ESSAI PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M.Sc.)

PAR
CAMILLE TOUSIGNANT

LES STRATÉGIES POUVANT ÊTRE MISES EN PLACE PAR LES ERGOTHÉRAPEUTES POUR ACTUALISER UNE PRATIQUE CULTURELLEMENT COMPÉTENTE

DÉCEMBRE 2024

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

Remerciements

Merci au peuple sénégalais et à la communauté atikamekw de Manawan pour votre chaleureux accueil et la transmission de votre savoir. Vous avez donné du sens à ce projet.

Merci à mes précieuses amies et votre support constant, vous m'avez donné l'énergie nécessaire pour rendre ce travail à terme.

Une mention spéciale à mes collègues. Ça a été un réel privilège d'évoluer à vos côtés durant les 4 dernières années. Merci pour les précieux souvenirs et la richesse de nos échanges. L'ergothérapie de demain, c'est vous, c'est nous et c'est beau et grand.

Je termine en remerciant chaleureusement Joanie Maclure, la directrice de cet essai ainsi que Marie Goulet qui a effectué la révision externe pour vos mots toujours justes et d'avoir cru en moi.

Table des matières

1. Introduction 6

2. Problématique 8

2.1 Compétence culturelle 13

2.3 Pertinence sociale, question et objectif de recherche 14

3. Cadre conceptuel 16

3.1 *ACT Cultural model* 16

3.1.1 Activer la conscience 17

3.1.2 Relations connectées 18

3.1.3 Transformation vers une véritable prise en charge culturelle 18

3.2 Justification du choix du modèle conceptuel 19

4. Méthode 21

4.1 Devis de recherche 21

4.2 Identifier la question de recherche 22

4.4 Cartographier les données 26

4.5 Collecter, résumer et rapporter les résultats 26

5. Résultats 28

5.1 Analyse descriptive 28

5.2 Analyse thématique 29

5.2.1 Activer la conscience 29

5.2.1.1 Comprendre la culture et son influence 31

5.2.1.2 Rendre disponible du matériel et des opportunités d'apprentissage liés à la pratique auprès d'une communauté culturellement différente de la sienne 33

5.2.2 Connecter les relations 35

5.2.2.1 Établir une relation thérapeutique avec le client et sa famille 36

5.2.3 Transformation vers une véritable prise en charge culturelle 39

5.2.3.1 Approches et attitudes spécifiques à favoriser 43

5.2.3.2 Utiliser des stratégies communicationnelles 44

5.3.2.3 S'engager dans l'élaboration d'objectifs communs 46

5.3.2.4 Adapter la pratique et les recommandations pour s'ajuster à la situation du client et de sa famille 47

5.3.2.6 Aider le client à comprendre le contexte de soins et le processus thérapeutique 49

6. Discussion **51**

6.1 Retour sur la question de recherche et les objectifs de recherche 51

6.2 Pratiques culturellement compétentes ou simplement compétentes ? ... 51

6.2.1 La pratique axée sur les relations collaboratives 52

6.2.2 La pratique axée sur les relations collaboratives et la communication 53

6.2.3 Le contexte de pratique actuel 55

6.3 Implications et recommandations pour la pratique 57

6.4 Forces et limites de cette recherche 58

7. Conclusion **60**

8. Références **62**

9. Annexe **65**

Liste des tableaux et des figures

Tableau 1 Vocabulaire libre utilisé dans les bases de données 23
Tableau 2 Vocabulaire contrôlé utilisé sur les bases de données 24
Tableau 3 Analyse descriptive des articles sélectionnés..... 28
Tableau 4 Actualiser une pratique culturellement compétente par l'activation de sa conscience 29
Tableau 5 Actualiser une pratique culturellement compétente via des relations connectées. 35
Tableau 6 Actualiser une pratique culturellement compétente grâce à une transformation vers une véritable prise en charge culturelle 40
Figure 1 Act Cultural Model 17
Figure 2 Schématisation de la sélection des articles scientifiques 25

Résumé

Problématique : Depuis peu dans la pratique en ergothérapie, la diversité culturelle s'avère être un sujet d'intérêt puisque son influence sur les occupations est maintenant bien reconnue. La diversité culturelle ne fait pas exclusivement référence à des différences ethniques, mais également aux différences de genre, de religion, ou d'orientation sexuelle pour ne nommer que celles-là. Les ergothérapeutes doivent donc actualiser des compétences leur permettant de s'adapter à l'exposition de cette diversité afin d'offrir des soins culturellement sécuritaires. **Objectif** : Afin d'outiller les ergothérapeutes et les futurs ergothérapeutes à connaitre les pratiques actuellement utilisées en matière de compétence culturelle, ce projet vise à recueillir et synthétiser les pratiques mises en place en ergothérapie. **Cadre conceptuel** : Pour y parvenir, ce projet de recherche a été guidé par le *ACT Cultural Model* qui a permis de classifier les stratégies identifiées dans la littérature. **Méthodologie** : En vue d'atteindre l'objectif de la recherche, la méthode sélectionnée est celle proposée par Arksey et O'Malley (2005). Cette dernière a été utilisée afin d'identifier des articles à partir de quatre bases de données différentes abordant l'ergothérapie et la compétence culturelle ainsi que ses concepts apparentés. Enfin, les données recueillies ont été classées selon le modèle conceptuel à la suite d'une analyse thématique (Thomas, 2006). **Résultats** : 17 articles ont été retenus et 10 thématiques ont été générées à l'intérieur des 3 catégories du modèle conceptuel. Ces thématiques abordent la compréhension de l'influence de la culture et l'importance de rendre disponibles des opportunités d'apprentissage. Elles soulignent également l'importance de la relation thérapeutique avec le client et d'agir en tant qu'équipe de soins. Les articles retenus suggèrent également un ensemble d'approches et de stratégies communicationnelles favorisant la collaboration avec le client et sa famille. Enfin, les résultats soulignent l'importance d'adapter les pratiques et les recommandations ainsi que de soutenir le client dans la compréhension des difficultés et du processus thérapeutique. **Discussion** : Malgré la littérature suggérant un ensemble de stratégies, ces dernières dépeignent davantage une pratique compétente et influencée par les valeurs du Nord global plutôt qu'une pratique culturellement compétente. En effet, l'approche axée sur les relations collaboratives permet de croire qu'il est possible pour les ergothérapeutes d'aller au-delà de ces stratégies. Cependant, le contexte actuel dans lequel œuvrent les ergothérapeutes limite la possibilité d'adopter une posture d'humilité culturelle. **Conclusion** : Cet examen de la portée offre donc une réflexion critique sur les pratiques actuelles en ergothérapie en matière de compétence culturelle et le contexte actuel dans le but de faire la promotion d'une pratique qui permet des soins culturellement sécuritaires.

Abstract[1]

Background: Cultural diversity has recently become a significant area of interest in occupational therapy practice due to its recognized impact on occupations. Cultural diversity encompasses not only ethnic differences but also variations in gender, religion, ability, and sexual orientation, among others. Occupational therapists must develop skills to adapt to this diversity and provide culturally safe care. **Objective:** This project aims to collect and synthesize current occupational therapy practices related to cultural competence to equip therapists and future practitioners with relevant knowledge. **Conceptual Framework:** This research is guided by an adaptation of the ACT Cultural Model, which serves to classify strategies identified in the literature. **Methods:** Arksey and O'Malley's (2005) scoping review method was used to identify relevant articles from four databases on occupational therapy and cultural competence, as well as related concepts. The collected data were categorized based on the conceptual model and analyzed thematically (Thomas, 2006). **Results:** Seventeen articles were included, generating ten themes within the three categories of the conceptual model. These themes address the importance of understanding culture's influence, creating learning opportunities, emphasizing the therapeutic relationship, and promoting teamwork. The findings also suggest a range of communication strategies to enhance collaboration with clients and their families, highlight the need to adapt practices and recommendations, and support clients in understanding challenges and the therapeutic process. **Discussion:** Although the literature outlines several strategies, these tend to reflect globally dominant Northern values rather than genuine cultural competence. While collaborative approaches show promise, the current practice context limits occupational therapists' ability to adopt a culturally humble stance. **Conclusion:** This scoping review provides a critical reflection on current practices in occupational therapy to promote culturally safe care.

GIA [1] Traduction réalisée par une intelligence artificielle (ChatGPT)

1. Introduction

Il existe de nombreux éléments qui influencent la santé. En effet, selon le cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants, l'état de santé globale, physique, mentale et psychosociale des individus est influencé par le contexte global, les politiques publiques, le milieu de vie et les caractéristiques individuelles (gouvernement du Québec, 2010). Plus précisément, le contexte global comprend le contexte social et culturel d'une personne. Le contexte culturel inclut notamment les normes, les valeurs prédominantes, les pratiques religieuses ainsi que la diversité culturelle, la situation linguistique, les préjugés et la discrimination (gouvernement du Québec, 2010). Au Canada lors du recensement de 2021, ce sont 450 origines ethniques ou culturelles qui ont été déclarées (Statistiques Canada, 2022).

Actuellement au Canada, il existe un lien étroit entre les déterminants sociaux de la santé et les iniquités en santé. En effet, des déterminants distaux, intermédiaires et proximaux contribuent à ces iniquités (Trentham et al., 2022). Par exemple, le statut économique, le système de santé et les oppressions systémiques font partie de ces déterminants et peuvent accentuer les iniquités en matière de santé. Les ergothérapeutes œuvrent dans ce contexte sociopolitique et sont de plus en plus conscients de la présence de ces iniquités et des facteurs sociaux et contextuels qui influencent la présence de ces iniquités sur le plan de la santé (Trentham et al., 2022). Les autochtones, les personnes racisées, les personnes expérimentant une situation de handicap et les groupes marginalisés sont les plus touchés par les politiques néolibérales et la tendance dominante à l'individualisation dans le domaine de la santé. En effet, les tendances dominantes en matière de santé mettent de l'avant l'idée que la santé et la maladie résultent uniquement de la responsabilité individuelle et qu'elles se règlent par l'accès à des soins médicaux spécialisés (Trentham et al., 2022). Compte tenu de leur posture et de leur vision holistique, les ergothérapeutes sont sollicités pour participer à l'examen des pratiques, des modèles et des politiques organisationnelles dans le but de rétablir le déséquilibre lié aux iniquités en santé (Trentham et al., 2022).

De ces faits, il importe de documenter les pratiques mises en place afin d'assurer une pratique culturellement sécuritaire afin de diminuer la présence de ces iniquités. C'est pourquoi ce projet de recherche s'intéresse aux stratégies actuellement mises en place par les ergothérapeutes pour actualiser une pratique culturellement compétente. L'objectif de ce projet de recherche est donc de recueillir et de synthétiser les stratégies recensées dans la littérature en lien avec l'actualisation d'une pratique culturellement compétente.

Les différents chapitres de cet essai permettront de rendre compte du processus de réalisation de ce projet de recherche. D'abord, l'état de la situation concernant la compétence culturelle sera présenté afin de mettre en lumière l'importance de s'y intéresser. Par la suite, le cadre conceptuel sélectionné sera présenté et permettra de définir les concepts clés de ce dernier. Puis, le chapitre s'intéressant à la méthodologie permettra de détailler les étapes requises permettant de répondre à la question et l'objectif de recherche. Les chapitres suivants porteront sur les résultats et la discussion critique de ces derniers. Une conclusion permettra de clore et de souligner les points notables de cet examen de la portée.

2. Problématique

Selon la Fédération mondiale des ergothérapeutes (World Federation of occupational Therapists [WFOT], s.d.), l'ergothérapie est une profession de la santé qui vise à promouvoir la santé par le biais de l'occupation. L'ergothérapie soutient le caractère fondamental des occupations en fondant la profession sur des hypothèses que la vie humaine est constituée d'un réseau complexe et interconnecté d'occupations et que ce dernier influence la santé et le bien-être (Laliberté et al., 2022). Plus précisément, le caractère fondamental des occupations en ergothérapie a été renforcé par la reconnaissance de leur contribution sur le plan de l'inclusion et de l'identité personnelle et sociale (Laliberté et al., 2022). C'est ce qui a permis de mener aux approches centrées sur l'habilitation de l'occupation. Cette approche se voit toutefois critiquée dans la littérature actuelle puisqu'elle s'appuie sur des concepts traduisant une vision du Nord global (Laliberté et al., 2022). On utilise le terme Nord global pour désigner l'ensemble du système de valeurs et de pensées dominant présent dans l'ensemble des « systèmes économiques, politiques, scientifiques, éducatifs, coloniaux, biomédicaux et autres » (Laliberté et al., 2022, p.16) étant perçu comme universel. Le Nord global se caractérise par des valeurs d'individualisme, de rationalité scientifique objective et la domination de l'homme sur la nature (Laliberté et al., 2022) ce qui s'observe d'ailleurs dans la perspective individualiste des approches centrées sur l'occupation (Dickie et al., 2011). En effet, ces approches définissent l'occupation comme l'expérience d'un seul individu dans un contexte donné s'intéressant peu au contexte global (social, physique et culturel) de l'occupation qui, quant à lui, offre une compréhension plus élargie de l'occupation (Dickie et al., 2011). Ces visions individualistes perpétuent la colonialité qui se définit comme le maintien de la supériorité du Nord global dans les relations de pouvoir causant la marginalisation et de l'oppression sur le plan du savoir, du savoir-faire et du savoir-être étant jugés inférieurs (Laliberté et al., 2022). Cependant, depuis le début du siècle, la communauté scientifique en ergothérapie et en science de l'occupation s'intéresse à l'occupation de façon à comprendre et lutter contre cette colonialité et développer de nouvelles perspectives ergothérapiques. En ce sens, la recherche d'une définition

consensuelle de l'occupation est actuellement critiquée dans la littérature (Laliberté et al., 2022). D'une part, certains soutiennent l'importance d'obtenir une définition de l'occupation pour soutenir le caractère unique de la profession, générer des connaissances et améliorer la compréhension du public. En contrepartie, certains soulèvent la complexité du concept par ces nombreuses influences telles que le temps et la culture et soutiennent qu'il n'est pas possible de recourir qu'à une seule et unique définition de l'occupation (Laliberté et al., 2022).

Les critiques actuelles de la perspective individualiste de l'occupation ont mené à une conceptualisation générale s'intéressant aux contextes sociaux, politiques, culturels et économiques. En effet, la littérature reconnaît davantage le caractère relationnel et politique de l'occupation. Plus précisément, reconnaître la nature relationnelle des occupations permet de s'intéresser aux influences humaines, non humaines ainsi que leur interrelation sur le plan de l'occupation (Laliberté et al., 2022). Autrement dit, les occupations naissent grâce à la relation qu'entretiennent les individus entre eux et leur environnement physique, économique, politique, social et culturel. Ainsi, les occupations, par leur caractère relationnel, permettent de coordonner et de répondre à des situations. D'autre part, reconnaître la nature politique des occupations permet de souligner l'influence des relations de pouvoir sur l'occupation et la perpétuation d'injustices. Ainsi, Laliberté Rudman (2010) propose le concept de possibilité occupationnelle qui tient compte de la nature relationnelle et politique des occupations. Les possibilités occupationnelles sont donc les comportements possibles, accessibles et promus dans un contexte sociopolitique donné. Ainsi, les concepts fondamentaux de l'ergothérapie se basent sur la science de l'occupation, la conceptualisation générale de l'occupation et la réflexivité critique continue (Jasmin, 2019 ; Laliberté et al., 2022).

L'ergothérapie se caractérise par une vision holistique, intégrant toutes les dimensions de la personne (affectives, cognitives, physiques, spirituelles) (Townsend et Polatajko, 2013). Actuellement dans la pratique, les ergothérapeutes utilisent une approche

systémique, qui prend en compte les multiples systèmes et facteurs influençant ces interactions, c'est-à-dire tant les facteurs physiques, sociaux, culturels et institutionnels (Townsend et Polatajko, 2013). Cette approche permet une analyse approfondie des besoins occupationnels en considérant l'ensemble des caractéristiques individuelles, environnementales et occupationnelles (Jasmin, 2019). Certains éléments sont plus tangibles, comme les facteurs physiques, par exemple. Il est donc plus facile de remarquer leur influence ou l'impact d'un changement sur ces derniers. Cependant, certains éléments, comme les facteurs sociaux et culturels sont plus implicites et demandent une plus grande attention des ergothérapeutes pour reconnaître leur influence sur le contexte (Carrier, 2019).

Plus particulièrement, en raison de leur caractère implicite, les éléments culturels peuvent être définis différemment selon les modèles conceptuels utilisés. Pour la même raison, il est possible que certains ergothérapeutes trouvent difficile d'aborder ces éléments du contexte. Les éléments culturels ne se rapportent pas uniquement aux caractéristiques de l'ethnicité, mais également à l'ensemble des aspects de la diversité (Beaglan, 2015). Plus précisément, la diversité fait référence aux différences humaines propres à une structure sociale spécifique pouvant causer des inégalités de pouvoir comme le genre, l'âge, la religion, l'orientation sexuelle ou la capacité pour ne nommer que celles-là (Beaglan, 2015). Autrement dit, la culture et la diversité partagent des aspects communs comme celui de ne pas seulement se définir par l'ethnie.

