moyens évoqués était la perte de poids de Madame et l'acquisition d'une alimentation saine. L'équipe soignante s'est rapidement retrouvée face à une problématique d'ordre culturel : Madame ne leur semblait pas impliquée dans sa rééducation. Elle s'en remettait à Dieu et répétait souvent « si Dieu le veut, je perdrai du poids ».

Je me suis alors demandée, dans le cadre d'une intervention interculturelle :

- Quels impacts auront les cultures respectives de l'ergothérapeute et du patient sur la prise en soin ?
- Dans quelles mesures le thérapeute doit se détacher de sa culture pour mieux comprendre et accueillir celle de son patient ?

Ce sujet de recherche s'inscrit dans les sciences sociales et anthropologiques. En s'appuyant sur ces disciplines, nous allons définir précisément les termes de la recherche (culture, interculturalité et ergothérapie) afin de s'entendre sur leurs significations.

❖ Définition des mots clés de la recherche :

D'après la World Federation of Occupational Therapist (WFOT)¹, **l'ergothérapie** est « *une profession de la santé centrée sur le client et soucieuse de promouvoir la santé et le bien-être par l'occupation. L'objectif premier de l'ergothérapie est de permettre aux gens de participer aux activités de la vie quotidienne. Les ergothérapeutes obtiennent ce résultat en travaillant avec les personnes et les communautés pour améliorer leur capacité à exercer les activités qu'ils souhaitent, dont ils ont besoin ou qu'ils doivent accomplir, en modifiant leurs activités ou l'environnement afin de mieux soutenir leur l'engagement occupationnel* » (1).

L'engagement occupationnel peut être considéré comme « la participation dans une occupation à laquelle est attachée une valeur personnelle positive. C'est un processus influencé par de multiples facteurs externes ou internes à la personne comme le contexte socio-environnemental ou le challenge représenté par l'occupation » (2). Qu'est-ce qu'une « occupation » ?

L'occupation est issue des sciences occupationnelles et désigne une activité ayant une signification personnelle et socioculturelle, qui est nommée dans une culture et soutient la participation à la société (3). D'après Doris Pierce, l'occupation « est vue comme un phénomène universel qui influe et est influencé par l'environnement ou le contexte dans lequel elle est réalisée » (4). Les occupations sont formées et nommées par la culture des personnes. Qu'entend-t-on par « culture » ?

La culture d'après Guy Rocher serait un « *ensemble lié de manières de penser, de sentir et d'agir plus ou moins formalisées qui, étant apprises et partagées par une pluralité de personnes, servent, d'une manière à la fois objective et symbolique, à constituer ces personnes en une collectivité particulière et distincte* » (5).

L'interculturalité se définit comme « *l'ensemble du processus psychique, relationnel, institutionnel généré par les interactions de cultures dans un rapport d'échanges réciproques et dans une perspective de sauvegarde d'une relative identité culturelle des partenaires en relation.* » C'est donc une relation entre, au minimum, deux cultures (5).

¹ Fédération mondiale des ergothérapeutes

❖ Les enjeux de la thématique de recherche et utilité professionnelle :

Enjeux sociétaux : D'après l'UNESCO, ou Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture, « la diversité culturelle est d'abord un fait : il existe une grande variété de cultures différentes », et elle représente un « véritable enjeu de société » (6). En tant que professionnel de santé, nous ne pouvons l'ignorer. Ignorer la diversité culturelle serait contraire au principe de singularité de chaque personne.

Enjeux de santé publique : La promotion de la santé est un objectif prioritaire pour l'Organisation Mondiale de la Santé. D'après la Charte d'Ottawa rédigée en 1986, la bonne santé passe par la qualité de vie (7). L'ergothérapeute, en tant qu'acteur de la santé, a notamment pour mission d'améliorer le bien-être et la qualité de vie des personnes (8). Celle-ci étant la « façon dont les individus perçoivent leur position dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels ils vivent [...] », l'ergothérapeute ne peut ignorer la dimension culturelle d'une personne, s'il prétend concourir à sa qualité de vie (9).

Enjeux éthiques : D'après la Charte de la personne hospitalisée éditée par le Ministère de la Santé et des Solidarités, « l'établissement de santé doit respecter les croyances et convictions des personnes » (10). Ainsi, les professionnels de santé dont les ergothérapeutes se doivent de respecter cette charte afin d'exercer une pratique éthique et respectueuse des patients.

Enjeux professionnels : Puisque les occupations sont imprégnées de la culture des personnes, l'ergothérapeute, en tant que professionnel de l'occupation, se doit de considérer la dimension culturelle d'une personne, au même titre que sa dimension sociale, médicale ou psychologique.

Ce sujet d'étude apparaît donc comme pertinent et d'utilité socioprofessionnelle car il soulève des enjeux sociétaux, de santé publique, éthiques et professionnels.

A l'issue de cette première partie, nous pouvons nous demander plus spécifiquement :

Sur quelles compétences l'ergothérapeute peut-il s'appuyer pour entrer en relation avec un patient de culture différente de la sienne ?

Une revue de littérature va nous permettre de faire un état des lieux des savoirs scientifiques concernant notre thème, et de vérifier l'utilité et la vivacité du sujet de recherche.

1.2 Revue de littérature : méthodologie

Le choix méthodique des banques de données, des mots clés, des critères d'inclusion et d'exclusion permettra de sélectionner des données scientifiques sur notre thème de recherche.

❖ Choix des banques de données :

En effectuant une recherche sur la culture et ses répercussions dans la prise en soin, les champs disciplinaires convoqués sont les sciences humaines et sociales, l'anthropologie, l'ethnologie, la santé publique et la médecine. Des banques de données propres à chacune de ces disciplines sont choisies pour questionner les savoirs scientifiques propres à notre thème : Pascal et Francis (sciences humaines et sociales), BDSP (santé publique) Pubmed (sciences biomédicales), Google Scholar (multidisciplinaire). Ces deux derniers sont anglais et permettront donc de faire une recherche internationale.

❖ Choix des mots clés :

Pour réaliser la recherche de façon méthodique, des mots clés ont été sélectionnés afin de trouver des articles correspondant au thème de recherche. Ces mots clés ont été traduits en anglais pour les moteurs de recherches internationaux.

Tableau 1 : Mots clés et équation de recherche pour les bases de données

Mots clés	Meshterms	Equation mots clés et indicateurs booléens
Ergothérapie	Occupational therapy	-Ergothérapie ET culture ; Occupational Therapy AND culture -Prise en soin interculturelle ; intercultural care -Ergothérapie ET anthropologie ; Occupational Therapy AND anthropology
Culture	Culture	
Interculturel	Intercultural	
Anthropologie	Anthropology	

❖ Choix des filtres de recherche :

Afin de préciser les résultats de la recherche sur chacune des bases de données, des filtres de recherche ont été systématiquement appliqués ou au contraire écartés. Les filtres écartés sont : « animaux », « cultures cellulaires », « culture bactériennes », « cultures agricoles ».

❖ Choix des critères d'inclusion et d'exclusion :

Ont été retenus pour cette recherche les articles qui traitent du sujet de la culture, ou plus largement de l'éthique, ou de l'anthropologie. Lorsque les articles traitaient de l'ergothérapie, ils ont été sélectionnés en priorité. Il n'y a pas eu d'exclusion concernant la date et le pays de parution des articles. Il peut être intéressant de voir l'évolution de ces concepts, en fonction du temps et des populations, leur compréhension et impacts dans nos sociétés, et plus précisément dans le cadre d'une prise en soin.

Dix articles ont été ainsi sélectionnés (CF annexe 1). Les critères de scientificité des articles ont été évalués selon une grille d'analyse (reconnaissance de l'auteur, nombre de références, mise en forme IMRAD²...) (11). Aux côtés de données probantes (six articles), nous retrouvons également des articles issus de la littérature grise et professionnelle (quatre articles).

L'ensemble de ces données sont synthétisées dans un tableau en annexe (CF annexe 2).

1.3 Revue de littérature : analyse critique

Plusieurs thèmes sont récurrents et ressortent à la lecture des articles : la tentative de définir le concept de « culture », la description de ses impacts sur une prise en soin (notamment ergothérapique) et les compétences des ergothérapeutes en matière de culture. Au travers de ces trois thèmes, les propos des auteurs peuvent se compléter, se corroborer ou bien s'opposer.

1.3.1 Le concept de « culture »

Les articles s'appuient sur de nombreuses sources pour définir la culture. C'est un « système conceptuel et complexe des valeurs, des significations, des connaissances et des croyances que les groupes sociaux partagent » (12). Les auteurs explorés dans la revue de littérature s'accordent sur le fait que la culture est dynamique. Pour certains, elle évolue avec le temps (12) (nouvelles technologies mais conservation des valeurs fondamentales), pour d'autres, elle évolue à mesure du développement d'une personne, qui acquiert des valeurs culturelles personnalisées (13). Des précisions sont également apportées concernant les manifestations de la culture d'une société : invisibles (croyances, mœurs, connaissances...) et visibles (langues, artisanat, célébrations traditionnelles...) (12) (13) (14).

² IMRAD : introduction, méthode, résultats, analyse, discussion.

Les articles se complètent donc, en apportant chacun des précisions concernant la notion de culture, à la fois universelle, incontournable mais hautement complexe.

Par exemple, pour Mitchell D (2000), « il n’y aurait pas de culture sur Terre mais seulement différentes modalités du pouvoir qui organise la société » (15).

Les conceptions de la culture sont donc nombreuses, pouvant parfois alimenter de riches débats.

Enfin, un article parle de « culture ergothérapique », dans le sens où l’ergothérapie est construite autour de valeurs, de principes et de normes partagés par les ergothérapeutes et auxquels ils adhèrent (12). Ainsi, nous constatons que la culture n’est pas seulement induite par notre origine ethnique mais qu’elle peut être aussi liée à nos activités, dont notre profession.

Enfin, comment se manifeste la culture et quel impact a-t-elle sur notre quotidien ? Plus précisément, si on admet que la culture définit nos valeurs et nos croyances, alors nous pouvons dire que notre culture conditionne nos points de vue et nos décisions qui en découlent. De quelle manière la culture influence nos décisions et points de vue sur une prise en soin ?

Enfin, la différence culturelle entre deux acteurs de la santé, ici patient et thérapeute, est-elle un frein ou un élément facilitant la prise en soin ?

La partie suivante expose différents éléments concernant les impacts (frein ou facilitateur) de la culture sur une prise en soin interculturelle.

1.3.2 Les impacts de la culture sur la prise en soin

La culture ferait partie de l’essence même d’une personne (13) (16). Nous pouvons supposer qu’elle influence régulièrement la prise en soin, notamment lors de l’émergence et du développement de la relation patient-ergothérapeute.

Lorsque nous interrogeons les bases de données scientifiques, certains facteurs (les différentes visions du handicap et de la maladie, les défauts de communication, l’ethnocentrisme), apparaissent comme étant des freins à la prise en soin. En revanche, nous verrons que la différence culturelle peut avoir une influence positive sur la prise en soin.

La vision du handicap ou de la maladie dépend fortement de la culture d’une personne. Par exemple, pour la société Kanake, la maladie « résulte d’interactions entre l’homme, son

environnement naturel et social et le monde mystique représenté par les ancêtres » (17). Ainsi la maladie est vue comme la conséquence d'un déséquilibre entre ces trois notions. Cette vision est partagée par d'autres peuples, notamment créoles et néo-zélandais (18) (19). La culture chinoise elle, prône l'harmonie avec la nature, et la perturbation de cette relation conduirait à la maladie (16). Ce n'est pas le cas de la vision occidentale qui recherche à la maladie une cause pathogène, génétique ou accidentelle (13) (19). Ces différentes visions de la maladie et du handicap peuvent être soumises à des jugements de valeur de la part des différentes sociétés entre elles. Ces jugements de valeur apparaissent comme un frein à l'établissement d'une relation thérapeutique et donc à l'adhésion du patient au soin.

La culture semble aussi influencer notre vision à propos de l'occupation, et plus largement de la santé et du bien-être (20) (21). Les différentes perceptions à l'égard de ces notions, le handicap, la maladie, l'occupation, la santé ou encore le bien-être, peuvent être sources d'incompréhension et créer des tensions entre les différents acteurs de la relation de soin.

Pour Kinloch et Metge, (1976), les défauts de communication liés aux différences culturelles (dont le langage) peuvent être à l'origine de malentendus, de recueil de données restreints et non représentatifs des souhaits et attentes de la personne (19). Ainsi le projet de soin du patient peut manquer de pertinence ou de crédibilité au regard de sa culture.

Ces différentes visions et ces défauts de communication peuvent avoir des effets négatifs (erreurs de compréhension, préjugés) sur une prise en soin interculturelle, si le thérapeute fait preuve d'ethnocentrisme, c'est-à-dire s'il est tourné uniquement vers sa propre culture sans prendre en considération celle de son patient (13) (15) (20).

De plus en plus d'auteurs dénoncent et mettent en garde contre les positions de supériorité et d'ethnocentrisme des pays dits du « Nord » vis-à-vis des pays du « Sud » ou des sociétés communautaires (14). Ce sentiment de supériorité apparaît comme un frein à une prise en soin efficace, aboutissant à une intervention inadaptée pour le patient, voire irrespectueuse car ne répondant pas à ses besoins ni à ses convictions.

Enfin, Sournia JC (1992) soutient que l'ergothérapie se fonde sur des valeurs occidentales, comme l'autonomie et l'indépendance, qui sont propres à nos sociétés individualistes (14). Ces valeurs ne sont pas forcément en accord avec celles des sociétés communautaires qui mettent

au premier plan le groupe plutôt que l'individu. Ainsi, la vision occidentale de la médecine peut avoir un impact négatif sur la prise en soin.

Néanmoins, certains résultats d'une étude menée auprès d'étudiants en ergothérapie s'opposent à cet aspect négatif que peut avoir la culture sur une prise en soin interculturelle (20). En effet, cette étude montre que les différences culturelles peuvent être à l'origine d'une relation soignant – soigné authentique, où les protagonistes fournissent tout deux des efforts pour se comprendre et apprendre à se connaître. Ce serait l'occasion pour le thérapeute de mettre à profit et de travailler ses capacités de communication et d'adaptation.

Ainsi la différence culturelle apparaît comme un élément facilitateur à la prise en soin, dans la mesure où elle peut être un élément moteur dans l'établissement d'une relation thérapeutique.

Enfin, comment le thérapeute peut se décentrer de sa culture pour mieux accueillir celle de son patient ? Comment faire coexister *les cultures* sans bafouer les fondements de chacune ? Comment adapter les fondements (autonomie, indépendance) de l'ergothérapie « occidentale » à une ergothérapie « mondiale » ou « multiculturelle » ?

De quelle manière l'ergothérapeute peut limiter les défauts de communication par ses compétences ? Comment faire de nos différences culturelles un atout dans une prise en soin ?

Enfin, quelles stratégies les ergothérapeutes mettent-ils en place pour faire face aux éventuelles difficultés liées à la différence culturelle ?

Dans une troisième partie nous allons voir que les ergothérapeutes disposent d'outils et de compétences leur permettant de justifier l'atout de leur profession dans une prise en soin interculturelle.

1.3.3 Les compétences et outils de l'ergothérapeute en matière de culture

L'ergothérapeute est un professionnel de santé ayant une vision holistique du patient prenant en compte les dimensions médicales, sociales et psychologiques de la personne (10). La dimension interculturelle de la prise en soin ne peut donc pas, professionnellement parlant, lui échapper.

En tant que professionnel de l' « activité humaine » l'ergothérapeute inclut nécessairement les habitudes de vie du patient dans son projet de soin (10) (16). Il peut être considéré comme expert de l'activité humaine et peu de ce fait être sensible aux intérêts de la personne en proposant des activités significatives et culturellement justifiables (13) (18) (14).

Ceci demande une capacité d'adaptation, de la part du thérapeute (6) (17) (18). Adaptation aux coutumes, aux croyances, mais aussi au contexte environnemental de la personne, afin de s'adapter, l'ergothérapeute peut s'appuyer sur sa compétence culturelle.

La compétence culturelle est décrite comme « le processus par lequel les individus et les systèmes répondent respectueusement et efficacement aux personnes de toutes les cultures, langues, classes, races et origines ethniques d'une manière qui reconnaît, affirme et valorise la valeur de l'individu et protège et préserve la dignité de chacun » (20). L'ergothérapeute, au vu de sa formation et de ses valeurs professionnelles peut être considéré comme « compétent » culturellement et donc pouvant proposer une intervention centrée sur la personne, prenant en considération sa culture (13) (20).

Ce propos est à nuancer au vu des résultats d'une étude affirmant que les étudiants en ergothérapie se sentiraient culturellement incompetents, mais dotés d'une sensibilité culturelle (20).

En somme, les articles s'accordent sur le fait que l'ergothérapeute peut et doit faire preuve de sensibilité culturelle en écoutant le patient, ses souhaits, comment il voit sa maladie, quelles sont ses habitudes et ses croyances.

Enfin, les modèles conceptuels peuvent être des outils pour aider le thérapeute à cerner toutes les spécificités d'une personne. Des modèles généraux (par exemple systémique) mais aussi propre à l'ergothérapie (le modèle kawa ou encore celui de l'occupation humaine de Kielhofner) apparaissent dans la littérature comme les plus opportuns pour apporter un éclairage à une situation interculturelle. Si le modèle de l'occupation humaine de Kielhofner a été créé aux Etats Unis dans les années 80, le modèle kawa est le premier à avoir été développé au Japon selon des représentations différentes de la société, de la santé, et du bien-être (19) (14) (23).

Finalement, quels avis portent les ergothérapeutes sur leurs atouts et leurs compétences en matière de soins interculturels ? Quel impact l'utilisation d'un modèle conceptuel peut avoir sur une intervention interculturelle ? En quoi un modèle serait plus pertinent qu'un autre ?

A travers cette revue de littérature nous avons pu voir que :

- La culture est un sujet complexe mais d'un grand intérêt pour l'ergothérapie.
- Les préjugés, l'ethnocentrisme et les moyens de communication inadaptés sont des freins à l'établissement d'une relation thérapeutique.
- L'ergothérapeute aurait la sensibilité requise et les compétences pour proposer des soins adaptés à chaque patient, quelque soit leur culture.

Partant de ces constats, et en nous appuyant sur une citation de Tournebise T (1995) :

« On communique mieux si on est plus sensible ; et on est plus sensible, si on est plus conscient de l'autre et de soi-même. », nous pouvons donc nous demander :

➔ En quoi la compétence culturelle de l'ergothérapeute lui permet de s'adapter à différents contextes culturels ?

A présent, il s'agit de confronter les données de la revue de littérature à la réalité du terrain. L'enquête exploratoire permettra de mesurer les écarts s'il y en a, et d'apporter des éléments de réponse aux questions posées.

1.4 Enquête exploratoire

Alors que la revue de littérature a permis de faire un état des lieux des données concernant notre sujet ; l'enquête exploratoire va nous permettre :

- De faire un état des lieux des pratiques professionnelles.
- D'obtenir des éléments de réponse aux questions suivantes :
 - Les ergothérapeutes sont-ils confrontés aux mêmes problématiques que celles évoquées dans la revue de littérature ? Notamment : la communication, les préjugés à l'égard d'une culture, les positions ethnocentriques...
 - Quels avis portent-ils concernant la différence culturelle : est-ce un frein ou un facilitateur à la prise en soin ?
 - Quels avis portent-ils sur leurs compétences en matière de culture ?
- De vérifier la vivacité du sujet et de le préciser éventuellement.

Une méthodologie rigoureuse et adaptée à notre recherche permettra de collecter et de traiter des informations. Quelle population enquêter ? Quel outil de recueil de données serait le plus adapté, et quels seraient ses biais ? Enfin nous procéderons à la construction de notre outil et réfléchirons aux modalités d'envoi.

❖ Population ciblée :

Les ergothérapeutes qui pratiquent la langue française et travaillent ou ayant travaillé avec des personnes issues de culture différente de la leur.

- Inclusion : Les ergothérapeutes qui pratiquent la langue française, dans le seul but de faciliter notre communication. Les ergothérapeutes ayant eu le sentiment d'avoir travaillé auprès de personnes dont la culture différait de la leur.
- Exclusion : les ergothérapeutes n'ayant pas eu le sentiment d'être confronté à une culture différente de la leur. Les ergothérapeutes ne parlant pas français.

❖ Site d'exploration :

Le monde entier, dans la mesure où les échanges se feront en français pour éviter les biais de compréhension et de traduction.

❖ Outil de recueil de données :

L'outil de recueil de données choisi est le questionnaire car :

- Il permettra de toucher un grand nombre d'ergothérapeutes ;
- Il peut être envoyé et rempli par correspondance ;
- Il permettra de recueillir surtout des données quantitatives, mais aussi qualitatives par les questions ouvertes.

❖ Anticipation des biais :

Le questionnaire comporte un certain nombre de biais qu'il convient d'identifier afin de pouvoir les atténuer et/ou de les contrôler. Ceci est présenté dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2 : Biais inhérents au questionnaire

Biais	Stratégies d'atténuation et ou de contrôle
<u>Méthodologiques</u> : si les questions sont mal posées, ou trop nombreuses.	Elaborer des questions courtes, précises et sans ambiguïté ; alterner les types de questions (fermées, semi-ouvertes, ouvertes) et limiter le nombre de questions ouvertes afin de ne pas lasser l'enquêté.
<u>Cognitifs</u> : temps accordé à l'enquête	Limiter le nombre de questions
<u>Socio-culturels</u> : Incompréhension ou discordance entre l'enquêteur et l'enquêté sur les termes de la recherche.	Définir les termes en amont des questions posées afin de bien s'accorder sur les termes et leurs significations.
<u>Affectif</u> : l'appréciation de la confrontation ou non à des cultures différentes est purement subjective et propre à chacun.	La subjectivité faisant partie de cette enquête, il ne semble pas y avoir de stratégies pour contrôler ce biais, mais simplement accepter les différentes représentations de chacun.

❖ Construction de l'outil :

- ✓ Le questionnaire est divisé en trois parties : le recueil de données démographiques, la perception de la culture et ses impacts sur la prise en soin, et les compétences de l'ergothérapeute en matière de culture. La dernière partie du questionnaire sera inspirée du Cultural Competence Assessment Instrument, outil d'évaluation américain de la compétence culturelle (24).
- ✓ Alternance de questions ouvertes, semi-ouvertes et fermées (CF annexe 3).
- ✓ Un test de validité auprès de deux ergothérapeutes a permis de vérifier la pertinence et la faisabilité du questionnaire. Suite à leur retour, certains termes pouvant être traduits de différentes manières par les ergothérapeutes ont été modifiés. Le mot « atout » par « point fort » car il pouvait porter à confusion.

❖ Modalités d'envoi :

Le questionnaire est diffusé sur des groupes Facebook® dédiés à l'ergothérapie avec le message suivant : « merci de répondre à ce questionnaire seulement si vous remplissez les trois critères suivants : vous êtes ergothérapeute, vous pratiquez la langue française, vous avez le sentiment d'avoir travaillé auprès de personne dont la culture différait de la vôtre ».

Si les ergothérapeutes rencontrent des difficultés dans leur prise en soin interculturelle, ils perçoivent cependant de nombreux apports : principalement l'ouverture d'esprit et l'enrichissement personnel et/ou professionnel.

Ces données viennent appuyer et compléter celles de la revue de la littérature. S'il y a bien des difficultés en lien avec la pratique interculturelle, il apparaît grâce à l'enquête exploratoire une vision davantage positive de la différence culturelle. Alors qu'un seul article dans la revue de littérature évoqué l'aspect positif de la différence culturelle (établissement d'une relation authentique et horizontale par les efforts fournis par chacun pour se comprendre), l'enquête exploratoire met en évidence de nombreux apports perçus par les ergothérapeutes. Ainsi, nous pouvons dire que la différence culturelle a des impacts sur la prise en soin en apportant son lot de difficultés (défaut de communication, différentes visions de la vie et du rapport aux choses) mais aussi et surtout en apportant un enrichissement pour les professionnels (ouverture d'esprit, nouvelles connaissances, remise en question...etc).

Nous pouvons alors nous demander **quels seraient les apports d'une prise en soin interculturelle pour les patients eux-mêmes ? Et à l'inverse, quelles en seraient les difficultés ?**

Les compétences de l'ergothérapeute en matière de culture : les ergothérapeutes éprouvent des difficultés liées aux défauts de communication. Ils semblent pourtant doués de compétence en matière de communication puisque 43 d'entre eux sur les 57 se disent d'accord voire totalement d'accord avec le fait qu'ils communiquent efficacement avec des patients issus d'une autre culture. En lien avec ceci, 25 ergothérapeutes disent utiliser des activités, supports ou outils afin d'éclairer leur pratique interculturelle. Il s'agit notamment d'outils de communication (apprentissage de la langue, utilisation de pictogrammes, recours à un interprète, technique de reformulation) et d'outils pour mieux comprendre les patients et leur culture (recherches internet, les patients eux-mêmes, formation sur la culture, entretien avec les patients, l'échelle lausannoise d'auto-évaluation des difficultés et des besoins).

24 d'entre eux utilisent des modèles conceptuels pour éclairer leur pratique. 4 utilisent le modèle de l'occupation humaine, évoqué également dans la revue de littérature, 6 la mesure canadienne du rendement occupationnel, 2 l'ethnopsychiatrie et 2 le modèle de processus de production du handicap. Il n'y a pas d'écho au modèle systémique soulevé dans la revue de littérature, ni au modèle Kawa.

Pour quelles raisons les ergothérapeutes utilisent un modèle plutôt qu'un autre ? Quel serait le plus pertinent dans un contexte interculturel ? Les modèles non évoqués dans l'enquête exploratoire sont-ils peu connus ou ne font-ils pas sens pour une prise en soin interculturelle ?

Nous pouvons supposer que ces modèles ont été développés selon les représentations culturelles de leurs auteurs. Nous pouvons ainsi nous demander :

Un modèle développé dans une culture donnée est-il transposable dans d'autres cultures ?

Modèles conceptuels, outils divers et variés, mais pas que. Les ergothérapeutes font surtout valoir leur vision holistique, leur capacité d'adaptation, leurs capacités relationnelles (écoute, empathie, respect...), leur action centrée sur la personne, et leur regard d'expert sur l'activité.

La compétence culturelle de l'ergothérapeute : Cette notion est inconnue pour 15 d'entre eux; elle évoque les capacités d'adaptation pour 14 d'entre eux et fait référence à la capacité de comprendre les cultures pour 7 autres. Cependant, une fois cette notion expliquée, les ergothérapeutes interrogés se sentent culturellement compétents. En effet, 49 d'entre eux sur 57 s'attribuent une note allant de 3 à 4 sur 4.

Ainsi, nous pouvons supposer que la compétence culturelle serait comme inconsciente chez ces ergothérapeutes mais bien présente. **La compétence culturelle est-elle inhérente à la profession d'ergothérapeute ? Comment se développe-t-elle ?**

La compétence culturelle se développerait surtout grâce aux expériences professionnelles et personnelles (respectivement 54 et 52 répondants). La formation initiale et la formation continue participeraient au développement de la compétence culturelle pour respectivement 14 et 15 répondants. Cependant, une personne insiste sur le fait que la compétence culturelle « ne s'apprend pas » mais serait une « prédisposition à être ouvert, authentique et humble ». Pour deux autres personnes, ce terme est « inadéquat » et évoque des stéréotypes car « chacun est différent dans son appréciation de sa culture. [...] On ne peut jamais dire connaître entièrement une culture car pour chacun elle peut différer. » **Ces réticences sont-elles le fruit d'une connaissance erronée de ce qu'est la compétence culturelle ? Sont-elles la traduction de réactions affectives, cognitives ou encore intellectuelles de la part de ces professionnels ?**

Grâce à la revue de littérature et à l'enquête exploratoire, nous pouvons dire que :

- ✓ La culture est une notion complexe, derrière laquelle chacun y met son sens.
- ✓ Les différences culturelles au sein d'une relation thérapeutique peuvent être :
 - ✓ Source de difficultés (défaut de communication, préjugés, ethnocentrisme, différentes visions de la vie) ;
 - ✓ Source d'enrichissement professionnel (ouverture d'esprit, nouvelles connaissances, remise en question) ;
 - ✓ Vectrices d'une relation authentique entre les personnes, désireuses de fournir des efforts pour se comprendre et échanger sur leur mode de vie.
- ✓ L'ergothérapeute aurait des atouts en matière de culture : vision holistique, capacités relationnelles, d'adaptation, regard sur l'activité, emploi d'outils de communication, utilisation de modèles conceptuels pour éclairer et optimiser leur pratique.
- ✓ L'ergothérapeute semble disposer d'une compétence culturelle, qui désigne « le processus par lequel les individus et les systèmes répondent respectueusement et efficacement aux personnes de toutes les cultures, [...] d'une manière qui reconnaît, affirme et valorise la valeur de l'individu et protège et préserve la dignité de chacun »(12). Cette notion semble peu connue dans la profession et interpelle parfois tant sur sa pertinence que sur son développement.

❖ Autocritique de l'enquête exploratoire :

Si cette enquête exploratoire aura permis de faire un état des lieux des pratiques professionnelles en ergothérapie sur le terrain, il convient de prendre ces résultats avec recul et objectivité. Il s'agit des « dires » des ergothérapeutes, qui ne reflètent pas forcément leurs « faires ». Aucune conclusion ne peut être tirée de ce questionnaire car les résultats ne peuvent être étendus à l'ensemble de la population des ergothérapeutes, en raison du faible échantillon.

1.5 Question initiale de recherche

Une multitude de questions ont été soulevées dans la partie précédente, que ce soit concernant les impacts de la culture sur une intervention en ergothérapie, sur les compétences de l'ergothérapeute, sur la relation patient-ergothérapeute ou encore sur la pertinence de l'ergothérapie et de ses concepts dans un contexte interculturel.

Les notions de compétence culturelle et de modèles conceptuels sont celles qui retiennent notre attention car il s'agit respectivement d'une compétence et d'outils au service de l'ergothérapeute pour agir auprès de personne dans un contexte interculturel. De plus, la compétence culturelle « doit être développée et actualisée par tout ergothérapeute, car elle favorise une pratique éthique de l'ergothérapie [...] et encourage l'approche centrée sur le client » (Drolet, 2014) (25). La compétence culturelle apparaît donc être primordiale dans toute intervention ergothérapique et il revient d'explorer cette notion.

