

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

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

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

PAR  
MARIE-CHRISTINE FORTIN

ÉTUDE DE MODÈLES DE COMPÉTENCE CULTURELLE APPLIQUÉS À LA  
PRATIQUE D'ERGOTHÉRAPIE

AOÛT 2012

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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 ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## RÉSUMÉ

**Introduction :** Au Canada, dans les soins de santé actuels, plusieurs inégalités sont vécues par les personnes immigrantes et autochtones. L'une des solutions à ce problème réside dans la mise en œuvre de la compétence culturelle par les cliniciens. Toutefois, la compétence culturelle s'avère difficile à développer chez les étudiants et les cliniciens. Afin de faciliter le développement de la compétence culturelle, des modèles théoriques peuvent être utilisés. Le but de cet essai consiste à sélectionner des modèles de la compétence culturelle et à les analyser afin de déterminer quels modèles se révèlent pertinents. L'étude vise aussi à proposer, au besoin, des façons de bonifier ces modèles.

**Méthode :** Des recherches dans les bases de données CINAHL, psycINFO, MEDLINE, Academic Search Complete ainsi que dans des monographies contemporaines sur le sujet ont été effectuées en vue de faire une recension des modèles et des écrits sur le sujet. L'analyse des écrits s'est inspirée des devis de Paillé, soit le devis d'étude de documents et le devis d'analyse pédagogique. **Résultats :** Huit modèles de compétence culturelle ont été sélectionnés, à savoir : Campinha-Bacote (2002), Black et Wells (2007), Cross et coll. (1989), Muñoz (2007), Balcazar et coll. (2009), Sue (2001), Schim et coll. (2007) et de Hart et coll. (2003). **Conclusions :** Les modèles de Muñoz (2007) et de Hart et coll. (2003) ont été retenus pour leur pertinence. Aussi, les occupations pourraient être un des éléments ajoutés dans l'un de ces modèles afin de documenter les besoins occupationnels des clients et d'arrimer ces modèles théoriques à ceux utilisés en ergothérapie.

**Mots-clés français :** culture, ergothérapie, compétence culturelle, modèles théoriques, approche centrée sur le client

**Mots-clés anglais :** culture, occupational therapy, cultural competence, theoreticals models, client-centred

## TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX .....	v
LISTE DES FIGURES.....	vi
LISTE DES ABRÉVIATIONS .....	vii
REMERCIEMENTS .....	viii
1. INTRODUCTION .....	1
2. PROBLÉMATIQUE .....	7
2.1. Historique de la notion de compétence culturelle .....	7
2.2. Approche centrée sur le client et la compétence culturelle .....	8
2.3. Obstacles à la réalisation de la compétence culturelle .....	9
2.3.1. Rejet de l'influence culturelle. ....	9
2.3.2. Sous-culture des soins de santé. ....	9
2.3.3. Obstacles organisationnels .....	10
2.4. Outils de la compétence culturelle .....	11
2.4.1. Modèles de compétence culturelle .....	11
2.4.2. Schème de référence. ....	11
3. OBJECTIFS .....	13
4. MÉTHODE .....	15
4.1. Documents étudiés .....	15
4.2. Devis méthodologiques .....	16
4.3. Analyses des documents.....	17
5. CADRE CONCEPTUEL .....	18
5.1. Savoir .....	22

5.1.1. Conscience culturelle.....	22
5.1.2. Connaissance culturelle.....	22
5.1.3. Connaissances des principes éthiques.....	23
5.1.4. Processus à long terme.....	23
5.2. Savoir-être.....	23
5.2.1. Sensibilité culturelle.....	23
5.2.2. Désir culturel.....	24
5.3. Savoir-faire.....	25
5.3.1. Habiletés culturelles.....	25
5.4. Occupation.....	25
5.5. Environnement.....	26
5.5.1. Rencontre culturelle.....	26
5.6. Habiletés à prendre soin des autres.....	27
5.7. Explications sur la recherche de connaissances culturelles.....	27
6. RÉSULTATS.....	29
6.1. <i>Model of care</i> de Campinhna-Bacote.....	29
6.2. Modèle de compétence culturelle de Black et Wells.....	30
6.3. Continuum de la compétence culturelle de Cross, Bazron, Dennis et Isaac.....	30
6.4. <i>Culturally responsive</i> de Muñoz.....	31
6.5. <i>Conceptual framework for cultural competence development</i> de Balcazar, Suarez-Balcazar et Taylor-Ritzler.....	32
6.6. <i>Multidimensional facets of cultural competence</i> de Sue.....	33
6.7. <i>Culturally Congruent Care: Putting the Puzzle Together</i> de Schim, Doorenbos, Benkert et Miller.....	34

6.8. Modèle d' <i>inequalities imagination</i> de Hart, Hall et Henwood.....	35
7. DISCUSSION .....	38
7.1. Sélection d'un modèle de compétence culturelle spécifique .....	38
7.1.1. Éléments ayant trait au clinicien. ....	39
7.1.2. Éléments ayant trait à l'environnement.....	40
7.1.3. Éléments ayant trait à l'occupation.....	44
7.2. Conséquences pour la pratique.....	46
7.2.1. Applications possibles des modèles .....	46
7.2.2. Approche centrée sur le client : les éléments clés.....	48
7.3. Compétence culturelle : une compétence utopique? .....	51
7.4. Limites de l'étude.....	53
7.5. Forces de l'étude .....	53
8. CONCLUSION .....	55
RÉFÉRENCES.....	58
ANNEXE I.....	63
ANNEXE II.....	64
ANNEXE III .....	65

**LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1 : Présentation du profil des compétences de l'ACE .....	63
Tableau 2 : Les différentes étapes du devis d'étude de documents de Paillé.....	64
Tableau 3 : Les différentes étapes du devis d'analyse de matériel pédagogique de Paillé.....	64
Tableau 4 : Présentation du protocole et des étapes suivis dans cet essai.....	17
Tableau 5 : Représentation des différents composantes de la compétence culturelle pour chacun des auteurs recensés.....	21
Tableau 6 : Définition des différentes catégories pour chacun des modèles recensés .....	65
Tableau 7 : Comparaison entre les différents modèles à partir des éléments retrouvés dans le cadre conceptuel.....	41

**LISTE DES FIGURES**

<i>Figure 1</i> : Illustration du modèle à la base du programme en ergothérapie à l'UQTR.....	20
<i>Figure 2</i> : Illustration du modèle de la compétence culturelle de Muñoz.....	31
<i>Figure 3</i> : Illustration du modèle de la compétence culturelle de Balcazar et coll. ....	33
<i>Figure 4</i> : Illustration du modèle de la compétence culturelle de Schim et coll.....	35
<i>Figure 5</i> : Illustration du modèle de <i>Developing an inequalities imagination</i> de Hart et coll. ....	36



## **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

ACE : Association Canadienne des ergothérapeutes

AOTA : *American Occupational therapy Association*

ONSA : Organisation Nationale de la Santé Autochtone

UQTR : Université du Québec à Trois-Rivières

**REMERCIEMENTS**

Je voudrais remercier ma famille, mes amis, mes collègues en ergothérapie ainsi que mon conjoint qui m'ont soutenue tout au long de mon essai. Également, je voudrais remercier grandement ma directrice d'essai, Mme Marie-Josée Drolet, pour son ouverture, son écoute et son soutien tout au long de mes démarches.

## 1. INTRODUCTION

L'accessibilité constitue l'un des cinq principes<sup>1</sup> à la base du système de santé canadien (Ministère de la justice, 2011). Celle-ci peut se définir comme « la prestation de services de santé de manière à assurer des possibilités égales à tous les citoyens d'avoir le meilleur bilan de santé possible » (Bowen, 2000, p. 18). Autrement dit, selon la Loi canadienne sur la santé, le réseau de la santé et des services sociaux a le devoir de permettre à tous les citoyens du Canada d'avoir accès aux soins de santé et aux services sociaux. Or, une question mérite d'être posée. Dans la réalité, tous les citoyens bénéficient-ils des mêmes droits en termes d'accessibilité aux soins de santé et aux services sociaux?

Un rapport gouvernemental canadien fait état de plusieurs iniquités quant à l'accessibilité des soins de santé, touchant notamment les communautés autochtones et les personnes immigrantes (Bowen, 2000, p. 28-34). En outre, Bowen explique ces difficultés d'accès et d'équité par des obstacles culturels. Ces obstacles incluent :

Les croyances culturelles, qui impliquent des priorités et pratiques sanitaires différentes [...] les attentes des patients [...] les difficultés de langue ou de communication; le racisme ou l'ethnocentrisme au sein du système de santé et ses effets sur les habitudes d'utilisation, les traitements et les résultats; les différences au niveau des besoins ou l'efficacité dans les traitements prescrits [...] (2001, p. 25).

---

<sup>1</sup> Les cinq principes à la base du système de santé canadien sont les suivants : la gestion publique, l'accessibilité, l'universalité, la transférabilité et l'universabilité (Ministère de la justice, 2011).

Ce phénomène n'est pas isolé. Dans la littérature, ces iniquités se rencontrent ailleurs qu'au Canada (Brent Braveman & Padilla, 2011; Betancourt et coll., 2003; Pérez & Luquis, 2008). En 2007, le congrès national sur la santé transculturelle de Montréal a soulevé plusieurs problèmes d'iniquités dans les soins de santé, en lien avec les personnes ayant une culture différente de la majorité de la population. Ces problématiques incluaient un manque de connaissances sur la pratique de la sécurité culturelle<sup>2</sup> et une déficience à l'égard de son enseignement, la présence de racisme dans la prestation des soins de santé et une sous représentation des personnes provenant d'une minorité culturelle comme sujets de recherche (Hôpital de Montréal pour enfants, 2007, p. 5-10). Celles-ci s'ajoutent au problème relatif à l'accès aux soins.

D'ailleurs, ces problématiques s'avèrent d'autant plus préoccupantes puisque l'immigration se révèle florissante au Québec et que la tranche de population provenant d'autres cultures croît d'année en année (Miron, 2011, p. 10). Selon Statistique Canada, 15% de la population québécoise appartiendrait à une autre ethnie<sup>3</sup> que celle de la majorité de la population (2012). Le nombre de personnes immigrantes au Québec se chiffrait à 158 886 personnes pour les années 2000 à 2004, comparativement à 198 319 pour les années 2004 à 2009 (Miron, 2011, p. 10). L'augmentation de l'immigration

---

2 Selon ONSA (2003), la sécurité culturelle « fait référence à ce qui est ressenti et vécu par le patient dans une relation de soins surtout lorsque le fournisseur communique avec le patient d'une façon respectueuse et inclusive qui incite le patient à participer aux processus décisionnels. (...) Les rencontres culturellement sécuritaires de ce genre exigent une grande compréhension de la part du fournisseur qui doit comprendre que tous les patients de ce groupe qu'il traite ne se comportent pas de la même façon et n'ont pas forcément les mêmes croyances » (cité dans l'ACE, 2011, p. 3).

3 Le concept ethnie est « un construit utilisé afin de décrire des groupes provenant d'un même pays ou ayant un héritage particulier » [traduction libre] (Bonder et coll., 2002, p.180)

n'est pas seulement l'affaire des grandes métropoles. En effet, en Mauricie, le nombre d'immigrants est passé de 925 à 2403 personnes pour les années 2000 à 2009 (Miron, 2011, p. 18). D'autre part, les communautés autochtones représentent une partie de la population de plus en plus grande ayant des valeurs différentes de la culture majoritaire.

Selon le recensement de 2006, la population autochtone au Canada se chiffrait à 1 172 785 sur une population totale de 31 241 030 (Statistique Canada, 2012). De plus, selon Statistique Canada, cette population globalement plus jeune que la population générale serait toujours en croissance (Statistique Canada, 2012). Si cette tendance se maintient, les professionnels de la santé auront dans l'avenir à intervenir plus fréquemment auprès de cette population.

D'autre part, Betancourt, Green, Carrillo et Ananeh-Firempong, 2003 rapportent qu'il existe plusieurs barrières dans la prestation des soins de santé pour les personnes provenant d'une autre culture (2003, p. 118). Selon ces auteurs, il existe des barrières au plan de l'organisation, des structures et, finalement, dans la relation client-clinicien (2003, p. 118).

Face à ce constat, il importe de se questionner sur les rôles et les attitudes des professionnels de la santé, dont les ergothérapeutes, dans un contexte d'interventions liées au multiculturalisme. Dans ce but, l'Association américaine des ergothérapeutes (AOTA) mentionne qu'un des rôles des ergothérapeutes consiste à diminuer les iniquités

relatives à l'accessibilité aux soins de la santé (Brent Braveman, Gupta et Padilla, 2011, p. S76). D'ailleurs, la définition même de l'ergothérapie reflète ces valeurs. Townsend et Polatajko définissent l'ergothérapie comme :

(...) l'habilitation des gens à effectuer les occupations qui favorisent la santé et le bien-être; et la promotion d'une société juste et n'excluant personne afin que tous puissent participer de leur plein potentiel aux activités quotidiennes de la vie ce qui reflète des valeurs de justice et d'équité (cité dans l'ACE, 2011, p. 3).