Il importe d'abord de définir la culture dans son sens large pour mieux comprendre son influence sur les différents facteurs par la suite. Il n'existe pas de consensus absolu sur la définition de la culture, cependant il est possible de la définir « comme étant un système symbolique partagé par les membres d'une collectivité distincte, qui comprend un réseau dynamique d'éléments comme les symboles, les normes, les valeurs, les croyances, les productions, les savoirs, les savoir-faire et les savoir-être » (Jasmin, 2019 p.56). Autrement dit, l'ensemble de ces éléments acquis par un processus d'enculturation ou de socialisation englobe des façons distinctives de ressentir, de penser et d'agir propres à un groupe ou à

une société (Guimond, 2010 ; Rocher, 2012). De façon visuelle, il est possible de représenter la culture par un iceberg. La partie à l'extérieur de l'eau et ainsi visible par tous, représente les éléments observables de la culture. Cela comprend un ensemble de comportements, de traditions et de productions artistiques. La partie immergée dans l'eau de l'iceberg représente l'habitus, c'est-à-dire « la dimension inconsciente de la culture. Il s'agit de l'ensemble des manières de ressentir, de penser et d'agir intériorisées inconsciemment par l'individu au cours de la socialisation » (Denis, 2013 ; Fortier et Pizarro Noël, 2018 cités dans Jasmin, 2019 p.58). Plus précisément, la culture comporte six grandes caractéristiques soit : le partage d'élément et d'habitudes entre les membres de la communauté, l'enracinement et l'expression dans la vie quotidienne, la stabilité dans le temps, les changements qu'elle apporte ou qui lui sont apportée, l'interdépendance des différents éléments culturels et l'acquisition de la culture par l'apprentissage social (Cuche, 2016 ; Denis, 2013 ; Haviland et al., 2013). Ainsi le réseau symbolique, dynamique et interactif que constitue la culture influence la personne, son environnement et ses occupations. Afin d'habiliter à l'occupation, de favoriser l'engagement occupationnel et d'adopter une pratique centrée sur la personne et l'occupation, il importe de s'intéresser à l'ensemble de ces éléments de la culture pour comprendre comment les occupations sont culturellement déterminées (Jasmin, 2019).

Ce n'est qu'en 1990, lors du congrès de la Fédération mondiale des ergothérapeutes que les premières discussions sur la culture et son influence en ergothérapie ont été entendues. Cependant, il aura fallu attendre 19 ans pour que la fédération élabore un document sur les principes directeurs sur la diversité et la culture en ergothérapie. Plus précisément, ce document a pour objectif d'encourager les ergothérapeutes du monde entier à intégrer la culture et la diversité dans leur pratique quotidienne, leurs enseignements et leurs recherches (WFOT, 2009). Les principes directeurs encouragent à dialoguer et à valoriser la culture et la diversité pour répondre aux besoins de chacun, contribuant ainsi à la création d'une société inclusive (WFOT, 2009). Par la suite, l'Association canadienne des

ergothérapeutes développe une position en 2011 abordant la sécurité culturelle. En effet, cette dernière stipule que la profession s'engage dans une pratique culturellement sécuritaire par la collaboration avec toutes les personnes, les membres ou les groupes associés pour s'assurer de la compréhension adéquate des occupations signifiantes. Plus encore, cet engagement soutient l'atteinte de la santé, du bien-être et de la justice en intégrant le concept de sécurité culturelle à la profession (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 2011). Enfin, la prise de position la plus récente de l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE), l'Association canadienne des programmes universitaires en ergothérapie (ACPUE), l'Association canadienne des organismes de réglementation en ergothérapie (ACORE) et la Fondation canadienne d'ergothérapie (2024) concerne l'équité et la justice. En effet, cette dernière soutient l'engagement de la profession vers une approche intersectionnelle et la prise de responsabilité sociale en matière d'équité et de justice auprès, et non exclusivement, des groupes marginalisés. Le document propose six éléments pour la responsabilité sociale et des recommandations pour la mise en place de cet engagement dans la pratique. Notamment, il est possible d'y retrouver des recommandations pour la pratique tant pour les personnes étudiantes en ergothérapie, les ergothérapeutes, les assistants en ergothérapie ou les ergothérapeutes occupant un poste de gestionnaire ou de leadership officiel. À titre d'exemple, ces recommandations encouragent la cocréation avec et pour des prestataires de services s'identifiant comme membres d'un groupe sous-représentés afin de soutenir le développement des capacités et amplifier leur voix et promeuvent le développement d'une culture organisationnelle soutenant les initiatives en matière d'équité. Les pratiques sensibles culturellement font partie du discours de la profession depuis un long moment déjà et cette dernière reconnaît l'impact de la culture sur son centre d'intérêt, soit les occupations. Les prises de position montrent également que la profession reconnaît sa propre culture et les iniquités qu'elle peut engendrer.

2.1 Compétence culturelle

Actuellement, l'approche la plus utilisée par les professionnels de la santé pour aborder la diversité est la compétence culturelle. Les termes sensibilité culturelle, conscience culturelle, réceptivité culturelle et compétence transculturelle sont étroitement liés et parfois même confondus (Haltiwanger, 2010 ; Kirsh et al., 2006 ; Lindsay et al., 2014 ; Muñoz, 2007 ; Trentham et al., 2007). La définition de la compétence culturelle n'est pas absolue, certains auteurs spécifient des attitudes générales à adopter alors que d'autres suggèrent une liste exhaustive d'habiletés requises chez le professionnel pour considérer les besoins d'une personne dans un contexte socioculturel donné (Lynch et Hanson, 2011). Cependant, de manière générale, la compétence culturelle se définit comme un ensemble de composantes cognitives, affectives et comportementales qui permettent de comprendre et d'apprécier les différences dans les croyances et les comportements en lien avec la santé. Les professionnels culturellement compétents reconnaissent et respectent ces différences selon les différents groupes culturels. De ce fait, ils arrivent à ajuster leur pratique pour offrir des interventions efficaces pour des personnes issues d'une variété de cultures. (Balcazar et al., 2009 ; Muñoz, 2007). Bien que le terme compétence réfère à l'atteinte d'un stade ou d'une norme, les auteurs s'intéressant à la compétence culturelle précisent qu'il s'agit davantage d'un processus d'apprentissage continu plutôt qu'une finalité en soi (Black et Wells, 2007 ; Kinébanian et Stomph, 2009 ; Muñoz, 2007). Cependant, le concept se voit actuellement être critiqué pour différentes raisons : soit les nombreuses conceptualisations qui rendent difficile l'applicabilité en sciences sociales. En effet, la compétence culturelle soutient l'importance de l'acquisition de savoirs théoriques alors que les approches modernes valorisent davantage le savoir expérientiel du client (Johnson et Munch, 2009). De plus les critiques soutiennent l'impossibilité d'être compétent dans une autre culture en raison du caractère fluide et unique de chaque culture (Dean, 2001 ; Johnson et Munch, 2009 ; Saunder et al., 2015). En ce sens, les critiques de la compétence culturelle et la littérature actuelle tendent vers l'humilité culturelle, qui se caractérise par la reconnaissance de deux points de vue égaux dans une relation donnée, l'humilité de ne pas

tout connaître et la curiosité d'aller vers l'autre. L'humilité culturelle se caractérise par son processus d'autocritique et réflexif (Beagan et al., 2015). Malgré les critiques de la compétence culturelle, cette dernière reste la plus établie, familière et mesurable pour les professionnels de la santé à l'heure actuelle (Beagan et al., 2015).

2.3 Pertinence sociale, question et objectif de recherche

Enfin, « la compétence culturelle est liée à la compétence éthique, car les professionnels peu outillés sur le plan de la culture contribuent aux iniquités en santé et occasionnent de l'insécurité culturelle chez les clients qui appartiennent à des cultures distinctes de la leur » (Drolet et Goulet, 2017 citées dans Drolet et al., 2019). De plus, une revue de la littérature réalisée en 2015 par Beagan soulève le manque de littérature s'intéressant à la compétence culturelle dans un autre contexte que celui en lien avec la diversité ethnique. Cette auteure ajoute également que peu d'étude s'intéresse à la perception des clients ou des thérapeutes issus de communautés culturellement minoritaires (Beagan, 2015).

Ainsi, bien que la culture soit un souci dans les fondements de la profession et que les organismes qui régissent la profession émettent des prises des positions (ACE, 2011 ; ACE et al., 2024), il existe tout de même un manque dans la littérature concernant la compétence culturelle dans un autre contexte que la diversité ethnique (Beagan, 2015). De ces faits émerge l'importance de s'intéresser aux stratégies proposées par la littérature pour agir de façon culturellement compétente lorsque l'on œuvre comme professionnel de la santé. Ce projet de recherche consiste donc en une revue de la portée qui synthétise les écrits disponibles et qui permet de répondre à la question suivante : quelles sont les stratégies pouvant être mises en place par les ergothérapeutes pour actualiser une pratique culturellement compétente ? L'objectif de ce projet de recherche consiste donc à recueillir puis synthétiser les pratiques actuelles en ergothérapie en lien avec la compétence culturelle afin d'outiller les ergothérapeutes et les futurs ergothérapeutes à adopter les meilleures

pratiques possibles en ce qui concerne la compétence culturelle. Ce projet permettra également de poser un regard critique sur les résultats en regard du contexte de pratique actuel, des exigences de la profession et de l'évolution du concept de compétence culturelle en ergothérapie.

3. Cadre conceptuel

Ce chapitre présente un modèle conceptuel pertinent à l'analyse et la compréhension du phénomène à l'étude. Plus spécifiquement, dans le cadre de cette revue de la portée, le *ACT Cultural Model* est celui sélectionné pour soutenir la classification des stratégies identifiées dans les articles sélectionnés. Les concepts clés de ce dernier seront présentés.

3.1 *ACT Cultural model*

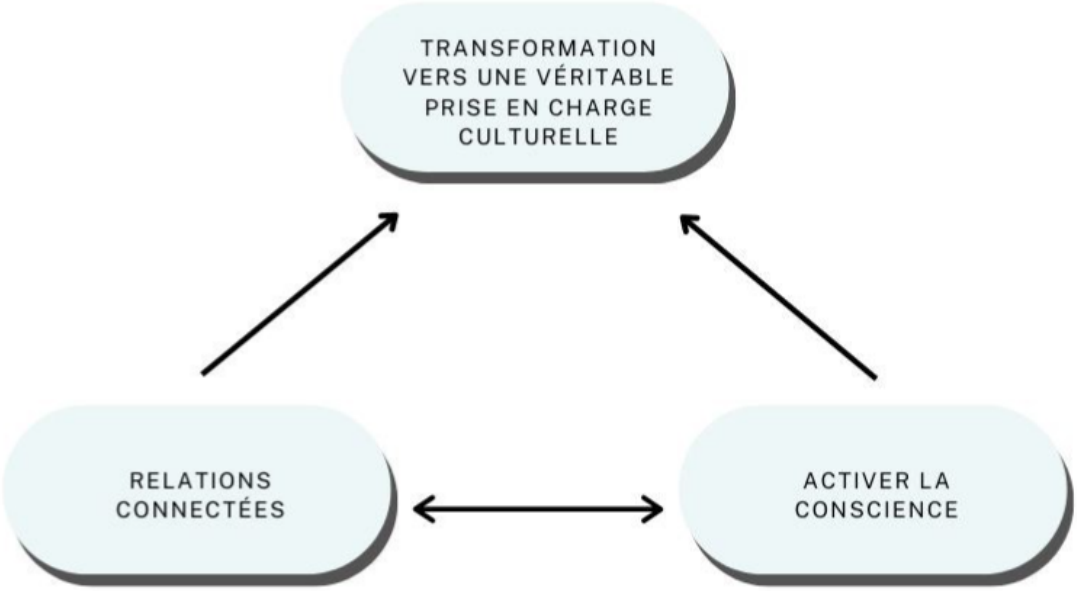
Le *ACT Cultural Model* est issu d'une méta-ethnographie sur les cadres théoriques et les modèles de compétence culturelle dans le monde médical et des soins de santé (Li et al., 2023). Ce modèle a vu le jour afin de supporter la formation des futurs professionnels de la santé. En effet, les auteurs ont eu le souci de faire émerger des thèmes et des concepts d'action qui peuvent être incorporés dans la formation clinique et dans le développement éducatif. Ainsi, les personnes appliquant ce cadre peuvent aspirer à mettre en place davantage de pratiques culturellement compétentes, et ce, dans l'ensemble de leurs rencontres (Li et al., 2023). D'un point de vue théorique, la modélisation du *ACT Cultural Model* est représentée par trois grandes catégories comprenant chacune des sous-catégories. Dans le cadre de cette revue de la portée, ce seront seulement les trois grandes catégories qui seront utilisées, c'est-à-dire activer la conscience[2], les relations connectées[2] et la transformation vers une véritable prise en charge culturelle[2]. Cette décision s'appuie sur le point de vue de Miles et ses collaborateurs (2003) qui suggèrent d'utiliser un cadre conceptuel moins structuré afin d'être plus sensible au caractère individuel des résultats générés. Ce choix permet de maintenir le processus inductif et d'être le plus près possible du contenu généré par les articles sélectionnés. Pour ce faire, les sous-catégories du modèle ont été retirées dans le but d'être remplacées par les thématiques obtenues à partir d'une analyse thématique. La figure 1 montre le *ACT Cultural Model* en concordance avec les éléments nommés plus haut.

---

[2]Traduction libre réalisée par l'auteure à partir des textes originaux.

Figure 1

ACT Cultural Model (Li et al., 2023)



3.1.1 Activer la conscience

Tout d'abord, la première catégorie du modèle comprend les stratégies permettant l'activation de la conscience. Selon la plupart des auteurs des articles sélectionnés dans la méta-ethnographie, l'obtention de connaissances, l'augmentation de la sensibilité et l'accroissement de la sensibilisation sont des points essentiels à l'amorce du développement de la compétence culturelle. Ces derniers précisent que les professionnels doivent reconnaître le caractère fluide et dynamique de la culture et être sensibles et vigilants face aux idées fixes, aux fausses croyances et aux stéréotypes qu'ils peuvent eux-mêmes avoir. La catégorie activer sa conscience permet de mettre en lumière des stratégies permettant d'augmenter la sensibilité des professionnels et d'éviter des comportements pouvant être nocifs pour des personnes appartenant à une culture différente de celle du thérapeute (Li et al., 2023).

3.1.2 Relations connectées

Ensuite, la seconde catégorie du modèle s'intéresse aux stratégies permettant l'établissement de relations significatives. En effet, selon les auteurs du modèle, pour agir de façon culturellement compétente, il n'importe pas seulement d'activer sa conscience et d'accroître sa sensibilité, il est également essentiel que l'ensemble des parties prenantes dans la relation établissent un lien de confiance significatif (Li et al., 2023). Plus précisément, cette relation de confiance doit être présente au niveau personnel, c'est-à-dire qu'un lien thérapeutique significatif doit être présent entre le thérapeute et le client, mais également sa famille dans la mesure où ces derniers jouent un rôle dans le processus de soins. À plus grande échelle, cette catégorie comprend également les stratégies permettant la mise en place d'une relation de confiance entre le thérapeute et la collectivité auprès de laquelle il intervient. Finalement, les auteurs soulignent l'importance de la collaboration interprofessionnelle et de l'établissement d'un lien de confiance entre tous les membres de l'équipe lorsque l'on souhaite offrir des soins culturellement compétents. En effet, une confiance mutuelle, un respect des limites professionnelles et personnelles et la reconnaissance des forces de chacun favorisent la collaboration, un élément clé pour offrir des soins équitables et culturellement compétents (Li e al., 2023).

3.1.3 Transformation vers une véritable prise en charge culturelle

Enfin, la dernière catégorie du modèle comprend les stratégies permettant une prise en charge culturellement compétente. En effet, les auteurs du modèle précisent que cette catégorie correspond aux pratiques résultant de l'activation de la conscience et de la présence de relations connectées (Li et al., 2023). Ils ajoutent que les stratégies dans cette catégorie reconnaissent la présence de barrières organisationnelles causant la marginalisation et accentuant l'injustice sociale (Li et al., 2023). Cette catégorie regroupe donc un ensemble d'habiletés et d'engagements professionnels pouvant être mis en place par les professionnels de la santé pour surpasser ces barrières. Par exemple, les stratégies dans cette catégorie vont au-delà de reconnaître les différences culturelles. Cette catégorie

propose plutôt des façons d'adresser le partage non équivalent du pouvoir en regard du contexte social, politique et historique.

3.2 Justification du choix du modèle conceptuel

Plusieurs raisons justifient le choix de ce cadre conceptuel. D'abord, ce modèle a été sélectionné pour la rigueur scientifique qui a soutenu son développement. Plus précisément, la méta-ethnographie permet de combiner un ensemble de résultats afin d'en faire ressortir les points communs et les points divergents tout en tenant compte du contexte social et d'en évaluer les effets (Fortin et Gagnon, 2022). Comme les recherches de type ethnographiques se caractérisent par leur intérêt pour la culture et la compréhension des facteurs contextuels (Fortin et Gagnon, 2022), ce modèle conceptuel démontre une sensibilité à l'influence de la culture sur les pratiques culturellement compétentes. Cet élément est essentiel pour l'analyse et l'interprétation des données de ce projet qui porte sur les stratégies pouvant être mises en place par les ergothérapeutes pour actualiser une pratique culturellement compétente. De plus, les catégories du modèle sont interreliées sans toutefois s'entrecroiser. Cela permet donc de brosser un portrait d'ensemble des stratégies répertoriées dans la littérature. De ce portrait, il sera possible de soulever les éléments communs et divergents entre les différentes stratégies répertoriées dans les catégories du modèle. Dans le même ordre d'idées, ce modèle conceptuel a été sélectionné puisque les concepts de ce dernier sont axés sur la mobilisation d'actions concrètes et prennent en considération les enjeux systémiques occasionnés par les structures et les politiques organisationnelles. En concordance avec l'objectif de ce projet, soit d'outiller les ergothérapeutes dans la mise en place d'une pratique culturellement compétente, ce modèle permet de structurer les résultats de façon à rester centré sur l'action tout en étant sensible aux enjeux systémiques présents. Ce dernier permet également de mettre en lumière des stratégies applicables et dans certains cas mesurables. Également, ce modèle a été choisi pour sa catégorisation qui offre une structure pour la mise en place de stratégies permettant le développement et le maintien de la compétence culturelle. L'activation de la conscience

permet de sensibiliser les professionnels quant à leurs valeurs professionnelles et personnelles. Les relations connectées permettent quant à elles d'adopter une posture de curiosité et d'ouverture à l'autre afin de proposer des évaluations et des interventions adaptées aux besoins et à la réalité du client. Cela engendre alors la mise en place d'actions permettant une prise en charge culturellement compétente par des habiletés et des engagements professionnels. Enfin, ce modèle conceptuel a été choisi afin de faire ressortir des stratégies permettant de sensibiliser les professionnels quant à leurs préjugés et les encourager à revoir l'utilisation de modèles universels qui peuvent poser préjudice en ne tenant pas compte de la diversité culturelle.