Enfin, dans le cadre d'une prise en soin interculturelle, **comment l'utilisation de modèles conceptuels peut favoriser le développement de la compétence culturelle de l'ergothérapeute ?** Et parallèlement, **en quoi l'utilisation de ces modèles favorise l'établissement d'une relation thérapeutique respectueuse des cultures de chacun ?**

Pour mener à bien cette recherche, un modèle conceptuel a été sélectionné. Il s'agit du modèle Kawa, car il « met en évidence l'importance de la culture [...] dans le processus d'intervention en ergothérapie ». « The Kawa Model to help comprehend the particular and culturally specific features of people's disability experiences³ [...] » (Iwama, 2009) (23). Ce modèle semble pouvoir s'adapter à toute culture en permettant de mettre en avant les singularités de chaque individu.

Il attire notre attention par sa philosophie (utilisation de la métaphore d'une rivière), son origine (japonaise), par le fait qu'il met de côté des notions sous-jacentes à l'ergothérapie comme l'occupation, parce qu'il n'est pas ressorti de l'enquête exploratoire alors qu'il semble être un outil intéressant pour l'ergothérapeute.

³ « Le Modèle Kawa aide à comprendre les caractéristiques particulières et culturelles des expériences vécues par les personnes handicapées » [Traduction libre].

Pourquoi ce modèle n'est pas connu dans la profession ? Ce modèle serait-il l'outil à privilégier dans un contexte interculturel ? Permettrait-il à l'ergothérapeute de développer sa compétence culturelle ?

→ Dans le cadre d'une relation interculturelle ergothérapeute-patient, comment la compétence culturelle de l'ergothérapeute se manifeste à travers l'utilisation du modèle KAWA ?

Cette problématique s'inscrit dans les champs disciplinaires de la psychologie par l'étude de la relation entre deux personnes, et de l'anthropologie par l'étude de l'impact de la culture sur celle-ci. Elle convoque deux concepts : la compétence culturelle et le modèle Kawa. Ces concepts vont être développés afin de préciser le cadre dans lequel se situe cette recherche.

1.6 Cadre conceptuel

Dans cette partie, nous allons aborder les concepts clés qui ont émergé précédemment et sur lesquels le sujet de recherche a été recentré, à savoir la compétence culturelle et le modèle kawa. Après avoir développé ces deux concepts, nous synthétiserons en les mettant en tension et en faisant le lien avec la pratique en ergothérapie d'après les résultats de l'enquête exploratoire.

1.6.1 La compétence culturelle

Nous avons vu que les ergothérapeutes étaient doués de compétence culturelle, et que celle-ci était plus ou moins perçue par ces professionnels.

La compétence culturelle est une notion employée dans divers champs disciplinaires (didactique des langues, sociologie, psychologie, anthropologie, santé) sans pour autant qu'une définition ne soit universellement acceptée. Devant la pluralité des définitions, nous allons tenter de dégager les éléments qui semblent faire consensus dans la littérature afin d'appréhender au mieux cette notion. Volontairement, nous écarterons les approches de la compétence culturelle par la didactique des langues, champs disciplinaire non abordé dans ce travail, et concentrerons nos recherches dans les domaines de la santé, la sociologie, la psychologie et l'anthropologie.

Nous aborderons brièvement l'historique de la compétence culturelle, puis nous détaillerons ses composantes essentielles. Enfin, nous nous intéresserons au long processus que représente l'acquisition de la compétence culturelle.

❖ Les origines de la compétence culturelle

La compétence culturelle fait son apparition dans la littérature avec le concept de soins infirmiers transculturels développé par le Docteur Leininger, infirmière anthropologue. Elle parle alors de la nécessité pour un professionnel d'être « cohérent culturellement ». « Pour que les êtres humains puissent survivre et vivre dans un monde en bonne santé, pacifique et porteur de sens, les infirmières et les autres professionnels de la santé doivent comprendre les croyances, les valeurs et les moyens de subsistance des personnes en matière de soins culturels, afin de fournir des soins de santé culturellement cohérents et bénéfiques » (26).

Par la suite, des auteurs en psychologie ou en sciences infirmières développent des modèles de la compétence culturelle, comme Cross et al. et Campinha Bacote.

Cross et al. nomme précisément la compétence culturelle et la définit comme « un ensemble de comportements, d'attitudes et de politiques congruents qui se rejoignent dans un système, une agence ou parmi des professionnels et leur permettent de travailler efficacement dans des situations interculturelles ». Il imagine un continuum en six points allant de la destruction culturelle (attitudes, politiques et pratiques destructrices envers une culture, tel que les génocides) à la compétence culturelle avancée ou maîtrise de la culture (culture hautement estimée par le système, qui vise à l'amélioration des relations entre les cultures dans l'ensemble de la société).

Les travaux de Cross et al. explorent la compétence culturelle en tant que processus et décrivent les réponses culturelles possibles de la part d'un système face à une communauté minoritaire (27) .

Campinha Bacote développe un modèle en cinq catégories correspondant aux savoirs que devraient développer les professionnels, sans ordre spécifique. Il s'agit de la conscience culturelle, des connaissances culturelles, des habiletés culturelles, des rencontres culturelles et enfin du désir culturel (28).

Aucune définition de la compétence culturelle n'est universellement acceptée. Il s'agit de définir un phénomène complexe et multidimensionnel où interagissent des composants affectifs, comportementaux et cognitifs (29). De nombreux auteurs ont exploré et continuent d'explorer cette notion, que ce soit en sciences infirmières, ou plus récemment en ergothérapie à l'image de Wells et Black, Suarez-Balcazar, Muñoz, Bonder ou encore Dillard.

❖ Les notions clés de la compétence culturelle

Malgré l'absence de consensus, certaines notions paraissent faire l'unanimité parmi les travaux de différents auteurs. D'après Suarez-Balcazar and Muñoz, « The most common components were cultural awareness, cultural knowledge, cultural skills and cultural encounters or practice⁴ » (29). Ce sont précisément ces notions que nous développerons ici, car elles peuvent être considérées comme centrales pour définir la compétence culturelle d'après Black et Wells. Il s'agit de la conscience culturelle, des connaissances culturelles, des habiletés culturelles et de la rencontre culturelle.

La conscience culturelle : elle consiste à être conscient de ses valeurs, de ses croyances et de ses attitudes, ainsi que celles des personnes avec qui nous interagissons. Il s'agit de comprendre les bagages culturels de chacun et leurs influences sur les relations à autrui. La conscience culturelle implique une véritable introspection où nous devons être capable d'analyser nos propres préjugés : D'après Dillard, « a major component of cultural competence is an acknowledgment and awareness of one's own culture and a willingness to explore one's own feelings and biases⁵ » (30). La conscience culturelle est à la base de l'analyse des similitudes et des différences entre les cultures (Burchum, 2002) (31).

Les connaissances culturelles : elles définissent ce qui permet de comprendre une culture par l'acquisition continue d'informations. Cela implique de connaître les facteurs qui influencent la diversité. Il s'agit de facteurs observables comme l'âge, le sexe, l'ethnicité d'une personne, et de facteurs non observables comme l'éducation, les croyances, le statut socio-économique, ou encore les valeurs, et l'histoire d'une personne ou d'un groupe culturel (32).

⁴ « Les éléments les plus courants étaient la sensibilisation à la culture, les connaissances culturelles, les habiletés culturelles et les rencontres ou pratiques culturelles » [traduction libre].

⁵ « Une composante majeure de la compétence culturelle est la reconnaissance et la prise de conscience de sa propre culture et sa volonté d'explorer ses propres sentiments et ses préjugés » [Traduction libre].

Les auteurs suggèrent que les professionnels construisent des connaissances culturelles par l'immersion culturelle, en observant, et en posant des questions auprès des personnes intéressées (33). Pour acquérir ces connaissances, il est nécessaire de faire preuve d'habiletés culturelles, une autre composante de la compétence culturelle.

Les habiletés culturelles : elles font référence à des savoirs faire qui permettent aux professionnels d'adapter leur pratique, et d'agir de manière compétente avec autrui. Elles englobent des capacités d'évaluation et de communication. Les auteurs entendent par communication la capacité à interagir avec toute personne. Il peut s'agir de comprendre le sens des mots employés par une personne, de savoir parler la langue de la personne, ou bien d'avoir recours à un interprète ou tout autre outil permettant la communication. La capacité à être à comprendre le non verbal, comme les mimiques, la gestuelle et les émotions notamment, entre aussi dans les capacités de communication (20) (32). Les capacités d'évaluation suggèrent d'être capable d'adapter nos pratiques aux croyances et aux valeurs d'une personne afin que notre intervention ait du sens et soit culturellement acceptable (31) (32).

C'est l'interaction conjointe entre les connaissances et les habiletés culturelles qui permettent une évaluation adéquate des personnes et une intervention pertinente culturellement.

Finalement l'important est de créer, par la rencontre avec autrui et grâce aux connaissances et habiletés culturelles, un lien interpersonnel (29).

La rencontre culturelle : elle fait référence aux contacts entre des personnes de cultures différentes. Elle comprend les échanges et la communication. La compétence culturelle ne peut se développer uniquement par un exercice intellectuel. Ce sont les rencontres, les interactions culturelles qui sont au cœur du processus de développement de la compétence culturelle. Des auteurs ajoutent que pour que rencontre il y ait, il faut une certaine motivation et l'envie d'aller vers l'autre pour le rencontrer. On parle alors de « désir culturel » (31). Les rencontres culturelles favorisent le développement des habiletés culturelles et la diminution des stéréotypes et préjugés. Campinha Baccote en 2010 précise qu'agir auprès de quelques personnes issues d'un même groupe ethnique ne fera pas de nous un « expert » de cette ethnie. Elle insiste sur les variations intra ethniques : « there is more variation within a cultural group than across cultural groups⁶ » (28).

⁶ « Il y a plus de variation au sein d'un groupe culturel que parmi les groupes culturels » [Traduction libre].

Il est donc important de considérer la culture de toute personne, quel que soit son origine ethnique, et quel que soit notre sentiment de différence ou de similitude à l'égard de cette personne.

Les différents auteurs, à travers leurs travaux, interrogent la compétence culturelle des professionnels. Ils insistent sur les interactions entre deux personnes de culture différente et identifient les différents savoirs que les professionnels devraient développer pour pouvoir interagir efficacement avec une personne. Toute interaction entre deux personnes débute par une rencontre. **Dans quelle mesure cette rencontre culturelle conditionne la future relation entre deux personnes ? Quelle place occupe-t-elle dans le processus d'intervention en ergothérapie ?**

❖ La compétence culturelle : un long processus

La compétence culturelle est un long processus d'apprentissage qui opère à mesure des rencontres et des expériences. Il faut être inscrit dans une volonté de changer et d'acquérir toujours plus de nouvelles connaissances. C'est un renouvellement permanent, une remise en question constante. C'est un équilibre entre développer sa conscience culturelle, acquérir des connaissances, faire preuve d'habiletés et se nourrir de rencontres. Les différentes composantes de la compétence culturelle ne constituent pas un processus linéaire. Elles sont enchevêtrées les unes aux autres, interdépendantes et forment un processus dynamique qui durera toute une vie, à la manière d'un voyage : « Becoming culturally competent is an intentional endeavor, a journey and a life-long process » (32).

« There is not an easy answer or a quick solution to how to become culturally competent, but rather it is a process or more exactly, a journey that takes a lot of time, curiosity and a desire to widen the scope of one's experiences. The Buddhists say that we do not learn from experience, but rather by our willingness to experience [...]. And so, the journey that is needed begins with first acknowledging what we don't know and being open to what it is that we need to learn.⁷ » (Lee Mun Wah) (35).

⁷ « Il n'existe pas de solution facile ni de solution rapide pour acquérir une compétence culturelle, c'est plutôt un processus ou plus exactement, un voyage qui prend beaucoup de temps, de curiosité et de désir d'élargir le champ des expériences. Les bouddhistes disent que nous n'apprenons pas par expérience, mais plutôt par notre volonté de faire l'expérience. Dans la culture occidentale, qui se vante souvent d'être multiculturelle, il y a encore beaucoup à apprendre les uns sur les autres et trop de choses sont prises pour acquies. Et donc, le voyage commence nécessairement par reconnaître tout d'abord ce que nous ne savons pas et être ouvert à ce dont nous avons besoin d'apprendre. » [Traduction libre]

La compétence culturelle peut donc être considérée comme un « processus complexe de maturation professionnelle qui est atteint lorsque les besoins culturels uniques et les particularités de chaque personne ont été pris en compte et satisfaits dans le contexte de leurs besoins occupationnels » [Traduction libre] (36). Cette maturation professionnelle passe par le développement conjoint de savoirs être, de savoirs, et de savoirs faire des personnes, à travers la conscience, les connaissances et les habiletés culturelles. Une personne compétente culturellement ferait preuve d'ouverture d'esprit, d'introspection, de respect, alors qu'une personne incompétente culturellement s'adonnerait à des généralités, des préjugés et ferait preuve d'ethnocentrisme. C'est un long processus qui n'est pas seulement intellectuel, mais qui s'inscrit dans un contexte environnemental au travers des rencontres culturelles.

Bien que le modèle Kawa n'ait pas été développé spécifiquement pour servir de structure de base pour la compétence culturelle, ce modèle « presents a culturally relative approach for understanding a person in a socio-cultural context⁸ » (29). C'est une des raisons pour lesquelles le modèle Kawa a retenu notre attention et va à présent être développé.

1.6.2 Le modèle Kawa

Le modèle Kawa est un modèle conceptuel en ergothérapie. Un modèle conceptuel est une « représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique » (37).

Appréhender une situation à travers un modèle donné revient à voir cette situation à travers des « lunettes » ou un « filtre » qui nous permettent d'aborder la situation selon une vision spécifique. Ces modèles éclairent notre pratique. Il peut s'agir de modèles généraux et interprofessionnels (modèle humaniste, systémique...etc) ou bien, dans notre cas de modèles appliqués à l'ergothérapie. Tous les modèles conceptuels en ergothérapie ont été développés dans des pays occidentaux anglophones. Tous, à l'exception du modèle Kawa, développé au Japon. C'est donc le premier modèle à avoir été développé selon une « base philosophique (l'Asie de l'Est), fortement imprégnée d'une vision naturelle-écologique, holistique du monde et d'une structure relationnelle » (38).

⁸ (Le modèle kawa) « présente une approche culturellement relative pour comprendre une personne dans un contexte socioculturel » [Traduction libre].

❖ Les origines du modèle Kawa

Le modèle Kawa a été créé par le docteur Michael Iwama, et son équipe d'ergothérapeutes japonais. « This model arose from practitioners' frustrations in attempting to apply occupational therapy practice models that were grounded in Western perspectives and which did not always translate to the practice context in Japan ⁹ » (29). Ainsi, le modèle Kawa a été développé selon l'idée de pallier aux erreurs d'interprétation pouvant être faites à propos de concepts clés de la profession, comme l'occupation. Ce terme, développé par des pays anglophones peut porter à confusion chez les ergothérapeutes comme chez les patients dont la langue maternelle n'est pas l'anglais. De plus, des concepts comme l'autonomie ou l'indépendance sont souvent nommés comme la finalité d'une intervention en ergothérapie. Or, l'importance de ces concepts n'est pas transposable dans toutes les parties du monde et ne feront pas systématiquement sens pour les personnes. Au Japon par exemple, le collectivisme prime sur l'individualisme, et l'harmonie avec la nature sur l'autonomie. Ces différences culturelles sont à l'origine des travaux de Michael Iwama et de son équipe.

❖ Les objectifs du modèle Kawa

L'objectif de ce modèle est de fournir à la fois un outil d'évaluation et un outil thérapeutique « en cohérence avec la culture de la personne et ainsi éviter toute domination culturelle du thérapeute » (37). Ce modèle, qui utilise la métaphore d'une rivière, ne présuppose aucun principe, aucune valeur, aucune représentation. Ainsi, il n'enferme pas les utilisateurs dans une vision. « Il vise à permettre à la personne de traduire son ressenti et de mettre en lumière ses opinions sur lui-même, sa vie et sur son bien-être. La métaphore permet donc à la personne de clarifier son chemin de vie, les événements qui ont été signifiants pour elle, de faire un point sur sa vie » (39).

Le modèle Kawa propose aux ergothérapeutes « de demander simplement au client comment il veut vivre sa vie de manière à ce qu'elle soit plus significative, et chercher avec eux ce qu'ils peuvent faire pour y parvenir. » (40)

Ce n'est donc pas une évaluation quantitative mais bien qualitative, où la personne réalise une introspection.

⁹ « Ce modèle est né des frustrations des praticiens qui ont tenté d'appliquer des modèles de pratique en ergothérapie fondés sur les perspectives occidentales et qui ne correspondaient pas toujours au contexte de la pratique au Japon » [Traduction libre].

De quelle manière la philosophie du modèle Kawa facilite l'entrée en relation entre un ergothérapeute et un patient ? Dans quelle mesure les fondements de ce modèle résonnent avec la compétence culturelle ?

❖ Les principes du modèle Kawa

« Kawa », qui signifie « rivière » en japonais, utilise la métaphore d'une rivière pour représenter la vie. Cette image, universelle et accessible au plus grand nombre rend pertinente l'utilisation du modèle Kawa auprès de personnes de tout horizon.

A travers la métaphore de la rivière, « life is understood to be a complex, profound journey that flows through time and space, like a river¹⁰ » (23). Ainsi, le commencement de la vie est représenté par la source du fleuve (en haut des montagnes) et la fin de la vie par l'embouchure du fleuve, dans l'océan (CF figure 1).



Figure 2 : vue de dessus de la rivière.
Image tirée du site <http://www.kawamodel.com>

Pour que la personne puisse s'exprimer plus spécifiquement sur sa situation, Michael Iwama et son équipe ont dégagé quatre concepts importants qui seront explorés et illustrés à travers l'utilisation du modèle (CF Figure 2):

- ✓ Les facteurs environnementaux physiques et sociaux de la personne ;
- ✓ Les circonstances de la vie et les problèmes que rencontre la personne ;
- ✓ Les déterminants personnels, atouts et/ ou handicaps de la personne ;
- ✓ Le cours de la vie de la personne: représentée par l'eau.

¹⁰ « La vie est comprise comme un voyage complexe et profond qui traverse le temps et l'espace, comme un fleuve » [Traduction libre].

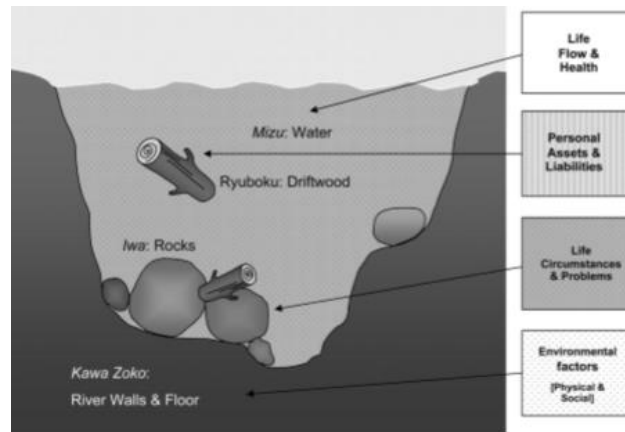


Figure 3 : Vue en coupe de la rivière. Image tirée du site <http://www.kawamodel.com>

❖ Le modèle Kawa en pratique

L'utilisation du modèle Kawa est basée sur l'instauration d'une relation horizontale entre le thérapeute et le patient, où la subjectivité de ce dernier est respectée.

En pratique, le patient sera invité à produire deux dessins. L'un représentera sa vie dans son ensemble (une vue de dessus de la rivière) et l'autre sa vie à un instant T (une coupe transversale de la rivière).

Le patient exprimera à travers le dessin le ressenti :

- De ses problèmes représentés par les rochers, plus ou moins gros et nombreux ;
- De ses contraintes exercées par son environnement, représentées par les rives et le fond de la rivière, plus ou moins rétrécis ;
- De ses atouts et/ou handicaps représentés par les bois flottants, plus ou moins nombreux ;
- De sa qualité de vie, représentée par l'écoulement de l'eau et les espaces laissés libres de tout encombrant : rochers, bois flottants.

A travers ces quatre concepts et leur représentation illustrée, le modèle Kawa permet à la personne d'insister et de mettre en lumière les aspects plus ou moins signifiants de sa vie.

Le modèle Kawa, par sa philosophie orientale, invite l'ergothérapeute à explorer les représentations de ses patients et à laisser place à leur vécu dans toute leur subjectivité à travers la métaphore d'une rivière. Il implique un positionnement horizontal de la part du thérapeute qui accompagne son patient dans son introspection. Plus qu'une technique, il s'agit avant tout d'une approche, d'un état d'esprit qui permet une rencontre harmonieuse et respectueuse entre deux personnes. Entre un patient et un thérapeute, offrant à l'un un espace d'écoute et permettant à l'autre de saisir la singularité d'une personne et du sens qu'elle donne à sa vie.

Compétence culturelle, modèle Kawa, quels liens pouvons-nous dégager entre ces concepts ? La partie suivante tentera d'exposer les liens de corroboration entre la compétence culturelle et le modèle Kawa. Il sera aussi question de retourner sur le champ des pratiques en ergothérapie, en comparant ces données avec celles de l'enquête exploratoire.

1.6.3 Liens entre la compétence culturelle et le modèle Kawa

Les concepts de compétence culturelle et de modèle Kawa se rejoignent sur plusieurs aspects. Lorsque nous établissons une synthèse des idées clés de la compétence culturelle et du modèle Kawa, une certaine résonnance apparaît. En effet, les différentes composantes de la compétence culturelle se retrouvent à travers les fondements du modèle Kawa, et inversement.

Concernant la conscience culturelle, « des modèles de réadaptation comme le Kawa sont proposés pour aider à comprendre les caractéristiques particulières et culturelles des expériences de handicap des personnes » (38). Ce modèle « peut également aider les professionnels occidentaux de la réadaptation à visualiser les caractéristiques et les biais culturels au sein de leurs propres cadres conceptuels » (23). Ces deux arguments font écho à la conscience culturelle, d'une part par la nécessité de comprendre ses propres caractéristiques culturelles, et d'autre part de pouvoir comprendre celles des personnes que nous accompagnons. La conscience culturelle suggère des capacités d'introspection en tant que professionnel, tandis que le modèle kawa se propose comme outil pour accompagner les patients dans leur introspection. Dans l'un comme l'autre de ces concepts, la notion d'introspection est soulevée et vient lier la conscience culturelle et le modèle kawa.

A propos des connaissances et habiletés culturelles « the strategies Iwama (2005) suggests for applying the river metaphor as a means of exploring a client in socio-cultural context offers practitioners additional tools for generating cultural knowledge and applying cultural skills¹¹ » (29). Ainsi le modèle kawa serait un outil pour aider les praticiens à enrichir leurs connaissances culturelles et générer des habiletés culturelles.

Puisque le modèle Kawa permet à l'ergothérapeute d'accéder aux représentations de la personne, de ce qui est significatif pour elle, il génère de ce fait des connaissances culturelles

¹¹ « Les stratégies suggérées par Iwama (2005) pour appliquer la métaphore de la rivière comme moyen d'explorer un client dans un contexte socioculturel offrent aux praticiens des outils supplémentaires pour générer des connaissances culturelles et appliquer des habiletés culturelles » [Traduction libre].

propres à la personne. Puisque le modèle Kawa propose de s'adapter à toute culture et de permettre la communication entre les personnes, il aide de ce fait l'ergothérapeute à faire preuve d'habiletés culturelles, qui rappelons le, consistent en des savoirs faire, des capacités d'adaptation, d'évaluation et de communication en adéquation avec la culture de la personne.

Enfin, la rencontre est une condition incontournable, nécessaire, sans quoi ni la compétence culturelle ni le modèle kawa existeraient. Pour que ces deux concepts puissent exister, il faut qu'une rencontre ait lieu entre deux personnes, ici ergothérapeute et patient. Cette notion est un prérequis fondamental à l'existence de la compétence culturelle et du modèle Kawa.

Les échanges, les interactions entre deux personnes qui se rencontrent ont été mentionnés à la fois dans le concept de compétence culturelle et celui du modèle kawa. Dans un concept comme dans l'autre on aborde la question de la relation, de ce qui se joue entre deux personnes qui interagissent.

A noter aussi, la modèle Kawa comme la compétence culturelle se réfère à l'image du voyage. Le premier voit la vie comme un long voyage, représenté par une rivière, le second est vu comme un long processus, un voyage qu'il faut expérimenter pour développer toujours plus sa compétence culturelle.

Le modèle kawa et la compétence culturelle se rejoignent donc sur un certain nombre de notions, mais se complètent sur d'autres. Notamment sur la question de la relation thérapeutique. La compétence culturelle s'intéresse essentiellement au professionnel. Le modèle Kawa creuse davantage la question de la relation thérapeutique, en introduisant la notion de relation horizontale.

Finalement au travers de cette relation comment se manifesterait la compétence culturelle ? Le modèle Kawa peut-il être un vecteur de la compétence culturelle ?

Au cours de la problématisation pratique, nous avons justement questionné le lien entre modèles conceptuels, relation thérapeutique et compétence culturelle. Le développement de ce cadre conceptuel vient relancer ce questionnement et suscite davantage de questions sur le lien existant entre compétence culturelle et modèle Kawa.

L'élaboration de ce cadre conceptuel peut être modélisée au travers d'une matrice conceptuelle afin de figurer les liens existants entre ces concepts et synthétiser leurs composantes fondamentales (CF annexe 5).

1.7 Question et objet de recherche

En étudiant les concepts de compétence culturelle et de modèle Kawa, plusieurs questionnements ont émergés. D'une part à l'importance la rencontre culturelle. Quel rôle joue-t-elle dans l'établissement d'une relation thérapeutique ? Et d'autre part, la philosophie dégagée par le modèle Kawa facilite-t-elle la rencontre entre deux personnes ? Donne-t-elle des repères à l'ergothérapeute pour faire preuve de compétence culturelle.

Ces questionnements permettent de recentrer notre travail et d'aboutir à une question de recherche :

Lors d'une rencontre entre un patient et un ergothérapeute, **comment l'utilisation du modèle Kawa par l'ergothérapeute participe-t-elle à la mobilisation de sa compétence culturelle ?**

A travers cette question, nous nous intéressons à l'utilisation du modèle Kawa par un ergothérapeute. En explorant les raisons pour lesquelles il l'utilise, dans quel but, et quels en sont les résultats observables, nous étudierons comment les ergothérapeutes mobilisent leur compétence culturelle dans leur relation avec un patient. Nous nous intéresserons à ce qui se joue entre un patient et un ergothérapeute qui se rencontrent, qui apprennent à se connaître à travers le modèle Kawa. Cette recherche n'a pas pour vocation d'explorer la technicité du modèle Kawa, mais plutôt sa philosophie et de ce qu'elle implique dans la relation ergothérapeute-patient.

L'objet de recherche est donc l'étude des manifestations de la compétence culturelle d'un ergothérapeute qui utilise le modèle kawa auprès d'un patient.

2. Matériel et méthode

Cette partie est dédiée au développement de la méthode de recherche avec précision afin qu'elle soit scientifiquement rigoureuse et reproductible.

2.1 Choix de la méthode de recherche

La question de recherche « Comment l'utilisation du modèle Kawa par un ergothérapeute participe-t-elle à la mobilisation de sa compétence culturelle? » interroge un phénomène subjectif : les manifestations de la compétence culturelle. C'est un phénomène observable, phénoménologique. C'est pourquoi nous aborderons cette question selon une **méthode qualitative**, dont le but, d'après Mays et Popes est « the development of concepts which help us to understand social phenomena in natural (rather than experimental) settings, giving due emphasis to the meanings, experiences, and views of all the participants¹² » (41). Elle semble donc tout à fait appropriée pour interroger un phénomène existant dans le cadre d'une relation thérapeutique ergothérapeute- patient.

La méthode de recherche clinique, par sa vocation à explorer un phénomène et à privilégier « l'humanisme et la subjectivité » (Chantal Eymard, 2018) permettra de recueillir les représentations des ergothérapeutes utilisant le modèle Kawa et l'expression de leur compétence culturelle (42). Nous rechercherons la singularité des expériences du groupe interrogé.

2.2 Population et critères d'inclusion et d'exclusion

La population étudiée se compose d'ergothérapeutes utilisant le modèle Kawa.

Critères d'inclusion :

- ✓ Les ergothérapeutes francophones : La francophonie sera garante d'échanges compréhensibles par l'ensemble des interlocuteurs, et permettra d'avoir un panel plus large.
- ✓ Les ergothérapeutes utilisant ou ayant utilisé le modèle kawa au cours de leur pratique.

¹² « Développer des concepts qui nous aident à comprendre les phénomènes sociaux dans des contextes naturels (plutôt qu'expérimentaux), en mettant l'accent sur les significations, les expériences et les points de vue de tous les participants » [Traduction libre].

Critères d'exclusion :

- Les ergothérapeutes non francophones ;
- Les ergothérapeutes n'utilisant pas le modèle Kawa dans leur pratique.

Quel que soit le public auprès duquel intervient l'ergothérapeute interrogé, son témoignage sera pertinent pour cette recherche dans la mesure où « tout soin intervient dans un contexte culturel » (Leninger, 1978). A ce stade de la recherche, nous pouvons à présent prendre le parti que la culture est propre à chaque personne. Il ne s'agit pas de réfléchir à l'échelle sociétale ou communautaire mais bien individuelle. « La culture est située et change à travers le temps ce qui constitue deux raisons qui obligent les cliniciens à voir la culture comme unique à chaque personne et comme une photographie à un moment précis » (43).

2.3 Outil théorisé de recueil de données

Afin de recueillir le témoignage d'ergothérapeutes utilisant le modèle Kawa et de pouvoir faire le lien avec la compétence culturelle, l'**entretien** est l'outil de recueil de données à privilégier. Avec une forme **non directive**, il permettra de donner la parole aux ergothérapeutes et de laisser place à leur vécu, leurs représentations et leurs expériences. C'est un entretien à visée exploratoire, qui tentera « à partir d'une question préliminaire, de balayer le champ des significations et des actes de langages possibles relatifs à cette question » (44).

L'entretien directif n'est pas retenu car il ne favoriserait pas la libre expression de la personne par ses questions fermées. Sa forme se rapproche davantage de celle d'un questionnaire et n'est pas à privilégier pour une recherche qualitative (45).

L'entretien semi directif aurait pu convenir mais semble moins pertinent car risquerait d'orienter la personne et de ne pas laisser libre cours à son discours.