Aussi, en 2011, l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) prenait position en faveur de l'utilisation de la sécurité culturelle pour favoriser des soins de santé égaux entre les individus. D'ailleurs, dans le profil des compétences de l'ACE, plusieurs compétences s'avèrent reliées à l'équité, à l'accessibilité et à la prestation des soins de santé avec les personnes d'autres cultures (ACE, 2007). Ces notions se retrouvent dans les compétences d'expert en habilitation des occupations, de communicateur, d'agent de changement et de professionnel (voir Tableau 1 à l'annexe I).

En effet, être expert en habilitation des occupations correspond notamment à « parvenir à une compréhension commune de l'occupation et du rendement », à « encourager les clients à préciser leurs valeurs [...] » et à « incorporer des choix culturels » (ACE, 2007, p. 8). La compétence de communicateur nécessite de se « montrer sensible à la diversité dans toute communication » (ACE, 2007, p. 10). La compétence d'agent de changement implique de défendre les possibilités occupationnelles des clients, et ce, plus particulièrement avec les clientèles vulnérables, ce qui inclut les personnes immigrantes et les autochtones (ACE, 2007, p. 13). La

compétence de professionnel nécessite que le thérapeute « adopte des comportements appropriés », « respecte la diversité [...] de l'âge, du sexe, de la religion, de l'orientation sexuelle, de l'ethnie, des croyances culturelles » et « se montre sensible à la diversité » ainsi qu'au « privilège professionnel » (ACE, 2007, p. 15).

D'autre part, les ergothérapeutes doivent s'adapter à leurs clients et varier leurs approches, selon le type de clientèle. Un ergothérapeute n'effectue pas une intervention avec des adultes comme avec des enfants ou vice-versa. Il en est de même pour les clients provenant d'une autre culture. Les ergothérapeutes doivent s'adapter à leurs clients, comme ils le feraient pour toutes autres clientèles. Dans un même ordre d'idée, le code de déontologie des ergothérapeutes du Québec (Éditeur officiel du Québec, 2012) rappelle l'un des devoirs de l'ergothérapeute à l'article 3.01.04.

« L'ergothérapeute doit chercher à établir une relation de confiance mutuelle entre lui et son client. À cette fin, l'ergothérapeute doit notamment: *a)* s'abstenir d'exercer sa profession d'une façon impersonnelle; *b)* le cas échéant, mener ses entrevues de manière à respecter l'échelle de valeurs et les convictions personnelles de son client, lorsque ce dernier l'en informe » (Éditeur officiel du Québec, 2012).

En bref, ces éléments indiquent que les ergothérapeutes ont un rôle à jouer pour défendre les intérêts et les droits des personnes provenant d'autres cultures, comme c'est

le cas pour toute clientèle. Pour ce faire, les recherches soutiennent que la compétence culturelle des intervenants doit être développée, ce qui est d'ailleurs le sujet de cet essai.

La présente réflexion vise à mieux comprendre la notion de compétence culturelle et à identifier les moyens permettant aux professionnels de la santé de la développer. Pour ce faire, l'essai est divisé ainsi : la problématique est d'abord approfondie, puis il y a une présentation des objectifs de cet essai. Ensuite, le cadre conceptuel ainsi que la méthode sont présentés. Finalement, les résultats, la discussion et la conclusion complètent la réflexion.



## **2. PROBLÉMATIQUE**

Cette section présente un bref historique de la notion de compétence culturelle ainsi que les différents enjeux entourant la réalisation de cette compétence, notamment son lien avec l'approche centrée sur le client, les principaux obstacles à sa réalisation ainsi que les outils entourant cette compétence. En somme, cette section présente un état des lieux, au sujet de la compétence culturelle, basé sur une recension des écrits.

### **2.1. Historique de la notion de compétence culturelle**

La compétence culturelle tire son origine des travaux de Leineiger qui a développé le *transcultural care* (Suh, 2004, p. 96). Une revue de la littérature permet d'affirmer que les soins infirmiers ont été les pionniers et la discipline ayant le plus d'expérience dans ce domaine (Leavitt, 2010, p. 31). Le domaine de la réadaptation a, quant à lui, reconnu plus tardivement le besoin d'avoir une pratique compétente sur le plan culturel (Leavitt, 2010, p. 33). Black et Wells indiquent d'ailleurs, qu'encore aujourd'hui, la majorité des études faites sur la compétence culturelle ne sont pas réalisées par des ergothérapeutes, mais qu'elles demeurent facilement transposables à l'ergothérapie (2007, p. 363-364). Si le domaine de la réadaptation n'a pas toujours intégré le concept de compétence culturelle dans sa pratique et dans ses recherches, il n'en demeure pas moins qu'aujourd'hui son application est reconnue (Wray & Mortenson, 2011, p. 181).

## 2.2. Approche centrée sur le client et la compétence culturelle

Selon Black et Wells, « l'utilisation de la compétence culturelle est nécessaire pour que les cliniciens aient une pratique centrée sur le client et qu'il y ait un bon climat de collaboration entre le clinicien et le client » (2007, p. 54). Il faut spécifier que l'approche centrée sur le client s'avère fortement recommandée dans la pratique en ergothérapie (Sumsion & Law, 2006, p. 153). Cette dernière constitue même l'un des cinq<sup>4</sup> éléments essentiels de la profession d'ergothérapie (Townsend et Polatajko, 2008, p. 236). En revanche, Black et Wells affirment qu'une incompetence culturelle peut nuire à la communication et à la relation de confiance entre le clinicien et le client. En effet, cette incompetence peut même mener le client à quitter sa thérapie et à rejeter le clinicien le traitant (2007, p. 56). D'ailleurs, l'Organisation Nationale de la Santé des Autochtones (ONSA) affirmait, en 2003, que :

Les différences culturelles et les incapacités des professionnels de la santé à combler les besoins des personnes autochtones contribuent à la diminution de l'adhérence au traitement, à la réduction des visites à des professionnels de la santé même s'ils sont nécessaires, à des sentiments de peur, d'irrespect et même d'aliénation [traduction libre] (cité dans ONSA, 2008, p. 6).

En bref, ces différents éléments rappellent aux professionnels de la santé la nature essentielle de la compétence culturelle et l'importance de son application en clinique. Néanmoins, la réalisation de la compétence culturelle ne s'implante pas facilement dans les milieux cliniques.

---

4 Les cinq éléments essentiels de l'ergothérapie sont les suivantes : la présence d'un défi occupationnel, le besoin pour une habilitation de l'occupation, l'approche centrée sur le client, une base multidisciplinaire de connaissances et un processus de raisonnement qui puisse aborder la complexité (Townsend et Polatajko, 2008, p. 235-236).

### **2.3. Obstacles à la réalisation de la compétence culturelle**

**2.3.1. Rejet de l'influence culturelle.** De prime abord, il peut sembler facile d'intervenir avec des personnes appartenant à une autre culture que la sienne. Cependant, plusieurs difficultés se présentent lorsque les professionnels de la santé veulent développer leurs compétences culturelles et l'appliquer en clinique. Premièrement, les cliniciens doivent être conscients de l'influence de la culture sur leurs choix et ceux de leurs clients, ce qui n'est pas toujours le cas. En effet, Black et Wells mentionnent que, sans l'utilisation d'une pratique compétente culturellement, les cliniciens ont tendance à imposer leurs visions à leurs clients, ce qui va à l'encontre de la pratique centrée sur le client (2007, p. 37). Deuxièmement, Black et Wells soulignent que les gens, en général, ont une résistance naturelle à développer la compétence culturelle (2007, p. 44). Hoops mentionne « [...] que nous avons une résistance naturelle envers tous les éléments perturbants notre identité et que nous aimons nous penser autonome et sans influence de notre environnement » (cité dans Black & Wells, 2007, p. 44).

**2.3.2. Sous-culture des soins de santé.** Pour ajouter à ces difficultés, Dayer-Brenson affirme que la sous-culture des soins de santé occidentaux en général favorise l'autonomie du client, ce qui peut amener des conflits avec un client qui ne partage pas cette valeur individualiste (2011, p. 46). Awaad rapporte d'ailleurs que certains des principes valorisés en ergothérapie peuvent entrer à l'encontre des valeurs prisées par les clients provenant d'autres cultures (2003, p. 359). Ces valeurs incluent la valorisation de

l'autonomie, de la performance ainsi que l'accomplissement de buts spécifiques (Awaad, 2003, p. 359). D'ailleurs, Whiteford et Allert mentionnent que le concept d'autonomie se révèle prédominant en ergothérapie (2000, p. 333). Toutefois, le concept d'interdépendance pourrait être également utilisé afin de mieux répondre à la clientèle variée que traitent les ergothérapeutes (Whiteford & Allert, 2000, p. 333). De surcroît, les postulats de base utilisés en ergothérapie s'avéraient spécifiques à la culture professionnelle de l'ergothérapie (Hammel, 2009, p. 20; Iwama, Thomson & MacDonald, 2009, p. 1126). Selon ces auteurs, ces postulats ne permettraient pas une représentation adéquate de l'ensemble des clients vus en ergothérapie (Hammel, 2009, p. 20; Iwama et coll., 2009, p. 1126). C'est la raison pour laquelle Iwama a développé le modèle de Kawa (Iwama et coll., 2009, p. 1125).

### **2.3.3. Obstacles organisationnels**

D'autres obstacles peuvent également nuire à la réalisation de la compétence culturelle. Il s'agit d'obstacles organisationnels, tels que le manque de temps et la rigidité du cadre dans lequel les intervenants doivent intervenir (Wray & Mortenson, 2011, p.185). Également, des obstacles organisationnels plus spécifiques à la situation du Québec peuvent nuire à la réalisation de la compétence culturelle. Bien que ces éléments ne soient pas documentés dans la littérature, ils ont été relevés par des cliniciens. Il s'agit des coupures budgétaires et du peu de formations continues abordant cette thématique.

## **2.4. Outils de la compétence culturelle**

**2.4.1. Modèles de compétence culturelle.** Pour ce faire, plusieurs modèles de développement de la compétence culturelle ont été élaborés, et ce, plus particulièrement en soins infirmiers et en psychologie (Muñoz, 2007). Dayer-Berenson précise qu'il est essentiel aux infirmiers de développer des connaissances sur les modèles et sur la *transcultural health care*, ce qui s'applique également aux autres professionnels de la santé (2011, p. 32). Cependant, Balcazar, Suarez-Balcazar et Taylor-Ritzler mentionnent qu'il existe peu de modèles valides et d'outils de mesure relatifs à la compétence culturelle (2009, p. 1153).

En ergothérapie, quelques modèles et théories ont été développés au sujet de la compétence culturelle. Les modèles de Wells et Black ainsi que celle de Suarez-Balcazar ont été conçus pour permettre le développement de la compétence culturelle (Muñoz, 2007, p. 258). Muñoz a élaboré un modèle à partir d'une théorisation ancrée basée sur la pratique de cliniciens compétents culturellement (2007, p. 258). Tandis que Bonder et collaborateurs ainsi qu'Iwama ont conçu respectivement une approche pour développer la compétence culturelle et un outil d'évaluation permettant la réalisation de la compétence culturelle (Muñoz, 2007, p. 258).

**2.4.2. Schème de référence.** D'autre part, Brousseau, Martel et Aubin mentionnent que la culture est un aspect parfois peu développé et approfondi par les ergothérapeutes en clinique (2012, p. 17-18). Ainsi, afin de combler cette lacune, un modèle de compétence

culturelle peut être utilisé à titre de schème de référence (Brousseau et coll., 2012, p. 17-18). Lequel doit alors être arrimé à un modèle théorique.

En somme, ces éléments montrent plusieurs obstacles à la réalisation de la compétence culturelle, tant pour les cliniciens que pour les étudiants en ergothérapie. Un ergothérapeute confronté à un client d'une autre culture peut se sentir démuni ou impuissant dans ses évaluations et ses interventions. Comment dès lors intervenir d'une manière efficace et pertinente auprès de clientèles qui échappent aux présupposés théoriques à la base de la majorité des modèles en ergothérapie? Face à cette impasse parfois angoissante, que faire? Cet essai vise à soutenir la pratique ergothérapique dans le contexte d'interventions pluriculturelles.

### 3. OBJECTIFS

Le but de cet essai consiste donc à étudier des modèles de développement de la compétence culturelle et à les analyser. Pour accomplir ce but, une recension des modèles de développement de la compétence culturelle a été faite ainsi qu'une analyse de ceux-ci à partir du cadre conceptuel présenté à la section cinq, lequel a dû être élaboré pour conduire cette étude. Les objectifs de cet essai sont les suivants : 1. déterminer quels sont les modèles de développement de la compétence culturelle documentés dans la littérature; 2. préciser ceux qui s'avèrent les plus appropriés à utiliser par les étudiants et les cliniciens, en ergothérapie; et 3. identifier, le cas échéant, des améliorations pouvant être apportées à ces modèles.

Il faut mentionner que les modèles de développement de la compétence culturelle ont été recherchés parmi différents domaines<sup>5</sup> de la santé et non pas seulement en ergothérapie. Il en est ainsi puisque les différentes disciplines permettent une vision plus large et plus complète de la compétence culturelle et que peu de modèles de compétence culturelle ont été développés par des ergothérapeutes.