4 Méthode

Ce chapitre abordera la méthodologie réalisée et les critères de rigueur scientifique appliqués tout au long du processus de recherche lors de la réalisation de cet essai. Elle décrira le plan de recherche et les diverses étapes suivies pour permettre de répondre à la question de recherche.

4.1 Devis de recherche

Afin de répondre à la question de recherche, cet essai prend la forme d'un examen de la portée. Ce type de synthèse des connaissances permet une analyse préliminaire d'un sujet de recherche (Fortin et Gagnon, 2022). Une synthèse des données probantes disponibles sur le sujet permet de déterminer de quelle manière et à quel point différents aspects du sujet ont été couverts précédemment dans la recherche (Fortin et Gagnon, 2022). Autrement dit, l'examen de la portée permet de mettre en lumière les concepts clés, les principales sources d'information et les types de preuves disponibles actuellement (Arksey et O'Malley, 2005). Ultimement, l'examen de la portée permet d'orienter la pratique et les programmes et de guider la recherche future (Fortin et Gagnon, 2022). Étant donné l'importance de prodiguer des soins culturellement compétents en ergothérapie, il s'avère judicieux de recourir à l'examen de la portée des stratégies pouvant être mises en place par les ergothérapeutes afin d'actualiser une pratique culturellement compétente.

La méthodologie utilisée est celle proposée par Arksey et O'Malley (2005). En effet, cette méthodologie suggère les étapes suivantes : (1) identifier la question de recherche (2) identifier les études pertinentes (3) sélectionner les études (4) cartographier les données (5) collecter, résumer et rapporter les résultats. Chacune de ces étapes sera détaillée ci-dessous. Afin de faciliter la compréhension des étapes d'identification et de sélection des études, celles-ci ont été jumelées. Dans un souci de transparence et de rigueur scientifique, l'ensemble des étapes sera présenté de manière approfondie afin de rendre reproductible la méthodologie et augmenter la fiabilité des résultats montrés (Arksey

et O'Malley, 2005). Il est à noter que l'examen de la portée se distingue par son caractère itératif plutôt que linéaire. Pour ce faire, un processus réflectif a été réalisé à chaque étape afin de garantir que la littérature soit couverte de façon adéquate. Au besoin, les étapes ont été répétées ou modifiées afin de s'assurer de l'optimisation des résultats (Arksey et O'Malley, 2005).

4.2 Identifier la question de recherche

La première étape consiste à identifier une question de recherche. Étant donné que le présent essai se présente sous forme d'examen de la portée, il est nécessaire que la question de recherche soit définie de manière plus globale de façon à recueillir le plus de documents possibles sur le sujet (Arksey et O'Malley, 2005). Ainsi, il est important de cibler certains aspects spécifiques du sujet sur lesquels un accent doit être mis dans la question de recherche tels que la population, l'intervention ou les résultats attendus (Arksey et O'Malley, 2005). Cela permettra de générer un nombre suffisant d'articles permettant d'élaborer une synthèse des connaissances. Dans ce cas-ci, les thèmes principaux sont la compétence culturelle et l'ergothérapie. Ainsi, la question de recherche de cet essai s'énonce comme suit : quelles sont les stratégies pouvant être utilisées par les ergothérapeutes pour actualiser une pratique culturellement compétente ?

4.3 Identification et sélection des études pertinentes

Cette étape constitue le processus de recherche et de sélection d'articles dans les bases de données afin de produire une banque de résultats répondant à la question de recherche. D'abord, pour identifier les études pertinentes, quatre bases de données ont été consultées soient : *AMED, Medline*, *Scopus* et *APAPsycInfo*. La base de données *Scopus* a été ajoutée pour obtenir des résultats de la plateforme *Elsevier*, complétant ainsi les résultats obtenus via la base de données *EBSCO*, comme c'est le cas pour les trois autres bases de données. Ces bases de données ont été choisies puisqu'elles regroupent des articles de diverses disciplines touchant les sciences de la santé, les sciences pures ou les

sciences sociales publiés dans différentes revues scientifiques. Les articles se trouvant sur ces bases de données portent sur différents domaines paramédicaux, dont celui de l'ergothérapie. Les mots-clés relatifs à la compétence culturelle ont été ciblés à la suite de la rédaction de la problématique, la consultation des thésaurus sur les bases de données et l'exploration de combinaisons de mots-clés sur les bases de données. La combinaison de mots-clés retenue s'intéresse à la fois à la compétence culturelle et ses concepts associés ainsi qu'à l'ergothérapie puisque ces notions sont deux aspects centraux de la question de recherche. L'opérateur booléen « *AND* » a été utilisé afin que les articles ciblés portent sur ces deux sujets simultanément. L'opérateur booléen « *OR* », quant à lui, a été utilisé afin de s'assurer que les articles portaient sur l'un ou l'autre des concepts associés à la compétence culturelle ou l'ergothérapie. D'une part, la compétence culturelle se déclinait également par la sensibilité culturelle, l'humilité culturelle, la communication interculturelle, la collaboration interculturelle et les soins culturellement compétents. D'autre part, l'ergothérapie ou les ergothérapeutes étaient le public cible. Ces termes ont été cherchés dans le titre, le résumé, et les mots-clés des articles, en anglais et en français. Le tableau 1 montre le vocabulaire libre utilisé sur l'ensemble des bases de données. Le tableau 2, quant à lui, présente le vocabulaire contrôlé utilisé sur les bases de données.

Tableau 1

Vocabulaire libre utilisé dans les bases de données

Vocabulaire libre
"compétence culturelle" or "conscience culturelle" or "sensibilité culturelle" or "communication interculturelle" or "soin culturellement compétent" or "humilité culturelle" or "collaboration interculturelle" or "cultural competence" or "cultural competency" or "cultural awareness" or "cultural sensitivity" or "cross cultural communication" or "cultural competent care" or "cultural humility" or "cross cultural collaboration" or "culturally competent care"
AND
"ergothérapie" or "ergothérapeute" or "occupational therapist" or "occupational therapy" or "ot"

Tableau 2

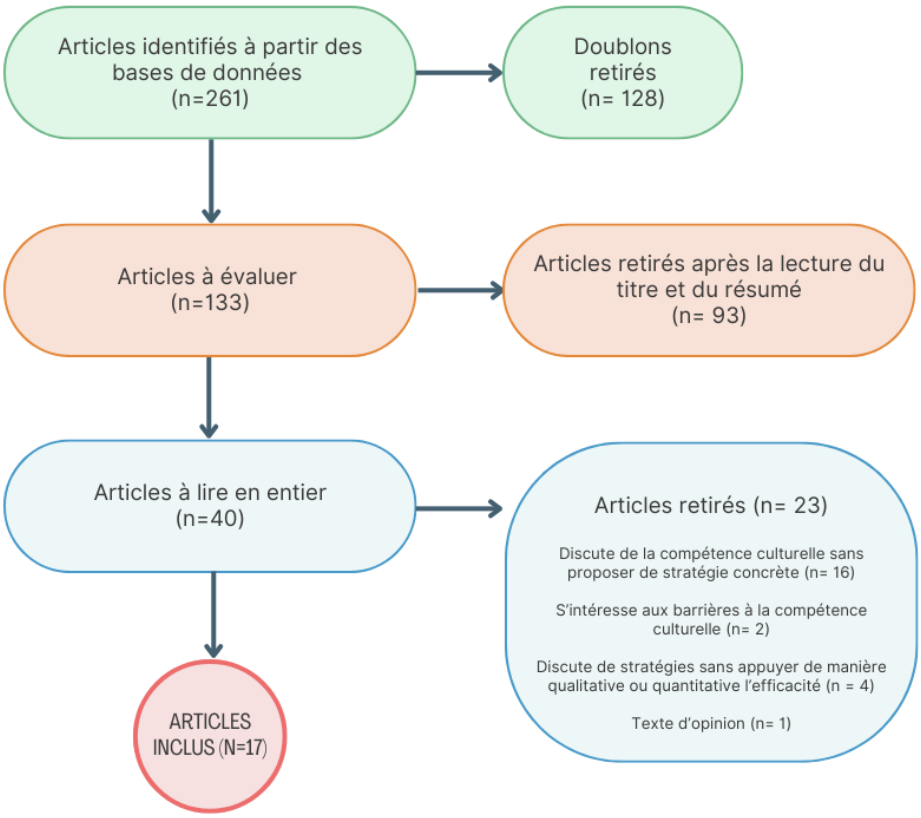
Vocabulaire contrôlé utilisé sur les bases de données

Base de données	Vocabulaire contrôlé
AMED	Pas de vocabulaire contrôlé
Medline	(MH "Cultural Competency") OR (MH "Culturally Competent Care") AND (MH "Occupational Therapy") OR (MH "Occupational Therapists")
Scopus	Pas de vocabulaire contrôlé
APAPyschInfo	([(DE "Cultural Competence") OR (DE "Cultural Sensitivity")] OR [DE "Cross Cultural Communication"]) OR (DE "Cross Cultural Collaboration") AND (DE "Occupational Therapy") OR (DE "Occupational Therapists")

Également, afin de délimiter les résultats selon certains critères de sélection, certains paramètres de recherches ont été spécifiés dans les bases de données tels que l'année de publication (entre janvier 2014 et mai 2024) et la langue (français ou anglais). Également, les revues de la littérature, les articles de revues, les lettres d'opinion et les livres ont été exclus. De ces critères, 303 articles ont été recensés sur les bases de données. Par la suite, les articles se trouvant dans plus d'une base de données ont été éliminés laissant ainsi 133 articles. Une première lecture des titres et des résumés a permis de dresser une liste d'articles permettant potentiellement de répondre à la question de recherche. Par souci de rigueur, une seconde lecture des titres et des résumés a été réalisée. Si un doute quant à l'inclusion de l'article était présent, ce dernier était ajouté à la liste des articles qui seraient lus en entier. À la suite de cette étape, 40 articles ont été retenus. La lecture des articles et l'application rigoureuse des critères d'inclusion ont permis de conserver 17 articles qui répondent à la question de recherche et qui ont été sélectionnés dans cette étude. La figure 2 ci-dessous présente le processus de sélection des articles.

Figure 2

Schématisation de la sélection des articles scientifiques



Le logiciel *EndNote* a permis le classer les articles tout au long du processus de sélection. Ce logiciel a permis de regrouper les articles qui ont été sélectionnés et éliminés et de créer une liste bibliographique d'articles étant inclus dans la section résultat de cet essai.

Cet examen de la portée visait à inclure les articles portant sur des stratégies pouvant être réalisées par des ergothérapeutes afin d'actualiser la compétence culturelle. Afin de sélectionner les articles permettant de répondre à la question de recherche, il a été nécessaire d'établir certains critères d'inclusion et d'exclusion. D'abord, les articles devaient aborder une stratégie concrète ou un programme contribuant à la compétence culturelle. Cette décision a été prise afin d'obtenir une liste de solutions applicables par les

professionnels ou les étudiants en ergothérapie. De plus, les articles pouvaient s'appliquer à d'autres professions de la santé ou avoir comme participants d'autres professions de la santé, mais il devait minimalement y avoir un participant pratiquant l'ergothérapie ou un programme d'éducation en ergothérapie.

4.4 Cartographier les données

Cette étape concerne les techniques employées pour synthétiser, interpréter et classer les résultats obtenus à partir de la lecture des articles (Arksey et O'Malley, 2005). Plus précisément, les articles ayant été sélectionnés et répondant aux critères d'inclusion ont été résumés dans une grille de collecte de données. Cette grille a été utilisée pour organiser les données tirées de chacun des articles retenus. Cette dernière comprend (1) titre (2) auteur(e)s (3) année de publication (4) pays (5) type de document (6) objectif de recherche (7) devis identifié par l'auteur (8) méthodologie de l'étude (9) clientèle (10) stratégies identifiés permettant d'activer la conscience (11) stratégies identifiées en lien avec les relations personnelles, communautaires et interprofessionnelles (12) stratégies identifiées permettant la transformation vers une pratique plus culturellement compétente (13) commentaires/réflexions et (14) référence. L'annexe A est un résumé de la grille de collecte des données ayant été générées à la suite de la lecture des articles.

4.5 Collecter, résumer et rapporter les résultats

L'aspect de synthèse d'un examen de la portée fait en sorte qu'il est nécessaire d'avoir un souci particulier pour la présentation et la communication des résultats (Arksey et O'Malley, 2005). Les résultats sont donc présentés de sorte à exposer les grands thèmes sans toutefois évaluer la qualité ou le niveau d'évidence de ceux-ci (Arksey et O'Malley, 2005). Dans le cadre de cet essai, une analyse thématique a permis de classifier les stratégies identifiées à l'intérieur des catégories du modèle conceptuel utilisé. L'analyse thématique a été utilisée afin de maintenir le caractère inductif de ce projet. En effet, l'utilisation de ce type d'analyse permet de condenser des données brutes, variées et

nombreuses dans un format résumé et d'établir des liens entre les objectifs de recherche et les thématiques issus des données brutes (Thomas, 2006). Dans ce même ordre d'idée, les thématiques générées ont été explorées et discutées avec la directrice de l'essai et la réviseure externe, ce qui a permis d'enrichir l'analyse et de voir certains thèmes sous un angle différent. Ainsi, il a été possible de dégager un portrait général du sujet, d'identifier les stratégies les plus utilisées actuellement dans la pratique, de mettre en lumière les stratégies qui émergent et la présence de lacunes sur le sujet en fonction des catégories du modèle conceptuel et de l'analyse thématique.

5. Résultats

Ce chapitre fait état des résultats obtenus à la suite de l'analyse approfondie des 17 articles inclus dans cet examen de la portée. Ce chapitre se divise en deux sections. La première permettra de décrire les articles constituant l'examen de la portée. La seconde portera davantage sur l'analyse thématique réalisée et les résultats extraits des articles.

5.1 Analyse descriptive

Cette première section permet de rendre compte des caractéristiques des différents articles desquels découlent les résultats obtenus. Le tableau 3 présente les données descriptives des 17 articles sélectionnés dans le cadre de cet examen de la portée. La majorité des articles retenus provenait de l'Amérique du Nord. Plus de la moitié des articles s'intéressaient aux étudiants en ergothérapie. Les autres articles sondaient la perception des ergothérapeutes, particulièrement ceux œuvrant auprès des enfants. Enfin, les articles retenus avaient majoritairement un devis qualitatif ou mixte permettant d'identifier les stratégies utilisées.

Tableau 3

Analyse descriptive des articles sélectionnés

Caractéristique		Nombre d'articles (n)
Pays d'origine	États-Unis	9
	Canada	5
	Australie	1
	Israël	1
	Royaume-Uni	1
Échantillons recrutés	Ergothérapeutes et/ou autres professionnels de la santé	1
	- En pédiatrie	3
	- En soins palliatifs	1
	- Ayant réalisé un stage à l'international durant leur étude	1
	Étudiants en ergothérapie	10
	Professeurs ou chargée de cours	1
Type de devis	Qualitatif	12
	Quantitatif	1
	Mixte	4

5.2 Analyse thématique

La seconde section fait état de l'analyse thématique réalisée à partir des résultats extraits des articles. La présentation des thématiques se base sur les trois grandes catégories du *ACT Cultural Model,* soit activer la conscience, les relations connectées et la transformation vers une véritable prise en charge culturelle.

5.2.1 Activer la conscience

D'abord, l'activation de la conscience se définit comme étant le point de départ du développement de la compétence culturelle (Li et al., 2023). Cette catégorie du modèle conceptuel comprend les actions liées au gain de connaissances et de sensibilité et la mise en place de stratégie de sensibilisation (Li et al., 2023). En concordance avec cette définition, l'analyse thématique a permis de mettre en évidence les catégories de stratégies suivantes soient comprendre la culture et son influence et rendre disponible du matériel et des opportunités d'apprentissage liés à la pratique auprès d'une communauté culturellement différente de la sienne. Le tableau 4 liste les stratégies spécifiques pouvant être mises en place afin d'activer sa conscience dans le but d'amorcer l'actualisation d'une pratique culturellement compétente.