L'entretien non directif permettra davantage « l'émergence de contenu socioaffectif profond en facilitant pour l'enquêté l'ascension à ces informations que l'on ne peut atteindre directement » (46). L'idée est que ce contenu socioaffectif est plus « profond, plus significatif et plus déterminant des comportements que ce qui n'est qu'intellectualisé » (46).

2.4 Anticipation de ses biais et stratégies pour les atténuer

Le recours à des entretiens comporte un certain nombre de biais. Le fait que ces entretiens seront réalisés non pas « face à face » mais par téléphone, pose la question concernant de la crédibilité et de la rigueur scientifique de cet outil de recueil de données. En effet, le chercheur ne pourra avoir de regard sur l'attitude, les réactions et les émotions de la personne enquêtée. Certaines informations peuvent donc échapper au chercheur. En revanche, l'interface téléphonique peut se révéler intéressante pour acquérir la confiance de personnes timides notamment. Cela peut avoir pour effet de libérer la parole et de privilégier l'expression libre. D'autres biais existent, que le chercheur devra anticiper et tenter d'atténuer et/ou de contrôler afin d'assurer la pertinence de son enquête.

Tableau 3: Biais inhérents à l'entretien

Biais	Stratégies d'atténuation et/ou de contrôle
<u>Méthodologiques</u> : si la question de départ est mal posée et ne permet pas l'expression du sujet.	Ne pas induire de réponse dans la question ; Tester la question auprès d'une cohorte.
<u>Cognitifs</u> : temps accordé à l'enquête ; difficulté d'élaboration de réponse de la part de l'enquêté.	Prévoir des questions de relance ; reformuler les propos de l'enquêté.
<u>Affectif</u> : si les émotions de l'enquêté et/ou l'enquêteur interfèrent avec leur jugement moral.	Prendre conscience de ces émotions, prendre du recul pour rester objectif. Intégrer ces biais affectifs dans l'interprétation des résultats, ne pas les sous-estimer ni les ignorer.
<u>Désirabilité sociale</u> : si les enquêtés tentent de « plaire » au chercheur, de fournir un discours qui ne reflètent pas leur réalité mais celle que la société attend.	Multiplier les entretiens pour recueillir un maximum de point de vue. Adopter une attitude non directive afin de ne pas influencer le discours de la personne.

2.5 Construction de l'outil théorisé de recueil de données

La passation d'un entretien non directif ou entretien libre suppose une réflexion en amont de l'entrevue de la part du chercheur. Celui-ci doit réfléchir à un cadre d'écoute qui servira de base, de repère, lors de la passation des entretiens, ainsi qu'à un guide d'entretien, comprenant une question inaugurale pour lancer l'entretien.

Le cadre d'écoute, ou matrice d'écoute, élaboré à partir du cadre conceptuel, consiste en une « typologie des façons d'être attendues, en ensemble de profils plausibles, tous issus de la théorisation précédente » (Chantal Eymard, 2018) (42). Il permet « d'armer l'écoute ». Ainsi, lorsque nous écouterons un ergothérapeute parler, nous serons attentifs à ses dires, ses attitudes, qui seront le signe que sa compétence culturelle est à l'œuvre lorsqu'il utilise le modèle Kawa. A partir du concept de compétence culturelle, nous pouvons donc établir différents profils d'ergothérapeutes, allant de l'ergothérapeute qui mobilise sa compétence culturelle, à celui qui ne la mobilise pas (CF annexe 6).

Le guide d'entretien pour un entretien non directif comprend donc uniquement une question inaugurale, d'importance capitale pour le déroulé de l'entretien.

La question inaugurale est la phrase qui introduit l'entretien. D'après Duchesne, elle « définit les contours du thème qu'il porte à la réflexion de la personne interrogée ; [...] elle doit cadrer le récit tout en ouvrant à la réflexion ». En théorie elle doit contenir les mots clé de la recherche, ici modèle Kawa et compétence culturelle. Or, il est apparu au travers de l'enquête exploratoire et des différentes recherches menées, que la compétence culturelle n'est pas ainsi nommée par les ergothérapeutes. Le plus souvent, ce terme est inconnu ou n'évoque que de vagues notions. C'est pour cette raison qu'il ne sera pas évoqué volontairement de la part du chercheur durant l'entretien. Ce terme n'apparaîtra pas non plus dans la question inaugurale car il risquerait de déstabiliser la personne enquêtée qui ne saurait comment appréhender cette notion inconnue.

Rappelons que l'objectif de cette étude est d'identifier comment la compétence culturelle de l'ergothérapeute est à l'œuvre à travers son utilisation du modèle Kawa, dans sa rencontre avec un patient. Nous nous intéressons à la rencontre entre une personne et un ergothérapeute qui apprennent à se connaître tout au long du processus d'intervention ergothérapique. Rencontre qui serait orchestrée par le modèle Kawa et à travers duquel nous souhaitons identifier comment la compétence culturelle de l'ergothérapeute est mobilisée, apparaît, se construit.

En d'autres termes, il s'agit de déceler si le modèle Kawa donne l'opportunité aux ergothérapeutes d'être sensible à leur culture et celle de leur patient (= conscience culturelle), de mieux connaître la culture de leur patient (= connaissances culturelles), de mieux communiquer avec leur patient (= habiletés culturelles).

Afin de cadrer l'entretien autour de ces thématiques, la question inaugurale sera :

« Est-ce que vous voulez bien me parler de votre ressenti à l'égard du modèle Kawa, de ce qu'il vous apporte dans votre rencontre avec un patient ? »

En insistant sur le pronom personnel « vous » et le possessif « votre », le chercheur invite la personne à réfléchir à propos de ses ressentis et sur la manière dont elle vit son utilisation du modèle Kawa.

Le déroulé de l'entretien : Une fois la question inaugurale posée, le chercheur adopte une attitude non directive et laisse élaborer la personne sans l'interrompre. Toutefois, il devra être attentif aux silences de la personne enquêtée. Ces silences peuvent être qualifiés de pleins (la personne réfléchit), vides ou tendus. Ils sont inhérents à la pratique de l'entretien non directif car ils offrent aux personnes enquêtées du temps pour réfléchir. Le chercheur ne doit donc pas interrompre un silence dit plein car il stopperait la réflexion de la personne. En revanche, il revient au chercheur d'estimer la durée d'un silence vide ou tendu et d'évaluer ses éventuelles répercussions (inquiétude, anxiété, impatience) chez la personne en cas de prolongation. Le chercheur peut alors être amené à intervenir pour « casser » ce silence et aider à réamorcer la réflexion de la personne enquêtée par des techniques de relance (47).

Analyse des risques et contraintes pour l'ensemble des participants : cette recherche ne présente, à priori, aucun risque pour l'ensemble des participants (chercheur et ergothérapeutes interrogés). Néanmoins, étant donné que cette recherche vise à recueillir les émotions et les ressentis des ergothérapeutes, le chercheur devra être garant de la confidentialité et de l'anonymat des données recueillies. Il se rendra aussi attentif aux émotions de la personne durant l'entretien. Enfin, le chercheur n'omettra pas de remercier les ergothérapeutes participant, pour le temps accordé à cet entretien.

2.6 Test de faisabilité du dispositif auprès d'une cohorte d'entraînement

Un premier entretien a été mené afin de tester la question inaugurale. Cet entretien a été mené par téléphone, modalité qui sera identique pour les futurs entretiens. La question inaugurale était : « *Est-ce que vous voulez bien me parler de votre ressenti à l'égard du modèle Kawa, de ce qu'il vous apporte dans votre rencontre avec un patient ?* »

Cette question avait pour ambition d'amener la personne enquêtée à parler de ses ressentis, de ce qu'elle pense du modèle Kawa, de ce qu'il implique dans une rencontre avec un patient.

La personne enquêtée a surtout parlé de ce que le patient parvenait à exprimer grâce à ce modèle. Elle n'a parlé de ses propres ressentis que lorsqu'elle a été relancée par la question : « *qu'est-ce que le modèle kawa reflète de votre personnalité ?* »

La question inaugurale n'invite pas suffisamment la personne enquêtée à parler d'elle. Outre les termes de la question, un biais cognitif a pu empêcher la personne d'accéder à ses ressentis. Il est apparu difficile pour elle de procéder à une introspection sans que je ne la réoriente. Chaque personne accède plus ou moins facilement à son inconscient et à ce qu'elle vit. Au-delà de cet aspect, il convient de prendre en considération les modalités de l'entretien : non directif, par téléphone, entre deux personnes qui ne se connaissent pas. Par conséquent, la parole peut mettre plus de temps avant de se libérer. Pour cette raison, il apparaît judicieux de procéder à l'entretien en deux temps :

- Inviter la personne à parler de ses patients, de ce qu'elle apprend d'eux à travers le modèle Kawa → *Est-ce que vous voulez bien me parler de ce que vous apprenez du patient à travers le modèle kawa ?*
- Puis l'amener à parler d'elle, de ce qu'elle apprend d'elle-même, de ce qu'elle ressent, de ce que le modèle kawa reflète de sa personnalité : *Et vous, plus personnellement, que vous apporte le modèle kawa, qu'est-ce qu'il reflète de votre personnalité ?*

En procédant de cette manière, l'enquêteur ouvre petit à petit la parole de l'enquêté. Il lui laisse le temps d'élaborer, de se sentir en confiance et suffisamment à l'aise pour explorer ses ressentis. Ainsi, l'enquêteur pourra se rendre attentif aux manifestations de la compétence culturelle de l'ergothérapeute interrogé. Comment elle est mobilisée, comment elle est à l'œuvre lorsqu'il utilise le modèle Kawa.

De plus, lors du test du dispositif, l'introduction a certainement été négligée et n'a pas permis à l'enquête de comprendre le sens et le contexte de la question. Lors des prochains entretiens, l'accent devra être mis sur cette phase préliminaire pour placer le contexte de la recherche. C'est à ce moment-là que l'enquêteur insistera sur les notions de rencontre, de relation ergothérapeute-patient.

Cette approche paraît moins frontale pour la personne enquêtée. Bien qu'elle tende à se rapprocher d'un entretien semi-directif par la présence de deux questions, cette approche paraît plus pertinente pour accéder aux expériences personnelles des ergothérapeutes.

Après test sur un second ergothérapeute, cette méthode semble plus pertinente et permet d'amener davantage la personne à parler d'elle, de ses ressentis. C'est donc cette méthode qui sera retenue pour le déroulement de l'enquête (CF Annexe 7).

2.7 Déroulement de l'enquête

Un message a été posté sur des réseaux sociaux au sein de groupes dédiés à l'ergothérapie. Ce message mentionnait la recherche d'ergothérapeutes utilisant ou ayant utilisé le modèle Kawa et qui accepteraient d'être contactés pour partager leur expérience. Suite à un premier contact par message avec les ergothérapeutes intéressés, des rendez-vous téléphoniques ont été fixés.

Une fois l'outil de recueil de données retravaillé, les entretiens ont pu se dérouler par téléphone pour des raisons d'éloignement géographique. Les entretiens ont été, avec accord de la personne enquêtée, enregistrés à l'aide d'un du logiciel Audacity®, afin de pouvoir être analysés a posteriori. Trois ergothérapeutes ont finalement participé à l'enquête.

2.8 Choix des outils de traitement et d'analyse des données

Cette partie expose la méthode employée par le chercheur pour traiter et analyser les données. Nous verrons dans un premier comment les entretiens seront retranscrits, puis nous ouvrirons un débat sur les différents outils et approches pour analyser un contenu. Enfin, nous viendrons mettre en suspens ce débat, afin de se positionner et choisir une méthode pertinente au regard de notre question de recherche.

En premier lieu les entretiens seront retranscrits intégralement et manuellement à partir de l'enregistrement et grâce à la fonction « ralentir la vitesse » d'Audacity®.

Une fois retranscrits (CF annexes 8 à 10), les entretiens doivent être analysés, c'est ce que l'on appelle l'analyse de contenu. Celle-ci est définie par Chantal Eymard (2018) comme étant « une technique permettant l'examen méthodique, systématique, objectif, et éventuellement quantitatif, du contenu de certains textes en vue d'en classer et d'en interpréter les éléments constitutifs » (42).

Plusieurs méthodes permettent l'analyse de contenu, dont l'analyse thématique, lexicale, linguistique et cognitive. Ces différentes analyses peuvent être réalisées manuellement par le chercheur ou à l'aide d'un logiciel spécifique. Dans tous les cas, l'analyse de contenu ne peut être réalisée uniquement à l'aide d'un logiciel. L'analyse manuelle et compréhensive du chercheur est « incontournable, s'en priver constituerait un biais » (42). L'analyse soutenue par un logiciel, demande au préalable de maîtriser cet outil, étape chronophage. Bien qu'utile pour objectiver et quantifier des données, l'utilisation d'un logiciel ne sera pas retenue pour cette recherche. Les données recueillies sont singulières et subjectives. Il semble important d'en saisir le fond du contenu, qui ne peut être recueilli que par une analyse manuelle. Celle-ci se déroulera en deux temps. Une première phase consistera à analyser le contenu des entretiens par une approche d'analyse générale inductive. La seconde phase, plus succincte car l'essentiel de l'analyse aura été fait précédemment, consistera à analyser les entretiens à travers le concept de compétence culturelle.

Première phase : approche générale d'analyse inductive :

Le chercheur adoptera une méthode rigoureuse pour saisir le sens de chacun des entretiens à travers l'approche générale d'analyse inductive, dont le but premier est de « is to allow research findings to emerge from the frequent, dominant, or significant themes inherent in raw data, without the restraints imposed by structured methodologies¹³ » (48). Cette analyse passe par trois étapes : la réduction, la condensation et la présentation des données.

¹³ « Est de permettre aux résultats de recherche d'émerger des thèmes fréquents, dominants ou significatifs inhérents aux données brutes, sans les contraintes imposées par des méthodologies structurées » [Traduction libre]

- ❖ La réduction des données : il s'agit d'un « ensemble de procédures visant à donner un sens à un corpus de données brutes mais complexes, dans le but de faire émerger des catégories » (48). Afin de réduire les données, nous nous appuierons sur une analyse thématique verticale, qui « consiste à parcourir les thèmes abordés par chaque interviewé séparément pour en faire ensuite la synthèse » Cette analyse combine l'analyse thématique et l'analyse par entretien (R. Ghiglione et B. Matalon, 1978) (49). Nous procéderons en quatre étapes :
 1. Lecture des entretiens un à un
 2. Identification de chaque thème abordé dans chaque entretien
 3. Mise en tension des différents thèmes par une lecture transversale des entretiens
 4. Synthèse des différents thèmes pour faire émerger des catégories et sous-catégories.

- ❖ La condensation des données : cette étape « renvoie à l'ensemble des processus de sélection, centration, simplification, abstraction et transformation des données brutes » (50). Nous procéderons en deux étapes :
 1. Construction d'une grille d'analyse avec les catégories et sous-catégories établies précédemment
 2. Sélection « des segments de texte qui présentent en soi une signification spécifique et unique (unités de sens) » renvoyant à chaque catégorie et sous-catégorie (42).

- ❖ La présentation des données : cette dernière étape consiste à « rassembler de l'information et l'organiser sous une forme compacte immédiatement accessible, qui permet à l'analyse d'embrasser d'un coup d'œil la situation » (50). Une cartographie cognitive permettra de synthétiser les données. Celle-ci est une « représentation graphique de la représentation mentale que le chercheur se fait d'un ensemble de représentations discursives énoncées par un sujet à partir de ses propres représentations cognitives, à propos d'un objet en particulier » (51). Elle permettra également de faire apparaître des liens de causalité entre les différents thèmes, et de figurer les manifestations de la compétence culturelle à travers ces thèmes. Cette étape sera cruciale, par sa vocation à établir du lien avec la question de recherche. Pour pouvoir apporter des éléments de réponses à la question de recherche, une analyse plus fine à travers le concept de compétence culturelle semble nécessaire. Là est l'enjeu de la deuxième phase.

Deuxième phase : analyse thématique à travers le concept de compétence culturelle :

L'analyse thématique permettra de sélectionner « les segments de discours en lien avec l'objet de représentation étudié », ici la compétence culturelle (52).

Les entretiens seront relus en cherchant précisément les moments où la compétence culturelle se manifeste. Les fragments de texte correspondant à une manifestation de la compétence culturelle seront surlignés pour être codifiés selon la composante (conscience, connaissances, habiletés ou rencontres culturelles) à l'œuvre. C'est à partir du cadre d'écoute que seront sélectionnés et codés les fragments de texte.

L'ensemble de cette méthode a été construit en combinant plusieurs approches : générale inductive, l'analyse thématique, l'analyse par entretien et la cartographie cognitive. L'ambition est de façonner une méthode capable de saisir la singularité de cette recherche. Nous pourrions étudier le contenu des entretiens à travers notre cadre d'écoute et donc de la compétence culturelle. Ainsi les « catégories » seraient déjà identifiées à l'avance et notre travail reviendrait à classer le contenu des entretiens dans des catégories telles que la conscience culturelle, les connaissances culturelles ou encore les habiletés culturelles. Cependant, le risque serait de perdre du matériel car il est peu probable que les ergothérapeutes ne s'expriment uniquement sur des savoirs, savoirs-être et savoirs-faire en lien avec la compétence culturelle. De plus, si nous analysons les entretiens uniquement à travers cette notion, nous risquons d'être peu objectif et de biaiser les résultats de la recherche en cherchant à « remplir » les catégories préétablies correspondant aux composantes de la compétence culturelle. Analyser l'ensemble des entretiens dans un premier temps, sera gage d'une appropriation et d'une meilleure compréhension des dires des ergothérapeutes. Ainsi, bien que nous ayons en tête la matrice conceptuelle et le cadre d'écoute établis, nous serons en mesure d'accueillir « l'inattendu », de nouvelles perspectives émergentes du discours des ergothérapeutes. Ce sera seulement dans un second temps, notamment grâce à la cartographie cognitive, que nous identifierons si oui ou non des manifestations de la compétence culturelle sont perceptibles dans le discours des ergothérapeutes. Enfin, l'analyse thématique selon la compétence culturelle, précisera ces manifestations, tant sur leur contenu que sur leur place dans le discours.

La partie suivante expose une synthèse des résultats de la recherche, qui ont émergé à la suite de l'analyse de contenu selon la méthode explicitée précédemment.

3. Résultats

Cette partie expose dans un premier temps les données descriptives des différents entretiens, notamment les données démographiques. Dans un second temps, les données textuelles seront présentées. Elles sont la synthèse de l'analyse du contenu des entretiens, et permettront de synthétiser les résultats de cette recherche, sans interprétation dans un premier temps. L'interprétation des résultats n'interviendra que dans la partie suivante.

3.1 Données descriptives

Par soucis de confidentialité les ergothérapeutes seront nommés E1, E2, et E3. Le tableau ci-dessous présente les caractéristiques principales des ergothérapeutes interrogés, à savoir quelques données démographiques, la durée des entretiens.

Tableau 4: Profils des ergothérapeutes participant à l'enquête

	Profil des ergothérapeutes	L'entretien
E1	Femme, 36 ans. Diplômée en 2004, de l'école Paris Créteil. Parcours professionnel : 2 mois en rééducation puis psychiatrie jusqu'à aujourd'hui. Utilisation du modèle Kawa depuis 6 ans en psychiatrie.	Durée : 50 min
E2	Femme, 40 ans. Diplômée en 2001, de l'école de Bruxelles. Parcours professionnel : psychiatrie, formation psychothérapeute systémique. Utilisation du modèle Kawa depuis 3 ans en psychiatrie.	Durée : 32 min
E3	Femme, 28 ans. Diplômée en 2014, Paris Créteil. Parcours professionnel : EHPAD, MAS, SSRG. Utilisation du modèle Kawa depuis 2 ans en MAS et SSRG (soins palliatifs).	Durée : 28 min

Les trois ergothérapeutes interrogées sont des femmes, et ont en moyenne 35 ans. Elles ont entre 5 et 18 années d'expérience en tant qu'ergothérapeute. Deux d'entre elles ont fait l'essentiel voir l'exclusivité de leur carrière en psychiatrie, et une a eu des postes variés (lieu de vie et rééducation).

Il est à noter que deux de ces ergothérapeutes n'utilisent pas le modèle Kawa lors d'une première rencontre, mais plutôt au cours du processus d'intervention. Une seule l'utilise lors d'une première rencontre avec un patient, lorsque la situation s'y prête.

A présent nous allons présenter les données textuelles de cette recherche.

3.2 Données textuelles

Rappelons que cette recherche avait pour objet d'étude les manifestations de la compétence culturelle d'un ergothérapeute, à travers son utilisation du modèle Kawa avec un patient.

Cette compétence culturelle a été explorée à travers l'expression d'ergothérapeutes, lors d'entretiens par téléphone.

L'analyse du contenu de ces entretiens a été faite selon une approche générale d'analyse inductive pour commencer, puis par une analyse thématique focalisée sur la compétence culturelle. Comme expliqué dans la partie précédente, l'analyse inductive comporte trois étapes, la réduction, la condensation et la présentation des données.

A l'issue de la réduction des données, de nombreux thèmes abordés par les ergothérapeutes ont été recensés après une première lecture « entretien par entretien » (CF Annexe 11). Après une seconde lecture transversale des entretiens, les thèmes ont été listés (CF Annexe 12), puis regroupés et traduits en catégorie et sous-catégories (condensation des données). Une catégorie se définit comme « une production textuelle se présentant sous forme d'une brève expression et permettant de dénommer un phénomène perceptible à travers une lecture conceptuelle d'un matériau de recherche » (Paillé et Mucchielli, 2003) (48). Sept catégories ont pu être identifiées. Six concernent les caractéristiques du modèle kawa : un outil pour le patient, un outil pour l'ergothérapeute, un outil vecteur d'une relation thérapeutique, un outil imprégné de valeurs, un outil malléable, et enfin un outil médiateur. Une catégorie regroupe les réflexions plus larges des ergothérapeutes à propos de leur personne.

Tableau 5 : Catégorisation du discours des ergothérapeutes

Kawa, un outil pour le patient	L'introspection, prise de conscience du patient
	La verbalisation du patient
	Redonner de la temporalité à l'histoire de vie du patient
Kawa, un outil pour l'ergothérapeute	Aide à comprendre/ connaître le patient
	Aide à identifier ce qui est signifiant pour le patient
Kawa, vecteur d'une relation thérapeutique	Lien de confiance
	Relation horizontale
	Facilite la communication
	Patient acteur
	Cadre sécurisant
Kawa, l'outil malléable	A la culture
	Aux capacités de la personne
Kawa en tant que médiateur	Symbolisation/ médiation
	Permet de clarifier une situation
	Projection
Les principes/ valeurs du kawa	Globalité
	Systémie
	Respect
	Empathie
Les réflexions des ergothérapeutes sur leur personne	Introspection
	Remise en question
	Son intérêt pour le modèle
	Sa posture professionnelle

❖ Kawa, un outil pour l'ergothérapeute :

Les ergothérapeutes interrogés ont évoqué les apports du modèle kawa sur leur pratique. Ils ont, à l'unanimité, exprimé le fait que ce modèle leur permettait d'apprendre à connaître leur patient, tant sur leur fonctionnement et leur capacité, que sur leur histoire de vie (E3.L31-33 : « on en apprend, cela relève de l'intime, de sphères très personnelles, aussi bien la religion, tout est pris en compte » ; E2.L7-8 : « Cela nous apprenait à voir si le patient était dans la capacité d'abstraction ou pas, et sa capacité à symboliser les choses » ; E1.L168 : « C'est exactement ce qu'il nous faut pour comprendre la personne et là où elle en est aujourd'hui. »).

Aussi, un ergothérapeute dit parvenir à identifier ce qui est signifiant pour ses patients (E1.L6-7 : « C'est elle qui priorise ce qu'elle veut mettre, des fois elle oublie des choses, elle revient, c'est intéressant de voir ce qu'elle met en premier »).

Une ergothérapeute insiste sur le fait qu'il s'agit surtout d'un outil pour le patient E2.L47-48 : « Nous, ça nous apprend des choses, mais c'est surtout pour lui que cela va être un outil ».

❖ Kawa, un outil pour le patient :

Le modèle Kawa, d'après les dires des ergothérapeutes, aiderait le patient à verbaliser, parfois des événements difficiles voire traumatisant de son histoire (E1.L16-18 : *« j'ai beaucoup de personnes qui ont mis des mots sur des choses qui étaient inavouables, pas possible à dire, souvent de l'ordre des attouchements sexuels »*). L'utilisation du modèle Kawa lui permet aussi de retrouver une certaine temporalité (E1.L29-30 : *« elles ne savent plus quand cela s'est passé, mais rien que le fait de replacer les événements les uns par rapport aux autres, cela redonne de la temporalité »*).

Enfin, le modèle Kawa permettrait aux patients de réaliser une introspection, (E1.L12-13: *« Cela éclaire la personne sur elle-même, on redonne la partie analyse au patient »*), et de prendre conscience de leur existence et de leur histoire (E2.L51 : *« Ils se rendent compte de l'évolution, du changement de leur perception sur leur situation »*).

Directement en lien avec la prise de conscience et l'introspection, le modèle Kawa est aussi perçu par ces ergothérapeutes comme une véritable médiation thérapeutique.

❖ Kawa, un outil médiateur :

Les trois ergothérapeutes interrogées ont insisté sur l'aspect médiateur du modèle Kawa. Il permettrait d'accéder davantage à l'inconscient du patient : E1.L.62-64 : *« On amène les patients sur un côté assez onirique au final pour accéder à quelque chose de plus inconscient, de plus transitionnel, et je trouve qu'on est vraiment dans cet espace transitionnel »*. De plus, l'utilisation du Kawa comme médiation semble être synonyme d'apaisement pour le patient : E1.L.66-67 : *« Le côté symbolique à un moment doit être facilitant, cela les calme. On parle moins de soi directement »*. Enfin, le côté médiateur du modèle Kawa semble faciliter l'expression du patient : E2.L.19-20 : *« Il y a des gens qui vont mieux exprimer certaines choses grâce au média »* ; E3. L15-16 : *« Et le fait d'imager c'est très concret, c'est parlant »*.

Directement en lien avec l'aspect expressif, le modèle Kawa regorge d'autres atouts, permettant aux ergothérapeutes de l'identifier comme vecteur d'une relation thérapeutique.

❖ Kawa, un outil vecteur d'une relation thérapeutique :

Différentes caractéristiques du modèle Kawa permettent l'instauration d'une relation thérapeutique ergothérapeute/ patient. Tout d'abord, le fait qu'il facilite la communication (E3. L.56-57 : « *quand c'est trop douloureux les patients ont du mal à en parler et là ils peuvent en parler mais de façon discrète du coup* »).

Ensuite, le fait que le patient soit placé au centre de l'intervention favoriserait la relation de confiance : E1. L.170 : « *je trouve que la personne redevient actrice et la relation de confiance part de là car on laisse la personne faire* ». Plus que d'une relation de confiance, il peut s'agir d'alliance thérapeutique (E1. L202 : « *c'est de l'alliance thérapeutique, le travail à deux* »).

Si les trois ergothérapeutes s'expriment sur la qualité d'une relation à travers l'utilisation du modèle Kawa, leurs propos sont nuancés, voire peuvent être contradictoires, par le fait qu'il faille au préalable une relation de confiance, pour pouvoir utiliser le modèle Kawa avec un patient : E3.L26-27 : « *Il faut qu'un certain lien de confiance soit établi* » ; E2.L26 : « *il faut qu'il soit en confiance* » ; E1.L45-46 : « *il faut une relation de confiance* ». Elles expliquent cela par le fait que pour que le patient puisse se livrer, il faut qu'il soit en confiance, qu'il se sente en sécurité. En lien avec ceci, elles s'expriment justement sur le cadre sécurisant qu'apporte le modèle Kawa : E2. L.47 : « *C'est sécurisant pour le patient car il ne se sent pas jugé* ».

Directement en lien avec l'instauration d'une relation thérapeutique, les ergothérapeutes évoquent les valeurs inhérentes au modèle Kawa.

❖ Kawa, imprégné de valeurs :

Les notions de respect (E3.L.58 : « *Cela respecte la personne, cela ne la brusque pas* », d'empathie (E1. L.155-157 : « *En fait c'est le principe même de l'empathie : apprendre à comprendre l'autre en fonction de ses propres références à lui* »), de systémie et de globalité (E1.L.178 : « *prendre en charge la personne dans sa globalité, ne pas la réduire* ») sont évoquées tour à tour par les ergothérapeutes. Ces notions ne sont pas énoncées comme étant propre au modèle Kawa, mais celui-ci permettrait d'y être sensible.

Directement en lien avec la notion de globalité et de systémie, les ergothérapeutes évoquent l'adaptabilité du modèle Kawa à toute personne.

❖ Kawa, un outil malléable :

Les trois ergothérapeutes mettent en lumière le côté adaptable et accessible du modèle Kawa, peu importe :

- La culture du patient : E2.L.70 : « *A Bruxelles on a beaucoup de personnes de cultures différentes et ça leur parle.* »
- Les capacités du patient : E1.L3-5 : « *J'ai trouvé que c'était une super métaphore hyper accessible, peu importe la pathologie, les capacités d'élaboration ;* E3.L.66 : « *cela s'adresse à tous types de population* ».

Les raisons évoquées de cette malléabilité résident notamment dans le fait qu'il n'y a pas de règles précises dans la passation : E2.L.57 : « *Je trouve cela intéressant qu'il y ait une certaine souplesse dans la passation, que ce soit adaptable* ». Mais aussi, par le lien univoque du modèle Kawa à la nature : E2.L.68 : *[outil adaptable]* « *Oui, par le rapport à la nature. Le rapport à la nature facilite les échanges, ça parle aux gens* ».

❖ Les réflexions des ergothérapeutes sur leur personne :

Au cours de l'entretien, les ergothérapeutes se sont exprimés sur leur personne : E1.L151-152 : « *cela correspondait plus à ma manière de voir le patient dans sa globalité et du coup c'était possible pour moi de le faire.* » ; E3. L.94-95 : « *Moi je suis plus dans l'observation habituellement mais malheureusement c'est très subjectif* ».

Ces entretiens les ont amené à réfléchir sur pourquoi ils utilisaient ce modèle, et en quoi cela faisait sens pour eux: E2.L36 : « *Le lien entre ma personnalité et l'ergo c'est que moi j'aime bien pouvoir prendre des chemins de traverse pour pouvoir exprimer des choses* ».