Ce faisant, cet essai entend combler des lacunes théoriques et de fournir aux étudiants et aux cliniciens en ergothérapie des outils pour développer leur compétence culturelle. Il offre également aux étudiants et aux cliniciens l'occasion de réfléchir au

---

<sup>5</sup> Les domaines incluent les soins infirmiers, l'ergothérapie, la psychologie, le travail social et l'éducation en santé.

concept de compétence culturelle, de mieux le comprendre et, de développer, idéalement, cette compétence.

Dans le contexte actuel de des sociétés de plus en plus multiethniques, pluriculturelles et plurilinguistiques, une réflexion sur les modèles de développement de la compétence culturelle parait tout indiquée, et ce, d'autant plus que cette compétence demeure, même à l'heure actuelle, fort peu enseignée dans nos institutions d'enseignement. Il faut dire que l'intérêt pour la compétence culturelle demeure somme toute récent et que les recherches dans ce domaine sont peu nombreuses quoi que fleurissantes à l'heure actuelle, d'où l'aspect novateur de cet essai.



## 4. MÉTHODE

Cette section comprend trois parties : une relative aux documents qui ont été étudiés pour répondre aux objectifs de l'étude, une autre présentant les devis méthodologiques qui ont été utilisés et une dernière spécifiant la façon dont les documents ont été analysés.

### 4.1. Documents étudiés

Une recension des écrits sur la notion de compétence culturelle a été réalisée dans les bases de données suivantes : CINAHL, psycINFO, MEDLINE, Academic Search Complete, ainsi que dans des monographies contemporaines sur le sujet (Black & Well, 2007; Bonder, Martin & Miracle, 2002; Dayer-Berenson, 2011; Leavitt, 2010). Les mots-clés suivants ont été combinés: *cultural competence*, *cultural competency*, *cultural sensitivity*, *model*, *theoretical* et *occupational therapy*.

Également, il faut spécifier que la sélection des modèles choisis est basée sur des critères d'inclusion et d'exclusion.

Les critères d'inclusion sont les suivants :

1. Les modèles doivent être conçus pour permettre le développement de la compétence culturelle chez l'intervenant en santé.
2. L'année de publication du modèle n'est pas un critère d'exclusion puisque la pertinence des modèles n'est pas nécessairement liée à l'année de leur conception.

Les critères d'exclusion sont les suivants :

1. Les modèles servant à évaluer les clients.
2. Les modèles utilisés pour des programmes de formation.
3. Les modèles en soins infirmiers utilisant le *caring* comme élément central.
4. Les modèles spécifiques à une clientèle (par exemple patient cardiaque, santé mentale, soins palliatifs etc.) ou à une culture particulière (ex : latino, afro-américain, etc.).

#### **4.2. Devis méthodologiques**

Pour effectuer cette étude, deux devis méthodologiques ont été jumelés, soit le devis d'étude de documents et le devis d'analyse pédagogique, tous les deux provenant de Paillé (2004, p. 2-6). Ceux-ci ont été conçus pour être utilisés par des étudiants dans le domaine de l'éducation. C'est pourquoi ils ont dus être adaptés pour répondre aux objectifs de la présente étude dans le domaine de l'ergothérapie. Cela dit, ils ont été retenus parce qu'ils ont été élaborées spécifiquement pour des étudiants à la maîtrise devant rédiger un essai critique.

Le devis d'étude de documents a été retenu puisqu'il permet de faire de la « recherche en analysant des documents pour mieux comprendre le monde qui nous entoure » (Paillé, 2004, p. 3) (voir le Tableau 2 à l'annexe II). Le devis d'analyse pédagogique permet d'évaluer et de porter un regard critique sur le matériel élaboré en vue de développer des compétences, ce qui s'avère approprié compte tenu que cet essai se penche sur la compétence culturelle (Paillé, 2004, p. 6) (voir le Tableau 3 à l'annexe

II). La combinaison de ces deux devis permet d'orienter l'étude en offrant des étapes précises pour conduire la réflexion. Voici les étapes des deux devis qui ont été effectuées.

Tableau 4

Présentation du protocole et des étapes suivis dans cet essai

1. Opérationnalisation des questions de l'étude
2. Choix du corpus de textes à examiner
3. Collecte des documents
4. Étude des documents et déconstruction du matériel
5. Élaboration du cadre conceptuel et de la grille d'analyse des modèles de compétence culturelle
6. Évaluation du matériel selon la grille d'analyse des modèles de compétence culturelle
7. Synthèse des résultats
8. Analyse critique des résultats
9. Mise en forme finale des résultats

#### **4.3. Analyses des documents**

Afin de répondre aux objectifs de l'étude, un cadre conceptuel a dû être élaboré. Celui-ci se trouve à la section suivante qui explique le cadre et la façon dont le cadre a été conçu. Ce cadre conceptuel a permis de générer les résultats de la présente étude, en ceci qu'il a favorisé une organisation structurée des données de la recension des écrits relatifs à la notion de compétence culturelle.

## **5. CADRE CONCEPTUEL**

Avant d'aller plus loin dans cet essai, il est essentiel de déterminer le cadre conceptuel puisque celui-ci « occupe une place de premier plan en jouant un rôle de guide pour chacune des étapes » de cet essai (Fortin & Gagnon, 2010, p. 175). Dans un même ordre d'idées, Legendre définit le cadre conceptuel comme « l'ensemble des concepts clés qui délimitent un domaine ou un sujet à l'étude » (cité dans Brousseau et coll., 2012, p. 4).

Par conséquent, il importe pour permettre une critique adéquate des modèles choisis, de définir le concept de compétence culturelle. Autrement dit, la définition de la compétence culturelle permet d'identifier les éléments clés qui devraient être contenus dans les modèles de développement de la compétence culturelle. Toutefois, plusieurs définitions du concept de compétence culturelle existent, mais aucune n'est universellement acceptée (Bonder, et coll., 2002, p. 5; Suh, 2004, p. 96; Jirwe, Gerrish & Emami, 2006, p. 7; Betancourt et coll., 2003, p. 294). Aussi, ces définitions s'avèrent floues (Engebretson, Mahoney & Carlson, 2008, p. 173-174; Jirwe et coll., 2006, p. 7). En vertu de l'absence d'une définition adéquate du concept de compétence culturelle, le cadre conceptuel a été élaboré à partir des composantes essentielles de la compétence culturelle, et ce, pour pallier cette lacune.

Le cadre conceptuel utilisé est basé sur un regroupement de plusieurs articles qui ont analysé le terme de compétence culturelle. Ces articles utilisent, soit une analyse de concept ou une recension des écrits, pour déterminer les caractéristiques et les composantes de la compétence culturelle. L'ensemble de ces caractéristiques et composantes ont été regroupées dans un tableau synthèse afin de permettre une vue globale du concept de la compétence culturelle (voir le Tableau 5 ci-dessous). De plus, les caractéristiques et les composantes ont été classifiées selon les catégories du cadre conceptuel du cursus du baccalauréat et de la maîtrise en ergothérapie à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) (voir la Figure 1 ici-bas). Plus précisément, il s'agit des catégories savoir, savoir-être, savoir-faire et de savoir-agir (Département d'ergothérapie, 2012). Le cadre conceptuel élaboré dans cet essai a permis de mieux comprendre et critiquer les modèles sélectionnés pour permettre l'atteinte des objectifs de cette étude.

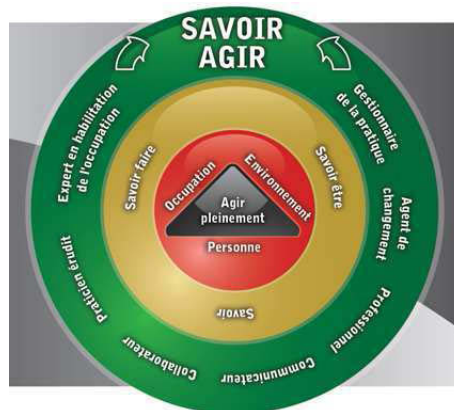


Figure 1 : Illustration du modèle à la base du programme en ergothérapie à l'UQTR.

Tiré du *Guide pour la planification des apprentissages et des évaluations par compétences pour les programmes de baccalauréat et maîtrise en ergothérapie*. p.4, par le Département d'ergothérapie 2012, Trois-Rivières : UQTR. Document inédit. Copyright par Martine Brousseau. Réédité avec permission.

Tableau 5

Représentation de différentes composantes de la compétence culturelle pour chacun des auteurs recensés

Composante Auteur	Personne						Environnement	Occupation
	Savoir			Savoir-agir				
	Conscience culturelle	Connaissances culturelles	Principes éthiques	Processus à long terme	Sensibilité culturelle	Désir culturel		
<b>Harper (2006)</b> <i>Ethical Multiculturalism An Evolutionary Concept Analysis</i>	x	x	x		x		x	
<b>Burchum (2002)</b> <i>Cultural Competence: An Evolutionary Perspective</i>	x	x		x	x		x	
<b>Suh (2004)</b> <i>The Model of Cultural Competence Through an Evolutionary Concept Analysis</i>	x	x			x		x	
<b>Jirwe et al. (2006)</b> <i>The Theoretical Framework of Cultural Competence</i>	x	x		x	x	x		
<b>Zander (2007)</b> <i>Cultural Competence: Analyzing the Construct</i>	x	x				x	x	

## **5.1. Savoir**

**5.1.1. Conscience culturelle.** La conscience culturelle consiste à comprendre les différences de valeurs et de croyances des personnes en lien avec leurs bagages culturels. Elle comprend également la prise de conscience de nos influences culturelles incluant nos valeurs, nos croyances et nos attitudes (Burchum, 2002, p. 7). Cette composante de la compétence culturelle est traitée chez plusieurs auteurs recensés, dont Burchum (2002), Suh (2004), Zander (2007) et Harper (2006). Jirwe et coll. (2006) utilisent aussi la conscience culturelle, mais utilisent le terme de « conscience de la diversité des êtres humains » (Jirwe et coll., 2006, p. 10). Ces auteurs spécifient qu'il faut d'abord travailler sur la compréhension de notre bagage culturel, puis dans un deuxième temps sur la compréhension du bagage culturel des autres (Jirwe et coll., 2006, p. 10). La conscience culturelle exige donc une introspection individuelle, de même que la prise de conscience de la spécificité de l'autre.

**5.1.2. Connaissance culturelle.** Les connaissances culturelles sont constituées des éléments essentiels pour comprendre les personnes provenant d'une autre culture (Suh, 2004, p. 97). Cette composante se retrouve chez Burchum (2002), Suh (2004), Zander (2007) et Harper (2006). Cependant, certains auteurs ajoutent des précisions sur ce qui est compris dans cette composante. Burchum incorpore la connaissance des modèles conceptuels (2002, p. 7), alors que Zander mentionne l'importance de recueillir les connaissances auprès de chacun des clients afin d'éviter les stéréotypes (2007, p. 53). Si la conscience culturelle comprend un volet introspectif, la connaissance culturelle



concerne plutôt les éléments d'information relatifs aux cultures pour comprendre l'autre dans son unicité.

**5.1.3. Connaissances des principes éthiques.** Harper, dans son analyse, prend également en considération « la connaissance des principes éthiques incluant les valeurs de bienveillance et de respect envers les individus et les communautés pour favoriser l'application du raisonnement éthique » [traduction libre] (2006, p. 115). La bienveillance se définit comme le fait « de faire ce qui est bien » [traduction libre] et inclut également le fait de prévenir la malveillance, c'est-à-dire de faire le mal (Harper, 2006, p. 113).

**5.1.4. Processus à long terme.** Burchum ajoute la *cultural proficiency* qui implique de « vouloir changer et d'acquérir toujours de nouvelles connaissances culturelles » (2002, p. 10). Cette dernière composante se retrouve également dans Jirwe et coll., mais les auteurs la nomment *Enhancing Cultural Competence as a Long-term Continuous Process* (2006, p. 14). Autrement dit, la compétence culturelle constitue un processus à vie.

## **5.2. Savoir-être**

**5.2.1. Sensibilité culturelle.** La sensibilité culturelle est une composante affective plutôt qu'intellectuelle qui se retrouve chez plusieurs auteurs, soit Burchum (2002), Suh (2004) et Harper (2006). Cette composante est définie comme étant

« l'appréciation, le respect et la valorisation de la diversité culturelle [...] qui est essentielle au développement de la compétence culturelle » [traduction libre] (Burchum, 2002, p. 7;10). Suh, dans son analyse, la représente comme l'aspect affectif de la compétence culturelle de la personne (2004, p. 98). Burchum mentionne aussi comme composante la compréhension culturelle. La compréhension culturelle consiste à l'autocritique d'une personne à propos des différences culturelles et l'acceptation que la vérité peut prendre plusieurs facettes (2002, p. 7). Cette composante a été jumelée avec la sensibilité culturelle puisqu'elle présente des similitudes avec cette dernière. La sensibilité constitue donc une disposition affective nécessaire au développement de la compétence culturelle. En bref, les habiletés culturelles concernent le savoir-agir de l'intervenant.