Tableau 4

Actualiser une pratique culturellement compétente par l'activation de sa conscience

Thématique	Stratégies
Comprendre la culture et son influence	**Sur soi-même** Réaliser une introspection sur ses émotions et sa personne (Singh et al., 2023) ; Reconnaître ses préférences, ses valeurs et les normes de la culture d'appartenance (Singh et al., 2023) ; Réaliser une introspection concernant les biais et les idées préconçues. (Singh et al., 2023) ; Réfléchir à pourquoi j'ai ces préjugés ? Pourquoi je ressens un inconfort ? Pourquoi je ressens ces émotions ? (Singh et al., 2023) ; Reconnaître que notre conception du vrai ou du faux ou du bien ou du mal est une façon parmi tant d'autres, sans être meilleure, de savoir, de faire et d'être. (Singh et al., 2023) ;

Thématique	Stratégies
	Reconnaître que l'on ne connaît pas tout (Singh et al., 2023) ; **Sur les autres** Avoir une vision générale de chaque culture sur les préférences, les normes et les valeurs liées aux soins palliatifs et de fin de vie. (Singh et al., 2023) ; Ne pas assumer que tous les membres d'une culture ont des comportements semblables associés aux éléments culturels (Singh et al., 2023) ; Apprendre sur les croyances, les valeurs et ce qui est vrai, bon et normal au sujet de la réadaptation (Singh et al., 2023) ; Éviter d'assumer que les éléments du contexte culturel sont les mêmes pour tous les clients. (Singh et al., 2023) ; **Sur la relation thérapeutique** Prendre un moment pour réfléchir sur l'expérience vécue par le patient et atténuer l'effet des biais et des préjugés (Singh et al., 2023) ; Être à l'affut de son discours interne et se poser des questions durant la séance (Singh et al., 2023) ; Poser des questions ouvertes exemptes d'idées préconçues (Singh et al., 2023) ; Reconnaître que certains facteurs comme les occupations, l'ethnicité, le statut socio-économique et le genre ont un impact sur les interactions avec le patient appartenant à une communauté marginalisée (Singh et al., 2023) ;
Rendre disponible du matériel et des opportunités d'apprentissage liés à la pratique auprès d'une communauté culturellement différente de la sienne	**Auprès de la communauté étudiante** Utiliser des activités spécifiques guidées dans les cours d'ergothérapie auprès de la clientèle pédiatrique (Davis-Cheshire et Crabtree, 2019) ; Former les étudiants dans des situations interprofessionnelles culturellement difficiles (Paris et al., 2023) ; Organiser des ateliers de type *Human Library* (Pope et al., 2023) ; Réaliser un stage auprès d'une clientèle marginalisée (ex. : réfugiés) (Smith et al., 2014) ; Faire de la téléconsultation auprès d'une clientèle située à l'international (Foti et al., 2014) ; Offrir une plateforme en ligne entre universités à l'international où les étudiants échangent entre eux sur des sujets donnés (Wimpenny et al., 2016) ; **Auprès des professionnels exerçant la profession** Rendre disponibles des formations et des enseignements au sujet de l'humilité culturelle en contexte de soins palliatifs et de fin de vie (Singh et al., 2023) ; Rendre disponible un réseau interprofessionnel permettant de mieux répondre aux besoins des patients et aux besoins culturels dans la pratique (Singh et al., 2023) ; Consulter des recherches, des vidéos en ligne et des données probantes pour mieux comprendre les pratiques culturelles et les rituels (Singh et al., 2023) ; **Lors de la réalisation d'un stage à l'international** Réaliser un stage à l'international (Haro et al., 2014 ; Mu et al., 2016 ; Meaux et al., 2021 ; Cabatan et Grajo, 2017 ; Coffin et al., 2021) ; Organiser des visites dans des attractions culturelles locales pour les étudiants et les cliniciens (ex. : passer du temps dans une famille locale) (Gat et Ratzon, 2014) ; Suivre des cours pour apprendre la langue (Gat et Ratzon, 2014) ;

Thématique	Stratégies
	Avoir des conversations avec le gouvernement local (Gat et Ratzon, 2014) ;
	Avoir des conversations avec des leaders culturels (Gat et Ratzon, 2014) ;

5.2.1.1 Comprendre la culture et son influence

La première thématique ayant émergée suggère de tenter de comprendre la culture et son influence. D'une part, sur soi-même, c'est-à-dire tenter de comprendre comment le contexte dans lequel le thérapeute à lui-même grandi et été socialisé ainsi que le contexte dans lequel il évolue actuellement influence son rapport à l'autre et ses habitudes. D'autre part, la seconde thématique ayant été soulevée suggère de tenter de comprendre comment la culture influence les autres individus issus ou non d'une culture différente de la sienne. Les auteurs proposent des stratégies permettant de s'intéresser à cette influence dans le cadre de la relation thérapeutique.

D'abord, les stratégies suggérant un regard vers soi pour comprendre l'influence de sa culture ont été abordées par qu'un seul article soit celui de Singh et ses collaborateurs (2023). Cette étude s'intéresse à la perspective et l'actualisation de l'humilité culturelle des professionnels de la santé dans un contexte de soins palliatifs et de fin de vie. En effet, les résultats de Singh et ses collaborateurs (2023) montrent que les professionnels de la santé actualisent l'humilité culturelle par une introspection permettant de reconnaître ses préférences, ses valeurs et les normes auxquelles nous sommes soumises. Ce processus introspectif favorise l'identification de biais et d'idées préconçues que ces conceptions peuvent générer. Cette introspection favorise également la mise en place d'une posture limitant l'imposition de préjugés ou de poser préjudice au client. En ce sens, les participants de l'étude soulèvent également l'importance de s'interroger sur la provenance de ces préjugés et aux ressentis et émotions qu'ils peuvent générer lorsque le thérapeute se trouve en présence d'un client issu d'une communauté culturellement différente de la sienne (Singh et al., 2023). Enfin, l'étude de Singh et ses collaborateurs (2023) démontre que l'humilité culturelle passe par le fait de reconnaître que notre conception du vrai et du faux ou du bien

et du mal n’est qu’une façon parmi tant d’autres, sans nécessairement être la meilleure façon de savoir, de faire ou d’être. Autrement dit, il importe d’admettre que l’on ne connaît pas tout. Notamment, c’est ce qui permet de mettre en place des stratégies permettant de s’intéresser à l’influence de la culture sur les autres.

En effet, toujours selon l’étude de Singh et ses collaborateurs (2023), les participants reconnaissent qu’il peut être intéressant d’avoir une vision générale de chaque culture et de leurs préférences en ce qui concerne les soins de fin de vie. Pour ce faire, il est possible de s’intéresser aux valeurs et aux normes de la culture. Cependant, ces mêmes participants précisent de ne pas assumer que l’ensemble des membres d’une communauté culturelle donnée réalisent les mêmes pratiques en ce qui concerne les soins de fin de vie. Les résultats de Singh et ses collaborateurs (2023) suggèrent d’éviter d’assumer les préférences du client et d’en apprendre sur les croyances, les valeurs, sur ce qui est vrai et bon au sujet de la réadaptation ou des soins palliatifs en questionnant le client et sa famille. Par exemple, une participante suggérait de poser des questions ouvertes exemptes de préjugés ou d’idées préconçues (Singh et al., 2023). Ainsi, une fois qu’un travail vers l’intérieur de soi a été réalisé pour constater l’influence de la culture sur soi-même il est possible de s’intéresser à l’autre et de constater ce même impact. Il importe donc de mettre en place des stratégies permettant de minimiser les impacts négatifs que peut avoir la culture, qu’elle soit dominante ou non, dans la relation thérapeutique.

Effectivement, les stratégies soulevées par les participants de l’étude de Singh et ses collaborateurs (2023) suggèrent de réfléchir à l’expérience pouvant être vécue par les clients afin de diminuer les impacts de la culture dans la relation thérapeutique. Toujours dans cette vision introspective, les résultats de Singh et ses collaborateurs (2023) proposent d’être à l’affut de son discours interne lors d’une intervention avec un client issu d’une culture différente de la sienne. Concrètement, les participants suggèrent de se questionner sur sa capacité à maintenir une écoute active et sur l’expérience que peut vivre le client. Enfin, afin d’actualiser une pratique culturellement compétente il est primordial de reconnaître que

certains facteurs comme les occupations, l'ethnicité, le statut socio-économique et le genre peuvent avoir un impact sur les interactions avec le patient appartenant à une communauté marginalisée ou différente de la sienne (Singh et al., 2023).

En somme, il est d'autant plus important de réaliser un travail vers l'intérieur de soi pour bien saisir l'influence de la culture sur soi-même et l'impact qu'elle peut avoir sur les autres. Cependant, afin de poursuivre la compréhension de l'influence de la culture sur autrui, il peut être nécessaire d'avoir recours à différentes ressources externes.

5.2.1.2 Rendre disponible du matériel et des opportunités d'apprentissage liés à la pratique auprès d'une communauté culturellement différente de la sienne

En effet, l'analyse thématique a permis de mettre en lumière l'importance de rendre disponible du matériel et des opportunités d'apprentissage, d'abord pour les professionnels œuvrant sur le terrain, mais également lors de la formation théorique des étudiants.

D'abord, les résultats de l'étude de Singh et ses collaborateurs (2023) interrogeant la perception des professionnels de la santé sur l'humilité culturelle suggèrent de rendre disponible des formations et des enseignements au sujet de l'humilité culturelle en contexte de soins palliatifs et de fin de vie et de rendre disponible un réseau interprofessionnel permettant de mieux répondre aux besoins des patients et aux besoins culturels dans la pratique (Singh et al., 2023). Ces mêmes auteurs suggèrent de réaliser des recherches et de trouver des données probantes afin de mieux comprendre les pratiques culturelles et les rituels dans ce type de contexte (Singh et al., 2023). Autrement dit, les résultats montrent que les professionnels ont recours à différentes sources d'informations et de soutien lorsqu'une situation présentant des enjeux professionnels ou éthiques en lien avec la culture survient. En ce sens, afin de mieux outiller les professionnels, la formation avant l'entrée sur

le marché du travail devrait inclure des occasions de développement de la compétence culturelle.

En effet, les articles sélectionnés ont permis de mettre en lumière six stratégies permettant toutes de contribuer à la sensibilité culturelle et à la compétence culturelle des étudiants en ergothérapie. Deux études ont montré que de placer les étudiants dans des activités spécifiques guidées ou des simulations cliniques culturellement complexes permet de développer des habiletés utiles dans des contextes avec une clientèle dont la culture diffère de celle du thérapeute (Davis-Cheshire et Crabtree, 2019 ; Paris et al., 2023). D'autre part, deux auteurs se sont quant à eux intéressés à des opportunités d'échange. En effet, Wimpenny et ses collaborateurs (2016) évoquent la mise en place d'une plateforme d'échanges entre étudiants issus de différentes universités dans le monde comme une stratégie efficace pour créer des espaces de dialogue sur l'influence de la culture. Également, Pope et ses collaborateurs (2023) se sont intéressés à la mise en place d'ateliers de discussion sous la forme de *Human Library*, ces derniers sont caractérisés par des conversations permettant de remettre en question les stéréotypes et les préjugés via le récit d'une personne (Pope et al., 2023). Ces deux études ont démontré que ce type d'échanges contribue à la compétence culturelle des étudiants y ayant participé. Ensuite, deux études ont suggéré d'offrir des opportunités d'apprentissage uniques sur le terrain. En effet, Foti et ses collaborateurs (2014) ont démontré que la réalisation de téléconsultation auprès d'une communauté située à l'international permettait d'augmenter la sensibilité culturelle. Dans un autre ordre d'idées, Smith et ses collaborateurs (2014) ont également pu déterminer que les stages réalisés auprès d'une clientèle marginalisée permettent, à la fois, d'augmenter la sensibilité culturelle et la compétence culturelle. Plusieurs études se sont intéressées à la réalisation de stage à l'international (Singh et al., 2023 ; Haro et al., 2014, Mu et al., 2016 ; Meaux et al., 2021 ; Cabatan et Grajo., 2017 ; Coffin et al., 2021) et ont démontré l'efficacité de ces séjours sur le développement de la compétence culturelle. Plus précisément, les articles sélectionnés ont permis de mettre en lumière des stratégies à

réaliser avant et pendant le séjour pour favoriser la compétence culturelle. Par exemple, en vue d'un séjour à l'extérieur de son pays d'appartenance, Gat et Ratzon (2014) suggèrent de suivre des cours de la langue parlée du pays pour favoriser la communication. Ces derniers proposent également d'avoir des conversations avec les gouvernements locaux et des leaders culturels pour bien comprendre l'organisation et la culture du pays d'accueil (Gat et Ratzon, 2014). Une fois sur le terrain, les participants de l'étude de Gat et Ratzon (2014) ont souligné la pertinence d'organiser des visites dans des attractions culturelles locales pour améliorer la compréhension du contexte et de la culture. Dans un autre ordre d'idées, Haro et ses collaborateurs (2014) ont pu constater que les stages réalisés à l'international permettent de mieux comprendre la réalité des gens établis à ces endroits et favorise l'établissement de relations thérapeutiques satisfaisantes avec des gens issus d'une communauté culturellement différente de la leur.

5.2.2 Connecter les relations

La catégorie des relations connectées s'intéresse à l'établissement d'une relation thérapeutique de confiance entre toutes les parties, c'est-à-dire tant au niveau personnel, interprofessionnel que communautaire (Li et al., 2023). En concordance avec cette définition, l'analyse a permis de faire ressortir deux thématiques permettant de contribuer à la mise en place de relations thérapeutiques et professionnelles favorables dans un contexte comportant une composante culturelle. Ces thématiques sont : établir une relation thérapeutique avec le client et sa famille et agir en tant qu'équipe de soin. Le tableau 5 permet de prendre compte des stratégies recensées dans les articles sélectionnés.

Tableau 5

Actualiser une pratique culturellement compétente via des relations connectées.

Thématiques	Stratégies
	Collaborer Inclure le patient, la famille et l'équipe de soins (Singh et al., 2023) ; Impliquer la famille dans la thérapie (King et al., 2015) ;

Thématiques	Stratégies
Établir une relation thérapeutique avec le client et sa famille	Aider les parents à trouver des jeux adaptés (Brassart et al., 2017) ; Écouter le client et rester dans le champ de pratique et les normes professionnelles et légales. (Singh et al., 2023) ; S'ajuster en fonction de l'individu (ex : endroit de mourir, nourriture, communication du pronostic et du diagnostic, ressuscitation, rituel de fin de vie.) (Singh et al., 2023) ; S'engager mutuellement dans l'élaboration des objectifs (King et al., 2015) ; Faire des visites à domicile (King et al., 2015 ;Brassart et al., 2017) ; Réaliser des stages à l'international (Haro et al., 2014) ; **Communiquer** Avoir des conversations et des dialogues avec les parents et les enfants pour s'assurer que la direction de la thérapie a du sens pour la famille (King et al., 2015) ; Vérifier l'acceptabilité de la thérapie pour les parents (Brassart et al., 2017) ; Écouter les préoccupations (King et al., 2015) ; Tenter de comprendre leur but dans la réadaptation et leur préférence afin de bien comprendre leur désir lié aux soins palliatifs et de soins de vie (Singh et al., 2023) ; Valider l'opinion des parents (King et al., 2015) ; S'intéresser aux parents (King et al., 2015) ; Communiquer de l'information à un rythme adéquat pour la famille (King et al., 2015) Créer des opportunités pour que la famille puisse s'exprimer sur ses désirs et ses attentes (King et al., 2015) ; Connaître les installations et le fonctionnement à la maison (Brassart et al., 2017) ; Tenter de comprendre la situation de la famille (King et al., 2015) ; Être à l'écoute des défis auxquels peuvent faire face les familles et comment ces derniers peuvent créer des inconforts dans la thérapie. (King et al., 2015) ; Comprendre ce qui est utilisé pour le bain, l'alimentation (Lindsay et al., 2014) ;
Agir en tant qu'équipe de soins	Discuter avec les autres professionnels de la santé à travers le monde sur comment offrir des soins culturellement compétents (Gat et Ratzon, 2014) ; Avoir une approche d'équipe, s'informer auprès de ses collègues (Singh et al., 2023) ; Avoir une équipe de professionnels stable (Singh et al., 2023) ; Utiliser un cahier de notes commun pour partager l'information entre les professionnels au dossier (Brassart et al., 2017) ;

5.2.2.1 Établir une relation thérapeutique avec le client et sa famille

La première thématique ayant émergé de l'analyse concerne l'établissement de la relation thérapeutique avec le client et sa famille. Cette dernière met en lumière deux compétences clés de l'ergothérapie soient la collaboration et la communication.

D’abord, en ce qui concerne la collaboration, l’étude de Singh et ses collaborateurs (2023) qui s’intéresse à la perception de professionnels de la santé œuvrant en contexte de soins palliatifs et de fin de vie sur l’humilité culturelle soulignent que la collaboration entre l’équipe de soin, le client et sa famille permet de mieux comprendre les besoins en termes de culture et facilite le rapport avec le client. Cette même étude ajoute que d’adapter l’endroit du décès et la nourriture servie en fonction des préférences du client et sa famille, d’offrir l’opportunité de pratiquer les rituels de fin de vie et d’ajuster la façon de communiquer le diagnostic et le pronostic permet de favoriser l’interaction avec le client. Du même coup, la collaboration permet aussi de mieux accompagner la famille (Singh et al., 2023). Il est d’autant plus important de collaborer avec le client, cependant, les résultats de l’étude de Singh et ses collaborateurs (2023) précisent l’importance d’inclure la famille. Différentes études montrent également des résultats en ce sens. Par exemple, dans un contexte de pratique à l’enfance, deux études s’intéressant à la perspective des thérapeutes proposent de réaliser des visites à domicile pour faciliter l’implication de la famille (King et al., 2015 ; Brassart, 2017). Toujours en contexte de pratique à l’enfance, l’étude de Brassart et ses collaborateurs (2017) souligne que de soutenir les parents à trouver des jeux adaptés au contexte et aux préférences de la famille permet de favoriser le partenariat avec les parents. L’étude de King et ses collaborateurs (2015) souligne également l’importance d’engager l’ensemble des parties dans l’élaboration des objectifs ce qui contribue à établir un lien avec les membres de la famille et ainsi d’agir de façon culturellement compétente. De plus, Singh et ses collaborateurs (2023) soulignent que pour agir de façon culturellement compétente il est essentiel d’écouter le client, mais également de rester dans le champ de pratique et des normes professionnelles et légales.