Enfin, Ils ont manifesté leur intérêt pour le modèle Kawa : E1.L23 : « *Je me suis beaucoup attachée à ce modèle* » ; E2.L9-10 : « *C'est une approche intéressante* » ; E3.L26 : « *c'est très intéressant* ».

A la lecture de ces résultats, des liens semblent émerger entre les différentes catégories. L'étude d'une relation entre deux personnes convoque invariablement une multitude de sphères toutes imbriquées les unes aux autres. Les unes permettant les autres, les unes étant la conséquence des autres.

Afin de comprendre les interactions entre ces catégories, une cartographie cognitive permettra de figurer ces liens, correspondant à la dernière étape de notre analyse, la présentation des données. (CF annexe 12). Cette cartographie s'organise non seulement par rapport aux résultats présentés précédemment, mais aussi par rapport au cadre conceptuel.

Cette cartographie met en évidence l'interaction entre :

- Les valeurs inhérentes au modèle Kawa et auxquelles sont sensibles les ergothérapeutes
- Les capacités des ergothérapeutes ressorties durant les entretiens
- La pratique du modèle Kawa par les ergothérapeutes et ce qui en découle.

Elle fait aussi apparaître les manifestations de trois des composantes de la compétence culturelle, et permet de faire du lien avec notre objet de recherche : les manifestations de la compétence culturelle d'un ergothérapeute à travers son utilisation du modèle Kawa.

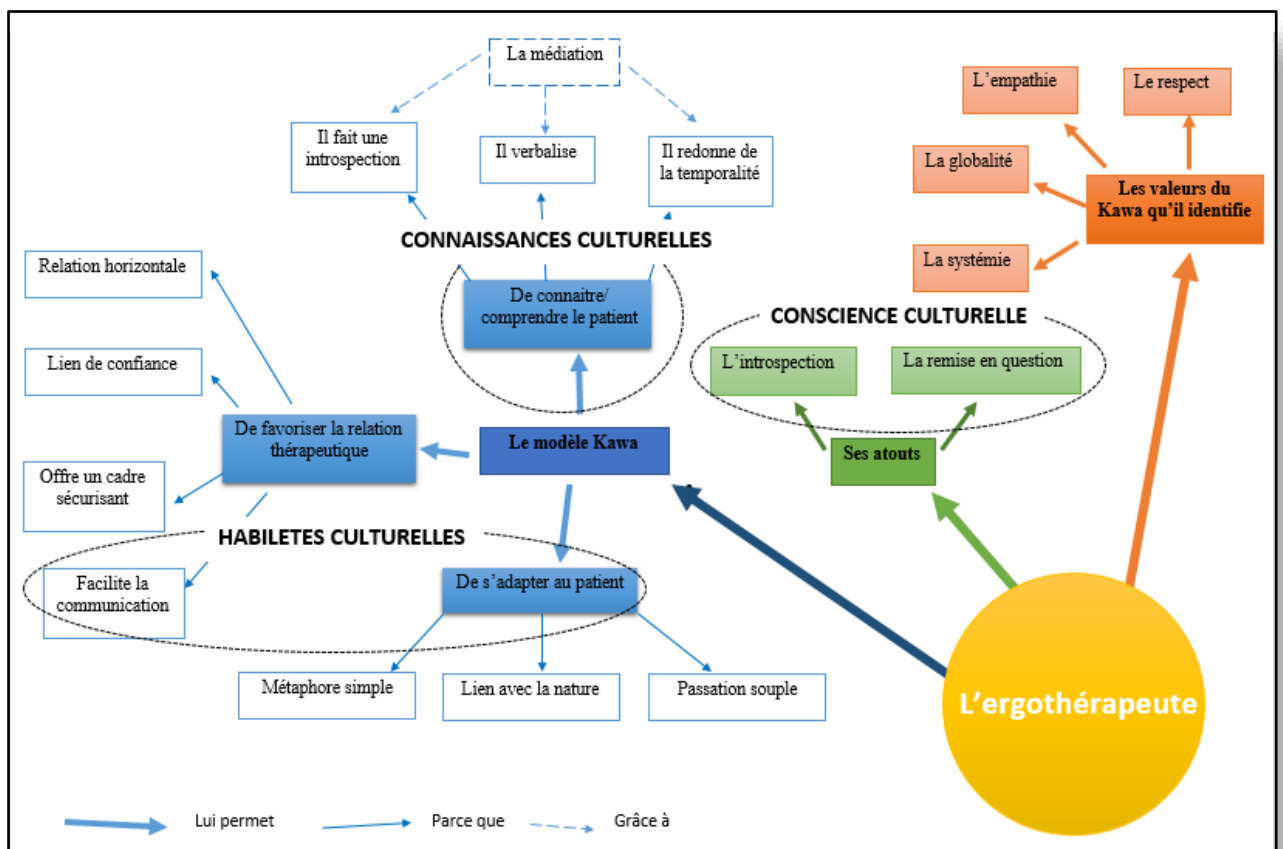
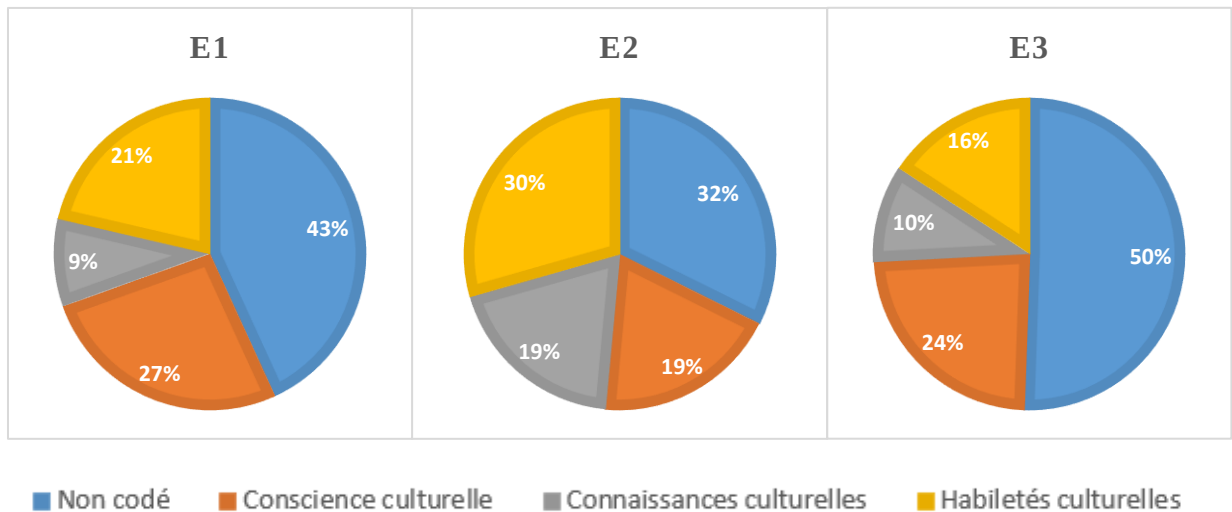


Figure 4 : Cartographie cognitive

Finalement, quelle place occupe ces manifestations de la compétence culturelle dans le discours des ergothérapeutes?

La deuxième phase d'analyse du contenu a permis de préciser qu'elles étaient ces manifestations, la place qu'elles occupaient dans le discours des ergothérapeutes et à quelle occasion elles apparaissaient. Suite à l'analyse thématique réalisée (CF annexe 13), les graphiques suivants ont pu être construits. Ils mettent en évidence les manifestations de la conscience culturelle, des connaissances et habiletés culturelles, de chaque entretien.

Figure 5 : La part des manifestations de la compétence culturelle des ergothérapeutes dans leur discours



Nous pouvons voir que 50 à 68% du discours des ergothérapeutes ont pu être décelé comme étant des manifestations de la compétence culturelle. Chaque composante est mobilisée tour à tour, parfois simultanément.

La partie suivante permettra notamment d'interpréter ces résultats.

4. Discussion des données

Cette dernière partie est destinée à clôturer ce travail de recherche. Dans un premier temps, nous interpréterons les résultats présentés dans la partie précédente. Dans un second temps nous tenterons d'apporter des éléments de réponse à la question de recherche.

Puis nous prendrons du recul par rapport aux résultats de cette recherche et nous apporterons une critique constructive du dispositif de recherche adopté. Ensuite nous aborderons les apports, les intérêts et les limites des résultats pour la pratique professionnelle. Enfin, nous terminerons par une réflexion sur la transférabilité de ce travail et les perspectives de recherche.

4.1 Interprétation des résultats

Les différentes méthodes d'analyse ont permis de montrer la pluralité de notions soulevées durant les entretiens. Bien qu'elles soient nombreuses, elles sont non seulement toutes liées les unes aux autres (CF cartographie cognitive), mais elles sont aussi le reflet à la fois de la complexité du concept de compétence culturelle, mais aussi de la portée du modèle Kawa.

Afin d'interpréter les résultats nous pouvons lier les deux analyses faites précédemment : inductive (où tous les sujets abordés ont été répertoriés), et thématique à partir de la compétence culturelle. De plus, des liens avec la revue de littérature, l'enquête exploratoire et le cadre conceptuel peuvent être faits pour donner davantage de sens aux résultats de cette recherche et comprendre leurs conséquences. Enfin, nous aborderons les « inattendus » de la recherche.

Ainsi, nous constatons que lorsque les ergothérapeutes ont remis en question leur pratique, lorsqu'ils ont réfléchi à ce qui les touchait dans le modèle Kawa, nous pouvons dire que leur conscience culturelle était à l'œuvre.

Lorsque les ergothérapeutes évoquent l'importance de connaître le patient, son histoire de vie, ses croyances, ce sont les connaissances culturelles qui sont enrichies. Tout comme lorsqu'ils disent faire preuve d'observation (E3.L94 « *je suis plus dans l'observation habituellement* »). Ces connaissances culturelles peuvent être enrichies non seulement parce que les ergothérapeutes sont conscients de l'importance de recueillir ces informations singulières, mais aussi parce qu'ils usent certaines de leurs compétences.

C'est le cas lorsqu'ils parlent des échanges, de la communication : les ergothérapeutes laissent entendre qu'ils font preuve d'habiletés culturelles. Tout comme lorsqu'ils évoquent l'adaptabilité du modèle Kawa. Ils nous font savoir, à travers leurs dires, qu'ils sont capables d'adapter leur pratique en fonction de la personne. Cette notion d'adaptabilité se retrouvait d'ores et déjà à travers la revue de littérature, où nous nous demandions « en quoi la compétence culturelle de l'ergothérapeute lui permet de s'adapter à différents contextes culturels ? »

Elle est aussi apparue durant l'enquête exploratoire, dans laquelle les ergothérapeutes identifiaient cette compétence comme atout dans une prise en soin. C'est d'ailleurs précisément l'idée que 14 d'entre eux sur 57 se faisaient de la compétence culturelle : savoir s'adapter.

Finally, what is it that allows an ergotherapist to mobilize their cultural competence? Is it that they are dealing with their adaptation capacities, their relational competences, their use of mediation or even their sensitivity to humanist values (respect, empathy...)?

And if there was no hierarchy between these knowledges, know-how or know-being? They seem to all articulate around each other, in the image of an emulsion in which they would coexist within the cultural competence. The question is no longer about how the cultural competence is mobilized, but how it appears? What is the triggering element that leads the ergotherapist to prove their cultural competence? A hypothesis of answer could be found in the work of Campinha-Bacote, addressed briefly in the conceptual framework. The idea is that every culturally competent care starts with a certain desire on the part of the therapist to go towards the other, to discover in their whole originality. And it is from this cultural desire that would simultaneously enter into play all the necessary conditions to provide a culturally competent care.

In addition to these new perspectives, which have allowed « to bring to light the magnitude of the problematization of departure » (Chantal Eymard, 2018) (42), other elements have appeared during the interviews. One of the interests of research in clinic is to « work on surprise and the unexpected » (42). These elements are cultural security and empowerment.

- L'empowerment :

It appeared during the interviews a real engagement on the part of ergotherapists towards the idea of leaving the patient as actor, leaving them appropriate their river, in doing what they wanted. The notion of patient-actor brings back to the concept of empowerment. This one, according to the World Health Organization, refers « to the level of choice, decision, influence and control that mental health service users can exert on the events of their life (...) The key to empowerment lies in the transformation of power relations and relationships between individuals, groups, services and governments » (53). This definition leads to the second concept discovered during the interviews : cultural security.

- La sécurité culturelle :

Deux ergothérapeutes ont insisté sur l'importance d'instaurer un cadre sécurisant pour le patient, afin de libérer la parole et favoriser l'installation d'une relation de confiance. Ces propos font écho au concept de sécurité culturelle, qui a notamment été entraperçu au cours de l'enquête exploratoire où une ergothérapeute a rattaché ce concept à celui de compétence culturelle. La sécurité culturelle consiste notamment en des «soins prodigués [...] qui visent l'équité et qui sont exempts de relations de pouvoir nocives entretenues par le système de santé dominant » (54). Ceci rappelle un des principes du modèle Kawa, qui suggère d'éviter toute domination culturelle du thérapeute. La sécurité culturelle implique « un partenariat égalitaire, une participation active des personnes ainsi que la protection de l'identité culturelle et du bien-être » (55).

4.2 Eléments de réponse à la question de recherche

Pour rappel, notre question de recherche était : comment l'utilisation du modèle kawa par l'ergothérapeute participe-t-elle à la mobilisation de sa compétence culturelle ? A travers cette question nous nous intéressons aux manifestations de la compétence culturelle d'un ergothérapeute qui utilise le modèle Kawa, ceci dans un contexte de rencontre, de relation ergothérapeute/ patient.

Nous avons vu que certaines des composantes de la compétence culturelle s'étaient plus ou moins manifestées à travers le discours des ergothérapeutes.

Ainsi, au vu de l'interprétation des résultats de cette recherche, nous pouvons apporter des éléments de réponse à notre question de recherche :

- L'ergothérapeute semble mobiliser sa compétence culturelle lorsqu'il parle du modèle Kawa en faisant preuve de conscience culturelle, de connaissances et d'habiletés culturelles ;
- L'ergothérapeute semble développer ses connaissances culturelles grâce au modèle Kawa ;
- L'ergothérapeute, par ses compétences en matière de communication et d'adaptabilité, met ses habiletés culturelles en avant dans son utilisation du modèle Kawa ;
- L'ergothérapeute s'appuie sur ses capacités relationnelles pour agir de manière compétente culturellement ;
- La compétence culturelle de l'ergothérapeute qui utilise le modèle Kawa semble être mobilisée grâce à la médiation.

Ce ne sont que des éléments de réponse, aucune conclusion ne peut être établie. Cela en raison du nombre restreint d'ergothérapeute ayant participé à l'enquête, mais aussi à cause des nombreux biais du dispositif de recherche.

4.3 Critique du dispositif de recherche et discussion des résultats

Le dispositif de recherche adopté comporte plusieurs biais, que ce soit dans l'élaboration de l'outil de recueil de données, dans le déroulement de l'enquête, ou dans l'analyse des données. De ce fait, les résultats qui en découlent méritent également d'être relativisés et discutés.

❖ L'outil de recueil de données et le déroulement de l'enquête:

L'entretien non directif a été choisi pour sa vocation à recueillir un témoignage subjectif et singulier, en accédant aux représentations des ergothérapeutes. Le premier essai a montré que la question inaugurale était inefficace pour accéder aux représentations des ergothérapeutes et étudier leur compétence culturelle. Malgré le remodelage de cette question initiale en deux questions distinctes, il s'est avéré difficile d'amener les ergothérapeutes à parler de leur personne, de leur ressenti, de ce qui était important pour eux dans leur relation avec les patients. Mener un entretien non directif demande une certaine aisance, une capacité à rebondir sur les propos de la personne pour l'encourager dans son élaboration. De plus, l'absence de contact visuel n'est pas aidant pour soutenir la personne. Ceci à cause de la modalité de l'entretien, par téléphone, qui a ses limites.

Mener des entretiens permettant de dégager un contenu exploitable, en lien avec le sujet de cette recherche, s'est avéré difficile car il peut être compliqué de ne pas divaguer sur l'aspect technique du modèle Kawa, et de revenir à sa philosophie.

Sachant que l'enquête exploratoire avait mis en évidence les capacités et les atouts des ergothérapeutes à agir de manière compétente culturellement, mais que ceux-ci n'en avaient pas conscience, une réflexion a émergé tout au long de la passation des entretiens : comment faire émerger une réflexion à propos de savoirs, savoirs faire et savoirs-être, à priori inconscients ? De plus, si nous avons pris le parti dans cette recherche de considérer la culture à un niveau individuel, ce n'est pas forcément le cas des ergothérapeutes interrogés. Nous avons en effet vu à travers la revue de littérature et l'enquête exploratoire que la culture était une notion complexe, dans laquelle chaque personne y mettait un sens.

❖ L'analyse des données :

L'analyse de contenu est complexe en raison de la pluralité d'approches existantes. Mieux appréhender chacune d'entre elles aurait été nécessaire afin de choisir la plus appropriée aux objectifs de cette recherche. Finalement, en combiner plusieurs a été la solution adoptée car cela faisait sens pour analyser le contenu des entretiens. Elle comporte cependant plusieurs biais. Notamment le fait qu'une seule personne ait lu les entretiens et coder le discours de chaque ergothérapeute. Un codage parallèle en aveugle et la vérification de la clarté des catégories par d'autres membres de l'équipe de recherche, aurait permis plus de rigueur dans l'analyse afin d'assurer sa validité (48). Tout comme lorsqu'il a été question de rechercher les manifestations de la compétence culturelle des ergothérapeutes dans leur discours. Là encore il aurait fallu plusieurs lectures et par plusieurs personnes. Bien que la codification des discours ait été établie à partir de mots clés présents dans le cadre d'écoute et conceptuel, il n'en reste pas moins que cette analyse thématique reste dépendante de la compréhension du concept de compétence culturelle et de la représentation que le chercheur s'en fait. Enfin, la technique employée (surligner des passages de discours et compter le nombre de ligne) reste très superficielle et ne peut que donner une idée grossière de la place des manifestations de la compétence culturelle.

❖ Discussion autour des résultats :

En raison de ces biais, les résultats de cette recherche sont à prendre avec du recul.

Premièrement, concernant la compréhension des dires des ergothérapeutes : il peut s'agir d'une interprétation erronée de la part du chercheur. Le sens du discours des ergothérapeutes n'a peut-être pas été saisi, par manque de sensibilité ou d'attention. Deuxièmement, ces entretiens ne reflètent en aucun cas la pratique des ergothérapeutes. De meilleures connaissances et davantage d'expérience en méthode de recherche clinique aurait peut-être permis, non seulement de mieux mener les entretiens, mais aussi d'en extraire le contenu avec davantage de finesse. De plus, le faible échantillon n'a pas permis d'atteindre la saturation des données, gage d'une exploration conséquente et suffisante pour la pertinence des données.

Ces résultats ne peuvent constituer une fin en soi. Bien au contraire, ils seraient plutôt le point de départ de réflexions multiples, tant sur l'ergothérapie et ses différentes approches, que sur la compétence culturelle des ergothérapeutes.

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

Cette recherche a confirmé que le modèle Kawa était surtout un outil pour le patient, pour lui permettre de verbaliser les éléments signifiants de sa vie. Elle a aussi permis de présenter ce modèle comme un moyen efficace pour faire preuve de compétence culturelle. En utilisant le modèle Kawa, les ergothérapeutes mettent en évidence l'importance de considérer chaque personne comme unique et spéciale. Ils rappellent l'importance d'une pratique holistique, centrée sur la personne et soucieuse de considérer le patient comme acteur. Cette recherche a mis en évidence deux conditions nécessaires pour une pratique culturellement compétente : la rencontre et le désir. Le désir d'aller vers l'autre pour le rencontrer dans toute sa singularité.

Le modèle Kawa est encore peu connu. Il est surtout utilisé dans le domaine de la psychiatrie. Ce travail de recherche contribue à promouvoir le modèle Kawa et plus largement les modèles conceptuels en ergothérapie. L'intérêt est de présenter un modèle innovant, apportant un éclairage nouveau et pouvant être utilisé dans de nombreux contextes. Par le biais de cet outil, les ergothérapeutes peuvent renforcer leur identité professionnelle et asseoir leurs compétences en matière d'évaluation systémique, prenant en compte la personne dans sa globalité, ses activités et son environnement. Enfin, un des intérêts majeurs de cette recherche réside dans la promotion de valeurs humanistes et universelles telles que le respect des personnes, l'empathie, l'écoute et l'accompagnement.

D'un point de vue plus personnel, si je devais décrire les apports et limites de ce travail de recherche en trois mots, il serait : Enrichissant – Révélateur – Frustrant.

Enrichissant car j'ai appris de nouveaux savoirs, tant sur mon sujet de recherche, que sur la recherche en elle-même. Ce travail m'a donné l'opportunité de découvrir quelques-uns des contours des relations humaines, de l'interculturalité en jeu, et plus largement de la culture et de ses conséquences sur nos modes de vie, de pensée et d'agir. J'ai découvert l'importance de considérer la culture à l'échelle individuelle. Je pense qu'il est important d'aborder toute personne, toute situation comme unique. Se détacher de ses représentations, de ses principes, de ses valeurs est certes essentiel pour accueillir ceux de ces patients, mais dans une moindre mesure car c'est ce qu'il fait notre richesse en tant que personne. Nous pouvons et devons faire attention à la manière dont notre culture influe notre vision d'une intervention, mais nous ne pouvons prétendre agir de manière totalement détachée, car la culture fait partie de notre

essence même. D'ailleurs, c'est ce que suggère l'approche transculturelle, « prônant une forme d'hybridation interculturelle, on pourrait simplement dire qu'elle permet à certains êtres humains de transcender leur identité originelle en exploitant les identités des autres, sans pour autant perdre les spécificités ou les richesses de leur culture natale ».

Révéléateur car je me suis découvert un grand intérêt pour la recherche. J'ai aimé parcourir des savoirs à travers les sciences, les auteurs et le temps. J'ai apprécié l'idée de contribuer à produire de nouveaux savoirs au service de l'humanité (bien que cette contribution soit infiniment infime). Le travail en collaboration avec une équipe d'apprentis chercheurs a été riche et j'ai particulièrement apprécié l'effervescence qui s'en est dégagée tout au long de l'année.

Frustrant, car ayant aimé ce travail, j'aurais aimé aller plus loin, et continuer cette recherche. Interpréter les résultats a été difficile car j'avais la sensation que le matériel d'étude était biaisé, qu'il fallait le considérer comme cohorte d'entraînement, puis corriger le tout, améliorer le dispositif de recherche et repartir de plus belle. Car autrement, les résultats n'auraient pas d'intérêt. Or, toute recherche doit s'arrêter à un moment, et c'est ce qui a été difficile d'accepter. L'acceptation de ses limites, de ses erreurs, pour arriver à composer avec et rendre le travail demandé. Se rendre compte que finalement, aucun travail n'est sans intérêt, pas même des résultats biaisés ou non représentatifs d'une population. Cela reste un apprentissage, une découverte, une ouverture.

[4.5 Proposition et transférabilité pour la pratique professionnelle](#)

Cette étude démontre que les ergothérapeutes ont des compétences pour agir de manière culturellement adaptée. Ils disposent d'outils et de modèles conceptuels pour éclairer leur pratique. Entre autres, le modèle Kawa leur permet de développer une certaine sensibilité à la culture de chaque personne. En mobilisant différentes compétences, c'est finalement de compétence culturelle dont font preuve les ergothérapeutes.

Nous avons pu voir que cette compétence culturelle est peu connue dans la profession, et qu'elle opérait de façon inconsciente chez une majorité d'ergothérapeutes. Il serait intéressant de développer et de promouvoir cette notion afin qu'elle devienne consciente chez les ergothérapeutes. Lorsqu'on agit en sachant ce que l'on fait, en étant conscient de nos actes, de nos pensées, notre pratique devient davantage pertinente, réfléchie et adaptée.

Enfin, nous avons pu voir que la sensibilisation à la culture dépendait surtout des expériences professionnelles et personnelles, mais aussi de la formation initiale et continue. Développer des unités d'enseignement dont l'objectif serait d'aborder la notion de la culture et de ce qu'elle implique pour la profession, permettrait de sensibiliser les étudiants aux questions culturelles dès leur formation initiale. De plus, continuer à aborder ces questions tout au long du parcours professionnel, grâce à la formation continue notamment, serait gage d'une veille professionnelle indispensable. Cela permettrait aux professionnels de se remettre en question et de continuer à développer leurs savoirs, en considérant que jamais rien n'est acquis.

La remise en question continuelle apparaît nécessaire afin de pérenniser une posture professionnelle adaptée et respectueuse des cultures de chacun. Il convient de considérer comme unique la culture de toute personne, quel que soit son origine et notre sentiment de similitude ou de différence à son égard. Ceci, afin d'éviter de généraliser les besoins d'une personne à l'ensemble d'une population et inversement.

D'un point de vue plus personnel, je compte transférer directement un apprentissage dans ma future pratique professionnelle : la rencontre. Toujours chercher à rencontrer à l'autre, le découvrir, le comprendre. Aussi, je pense qu'il est primordial de rester créatif et curieux dans notre pratique, afin d'armer nos capacités d'adaptation, et d'élargir notre éventail de ressources. Ceci, en faisant une veille professionnelle, en se formant, en discutant, en découvrant, en voyageant autour de nous-même, des autres, des régions, des pays, des cultures.

[4.6 Perspective de recherche](#)

La compétence culturelle est décrite dans la littérature comme une compétence professionnelle au service d'un patient ou groupe de patients. Les recherches à son sujet concernent soit sa description, soit l'évaluation du niveau de compétence culturelle des professionnels. Si cette recherche s'est aussi intéressée à la compétence culturelle des ergothérapeutes, elle a néanmoins mis en relief l'importance de la dimension interculturelle d'une relation, inscrite dans un processus d'accompagnement des personnes en encourageant leur empowerment, c'est-à-dire leur pouvoir d'agir. En ce sens, il serait intéressant de poursuivre cette recherche dans une tout autre démarche, celle de la recherche participative.

L'enjeu est de considérer que les personnes que nous accompagnons sont des sources d'informations inépuisables dans notre compréhension des relations interculturelles.

Nous pourrions en ce sens travailler ensemble, collaborer, pour construire des pratiques culturellement adaptées. Puisque l'interculturalité est par définition une relation entre au minimum deux personnes, il convient de considérer que ces deux personnes peuvent apporter dans la relation. Pourquoi alors s'intéresser seulement aux compétences de l'ergothérapeute, ou de tout autre professionnel d'ailleurs, envers une personne ? Pourquoi étudier la relation ergothérapeute – patient seulement dans un sens, de l'ergothérapeute vers le patient ? Déjà à travers les résultats de l'enquête exploratoire, nous nous demandions quels avis portaient les patients sur leur prise en soin, sur leur relation avec un ergothérapeute. Alors, pourquoi ne pas imaginer une recherche où chacun des acteurs de la relation seraient impliqués dans la production de savoirs ?

D'après la Fondation des Sciences Citoyennes, la recherche participative « peut être définie comme une recherche conduite suivant un partenariat entre un partenaire académique (laboratoire, chercheur) et un partenaire de la société civile (association, ONG, groupe d'habitants, etc.). L'objectif dans ce type de partenariat est de produire des connaissances qui, à la fois, constituent un réel intérêt scientifique pour le chercheur et répondent également aux besoins du partenaire associatif. Dans cette approche, les notions de partage et de coopération se substituent aux notions de propriété intellectuelle et de compétition. » (54).

C'est donc une approche en adéquation avec les valeurs véhiculées à travers le modèle Kawa. Ainsi, elle aurait du sens pour poursuivre la recherche sur le lien entre interculturalité, compétence culturelle, modèle Kawa, et plus largement sur les relations humaines. Elle contribuerait à l'amélioration des pratiques et à la production de recommandations.

Enfin, afin d'appuyer cette perspective de recherche, fondée sur le partenariat professionnels de santé – patient, et clôturer ce travail, nous pouvons citer l'UNICEF, l'Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture : « La diversité culturelle n'est pas seulement un bien à préserver. Elle est aussi une ressource à promouvoir » (6).

« Les humains doivent se reconnaître dans leur humanité commune, en même temps que reconnaître leur diversité tant individuelle que culturelle. » Edgar Morin, 1921.

Références bibliographiques

1. WFOT | About Us | About Occupational Therapy | Definition of Occupational Therapy [En ligne].
<http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx>. Consulté le 9 octobre 2018
2. EESP. Engagement occupationnel : Construction historique et compréhensions contemporaines d'un concept fondamental. [En ligne].
<https://www.eesp.ch/laress/publications/detail/publication/engagement-occupationnel-construction-historique-et-comprehensions-contemporaines-dun-concept-fondamental/>. Consulté le 15 mars 2019.
3. Pierce D. la science de l'occupation pour l'ergothérapie. De Boeck Supérieur; 2016. 366 p.10
4. Meyer S. Quelques clés pour comprendre la science de l'occupation et son intérêt pour l'ergothérapie. Rev Francoph Rech En Ergothérapie. 5 oct 2018;4(2):13-28.
5. Tilmans-Cabiaux chantal, Mokrane S, Ravez L, Fox A. Interculturalité et soins de santé: un questionnement éthique. In 2013. p. 10.
6. Investir dans la diversité culturelle et le dialogue interculturel: rapport mondial de l'UNESCO, résumé. [En ligne].https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000184755_fre. Consulté le 13 mai 2019.
7. PROMOTION DE LA SANTE - Charte d'OTTAWA.[En ligne]
www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf. Consulté 13 mai 2019.
8. Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique ministère de la santé et des sports. Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute.
9. WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf [En ligne]
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf. Consulté le 9 mai 2019.
10. charte de la personne hospitalisée. [En ligne]
https://solidaritessante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf. Consulté le 14 mai 2019.
11. grille_analyse_article_scientifique.pdf [En ligne]
https://bibli.eclyon.fr/sites/default/files/grille_analyse_article_scientifique.pdf. Consulté le 9 mai 2019.
12. Castro D, Dahlin-Ivanoff S, Mårtensson L. Occupational therapy and culture: a literature review. Scand J Occup Ther. nov 2014;21(6):401-14.
13. les soins interculturels 2000 SC.pdf.