**5.2.2. Désir culturel.** Zander ajoute le désir culturel dans les composantes de la compétence culturelle. Campinha-Bacote le décrit comme la volonté de « s'engager dans une relation interculturelle et non pas par l'obligation de s'investir dans une telle relation » [traduction libre] (cité dans Zander, 2007, p. 53). Également, Jirwe et coll. utilisent le terme « non-judgmental openness for all individuals » (2006, p. 14). De prime abord, ce terme pourrait être perçu comme l'ouverture d'esprit en ce qui a trait à ce type de relation interpersonnelle. Cependant, l'auteur le définit comme « vouloir aller au-delà des préjugés et de l'ethnocentrisme ainsi que d'avoir de l'intérêt pour les personnes d'autres cultures » (Jirwe et coll., 2006, p. 14), ce qui entre dans la catégorie du désir culturel. En somme, il ne s'agit pas seulement d'avoir une conscience culturelle

ou une connaissance culturelle, mais une volonté de rencontrer l'autre dans son altérité propre. Cette composante est donc relative à l'intention, voire à la volition de la personne.

### **5.3. Savoir-faire**

**5.3.1. Habiletés culturelles.** Les habiletés culturelles se retrouvent chez plusieurs auteurs recensés, dont Burchum (2002), Suh (2004), Zander (2007) et Harper (2006). Harper définit les habiletés culturelles comme étant les habiletés « d'évaluer et de communiquer avec les personnes d'autres cultures » [traduction libre] (2006, p. 115). Zander précise également que les indices non verbaux sont inclus dans la communication (2007, p. 53).

### **5.4. Occupation**

Tous les éléments mentionnés précédemment sont relatifs à la personne (savoir, savoir-être, savoir-faire). Compte tenu que ce cadre conceptuel s'arrime au modèle à la base du programme d'ergothérapie de l'UQTR. Il importe de documenter la notion d'occupation dans le cadre conceptuel. Afin de mieux saisir ce terme il est essentiel de le définir.

Les occupations « sont un ensemble d'activités ou de tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signification; l'occupation comprend tout ce qu'une personne fait pour prendre soin d'elle (soins personnels), se divertir (loisirs) et contribuer à l'édifice social et économique de la société (productivité); l'occupation est l'objet d'expertise et le médium thérapeutique de l'ergothérapie » (cité dans l'ACE, 2007, p. 21).

## 5.5. Environnement

La notion d'environnement est également présente dans le modèle à la base du programme d'ergothérapie ce qui en fait un élément essentiel à inclure dans le cadre conceptuel. L'environnement se définit comme les « éléments culturels, institutionnels, physiques et sociaux situés à l'extérieur des individus, mais qui sont cependant enchâssés dans les actions individuelles » (cité dans l'ACE, 2002, p. 180). La rencontre culturelle fait partie des éléments contenus dans l'environnement.

**5.5.1. Rencontre culturelle.** La rencontre culturelle est un élément appartenant à l'environnement, contrairement aux composantes précédentes qui appartiennent à la personne (Suh, 2004, p. 98). La rencontre culturelle correspond au processus par lequel un individu se retrouve en présence d'une ou des personnes d'autres cultures. Il s'agit d'un aspect plus pratique que théorique (Zander, 2007, p. 53). Ce dernier se retrouve chez Suh (2004), Zander (2007) et Harper (2006). Burchum parle plutôt d'interaction culturelle (2002, p. 10). De plus, cet auteur mentionne qu'il est essentiel, pour développer la compétence culturelle, que les cliniciens soient en contact direct avec des individus appartenant à d'autres cultures et non pas seulement de façon intellectuelle [traduction libre] (2002, p. 10).

### **5.6. Habiletés à prendre soin des autres.**

Cette composante est seulement mentionnée par Jirwe et coll., elle se divise en trois sous-thèmes, soit le fait « d’avoir des habiletés à évaluer les personnes d’autres cultures, d’avoir des connaissances sur les autres cultures et d’être en mesure de répondre à des besoins culturels spécifiques » (2006, p. 10;13). Ces différents éléments se retrouvent dans les trois catégories précédentes (connaissances culturelles, sensibilité culturelle et habiletés culturelles) chez les autres auteurs. En bref, cette composante fait partie des autres éléments présents dans le cadre conceptuel. Par conséquent, il n’est pas mis comme une composante spécifique dans le cadre conceptuel.

### **5.7. Explications sur la recherche de connaissances culturelles**

Il est important d’apporter des nuances sur les connaissances culturelles puisque les auteurs ne définissent pas de la même manière l’acquisition de celles-ci. L’ensemble des auteurs s’accordent pour affirmer qu’il est nécessaire d’obtenir de l’information spécifique sur les groupes culturels. D’ailleurs, plusieurs auteurs ont élaboré des modèles afin de faciliter la cueillette de données de ces informations dont Leininger (2002), Purnell et Paulanka (2008) ainsi que Davidhizar, Bechtel et Giger (1998).

Cependant, plusieurs auteurs mettent en garde d’utiliser de l’information tel quel sur des groupes spécifiques. Ce type d’approche se nomme approche descriptive<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Approche descriptive: consiste à d’identifier par une série de traits et de caractéristiques un groupe précis (Bonder et coll., 204, p. 161).

(Bonder et coll., 2004, p.160). Cette dernière est critiquée par ces auteurs puisqu'elle permettrait, entre autres, de comprendre de façon superficielle la personne et encouragerait les stéréotypes (Bonder et coll., 2004, p. 160).

D'ailleurs, les modèles de Muñoz et Balcazar et coll. nuancent bien leurs propos en mentionnant qu'il est essentiel d'aller au-delà des connaissances spécifiques des groupes culturels. Bonder et coll. mentionnent d'ailleurs que la culture est située et qu'elle change à travers le temps ce qui constitue deux raisons qui obligent les cliniciens à voir la culture comme unique à chaque personne et comme une photographie à un moment précis (2004, p. 163-164). Autrement dit, les connaissances spécifiques peuvent être utilisées afin de formuler des hypothèses générales qui se doivent d'être validées avec le client et non comme des évidences (Bonder et coll., 2004, p. 164).

Tel est donc le cadre conceptuel de cet essai. Celui-ci se présente comme le cadre d'analyse des modèles de développement de la compétence culturelle ici examinés. Son élaboration a nécessité une analyse approfondie et une synthèse de la littérature entourant la notion de compétence culturelle.

## **6. RÉSULTATS**

Une présentation sommaire des différents modèles de développement de la compétence culturelle est ici faite ainsi qu'une illustration de certains de ces modèles sont présentées. De plus, les catégories des modèles sont définies dans un tableau afin d'alléger le texte et de faciliter la compréhension des modèles (voir Tableau 6 dans l'annexe III).

### **6.1. *Model of care de Campinha-Bacote***

La conception de ce modèle a débuté en 1969 dans le domaine des soins infirmiers (Campinha-Bacote, 2002, p. 181). Il a été élaboré pour l'ensemble des travailleurs de la santé autant pour les cliniciens, les gestionnaires, les chercheurs et les personnes œuvrant en éducation à la santé (Campinha-Bacote, 2002, p. 184). Ce modèle comprend cinq catégories qui correspondent aux construits de la compétence culturelle. Ces construits constituent les éléments sur lesquels les professionnels de la santé devraient travailler, et ce, sans hiérarchie ou ordre spécifique (Black & Wells, 2007, p. 46). Les catégories du modèle Campinha-Bacote comprennent : la conscience culturelle, les connaissances culturelles, les habiletés culturelles, la rencontre culturelle et le désir culturel (Campinha-Bacote, 2002, p. 182). Enfin, un des éléments importants de ce modèle réside dans l'idée que la compétence culturelle constitue un long processus continu d'apprentissage qui se prolonge tout au long de la vie d'une personne (Leavitt, 2010, p. 38).

## **6.2. Modèle de compétence culturelle de Black et Wells**

Ce modèle a été conçu pour permettre « le développement des connaissances et des habiletés des ergothérapeutes » [traduction libre] (Black & Wells, 2007, p. 59). Ce modèle provient des courants de pensées des domaines de la sociologie et de l'éducation (Black & Wells, 2007, p. 56). Il permet également de « fournir un modèle pour développer et évaluer notre propre compétence culturelle » [traduction libre] (Black & Wells, 2007, p. 60). Le modèle proposé par Black et Wells est constitué de trois catégories principales, à savoir l'exploration et la conscience de soi, les connaissances culturelles ainsi que les habiletés culturelles (Black & Wells, 2007, p. 60). De plus, ce modèle inclut les sous-composantes du comportement, de la perception et de l'attitude pour le clinicien (Black & Wells, 2007, p. 60). Ce modèle a comme prémisse que les personnes sont des êtres multiculturels et que le processus de devenir compétent culturellement est un long processus qui dure toute la vie (Black & Wells, 2007, p. 59).

## **6.3. Continuum de la compétence culturelle de Cross, Bazron, Dennis et Isaac**

Selon Leavitt, ce modèle est celui le plus utilisé par les cliniciens de façon général (Cross, Bazron, Dennis et Isaac, 2010, p. 38). Ce modèle a été conçu à la base pour améliorer la prestation de soins de santé avec les enfants (Cross et coll., 1989, p. 12). Plus particulièrement, il s'agit d'un modèle permettant d'améliorer les attitudes, les politiques et les pratiques (Cross et coll., 1989, p. 8). Également, il s'adresse tant aux institutions, aux agences et qu'aux professionnels de la santé (Cross et coll., 1989, p. 8).



Le modèle de Cross et coll. propose un continuum passant de la destruction culturelle à la maîtrise de la compétence culturelle (Cross et coll., 1989, p. 28). Autrement dit, il s'agit d'un continuum passant d'un stade où les personnes ne possèdent aucune compétence culturelle jusqu'à la maîtrise de cette compétence.

#### **6.4. *Culturally responsive de Muñoz***

Ce modèle a été conçu à partir d'une théorisation ancrée (Muñoz, 2007, p. 265-266). Ainsi, les différentes catégories de ce modèle proviennent de l'expérience de cliniciens travaillant dans un contexte multiculturel. Le modèle de Muñoz contient cinq éléments qui sont interdépendants les uns des autres. Les éléments de ce modèle incluent : la génération des connaissances culturelles, la construction de la conscience culturelle, l'application des habiletés culturelles, l'engagement avec les personnes d'autres cultures et l'exploration du multiculturalisme (Muñoz, 2007, p. 265-266). L'auteur ajoute également le concept de contexte diversifié (Muñoz, 2007, p. 272). Ce concept, selon les participants de l'étude, permet de favoriser positivement le développement de la compétence culturelle par l'entremise de collègues favorisant l'intégration de la culture et une organisation offrant des ressources adéquates (Muñoz, 2007, p. 272). D'autre part, cet auteur n'utilise pas le concept de compétence culturelle, mais de celui de culturellement sensible. Muñoz mentionne que ce modèle montre un ajustement des cliniciens face aux clients et ne considère pas les connaissances s'appliquant à tous (Muñoz, 2007, p. 274).

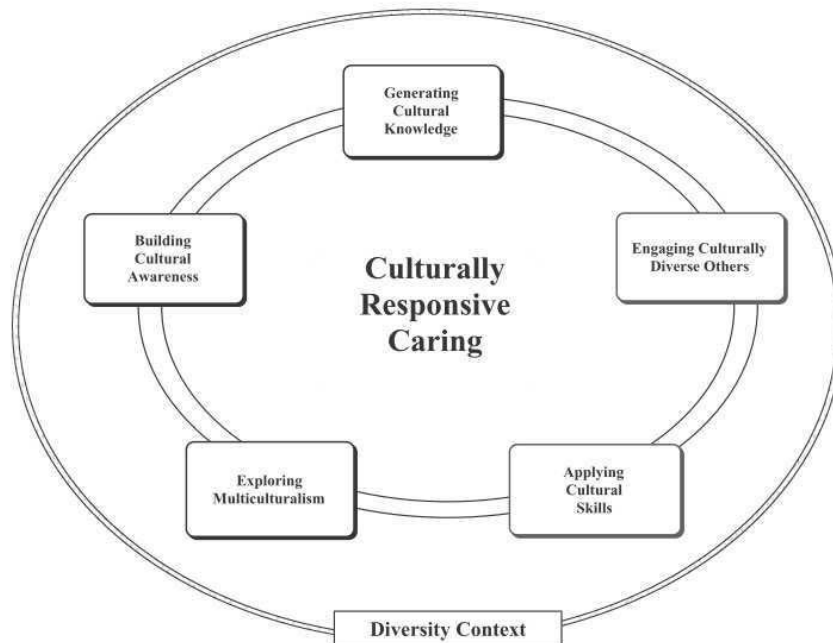


Figure 2 : Illustration du modèle de la compétence culturelle de Muñoz.

Tiré de Culturally responsive caring in occupational therapy, de Muñoz, J. P., 2007, *Occupational Therapy International*, 14(4), p. 256-280. Copyright par Jaime Phillip Muñoz. Réédité avec permission.