Pour poursuivre, afin de bâtir une relation thérapeutique les résultats de différentes études proposent des stratégies pouvant être mises en place pour favoriser les aspects communicationnels de la relation thérapeutique. D’abord, l’étude de King et ses collaborateurs (2015) soulève différentes stratégies étant mises en place par des

thérapeutes œuvrant dans des services de réadaptation auprès d'enfants handicapés dont les parents ont immigré. Les participants de cette étude ont soulevé l'importance de l'écoute active (King et al., 2015). Plus précisément, d'écouter les préoccupations, de valider l'opinion des différents partis et de s'assurer de l'acceptabilité de la thérapie. En ce sens, les études en contexte de pratique à l'enfance soulignent qu'il est essentiel de tenter de comprendre quelles sont les choses importantes pour la famille, de savoir comment sont réalisées les occupations et quelles sont les installations auxquelles la famille a accès (King et al., 2015 ; Brassart et al., 2017). Pour ce faire, être à l'écoute des défis auxquels font face les familles et les répercussions que ces derniers peuvent avoir dans la réalisation de la thérapie est souligné par plusieurs participants comme étant pertinent pour bien saisir les besoins et ainsi offrir des soins en cohérence avec ces derniers (King et al., 2015 ; Lindsay et al., 2014). Dans un contexte de fin de vie, les professionnels ayant participé à l'étude de Singh et ses collaborateurs (2023) suggèrent de s'intéresser aux préférences et aux désirs quant aux soins palliatifs et de fin de vie plutôt qu'à la culture en général. Enfin, l'étude de King et ses collaborateurs (2015) en contexte de soins à l'enfance souligne la nécessité de créer des opportunités où la famille peut exprimer ses désirs et ses attentes. Ces mêmes opportunités de dialogue permettront également de s'assurer que la direction que prend la thérapie convient au client et sa famille. Ces échanges permettront au thérapeute de communiquer les informations à un rythme adéquat qui sont des stratégies utilisées par les thérapeutes afin d'agir de façon culturellement compétente (King et al., 2015). L'ensemble de ces stratégies soulignent l'importance de la collaboration et de la communication entre le client et le thérapeute. Cependant, ces deux compétences clés sont toutes aussi importantes au sein de l'équipe de soins.

En effet, différents auteurs ont souligné que la compétence culturelle d'une équipe passe par sa capacité à communiquer et collaborer. Les participants de l'étude de Singh et ses collaborateurs (2023) soulignent l'importance d'une équipe de travail stable et d'une approche interprofessionnelle pour bien comprendre les besoins du client, faire face aux

défis et aux incertitudes et prodiguer des soins culturellement compétents auprès d'une communauté culturellement différente de celle des thérapeutes. Les répondants de l'étude de Brassart et ses collaborateurs (2017) ajoutent que l'utilisation d'un cahier de communication entre les différents intervenants au dossier permet de partager plus facilement l'information. En ce sens, les étudiants ayant réalisé un stage en milieu communautaire et ayant participé à l'étude de Gat et Ratzon (2014) suggèrent de discuter avec des professionnels de la santé à travers le monde afin de discuter sur les façons de faire pour offrir des soins culturellement compétents. En somme, la collaboration et la communication avec le client et sa famille et au sein de l'équipe de soins sont des éléments clés à l'établissement d'une relation thérapeutique de confiance.

5.2.3 Transformation vers une véritable prise en charge culturelle

La dernière catégorie du modèle conceptuel sélectionné s'intéresse à la transformation des pratiques vers une véritable prise en charge culturelle (Li et al., 2023). Cette dernière se caractérise par la compréhension des désavantages résultant de la marginalisation et des barrières systémiques présentes pour les personnes appartenant à ces communautés. La transformation vers une véritable prise en charge culturelle comprend donc l'ensemble des stratégies, des compétences et des engagements que peuvent prendre les professionnels de la santé après l'activation de leur conscience et de l'établissement d'une relation thérapeutique satisfaisante dans le but d'offrir des soins culturellement compétents (Li et al., 2023). En concordance avec cette définition, l'analyse a permis de mettre en évidence des thématiques de stratégies permettant d'actualiser une prise en charge culturellement compétente. Ces thématiques comportent un ensemble d'approches à favoriser, suggèrent d'adapter la pratiquer et les recommandations pour s'ajuster à la situation du client, d'adapter son niveau de langage au niveau de compréhension, d'utiliser des outils pour faciliter la communication, de développer une compréhension mutuelle des difficultés du client, d'aider le client et sa famille à comprendre le contexte de soins et le

processus thérapeutique et de s'engager dans l'élaboration d'objectifs communs. Le tableau 6 liste un éventail de stratégies répertoriées dans les articles sélectionnés pouvant être mises en place par les ergothérapeutes afin d'actualiser une pratique culturellement compétente.

Tableau 6

Actualiser une pratique culturellement compétente grâce à une transformation vers une véritable prise en charge culturelle

Thématiques	Stratégies
Approches et attitudes spécifiques à favoriser	Soins centrés sur la famille (Lindsay et al., 2014 ; King et al., 2015) ; Thérapie basée sur les intérêts de la famille (King et al., 2015) ; Montrer de l'intérêt quant aux perceptions et valeurs de la famille (Brassart et al., 2017) ; Respecter les valeurs. (King et al., 2015) ; Comprendre les perceptions et les valeurs du client (Lindsay et al., 2014) ; Ne pas juger les choix et les perceptions des parents (Brassart et al., 2017) / comprendre les besoins de la famille et ne pas porter de jugement (Lindsay et al., 2014) ; Miser sur les forces de la famille (Brassart et al., 2017) Ajuster nos attentes par rapport à la famille (King et al., 2015) ; Accorder plus de temps pour développer une relation thérapeutique de confiance (Lindsay et al., 2014) ; Poser une question en disant [vous savez, je n'y connais rien, pouvez-vous m'expliquer ?] (King et al., 2015) ; Être attentif au langage non verbal (King et al., 2015) ; Soin individualisé (King et al., 2015) ; Prendre le temps de comprendre le vécu du client, être exempt de jugement et incorporer ses valeurs et ses priorités pour les soins (Lindsay et al., 2014) ; Avoir une approche centrée sur le patient culturellement humble (Singh et al., 2023) ; Être ouvert (Lindsay et al., 2014) ;
Utiliser des stratégies communicationnelles	**Adapter son niveau de langage au niveau de compréhension** Simplifier les structures grammaticales et le vocabulaire (Brassart et al., 2017) ; Parler plus lentement (Brassart et al., 2017) ; Offrir des choix de réponse (Brassart et al., 2017) ; Utiliser des gestes (Brassart et al., 2017) ; Utiliser des métaphores (Brassart et al., 2017) ;

Thématiques	Stratégies
	Répéter et reformuler (Brassart et al., 2017) ; Communiquer de l'information à un rythme adéquat pour la famille (King et al., 2015) ; Prendre le temps d'expliquer, ne pas trop expliquer en même temps/donner le temps d'absorber l'information, s'assurer que les choses comprises avant de quitter le rendez-vous (King et al., 2015) ; Expliquer ce qui est fait et ce qui sera fait (King et al., 2015) ; Communiquer avec des termes facilement compréhensibles (King et al., 2015) ; Utiliser le jargon des parents (King et al., 2015) ; Utiliser des exemples simples et concrets qui ont du sens pour la famille, utiliser différents moyens de communication (King et al., 2015) ; **Utiliser des outils pour faciliter la communication** Utiliser un courriel plutôt que le téléphone pour planifier les rendez-vous (Brassart et al., 2017) ; Utiliser des stratégies visuelles (images, photos, dessins) (Brassart et al., 2017) ; Utiliser un logiciel de traduction (Brassart et al., 2017) /utiliser un assistant de traduction. (Singh et al., 2023) ; Faire un ordre du jour (Brassart et al., 2017) ; Utiliser une interprète (Brassart et al., 2017) ; Avoir recourt à des interprètes (Singh et al., 2023) ; Rendre disponibles des pamphlets d'informations dans différentes langues. (Lindsay et al., 2014) ; Écrire les étapes/instructions (King et al., 2015 ; Brassart et al., 2017) ; **Vérifier la compréhension du client et de sa famille** Réexpliquer certaines choses au besoin (King et al., 2015) ; Poser des questions pour s'assurer de la compréhension (King et al., 2015) ; Demander aux parents de reformuler pour voir ce qu'ils ont compris (Brassart et al., 2017) ; Accueillir les questions (King et al., 2015 ; Brassart et al., 2017) ; Observer la réaction des parents lorsque de l'information importante est donnée (Brassart et al., 2017) ; Écoute exploratoire pour s'assurer de la compréhension (comprendre ce qu'ils pensent avoir entendu) (King et al., 2015) ;
S'engager dans l'élaboration d'objectifs communs	Écouter et comprendre les priorités des parents (Brassart et al., 2017) ; Lier les objectifs à quelque chose qui est très important pour les parents (Brassart et al., 2017) ; Faire des liens entre les activités et les objectifs (Brassart et al., 2017) ; Revoir les objectifs (Brassart et al., 2017) ; Impliquer le client dans la prise de décision (Lindsay et al., 2014) ;

Thématiques	Stratégies
Adapter la pratique et les recommandations pour s'ajuster à la situation du client et de sa famille	Offrir un endroit privé pour amorcer le deuil ou plus à la vue en fonction des préférences. (Singh et al., 2023) ; Comprendre quelles sont les pratiques habituellement réalisées à la maison et dans la famille et ajuster la thérapie en conséquence (Lindsay et al., 2014) ; Demander quelle serait la meilleure heure pour passer compte tenu des rituels de prières (Singh et al., 2023) ; Partager des exercices à la maison avec les parents (Brassart et al., 2017) ; Trouver des exercices et des activités qui sont en cohérence avec les valeurs des parents (Brassart et al., 2017) ; Démontrer des situations claires et concrètes où les difficultés de l'enfant sont apparentes (Brassart et al., 2017) ;
Développer une compréhension mutuelle des difficultés du client entre le thérapeute, le client et sa famille	Informer les parents de l'importance de leur rôle dans le développement de leur enfant (Brassart et al., 2017) /expliquer pourquoi l'implication des parents est importante (Brassart et al., 2017) ; Encourager les parents à assister aux rencontres (Brassart et al., 2017) ; Comprendre la vision de l'indépendance chez l'enfant (Lindsay et al., 2014) ; Connaître et respecter la perception du handicap/difficulté des parents (Brassart et al., 2017) ; Demander aux parents d'expliquer/décrire leur compréhension du diagnostic de leur enfant (Brassart et al., 2017) ; Expliquer les étapes du développement normal (Brassart et al., 2017) ; Donner de la documentation aux parents (Brassart et al., 2017) ; Faire rencontrer des parents issus de la même nationalité (Brassart et al., 2017) ; Prévoir une rencontre avec les parents et l'équipe multidisciplinaire (Brassart et al., 2017) ;
Aider le client à comprendre le contexte de soins et le processus thérapeutique	Préparer et informer les parents avant le début des thérapies (Brassart et al., 2017) Organiser une session d'accueil pour tous les parents (Brassart et al., 2017) Aider les parents à naviguer le système de santé (Brassart et al., 2017) aider les familles à comprendre et naviguer le système de santé (Lindsay et al., 2014) ; Présenter les informations pratiques pour la thérapie (Brassart et al., 2017) ; Expliquer le rôle des différents professionnels de la santé (Brassart et al., 2017) ; Présenter les services de support (Brassart et al., 2017) ; Les mettre en contact avec des ressources et revendiquer pour eux. (Lindsay et al., 2014) ; Aider les parents à comprendre leur communauté d'accueil (Brassart et al., 2017) ; Expliquer aux parents la perception du handicap et des difficultés au Canada (Brassart et al., 2017) ; Aider les parents à se préparer aux rendez-vous médicaux (Brassart et al., 2017) ; Accompagner la famille aux rendez-vous médicaux (Brassart et al., 2017) ;

Thématiques	Stratégies
	Demander de donner les rapports médicaux (Brassart et al., 2017) ; Démanteler les relations de pouvoir entre professionnels de la santé et les patients (Singh et al., 2023) ;

5.2.3.1 Approches et attitudes spécifiques à favoriser

Les articles sélectionnés ont soulevé une variété d'approches et d'attitudes à préconiser lorsque les soins sont prodigués à des personnes issues de communautés culturellement différente de celle du thérapeute. Notamment, l'approche centrée sur la famille, la thérapie basée sur les intérêts de la famille (Lindsay et al., 2014) (King et al., 2015), les soins individualisés (King et al., 2015) et centrés sur le client (Singh et al., 2023) ont été largement documentés dans la littérature s'intéressant à la compétence culturelle et ce dans différents contextes de pratique. Pour actualiser ce type d'approche en concordance avec la compétence culturelle, les résultats des études en contexte de pratique à l'enfance ont montré qu'il importe de montrer de l'intérêt au sujet des perceptions, au vécu et aux valeurs du client et de sa famille (Brassart et al., 2017 ; Lindsay et al., 2014) et de ce fait tenter de comprendre ces perceptions (Lindsay et al., 2014), ne pas les juger (Brassart et al., 2017 ; Lindsay et al., 2014) et respecter les valeurs du client et de sa famille (King et al., 2015). Les ergothérapeutes ayant participé à l'étude de Lindsay et ses collaborateurs (2014) soulignent à leur tour d'accorder plus de temps pour développer une relation thérapeutique de confiance permettant ainsi une meilleure compréhension des perceptions et des valeurs du client et de sa famille. Les résultats de l'étude de Singh et ses collaborateurs (2023) mettent en évidence l'importance de la relation collaborative dans un contexte de soins palliatifs et de fin de vie. De façon concrète, King et ses collaborateurs (2015) proposent d'être attentif au langage non verbal des clients et des membres de la famille, de poser des questions et d'affirmer humblement, lorsque c'est le cas, que nous avons peu de connaissance sur le sujet (King et al., 2015). Les études sélectionnées suggèrent d'opter pour une posture d'ouverture afin de bien saisir les besoins et les objectifs (Lindsay et al., 2014), de miser sur les forces de la famille (Brassart et al., 2017) et d'ajuster nos attentes en

fonction du client et de sa famille (King et al., 2015). Singh et ses collaborateurs (2023) précisent l'importance de l'humilité dans un contexte de pratique avec des personnes issues d'une communauté culturellement différente de la sienne. Cette même étude souligne l'importance d'apprendre des clients plutôt que de tenter à tout prix de se mettre dans les souliers de la personne et d'assumer ce qu'elle préfèrerait ou ferait dans une situation donnée (Singh et al., 2023). L'ensemble de ces approches et de ces attitudes permettent de considérer le client dans son entièreté. Une fois ces considérations prises en compte, il importe de communiquer avec le client pour s'assurer que le processus thérapeutique est en adéquation avec ses valeurs et ses objectifs. Cependant, il est possible que la communication représente un enjeu. Dans ce cas, la littérature a permis de recenser différentes stratégies pouvant être mises en place par le thérapeute pour faciliter la communication et actualiser une pratique culturellement compétente.

5.2.3.2 Utiliser des stratégies communicationnelles

Les articles sélectionnés abordent différentes stratégies permettant d'adapter son niveau de langage et d'actualiser la compétence culturelle lors de la communication avec le client. Cependant, l'ensemble de ces stratégies n'ont été soulevées que dans des études s'intéressant à la pratique auprès d'enfants en situation de handicap avec des parents immigrants. Les résultats de l'étude de Brassart et ses collaborateurs (2017) proposent une liste de stratégies pouvant être mise en place par les professionnels comme simplifier la structure grammaticale et le vocabulaire des phrases, parler plus lentement, offrir des choix de réponses, utiliser des gestes, utiliser des métaphores et répéter ou reformuler, au besoin. Dans un ordre d'idées semblables, King et ses collaborateurs (2015) abordent des stratégies complémentaires tels qu'utiliser des termes facilement compréhensibles, utiliser le jargon de la famille et utiliser des exemples simples et concrets. Également, cette étude souligne l'importance de prendre le temps d'expliquer à un rythme adéquat pour la famille et de ne pas expliquer tout en même temps (King et al., 2015). Ils proposent de laisser du temps pour

saisir l'information et surtout de s'assurer que les informations ont bien été comprises avant de quitter la rencontre (King et al., 2015). Également, King et ses collaborateurs (2015) suggèrent d'expliquer les intentions de la thérapie, le pourquoi et le comment en utilisant le jargon des parents, d'utiliser des exemples simples et concrets et d'inclure, au besoin, un soutien visuel.

Il est possible que malgré l'ajustement du niveau de langage, les informations importantes n'aient pas toutes été saisies. Pour ce faire, il existe des outils permettant d'assister le thérapeute dans la communication des informations. Ces derniers ne sont pas exclusifs à la communication orale. D'abord, Brassart et ses collaborateurs (2017) suggèrent de faire la prise de rendez-vous par courriel, les participants de l'étude précisaient que cela était à favoriser lorsqu'il pouvait y avoir des difficultés langagières de la part des parents. Ensuite, lors des rencontres, l'utilisation de logiciel de traduction (Brassart et al., 2017 ; Singh et al., 2023) et l'utilisation de stratégies visuelles telles que des images, des photos ou un ordre du jour (Brassart et al., 2017) ont été soulevés comme étant efficace tant auprès d'une clientèle à l'enfance qu'en contexte de soins palliatifs. Les articles sélectionnés abordaient également la possibilité d'avoir recours à un interprète (Brassart et al., 2017 ; Singh et al., 2023). Cependant, les participants de l'étude de Brassart et ses collaborateurs (2017) soulignent la pertinence de recevoir une formation pour apprendre à travailler de façon efficace avec un interprète. De son côté, l'étude de Singh et ses collaborateurs (2023) précise que si l'interprète est un membre de la famille ou non, il est d'autant plus important d'obtenir le consentement du client avant de faire intervenir un tiers parti. Dans un autre ordre d'idées, il existe également des stratégies à la communication qui peuvent être mises en place même lorsque le client n'est pas en contact avec le thérapeute. Par exemple, les participants de l'étude de Lindsay et ses collaborateurs (2014) mettaient en lumière l'importance de rendre disponible des dépliants d'informations dans différentes langues tandis que d'autres études suggéraient d'écrire les instructions afin qu'elles soient reproductibles à la maison (King et al., 2015, Brassart et al., 2017).

Il existe un éventail de stratégies de communication orales ou visuelles pouvant être mis en place par le thérapeute pour faciliter les échanges. Cependant, pour s'assurer que celles qui sont utilisées sont gagnantes, il importe de vérifier la compréhension du client et de sa famille. D'abord, observer la réaction des parents lorsque de l'information importante est transmis peut-être un indice du niveau de compréhension (Brassart et al. 2017). Poser des questions à la famille (King et al., 2015) et leur demander de reformuler permet de mettre en évidence les informations qui ont été saisies, de les corriger au besoin ou de mettre l'accent sur d'autres informations pertinentes (Brassart et al., 2017).