14. SAMSON S. Anthropologie et approche Systémique de l'Ergothérapie : Expérience en Guadeloupe : Prix du meilleur travail écrit de synthèse en fonctionnel 1998. J Ergother PARIS. 1999;21(1):30-43.
15. Kopp N, Réthy MP, Chapuis F. Éthique médicale et interculturelle. Éthique Santé. mai 2006;3(2):115-20.
16. Jang Y. Chinese Culture and Occupational Therapy. Br J Occup Ther. 1 mars 1995;58(3):103-6.
17. Marie Pierre Martin, Cécile Méheust. Ergothérapie en Nouvelle Calédonie L'impact de la culture Kanake sur la pratique en réadaptation fonctionnelle. J Ergother PARIS. 2013;(52):55-61.
18. Anne Sophie Pouradier, Lucie Seiller. L'ergothérapie à la Réunion Comprendre la culture créole pour mieux pratiquer l'ergothérapie. J Ergother PARIS. 2013;(52):49-54.
19. Jungersen K. Culture, Theory, and the Practice of Occupational Therapy in New Zealand/Aotearoa. Am J Occup Ther. 1 août 1992;46(8):745-50.
20. Govender P, Mpanza DM, Carey T, Jiyane K, Andrews B, Mashele S. Exploring Cultural Competence amongst OT Students. Occup Ther Int. 9 août 2017. [En ligne]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5612734/>. Consulté le 12 juin 2018.
21. INMACULADA ZANGO, FLORES MARTOS, MORUNO MILLARES, BJÖRKLUND. Occupational therapy culture seen through the multifocal lens of fieldwork in diverse rural areas. 2015. (22):82-94.
22. anthropologie et approche systémique de l'ergothérapie.pdf.
23. The Kawa model: The power of culturally responsive occupational therapy: Disability and Rehabilitation: Vol 31, No 14 [En ligne]. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638280902773711>. Consulté le 15 mars 2019
24. Balcazar F, Rodakowski J, Willis C, Ed M, Portillo N. Cultural Competence Assessment Instrument (CCAI). :4.
25. Drolet M-J. De l'éthique à l'ergothérapie: La philosophie au service de la pratique ergothérapique 2e édition. PUQ; 2014. 428 p.52
26. Leininger MM. Leininger's Theory of Nursing: Cultural Care Diversity and Universality. Nurs Sci Q. 1 nov 1988;1(4):152-60.
27. Cross T.B. Toward a culturally competent system of care: Vol.1 A monograph on effective services for minority children who are severely emotionally disturbed. [Washington, DC.]: Georgetown University, Child Development Center, Child and Adolescent Service System program, Technical Assistance Center,; 1989.
28. 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.

29. Muñoz JP. Culturally responsive caring in occupational therapy. *Occup Ther Int.* déc 2007;14(4):256-80.
30. Dillard M, Andonian L, Flores O, Lai L, MacRae A, Shakir M. Culturally Competent Occupational Therapy in a Diversely Populated Mental Health Setting. *Am J Occup Ther.* 1 août 1992;46(8):721-6.
31. Burchum JLR. Cultural Competence: An Evolutionary Perspective. *Nurs Forum (Auckl).* 12 oct 2002;37(4):5-15.
32. Balcazar FE, Suarez-Balcazar Y, Taylor-Ritzler T. Cultural competence: Development of a conceptual framework. *Disabil Rehabil.* janv 2009;31(14):1153-60.
33. Suh EE. The Model of Cultural Competence Through an Evolutionary Concept Analysis. *J Transcult Nurs.* avr 2004;15(2):93-102.
34. Raman J. Improved Health and Wellness Outcomes in Ethnically/Culturally Diverse Patients through Enhanced Cultural Competency in Nurse Educators. *Online J Cult Competence Nurs Healthc.* 5(1):14.
35. Wah LM. Becoming Culturally Competent Is A Journey. :2.
36. Darawsheh W, Chard G, Eklund M. The Challenge of Cultural Competency in the Multicultural 21st Century: A Conceptual Model to Guide Occupational Therapy Practice. *Open J Occup Ther.* 1 avr 2015 [En ligne].
<https://scholarworks.wmich.edu/ojot/vol3/iss2/5>. Consulté le 6 avril 2019.
37. Marie-Chantal Morel Bracq. Les modèles conceptuels en ergothérapie. 2017. DeBoecksupérieur.2017. 260 p.101
38. Michael Iwama. The Kawa Model. In Churchill Livingstone.2002.260 p.2
39. Modèles en ergothérapie Modèles en ergo Modèles appliqués à l'ergothérapie [En ligne]. Disponible sur: <http://www.ergopsy.com/modeles-appliques-a-l-ergotherapie-a358.html>. Consulté le 15 mars 2019.
40. À propos - Le modèle Kawa [En ligne].<http://www.kawamodel.com/v1/about/>. Consulté le 15 mars 2019
41. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets Perspect Vie Econ.* 2014;Tome LIII(4):67-82.
42. Chantal Eymard. Le Travail de Fin D'études: S'initier À la Recherche en Soins Et Santé. 2018. 275 p.223-225
43. Maie-Chrystine Fortin. Etude de modèles de compétence culturelle appliqués à la pratique d'ergothérapie. Trois Rivières, Quebec; 2012.
44. Fernandez L, Pedinielli JL. La recherche en psychologie clinique. *Rech Soins Infirm.* 2006;84(1):41.

45. Les types d'entretien : directif, semi-directif ou non-directif [En ligne].
<https://www.scribbr.fr/memoire/types-entretiens/>. Consulté le 4 mai 2019
46. Michelat G. Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie. *Rev Fr Sociol.* avr 1975;16(2):229.
47. Duchesne S. Pratique de l'entretien dit « non-directif ». :37.
48. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. :19.
49. R. Ghiglione et B. Matalon. 1978. *Les enquêtes sociologiques : théories et pratique*, Armand Colin, Paris, 301 p.
50. Miles MB, Huberman AM. Analyse des données qualitatives. De Boeck Supérieur; 2003. 630 p.
51. Fallery B, Rodhain F. Quatre approches pour l'analyse de données textuelles: lexicale, linguistique, cognitive, thématique. In: XVI ème Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique AIMS. Montréal, Canada: AIMS; 2007 [En ligne] p. pp 1-16. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00821448>. Consulté le 6 mai 2019.
52. Negura L. L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales. *SociologieS* 22 oct 2006.[En ligne] <http://journals.openedition.org/sociologies/993>. Consulté le 13 mai 2019
53. Empowerment et santé mentale : La Santé de l'homme désormais intégralement accessible en ligne. :1.
54. Leclerc A-M, Miquelon P, rivard marie-claude, Vézeau-Beaulieu K. La sécurisation culturelle : un concept émergent / Quelques pistes d'application auprès des communautés autochtones. *Perspect Infirm Rev Off Ordre Infirm Infirm Qué.* 22 juin 2018;15.
55. Blanchet Garneau A, Pepin J. La sécurité culturelle : une analyse du concept. *Rech Soins Infirm.* 1 janv 2012;111:22.

Annexes

Annexe 1 : Bases de données - Revue de littérature.....	62
Annexe 2 : Tableau récapitulatif des articles sélectionnés pour la revue de littérature.....	63
Annexe 3 : Matrice de question du questionnaire de l'enquête exploratoire.....	66
Annexe 4 : Résultats bruts de l'enquête exploratoire.....	67
Annexe 5 : matrice conceptuelle.....	70
Annexe 6 : Cadre d'écoute pour les entretiens.....	71
Annexe 7 : Grille d'entretien.....	71
Annexe 8 : Retranscription entretien 1.....	72
Annexe 9 : Retranscription entretien 2.....	77
Annexe 10 : Retranscription entretien 3.....	79
Annexe 11 : Analyse inductive : étape 1, repérage des thèmes dans chaque entretien.....	82
Annexe 12: Analyse inductive : étape 1, synthèse des thèmes.....	87
Annexe 13 : Analyse thématique : repérage manifestations de la compétence culturelle.....	87

Annexe 1 : Base de données – Revue de littérature

Base de données	Total à partir des mots clés	Sélection selon texte	Sélection selon résumé	Sélection selon titre	Articles retenus
Mots clés : Ergothérapie ET culture :					
PubMed	1200	212	98	9	3
Pascal et Francis	12	8	1	1	2
BDSP	7	5	1	1	2
Mots clés : Prise en soin interculturelle					
BDSP	5	3	3	1	1
Mots clés : Occupational therapy AND culture					
Google scholar	1480000				2

Les équations « ergothérapie Et anthropologie » et « Occupational Therapy AND anthropology » ont été référencé dans les bases de données, mais les résultats étant similaires aux autres équations, elles n'ont pas été renseignées dans le tableau ci-dessus.

Annexe 2 : tableau synthétique et comparatif des articles de la Revue de littérature

Sources, titre et date	Thème/ objet traité	Méthode utilisée	Population	Approche théorique privilégiée	Champs disciplinaires d'études	Principaux résultats	Question qui n'est pas abordée
1. Journal d'ergothérapie <i>Ergothérapie en Nouvelle Calédonie</i> 2013	Impact de la culture Kanake sur la pratique en réadaptation fonctionnelle	Analyse d'une pratique professionnelle	La société Kanake en Nouvelle Calédonie	Adaptation Société communautaire	Anthropologie Histoire Ergothérapie Sociologie Santé	Nécessité d'adaptation de l'ergothérapeute ; société communautaire privilégiant le groupe et non l'individu ; difficultés de PEC liées au contexte géographique (isolement, accessibilité) et socio-économique	Comment notre culture occidentale est perçue ?
2. Journal d'ergothérapie <i>L'ergothérapie à la Réunion</i> 2013	Comprendre la culture créole pour mieux pratiquer l'ergothérapie	Analyse d'une pratique professionnelle	Société créole sur l'île de la Réunion	Identité socioculturelle	Anthropologie Histoire Géographie Ergothérapie Sociologie Santé	Eléments clés pour établir une relation thérapeutique et favoriser l'adhésion du patient : adaptation au contexte culturel, ouverture sur le métissage, mise à distance de nos repères métropolitains ; difficultés de PEC liées au contexte géographique (isolement, accessibilité) et socio-économique	
3. Journal d'ergothérapie <i>Les soins interculturels</i> 2000	Faiblesses de la PEC de patients issus d'une culture autre que celle du pays d'hospitalisation.	Enquête exploratoire (recueil de données, interviews)	Patients polynésiens immigrés temporairement en France	Ethnocentrisme Soins interculturels Identité culturelle	Anthropologie Ergothérapie Sociologie Santé	Avoir une conscience de sa propre détermination culturelle pour pouvoir respecter les différences ; vulnérabilité des migrants ; l'ergothérapeute a la sensibilité requise pour communiquer avec son patient	
4. Journal d'ergothérapie,	Obstacles rencontrés lors d'une PEC d'un patient dont la culture diffère de	Analyse d'une pratique professionnelle à travers un	Patients guadeloupéens en Guadeloupe	- Approche systémique - Modèle de l'occupation humaine - Evaluation écologique	Anthropologie Géographie Histoire Ergothérapie Sociologie	Justification de l'ergothérapie si PEC globale de l'individu, basée sur l'évaluation écologique et la proposition d'activités culturellement justifiées.	

<i>Anthropologie et approche systémique de l'Ergothérapie</i> 1999	celle de l'ergothérapeute ; Le modèle de soin systémique	modèle de soin théorique			Santé		
5. Ethique et santé <i>Ethique médicale et interculturelle</i> 2006	La multi culturalité induite La mondialisation et la nécessité de prendre en compte les différences culturelles.	Etat des lieux du domaine de l'éthique médicale interculturelle	Les acteurs de la santé dans le monde	- Ethique médicale - Approche interculturelle - Micro et macro éthique interculturelle	Ethique Santé	La distinction entre le Nord et le Sud amène à la stigmatisation et à l'ethnocentrisme	
6. Occupational Therapy international <i>Exploring Cultural Competence amongst OT Students</i> 2017	La compétence culturelle perçue par des étudiants en ergothérapie d'Afrique du Sud	Etude qualitative exploratoire	21 étudiants en ergothérapie de 3 ^{ème} année en Afrique du Sud	- Compétence culturelle - Sensibilité culturelle	Ergothérapie Sociologie	La compétence culturelle, en relation avec la langue et la culture influence positivement ou négativement le processus d'intervention en ergothérapie ; les étudiants se disent incompetents culturellement mais disposant d'une sensibilité culturelle.	Et dans les autres pays ?
7. Scandinavian Journal of Occupational Therapy <i>Occupational therapy and culture: a literature review</i>	Expressions de la culture dans l'ergothérapie, son impact sur la profession et sur le développement	Revue de littérature qualitative	Articles scientifiques	- La culture ergothérapique	Sciences occupationnelles Ergothérapie	Besoin d'une compréhension plus large et plus amplifiée des expressions de la culture en ergothérapie, car c'est un phénomène clé pour la profession, qui se veut centrée sur le client.	

	des connaissances dans la discipline.						
8. <i>Scandinavian Journal of Occupational Therapy. OT culture seen through the multifocal lens of fieldwork in diverse rural areas</i> 2015	L'occupation, la santé et le bien-être vu par des habitants de zones rurales	Recherche ethnographique	27 personnes issues de populations rurales du Honduras, Maroc, Burkina Faso, Equateur, Tanzanie	- La santé - Le bien-être - L'occupation.	Ergothérapie Ethnologie	Aspect communautaire et collectif de l'occupation. Activité considérée comme une pratique sociale qui s'étend au-delà des limites de l'individu. C'est la communauté qui fixe les règles, la pertinence et la signification des activités. Il est plus important de faire partie d'une communauté que d'exercer des occupations individuelles.	Que pensent ces habitants de l'ergothérapie ?
<i>Disability and Rehabilitation</i> 9. <i>The Kawa Model The power of culturally responsive occupational</i> 2009	Sciences de l'occupation, culture japonaise.	Revue de littérature, observations	La population japonaise et américaine	L'occupation Culture japonaise	Ergothérapie Ethnologie	Prise ne compte de la culture importante en ergothérapie Prise en compte de la mondialisation sur les cultures locales L'ergothérapie est de plus en plus sensible aux questions culturelles mais il y a encore de nombreux progrès à faire.	Comment l'ergothérapie est pratiquée actuellement au Japon ?
10. <i>British journal of occupational therapy</i> <i>Chinese culture and Occupation Therapy</i> 1995	La culture chinoise La culture ergothérapique Les différences entre ces deux cultures	Revue de littérature, observation directe	La population chinoise et les ergothérapeutes	Culture chinoise Culture ergothérapique	Ergothérapie Ethnologie	Culture chinoise et ergothérapie partagent des concepts : l'activité, le concept d'équilibre, les influences environnementales, la motivation intrinsèque et une existence significative. Le rôle du malade dans la culture chinoise est dépendant et passif, mais en ergothérapie, il est actif et indépendant.	Comment exercent les ergothérapeutes en Chine ?

Annexe 3 : Matrice de question du questionnaire

	Matrice de questions	
	Questions	Objectifs
Démographie	En quelle année avez-vous été diplômé ?	Identifier quand l'ergothérapeute a été formé : avant ou après la réforme ?
	Dans quel établissement avez-vous été formé ? (ville, pays)	Identifier le lieu de formation
	Dans quelles structures avez-vous travaillé ? (type)	Identifier les lieux d'exercices
La culture	Que vous évoque le terme de « culture »	Identifier les différentes perceptions de la culture
Impacts de la culture : levier ou obstacle à la prise en soin ?	Quelles sont les difficultés que vous avez pu rencontrer au cours d'une prise en soin interculturelle ?	Cibler les difficultés
	Quels sont les avantages à travailler auprès de personnes dont la culture diffère de la vôtre ?	Cibler les leviers
Compétences de l'ergothérapeute en matière de culture	-Quels sont vos points forts en matière de soins interculturels ? - Utilisez-vous des modèles, des concepts pour éclairer votre pratique ? -Utilisez-vous des outils, des activités, pour optimiser votre pratique ?	Identifier les stratégies
Compétence culturelle de l'ergothérapeute	Que vous évoque le terme de « compétence culturelle ? »	Identifier les différentes perceptions de la compétence culturelle
	Sur une échelle de 1 à 4, à combien situeriez-vous votre niveau de compétence culturelle ?	Evaluer le niveau de compétence culturelle
	Votre compétence culturelle s'est dvlp grâce : - A votre formation initiale - A votre formation continue : - A vos expériences personnelles - A vos expériences professionnelles Autres :	Identifier les éléments ayant permis le dvlp de la compétence culturelle

	Questions élaborées à partir de l'outil américain CCAI, « Culture competence assesment instrument » : (notation de 1 pas d'accord à 4 totalement d'accord)	Cibler plus spécifiquement les manifestations de la compétence culturelle
- Je sens que je peux apprendre d'un patient dont la culture est différente de la mienne. - Il m'est difficile d'ajuster mes stratégies thérapeutiques à des patients issus d'une autre culture. - Je communique efficacement avec des patients dont la culture est différente de la mienne. - Mon lieu de travail n'offre pas de formation continue sur la compétence culturelle. - J'ai l'impression d'avoir peu d'expérience auprès de clients dont la culture diffère de la - Je suis sensible au fait de valoriser et respecter les différences entre mes antécédents culturels et le patrimoine culturel de mes clients. - Je ne pense pas avoir les compétences nécessaires pour fournir des services adaptés aux clients dont la culture diffère de la mienne. - J'examine mes propres préjugés liés à la culture susceptibles d'influencer mon comportement en tant que professionnel de santé. - Il m'est aisé de travailler de manière compétente avec des personnes dont la culture diffère de la mienne. - Il m'est difficile d'accepter que les croyances religieuses puissent influencer sur la manière dont chacune des cultures réagissent à la maladie et au handicap. - Les patients ayant une culture différente de celle des thérapeutes sont plus souvent victime de maltraitance. - Il m'est plus difficile de travailler en équipe professionnelle multiculturelle, qu'avec des patients dont la culture diffère de la mienne		

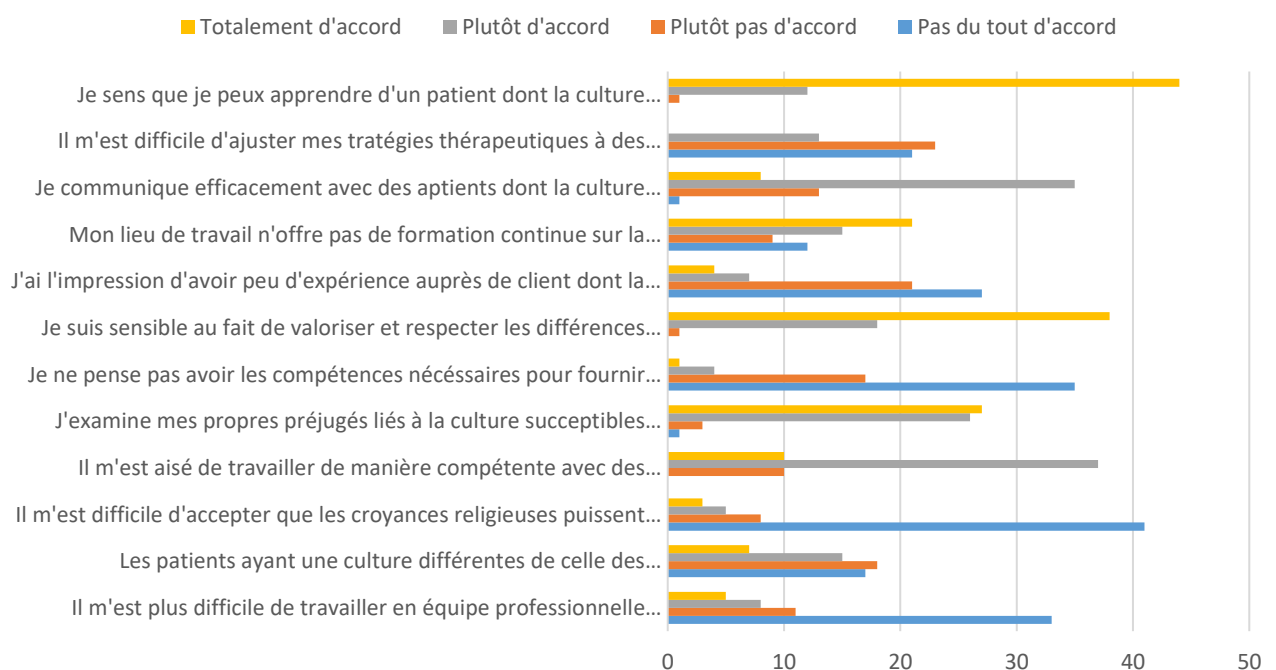
Annexe 4 : résultats de l'enquête exploratoire

Lecture du tableau : **DQT = données quantitatives** ; **DQL = données qualitatives**

Résultat enquête exploratoire	
Que vous évoque le terme de « culture » ?	
DQL	
Avez-vous rencontré des difficultés au cours d'une prise en soin interculturelle ?	
DQT	Oui : 47 répondants ; Non, aucune difficulté : 10 répondants
DQL	La communication (17), Les différentes visions de la maladie/ handicap (7), La relation H/F, la relation au corps, la méconnaissance ou l'incompréhension de la culture, le travail autour de l'activité (incompréhension, signification différente, inadaptée à la culture), les relations avec les familles, le travail en équipe.
Que vous apporte le travail auprès d'une personne dont la culture différait de la vôtre?	
DQL	Ouverture d'esprit (20), enrichissement personnel / professionnel (17), De nouvelles connaissances sur différentes culture (8), Réévaluer et adapter sa pratique professionnelle (7), Remise en question (7), Des échanges intéressants / partage (6), Mieux comprendre l'autre (4)
Dans le cadre d'une prise en soin interculturelle, quels sont vos points forts en tant qu'ergothérapeute ?	
DQL	Les capacités relationnelles (écoute, ouverture d'esprit, respect, empathie, non jugement...), les capacités d'adaptation, une action centrée sur la personne (habitudes de vie, souhaits de la personne, regard sur son environnement vision holistique...), expert de l'activité (activité signifiante, adaptée à la culture...)
Utilisez-vous des modèles, des concepts pour éclairer votre pratique	
DQT	OUI : 24 répondants NON : 33 répondants
DQL	MCRO (6); MOHo (4) ; ethnopsychiatrie (2) ; PPH (2)
Utilisez-vous des outils, des supports, ou des activités, pour éclairer ou optimiser votre pratique interculturelle?	

DQT	OUI : 25 répondants	NON : 32 répondants
DQL	Outils de communication (apprentissage de la langue, utilisation de pictogrammes, recours à un interprète, technique de reformulation) ; Outils pour mieux comprendre les patients et leur culture (recherches internet, les patients eux-mêmes, formation sur la culture, entretien avec les patients, l'échelle lausannoise d'auto-évaluation des difficultés et des besoins).	
Que vous évoque le terme de « compétence culturelle ? »		
DQL	Notion inconnue: 15 répondants Le fait de pouvoir s'adapter: 14 répondants La capacité à observer et comprendre différentes cultures: 7 répondants	
Sur une échelle de 1 à 4, où situeriez-vous votre niveau de compétence culturelle ?		
DQT	Niveau 1 (n=2) ; Niveau 2 (n=6) ; Niveau 3 (n=36) ; Niveau 4 (n=13)	
Votre compétence culturelle s'est développé grâce :		
DQT	Votre formation initiale (n=6) ; Votre formation continue (n=6) ; Vos expériences personnelles (n=23) ; Vos expériences professionnelles (n=22=)	

Résultats aux questions inspirées du Cultural Competence Assessment Instrument



Annexe 6 : matrice conceptuelle

Concepts	Critères	Indicateurs
Compétence culturelle	Conscience culturelle	Conscience de ses valeurs, croyances, et attitudes
		Conscience des valeurs, croyances et attitudes des autres
		Analyser ses préjugés
	Connaissances culturelles	Repérer les facteurs de la diversité
		Comprendre une culture
		Acquisition d'informations
	Habilités culturelles	Adaptation
		Evaluation
		Communication
	Rencontres culturelles	Interactions
		Echanges
		Contacts entre les cultures
Modèle Kawa	Respect de la personne	Cohérence culturelle
		Valorisation du signifiant
		Subjectivité
	Relation thérapeutique	Relation horizontale
		Accompagnement
		Pas de domination

Annexe 7 : Cadre d'écoute

	Manifestations de la compétence culturelle
Conscience culturelle	Conscience de ses valeurs, ses croyances, ses attitudes Capacité d'introspection Conscience des valeurs d'autrui, de ses croyances, ses attitudes Capacités à analyser ses préjugés
Connaissances culturelles	Comprendre une culture Acquisition d'informations Connaitre les facteurs de la diversité culturelle Etre en immersion culturelle Capacité d'observation Capacité à poser des questions
Habiletés culturelles	Savoir faire Savoir adapter sa pratique Etre sensible à la communication verbale et non verbale Utiliser des outils adaptés pour communiquer et évaluer
Rencontres culturelles	Etre en contact avec différentes cultures Echanger et communiquer Avoir des interactions avec autrui

Annexe 8 : guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN
Recontextualisation : Je travaille sur le modèle Kawa. Mes recherches portent surtout sur la philosophie et les fondements du modèle kawa, plus que sur la technique même. A travers ce modèle Kawa, j'étudie ce qui se joue entre un ergothérapeute et un patient qui se rencontrent.
Question 1 : Est-ce que vous voulez bien me parler de votre expérience, de ce que vous apprenez du patient à travers le modèle kawa ?
Question 2 : Et plus personnellement, que vous apporte le modèle Kawa, qu'est-ce qu'il reflète de votre personnalité ?

Annexe 9 : Retranscription entretien 1 : E1 = ergothérapeute 1 ; C = Chercheur

E1 : Je le pratique depuis 6 ans, je pense. C'est une stagiaire qui me l'avait présenté, parce que je ne l'ai pas eu au cours de mes études. J'ai commencé à l'utiliser autant avec des patients psychotiques que névrosés. J'ai trouvé que c'était une super métaphore hyper accessible, peu importe la pathologie, les capacités d'élaboration. J'ai trouvé que c'était assez simple au niveau de la compréhension de la métaphore. Ce que je trouve intéressant, c'est que la personne se replace en tant qu'acteur, le fait de raconter son histoire. C'est elle qui priorise ce qu'elle veut mettre, des fois elle oublie des choses, elle revient, c'est intéressant de voir ce qu'elle met en premier. Contrairement à un entretien ou on parle d'une période donnée, ou c'est très séquencé, très linéaire, là c'est un ensemble, donc c'est vraiment une globalité, on ne morcelle pas. Peut-être plus pour les personnes névrosées, ce qui est vraiment intéressant, pour elle, c'est qu'elle-même voit leur propre fonctionnement. Elles ont leur parcours de vie sur un même support, sur une grande feuille, elles voient les répétitions, les choses qui se sont répétées, les impasses qui reviennent. Je trouve que ça en dit beaucoup surtout au niveau du fonctionnement. Cela éclaire la personne sur elle-même, on redonne la partie « analyse » au patient. Elle réinterprète aussi, elle a face à elle sa propre rivière avec ces virages qui reviennent, qui se répètent, il y a une prise de conscience intéressante. Moi j'ai trouvé aussi, surtout chez les personnes névrosées et états limites qu'il y avait des choses de l'ordre du non-dit qui pouvait apparaître, se symboliser. Moi j'ai beaucoup de personnes qui ont mis des mots sur des choses qui étaient invouables, pas possible à dire, souvent de l'ordre des attouchements sexuels. Elles symbolisent, c'est présent, ça leur permet après de les faire exister, un peu dans la règle des 3 I, l'impensable qui est innommable et indicible. Là du coup on repart dans l'autre sens, on le fait apparaître, il existe, il a pris une part dans son histoire, et du coup à un moment on vient y mettre un titre, des mots. Je ne sais pas trop si je réponds à votre question ?

C : *Oui oui, c'est très intéressant, je vous écoute.*

E1 : Je dis comme ça me vient. Je me suis beaucoup attachée à ce modèle parce que je trouvais que c'était...(hésitation) dans un côté beaucoup moins intrusif où la personne est libre. On ne fait pas apparaître tous les virages, il y en a qui passent à la trappe, il y en a qui peuvent revenir. La personne est moins intrusée je trouve. Cela part d'elle, de ce qu'elle y met, on peut prendre le temps, de mettre un titre, de passer par le dessin, de mettre de la couleur. Je trouve qu'au niveau de la temporalité, de reprendre le temps, et de remettre dans l'ordre. Pour des personnes confuses, qui ne savent plus, de l'ordre de la psychose ou du traumatisme, elles ne savent plus quand cela s'est passé, mais rien que le fait de replacer les événements les uns par rapport aux autres, cela redonne de la temporalité. Je trouve que cela permet d'enlever un peu de confusion. Je me suis vu le faire avec des personnes qui me racontaient leur histoire, avec qui je me perdais, j'avais besoin de prendre des notes. Et passer par là finalement cela évite de prendre des notes, car ce n'est pas toujours agréable pour les patients. Et si moi j'étais perdue c'est certainement qu'eux aussi était perdus, confus. Et je trouve que kawa redonne cette temporalité et le découlement qu'il peut y avoir. Même s'ils n'ont pas les années, les âges, le fait de savoir que tel événement a eu lieu après celui-là ou avant, cela leur redonne, qu'est ce qui s'est passé,

ce qui en a découlé, quel est ce fonctionnement. Au-delà d'avoir tous les éléments de vie de la personne, cela permet de comprendre comment cela a pu s'enchaîner.

C: Quand vous disiez des fois vous vous sentiez perdu, besoin de retrouver le fil, le kawa vous aide peut être à mieux cerner et comprendre l'histoire de vie de la personne et ce qui en découle en fait ?

E1 : Oui c'est ça. La rivière c'est le fil conducteur, on suit la rivière, on suit la personne, cela permet de voir les choses qui n'apparaissent pas, ou qu'on a eu un peu verbalement et de questionner sur pourquoi elles n'apparaissent pas. C'est vraiment un support ou après on peut développer plein d'autres choses sur kawa lui-même et puis même à côté, ça peut donner des pistes pour travailler. Cela permet de voir où est la problématique. Des fois cela permet soit de démarrer un suivi, soit quand on a pas mal d'éléments ensuite...(hésitation) oui parce que des fois pour certains il faut une relation de confiance, ça dépend des personnes, ce n'est pas toujours évident de partir directement sur un parcours de vie de suite. Le kawa n'apparaît pas forcément dans une première rencontre mais c'est quand même facile de l'y amener parce que...(hésitation) ce qui est intéressant, à la fois pour les psychotiques de passer par un support, par un média, parce que c'est une métaphore qui est simple, donc accessible, et à la fois pour les personnes qui conscientisent tout, qui parle beaucoup, qui intellectualisent tout, qui veulent donner du sens, cela ramène à quelque chose plus de leur structure, de leur fonctionnement. C'est pas mal aussi des fois de limiter la parole quand elle est submergée de sens. Les personnes qui ont eu un grand suivi psychiatrique, qui ont un discours plaqué, cela les ramène à quelque chose de plus personnel pour le coup, de revenir à une représentation plus symbolique.