### **6.5. Conceptual framework for cultural competence development de Balcazar, Suarez-Balcazar et Taylor-Ritzler**

Ce modèle a été élaboré à partir d'une revue systématique des différents modèles retrouvés dans la littérature. Ce modèle débute avec « le désir de s'engager avec l'autre » et comprend « l'acquisition de connaissances sur les autres cultures », « la critique de ses propres biais » ainsi que le « développement des habiletés pour s'engager avec les autres » (Balcazar et coll., 2009, p. 1157). De plus, ce modèle inclut le degré « de support de l'organisation » comme un aspect important (Balcazar et coll., 2009,

p. 1157). Ce dernier élément ne se retrouvait pas dans la revue systématique, mais il est pourtant indissociable dans ce modèle puisque sans l'aide de l'organisation, il est peu probable que les intervenants développent leurs compétences culturelles (Balcazar et coll., 2009, p. 1158).

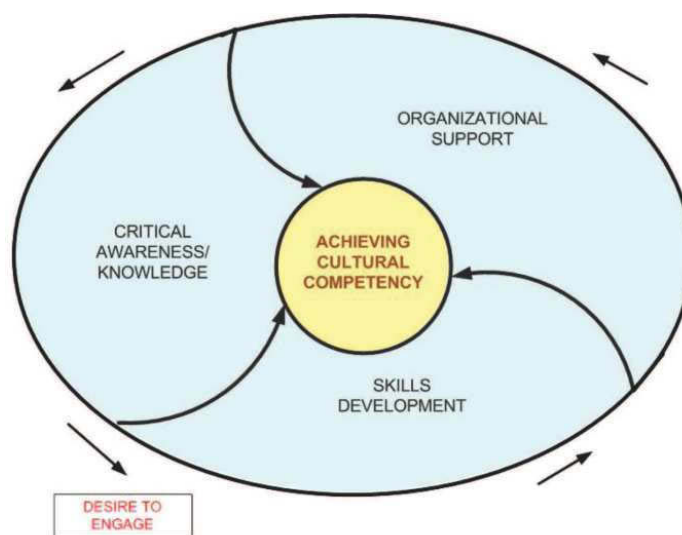


Figure 3 : Illustration du modèle de la compétence culturelle de Balcazar et coll.

Tiré de Cultural competence: development of a conceptual framework, de Balcazar, F. E., Suarez-Balcazar, Y., & Taylor-Ritzler, 2007, *Disability & Rehabilitation*, 31(14), p. 1153-1160. Copyright par Fabricio E. Balcazar. Réédité avec permission.

### 6.6. *Multidimensional facets of cultural competence de Sue*

Le modèle élaboré par Sue est représenté par un cube à trois faces où chacune des faces représente une dimension du modèle (Sue, 2001, p. 791-792). La première dimension s'avère reliée aux caractéristiques spécifiques des races et de la culture (Sue, 2001, p. 791). La deuxième dimension comprend la compétence culturelle qui se divise

à son tour en trois composantes, soit les croyances et les attitudes, les connaissances ainsi que les habiletés (Sue, 2001, p. 798). La troisième dimension situe la compétence culturelle dans l'environnement, sur les plans individuel, professionnel, organisationnel et sociétal (Sue, 2001, p. 802).

**6.7. *Culturally Congruent Care: Putting the Puzzle Together* de Schim, Doorenbos, Benkert et Miller**

Les différentes composantes sont représentées comme des morceaux de casse-tête qui s'emboîtent les uns dans les autres (Schim, Doorenbos, Benkert & Miller, 2007, p. 105). Ce modèle inclut trois dimensions, soit la dimension du client, celle du clinicien et, finalement, la troisième dimension qui représente la *culturally congruent care*. Cette dernière est le résultat qui se réalise lorsque tous les morceaux du casse-tête sont mis ensemble correctement (Schim et coll., 2007, p. 105). Il faut également spécifier que la diversité culturelle, la conscience culturelle, la sensibilité culturelle et la compétence culturelle représentent les quatre morceaux relatifs à la dimension du clinicien et sont à la base du casse-tête (Schim et coll., 2007, p. 105-108). La dimension du client comprend les éléments essentiels à la compréhension de celui-ci; par contre, cette dimension est encore peu développée (Schim et coll., 2007, p. 108).

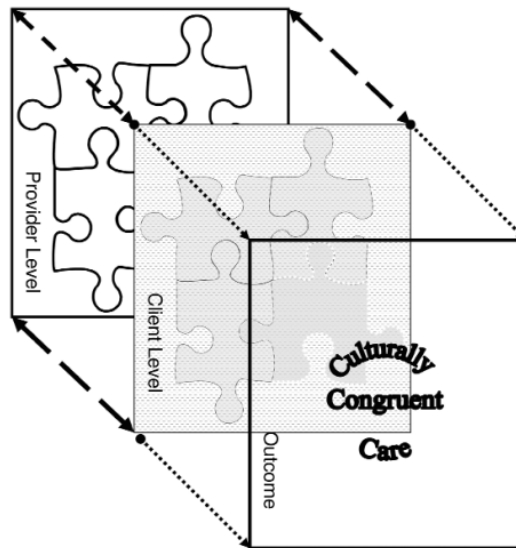


Figure 4 : Illustration du modèle de la compétence culturelle de Schim et coll.

Tiré de *Culturally Congruent Care*, de Schim, S. M., Doorenbos, A., Benkert, R., & Miller, J., 2007, *Journal of Transcultural Nursing*, 18(2), p. 103-110. Copyright par Stephanie M. Schim. En attente de permission.

### 6.8. Modèle d'*inequalities imagination* de Hart, Hall et Henwood

Le modèle a été conçu pour l'apprentissage et l'enseignement afin de diminuer les inégalités (Hart, Hall, & Henwood, 2003, p. 481). Il faut spécifier que ce modèle n'utilise pas le concept de compétence culturelle, mais celui d'*inequalities imagination*. D'autre part, ce modèle se veut interdisciplinaire et non seulement unidisciplinaire (Hart et coll., 2003, p. 481). Les clients, dans ce modèle, ne correspondent pas seulement aux personnes ayant une culture différente de celle de la majorité de la population, mais englobe aussi les personnes désavantagées (Hart et coll., 2003, p. 482). Selon ces auteurs, il existe cinq types de désavantages, c'est-à-dire les désavantages liés « à des

incapacités physiques ou mentales, à des préjugées ou à de la discrimination en lien avec le genre ou l'ethnie (ou à un historique de préjugées ou de discrimination), des préjudices et, finalement, de la pauvreté » [traduction libre] (Hart et coll., 2003, 2003, p.482). Il s'agit d'un modèle flexible comprenant des aspects relatifs à la personne (clinicien), à la structure (organisation) et aux désavantages (caractéristiques des clients) (Hart et coll., 2003, 2003, p. 485). Le modèle est représenté par différents éléments que les cliniciens doivent développer, lesquels mènent au développement des *inequalities imagination*. Les éléments contenus dans ce modèle proviennent du modèle de Campinha-Bacote (Hart et coll., 2003, 2003, p. 486). Ces éléments sont l'analyse des équités, la conscience des équités, les habiletés à l'équité, les actions reliées à l'équité, la rencontre de l'autre et les connaissances culturelles. Ces éléments « sont tous liés et initiés par le désir de l'équité », c'est-à-dire par une préoccupation éthique de combattre les inéquités sociales [traduction libre] (Hart et coll., 2003, 2003, p. 485-486). Ces auteurs mentionnent également que le développement des *inequalities imagination* est un processus à long terme (Hart et coll., 2003, 2003, p. 481).

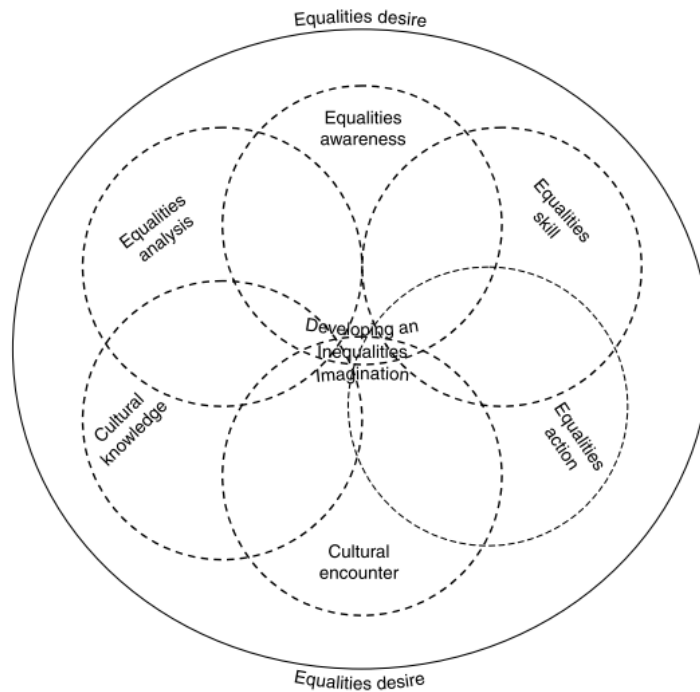


Figure 5 : Illustration du modèle de *Developing an inequalities imagination* de Hart et coll.

Tiré de *Helping health and social care professionals to develop an 'inequalities imagination': a model for use in education and practice*, de Hart, A., Hall, V., & Henwood, 2003, *Journal of Advanced Nursing*, 41(5), p. 480-489. Copyright par Angie Hart. Réédité avec permission.

## **7. DISCUSSION**

Tel que mentionné à la section 3, le but de cet essai consistait à étudier des modèles de développement de la compétence culturelle et à les analyser. Également, les objectifs de cet essai incluaient de : 1. déterminer quels sont les modèles de développement de la compétence culturelle documentés dans la littérature; 2. préciser ceux qui s'avèrent les plus appropriés à utiliser par les étudiants et les cliniciens, particulièrement en ergothérapie; et 3. identifier, le cas échéant, des améliorations pouvant être apportées à ces modèles. La présente discussion répond aux objectifs.

La discussion se sépare en cinq sections différentes. Premièrement, il y a une présentation de l'analyse des modèles, de la sélection de modèles particuliers et des éléments à ajouter aux modèles analysés. La deuxième section contient les principales conséquences pour la pratique que cette étude permet d'identifier. Puis, la troisième section aborde une réflexion sur l'application en clinique de la compétence culturelle. Finalement, les sections quatre et cinq présentent respectivement les limites et les forces de cet essai.

### **7.1. Sélection d'un modèle de compétence culturelle spécifique**

Il faut spécifier que les modèles de développement de la compétence culturelle ont été analysés à partir du cadre conceptuel développée pour cet essai. Afin de simplifier la compréhension de cette analyse, un tableau a été conçu pour représenter



visuellement les liens entre les modèles et les items présents dans le cadre conceptuel (voir le Tableau 7). Également, l'analyse a été effectuée à partir des titres donnés aux catégories de chacun des modèles, mais aussi avec les définitions des auteurs qui parfois sont plus précises (voir le Tableau 6 dans l'annexe).

**7.1.1. Éléments ayant trait au clinicien.** Hormis les modèles de Cross et coll. ainsi que Schim et coll., l'ensemble des modèles possèdent au moins trois éléments communs, soit la conscience culturelle, les connaissances culturelles et les habiletés culturelles. D'ailleurs, Black et Wells mentionnent que ces trois éléments font consensus dans la littérature (2007, p. 367). Par conséquent, ces trois éléments peuvent être considérés comme les éléments centraux de la compétence culturelle et de son développement.

Pour sa part, le modèle de Cross et coll. permet de situer les cliniciens et leurs environnements (organisation, structure, politique) sur un continuum. Toutefois il ne permet pas de fournir un modèle de développement de la compétence culturelle aux cliniciens et aux étudiants puisqu'ils n'offrent pas les éléments de base sur lesquelles travailler. Par contre, ce modèle est intéressant pour constater la progression des personnes et de leur compétence culturelle. Celui-ci pourrait être utilisé de façon complémentaire avec un modèle de développement de la compétence culturelle.

D'autre part, plusieurs auteurs ajoutent le concept de désir culturel ou de volonté (impliquant un devoir éthique ou professionnel) à développer leur compétence culturelle (Campinha-Bacote, 2002; Jirwe et coll., 2006; Balcazar et coll., 2009; Schim et coll., 2007; Hart et coll., 2003; Zander, 2007). Cet élément constitue la pierre angulaire du développement de la compétence culturelle. Wells mentionne d'ailleurs que le manque de volonté des individus et des institutions à s'examiner constitue le principal obstacle à la maîtrise de la compétence culturelle (2001, p. 194).

De plus, l'ensemble des modèles, sauf Schim et coll. ainsi que Sue, spécifie que la compétence culturelle est un processus à long terme. Ce concept n'est pas inclus tel quel dans les catégories des modèles, mais les auteurs le mentionnent comme un élément essentiel à retenir dans leur article.