Comme nommé précédemment, la communication est un élément essentiel dans l'établissement et dans le maintien de la relation thérapeutique. Les stratégies proposées plus haut permettent de faciliter les échanges et d'actualiser la compétence culturelle. Une fois que les stratégies efficaces ont été identifiées, il est possible de collaborer et d'identifier des objectifs communs avec le client et sa famille.

5.3.2.3 S'engager dans l'élaboration d'objectifs communs

En effet, il est important d'élaborer des objectifs en adéquation avec les valeurs, les préférences et les besoins du client et de sa famille, il est d'autant plus important d'être à l'écoute des priorités de ces derniers et de les impliquer dans l'élaboration de ces objectifs (Brassart et al., 2017 ; Lindsay et al., 2014). De façon concrète, lier les objectifs à quelque chose d'important pour la famille ou à une activité significative peut être une stratégie efficace pour l'élaboration d'objectifs dans un contexte de soins à l'enfance (Brassart et al., 2017). Les participants de l'étude de Brassart et ses collaborateurs (2017) suggèrent de revoir ces objectifs au besoin, ou lorsque ces derniers ne sont plus en adéquation avec les besoins et les priorités du client ou de sa famille, dépendamment du contexte.

Une communication adéquate et des objectifs clairs permettent au thérapeute de mettre en place des interventions permettant de répondre aux besoins du client. Cependant, il est important que le thérapeute adapte les interventions et les recommandations à la situation du client et de sa famille pour agir de façon culturellement compétente.

5.3.2.4 Adapter la pratique et les recommandations pour s'ajuster à la situation du client et de sa famille

Offrir des interventions et des recommandations adaptées et personnalisées a été recensés dans différents contextes. D'abord, dans un contexte de fin de vie, il est suggéré d'offrir un endroit de fin de vie en fonction des préférences (Singh et al., 2023). Singh et ses collaborateurs (2023) soulignent également l'importance d'ajuster l'heure des thérapies aux heures des rituels. Dans un contexte de pratique à l'enfance, il est proposé d'ajuster les recommandations en fonction des pratiques réalisées à la maison (Lindsay et al., 2014). Lindsay et ses collaborateurs (2014) donnent par exemple la situation de l'habillage : si, pour la famille, l'habillage des enfants est réalisé avec de l'aide de la grand-mère et que cela est acceptable pour la famille, il est nécessaire de fournir des recommandations en ce sens. Dans le même ordre d'idée, lorsque la thérapie est réalisée à la maison ou qu'il s'agit d'une préférence de la famille, il importe de proposer des exercices pouvant être réalisés dans cet environnement et en cohérence avec les valeurs de la famille (Brassart et al., 2017).

La littérature consultée dans le cadre de cet essai propose également des stratégies axées sur la compréhension des autres cultures et permettant de soutenir le client dans l'adaptation à une culture différente. Les stratégies soulevées dans la prochaine section dépeignent la vision occidentale de la compétence culturelle. Plus encore, l'ensemble de ces stratégies ont été recensées dans des études s'intéressant au contexte de pratique à l'enfance. Les stratégies proposées par les participants des études comprennent une compréhension mutuelle des difficultés du client et le soutien à la compréhension du contexte de soins.

5.3.2.5 Développer une compréhension mutuelle des difficultés du client entre le thérapeute, le client et sa famille

Afin de développer une compréhension mutuelle de la situation, il est nécessaire d'explorer les perceptions et les assises théoriques du client et du thérapeute. Dans un premier temps, certaines stratégies recensées ne sont pas en concordance avec la définition de la compétence culturelle utilisée dans le cadre de cet essai. En effet, les participants de l'étude de Brassart et ses collaborateurs (2017) proposent que le thérapeute transmette ses connaissances quant à l'importance de l'implication des deux parents dans le développement de leur enfant ainsi que les étapes du développement normal qui est basé sur des nomes et une perspective occidentale (Brassart et al., 2017). Ces mêmes participants ont ajouté qu'il peut être pertinent de placer l'enfant dans une situation où les difficultés sont apparentes pour démontrer ces dernières aux parents (Brassart et al., 2017). De plus, transmettre de la documentation aux parents et prévoir une rencontre avec l'équipe multidisciplinaire, le client et sa famille (Brassart et al., 2017) ont été soulevés comme pertinente à mettre en place pour faciliter la compréhension des difficultés. Cependant, ces stratégies ne proposent pas une compréhension mutuelle, mais plutôt une position paternaliste et donc peu adéquate dans un contexte de soins culturellement compétent.

Dans un second temps, deux articles s'intéressant au contexte de pratique à l'enfance soulèvent des stratégies permettant au thérapeute de s'intéresser à la perception des parents. Dans ce cas, il s'agit de stratégies étant davantage en concordance avec la définition de la compétence culturelle puisqu'elles ne proposent pas une position paternaliste de la part du thérapeute. Plus précisément, ces articles soutiennent qu'il est important que les thérapeutes s'intéressent à la vision de l'indépendance chez l'enfant et du handicap (Brassart et al., 2017 ; Lindsay et al., 2014). Les participants de l'étude de Brassart et ses collaborateurs (2017) suggèrent de questionner les parents sur leur compréhension du

diagnostic. Dans un autre ordre d'idées, il existe également des outils et des stratégies pouvant faciliter la compréhension des difficultés ou du diagnostic. Par exemple, une rencontre entre des parents issus de la même communauté et ayant des enfants partageant des difficultés semblables est suggérée par Brassart et ses collaborateurs (2017). La compréhension mutuelle des difficultés permet au thérapeute de comprendre la vision du client. Une fois que le thérapeute et le client partagent une vision commune de la situation, il importe que le thérapeute accompagne le client dans le contexte de soins pour favoriser l'atteinte des objectifs du client.

5.3.2.6 Aider le client à comprendre le contexte de soins et le processus thérapeutique

En effet, il importe de s'assurer que le client comprend bien la communauté d'accueil, le système de santé ainsi que le processus thérapeutique par lequel il passera. D'abord, deux études ont souligné l'importance d'accompagner le client à naviguer et comprendre le système (Brassart et al., 2017 ; Lindsay et al., 2014). Pour ce faire, les thérapeutes suggèrent d'aider les clients à la préparation des rendez-vous médicaux ou de les accompagner (Brassart et al., 2017). Dans la mesure où le professionnel ne peut y assister, il est possible de proposer de demander les rapports médicaux aux différents professionnels, au besoin (Brassart et al., 2017). Ensuite, il est également important d'offrir un large éventail d'informations au client afin que ce dernier soit en mesure de bien comprendre le contexte de soins. Par exemple, dans un contexte de pratique à l'enfance, Brassart et ses collaborateurs (2017) suggèrent d'organiser une session d'accueil avec plusieurs parents avant le début des thérapies. Durant ces rencontres d'information, il est suggéré d'aborder les informations pratiques liées à la thérapie, les rôles des différents professionnels, les services de support et la perception du handicap et des difficultés dans le pays d'accueil (Brassart et al., 2017). Puis, il importe de revendiquer pour ces populations marginalisées et pour leur accès aux services de santé et aux ressources (Lindsay et al., 2014) afin de démanteler les relations de pouvoir entre les professionnels de la santé et les patients (Singh et al., 2023).

En somme, la transformation vers une véritable prise en charge culturelle est possible lorsque les thérapeutes ont réalisé un travail d'introspection quant à l'influence de la culture sur leur personne et leurs préjugés. Ce type de prise en charge est également facilité par l'accès à de la formation tant lors du parcours académique qu'en formation continue et sur le milieu de travail. L'établissement d'une relation thérapeutique significative est également un élément clé à la compétence culturelle. En effet, la collaboration et la communication sont des éléments centraux à l'établissement et au maintien de cette relation. Ultimement, la véritable prise en charge culturelle s'actualise par un ensemble d'approches, de stratégies adaptatives et d'une posture d'ouverture à l'autre.

6. Discussion

Ce chapitre fera un retour sur les objectifs de l'étude ainsi qu'une analyse critique des résultats en lien avec d'autres écrits scientifiques. Il décrira les forces et les limites de cet essai et dépeindra les retombées possibles pour la pratique clinique.

6.1 Retour sur la question de recherche et les objectifs de recherche

La question de recherche ayant guidé cet essai était « quelles sont les stratégies pouvant être mises en place par les ergothérapeutes pour actualiser une pratique culturellement compétente ? ». Pour ce faire, l'objectif de recherche était de recueillir puis de synthétiser les pratiques utilisées actuellement par les ergothérapeutes selon la littérature. Cette étude s'est basée sur une adaptation du *ACT Cultural Model*, qui a facilité l'organisation des informations et l'orientation des résultats. Ainsi, à la lumière de l'analyse thématique découlant des 17 articles scientifiques retenus, il a été possible d'évaluer l'étendue des connaissances concernant les stratégies mises en place par les ergothérapeutes pour actualiser la compétence culturelle.

6.2 Pratiques culturellement compétentes ou simplement compétentes ?

À la suite de l'analyse thématique, il a été possible de dégager de nombreux thèmes permettant de mettre en lumière les stratégies étant mises en place actuellement par les ergothérapeutes afin d'agir de façon culturellement compétente. Certaines thématiques, telles que la collaboration, la communication et le processus réflexif sont présents dans l'ensemble des catégories de résultats du modèle conceptuel. Selon les résultats de cette étude, ces stratégies sont donc essentielles à la mise en place d'une pratique culturellement compétente. Cependant, lorsque l'on porte un regard critique sur les stratégies soulevées actuellement dans la littérature, il est possible de constater que ces dernières ne se distinguent pas de la pratique compétente et centrée sur la personne. En effet, la pratique centrée sur la personne se caractérise par la reconnaissance du savoir expérientiel, fait la

promotion de l'autodétermination et encourage le thérapeute à réaliser une réflexion critique de ses biais professionnels ainsi qu'à adopter une approche sensible à la culture (Whalley Hammel, 2012). De plus, les stratégies identifiées n'outillent pas les ergothérapeutes à faire face au contexte et contribuer au changement de celui-ci. D'ailleurs, l'article de Swisher (2005), s'intéressant aux enjeux éthiques en contexte de soins de santé propose que les enjeux éthiques qu'ils soient micro, méso ou macro doivent être résolus par des solutions du même niveau de contexte. Les résultats de la présente étude sont donc en adéquation avec la critique actuelle de la compétence culturelle. En effet, les stratégies ayant les plus ressorties dans la littérature soit la collaboration, la communication et la pratique réflexive sont en adéquation avec la pratique compétente, mais l'humilité culturelle requiert une plus grande attention à la relation de pouvoir, souligne l'importance de plaidoyer et demande une posture d'humilité (Tervalon et Murray-Garcia, 1998).

6.2.1 La pratique axée sur les relations collaboratives

D'abord, la collaboration fait partie des thématiques ayant émergées de façon consensuelle. En effet, la collaboration permet de mieux comprendre l'influence de la culture, elle contribue fortement à l'établissement d'une relation thérapeutique significative et elle peut permettre d'ajuster la pratique, les interventions et les recommandations aux besoins de l'individu ou la collectivité. Depuis peu dans la pratique, les ergothérapeutes sont conviés à faire appel à une approche axée sur les relations collaboratives (Restall et Egan, 2021 ; Restall et Egan, 2022). En concordance avec la compétence culturelle, la pratique axée sur les relations collaboratives demande aux ergothérapeutes d'avoir une conscience critique de soi, de reconnaître qu'ils influencent le contexte relationnel de la thérapie et de soutenir le travail conjoint pour l'atteinte des objectifs et des priorités signifiants pour la personne ou la communauté (Restall et Egan, 2022 ; Unsworth, 2001). Plus précisément, la pratique axée sur les relations collaboratives se caractérise par un souci des droits, de la justice et de l'équité tout en maintenant l'approche fondamentale de l'ergothérapie soit celle centrée sur la personne (Restall et al., 2018). Elle soutient les thérapeutes dans la

compréhension des différentes influences sur soi, sur le soi en relation, les individus et les collectivités auprès desquels ils travaillent et le contexte méso et macro. Cette approche vise l'établissement et le maintien de relations où les gens et les collectivités se sentent en sécurité et favorise l'autodétermination (Restall et Egan, 2022). La pratique axée sur les relations collaboratives soutient les aspirations de la profession tout en maintenant l'importance des relations, élément fondamental de la pratique de l'ergothérapie (Restall et al., 2018 ; Restall et Egan, 2022). En ce sens, cette approche appuie le plus récent référentiel de compétences pour les ergothérapeutes au Canada qui guide la pratique, la réglementation et l'enseignement. En effet, ce dernier met en lumière une toute nouvelle compétence, soit celle de culture, équité et justice. Cette compétence amène les ergothérapeutes à reconnaître l'influence de la culture, du contexte historique et politique et des structures sociales sur l'occupation. Cette compétence favorise les relations culturellement sécuritaires et les espaces éthiques. Autrement dit, les résultats relevés soutiennent que la compétence culturelle peut s'actualiser par la mise en place d'une pratique axée sur les relations collaboratives et correspondant au nouveau référentiel de compétences (ACORE, ACPUE et ACE, 2021). Cette approche en concordance avec la compétence culturelle met en lumière son importance dans la pratique et la pertinence de s'y intéresser dans le développement de pratiques ergothérapiques. Cette approche soutient donc l'activation de la conscience, l'établissement de relation thérapeutique significative et appuie la mise en place de pratiques ergothérapiques considérant la culture.

6.2.2 La pratique axée sur les relations collaboratives et la communication

Dans le même ordre d'idées, l'importance de la communication a été soulevée à de multiples reprises et ce dans toutes les catégories de résultats du modèle conceptuel. Effectivement, les résultats suggèrent que de communiquer avec les individus, les collectivités et d'autres professionnels permet d'être plus sensible à l'influence de la culture, de contribuer à la signifiance de la relation thérapeutique et d'utiliser les meilleures approches. De façon théorique, la communication interpersonnelle est le moyen par lequel il

est possible d'échanger de l'information, de partager des émotions, de créer ou de donner du sens, d'agir sur l'autre, de partager ses besoins, ses valeurs, ses attitudes et de codévelopper et d'entretenir des relations (Richard et Lussier, 2010). Selon le plus récent référentiel de compétences pour les ergothérapeutes au Canada, la communication et la collaboration ne forment qu'une seule compétence clé en ergothérapie (ACORE, ACPUE et ACE, 2021). La pratique axée sur les relations collaboratives souligne l'importance de la sécurité. Plus particulièrement, la communication influence majoritairement la sécurité émotionnelle. Cette dernière est soutenue par une posture d'ouverture, d'humilité et de respect de la part du thérapeute et une conscience de la relation de pouvoir et de la façon dont elle est reflétée dans les expressions verbales, non verbales et écrites (Restall et Egan, 2022). En concordance avec les résultats soulevés dans ce projet de recherche, la communication est au cœur de la compétence culturelle. De plus, le plus récent référentiel de compétence et l'approche axée sur les relations collaboratives mettent en lumière le caractère essentiel de la communication et donc la compétence culturelle. En ce sens, ces deux documents démontrent que la compétence culturelle est au cœur de la pratique de l'ergothérapie et que cette dernière est en adéquation avec les aspirations et les paradigmes actuels et futurs de la profession.

En contrepartie, à la lumière des résultats de cette étude, les concepts clés liés à l'approche axée sur les relations collaboratives, soient la compétence culturelle et l'humilité culturelle ne sont pas acquises par l'ensemble des professionnels de la santé. En effet, certains résultats de cet examen de la portée témoignent une approche paternaliste et peu de résultats abordent l'importance de plaidoyer pour le client. Plus encore, aucune étude n'aborde la perspective de membres appartenant à une culture différente de celle dominante. Ceci témoigne également de l'approche paternaliste dans le domaine de la recherche. En effet, la perspective de ses personnes s'avère essentielle pour éviter ce paternalisme et remettre en question les modèles actuellement en place. La pratique culturellement compétente reconnaît le caractère essentiel de la co-construction, c'est-à-dire

la mise en place d'échanges collaboratifs sur les préoccupations et les aspirations dans le but de mettre en place des objectifs et un plan en considérant le contexte micro, méso et macro d'une personne (Restall et al., 2022). Ainsi, la co-construction s'avère tout aussi vraie dans le domaine de la recherche, particulièrement lorsque la compétence culturelle est le sujet d'intérêt.

6.2.3 Le contexte de pratique actuel

Cependant, bien que la plus récente littérature est en faveur de l'approche axée sur les relations collaboratives et l'humilité culturelle, il importe tout de même de s'intéresser au contexte de pratique actuel. En effet, les stratégies dépeintes dans la littérature et les approches émergentes dans la profession ne sont pas nécessairement en cohérence avec les mesures organisationnelles et politiques qui encadrent les professionnels œuvrant sur le terrain. En effet, un examen de la portée réalisé en 2018 s'intéressant à la perception de professionnels de la santé quant aux barrières et aux facilitateurs à l'actualisation de la compétence culturelle montre que la barrière de la langue, l'influence de la diversité culturelle sur la prestation de services et les ressources facilitantes limitées sont les plus rencontrées par ces professionnels (Grandpierre et al., 2018). Plus particulièrement, les thérapeutes rapportent qu'une vision différente de l'indépendance, du handicap, de la prise de décision et des rôles associés au genre rend difficile la prestation de services dans un contexte occidental où le modèle de services privilégie certaines valeurs comme l'indépendance pour ne nommer que celle-ci (Grandpierre et al., 2018). Ces mêmes constats avaient été faits dans un essai critique publié en 2014. En effet, une conception différente de certains concepts en réadaptation et la langue avaient été soulevées (Charbonneau, 2014). Cette étude ajoutait également la contrainte de temps en raison du milieu et du contexte de pratique (Charbonneau, 2014). Plus encore, l'étude de Drolet et Goulet (2017) souligne que les barrières méso-environnementales, soient celles ayant à trait à l'établissement de travail, sont celles les plus discutées par les ergothérapeutes ne permettant pas l'actualisation des

valeurs professionnelles de l'ergothérapie. Plus précisément, les barrières méso-environnementales se résument par le manque de temps et de ressources, les politiques et les valeurs de l'institution et du milieu. En effet, les ergothérapeutes rapportent ne pas avoir suffisamment de temps et de ressources pour intervenir de la façon dont ils souhaiteraient le faire. Le contexte de productivité et de rendement et le manque de ressources humaines, financières et matériels rend difficile le travail des ergothérapeutes lorsqu'ils souhaitent faire la promotion des valeurs de la profession (Drolet et Goulet, 2017).