C : Le côté symbolique aide à entrer en relation ?

E1 : Oui oui...Je réfléchis en même temps...Oui parce que c'est facile d'accès, des fois cela les déroute parce que c'est une autre manière de faire, c'est un espace de création. Il y en a souvent qui me disent elle n'est pas très belle ma rivière quand je vois ce que j'y ai mis, ou d'autres : elle est pas mal, je voudrais qu'elle soit belle. Au final on se met à parler d'une rivière alors qu'on est en train de parler de leur histoire. C'est intéressant ce décalage, le fait de pouvoir parler de soi face à ce dessin qui les représente. Cela replace l'ergothérapie dans ce côté très créatif. On amène les patients sur un côté assez onirique au final pour accéder à quelque chose de plus inconscient, de plus transitionnel, et je trouve qu'on est vraiment dans cet espace transitionnel. Ils parlent d'eux alors qu'ils parlent d'une rivière, on ne sait plus de quoi parle, mais je pense qu'ils sont toujours au centre, ils sont toujours là. Cela les aide à se décaler, à regarder leur parcours. Le côté symbolique à un moment doit être facilitant, cela les calme. On parle moins de soi directement. C'est comme quand on passe par un objet pour parler de soi, le côté projectif. C'est plus facile pour eux de parler de cette rivière plutôt que de leur vie directement. Je trouve que cela aide à l'introspection. Contrairement à l'anamnèse qui peut être menée, où il va y avoir plusieurs entretiens, chaque moment de vie, de l'enfance, la scolarité, l'adolescence, la vie professionnelle. Là on a tout en un, on a une vue globale de soi, des grandes choses, et je trouve que oui ça les aide à prendre conscience de leur évolution. Je travaille aussi avec des détenus. A la fin on a souvent l'arrivée en détention, l'impasse qui amène au passage à l'acte, qui amène en détention. On retrouve souvent les

mêmes impasses qui ont déjà eu lieu avant. Cette prise de conscience de voir qu'il y a une histoire de vie dans l'enfance, dans l'adolescence, des choses qui se mettent en place et qui donnent du sens là où j'en suis aujourd'hui. Cette introspection aussi c'est parce que si la personne a 40 ans, elle a 40 années sur une feuille devant elle. Et il n'y a pas tous les éléments, mais cela aide un peu à avoir une vue plus globale, plus à distance des grandes choses qui ont pu se mettre en place, se dérouler. Je trouve que c'est un super modèle.

C : *Et plus personnellement, que vous apporte le modèle kawa et qu'est-ce qu'il reflète de votre personnalité quand vous l'utilisez ?*

E1 : J'aime bien parce que c'est tout en image et je trouve que c'est plus facile de les amener sur ma pratique, comment je travaille. Le fait qu'il n'y ait pas de danger. On est là pour travailler ensemble, je ne travaille pas pour eux, ils ne travaillent pas pour moi, on travaille ensemble. Après ce côté très...(hésitation) la possibilité de parler d'autre chose tout en parlant d'eux, toute cette métaphore qu'on peut reprendre, des choses qui peuvent comprendre... C'est ma manière de faire passer des messages moins directs. J'aime bien ce côté créatif parce que kawa on peut se l'aménager, se l'adapter. J'ai jamais fait de conférence avec son auteur donc je ne sais pas exactement comment lui le fait dans les moindres détails, mais je trouve que c'est vraiment facile de se l'approprier. Je pense que ça reflète mon côté créatif en tant que personne et en tant qu'ergothérapeute aussi. C'est un métier où on s'invente des dispositifs, on se sert de certain, on les améliore on les aménage. Cela apporte cette liberté, on peut parler en image, ce côté onirique, rêverie, mais où en même temps on pose pleins de choses. Je pense qu'on est un métier de la triangulation, passer par l'objet, le support. Je pense que des fois cela est nécessaire d'être un peu plus frontal, mais d'autres fois on peut aller trop vite pour la personne, être trop intrusif, elle n'est peut-être pas prête. Se rendre compte qu'on rencontre une personne à un instant t, puis ce n'était peut-être pas le bon moment, et une autre fois ça ira. C'est important de ne pas aller trop vite. Et donc cela est moins intrusif car la personne a le temps de changer, de gommer.

C : *Cela permet d'accueillir les propos de la personne à son rythme ?*

E1 : Oui, tout à fait. Je pense que les défenses que peuvent avoir les personnes, peuvent lâcher parce qu'on parle d'une rivière et pas de leur vie, et parce que la personne décide de ce qu'elle inscrit. C'est elle qui décide de ce qu'elle inscrit. Après on peut questionner les absences mais en tout cas cela se crée petit à petit. C'est ce qui les rend vraiment actrices.

C : *Par rapport à la relation de confiance dont vous parliez, est ce que c'est un outil qui vous aide à l'établir ?*

E1 : Oui parce qu'encore une fois on lui laisse le temps, on y va moins d'emblée, moins directement. Elle dépose ce qu'elle a envie, elle n'est pas obligée de titrer. Des fois des personnes disent là il y a quelque chose mais je ne peux pas le nommer. Bah ok, on ne le nomme pas mais cela existe. Et à un moment elle se sent suffisamment sécurisée pour le faire. Souvent les psychiatres demandent qu'on fasse un kawa parce que c'est bloqué, c'est compliqué, ils me disent « vois si tu peux cheminer ». J'aime bien ce terme de cheminement, lorsque la personne est un peu réticente. Des fois c'est l'indication, lorsqu'il

y a pas mal de méfiance. Cela crée quelque chose parce que souvent avec ce modèle cela passe, cela se dessine.

C : Je sens que vous vous adapter en permanence ?

E1 : Oui, chaque personne est différente, certaines ne veulent pas dessiner, c'est très variable. Des fois je dessine pour eux. J'explique le concept, si ça leur parle s'ils comprennent, cette idée de flux, de la vie, des obstacles. Et puis après, si tout n'est pas respecté : il y en a qui ne mettent pas de montagne (leur origine), cela permet de discuter après. A la fois discuter de ce qu'elle est, des choses qui sont inscrites, ou sur comment ça a été fait, il y a beaucoup de ratures des fois. Cela apporte des éléments sur la manière dont cela s'est construit, les attitudes que la personne a eues. Tout est à prendre en compte dans cette construction. C'est ça qui est intéressant, au-delà des éléments de vie, cela donne des éléments sur la personnalité, le côté organisé, ou pas, obsessionnel, méticuleux, les détails ou pas. Cela apporte énormément de chose, et puis tout ce que la personne peut verbaliser en même temps, que ce soit lié à l'événement en lui-même ou à pourquoi j'ai fait ça, là cela représente ça, là je me suis sentie étouffé...

C : J'aimerais rebondir sur la notion d'espace de sécurité ?

E1 : En première intention quand je rencontre la personne, je ne fais pas ça en premier car je pense que la rivière serait pauvre. Si je fais kawa d'emblée, cela fait comme tous les autres professionnels, où à la première rencontre avec le psychiatre, l'infirmier on fait l'état des lieux, on a les éléments, c'est un peu rapide. On ne peut pas déposer des choses si on n'est pas sûr. En première intention je travaille avec le dessin de l'arbre, projectif aussi, qui permet de parler d'eux de manière détournée, et en général ils sont surpris, ils aiment ça. Ils découvrent que par le dessin on peut parler de soi. Et ensuite on fait le kawa, cela peut se faire en une ou plusieurs séances, il ne faut pas mettre la pression, on a le temps d'en discuter. Dans tous les cas ça répond à l'idée de notre formation de base, où on nous rappelle qu'on prend en charge les personnes dans sa globalité. On démarre avec la représentation des montagnes et des parents, on arrive jusqu'à aujourd'hui. On ne différencie pas, comme avec les lignes de vies sociales, familiales, que font mes collègues infirmiers, dans lesquelles il y a des cassures, là avec le kawa on a un ensemble au niveau systémique. On ne sépare pas la personne du professionnel du mari de la femme du parent, tout est représenté sur cet ensemble. Cela reprend aussi les origines, c'est intéressant car ça permet de ne rien oublier, même au niveau de l'histoire familiale. Cela redonne une vue globale de l'individu. Je suis assez branchée systémique car je trouve que cela correspond à notre formation, la globalité de la personne, avec tous ses environnements, et je trouve que kawa c'est ça, ça reprend tout l'environnement, tout le contexte, des origines à l'instant présent. Dans tous les cas cela me permet de garder cet aspect global de la personne, ne pas parler du passage à l'acte uniquement, on ne réduit pas la personne, c'est même tout le contraire.

C : Oui donc cela permet une certaine ouverture, finalement... ?

E1 : Oui le kawa ouvre sur d'autres choses, sur ce qu'on peut aller approfondir. Je ne me retrouvais pas dans les autres modèles qui rentrent dans des cases, ces modèles comme wood, où je n'arrivais pas à me retrouver, je trouvais que cela ne correspondait pas du tout à la psychiatrie, même si certains les utilisent.

Cela ne me parle pas trop les questionnaires, où on va parler du travail, de la famille, tout est cloisonné je n'y arrive pas, je ne m'y retrouve pas. Et quand la stagiaire m'a présenté kawa cela m'a intéressé, je les laissé faire au début, puis je me suis dit que c'était vraiment intéressant, cela ne cloisonne pas, cela correspondait plus à ma manière de voir le patient dans sa globalité et du coup c'était possible pour moi de le faire.

C : Cela vous a plus parlé, cela a peut-être fait écho à ce qui est important pour vous ?

E1 : Oui tout à fait, surtout l'aspect où on ne cloisonne pas la personne dans des catégories, c'est vraiment une vue globale sans rien oublier. En fait c'est le principe même de l'empathie : apprendre à comprendre l'autre en fonction de ses propres références à lui, en fonction de ce qu'il a vécu, cela revient à reprendre son contexte et ce qui en découle. Du coup je trouve cela compliqué de cloisonner. L'empathie c'est revenir sur le système entier pour arriver à comprendre cette personne avec toutes ses valeurs, son histoire, pour moi c'est assez logique. Si on veut être empathique on prend tout ce qui a autour. C'est un modèle oriental qui n'a pas du tout la même manière de vivre que nous, qui place la communauté au centre alors que nous c'est l'individu. Je me suis dit cela ne va du tout coller avec notre manière de faire, alors qu'en fait non. Finalement cela replace l'individu dans son contexte avec tous ses systèmes autour, et au final cela nous apporte certainement plus que de se focaliser sur l'individu seul en oubliant tout ce qui a autour. Donc c'est complètement adapté.

C : Adapté... ?

E1 : Adapté au fait d'avoir tous les éléments autour, sentimentaux, personnels, tout ce qui gravite autour avec la personne au centre. C'est exactement ce qu'il nous faut pour comprendre la personne et là où elle en est aujourd'hui.

C : Quand vous dites replacer la personne au centre... ?

E1 : Oui, c'est pour cela que je disais que je trouve que la personne redevient actrice et la relation de confiance part de là car on laisse la personne faire, on la laisse dessiner, on la laisse poser ce qu'elle veut, l'analyser, on aide un peu en questionnant, mais elle a ce premier aperçu seule, elle se rend compte seule des répétitions, de ce qu'elle a marqué ou non, c'est presque juste lui offrir l'outils pour dire « vous avez des ressources », on va aller les chercher, c'est vous qui les poser. On pense souvent aux événements négatifs et traumatiques de notre histoire, j'insiste souvent en disant « pensez aussi à mettre les événements positifs, les personnes ressources, les événements agréables », cela servira aussi après. On ne va pas traiter que de ce qui est noir, on ne va pas marquer que ce qui est honteux on se saisit aussi de ce qui est agréable, positif. C'est ça prendre en charge la personne dans sa globalité, ne pas la réduire, et c'est lui permettre de voir qu'il n'y a pas que des choses négatives, on l'espère en tout cas, ce n'est pas toujours le cas. Dans tous les cas elle est actrice, elle en fait sa propre analyse. Déjà, qu'elle est votre impression, qu'est-ce que vous en pensez, comment est votre rivière ? Ce n'est pas le thérapeute qui analyse. On est là pour travailler ensemble, c'est un suivi ce n'est pas une prise en charge.

C : La notion de travailler ensemble, d'être dans l'accompagnement... ?

184 **E1** : Oui tout à fait vraiment, et puis c'est ce qu'il fait que la personne décide qu'on avance ensemble,
 185 elle donne sa confiance et elle se met au travail, car des fois cela peut être douloureux ce travail pour
 186 soi, mais vous être au travail et vous êtes en train d'avancer. C'est important car la relation de soin c'est
 187 souvent un peu infantilisant, le fait d'être dans cette relation d'aide. Et là, c'est une autre manière de
 188 proposer le soin. Cela médiatise pas mal, pour ceux qui ont du mal à échanger, à verbaliser, c'est un
 189 support de base, on triangulise, cela donne un support, un intermédiaire, c'est facilitant. C'est ce qui fait
 190 qu'on est une forme de thérapie différente, de faciliter la communication quand elle devient compliquée.
 191 Je pense aussi que des fois, on se focalise trop sur ce qu'il ne va pas aujourd'hui, et le kawa permet de
 192 revenir un peu en arrière et de comprendre ce qui a pu faire qu'on en est là aujourd'hui. Cela m'aide à
 193 connaître le patient, avant qu'il ait pu se passer quoi que ce soit, et cela lui permet de voir certaine chose
 194 qu'il n'avait pas forcément vue. Cela permet de parler de choses dont on n'aurait pas forcément parler.
 195 Toujours dans cette idée de ne rien oublier, le positif comme le négatif. Je trouve que vos questions sont
 196 très pertinentes et permettent de parler plus en profondeur, car ce modèle j'avais l'impression de l'avoir
 197 vu sous toutes ses coutures et en fait il y a beaucoup à dire. Je trouve que c'est un super outil, même
 198 dans d'autres domaines, comme en soins palliatifs par exemple. On peut l'adapter partout, c'est ce qui
 199 est étonnant, il n'est pas cloisonné. C'est un bel outil et j'ai l'impression que de plus en plus
 200 d'ergothérapeutes l'utilisent. C'est en train de se développer et je suis très contente. Cela permet de
 201 comprendre la personne, et puis de dresser des objectifs avec la personne, puisque c'est elle qui repère,
 202 c'est de l'alliance thérapeutique, le travail à deux. Et puis on apprend à connaître la personne mais elle
 203 apprend aussi à se connaître elle-même.

Annexe 10 : Retranscription entretien 2 :

1 **E2** : Je vais vous expliquer dans quel contexte je l'ai utilisé : je travaille dans un hôpital de jour
 2 psychiatrique. On utilise des médias avec des personnes qui ont des problématiques communes. On ne
 3 fait pas d'individuel, que du groupe et c'est dans ce contexte là qu'on a tenté le modèle kawa. C'était
 4 dans l'idée de faire non pas une autoévaluation, fin si, permettre de faire une autoévaluation et aussi de
 5 définir les objectifs. Ce qui est intéressant c'est qu'on apprenait d'eux comment ils se représentaient
 6 leur vie. Le fait de dessiner la rivière, c'était une manière de voir où ils se percevaient dans leur
 7 cheminement de vie. Cela nous apprenait à voir si le patient était dans la capacité d'abstraction ou pas,
 8 et sa capacité à symboliser les choses. On l'a pas mal utilisé avec des personnes qui ont plus de 60 ans,
 9 qui sont en deuil, que ce soit de proches de conjoints, de vie professionnelle. C'est une approche
 10 intéressante parce que cela permet de voir ce qui s'est figé dans le temps pour eux. Des fois il y a un
 11 événement traumatisant, marquant et des fois cela fige des choses. Cela donne des informations sur leur
 12 rapport au temps, comment ils peuvent se projeter dans l'avenir, comment ils sont bloqués dans le passé.
 13 S'ils font l'étalage de choses positives ou négatives, cela permet de verbaliser ces choses-là. Cela nous
 14 donnait pas mal d'informations à ce niveau-là, sur le rapport au temps, où est ce qu'ils se situent dans
 15 leur vie, est ce qu'ils arrivent à être dans le présent, est ce qu'ils imaginent leur futur. Des fois verbaliser

c'est compliqué pour eux et le fait de le représenter en schéma c'est beaucoup plus marquant. Cela permet de concorder leur discours ou de le confronter quand on mesure un écart entre ce qu'ils disent et ce qu'ils dessinent. Alors on leur demande s'ils ont compris la consigne et si oui on les questionne un peu sur les écarts entre leur discours et leur dessin. Il y a des gens qui vont mieux exprimer certaines choses grâce au média.

C : Vous disiez que vous l'utilisiez en groupe. Qu'implique cette modalité ?

E : on travaille beaucoup le côté intime, chacun est libre de dire ce qu'il veut, c'est dans un cadre très précis, dans le non jugement, de la confidentialité, du respect de l'autre et en général avant que les gens verbalisent leur modèle kawa ils doivent se sentir en sécurité. Même si on explique à tout le monde en même temps, on ne va pas faire verbaliser à quelqu'un qui est arrivé la semaine dernière par exemple, il faut qu'il soit en confiance. Ce qui est intéressant c'est de voir eux comment ils le vivent, de se projeter comme ça. En général c'est tout le travail, qu'ils puissent livrer une certaine partie intime, qu'ils parlent d'eux. Kawa ou pas on leur demande de faire une ligne de vie, des fois on va parler de leur cercle relationnel, donc on les fait parler d'eux. Ce sont des groupes psychothérapeutiques avec de la verbalisation. Ce sont des personnes qui doivent avoir une certaine capacité d'abstraction. Pour les personnes qui arrivent à se projeter c'est assez significatifs.

C : Et plus personnellement, que vous apporterez le modèle KAWA, est ce qu'il reflète de votre personnalité ?

E : euh...qu'est-ce qu'il reflète de ma personnalité...bonne question...Moi je le vois plutôt au niveau de mon identité. Ce qui m'a le plus plu c'est que je voulais un outil ergo dans notre service pluridisciplinaire. Le lien entre ma personnalité et l'ergo c'est que moi j'aime bien pouvoir prendre des chemins de traverse pour pouvoir exprimer des choses. J'aime bien le côté métaphorique, la symbolique. Par rapport à ma personnalité, peut être aussi, je réfléchis en parlant, c'est que ce n'est pas trop dirigé, c'est assez cadré mais cela laisse la possibilité à la personne de s'exprimer librement avec sa personnalité, qu'il sache dessiner ou non. Ce n'est pas restricteur, il y a une souplesse, le côté autoévaluation, ce ne sont pas des questions fermées, il n'y a pas de questions d'ailleurs, c'est peut être cela qui pourrait refléter ma personnalité.

C : Vous avez le sentiment que la personne accède peut-être plus facilement ...

E2 : Oui tout à fait et puis il s'approprie l'outil. On est là pour le guider, le soutenir, mais il s'approprie complètement, il est plus acteur, il décide. On peut mettre des problèmes, on peut les quantifier sans que ce soit mesurable avec des statistiques, des preuves, des trucs scientifiques, et en même temps c'est parlant. C'est sécurisant pour le patient car il ne se sent pas juger. Nous ça nous apprend des choses, mais c'est surtout pour lui que cela va être un outil. C'est cela qui m'a parlé. Cela laisse une trace aussi. Ce qui est intéressant c'est de faire la rivière en début et en fin de séjour. Cela ne marche pas pour tous, mais pour certain, on voit vraiment la différence entre les deux coupes. Ils se rendent compte de l'évolution, du changement de leur perception sur leur situation.

C : Et si en tant qu'ergothérapeute on se prête au jeu de dessiner sa rivière ?

- 53 E2 : Quel que soit l'outil, c'est intéressant de le faire avant de le proposer.
- 54 C : *Et qu'est-ce que vous avez ressenti quand vous avez fait votre rivière?*
- 55 E2 : J'ai trouvé cela intéressant de me dire « ah ça je trouvais que c'était dure et en fait quand je le
- 56 représente ça ne l'est pas tant que ça ». Cela permet de décaler, entre la pensée et la symbolisation. Je
- 57 trouve cela intéressant qu'il y ait une certaine souplesse dans la passation, que ce soit adaptable. On
- 58 insiste sur le fait qu'il n'y a pas de risque, que c'est intéressant de se prêter au jeu. Ils parlent d'eux,
- 59 c'est un outil pour parler de soi, parce que juste comme ça autour d'une table les gens ne savent pas trop
- 60 quoi dire d'eux. Cela enclenche un processus thérapeutique.
- 61 C : *Et par rapport à un autre média ? Il y a une différence ?*
- 62 E2 : Oui il y a une différence parce que c'est clairement dit au départ qu'ils doivent parler d'eux, se
- 63 projeter. Un collage ils vont finir par parler d'eux mais eux dans leur tête ils ne s'en rendent pas
- 64 forcément compte. Le modèle kawa dit clairement qu'ils vont raconter des éléments de leur vie, plus
- 65 précisément, c'est plus dirigé. Ok on utilise la symbolique mais c'est beaucoup plus conscient qu'avec
- 66 d'autres médias.
- 67 C : *vous disiez que c'est un outil adaptable. Vous pensez qu'il s'adapte facilement à toutes personnes ?*
- 68 E2 : Oui, par le rapport à la nature. Comme l'arbre, l'arbre généalogique, les racines, c'est quelque chose
- 69 qui parle dans beaucoup de culture, donc je pense que le rapport à la nature facilite les échanges, ça
- 70 parle aux gens. A Bruxelles on a beaucoup de personnes de cultures différentes et ça leur parle.
- 71 C : *J'aimerais rebondir sur le fait que vous ayez choisi le modèle kawa. Pourquoi en particulier ce*
- 72 *modèle et pas un autre ?*
- 73 E : Parce que le côté du dessin, de la métaphore, parce que c'était une auto évaluation, sans l'utiliser
- 74 forcément comme une évaluation. Le but ce n'est pas d'évaluer le patient mais de fournir un outil au
- 75 patient.

Annexe 11 : Retranscription entretien 3 :

- 1 E3 : Ce que j'apprends du patient...on apprend déjà tout simplement tout ce qui est obstacle, son histoire
- 2 de vie, c'est le principe même du modèle Kawa avec le lit de la rivière. C'est propre à chaque personne,
- 3 ça dépend de ce qu'ils veulent nous livrer, s'ils se sentent en confiance. Moi en générale je ne le fais pas
- 4 passer en toute première séance lorsque je ne connais pas la personne. Parce que pour moi le moment
- 5 critique c'est lorsqu'on travaille cette coupe et qu'on détermine à quel endroit elle est sur le fleuve. Si
- 6 elle est en amont vers la source ou si elle est déjà vers la mer. Cela peut devenir compliqué quand on
- 7 évoque des fins de vie, donc forcément ce n'est pas dans un premier temps que je l'utilise. Je ne sais pas
- 8 si je réponds à votre question ?
- 9 C : *oui tout à fait, l'idée en fait est de recueillir votre témoignage. Quand vous utilisez ce modèle, quels*
- 10 *éléments de la personne vous recueillez ?*

E3 : Au début ils ont souvent du mal à comprendre ce qui est demandé, et pourquoi. C'est un modèle qui n'est pas de chez nous à la base, qui est asiatique. Ils n'ont pas l'habitude de cet exercice. En fonction des tranches d'âges ils n'ont pas l'habitude de verbaliser sur leur expérience. Puis on n'est pas psychologue, donc le temps qu'ils comprennent que l'ergothérapeute ce n'est pas que les aides techniques c'est aussi du psychique. Et le fait d'imager c'est très concret, c'est parlant, en équipe on peut discuter sans qu'on dise que ce soit des projections, des interprétations. Mais par contre c'est vrai qu'au début j'ai du mal, cela prend quand même du temps à faire passer car la parole se libère au fur et à mesure.

C : Et quand elle se libère du coup...

E3 : Il va parler effectivement de ses difficultés sans sa vie de tous les jours, puis des choses plus intimes avec son historique personnel, sa famille. Un patient m'avait parlé de ses désirs d'enfants qu'il n'avait pas pu avoir car il était handicapé depuis longtemps et c'est compliqué de trouver une partenaire. Donc oui voilà des choses plus intimes. Des fois aussi il y a des frères décédés, des secrets de famille parfois lourds, qui se retrouvent dans le dessin comme des obstacles qu'ils arrivent à identifier.

C : Donc cela permet une certaine verbalisation ?

E3 : Oui c'est ça. Donc c'est très intéressant. Et comme notre métier n'est pas identifié la dessus, il peut y avoir des réticences au début. Il faut qu'un certain lien de confiance soit établi. Et ensuite cela prend du temps, minimum une heure par séance, en verbalisant au fur et à mesure.

C : Vous parliez de leur famille tout à l'heure...

E3 : Oui, effectivement. J'avais un monsieur d'origine nord-africaine, il était homosexuel et n'avait jamais pu en parler à sa famille. Donc oui on en apprend, cela relève de l'intime, de sphères très personnelles, aussi bien la religion, tout est pris en compte. Mais cela dépend de ce que la personne veut dire, c'est aussi ça le frein. Les personnes retracent leur histoire.

C : Quelle posture vous adaptez ?

E3 : Je reste neutre, j'écoute, je fais de la reformulation avec de l'écoute active. C'est vraiment du soutien psychologique plus que du suivi psychologique. Le but c'est quand même de recentrer sur les difficultés au quotidien pour après pouvoir travailler sur ces difficultés, voir ce que l'on peut mettre en place.

C : Et à quelles difficultés vous seriez plus sensible en tant qu'ergothérapeute ?

E3 : Je me dirigeais plus facilement sur tout ce qui était aide technique, après si vraiment il y avait des composantes familiales, traumatiques trop importantes je redirigeais la personne vers des collègues.

C : Et plus personnellement, que vous apporte ce modèle, qu'est-ce qu'il reflète de votre personnalité ?

E3 : Alors...moi il m'a beaucoup parlé car j'étais attiré par la culture nippone. J'avais insisté à la conférence de M. Iwama, qui était intervenu à Créteil il y a deux ou trois ans. C'était très intéressant et puis c'est un personnage à lui-même, il apporte un univers. Je me suis assez bien identifiée à ce modèle, je l'ai trouvé très parlant. Pour moi, si je devais dessiner ma rivière, je pense que cela pourrait facilement s'imager, je me projette peut-être bien dans ce type de bilan.

48 *C : Vous arrivez à identifier pourquoi ?*

49 E3 : Ce côté très imagé, et en même temps poétique, on peut montrer certaines difficultés, sans non
50 plus...comment dire...c'est compliqué à expliquer...déjà on n'est pas obligé de verbaliser tout le temps,
51 on peut à la limite juste laisser la personne dessiner, si elle a du mal à verbaliser cela peut déjà être une
52 amorce. En tant qu'ergothérapeute je suis très médiateur dessin, je trouve que cela fait un tiers parce que
53 dans des bilans plus classiques on est un peu limité, là c'est plus subjectif, et on peut plus ou moins
54 insister sur certains points.

55 *C : Vous vous retrouvez dans le côté subjectif...*

56 E3 : Oui, la subjectivité mais aussi ce côté de ne pas trop insister, quand c'est trop douloureux les
57 patients ont du mal à en parler et là ils peuvent en parler mais de façon discrète du coup, de manière
58 simple. Cela respecte la personne, cela ne la brusque pas.

59 *C : Je rebondis sur la culture Nippone, vous pouvez m'en dire plus ?*

60 E3 : oui cela fait très longtemps que j'étudie un peu cette culture, cela m'a rapproché du kawa. Cela
61 reflète tout à fait la mentalité japonaise très poétique et très chaste. C'est-à-dire qu'on se livre sans
62 jamais vraiment se livrer parce que certaine chose sont un peu honteuse, il y a tout un protocole.

63 Et puis finalement le kawa c'est pour tout niveau culturel confondu, ce qui n'est pas souvent le cas, on
64 a souvent des étalonnages, là il n'y pas besoin d'avoir un bac +5 pour faire la rivière.

65 *C : Par niveau culturel vous entendez niveau scolaire c'est ça ?*

66 E3 : Oui voilà, cela s'adresse à tous types de population. Je me vois bien l'utiliser avec des enfants aussi,
67 je ne pense pas qu'il y ait trop de soucis. Pour l'instant j'ai plus de mal avec les soins palliatifs mais je
68 pense que c'est plutôt moi qui ait du mal à le proposer, parce que je me doute bien d'où ils vont se placer
69 sur la rivière et je ne sais pas encore trop quoi leur dire. Peut-être faire un kawa modifié...je ne sais
70 pas...je n'ai pas encore trop d'idées là-dessus. Je l'ai fait essentiellement en MAS spécialisée SEP et
71 cela marchait plutôt pas mal.

72 *C : Vous pensez que c'est lié à quoi ?*

73 E3 : La population s'y prêtait, ils étaient en demande d'échange. Puis c'est un lieu de vie donc on a le
74 temps d'apprendre à les connaître, de discuter, de passer des tests plus longs. Il y a cette omniprésence
75 des difficultés au quotidien qu'ils essaient de régler, qui s'amoncellent depuis un certain temps. Ce sont
76 des troubles qui évoluent depuis au moins 20 ans donc on se rend compte qu'il y a beaucoup de facteurs
77 sociaux derrière. C'est une maladie assez complexe donc c'est vrai que toutes les dimensions sont assez
78 bien représentée, physique, moteur, psychique, donc ils identifient les obstacles, il y a de quoi faire. Et
79 ils arrivent encore à verbaliser. Puisque quand on n'a pas ses mains ou quand on ne peut pas verbaliser
80 cela devient un peu compliqué.

81 Je l'utilisais comme modèle bilan et c'est long car on ne peut pas brusquer la personne, cela prend du
82 temps, on ne peut pas mettre un chronomètre, sinon ce ne sera pas complet ce ne sera pas intéressant. Je
83 m'en sers quand il y a un besoin. Avec ces personnes hospitalisées ou institutionnalisées depuis
84 longtemps on ne peut pas dire que c'est du bilan initial, mais pour réévaluer la situation, pour retrouver

des projets, redonner une ligne directive au projet d'accompagnement, et voir ce qui est possible de faire plutôt que de laisser les personnes végéter. C'est aussi une façon de remettre en question l'accompagnement. Voir si finalement on a répondu aux attentes, voir s'il y a d'autres choses à faire, voir si tout a été dit.