**7.1.2. Éléments ayant trait à l'environnement.** Plusieurs auteurs utilisent les rencontres culturelles comme l'un des éléments importants à considérer dans le développement de la compétence culturelle (Campinha-Bacote; 2002, Hart et coll.; 2003, Muñoz; 2007, Schim et coll., 2007). D'ailleurs, cet élément se retrouve dans le cadre conceptuel chez quatre des cinq auteurs (voir le Tableau 5 à la p. 18). Burchum mentionne même que le développement de la compétence culturelle « ne peut se produire par l'entremise de lectures ou d'activités intellectuelles [...], mais par des interactions directes avec des personnes de cultures différentes tant les contextes

Comparaison entre les différents modèles à partir des éléments retrouvés dans le cadre conceptuel

Composante	Personne										Environnement			Occupation		Autres éléments rapportés dans les modèles étudiés	
	Savoir-agir					Savoir-être					Savoir-faire	Rencontre culturelle	Support de l'organisation	Structure et société	Occupation	Continuum de la compétence culturelle	Race et ethnité
	Conscience culturelle	Connaissances culturelles	Principes éthiques	Processus à long terme	Sensibilité culturelle	Désir culturel	Habiletés culturelles										
<b>Auteur</b>																	
Campinha-Bacote (2002)	x	x		x		x			x		x						
Black et Well (2007)	x	x		x							x						
Cross et coll. (1989)				x												x	
Muñoz (2007)	x	x		x					x		x			x			
Balcazar et coll. (2009)	x	x		x					x		x						
Sue (2001)	x	x									x						x
Schim et coll. (2007)	x								x					x			
Hart et coll. (2003)	x	x		x							x						

professionnels que personnels » ce qui en fait un élément essentiel [traduction libre] (2002, p. 10).

Les éléments précédents ont tous un point en commun. Ils concernent la relation client-thérapeute uniquement. Betancourt et coll. rapportent qu'il existe plusieurs barrières cliniques, mais également aux plans organisationnel et structurel (2003, p. 118).

Quelques auteurs ajoutent des notions reliées à l'organisation, apportant ainsi un élément intéressant aux modèles (Muñoz; 2007, Balcazar et coll., 2009). Balcazar et coll., incorporent dans leur modèle le support organisationnel puisque sans ce support les intervenants peuvent avoir les meilleures intentions sans toutefois pouvoir les appliquer concrètement (2009, p. 1158). Les participants dans l'étude de Muñoz affirment également que l'environnement peut avoir un rôle de facilitateur ou d'obstacle, tant pour les autres intervenants que pour les institutions (2007, p.273). D'ailleurs, Wray et Mortenson, dans leur étude, identifient certaines barrières organisationnelles vécues par des ergothérapeutes soit le peu de temps disponible, un modèle de prestation de services rigide et des difficultés au plan du langage (2011, p. 184). Dans le même ordre d'idées, Wells stipule que les institutions autant que les professionnels doivent changer et ainsi développer leur compétence culturelle (2000, p. 191).

Les éléments précédents montrent le rôle à jouer par les institutions et les intervenants. Par contre, Hart et coll. ainsi que Schim et coll., vont plus loin et intègrent l'analyse des inégalités sociales ainsi que des actions pour l'enrayement de celles-ci (2002, p. 487). Donc, ils n'incorporent pas seulement les inégalités sociales pour les constater, mais ils incitent les intervenants à agir à ce niveau.

Suite à cette analyse, plusieurs éléments concordent entre le cadre conceptuel et les modèles. Toutefois, les principes éthiques et la sensibilité ne sont pas inclus dans les modèles, sauf à une occasion pour cette dernière composante. Ces deux éléments sont sous-entendus dans les autres éléments des modèles sans qu'ils ne soient clairement identifiés. Les principes éthiques sont sous-jacents à toutes les interactions avec les clients, alors que la conscience culturelle ou le désir culturel inclut le concept de sensibilité culturelle chez la plupart des auteurs.

Tout compte fait, seuls les modèles de Muñoz et de Hart comprennent une majorité des éléments essentiels à intégrer dans un modèle de développement de la compétence culturelle. En somme, les modèles de Hart et coll. et Muñoz correspondent le plus au cadre conceptuel et apporte de nouveaux éléments pertinents pour le développement de la compétence culturelle.

Par contre, aucun de ces modèles ne possède l'ensemble des caractéristiques énumérées dans les catégories précédentes. Les éléments manquants pour le modèle de Muñoz comprennent l'action au plan sociétal et structurel. Alors que le modèle de Hart et coll. devrait contenir le rôle de l'organisation et élargir la vision des connaissances culturelles, tel que fait par Muñoz et Balcazar et coll. Pour pallier à ces lacunes, les éléments manquants pourraient être ajoutés aux modèles sélectionnés afin de représenter tous les éléments essentiels de la compétence culturelle.

De surcroît, aucun des modèles, même ceux élaborés en ergothérapie, n'apportent d'éléments spécifiques à la profession d'ergothérapie, sauf Muñoz de façon très succincte dans son modèle. Il mentionne qu'il est important de choisir des occupations significatives pour les clients (Muñoz, 2007, p. 269). Toutefois, cela ne représente pas la place que l'occupation devrait tenir dans un modèle en ergothérapie.

**7.1.3. Éléments ayant trait à l'occupation.** L'occupation devrait être un des éléments à tenir compte dans les connaissances culturelles puisqu'elle constitue les bases de l'évaluation et de l'intervention en ergothérapie. Dunton mentionne que « [...] l'occupation est un besoin fondamental de l'être humain ; et que l'occupation a le potentiel d'être un médium thérapeutique » (cité dans Townsend et Polatajko, 2008, p. 23).

D'ailleurs, selon Larson et coll. « les occupations sont formées et nommées par la culture des gens » (cité dans Kondo, 2004, p. 174). Dans un même ordre d'idées, Townsend et Polatajko ajoutent que les occupations sont influencées par la culture de la personne, mais aussi que les occupations sont idiosyncratiques, c'est-à-dire qu'elles ont des significations particulières pour chacune des personnes (2008, p. 25). Également, Bonder et coll. mentionnent que lors « des rencontres cliniques, les cliniciens devraient explorer les patrons occupationnels et les construits des occupations » (2004, p. 166).

D'autre part, les participants d'une étude menée par Whiteford et Allert mentionnent que les interactions interculturelles réussies sont basées sur la connaissance de l'être occupationnel (2000, p. 333). Une autre étude en ergothérapie, effectuée auprès de clients faisant partie d'un groupe minoritaire, spécifie l'importance pour les ergothérapeutes de reconnaître la diversité des occupations en lien avec la culture (Kirsh, Trentham et Cole, 2006, p. 308).

En conséquence, l'occupation constitue l'un des éléments centraux en ergothérapie ce qui en fait un élément important à considérer pour développer sa compétence culturelle, à tout le moins, pour les ergothérapeutes. Donc, l'ajout des occupations dans les connaissances culturelles et dans les habiletés culturelles, de façon détaillée, permettrait de compléter les modèles de développement et d'assurer des soins de santé adéquats, surtout en ergothérapie.

## **7.2. Conséquences pour la pratique**

### **7.2.1. Applications possibles des modèles**

Il s'ensuit qu'il s'avère essentiel de déterminer l'utilisation pratique possible des modèles de développement de la compétence culturelle. Les modèles de compétence culturelle se révèlent importants lors de situations avec des conflits culturels et permettent de guider la pratique réflexive.

Comme mentionné précédemment, les modèles peuvent être utilisés lorsqu'un conflit de valeurs ou de croyances entre un client et un clinicien survient. Il peut s'agir d'un client provenant de la même ethnie ou non que le thérapeute. D'ailleurs, la compétence culturelle ne s'applique pas seulement avec des clients ayant une ethnie différente du thérapeute (Black, 2005, p. 412). Beagan et Chacala ajoutent que « les discussions sur la culture se réduisent souvent à l'ethnicité » [traduction libre] alors que le concept de culture consiste en un concept plus large (2011, p. 145).

La culture se définit « comme la transmission des patrons comportementaux, des croyances, des valeurs, des coutumes, des habitudes de vie, des arts et [...] influence la vision du monde et les agirs des personnes » [traduction libre] (Purnell & Paulanka, 2009, p. 1). Par exemple, un client provenant d'un milieu défavorisé, ayant la même ethnie que le clinicien, peut avoir une culture différente d'un clinicien provenant d'un milieu plus aisé et ainsi engendrer certains conflits. D'ailleurs, la culture est omniprésente dans les interactions cliniques.



En effet, dans l'ensemble des interactions cliniques, il y a au moins trois cultures soient celle du client, du clinicien et du monde médical<sup>7</sup> (Fitzgerald, 1992, p. 38). Black ajoute également que l'utilisation de la compétence culturelle est essentielle pour assurer un service de qualité, et ce, pour tous les clients (2005, p. 412). Bref, les modèles de développement culturel peuvent se révéler utiles lorsqu'un conflit de valeurs ou de croyances se produit lors des rencontres cliniques.

La compétence culturelle se révèle également complémentaire à la pratique réflexive. Tout d'abord, il est essentiel d'établir les éléments clés de la pratique réflexive. La pratique réflexive permet d'effectuer une réflexion sur nos expériences afin de mieux réorienter nos actions et d'arriver à des nouvelles conclusions (Mann, Gordon, & MacLeod, 2009). D'ailleurs, la pratique réflexive se révèle pertinente lorsque les cliniciens ou les étudiants rencontrent des situations complexes (Mann et coll., 2009, p. 610).

De toute évidence, la compétence culturelle présente des liens avec la pratique réflexive puisqu'il s'agit, dans les deux cas, de processus de réflexion sur soi lors de situations complexes. D'ailleurs, selon Wittman et Velde, la pratique réflexive et la compétence culturelle ne pourraient exister l'une sans l'autre (2002, p. 456). En effet, la

---

<sup>7</sup> L'auteur mentionne que «les personnes enculturées dans le monde médical occidental peuvent présenter des difficultés à reconnaître que cette vision est seulement une culture» [traduction libre] et non pas une vérité en soi (Fitzgerald, 1992, p. 40).

pratique réflexive prépare les étudiants ou les cliniciens à l'accomplissement de la compétence culturelle (Wittman et Velde, 2002, p. 455). Par exemple, un étudiant pour développer sa conscience culturelle doit d'abord réfléchir sur la situation et être critique face à lui-même. Tout compte fait, les modèles de compétence culturelle peuvent être utiles pour compléter le processus de pratique réflexive inhérente à la pratique contemporaine de l'ergothérapie. Somme toute, les modèles de compétence culturelle permettent la réflexion et le développement de soi dans des situations complexes.

**7.2.2. Approche centrée sur le client : les éléments clés.** Suite aux différents éléments élaborés dans cet essai, les cliniciens et les étudiants peuvent se questionner sur la différence entre l'approche centrée sur le client et la compétence culturelle. Afin de répondre à cette question, il importe d'élaborer plus spécifiquement sur l'approche centrée sur le client.

D'abord, il faut mentionner que le partage du pouvoir entre le client et le thérapeute est central dans cette approche. Il ne s'agit pas pour le clinicien de contrôler la relation, mais de partager le pouvoir avec le client (Townsend et Polatajko, 2008, p. 124). Ce partage de pouvoir doit passer par une communication et une écoute efficace, un partenariat où le client joue un rôle actif et à la possibilité d'un éventail de choix (Sumsion et Law, 2006, p. 155-158). D'ailleurs, cette approche lors de sa création par Rogers « identifiait les valeurs culturelles du client comme un des éléments clés » [traduction libre] (cité dans Black, 2005, p. 413). En conséquence, l'approche centrée

sur le client permet de rééquilibrer le pouvoir entre le clinicien et le client afin que les valeurs et les croyances de ce dernier soient considérées dans le processus clinique.

### **7.2.3. Certaines ressemblances et différences se présentent entre l'approche centrée sur le client et la compétence culturelle**

Une étude de Black compare l'approche centrée sur le client, la compétence culturelle ainsi que l'éthique féminine du *care* (2005). L'auteur retrouve des similarités entre ces approches. Ceux-ci incluent des habiletés et des connaissances approfondies, du respect pour les clients ainsi qu'un partage plus équitable du pouvoir entre le client et le thérapeute (Black, 2005, p. 418). Toutefois, même si cet auteur repère des similarités entre ces approches, il mentionne que ces approches se différencient l'une de l'autre.

En quoi se révèlent-elles différentes? Est-ce qu'un clinicien pourrait utiliser seulement l'approche centrée sur le client sans la compétence culturelle? Il est essentiel d'affirmer que l'approche centrée sur le client, utilisée seule, n'égale pas nécessairement une pratique compétence culturellement. Un clinicien peut appliquer cette approche avec un client ayant une culture différente de la sienne, toutefois le clinicien doit prendre compte du privilège associé à son statut et doit prendre conscience de l'influence de la culture. Les cliniciens provenant de la culture dominante peuvent imposer leurs croyances et leurs valeurs puisqu'ils ne se rendent pas compte de leurs privilèges et du pouvoir qu'ils détiennent (Beagan et Chacala, 2011, p. 145). De plus, la société dans

laquelle ils se trouvent valorise les mêmes valeurs qu'eux ce qui les porte à croire que ces valeurs sont universelles (Beagan et Chacala, 2011, p. 145). Nelson mentionne également que le pouvoir et le privilège entre le client et le clinicien demeure invisible puisque « nous sommes imbriqués dans la culture occidentale, la culture de l'ergothérapie et par la culture de nos organisations » d'autant plus que les preuves scientifiques sont basées sur les valeurs de la culture dominante (Nelson, 2007, p. 251).