Dans un autre ordre d'idées, une pratique largement soulignée dans les résultats se rapporte à la capacité d'introspection des ergothérapeutes. Effectivement, les résultats montrent que les ergothérapeutes actualisent une pratique culturellement compétente grâce à un regard vers soi permettant de comprendre l'influence de la culture, porter un regard critique sur leur impact dans la relation thérapeutique et pour remettre en question les façons de faire. En effet, selon Witheford et St-Clair (2002) le développement des compétences interculturelles est plutôt d'apports théoriques et réflexifs. Jasmin et ses collaborateurs (2019) proposent un continuum de compétences interculturelles en sept gradations allant de la destruction culturelle à l'humilité culturelle. Les trois dernières gradations concernent la compétence culturelle, la maîtrise culturelle et l'humilité culturelle. L'humilité culturelle se caractérise par un engagement prolongé d'auto-évaluation et d'autocritique face aux pratiques intentionnelles et non intentionnelles réalisées auprès de population avantagée ou désavantagée par l'ethnie, la race, la classe, les capacités, le genre et l'identité sexuelle (Beagan, 2015). L'humilité culturelle appuie l'approche centrée sur le client et reconnaît l'expertise de l'individu ou la collectivité face à son savoir expérientiel. Elle se caractérise par ses réflexions critiques sur le pouvoir et les préjugés culturels. Ultimement, l'humilité culturelle se veut une posture supplémentaire à la compétence culturelle. Dans cette posture, le thérapeute est en mesure d'agir de façon culturellement compétente et d'être conscient de la relation de pouvoir et des déséquilibres

qu’elle peut engendrer. Cette posture permet aux thérapeutes de minimiser les impacts de cette relation de pouvoir et de mettre en place des relations culturellement sécuritaires.

En somme, bien que l’humilité culturelle reste la cible à atteindre, il existe également un contexte entourant la pratique en ergothérapie qui pose un problème à l’actualisation de ces pratiques réflexives. Plus précisément, la pratique réflexive s’ajoutant à l’humilité culturelle est peu réaliste compte tenu du contexte de pratique actuelle. En effet, la revue systématique réalisée en 2022 par Crawley montre que l’obstacle majeur à la pratique réflective est le temps et les ressources supplémentaires nécessaires qui sont généralement manquants compte tenu du contexte.

6.3 Implications et recommandations pour la pratique

En considérant les résultats obtenus, différentes recommandations émergent de ce projet de recherche afin de mettre en place des pratiques culturellement compétentes. D’abord, la compétence culturelle s’avère en adéquation avec les aspirations de la profession. Cependant, il semble y avoir un écart avec le contexte de pratique. Pour ce faire, il importe que les ergothérapeutes fassent preuve d’engagement envers la profession et utilisent leur leadership pour favoriser la mise en place des stratégies afin d’offrir des soins culturellement sécuritaires. En ce sens, il importe de plaidoyer pour que les politiques organisationnelles soient en adéquation avec la justice sociale et les meilleures pratiques émergentes. Dans le même ordre d’idées, afin d’actualiser une pratique centrée sur le client, un changement de paradigme s’impose dans les établissements de santé favorisant la qualité des soins plutôt que la quantité et favorisant une approche collaborative. Ultimement, la reconnaissance des pratiques émergentes et des obstacles à la compétence culturelle permet de prendre une perspective critique sur le contexte organisationnel et plaidoyer pour le soutien d’une structure permettant une prestation de services culturellement sécuritaire et la pratique réflective chez les ergothérapeutes.

6.4 Forces et limites de cette recherche

Pour poursuivre, cet examen de la portée avait pour objectif de brosser un portrait des stratégies actuellement utilisées par les ergothérapeutes pour actualiser une pratique culturellement compétente. À notre connaissance, il s'agit du premier travail en ergothérapie en ce sens, qui regroupe et synthétise les pratiques liées à la compétence culturelle. En effet, la compétence culturelle est un sujet d'actualité en ergothérapie, notamment par l'importance qu'y accordent les thérapeutes et de la diversification des clientèles rencontrées. Ainsi, le choix de devis, les objectifs de recherche et le cadre conceptuel sélectionnés ont permis, par la réalisation de ce projet de recherche, de présenter aux ergothérapeutes une liste de stratégies applicables à la pratique. En ce sens, ce projet de recherche peut permettre d'amorcer une réflexion sur sa propre pratique et la place accordée à la compétence culturelle et d'appuyer le développement de pratiques ergothérapiques culturellement sécuritaires. Ce projet peut également agir comme point de départ pour l'adoption et la revendication de pratiques probantes dans les milieux cliniques afin de mettre en place des offres de services inclusives et culturellement sécuritaires.

En contrepartie, certaines limites ont pu influencer les résultats de cette étude lors de la recherche de données, de la sélection des articles et de la collecte de données. En effet, bien qu'un souci de diversifier les bases de données ait été présent, le contexte et les délais imposés par la réalisation de l'essai ont fait en sorte qu'il n'a pas été possible de consulter l'ensemble des bases de données. Également, aucun article n'est issu d'autres sources telles que les références bibliographiques de revues systématiques. Ensuite, la majorité des articles sélectionnés s'intéressent à la perception d'étudiants en ergothérapie ou d'ergothérapeutes œuvrant auprès des enfants ce qui peut représenter une limite quant à la transférabilité des résultats générés. En ce sens, la limite majeure de ce projet de recherche demeure dans l'absence de l'inclusion d'articles portant sur la perspective des membres de communauté culturelle différente de celle dominante. Il est possible de croire que cela s'explique par la présence importante de paternalisme dans le milieu de la

recherche. Dans le même ordre d'idée, la provenance des articles, soit majoritairement du Canada et des États-Unis traduit un point de vue nord-américain et empreint de valeurs associées au Nord Global de la compétence culturelle représentant ainsi une limite majeure à ce projet de recherche.

7. Conclusion

Ce projet de recherche synthétise les pratiques actuellement utilisées par les ergothérapeutes pour actualiser une pratique culturellement compétente. Ces pratiques ont été recensées grâce à une analyse approfondie des articles scientifiques dans le cadre d'un examen de la portée permettant d'identifier des regroupements de pratiques clés permettant l'actualisation de la compétence culturelle. Ainsi, la communication, les relations collaboratives et le processus réflexif sont ressortis de manière consensuelle. De plus, la compétence culturelle s'avère être en adéquation avec les aspirations de la profession et en concordance avec le plus récent référentiel de compétence.

Cependant, il est indéniable qu'il existe une disparité entre les pratiques à adopter et la réalité clinique des ergothérapeutes. Le contexte de productivité et administratif présent dans différents établissements de santé et de services sociaux fait en sorte que les ergothérapeutes ne sont pas en mesure d'actualiser une pratique culturellement compétente dans le but de répondre aux exigences de leur employeur. Il est possible de critiquer cette culture de productivité puisqu'elle ne répond pas systématiquement aux besoins des personnes s'identifiant à la culture dominante ou celle de l'ergothérapeute. En ce sens, une réflexion et davantage de recherche sur les structures administratives et politiques du système de santé et de services sociaux qui nuisent à la prestation de soins culturellement sécuritaires s'avère essentielle.

Enfin, par la connaissance du vécu des clients, des meilleures pratiques à adopter et des défis organisationnels présents, les ergothérapeutes présentent les compétences et ont le devoir de plaidoyer et de revendiquer pour l'amélioration de la prestation de services auprès des personnes issues de communautés culturellement minoritaires. En d'autres mots, les ergothérapeutes possèdent l'ensemble des compétences permettant d'offrir des soins culturellement sécuritaires, il importe de revendiquer pour que le contexte de pratique soit favorable à l'actualisation de ces compétences.

8. Références

Arksey, H. et O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework *International Journal of Social Research Methodology, 8*(1), 19-32. https://doi.org/10.1080/1364557032000119616

Association Canadienne d'ergothérapie, Association canadienne des programmes universitaires en ergothérapie), Association canadienne des organismes de réglementation en ergothérapie et Fondation canadienne d'ergothérapie. (2024). *Joint position statement — Toward equity and justice: Enacting an intersectional approach to social accountability in occupational therapy Canadian Association of Occupational Therapists*. https://caot.ca/document/8179/Toward%20Equity%20and%20Justice_JPS

Association canadienne des ergothérapeutes, l'Association canadienne des programmes universitaires en ergothérapie, l'Association canadienne des organismes de réglementation en ergothérapie et Fondation canadienne d'ergothérapie (2024). *Prise de position conjointe – Vers l'équité et la justice : mise en œuvre d'une approche intersectionnelle de la responsabilité sociale en ergothérapie*. Association canadienne des ergothérapeutes. https://caot.ca/document/8180/Justice_JPS_FR_V3.pdf

Association canadienne des ergothérapeutes. (2011). *CAOT Position Statement : Occupational therapy and cultural safety (2011*). https://caot.ca/document/3702/O%20-%20OT%20and%20Cultural%20Safety.pdf

Association canadienne des organismes de réglementation en ergothérapie, Association canadienne des programmes universitaires en ergothérapie, Association canadienne des ergothérapeutes. (2021). *Référentiel de compétence pour les ergothérapeutes au Canada*. https://caot.ca/document/7678/OT-Competency-Document-FR-web.pdf

Balcazar, F. E., Suarez-Balcazar, Y. et Taylor-Ritzler, T. (2009). Cultural competence: development of a conceptual framework. *Disability & Rehabilitation*, 31(14), 1153-1160. https://doi.org/10.1080/09638280902773752

Beagan, B. L. (2015). Approaches to culture and diversity: A critical synthesis of occupational therapy literature: Des approches en matière de culture et de diversité : une synthèse critique de la littérature en ergothérapie. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, *82*(5), 272–282. https://doi.org/10.1177/0008417414567530

Black, R. M. et Wells, S. A. (2007). *Culture & occupation : a model of empowerment in occupational therapy*. AOTA Press

Brassart, E., Prévost, C., Bétrisey, C., Lemieux, M. et Desmarais, C. (2017). Strategies Developed by Service Providers to Enhance Treatment Engagement by Immigrant Parents Raising a Child with a Disability. *Journal of Child and Family Studies, 26*(4), 1230-1244. https://doi.org/10.1007/s10826-016-0646-8

Cabatan, M. C. C. et Grajo, L. C. (2017). Internationalization in an occupational therapy curriculum: A Philippine–American pilot collaboration. *American Journal of Occupational Therapy, 71*(6). https://doi.org/10.5014/ajot.2017.024653

Carrier, A. (2019). Préface. Dans E. Jasmin (dir.), *Des sciences sociales à l'ergothérapie : mieux comprendre la société et la culture pour mieux agir comme spécialiste en habilitation à l'occupation.* Presses de l'Université du Québec.

Charbonneau, V. (2014). *Perceptions d'ergothérapeutes quant à la compétence culturelle et à leur sentiment de compétence à intervenir auprès des clients ayant une culture différente de la leur* [Essai de maîtrise]. http://depot-e.uqtr.ca/7442/1/030803380.pdf

Coffin, D., Collins, M. et Waldman-Levi, A. (2021). Fostering Inter-Professional Education through Service Learning: The Belize Experience. *Occupational Therapy in Health Care, 35*(2), 217-226. https://doi.org/10.1080/07380577.2021.1877862

Crawley, R. (2022). Cultural competence in occupational therapy to reduce health disparities : a systematic review. *International Journal of Therapy and Rehabilitation* https://doi.Org/10.12968/ijtr.2021.0011

Cuche, D. (2016). *La notion de culture dans les sciences sociales* (5e éd.). La Découverte.

Davis-Cheshire, R. et Crabtree, J. L. (2019). Evaluating Cultural Competence in an Occupational Therapy Pediatric Course. *Occupational Therapy in Health Care, 33*(4), 355-364. https://doi.org/10.1080/07380577.2019.1639097

Dean R. G. (2001) The myth of cross-cultural competence. *Families in Society 82,* 623–631. https://doi.org/10.1606/1044-3894.151

Denis, C. (2013). *Individu et société* (5e éd.). Chenelière éducation.

Dickie, V., P. Cutchin, M. et Humphry, R. (2011). Occupation as Transactional Experience : A Critique of Individualisme in Occupational Science. *Journal of Occupational Science, 13*(1), 83–93. https://doi.org/10.1080/14427591.2006.9686573

Drolet, M.-J., Sauvageau, A., Baril, N. et Gaudet, R. (2019). Les enjeux éthiques de la formation clinique en ergothérapie. *Approches inductives*, *6*(1), 148–179. https://doi.org/10.7202/1060048ar

Drolet, M.-J.,et Goulet, M. (2017). *Les barrières et facilitateurs à l'actualisation des valeurs professionnelles: perceptions d'ergothérapeutes du Québec*. https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/9133/1/Drolet_M-J_189_ED.pdf

Fortier, J.-F., et Pizarro Noël, F. (2018). *La sociologie de A à Z* (2e éd.). Pearson ERPI.

Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (4e éd.). Chenelière éducation.

Foti, M. K., Eleazar, C. et Furphy, K. A. (2014). Teleconsultation with a developing country: student reported outcomes of learning. *International journal of telerehabilitation, 6*(1), 41-49. https://doi.org/10.5195/ijt.2014.6140

Gat, S. et Ratzon, N. Z. (2014). Comparison of occupational therapy students' perceived skills after traditional and nontraditional fieldwork. *The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association, 68*(2), 47-54. https://doi.org/10.5014/ajot.2014.007732

Gouvernement du Québec. (2010). *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : Résultat d'une réflexion commune. La direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/responsabilitepopulationnelle/cadre_conceptuel.pdf

Grandpierre, V., Milloy, V., Sikora, L., Fitzpatrick E., Thomas, R., et Potter, B. (2018). Barriers and facilitators to cultural competence in rehabilitation services: a scoping review. *BMC Health Services Research*, *18*(1), 1–14. https://doi.org/10.1186/s12913-017-2811-1

Guimond, S. (2010). *Psychologie sociale : perspective multiculturelle*. Mardaga.

Haltiwanger E. (2010 8). Client empowerment through cultural sensitivity. *OT Practice*, 7-11.

Haro, A. V., Knight, B. P., Cameron, D. L., Nixon, S. A., Ahluwalia, P. A. et Hicks, E. L. (2014). Becoming an occupational therapist: perceived influence of international fieldwork placements on clinical practice. *Canadian journal of occupational therapy. Revue canadienne d'ergotherapie, 81*(3), 173-182. https://doi.org/10.1177/0008417414534629

Haviland, W. A., Roy, L., Trudeau, N., et Mignault, C. (2013). *Peuples et cultures : une introduction à l'anthropologie sociale et culturelle* (2e éd). Groupe Modulo.

Jasmin, E. (2019). *Des sciences sociales à l'ergothérapie : mieux comprendre la société et la culture pour mieux agir comme spécialiste en habilitation à l'occupation*. Presses de l'Université du Québec.

Johnson Y. M., Munch S. (2009) Fundamental contradictions in cultural competence. *Social Work 54: 220–231*. https://doi.org/10.1093/sw/54.3.220

Kinébanian A., Stomph M. (2009). *Diversity matters: Guiding principles on diversity and culture*. Forrestfield, Western Australia: World Federation of Occupational Therapists

King, G., Desmarais, C., Lindsay, S., Piérart, G. et Tétreault, S. (2015). The roles of effective communication and client engagement in delivering culturally sensitive care to immigrant parents of children with disabilities. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal, 37*(15), 1372-1381. https://doi.org/10.3109/09638288.2014.972580

Kirsh B., Trentham B., Cole S. (2006). Diversity in occupational therapy: Experiences of consumers who identify themselves as minority group members. *Australian Occupational Therapy Journal*, *53*, 302–313.

Laliberté Rudman, D. (2010). Occupational terminology: Occupationnal possibilities. *Journal of Occupational Science, 17*(1), 55-59. https://doi.org/10.1080/14427591.2010.9686673

Laliberte Rudman, D., Aldrich, R. M. et Kiepek, N. (2022) Évolution des connaissances sur l'occupation. Dans M. Egan, et G. Restall (dir.), *L'ergothérapie axées sur les relations collaboratives pour promouvoir la participation occupationnelle*. Association canadienne des ergothérapeutes

Li, S., Miles, K., George, R. E., Ertubey, C., Pype, P. et Liu, J. (2023). A critical review of cultural competence frameworks and models in medical and health professional education: A meta-ethnographic synthesis: BEME Guide No. 79. *Medical Teacher, 45*(10), 1085-1107. https://doi.org/10.1080/0142159X.2023.2174419

Lindsay, S., Tétrault, S., Desmaris, C., King, G. A. et Piérart, G. (2014). The cultural brokerage work of occupational therapists in providing culturally sensitive care. *Canadian journal of occupational therapy. Revue canadienne d'ergotherapie, 81*(2), 114-123. https://doi.org/10.1177/0008417413520441

Lynch, E. W., et Hanson, M. J. (2011). *Developing cross-cultural competence : a guide for working with children and their families* (4e éd.). Paul H. Brookes Pub. http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=654556

Meaux, J. B., Saviers, B. et Traywick, L. (2021). Effects of study abroad on cultural and interprofessional competencies. *Nurse education today, 103.* https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104928

Miles, M. B., Huberman, A. M., Bonniol, J.-J., et Hlady Rispal, M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2e éd.). De Boeck Université.