C : tout à l'heure je vous demandais d'un point de vue personnel ce que pouvait vous apporter ce modèle, et d'un point de vue professionnel du coup ?

E3 : c'est une clarté, une possibilité de poser les choses et d'échanger avec les autres professionnels. C'est vrai que malheureusement on est souvent obligé de justifier notre activité et cela permet d'avoir une image qui peut facilement être lue par tout le monde sans trop d'interprétation. D'un point de vue perso et pro ce serait d'acté les choses ; Moi je suis plus dans l'observation habituellement mais malheureusement c'est très subjectif, tout le monde n'a pas la même vision et dans un staff il faut parfois amener des éléments concrets compréhensibles par tout le monde.

Annexe 12 : Analyse inductive : étape 1, repérage des thèmes

ANALYSE THEMATIQUE VERTICALE E1	
La personne est actrice	L.5 : « Ce que je trouve intéressant, c'est que la personne se replace en tant qu'acteur » L.26 : « Cela part d'elle, de ce qu'elle y met » L.65 : « ils sont toujours au centre » L.100 : « la personne décide de ce qu'elle inscrit » L.102 : « C'est ce qui les rend vraiment actrices. » L.170 : « je trouve que la personne redevient actrice et la relation de confiance part de là car on laisse la personne faire, on la laisse dessiner, on la laisse poser ce qu'elle veut, l'analyser » L.180 : « Dans tous les cas elle est actrice, elle en fait sa propre analyse » L/184 : « que la personne décide qu'on avance ensemble » L.201 : « c'est elle qui repère »
La mise en évidence d'aspects significatifs	L.6-7 : « C'est elle qui priorise ce qu'elle veut mettre, des fois elle oublie des choses, elle revient, c'est intéressant de voir ce qu'elle met en premier ».
Outil qui permet une vision globale	L.8-9 : « là c'est un ensemble, donc c'est vraiment une globalité, on ne morcelle pas » L.70 : « Là on a tout en un, on a une vue globale de soi, des grandes choses » L.77-78 : « mas cela aide un peu à avoir une vue plus globale » L.133 : « qu'on prend en charge les personnes dans sa globalité » L.138-139 : « Cela redonne une vue globale de l'individu. » L.140-143 : « la globalité de la personne, avec tous ses environnements, et je trouve que kawa c'est ça, ça reprend tout l'environnement, tout le contexte, des origines à l'instant présent. Dans tous les cas cela me permet de garder cet aspect global de la personne, ne pas parler du passage à l'acte uniquement, on ne réduit pas la personne, c'est même tout le contraire. » L.155 : « on ne cloisonne pas la personne dans des catégories, c'est vraiment une vue globale sans rien oublier » L.159 : « arriver à comprendre cette personne avec toutes ses valeurs, son histoire, pour moi c'est assez logique » L.178 : « C'est ça prendre en charge la personne dans sa globalité, ne pas la réduire »

Outil qui permet l'introspection / Prise de conscience du patient	L.9-12 : « ce qui est vraiment intéressant, pour elle, c'est qu'elle-même voit leur propre fonctionnement. Elles ont leur parcours de vie sur un même support, sur une grande feuille, elles voient les répétitions, les choses qui se sont répétées, les impasses qui reviennent » L.12-13 : « Cela éclaire la personne sur elle-même, on redonne la partie « analyse » au patient ». L.14-15 : « Il y a une prise de conscience intéressante » L.71 : « je trouve que oui ça les aide à prendre conscience de leur évolution. » L.69 : « Je trouve que cela aide à l'introspection » L.74-77 : « Cette prise de conscience de voir qu'il y a une histoire de vie dans l'enfance, dans l'adolescence, des choses qui se mettent en place et qui donnent du sens là où j'en suis aujourd'hui. Cette introspection aussi c'est parce que si la personne a 40 ans, elle a 40 années sur une feuille devant elle. » L.193 : « et cela lui permet de voir certaine chose qu'il n'avait pas forcément vue. »
Outil qui permet la symbolisation Médiation	L.16 : « il y avait des choses de l'ordre du non-dit qui pouvait apparaître, se symboliser » L.18-19 : « Elles symbolisent, c'est présent, ça leur permet après de les faire exister » L.19-21 : « Là du coup on repart dans l'autre sens, on le fait apparaître, il existe, il a pris une part dans son histoire, et du coup à un moment on vient y mettre un titre, des mots » L.49-55 : « ce qui est intéressant, à la fois pour les psychotiques de passer par un support, par un média, parce que c'est une métaphore qui est simple, donc accessible, et à la fois pour les personnes qui conscientisent tout, qui parle beaucoup, qui intellectualisent tout, qui veulent donner du sens, cela ramène à quelque chose plus de leur structure, de leur fonctionnement. C'est pas mal aussi des fois de limiter la parole quand elle est submergée de sens. Les personnes qui ont eu un grand suivi psychiatrique, qui ont un discours plaqué, cela les ramènent à quelque chose de plus personnel pour le coup, de revenir à une représentation plus symbolique. » L.58 : « c'est un espace de création » L.60-61 : « Au final on se met à parler d'une rivière alors qu'on est en train de parler de leur histoire. C'est intéressant ce décalage, le fait de pouvoir parler de soi face à ce dessin qui les représente. » L.62-64 : « On amène les patients sur un côté assez onirique au final pour accéder à quelque chose de plus inconscient, de plus transitionnel, et je trouve qu'on est vraiment dans cet espace transitionnel » L.66-67 : Le côté symbolique à un moment doit être facilitant, cela les calme. On parle moins de soi directement. » L.67 : « C'est comme quand on passe par un objet pour parler de soi, le côté projectif » L.82 : « c'est tout en image » L.85-86 : « la possibilité de parler d'autre chose tout en parlant d'eux, toute cette métaphore qu'on peut reprendre, des choses qui peuvent comprendre » L.91-93 : « Cela apporte cette liberté, on peut parler en image, ce côté onirique, rêverie, mais où en même temps on pose pleins de choses. Je pense qu'on est un métier de la triangulation, passer par l'objet, le support. » L.188-189 : « Cela médiatise pas mal, pour ceux qui ont du mal à échanger, à verbaliser, c'est un support de base, on triangulise, cela donne un support, un intermédiaire, c'est facilitant »
Outil qui permet la verbalisation	L.16-18 : « j'ai beaucoup de personnes qui ont mis des mots sur des choses qui étaient inavouables, pas possible à dire, souvent de l'ordre des attouchements sexuels » L.112 : « tout ce que la personne peut verbaliser » L.194 : « Cela permet de parler de choses dont on n'aurait pas forcément parler. »
Intérêt pour le modèle	L.23 : « Je me suis beaucoup attachée à ce modèle » L.78-79 : « Je trouve que c'est un super modèle. » L.82 : « J'aime bien » L.137 : « c'est intéressant » L.197 : « Je trouve que c'est un super outil, » L.200 : « C'est en train de se développer et je suis très contente. »
Le respect de la personne	L.24 : « un côté beaucoup moins intrusif où la personne est libre » L.25-26 : « La personne est moins intrusée je trouve » L.97 : « Et donc cela est moins intrusif car la personne a le temps de changer, de gommer. » L.105-106 : « on lui laisse le temps, on y va moins d'emblée, moins directement. Elle dépose ce qu'elle a envie, elle n'est pas obligée de titrer. »

	L.131-132 : « il ne faut pas mettre la pression, on a le temps d'en discuter »
Outil qui permet la temporalité	L.27-28 : « Je trouve qu'au niveau de la temporalité, de reprendre le temps, et de remettre dans l'ordre » L.29-30 : « elles ne savent plus quand cela s'est passé, mais rien que le fait de replacer les événements les uns par rapport aux autres, cela redonne de la temporalité » L.34-35 : « kawa redonne cette temporalité et le découlement qu'il peut y avoir »
Outil qui permet la clarification	L.30-34 : « Je trouve que cela permet d'enlever un peu de confusion. Je me suis vu le faire avec des personnes qui me racontaient leur histoire, avec qui je me perdais, j'avais besoin de prendre des notes. Et passer par là finalement cela évite de prendre des notes, car ce n'est pas toujours agréable pour les patients. Et si moi j'étais perdue c'est certainement qu'eux aussi était perdus, confus »
Outil qui aide à la compréhension de la personne	L.37-38 : « Au-delà d'avoir tous les éléments de vie de la personne, cela permet de comprendre comment cela a pu s'enchaîner. » L.41 : « La rivière c'est le fil conducteur, on suit la rivière, on suit la personne » L.117 : « il y en a qui ne mettent pas de montagne (leur origine), cela permet de discuter après. » L.117-121 : « A la fois discuter de ce qu'elle est, des choses qui sont inscrites, ou sur comment ça a été fait, il y a beaucoup de ratures des fois. Cela apporte des éléments sur la manière dont cela s'est construit, les attitudes que la personne a eues. Tout est à prendre en compte dans cette construction. C'est ça qui est intéressant, au-delà des éléments de vie, cela donne des éléments sur la personnalité, le côté organisé, ou pas, obsessionnel, méticuleux, les détails ou pas » L.137-138 : « Cela reprend aussi les origines, c'est intéressant car ça permet de ne rien oublier, même au niveau de l'histoire familiale » L.166-168 : « Adapté au fait d'avoir tous les éléments autour, sentimentaux, personnels, tout ce qui gravite autour avec la personne au centre. C'est exactement ce qu'il nous faut pour comprendre la personne et là où elle en est aujourd'hui. » L.193 : « Cela m'aide à connaître le patient, » L.201 : « Cela permet de comprendre la personne »
Relation ergo/patient	L.45-49 : « Des fois cela permet soit de démarrer un suivi, soit quand on a pas mal d'éléments ensuite...(hésitation) oui parce que des fois pour certains il faut une relation de confiance, ça dépend des personnes, ce n'est pas toujours évident de partir directement sur un parcours de vie de suite. Le kawa n'apparaît pas forcément dans une première rencontre mais c'est quand même facile de l'y amener » L.82-84 : « je trouve que c'est plus facile de les amener sur ma pratique, comment je travaille. Le fait qu'il n'y ait pas de danger. On est là pour travailler ensemble, je ne travaille pas pour eux, ils ne travaillent pas pour moi, on travaille ensemble » L.173-174 : « c'est presque juste lui offrir l'outil pour dire « vous avez des ressources », on va aller les chercher, c'est vous qui les poser » L.181-182 : Déjà, qu'elle est votre impression, qu'est-ce que vous en pensez, comment est votre rivière ? Ce n'est pas le thérapeute qui analyse. On est là pour travailler ensemble, c'est un suivi ce n'est pas une prise en charge. » L.185 : « elle donne sa confiance et elle se met au travail » L.202 : « c'est de l'alliance thérapeutique, le travail à deux »
Remise en question	L.93-96 : « Je pense que des fois cela est nécessaire d'être un peu plus frontal, mais d'autres fois on peut aller trop vite pour la personne, être trop intrusif, elle n'est peut-être pas prête. Se rendre compte qu'on rencontre une personne à un instant t, puis ce n'était peut-être pas le bon moment, et une autre fois ça ira. C'est important de ne pas aller trop vite. »
Outil accessible/ adaptable/ simple	L.87 : « kawa on peut se l'aménager, se l'adapter » L.198 : « On peut l'adapter partout » L.3-5 : « J'ai trouvé que c'était une super métaphore hyper accessible, peu importe la pathologie, les capacités d'élaboration. J'ai trouvé que c'était assez simple au niveau de la compréhension de la métaphore. »
Introspection de l'ergothérapeute	L.86-87 : « C'est ma manière de faire passer des messages moins directs. J'aime bien ce côté créatif » L.89-90 : « Je pense que ça reflète mon côté créatif en tant que personne et en tant qu'ergothérapeute aussi » L.146 : « Je ne me retrouvais pas dans les autres modèles qui rentrent dans des cases » L.147 : « je n'arrivais pas à me retrouver, je trouvais que cela ne correspondait pas du tout à la psychiatrie »

	L.148-149 : « Cela ne me parle pas trop les questionnaires, où on va parler du travail, de la famille, tout est cloisonné je n'y arrive pas, je ne m'y retrouve pas » L.151-152 : « cela correspondait plus à ma manière de voir le patient dans sa globalité et du coup c'était possible pour moi de le faire. »
Espace de sécurité	L.107-108 : « Et à un moment elle se sent suffisamment sécurisée pour le faire » L.128 : « On ne peut pas déposer des choses si on n'est pas sécurisée »
Création	L.111-112 : « Cela crée quelque chose parce que souvent avec ce modèle cela passe, cela se dessine. »
Systémie	L.135-137 : « avec le kawa on a un ensemble au niveau systémique. On ne sépare pas la personne du professionnel du mari de la femme du parent, tout est représenté sur cet ensemble » L.139 : « Je suis assez branchée systémie car je trouve que cela correspond à notre formation » L.158 : « L'empathie c'est revenir sur le système entier » L.162-164 : « Finalement cela replace l'individu dans son contexte avec tous ses systèmes autour, et au final cela nous apporte certainement plus que de se focaliser sur l'individu seul en oubliant tout ce qui a autour »
Valeurs véhiculées par le kawa	L.155-157 : « En fait c'est le principe même de l'empathie : apprendre à comprendre l'autre en fonction de ses propres références à lui, en fonction de ce qu'il a vécu, cela revient à reprendre son contexte et ce qui en découle. »
ANALYSE THEMATIQUE VERTICALE E2	
Objectifs du kawa	L.4-5 : « faire une autoévaluation et aussi de définir les objectifs » L.73-75 : « Parce que le côté du dessin, de la métaphore, parce que c'était une auto évaluation, sans l'utiliser forcément comme une évaluation. Le but ce n'est pas d'évaluer le patient mais de fournir un outil au patient. »
Ce qu'on apprend du patient	L.5-7 : « Ce qui est intéressant c'est qu'on apprend d'eux comment ils se représentaient leur vie. Le fait de dessiner la rivière, c'était une manière de voir où ils se percevaient dans leur cheminement de vie » L.7-8 : « Cela nous apprend à voir si le patient était dans la capacité d'abstraction ou pas, et sa capacité à symboliser les choses. » L.47-48 : « Nous ça nous apprend des choses, mais c'est surtout pour lui que cela va être un outil » L.64 : « ils vont raconter des éléments de leur vie »
Intérêt pour le modèle	L.9-10 : « C'est une approche intéressante » L.57 : « Je trouve cela intéressant »
La temporalité	L.10-12 : « cela permet de voir ce qui s'est figé dans le temps pour eux. Des fois il y a un événement traumatisant, marquant et des fois cela fige des choses. Cela donne des informations sur leur rapport au temps, comment ils peuvent se projeter dans l'avenir, comment ils sont bloqués dans le passé. » L.13-15 : « Cela nous donnait pas mal d'informations à ce niveau-là, sur le rapport au temps, où est ce qu'ils se situent dans leur vie, est ce qu'ils arrivent à être dans le présent, est ce qu'ils imaginent leur futur »
Outil qui permet la verbalisation	L.13 : « cela permet de verbaliser » L.29-30 : « Ce sont des groupes psychothérapeutiques avec de la verbalisation »
Médiation	L.16 : « le fait de le représenter en schéma c'est beaucoup plus marquant » L.19-20 : « Il y a des gens qui vont mieux exprimer certaines choses grâce au média. » L.56 : « Cela permet de décaler, entre la pensée et la symbolisation » L.65-66 : « Ok on utilise la symbolique mais c'est beaucoup plus conscient qu'avec d'autres médias. »
Cadre sécurisant	L.22-24 : « chacun est libre de dire ce qu'il veut, c'est dans un cadre très précis, dans le non jugement, de la confidentialité, du respect de l'autre et en général avant que les gens verbalisent leur modèle kawa ils doivent se sentir en sécurité » L.47 : « C'est sécurisant pour le patient car il ne se sent pas jugé » L.58 : « On insiste sur le fait qu'il n'y a pas de risque, »
La relation ergo/patient	L.26 : « il faut qu'il soit en confiance » L.44 : « On est là pour le guider, le soutenir »

	L.60 : « Cela enclenche un processus thérapeutique. »
Introspection du patient/ Prise de cs	L.22 : « on travaille beaucoup le côté intime » L.27-28 : « En général c'est tout le travail, qu'ils puissent livrer une certaine partie intime, qu'ils parlent d'eux. » L.51 : « Ils se rendent compte de l'évolution, du changement de leur perception sur leur situation » L.59 : « Ils parlent d'eux, c'est un outil pour parler de soi »
Projection	L.26-27 : « comment ils le vivent, de se projeter comme ça » L.30-31 : « Pour les personnes qui arrivent à se projeter c'est assez significatifs. » L.63 : qu'ils doivent parler d'eux, se projeter. »
Introspection de l'ergo	L.36-42 : « Le lien entre ma personnalité et l'ergo c'est que moi j'aime bien pouvoir prendre des chemins de traverse pour pouvoir exprimer des choses. J'aime bien le côté métaphorique, la symbolique. Par rapport à ma personnalité, peut être aussi, je réfléchis en parlant, c'est que ce n'est pas trop dirigé, c'est assez cadré mais cela laisse la possibilité à la personne de s'exprimer librement avec sa personnalité, qu'il sache dessiner ou non. Ce n'est pas restricteur, il y a une souplesse, le côté autoévaluation, ce ne sont pas des questions fermées, il n'y a pas de questions d'ailleurs, c'est peut être cela qui pourrait refléter ma personnalité. » L.55-56 : « J'ai trouvé cela intéressant de me dire « ah ça je trouvais que c'était dure et en fait quand je le représente ça ne l'est pas tant que ça ».
Patient acteur	L.44-45 : « il s'approprie complètement, il est plus acteur, il décide »
Outil adaptable	L.57 : « Je trouve cela intéressant qu'il y ait une certaine souplesse dans la passation, que ce soit adaptable » L.68 : [outil adaptable] « Oui, par le rapport à la nature »
Lien avec la culture	L.68-69 : « Comme l'arbre, l'arbre généalogique, les racines, c'est quelque chose qui parle dans beaucoup de culture » L.70 : « A Bruxelles on a beaucoup de personnes de cultures différentes et ça leur parle. »
Outil qui facilite la communication	L.69-70 : « le rapport à la nature facilite les échanges, ça parle aux gens »
ANALYSE THEMATIQUE VERTICALE E3	
Ce qu'on apprend du patient	L.1-2 : « on apprend déjà tout simplement tout ce qui est obstacle, son histoire de vie, c'est le principe même du modèle Kawa avec le lit de la rivière » L.20-21 : « Il va parler effectivement de ses difficultés sans sa vie de tous les jours, puis des choses plus intimes avec son historique personnel, sa famille » L.23 : « Donc oui voilà des choses plus intimes » L.31-33 : « Donc oui on en apprend, cela relève de l'intime, de sphères très personnelles, aussi bien la religion, tout est pris en compte. Mais cela dépend de ce que la personne veut dire, c'est aussi ça le frein. Les personnes retracent leur histoire. »
Relation ergo/patient	L.2-3 : « C'est propre à chaque personne, ça dépend de ce qu'ils veulent nous livrer, s'ils se sentent en confiance » L.26-27 : « Et comme notre métier n'est pas identifié la dessus, il peut y avoir des réticences au début. Il faut qu'un certain lien de confiance soit établi »
Manière de travailler de l'ergo	L.3-4 : « Moi en générale je ne le fais pas passer en toute première séance lorsque je ne connais pas la personne. »
Médiation	L15-16 : « Et le fait d'imager c'est très concret, c'est parlant, en équipe on peut discuter sans qu'on dise que ce soit des projections, des interprétations »
Introspection de l'ergo	L.16-17 : « Mais par contre c'est vrai qu'au début j'ai du mal, cela prend quand même du temps à faire passer car la parole se libère au fur et à mesure. » L.43 : « moi il m'a beaucoup parlé car j'étais attiré par la culture nipponne. » L.45-47 : « Je me suis assez bien identifiée à ce modèle, je l'ai trouvé très parlant. Pour moi, si je devais dessiner ma rivière, je pense que cela pourrait facilement s'imaginer, je me projette peut-être bien dans ce type de bilan. » L.52 : « En tant qu'ergothérapeute je suis très médiateur dessin » L.67-69 : « Pour l'instant j'ai plus de mal avec les soins palliatifs mais je pense que c'est plutôt moi qui ait du mal à le proposer, parce que je me doute bien d'où ils vont se placer sur la rivière et je ne sais pas encore trop quoi leur dire »

	L.94-95 : « Moi je suis plus dans l'observation habituellement mais malheureusement c'est très subjectif »
Intérêt pour le modèle	L.26 : « c'est très intéressant »
Introspection du patient/ prise de conscience	L.23-24 : « des secrets de famille parfois lourds, qui se retrouvent dans le dessin comme des obstacles qu'ils arrivent à identifier. »
Posture de l'ergo	L.35-36 : « Je reste neutre, j'écoute, je fais de la reformulation avec de l'écoute active. C'est vraiment du soutien psychologique plus que du suivi psychologique »
Verbalisation	L.51-52 : « si elle a du mal à verbaliser cela peut déjà être une amorce. »
Subjectivité	L.53 : « là c'est plus subjectif, et on peut plus ou moins insister sur certains points. »
Aide à la communication	L.56-57 : « quand c'est trop douloureux les patients ont du mal à en parler et là ils peuvent en parler mais de façon discrète du coup »
Valeurs du modèle	L.58 : « Cela respecte la personne, cela ne la brusque pas. » L.81 : « on ne peut pas brusquer la personne »
Aspect culturel	L.63-64 : « Et puis finalement le kawa c'est pour tout niveau culturel confondu, ce qui n'est pas souvent le cas, on a souvent des étalonnages, là il n'y a pas besoin d'avoir un bac +5 pour faire la rivière. » L.66 : « Oui voilà, cela s'adresse à tous types de population »
Passation longue	L.82 : « cela prend du temps, on ne peut pas mettre un chronomètre, sinon ce ne sera pas complet ce ne sera pas intéressant »
Objectif du kawa pour l'ergo	L.83-88 : « Je m'en sers quand il y a un besoin. Avec ces personnes hospitalisées ou institutionnalisées depuis longtemps on ne peut pas dire que c'est du bilan initial, mais pour réévaluer la situation, pour retrouver des projets, redonner une ligne directrice au projet d'accompagnement, et voir ce qui est possible de faire plutôt que de laisser les personnes végéter. C'est aussi une façon de remettre en question l'accompagnement. Voir si finalement on a répondu aux attentes, voir s'il y a d'autres choses à faire, voir si tout a été dit. »
Outil qui aide à la clarification	L.91 : « c'est une clarté, une possibilité de poser les choses et d'échanger avec les autres professionnels »

Annexe 12 : liste des thèmes abordés

Outil qui aide à la clarification	Objectif du Kawa pour l'ergothérapeute	Passation longue	Aspect culturel	Valeurs du modèle
Aide à la communication	Subjectivité	Verbalisation	Posture professionnelle	Introspection/ prise de conscience du patient
Intérêt de l'ergothérapeute pour le modèle	Introspection de l'ergothérapeute	Projection	Relation thérapeutique	Ce qu'on apprend du patient
Outil adaptable	Patient acteur	Cadre sécurisant	Médiateur	Temporalité
Systémie	Empathie	Remise en question de l'ergothérapeute	Création	Clarification
Respect de la personne	Symbolisation	Vision globale	Élément Signifiant	Ce qu'on comprend du patient

Annexe 13: Analyse thématique, compétence culturelle :

Lecture des entretiens : conscience culturelle ; connaissances culturelles ; habiletés culturelles.

E1 : Je le pratique depuis 6 ans, je pense. C'est une stagiaire qui me l'avait présenté, parce que je ne l'ai pas eu au cours de mes études. J'ai commencé à l'utiliser autant avec des patients psychotiques que névrosés. J'ai trouvé que c'était une super métaphore hyper accessible, peu importe la pathologie, les capacités d'élaboration. J'ai trouvé que c'était assez simple au niveau de la compréhension de la métaphore. Ce que je trouve intéressant, c'est que la personne se replace en tant qu'acteur, le fait de raconter son histoire. C'est elle qui priorise ce qu'elle veut mettre, des fois elle oublie des choses, elle revient, c'est intéressant de voir ce qu'elle met en premier. Contrairement à un entretien ou on parle d'une période donnée, ou c'est très séquencé, très linéaire, là c'est un ensemble, donc c'est vraiment une globalité, on ne morcelle pas. Peut-être plus pour les personnes névrosées, ce qui est vraiment intéressant, pour elle, c'est qu'elle-même voit leur propre fonctionnement. Elles ont leur parcours de vie sur un même support, sur une grande feuille, elles voient les répétitions, les choses qui se sont répétées, les impasses qui reviennent. Je trouve que ça en dit beaucoup surtout au niveau du fonctionnement. Cela éclaire la personne sur elle-même, on redonne la partie « analyse » au patient. Elle réinterprète aussi, elle a face à elle sa propre rivière avec ces virages qui reviennent, qui se répètent, il y a une prise de conscience intéressante. Moi j'ai trouvé aussi, surtout chez les personnes névrosées et états limites qu'il y avait des choses de l'ordre du non-dit qui pouvait apparaître, se symboliser. Moi j'ai beaucoup de personnes qui ont mis des mots sur des choses qui étaient inavouables, pas possible à dire, souvent de l'ordre des attouchements sexuels. Elles symbolisent, c'est présent, ça leur permet après de les faire exister, un peu dans la règle des 3 I, l'impensable qui est innommable et indicible. Là du coup on repart dans l'autre sens, on le fait apparaître, il existe, il a pris une part dans son histoire, et du coup à un moment on vient y mettre un titre, des mots. Je ne sais pas trop si je réponds à votre question ?

C : Oui oui, c'est très intéressant, je vous écoute.

E1 : Je dis comme ça me vient. Je me suis beaucoup attachée à ce modèle parce que je trouvais que c'était...(hésitation) dans un côté beaucoup moins intrusif où la personne est libre. On ne fait pas apparaître tous les virages, il y en a qui passent à la trappe, il y en a qui peuvent revenir. La personne est moins intrusée je trouve. Cela part d'elle, de ce qu'elle y met, on peut prendre le temps, de mettre un titre, de passer par le dessin, de mettre de la couleur. Je trouve qu'au niveau de la temporalité, de reprendre le temps, et de remettre dans l'ordre. Pour des personnes confuses, qui ne savent plus, de l'ordre de la psychose ou du traumatisme, elles ne savent plus quand cela s'est passé, mais rien que le fait de replacer les événements les uns par rapport aux autres, cela redonne de la temporalité. Je trouve que cela permet d'enlever un peu de confusion. Je me suis vu le faire avec des personnes qui me racontaient leur histoire, avec qui je me perdais, j'avais besoin de prendre des notes. Et passer par là finalement cela évite de prendre des notes, car ce n'est pas toujours agréable pour les patients. Et si moi j'étais perdue c'est certainement qu'eux aussi était perdus, confus. Et je trouve que kawa redonne cette temporalité et le découlement qu'il peut y avoir. Même s'ils n'ont pas les années, les âges, le fait de savoir que tel événement a eu lieu après celui-là ou avant, cela leur redonne, qu'est ce qui s'est passé, ce qui en a découlé, quel est ce fonctionnement. Au-delà d'avoir tous les éléments de vie de la personne, cela permet de comprendre comment cela a pu s'enchaîner.

C : Quand vous disiez des fois vous vous sentiez perdu, besoin de retrouver le fil, le kawa vous aide peut être à mieux cerner et comprendre l'histoire de vie de la personne et ce qui en découle en fait ?

E1 : Oui c'est ça. La rivière c'est le fil conducteur, on suit la rivière, on suit la personne, cela permet de voir les choses qui n'apparaissent pas, ou **qu'on a eu un peu verbalement** et de **questionner sur pourquoi elles n'apparaissent pas**. C'est vraiment un support où après on peut développer plein d'autres choses sur kawa lui-même et puis même à côté, ça peut donner des pistes pour travailler. **Cela permet de voir où est la problématique**. Des fois cela permet soit de démarrer un suivi, soit quand on a pas mal d'éléments ensuite...(hésitation) oui parce que des fois pour certains il faut une relation de confiance, ça dépend des personnes, ce n'est pas toujours évident de partir directement sur un parcours de vie de suite. Le kawa n'apparaît pas forcément dans une première rencontre mais c'est quand même facile de l'y amener parce que...(hésitation) ce qui est intéressant, à la fois pour les psychotiques de passer par un support, par un média, parce que **c'est une métaphore qui est simple, donc accessible**, et à la fois pour les personnes qui conscientisent tout, qui parle beaucoup, qui intellectualisent tout, qui veulent donner du sens, cela ramène à quelque chose plus de leur structure, de leur fonctionnement. **C'est pas mal aussi des fois de limiter la parole quand elle est submergée de sens**. Les personnes qui ont eu un grand suivi psychiatrique, qui ont un discours plaqué, cela les ramène à quelque chose de plus personnel pour le coup, de revenir à une représentation plus symbolique.

C : Le côté symbolique aide à entrer en relation ?

E1 : Oui oui...Je réfléchis en même temps...Oui parce que c'est facile d'accès, des fois cela les déroute parce que c'est une autre manière de faire, c'est un espace de création. **Il y en a souvent qui me disent elle n'est pas très belle ma rivière quand je vois ce que j'y ai mis, ou d'autres : elle est pas mal, je voudrais qu'elle soit belle**. Au final on se met à parler d'une rivière alors qu'on est en train de parler de leur histoire. **C'est intéressant ce décalage, le fait de pouvoir parler de soi face à ce dessin qui les représente**. Cela replace l'ergothérapie dans ce côté très créatif. **On amène les patients sur un côté assez onirique au final pour accéder à quelque chose de plus inconscient, de plus transitionnel, et je trouve qu'on est vraiment dans cet espace transitionnel**. **Ils parlent d'eux alors qu'ils parlent d'une rivière, on ne sait plus de quoi parle, mais je pense qu'ils sont toujours au centre, ils sont toujours là**. Cela les aide à se décaler, à regarder leur parcours. **Le côté symbolique à un moment doit être facilitant, cela les calme**. **On parle moins de soi directement. C'est comme quand on passe par un objet pour parler de soi, le côté projectif. C'est plus facile pour eux de parler de cette rivière plutôt que de leur vie directement**. **Je trouve que cela aide à l'introspection**. Contrairement à l'anamnèse qui peut être menée, où il va y avoir plusieurs entretiens, chaque moment de vie, de l'enfance, la scolarité, l'adolescence, la vie professionnelle. Là on a tout en un, **on a une vue globale de soi, des grandes choses, et je trouve que oui ça les aide à prendre conscience de leur évolution**. Je travaille aussi avec des détenus. A la fin on a souvent l'arrivée en détention, l'impasse qui amène au passage à l'acte, qui amène en détention. **On retrouve souvent les mêmes impasses qui ont déjà eu lieu avant. Cette prise de conscience de voir qu'il y a une histoire de vie dans l'enfance, dans l'adolescence, des choses qui se mettent en place et qui donnent du sens là où j'en suis aujourd'hui**. Cette introspection aussi c'est parce que si la personne a 40 ans, elle a 40 années sur une feuille devant elle. Et il n'y a pas tous les éléments, mais cela aide un peu à avoir une vue plus globale, plus à distance des grandes choses qui ont pu se mettre en place, se dérouler. Je trouve que c'est un super modèle.