Ces éléments doivent être considérés puisque si un clinicien se situe en-deçà de la pré-compétence culturelle sur le continuum de Cross et coll. (1989), il peut exercer l'approche centrée sur le client selon sa perspective en ayant une pratique incompétente culturelle. Autrement dit, le clinicien peut croire que ses valeurs et ses croyances sont universelles, sans tenir compte réellement des valeurs et des croyances des clients. Cependant, serait-il dès lors centré sur le client?

Afin de mieux comprendre ces propos voici un exemple. Un ergothérapeute reçoit une référence pour évaluer l'autonomie et la sécurité d'une personne âgée à domicile. Ce client a reçu une éducation du niveau d'une troisième année du primaire et vit dans un milieu défavorisé. L'ergothérapeute pourrait juger comme inadéquat par exemple la consommation d'aliments périmés et considérer la sécurité du client compromise entraînant ainsi des répercussions importantes dans la vie de ce client.

Toutefois, l'ergothérapeute pourrait prendre cette situation d'un autre point de vue, si elle se situe à la compétence culturelle sur le continuum de Cross et coll. L'ergothérapeute pourrait se questionner sur les habitudes alimentaires de la personne, l'éducation reçue sur l'alimentation et les moyens financiers de cette personne. Après la génération de ces hypothèses, l'ergothérapeute pourrait les valider avec son client et au besoin avec l'un de ses proches.

Cette situation montre trois éléments importants à retenir. Premièrement que la compétence culturelle peut se retrouver auprès de clients n'étant pas soupçonnés différents du thérapeute. Dans un deuxième temps que la compétence culturelle est essentielle pour être centrée sur le client. Finalement, qu'il est important de considérer le pouvoir des cliniciens puisque ces derniers peuvent avoir un impact important sur la vie de leur client.

### **7.3. Compétence culturelle : une compétence utopique?**

Une question subsiste suite à ces réflexions. Est-ce que l'application de la compétence culturelle en clinique et l'utilisation de modèles de compétence culturelle constituent une utopie? Est-ce que les cliniciens qui manquent déjà de temps peuvent se permettre l'utilisation de ces modèles théoriques en plus des modèles ergothérapeutiques? À cet égard, il importe de rappeler deux éléments essentiels.

Premièrement, les modèles de compétence culturelle servent de guide pour orienter les réflexions des cliniciens afin de développer leur compétence culturelle. Cependant, il n'est pas nécessaire que les cliniciens utilisent plusieurs modèles de développement de la compétence culturelle, un seul suffit. Ce modèle se présente alors comme la lunette à travers laquelle l'intervenant comprend et analyse la situation. En d'autres mots, les modèles de compétence culturelle peuvent à long terme faire partie du raisonnement du clinicien au même titre que les modèles théoriques et les schèmes de référence habituellement utilisés en ergothérapie.

Deuxièmement, l'utilisation de la compétence culturelle peut paraître longue à effectuer avec des clients, toutefois cette compétence peut permettre à long terme de favoriser une meilleure efficacité clinique. En effet, Sumsion et Law mentionnent que l'approche centrée sur le client permet une meilleure efficacité clinique (2006, p. 155). Également, comme mentionné précédemment, la compétence culturelle est essentielle pour effectuer une approche centrée sur le client. À la lumière de ces éléments, il est possible de penser que la compétence culturelle puisse contribuer à améliorer l'efficacité clinique. Pour mieux illustrer cet argument voici un exemple. Un clinicien n'ayant pas atteint la compétence culturelle peut estimer effectuer l'approche centrée sur le client et ainsi utiliser des objectifs et des modalités allant à l'encontre des valeurs et des croyances du client. Par la suite, le client peut ne pas être motivé par ces objectifs et ne pas les atteindre. Autrement dit, il est préférable de développer sa compétence culturelle pour améliorer son efficacité clinique même si cet investissement paraît lourd à court

terme. Il est à supposer que cette démarche est bénéfique, voire payante à moyen comme à long termes. Il serait intéressant dans l'avenir d'examiner les raisons qui expliquent l'échec des interventions. Il est à supposer que l'incompétence culturelle puisse être l'une de ces raisons.

#### **7.4. Limites de l'étude**

Cette étude comprend certaines limites, notamment relatives à la méthode de recherche et au cadre conceptuel. Tout d'abord, le nombre de bases de données consultées et de modèles examinés ne couvrent pas l'entièreté de la littérature relative à la compétence culturelle. De plus, cet essai demeure théorique en ceci que les suggestions qui y sont formulées n'ont pas été validées auprès d'ergothérapeutes ou d'étudiants en ergothérapie. Dans le même ordre d'idées, le cadre conceptuel est basé sur cinq articles ce qui ne permet pas de représenter l'entièreté et la complexité de la littérature sur ce sujet. Ces difficultés s'expliquent en partie par un laps de temps limité puisque ce travail est réalisé dans le cadre d'une maîtrise à visée professionnelle plutôt que de recherches.

#### **7.5. Forces de l'étude**

Malgré des limites, cet essai présente plusieurs forces. Tout d'abord, il contribue à un domaine de recherche en émergence et répond à des difficultés présentes en clinique. Il permet aussi aux cliniciens et aux étudiants en ergothérapie de mieux comprendre les enjeux et les concepts de base associés à la compétence culturelle ainsi

que de regrouper des outils pour développer leur compétence culturelle. D'autre part, il offre une réflexion critique afin de faciliter l'utilisation des modèles de compétence culturelle. Finalement, cet essai fait des parallèles avec des concepts clés de l'ergothérapie soit l'approche centrée sur le client, la pratique réflexive et l'occupation afin de mieux comprendre l'application de la compétence culturelle en clinique.



## **8. CONCLUSION**

Cette étude a examiné huit modèles de la compétence culturelle afin d'identifier ceux pouvant être utilisés en ergothérapie. L'intérêt de cet examen réside dans le constat d'iniquités dans l'accessibilité et la prestation des soins de santé et de services sociaux aux personnes appartenant à des minorités culturelles. La compétence culturelle permet de contrer les iniquités rencontrées dans les soins de santé.

Dans la littérature actuelle, plusieurs modèles existent afin de faciliter le développement de cette compétence pour les cliniciens et les étudiants. Néanmoins, ce n'est pas l'ensemble de ces modèles qui possèdent les éléments conceptuels essentiels pour accéder à la compétence culturelle. Les modèles de Hart et coll. ainsi que Muñoz représentent les meilleures options puisqu'ils concordent avec le cadre conceptuel de cet essai. Toutefois, il est essentiel d'ajouter des notions dans ces modèles particulièrement dans l'environnement organisationnel, structurel et sociétal. Le concept d'occupation doit être également ajouté puisqu'il constitue l'un des éléments clés de la profession d'ergothérapie.

D'autre part, la compétence culturelle est compatible avec l'approche centrée sur le client et la pratique réflexive deux éléments prônés en ergothérapie tant en éducation qu'en clinique. Cet essai montre le caractère essentiel de la compétence culturelle pour les étudiants, les cliniciens et les institutions, mais il pourrait être intéressant de se

questionner aussi sur le rôle à jouer des clients. Est-ce que les clients pourraient être des facilitateurs dans le développement de la compétence culturelle des intervenants en santé? Est-ce que les clients pourraient d'une part participer à des ateliers ou être des personnes-clés pour les étudiants et les cliniciens afin de faciliter la compréhension de leur culture? Cela pourrait permettre un partage de connaissances et un certain *empowerment* des clients provenant d'une autre culture.

D'un autre côté, la réflexion sur les modèles dévoilent l'importance d'agir au plan sociétal. Le Québec multiculturel d'aujourd'hui est mis face à des enjeux éthiques importants entre les différentes communautés. Ces enjeux ont été particulièrement soulevés lors de la commission Bouchard-Taylor en 2008. Est-ce que la compétence culturelle pourrait permettre aux Québécois et aux Québécoises de dépasser ces conflits? La conscience culturelle pourrait être un premier pas vers la résolution de ces conflits. Toutefois, pour accomplir cette étape les personnes doivent déjà dépasser l'aveuglement culturel et considérer leur culture non pas comme la meilleure, mais comme une parmi d'autres qui s'avèrent tout autant valables.

Pour conclure, bien que la culture soit invisible, elle demeure un élément central et fondamental dans la vie des personnes, des groupes et des sociétés. Elle teinte la vision du monde de tout individu et influence la plupart des comportements individuels, et ce, d'une façon souvent inconsciente. Pour ces raisons, le développement de la

compétence culturelle doit tenir une place de choix dans la formation des étudiants comme des professionnels.

## RÉFÉRENCES

- Association Canadienne d'ergothérapie. (2011). *Position officielle de l'ACE: Ergothérapie et sécurité culturelle*, repéré à : <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=4035>
- Association canadienne des ergothérapeutes (2007). *Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada*. CAOT Publications ACE: Ottawa. 33p.
- Awaad, T. (2003). Culture, Cultural Competency and Occupational Therapy: A Review of the Literature. *British Journal of Occupational Therapy*, 66(8), p. 356-362
- Balcazar, F. E., Suarez-Balcazar, Y., & Taylor-Ritzler, T. (2009). Cultural competence: development of a conceptual framework. *Disability & Rehabilitation*, 31(14), p.1153-1160.
- Beagan, B. L., & Chacala, A. (2012). Culture and diversity among occupational therapists in Ireland: when the therapist is the 'diverse' one. *British Journal of Occupational Therapy*, 75(3), p. 144-151.
- Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Ananeh-Firempong, O., II. (2003). Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports*, 118(4), p. 293-302.
- Black, R. M. (2005). Intersections of care: an analysis of culturally competent care, client centered care, and the feminist ethic of care. *Work*, 24(4), p. 409-422.
- Black, R. M., & Wells, S. A. (2007). *Culture & occupation : a model of empowerment in occupational therapy*. Bethesda, AOTA Press.
- Bonder, B., Martin, L., & Miracle, A. W. (2002). *Culture in clinical care*. Thorofare, Slack incorporated.
- Bowen, S. (2000). *Accès aux services de santé pour les populations insuffisamment servies au Canada*. Rapport de recherche adressé à Santé Canada: Université du Manitoba, Winnipeg.
- Brent Braveman, J. G., René Padilla. (2011). AOTA's Societal Statement on Health Disparities. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(S6), S-76, p. 473.
- Brousseau, M., Martel, M., Aubin, G. (2012). Petit guide de survie: « Choisir les approches théoriques et les modèles de pratique qui guideront l'évaluation ». Trois-Rivières, UQTR.

- Brousseau, M. & Picard, H. (Avril 2012) *Guide pour la planification des apprentissages et des évaluations par compétences pour les programmes de baccalauréat et maîtrise en ergothérapie*. p. 4. Trois-Rivières : UQTR. Document inédit
- Burchum, J. L. R. (2002). Cultural competence: an evolutionary perspective. *Nursing Forum*, 37(4), p. 5-15.
- Campinha-Bacote, J. (1999). A model and instrument for addressing cultural competence in health care. *Journal of Nursing Education*, 38(5), p. 203-207.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: a model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), p. 181-184.
- Cross, T., Bazron, B., Dennis, K., & Isaac, M. (1989). *Towards a Culturally Competent System of Care: A Monograph on Effective Services for Minority Children Who Are Severely Emotionally Disturbed*, p. 3-90.
- Davidhizar, R., Bechtel, G., & Giger, J. N. (1998). A model to enhance culturally competent care. *Hospital Topics*, 76(2), p. 22-26.
- Dayer-Berenson, L. (2011). *Cultural competencies for nurses : impact on health and illness*. Sudbury, Jones and Bartlett Publishers.
- Drolet, M-J. (2012). Agir dans le cadre de situations éthiques complexes : développer la compétence culturelle. Trois-Rivières, UQTR.
- Éditeur officiel du Québec. (2012). Code de déontologie des ergothérapeutes, repéré à : [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=%2F%2FC\\_26%2FC26R113.htm](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=%2F%2FC_26%2FC26R113.htm)
- Engebretson, J., Mahoney, J., & Carlson, E. D. (2008). Cultural competence in the era of evidence-based practice. *Journal of Professional Nursing*, 24(3), p. 172-178.
- Fitzgerald, M. H. (1992). Multicultural clinical interactions. *Journal of Rehabilitation*, 58(2), p. 38-42.
- Fortin, F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (2e éd. éd.). Montréal; Chenelière Éducation.