Mu, K., Peck, K., Jensen, L., Bracciano, A., Carrico, C. et Feldhacker, D. (2016). CHIP: Facilitating Interprofessional and Culturally Competent Patient Care Through Experiential Learning in China. *Occupational Therapy International, 23*(4), 328-337. https://doi.org/10.1002/oti.1434

Muňoz J. P. (2007). Culturally responsive caring in occupational therapy. *Occupational Therapy International, 14*, 256–280. https://doi.org/10.1002/oti.238

Paris, D. M., Slaymaker, R. R., Guest, H. A. et Kalb, A. C. (2023). Interprofessional Simulation as an Educational Tool to Assess Cultural Competence Among Health Professions Students. *Simulation in healthcare: journal of the Society for Simulation in Healthcare, 18*(3), 163-171. https://doi.org/10.1097/sih.0000000000000655

Pope, K., Hewlin-Vita, H. et Chu, E. M. Y. (2023). The Human Library and the development of cultural awareness and sensitivity in occupational therapy students: a mixed methods study. *Frontiers in medicine, 10.* https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1215464

Restall, G. et Egan, M. (2021). Collaborative Relationship-Focused Occupational Therapy: Evolving Lexicon and Practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 88*(3). https://doi.org/10.1177/00084174211022889

Restall, G. et Egan, M. (2022). L'ergothérapie axée sur les relations collaboratives. Dans M. Egan, et G. Restall (dir.), *L'ergothérapie axée sur les relations collaboratives pour promouvoir la participation occupationnelle*. Association canadienne des ergothérapeutes.

Restall, G. J., MacLeod Schroeder, N. J. et Dubé, C. D. (2018). The Equity Lens for Occupational Therapy: A program development and evaluation tool: L'Equity Lens for Occupational Therapy : un outil pour le développement et l'évaluation de programme. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 85*(3), 185-195. https://doi.org/10.1177/0008417418756421

Restall, G., Egan, M., Valavaara, K., Phenix, A. et Sack, C. (2022). Cadre Canadien pour un processus de pratique ergothérapique axé sur les relations collaboratives. Dans M. Egan, et G. Restall (dir.), *L'ergothérapie axée sur les relations collaboratives les pour promouvoir la participation occupationnelle : Lignes directrices de l'Association canadienne des ergothérapeutes*. Association canadienne des ergothérapeutes.

Richard, C., Lussier, M.-T., Galarneau, S., et Jamoulle, O. (2010). Compétence en communication professionnelle en santé. *Pédagogie Médicale*, *11*(4), 255–272. https://doi.org/10.1051/pmed/2011009

Rocher, G. (2012). *Introduction à la sociologie générale*. Bibliothèque québécoise.

Saunders J. A., Haskins M., Vasquez M. (2015) Cultural competence: A journey to an elusive goal. *Journal of Social Work Education, 51,* 19–34. https://doi.org/10.1080/10437797.2015.977124

Singh, H., Haghayegh, A. T., Shah, R., Cheung, L., Wijekoon, S., Reel, K. et Sangrar, R. (2023). A qualitative exploration of allied health providers' perspectives on cultural humility in palliative and end-of-life care. *BMC palliative care, 22*(1). https://doi.org/10.1186/s12904-023-01214-4

Smith, Y. J., Cornella, E. et Williams, N. (2014). Working with populations from a refugee background: an opportunity to enhance the occupational therapy educational experience. *Australian Occupational Therapy Journal, 61*(1), 20-27. https://doi.org/10.1111/1440-1630.12037

Statistiques Canada. (2022). *Le recensement canadien, un riche portrait de la diversité ethnoculturelle et religieuse au pays*. (Publication n^{0}11-001-X).https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/221026/dq221026b-fra.pdf?st=xlXyb_9g

Swisher, L. L. D., Arslanian, L. E., et Davis, C. M. (2005). The Realm-Individual Process-Situation (RIPS) model of ethical decision-making. *Technology, 305*, 284-4535.

Tervalon, M. et Murray-García, J. (1998). Cultural Humility Versus Cultural Competence: A Critical Distinction in Defining Physician Training Outcomes in Multicultural Education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, *9*(2), 117–125.

Thomas, D.R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation*, *27*(2), 237-246.

Threntham., B, Laliberte Rudman, D., Smith., H. et Phenix A. (2022). Le contexte historique et sociopolitique de l'ergothérapie au Canada. Dans M. Egan, et G. Restall (dir.), *L'ergothérapie axée sur les relations collaboratives les pour promouvoir la participation occupationnelle : Lignes directrices de l'Association canadienne des ergothérapeutes*. Association canadienne des ergothérapeutes.

Townsend, E., Polatajko, H. J., Cantin, N., et Association canadienne des ergothérapeutes. (2013). *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2e éd.). CAOT Publications ACE.

Trentham B., Cockburn L., Cameron D. et Iwama M. (2007). Diversity and inclusion within an occupational therapy curriculum. *Australian Occupational Therapy Journal*, 54, 49

Unsworth, C. (2001). Clinical Reasoning: How do Pragmatic Reasoning, Worldview and Client-Centerdness Fit?. *Royal College of Occupational Therapists, 67*(1). https://doi.org/10.1177/030802260406700103

Whalley Hammell, K. R. (2012). Client-centred practice in occupational therapy: Critical reflections. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(3), 174–181. https://doi.org/10.3109/11038128.2012.752032

Whiteford, G. et St-Clair, V. W. (2002). Being prepared for diversity in practice: Occupational therapy students' perceptions of valuable intercultural learning experiences. *British Journal of Occupational Therapy*, *65*(3), 129–137. https://doi.org/10.1177/030802260206500305

Wimpenny, K., Lewis, L., Roe, S., Désiron, H., Gordon, I. et Waters, S. (2016). Preparation for an uncertain world: international curriculum development for mental health occupational therapy. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin, 72*(1), 5-15. https://doi.org/10.1080/14473828.2016.1161960

World Federation of Occupational Therapists. (2009). *Guiding principles on diversity and culture*. https://wfot.org/resources/guiding-principles-on-diversity-and-culture-archived

World Federation of Occupational therapists. (s.d.). *About Occupational Therapy*. https://wfot.org/about/about-occupational-therapy

9. Annexe

Annexe 1

Grille d'extraction et résumé des articles scientifiques retenus

Titre de la publication	Auteurs et année de publication	Objectif de l'étude	Devis, méthodologie et participants	Principaux résultats
Becoming an occupational therapist: Perceived influence of international fieldwork placements on clinical practice	Haro, Adriana V. Knight, Brittany P. Cameron, Debra L. Nixon, Stephanie A. Ahluwalia, Puja A. Hicks, Emma L. 2014	Montrer que le modèle de rétablissement basé sur l'atténuation des symptômes, le retour du fonctionnement et le départ de l'hôpital n'est pas le modèle idéal.	Qualitative interprétative Entrevues semi-structurées Ergothérapeutes	Les stages à l'international permettent de développer la sensibilité culturelle, les capacités réflexives, les compétences de collaborateur, d'expert en habilitation des occupations et d'agent de changement.
CHIP : Facilitating Interprofessional and Culturally Competent Patient Care Through Experiential Learning in China	Mu, Keli Peck, Kirk Jensen, Lou Bracciano, Al Carrico, Cathy Feldhacker, Diana 2016	Évaluer l'impact du programme CHIP sur les participants	Mixte rétrospective Test pré et post programme, groupe de discussion focalisé Étudiants en ergothérapie, physiothérapie et sciences infirmières	Une amélioration notable sur l'échelle de perception de compétence culturelle est notée après l'expérience.
Comparison of occupational therapy students' perceived skills after traditional and nontraditional fieldwork	Gat, Sarah Ratzon, Navah Z. 2014	Comparer la perception d'étudiants ayant participé à un stage communautaire avec celles d'étudiants ayant fait des stages dans des milieux traditionnels en focalisant sur l'acquisition de compétences professionnelles et personnelles.	Étude rétrospective Questionnaire maison Étudiants en ergothérapie	Les personnes ayant eu un stage en milieu communautaire sans la présence active d'un ergothérapeute sur place évaluent que leur responsabilité personnelle et leur compétence culturelle sont plus élevées.

Crossing Borders: A Qualitative Study of How Occupational Therapy Educators and Scholars Develop and Sustain Global Partnerships	Witchger Hansen, Anne Marie 2015	Documenter comment les professeurs et les étudiants perçoivent le développement et le maintien de partenariats mondiaux, et les leçons apprises de ces derniers.	Qualitative Questionnaire en ligne et suivi téléphoniques Ergothérapeute, professeurs et chercheurs en ergothérapie	Les partenariats à l'international permettent d'améliorer constamment leur compétence culturelle, à travers toutes les phases du partenariat.
The cultural brokerage work of occupational therapists in providing culturally sensitive care	Lindsay, Sally Tétrault, Sylvie Desmaris, Chantal King, Gillian A. Piérart, Gènevive 2014	Cette étude examine le travail de médiation culturelle effectué par les ergothérapeutes lorsqu'ils offrent des soins adaptés à la culture à des familles d'immigrants.	Qualitatif descriptif Entrevue individuelle Ergothérapeutes en pédiatrie	Pour surmonter plusieurs contraintes culturelles et structurelles, les cliniciens ont utilisé quatre stratégies : (a) traduire les systèmes de santé pour les clients (b) relier différentes interprétations de l'ergothérapie afin de la rendre pertinente pour les clients (c) établir des relations à long terme en bâtissant la confiance et le rapport, et (d) collaborer avec les réseaux relationnels des clients pour les aider à naviguer dans le système de santé.
Effects of study abroad on cultural and interprofessional competencies	Meaux, Julie B. Saviers, Brittany Traywick, Lavona 2021	Mesurer l'effet d'une expérience d'études à l'étranger de courte durée au Costa Rica sur les compétences interprofessionnelles et culturelles des étudiants en ergothérapie et en soins infirmiers.	Méthode mixte Cultural competency Questionnaire, Entry Level Interprofessional Étudiant en ergothérapie et en sciences infirmières	Les voyages à l'international augmentent les connaissances culturelles et les habiletés culturelles, mais pas la sensibilité (résultats du CCQ)
Evaluating Cultural Competence in an Occupational Therapy Pediatric Course	Davis-Cheshire, Rhonda Crabtree, Jeffrey L. 2019	Examiner l'impact de l'utilisation d'activités spécifiques guidées dans un cours d'ergothérapie auprès de la clientèle pédiatrique	Quantitatif Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence Among Healthcare Professionals-Revised (IAPCC-R)	Augmentation du score du IAPCC-R au post test comparé au pré chez 38 participants/41 Augmentation de la compétence culturelle chez 20 de 41 des participants selon la catégorie du IAPCC-R. Les catégories de la sensibilité culturelle, connaissances culturelles, habiletés culturelles et

			Étudiants en ergothérapie	les rencontres culturelles ont eu une augmentation significative.
Fostering Inter-Professional Education through Service Learning: The Belize Experience	Coffin, Dale Collins, Mechelle Waldman-Levi, Amiya 2021	Explorer les avantages de la formation interprofessionnelle dans le cadre d'une expérience d'apprentissage par le service avec des étudiants.	Qualitatif Questionnaire maison autoadministré Étudiants dans un domaine de la santé	Un stage à l'international permet de développer la sensibilité et la compétence culturelle
The Human Library and the development of cultural awareness and sensitivity in occupational therapy students: a mixed methods study	Pope, Kirsty Hewlin-Vita, Heather Chu, Eli Mang Yee 2023	Examiner si la participation a Human Library permet aux étudiants en ergothérapie de développer la sensibilisation et la sensibilité culturelle et de comprendre les facteurs contribuant au changement de perspective en termes de compétence culturel chez les étudiants en ergothérapie.	Mixte Cultural Competence Assessment et entrevue Étudiants en ergothérapie	La participation à ces ateliers sont augmentent le score à la Cultural Competence Assessment. Autant la partie sur la sensibilité culturelle que les comportements culturellement adéquats.
Internationalization in an occupational therapy curriculum: A Philippine–American pilot collaboration	Cabatan, Maria Concepcion C. Grajo, Lenin C. 2017	Obtenir une compréhension approfondie d'un récit global des perceptions des étudiants concernant les expériences d'apprentissage interculturel et les concepts qu'ils ont appris grâce à la collaboration	Étude de cas collective Questionnaire maison Étudiants en ergothérapie	Les participants sont plus sensibles culturellement de par leur réflexion et la modification de leur préjugée faisant la promotion du respect et de l'ouverture.
Interprofessional Simulation as an Educational Tool to Assess Cultural Competence Among Health Professions Students	Paris, Donna Marie Slaymaker, Rachel Renee Guest, Heather Ann Kalb, Amy Christine 2023	Cette étude a examiné l'application de scénarios de simulation clinique culturellement complexes qui intègrent intentionnellement le travail d'équipe interprofessionnel.	Mixte Multicultural Awareness, Knowledge, and Skills Survey (MAKSS), the Cultural Awareness Assessment Tool (CAAT) et entrevues Étudiants en soins infirmiers, travail social, ergothérapie et pharmacie	Les résultats ont montré une augmentation statistiquement significative des scores MAKSS et CAAT entre la présimulation et la post-simulation. Les résultats suggèrent également que la participation à ce type d'exercice peut avoir amélioré l'auto-évaluation de la sensibilisation culturelle et de la sensibilisation, des connaissances et des compétences multiculturelles chez les étudiants des professions de santé.

Preparation for an uncertain world: international curriculum development for mental health occupational therapy	Wimpenny, K. Lewis, L. Roe, S. Désiron, H. Gordon, I. Waters, S. 2016	Objectiver un changement dans la sensibilité interculturelle des étudiants en ergothérapie Explorer la perception des étudiants par rapport à cette expérience, l'approche d'apprentissage et les valeurs éducatives des opportunités d'apprentissage internationales en ligne. Examiner la perspective des étudiants, des diplômés et des professeurs sur cette approche pédagogique (ce qu'ils ont appris et ce qui pourrait être amélioré)	Étude de cas descriptive Entrevue Professionnels de la santé canadiens œuvrant auprès d'une clientèle en soins palliatifs	L'étude a montré une augmentation significative de la sensibilité interculturelle chez les étudiants, mesurée avant et après le projet, malgré de nombreux défis en matière d'engagement et d'apprentissage.
A qualitative exploration of allied health providers' perspectives on cultural humility in palliative and end-of-life care	Singh, Hardeep Haghayegh, Arta Taghavi Shah, Riya Cheung, Lovisa Wijekoon, Sachindri Reel, Kevin Sangrar, Ruheena 2023	Décrire les perspectives des professionnels de la santé alliés canadiens sur la pratique de l'humilité culturelle dans les contextes de soins palliatifs et de fin de vie.	Étude qualitative interprétative descriptive Entrevues Ergothérapeutes, orthophonistes, physiothérapeute, nutritionniste œuvrant en soins palliatifs	L'interprétation et la compréhension de l'humilité culturelle dans les soins palliatifs et de fin de vie (c'est-à-dire, reconnaître sa position, ses biais et ses préjugés, ainsi que s'inspirer des patients) Les valeurs, les conflits et les incertitudes éthiques liés à la pratique de l'humilité culturelle à la fin de vie, tant entre le prestataire de soins et le patient et sa famille, qu'au sein de l'équipe, ainsi que les contraintes et biais systémiques qui entravent des pratiques culturellement humbles La mise en pratique de l'humilité culturelle dans les soins palliatifs et de fin de vie.
The roles of effective communication and client engagement in delivering culturally sensitive care to immigrant parents of children with disabilities	King, Gillian Desmarais, Chantal Lindsay, Sally Piérart, Geneviève	Examiner les perceptions des thérapeutes concernant (a) l'importance d'une communication et d'un engagement efficaces dans la prestation de services de réadaptation pédiatrique aux parents immigrés d'enfants handicapés (c'est-à-dire les parents de nationalité étrangère qui sont arrivés dans leur pays d'accueil à l'âge adulte ou après	Qualitative Entrevues Travailleur social, ergothérapeutes et orthophonistes œuvrant en pédiatrie	La relation thérapeutique/communication avec le parent centré sur les objectifs est un élément clé pour l'engagement.

	Tétreault, Sylvie 2015	leur scolarité) (b) les éléments d'une approche sensible à la culture (telle qu'elle s'applique à la réadaptation pédiatrique) et (c) les stratégies qu'ils utilisent pour communiquer et s'engager efficacement avec les parents immigrés dans le processus d'intervention thérapeutique.		
Strategies Developed by Service Providers to Enhance Treatment Engagement by Immigrant Parents Raising a Child with a Disability	Brassart, E. Prévost, C. Bétrisey, C. Lemieux, M. Desmarais, C. 2017	Quelles sont les connaissances des professionnels de la santé en ce qui concerne les barrières et les stratégies pour augmenter l'engagement des parents immigrants élevant un enfant avec des incapacités ?	Étude qualitative Entrevues semi-structurées Orthophoniste, physiothérapeute, travailleur social, ergothérapeute, éducateur spécialisé, psychologue en centre de réadaptation pédiatrique	Pour diminuer les barrières qui influence l'engagement des parents immigrants, les professionnels de la santé ont identifié trois grandes catégories de stratégies soient surmonté la barrière de la langue, développer une compréhension mutuelle des difficultés de l'enfant et aider les parents à comprendre le processus de soins.
Teleconsultation with a developing country: student reported outcomes of learning	Foti, Megan K. Eleazar, Crystal Furphy, Kimberly A. 2014	Explorer les bénéfices d'implanter un service de téléconsultation internationale dans le curriculum d'une maîtrise en ergothérapie.	Étude qualitative Présentation orale des étudiants Étudiants en ergothérapie	Nouvelles connaissances sur la culture (augmentation de la sensibilité culturelle)
Working with populations from a refugee background: an opportunity to enhance the occupational therapy educational experience	Smith, Yda J. Cornella, Erika Williams, Nyles 2014	Déterminer la valeur éducative d'un stage en ergothérapie où les étudiants travaillent avec des personnes réfugiées.	Étude qualitative Entrevues semi-structurées Étudiants en ergothérapie	Les stages auprès des personnes réfugiées permet de développer la compétence culturelle et la sensibilité culturelle