C : Et plus personnellement, que vous apporte le modèle kawa et qu'est-ce qu'il reflète de votre personnalité quand vous l'utilisez ?

E1 : **J'aime bien parce que c'est tout en image et je trouve que c'est plus facile de les amener sur ma pratique, comment je travaille. Le fait qu'il n'y ait pas de danger. On est là pour travailler ensemble, je ne travaille pas pour**

eux, ils ne travaillent pas pour moi, on travaille ensemble. Après ce côté très...(hésitation) la possibilité de parler d'autre chose tout en parlant d'eux, toute cette métaphore qu'on peut reprendre, des choses qui peuvent comprendre... C'est ma manière de faire passer des messages moins directs. J'aime bien ce côté créatif parce que kawa on peut se l'aménager, se l'adapter. J'ai jamais fait de conférence avec son auteur donc je ne sais pas exactement comment lui le fait dans les moindres détails, mais je trouve que c'est vraiment facile de se l'approprier. Je pense que ça reflète mon côté créatif en tant que personne et en tant qu'ergothérapeute aussi. C'est un métier où on s'invente des dispositifs, on se sert de certain, on les améliore on les aménage. Cela apporte cette liberté, on peut parler en image, ce côté onirique, rêverie, mais où en même temps on pose pleins de choses. Je pense qu'on est un métier de la triangulation, passer par l'objet, le support. Je pense que des fois cela est nécessaire d'être un peu plus frontal, mais d'autres fois on peut aller trop vite pour la personne, être trop intrusif, elle n'est peut-être pas prête. Se rendre compte qu'on rencontre une personne à un instant t, puis ce n'était peut-être pas le bon moment, et une autre fois ça ira. C'est important de ne pas aller trop vite. Et donc cela est moins intrusif car la personne a le temps de changer, de gommer.

C : Cela permet d'accueillir les propos de la personne à son rythme ?

E1 : Oui, tout à fait. Je pense que les défenses que peuvent avoir les personnes, peuvent lâcher parce qu'on parle d'une rivière et pas de leur vie, et parce que la personne décide de ce qu'elle inscrit. C'est elle qui décide de ce qu'elle inscrit. Après on peut questionner les absences mais en tout cas cela se crée petit à petit. C'est ce qui les rend vraiment actrices.

C : Par rapport à la relation de confiance dont vous parliez, est ce que c'est un outil qui vous aide à l'établir ?

E1 : Oui parce qu'encore une fois on lui laisse le temps, on y va moins d'emblée, moins directement. Elle dépose ce qu'elle a envie, elle n'est pas obligée de titrer. Des fois des personnes disent là il y a quelque chose mais je ne peux pas le nommer. Bah ok, on ne le nomme pas mais cela existe. Et à un moment elle se sent suffisamment sûre pour le faire. Souvent les psychiatres demandent qu'on fasse un kawa parce que c'est bloqué, c'est compliqué, ils me disent « vois si tu peux cheminer ». J'aime bien ce terme de cheminement, lorsque la personne est un peu réticente. Des fois c'est l'indication, lorsqu'il y a pas mal de méfiance. Cela crée quelque chose parce que souvent avec ce modèle cela passe, cela se dessine.

C : Je sens que vous vous adapter en permanence ?

E1 : Oui, chaque personne est différente, certaines ne veulent pas dessiner, c'est très variable. Des fois je dessine pour eux. J'explique le concept, si ça leur parle s'ils comprennent, cette idée de flux, de la vie, des obstacles. Et puis après, si tout n'est pas respecté : il y en a qui ne mettent pas de montagne (leur origine), cela permet de discuter après. A la fois discuter de ce qu'elle est, des choses qui sont inscrites, ou sur comment ça a été fait, il y a beaucoup de ratures des fois. Cela apporte des éléments sur la manière dont cela s'est construit, les attitudes que la personne a eues. Tout est à prendre en compte dans cette construction. C'est ça qui est intéressant, au-delà des éléments de vie, cela donne des éléments sur la personnalité, le côté organisé, ou pas, obsessionnel, méticuleux, les détails ou pas. Cela apporte énormément de chose, et puis tout ce que la personne peut verbaliser en même temps, que ce soit lié à l'événement en lui-même ou à pourquoi j'ai fait ça, là cela représente ça, là je me suis sentie étouffée...

C : J'aimerais rebondir sur la notion d'espace de sécurité ?

E1 : En première intention quand je rencontre la personne, je ne fais pas ça en premier car je pense que la rivière serait pauvre. Si je fais kawa d'emblée, cela fait comme tous les autres professionnels, où à la première rencontre

avec le psychiatre, l'infirmier on fait l'état des lieux, on a les éléments, c'est un peu rapide. On ne peut pas déposer des choses si on n'est pas sûr. En première intention je travaille avec le dessin de l'arbre, projectif aussi, qui permet de parler d'eux de manière détournée, et en général ils sont surpris, ils aiment ça. Ils découvrent que par le dessin on peut parler de soi. Et ensuite on fait le kawa, cela peut se faire en une ou plusieurs séances, il ne faut pas mettre la pression, on a le temps d'en discuter. Dans tous les cas ça répond à l'idée de notre formation de base, où on nous rappelle qu'on prend en charge les personnes dans leur globalité. On démarre avec la représentation des montagnes et des parents, on arrive jusqu'à aujourd'hui. On ne différencie pas, comme avec les lignes de vies sociales, familiales, que font mes collègues infirmiers, dans lesquelles il y a des cassures, là avec le kawa on a un ensemble au niveau systémique. On ne sépare pas la personne du professionnel du mari de la femme du parent, tout est représenté sur cet ensemble. Cela reprend aussi les origines, c'est intéressant car ça permet de ne rien oublier, même au niveau de l'histoire familiale. Cela redonne une vue globale de l'individu. Je suis assez branchée systémique car je trouve que cela correspond à notre formation, la globalité de la personne, avec tous ses environnements, et je trouve que kawa c'est ça, ça reprend tout l'environnement, tout le contexte, des origines à l'instant présent. Dans tous les cas cela me permet de garder cet aspect global de la personne, ne pas parler du passage à l'acte uniquement, on ne réduit pas la personne, c'est même tout le contraire.

C : Oui donc cela permet une certaine ouverture, finalement... ?

E1 : Oui le kawa ouvre sur d'autres choses, sur ce qu'on peut aller approfondir. Je ne me retrouvais pas dans les autres modèles qui rentrent dans des cases, ces modèles comme wood, où je n'arrivais pas à me retrouver, je trouvais que cela ne correspondait pas du tout à la psychiatrie, même si certains les utilisent. Cela ne me parle pas trop les questionnaires, où on va parler du travail, de la famille, tout est cloisonné je n'y arrive pas, je ne m'y retrouve pas. Et quand la stagiaire m'a présenté kawa cela m'a intéressé, je les ai laissés faire au début, puis je me suis dit que c'était vraiment intéressant, cela ne cloisonne pas, cela correspondait plus à ma manière de voir le patient dans sa globalité et du coup c'était possible pour moi de le faire.

C : Cela vous a plus parlé, cela a peut-être fait écho à ce qui est important pour vous ?

E1 : Oui tout à fait, surtout l'aspect où on ne cloisonne pas la personne dans des catégories, c'est vraiment une vue globale sans rien oublier. En fait c'est le principe même de l'empathie : apprendre à comprendre l'autre en fonction de ses propres références à lui, en fonction de ce qu'il a vécu, cela revient à reprendre son contexte et ce qui en découle. Du coup je trouve cela compliqué de cloisonner. L'empathie c'est revenir sur le système entier pour arriver à comprendre cette personne avec toutes ses valeurs, son histoire, pour moi c'est assez logique. Si on veut être empathique on prend tout ce qui a autour. C'est un modèle oriental qui n'a pas du tout la même manière de vivre que nous, qui place la communauté au centre alors que nous c'est l'individu. Je me suis dit cela ne va du tout coller avec notre manière de faire, alors qu'en fait non. Finalement cela replace l'individu dans son contexte avec tous ses systèmes autour, et au final cela nous apporte certainement plus que de se focaliser sur l'individu seul en oubliant tout ce qui a autour. Donc c'est complètement adapté.

C : Adapté... ?

E1 : Adapté au fait d'avoir tous les éléments autour, sentimentaux, personnels, tout ce qui gravite autour avec la personne au centre. C'est exactement ce qu'il nous faut pour comprendre la personne et là où elle en est aujourd'hui.

C : Quand vous dites replacer la personne au centre... ?

E1 : Oui, c'est pour cela que je disais que je trouve que la personne redevient actrice et la relation de confiance part de là car on laisse la personne faire, on la laisse dessiner, on la laisse poser ce qu'elle veut, l'analyser, **on aide un peu en questionnant**, mais elle a ce premier aperçu seule, elle se rend compte seule des répétitions, de ce qu'elle a marqué ou non, c'est presque juste lui offrir l'outil pour dire « vous avez des ressources », on va aller les chercher, c'est vous qui les posez. On pense souvent aux événements négatifs et traumatiques de notre histoire, j'insiste souvent en disant « pensez aussi à mettre les événements positifs, les personnes ressources, les événements agréables », cela servira aussi après. On ne va pas traiter que de ce qui est noir, on ne va pas marquer que ce qui est honteux on se saisit aussi de ce qui est agréable, positif. C'est ça prendre en charge la personne dans sa globalité, ne pas la réduire, et c'est lui permettre de voir qu'il n'y a pas que des choses négatives, on l'espère en tout cas, ce n'est pas toujours le cas. Dans tous les cas elle est actrice, elle en fait sa propre analyse. Déjà, qu'elle est votre impression, qu'est-ce que vous en pensez, comment est votre rivière ? Ce n'est pas le thérapeute qui analyse. **On est là pour travailler ensemble, c'est un suivi ce n'est pas une prise en charge.**

C : *La notion de travailler ensemble, d'être dans l'accompagnement... ?*

E1 : Oui tout à fait vraiment, et puis c'est ce qu'il fait que la personne décide qu'on avance ensemble, elle donne sa confiance et elle se met au travail, car des fois cela peut être douloureux ce travail pour soi, mais vous être au travail et vous êtes en train d'avancer. C'est important car la relation de soin c'est souvent un peu infantilisant, le fait d'être dans cette relation d'aide. Et là, c'est une autre manière de proposer le soin. Cela médiate pas mal, **pour ceux qui ont du mal à échanger, à verbaliser, c'est un support de base, on triangulise, cela donne un support, un intermédiaire, c'est facilitant. C'est ce qui fait qu'on est une forme de thérapie différente, de faciliter la communication quand elle devient compliquée. Je pense aussi que des fois, on se focalise trop sur ce qu'il ne va pas aujourd'hui**, et le kawa permet de revenir un peu en arrière et de comprendre ce qui a pu faire qu'on en est là aujourd'hui. **Cela m'aide à connaître le patient, avant qu'il ait pu se passer quoi que ce soit**, et cela lui permet de voir certaine chose qu'il n'avait pas forcément vue. **Cela permet de parler de choses dont on n'aurait pas forcément parler.** Toujours dans cette idée de ne rien oublier, le positif comme le négatif. Je trouve que vos questions sont très pertinentes et permettent de parler plus en profondeur, **car ce modèle j'avais l'impression de l'avoir vu sous toutes ses coutures et en fait il y a beaucoup à dire.** Je trouve que c'est un super outil, même dans d'autres domaines, comme en soins palliatifs par exemple. **On peut l'adapter partout, c'est ce qui est étonnant, il n'est pas cloisonné.** C'est un bel outil et j'ai l'impression que de plus en plus d'ergothérapeutes l'utilisent. C'est en train de se développer et je suis très contente. **Cela permet de comprendre la personne**, et puis de dresser des objectifs avec la personne, puisque c'est elle qui repère, c'est de l'alliance thérapeutique, le travail à deux. **Et puis on apprend à connaître la personne mais elle apprend aussi à se connaître elle-même.**

Entretien 2 :

Lecture des entretiens : **conscience culturelle** ; **connaissances culturelles** ; **habiletés culturelles**.

E2 : Je vais vous expliquer dans quel contexte je l'ai utilisé : je travaille dans un hôpital de jour psychiatrique. On utilise des médias avec des personnes qui ont des problématiques communes. On ne fait pas d'individuel, que du groupe et c'est dans ce contexte là qu'on a tenté le modèle kawa. C'était dans l'idée de faire non pas une autoévaluation, fin si, permettre de faire une autoévaluation et aussi de définir les objectifs. **Ce qui est intéressant c'est qu'on apprenait d'eux comment ils se représentaient leur vie. Le fait de dessiner la rivière, c'était une manière de voir où ils se percevaient dans leur cheminement de vie. Cela nous apprenait à voir si le patient était dans la**

capacité d'abstraction ou pas, et sa capacité à symboliser les choses. On l'a pas mal utilisé avec des personnes qui ont plus de 60 ans, qui sont en deuil, que ce soit de proches de conjoints, de vie professionnelle. C'est une approche intéressante parce que cela permet de voir ce qui s'est figé dans le temps pour eux. Des fois il y a un événement traumatisant, marquant et des fois cela fige des choses. Cela donne des informations sur leur rapport au temps, comment ils peuvent se projeter dans l'avenir, comment ils sont bloqués dans le passé. S'ils font l'étalage de choses positives ou négatives, cela permet de verbaliser ces choses-là. Cela nous donnait pas mal d'informations à ce niveau-là, sur le rapport au temps, où est ce qu'ils se situent dans leur vie, est ce qu'ils arrivent à être dans le présent, est ce qu'ils imaginent leur futur. Des fois verbaliser c'est compliqué pour eux et le fait de le représenter en schéma c'est beaucoup plus marquant. Cela permet de concorder leur discours ou de le confronter quand on mesure un écart entre ce qu'ils disent et ce qu'ils dessinent. Alors on leur demande s'ils ont compris la consigne et si oui on les questionne un peu sur les écarts entre leur discours et leur dessin. Il y a des gens qui vont mieux exprimer certaines choses grâce au média.

C : Vous disiez que vous l'utilisiez en groupe. Qu'implique cette modalité ?

E : on travaille beaucoup le côté intime, chacun est libre de dire ce qu'il veut, c'est dans un cadre très précis, dans le non jugement, de la confidentialité, du respect de l'autre et en général avant que les gens verbalisent leur modèle kawa ils doivent se sentir en sécurité. Même si on explique à tout le monde en même temps, on ne va pas faire verbaliser à quelqu'un qui est arrivé la semaine dernière par exemple, il faut qu'il soit en confiance. Ce qui est intéressant c'est de voir eux comment ils le vivent, de se projeter comme ça. En général c'est tout le travail, qu'ils puissent livrer une certaine partie intime, qu'ils parlent d'eux. Kawa ou pas on leur demande de faire une ligne de vie, des fois on va parler de leur cercle relationnel, donc on les fait parler d'eux. Ce sont des groupes psychothérapeutiques avec de la verbalisation. Ce sont des personnes qui doivent avoir une certaine capacité d'abstraction. Pour les personnes qui arrivent à se projeter c'est assez significatifs.

C : Et plus personnellement, que vous apporterez le modèle KAWA, est ce qu'il reflète de votre personnalité ?

E : euh...qu'est-ce qu'il reflète de ma personnalité...bonne question...Moi je le vois plutôt au niveau de mon identité. Ce qui m'a le plus plu c'est que je voulais un outil ergo dans notre service pluridisciplinaire. Le lien entre ma personnalité et l'ergo c'est que moi j'aime bien pouvoir prendre des chemins de traverse pour pouvoir exprimer des choses. J'aime bien le côté métaphorique, la symbolique. Par rapport à ma personnalité, peut être aussi, je réfléchis en parlant, c'est que ce n'est pas trop dirigé, c'est assez cadré mais cela laisse la possibilité à la personne de s'exprimer librement avec sa personnalité, qu'il sache dessiner ou non. Ce n'est pas restricteur, il y a une souplesse, le côté autoévaluation, ce ne sont pas des questions fermées, il n'y a pas de questions d'ailleurs, c'est peut être cela qui pourrait refléter ma personnalité.

C : Vous avez le sentiment que la personne accède peut-être plus facilement ...

E2 : Oui tout à fait et puis il s'approprie l'outil. On est là pour le guider, le soutenir, mais il s'approprie complètement, il est plus acteur, il décide. On peut mettre des problèmes, on peut les quantifier sans que ce soit mesurable avec des statistiques, des preuves, des trucs scientifiques, et en même temps c'est parlant. C'est sécurisant pour le patient car il ne se sent pas juger. Nous ça nous apprend des choses, mais c'est surtout pour lui que cela va être un outil. C'est cela qui m'a parlé. Cela laisse une trace aussi. Ce qui est intéressant c'est de faire la rivière en début et en fin de séjour. Cela ne marche pas pour tous, mais pour certains, on voit vraiment la différence entre les deux coupes. Ils se rendent compte de l'évolution, du changement de leur perception sur leur situation.

C : Et si en tant qu'ergothérapeute on se prêter au jeu de dessiner sa rivière ?

E2 : Quel que soit l'outil, c'est intéressant de le faire avant de le proposer.

C : Et qu'est-ce que vous avez ressenti quand vous avez fait votre rivière ?

E2 : J'ai trouvé cela intéressant de me dire « ah ça je trouvais que c'était dure et en fait quand je le représente ça ne l'est pas tant que ça ». Cela permet de décaler, entre la pensée et la symbolisation. Je trouve cela intéressant qu'il y ait une certaine souplesse dans la passation, que ce soit adaptable. On insiste sur le fait qu'il n'y a pas de risque, que c'est intéressant de se prêter au jeu. Ils parlent d'eux, c'est un outil pour parler de soi, parce que juste comme ça autour d'une table les gens ne savent pas trop quoi dire d'eux. Cela enclenche un processus thérapeutique.

C : Et par rapport à un autre média ? Il y a une différence ?

E2 : Oui il y a une différence parce que c'est clairement dit au départ qu'ils doivent parler d'eux, se projeter. Un collage ils vont finir par parler d'eux mais eux dans leur tête ils ne s'en rendent pas forcément compte. Le modèle kawa dit clairement qu'ils vont raconter des éléments de leur vie, plus précisément, c'est plus dirigé. Ok on utilise la symbolique mais c'est beaucoup plus conscient qu'avec d'autres médias.

C : vous disiez que c'est un outil adaptable. Vous pensez qu'il s'adapte facilement à toutes personnes ?

E2 : Oui, par le rapport à la nature. Comme l'arbre, l'arbre généalogique, les racines, c'est quelque chose qui parle dans beaucoup de culture, donc je pense que le rapport à la nature facilite les échanges, ça parle aux gens. A Bruxelles on a beaucoup de personnes de cultures différentes et ça leur parle.

C : J'aimerais rebondir sur le fait que vous ayez choisi le modèle kawa. Pourquoi en particulier ce modèle et pas un autre ?

E : Parce que le côté du dessin, de la métaphore, parce que c'était une auto évaluation, sans l'utiliser forcément comme une évaluation. Le but ce n'est pas d'évaluer le patient mais de fournir un outil au patient.

Entretien 3 :

Lecture des entretiens : conscience culturelle ; connaissances culturelles ; habiletés culturelles.

E3 : Ce que j'apprends du patient... on apprend déjà tout simplement tout ce qui est obstacle, son histoire de vie, c'est le principe même du modèle Kawa avec le lit de la rivière. C'est propre à chaque personne, ça dépend de ce qu'ils veulent nous livrer, s'ils se sentent en confiance. Moi en générale je ne le fais pas passer en toute première séance lorsque je ne connais pas la personne. Parce que pour moi le moment critique c'est lorsqu'on travaille cette coupe et qu'on détermine à quel endroit elle est sur le fleuve. Si elle est en amont vers la source ou si elle est déjà vers la mer. Cela peut devenir compliqué quand on évoque des fins de vie, donc forcément ce n'est pas dans un premier temps que je l'utilise. Je ne sais pas si je réponds à votre question ?

C : oui tout à fait, l'idée en fait est de recueillir votre témoignage. Quand vous utilisez ce modèle, quels éléments de la personne vous recueillez ?

E3 : Au début ils ont souvent du mal à comprendre ce qui est demandé, et pourquoi. C'est un modèle qui n'est pas de chez nous à la base, qui est asiatique. Ils n'ont pas l'habitude de cet exercice. En fonction des tranches d'âges ils n'ont pas l'habitude de verbaliser sur leur expérience. Puis on n'est pas psychologue, donc le temps qu'ils comprennent que l'ergothérapeute ce n'est pas que les aides techniques c'est aussi du psychique. Et le fait d'imager c'est très concret, c'est parlant, en équipe on peut discuter sans qu'on dise que ce soit des projections, des

interprétations. Mais par contre c'est vrai qu'au début j'ai du mal, cela prend quand même du temps à faire passer car la parole se libère au fur et à mesure.

C : Et quand elle se libère du coup...

E3 : Il va parler effectivement de ses difficultés sans sa vie de tous les jours, puis des choses plus intimes avec son historique personnel, sa famille. Un patient m'avait parlé de ses désirs d'enfants qu'il n'avait pas pu avoir car il était handicapé depuis longtemps et c'est compliqué de trouver une partenaire. Donc oui voilà des choses plus intimes. Des fois aussi il y a des frères décédés, des secrets de famille parfois lourds, qui se retrouvent dans le dessin comme des obstacles qu'ils arrivent à identifier.

C : Donc cela permet une certaine verbalisation ?

E3 : Oui c'est ça. Donc c'est très intéressant. Et comme notre métier n'est pas identifié la dessus, il peut y avoir des réticences au début. Il faut qu'un certain lien de confiance soit établi. Et ensuite cela prend du temps, minimum une heure par séance, en verbalisant au fur et à mesure.

C : Vous parliez de leur famille tout à l'heure...

E3 : Oui, effectivement. J'avais un monsieur d'origine nord-africaine, il était homosexuel et n'avait jamais pu en parler à sa famille. Donc oui on en apprend, cela relève de l'intime, de sphères très personnelles, aussi bien la religion, tout est pris en compte. Mais cela dépend de ce que la personne veut dire, c'est aussi ça le frein. Les personnes retracent leur histoire.

C : Quelle posture vous adaptez ?

E3 : Je reste neutre, j'écoute, je fais de la reformulation avec de l'écoute active. C'est vraiment du soutien psychologique plus que du suivi psychologique. Le but c'est quand même de recentrer sur les difficultés au quotidien pour après pouvoir travailler sur ces difficultés, voir ce que l'on peut mettre en place.

C : Et à quelles difficultés vous seriez plus sensible en tant qu'ergothérapeute ?

E3 : Je me dirigeais plus facilement sur tout ce qui était aide-technique, après si vraiment il y avait des composantes familiales, traumatiques trop importantes je redirigeais la personne vers des collègues.

C : Et plus personnellement, que vous apporte ce modèle, qu'est-ce qu'il reflète de votre personnalité ?

E3 : Alors...moi il m'a beaucoup parlé car j'étais attiré par la culture nipponne. J'avais insisté à la conférence de M. Iwama, qui était intervenu à Créteil il y a deux ou trois ans. C'était très intéressant et puis c'est un personnage à lui-même, il apporte un univers. Je me suis assez bien identifiée à ce modèle, je l'ai trouvé très parlant. Pour moi, si je devais dessiner ma rivière, je pense que cela pourrait facilement s'imaginer, je me projette peut-être bien dans ce type de bilan.

C : Vous arrivez à identifier pourquoi ?

E3 : Ce côté très imagé, et en même temps poétique, on peut montrer certaines difficultés, sans non plus...comment dire...c'est compliqué à expliquer...déjà on n'est pas obligé de verbaliser tout le temps, on peut à la limite juste laisser la personne dessiner, si elle a du mal à verbaliser cela peut déjà être une amorce. En tant qu'ergothérapeute je suis très médiateur dessin, je trouve que cela fait un tiers parce que dans des bilans plus classiques on est un peu limité, là c'est plus subjectif, et on peut plus ou moins insister sur certains points.

C : Vous vous retrouvez dans le côté subjectif...

E3 : Oui, la subjectivité mais aussi ce côté de ne pas trop insister, quand c'est trop douloureux les patients ont du mal à en parler et là ils peuvent en parler mais de façon discrète du coup, de manière simple. Cela respecte la personne, cela ne la brusque pas.

C : *Je rebondis sur la culture Nippone, vous pouvez m'en dire plus ?*

E3 : oui cela fait très longtemps que j'étudie un peu cette culture, cela m'a rapproché du kawa. Cela reflète tout à fait la mentalité japonaise très poétique et très chaste. C'est-à-dire qu'on se livre sans jamais vraiment se livrer parce que certaines choses sont un peu honteuses, il y a tout un protocole. Et puis finalement le kawa c'est pour tout niveau culturel confondu, ce qui n'est pas souvent le cas, on a souvent des étalonnages, là il n'y a pas besoin d'avoir un bac +5 pour faire la rivière.

C : *Par niveau culturel vous entendez niveau scolaire c'est ça ?*

E3 : Oui voilà, cela s'adresse à tous types de population. Je me vois bien l'utiliser avec des enfants aussi, je ne pense pas qu'il y ait trop de soucis. Pour l'instant j'ai plus de mal avec les soins palliatifs mais je pense que c'est plutôt moi qui ait du mal à le proposer, parce que je me doute bien d'où ils vont se placer sur la rivière et je ne sais pas encore trop quoi leur dire. Peut-être faire un kawa modifié...je ne sais pas...je n'ai pas encore trop d'idées là-dessus. Je l'ai fait essentiellement en MAS spécialisée SEP et cela marchait plutôt pas mal.

C : *Vous pensez que c'est lié à quoi ?*

E3 : La population s'y prêtait, ils étaient en demande d'échange. Puis c'est un lieu de vie donc on a le temps d'apprendre à les connaître, de discuter, de passer des tests plus longs. Il y a cette omniprésence des difficultés au quotidien qu'ils essaient de régler, qui s'amoncellent depuis un certain temps. Ce sont des troubles qui évoluent depuis au moins 20 ans donc on se rend compte qu'il y a beaucoup de facteurs sociaux derrière. C'est une maladie assez complexe donc c'est vrai que toutes les dimensions sont assez bien représentées, physique, moteur, psychique, donc ils identifient les obstacles, il y a de quoi faire. Et ils arrivent encore à verbaliser. Puisque quand on n'a pas ses mains ou quand on ne peut pas verbaliser cela devient un peu compliqué.

Je l'utilisais comme modèle bilan et c'est long car on ne peut pas brusquer la personne, cela prend du temps, on ne peut pas mettre un chronomètre, sinon ce ne sera pas complet ce ne sera pas intéressant. Je m'en sers quand il y a un besoin. Avec ces personnes hospitalisées ou institutionnalisées depuis longtemps on ne peut pas dire que c'est du bilan initial, mais pour réévaluer la situation, pour retrouver des projets, redonner une ligne directrice au projet d'accompagnement, et voir ce qui est possible de faire plutôt que de laisser les personnes végéter. C'est aussi une façon de remettre en question l'accompagnement. Voir si finalement on a répondu aux attentes, voir s'il y a d'autres choses à faire, voir si tout a été dit.

C : *tout à l'heure je vous demandais d'un point de vue personnel ce que pouvait vous apporter ce modèle, et d'un point de vue professionnel du coup ?*

E3 : c'est une clarté, une possibilité de poser les choses et d'échanger avec les autres professionnels. C'est vrai que malheureusement on est souvent obligé de justifier notre activité et cela permet d'avoir une image qui peut facilement être lue par tout le monde sans trop d'interprétation. D'un point de vue perso et pro ce serait d'acté les choses ; Moi je suis plus dans l'observation habituellement mais malheureusement c'est très subjectif, tout le monde n'a pas la même vision et dans un staff il faut parfois amener des éléments concrets compréhensibles par tout le monde.

Résumé

Description : La culture fait partie de l'essence même d'une personne. Elle influence nos actes, nos relations et nos occupations. Les compétences des ergothérapeutes en matière de culture sont mentionnées dans la littérature et en pratique. Celles-ci peuvent être vues à travers le filtre de modèles conceptuels et étudiées en termes de compétence culturelle. **But :** Cette recherche étudie comment l'utilisation du modèle Kawa par l'ergothérapeute participe à la mobilisation de sa compétence culturelle. **Méthode :** Suivant une méthode de recherche clinique, des entretiens ont été menés auprès de trois ergothérapeutes utilisant le modèle Kawa. Deux analyses, inductive et thématique, ont été utilisées pour traiter les données. **Résultats :** Lorsque les ergothérapeutes utilisent le modèle Kawa, leur compétence culturelle se manifeste. Elle leur permet d'adapter leur intervention en fonction du patient, et d'adopter une posture professionnelle respectueuse et empathique. **Conclusion :** Les ergothérapeutes doivent ajuster en permanence leur pratique pour fournir des soins culturellement adaptés à tous contextes et toutes personnes.

Mots clés : Ergothérapie – Compétence culturelle – Modèle Kawa – Interculturalité

Summary

Description: Culture is part of the essence of a person. It influences our actions, our relationships and our occupations. The skills of occupational therapists in culture are mentioned in the literature and in practice. These can be seen through conceptual models and studied through cultural competence. **Purpose:** This research investigates how the occupational therapist's use of the Kawa model contributes to the mobilization of cultural competence. **Methods:** Following a clinical research method, interviews were conducted with three occupational therapists using the Kawa model. Two inductive and thematic analyses were used to process the data. **Results:** When occupational therapists use the Kawa model, their cultural competence emerges. It allows them to adapt their intervention according to the patient, and to adopt a respectful and empathetic professional posture. **Conclusion:** Occupational therapists must continually adjust their practice to provide culturally appropriate care for all context and all people.

Key words : Occupational Therapist – Cultural Competence – Kawa Model – Intercultural