- 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(4), p. 302-313.
- Kondo, T. (2004). Cultural Tensions in Occupational Therapy Practice: Considerations From a Japanese Vantage Point. *The American Journal of Occupational Therapy*, 58(2), p. 174-184.
- Hammell, K. W. (2009). Les textes sacres : Un examen sceptique des hypotheses qui sous-tendent les theories sur l'occupation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76(1), p. 14-22.
- Harper, M. G. (2006). Ethical multiculturalism: an evolutionary concept analysis. *Advances in Nursing Science*, 29(2), p. 110-124.
- Hart, A., Hall, V., & Henwood, F. (2003). Helping health and social care professionals to develop an 'inequalities imagination': a model for use in education and practice. *Journal of Advanced Nursing*, 41(5), p. 480-489.
- Hôpital de Montréal pour enfants – Centre Universitaire de santé MCGILL (2007, 10 et 11 mai). *Avancement des connaissances, stratégies et rapprochements transculturels dans le domaine des soins de santé*. Communication présentée Congrès national de santé transculturelle, Centre Mont-Royal, Montréal.
- Iwama, M. K., Thomson, N. A., & Macdonald, R. M. (2009). The Kawa model: The power of culturally responsive occupational therapy. *Disability & Rehabilitation*, 31(14), p. 1125-1135.
- Jirwe, M., Gerrish, K., & Emami, A. (2006). The theoretical framework of cultural competence. *Journal of Multicultural Nursing & Health (JMCNH)*, 12(3), p. 6-16.
- Leavitt, R. L. (2010). *Cultural competence : a lifelong journey to cultural proficiency*. Thorofare, SLACK, incorporated.
- Leininger, M. (2002). Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), p. 189-192.
- Mann, K., Gordon, J., & MacLeod, A. (2009). Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review. *Advances In Health Sciences Education: Theory And Practice*, 14(4), p. 595-621.

- Ministère de la Justice du Canada. (2011). *Loi canadienne sur la santé*. repéré à <http://laws.justice.gc.ca/fra/lois/C-6/index.html>.
- Miron, D. (2011). *Portraits régionaux 2000-2009 Caractéristiques des immigrants établis au Québec et dans les régions en 2011. Immigration et Communauté culturelle du Québec*. repéré à : [www.micc.gouv.qc.ca/.../fr/.../Portraits\\_regionaux\\_2000-2009.pdf](http://www.micc.gouv.qc.ca/.../fr/.../Portraits_regionaux_2000-2009.pdf).
- Muñoz, J. P. (2007). Culturally responsive caring in occupational therapy. *Occupational Therapy International*, 14(4), p. 256-280.
- Nelson, A. (2007). Seeing white: A critical exploration of occupational therapy with indigenous Australian people. *Occupational Therapy International*, 14, p. 237-255.
- Organisation nationale de la santé autochtone (2008). *Compétence et sécurité culturelles: Guide à l'usage des administrateurs, fournisseurs et éducateurs en santé*. Ottawa
- Paillé, P. (2004). *Douze devis méthodologiques pour une recherche de maîtrise en enseignement*
- Pérez, M. A., & Luquis, R. R. (2008). *Cultural competence in health education and health promotion* (1st éd.). San Francisco, Jossey-Bass.
- Purnell, L. D., & Paulanka, B. J. (2008). *Transcultural health care : a culturally competent approach* (3rd éd.). Philadelphia, F. A. Davis.
- Schim, S. M., Doorenbos, A., Benkert, R., & Miller, J. (2007). Culturally Congruent Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 18(2), p. 103-110.
- Statistiques Canada (2012). Population selon le groupe autochtone, par région métropolitaine de recensement. repéré à : <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/102/cst01/demo64a-fra.htm>
- Statistiques Canada. (2012) *Peuple autochtone*. repéré à : [http://www41.statcan.gc.ca/2007/10000/ceb10000\\_000-fra.htm](http://www41.statcan.gc.ca/2007/10000/ceb10000_000-fra.htm)
- Sue, D. W. (2001). Multidimensional Facets of Cultural Competence. *The Counseling Psychologist*, 29(6), p.790-821.
- Suh, E. E. (2004). The model of cultural competence through an evolutionary concept analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, 15(2), p. 93-102.

- Sumsion, T., & Law, M. (2006). A review of evidence on the conceptual elements informing client-centred practice. *The Canadian Journal of Occupational Therapy, 73*(3), p.153-162.
- Townsend, E., Polatajko, H. J., & Association canadienne des ergothérapeutes. (2008). *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*. Ottawa: Association canadienne des ergothérapeutes.
- Wells, M. I. (2000). Beyond cultural competence: a model for individual and institutional cultural development. *Journal of Community Health Nursing, 17*(4), p.189-199.
- Whiteford, G. E., & Ann Allert, W. (2000). Cultural relativism: Occupation and independence reconsidered. *The Canadian Journal of Occupational Therapy, 67*(5), p. 324-336.
- Wittman, P., & Velde, B. P. (2002). Attaining cultural competence, critical thinking, and intellectual development: a challenge for occupational therapists. *The American Journal Of Occupational Therapy.: Official Publication Of The American Occupational Therapy Association, 56*(4), p. 454-456.
- Wray, E. L., & Mortenson, P. A. (2011). Cultural competence in occupational therapists working in early intervention therapy programs. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 78*, p.180-186.
- Zander, P. E. (2007). Cultural competence: analyzing the construct. *Journal of Theory Construction & Testing, 11*(2), p. 50-54.



## ANNEXE I

Tableau 1

Présentation du profil des compétences de l'ACE (2007, p. 8-18).

COMPÉTENCE DU PROFIL	SOUS-COMPOSANTES
<p><b>E.1 Expert compétent en habilitation de l'occupation</b>            E.1.3 Procéder à une évaluation complète et adéquate du rendement occupationnel.            E.1.6 Faire preuve d'une utilisation compétente et sélective de l'occupation et des interventions en vue de faciliter l'occupation.</p>	<p><b>E.1.3.1</b> Parvenir, avec le client, à une compréhension commune de l'occupation et des difficultés en matière de rendement occupationnel du client.  <b>E.1.3.2</b> Encourager les clients à préciser leurs valeurs, leurs croyances, leurs suppositions, leurs attentes et leurs désirs.  <b>E.1.3.3</b> Évaluer le rendement occupationnel dans les domaines pertinents, notamment les soins personnels, la productivité et les loisirs, en fonction des rôles, des demandes, des attentes, des objectifs, des milieux et des valeurs spirituelles du client.  <b>E.1.6.4</b> Incorporer des choix culturels, sociaux, physiques et institutionnels afin de favoriser l'intégration.  <b>E.1.6.5</b> Mettre en œuvre des interventions de manière éthique et efficace.</p>
<p><b>E.2 Communicateur compétent</b>            E.2.3 Se montrer sensible à la diversité dans toute communication.</p>	<p><b>E.2.3.1</b> Se montrer sensible aux problèmes des clients relatifs à la diversité et aux différences.  <b>E.2.3.2</b> Aider les différentes parties à communiquer ouvertement et à tenir compte des autres opinions.</p>
<p><b>E.5 Agent de changement compétent</b>            E.5.1 Promouvoir les possibilités occupationnelles, le rendement occupationnel et la participation occupationnelle des clients.            E.5.2 Promouvoir les besoins occupationnels associés aux déterminants de la santé, au bien-être et à l'équité pour les clients recevant des services.</p>	<p><b>E.5.1.5</b> Agir sur les différentes possibilités occupationnelles et de rendement occupationnel, notamment la défense des intérêts, la promotion de la santé et la prévention auprès des individus recevant des services d'ergothérapie.  <b>E.5.2.1</b> Définir les déterminants de la santé des clients recevant des services, notamment les barrières empêchant l'accès aux services et aux ressources.  <b>E.5.2.2</b> Déterminer les clients vulnérables ou marginalisés parmi les clients recevant des services.  <b>E.5.2.3</b> Revendiquer adéquatement au nom des clients vulnérables ou marginalisés afin de favoriser leur participation à travers l'occupation.</p>
<p><b>E.7 Professionnel compétent</b>            E.7.1 Faire preuve d'une pratique respectueuse de l'éthique.            E.7.3 Se montrer sensible à la diversité et aux questions de pouvoir qui entrent en jeu dans une relation professionnelle.</p>	<p><b>E.7.1.1</b> Adopter les comportements professionnels appropriés, y compris l'honnêteté, l'intégrité, l'engagement, la compassion, le respect et l'altruisme.  <b>E.7.3.1</b> Se montrer sensible au privilège professionnel et aux questions relatives au privilège professionnel et au pouvoir du client.  <b>E.7.3.2</b> Respecter la diversité, y compris les effets de l'âge, du sexe, de la religion, de l'orientation sexuelle, de l'ethnie, des croyances culturelles et des capacités sur la participation et la prise de décision partagée.  <b>E.7.3.3</b> Se montrer sensible à la diversité en offrant des services respectueux des besoins, des valeurs et des objectifs des clients.</p>

## ANNEXE II

Tableau 2

Les différentes étapes du devis d'étude de documents de Paillé (2004, p. 3)

<ol style="list-style-type: none"><li>1. Opérationnalisation des questions de recherche</li><li>2. Choix du corpus à examiner</li><li>3. Collecte des documents</li><li>4. Étude des documents</li><li>5. Synthèse des réponses aux questions</li><li>6. Analyse critique des résultats</li><li>7. Mise en forme finale des résultats</li></ol>
---

Tableau 3

Les différentes étapes du devis d'analyse de matériel pédagogique de Paillé (2004, p. 6)

<ol style="list-style-type: none"><li>1. Explication du cadre conceptuel ou de la grille d'analyse</li><li>2. Déconstruction du matériel</li><li>3. Analyse</li><li>4. Évaluation du matériel</li><li>5. Analyse critique de l'évaluation</li><li>6. Mise en forme de l'analyse finale</li></ol>
--

## ANNEXE III

Tableau 6

Définition des différentes catégories pour chacun des modèles recensés.

<b>Modèle</b>	<b>Catégorie</b>	<b>Définition</b>
Campinha-Bacote (2002)	Conscience culturelle	Englobe la reconnaissance et la conscience de nos biais culturels, tant sur le plan personnel que professionnel (p.182). Cette catégorie inclut également la compréhension et l'appréciation de la culture de son client (1999, p. 204).
	Connaissances culturelles	Cet aspect comprend la recherche et l'obtention d'informations concernant les différents groupes culturels, particulièrement sur le groupe culturel de nos clients (p.182). Ces connaissances doivent inclure « les variations entre les groupes culturels au plan physique, biologique et physiologique » [traduction libre] (1999, p. 204).
	Habiletés culturelles	Comprennent les capacités du clinicien à évaluer et à intervenir auprès des personnes d'autres cultures (p.182). Les évaluations incluent également des entrevues où la vision du client est cherché activement par le thérapeute (1999, p. 204).
Black et Weil (2007)	Rencontre culturelle	Constitue le processus par lequel le clinicien est encouragé à effectuer des rencontres avec des clients provenant de différentes cultures (p.182). Ces rencontres sont essentiels afin d'éviter des stéréotypes sur des groupes culturels et de permettre une meilleure compréhension des différentes cultures (p.182).
	Désir culturel	Concerne la volonté intrinsèque (soit le désir) du clinicien à rencontrer des clients d'autres cultures et non seulement par devoir. Il est en lien directe avec le « <i>caring</i> » en soins infirmiers (p.182)
	Exploration et conscience de soi	Il s'agit d'un processus interne permettant à la personne de prendre conscience de l'influence de sa culture sur elle, sur ses propres biais et de déterminer lorsque ses biais interfèrent dans la relation avec le client (p. 61-62). D'ailleurs, ce processus n'est pas nécessairement plaisant et facile à effectuer (p. 61-62).
	Connaissances culturelles	Il s'agit des connaissances nécessaires pour interagir avec les personnes d'autres cultures et être en mesure d'utiliser celles-ci s'adapter à chaque personne (p. 63-64). Il ne s'agit pas de tout connaître, mais d'être en mesure d'aller chercher l'information nécessaire. D'ailleurs, les auteurs spécifient plusieurs connaissances de base à connaître (p. 64). Les connaissances culturelles permettent d'éviter les malentendus et de comprendre selon plusieurs perspectives les situations (p. 63).
	Habiletés culturelles	Il s'agit de « l'acquisition et de la maîtrise des techniques, des stratégies et des approches de communication et d'interaction avec les personnes d'autres cultures [traduction libre] » (p. 64).

## Définition des différentes catégories pour chacun des modèles recensés (suite)

Cross et coll. (1989)	Destruction culturelle	À cette étape, « Les personnes présentent des attitudes, des pratiques et des politiques visant la destruction des personnes ayant une culture différente [...] ils déshumanisent ces personnes » [traduction libre] (p.29).	
	Incapacité culturelle	À cette étape, il n'y a pas un besoin de détruire l'autre, mais les personnes ne sont pas en mesure de répondre adéquatement aux besoins de personnes ayant une culture différente. À cette étape comme à la précédente, il existe un sentiment de supériorité de la culture dominante (p.30).	
	Aveuglement culturel	À cette étape, les personnes nient l'importance des influences culturelles. D'ailleurs, ces personnes croient que les valeurs et les croyances sont universelles et applicables à tous (p.30). En conséquence, les services offerts ne conviennent pas nécessairement aux personnes d'autres cultures (p.30). Même que ces personnes peuvent être blâmées lorsque des difficultés surviennent dans les services (p.30-31).	
	Pré-compétence culturelle	À cette étape, les personnes veulent desservir les personnes d'autres cultures afin de respecter leurs droits civils, malgré encore plusieurs lacunes dans la prestation des services avec des clients d'autres cultures (p.31).	
	Compétence culturelle	La compétence culturelle implique que les personnes respectent les différences culturelles et reconnaissent l'importance de la culture, tout en l'appliquant dans leur intervention (p.32).	
	Maîtrise de la compétence culturelle	La maîtrise de la compétence culturelle est une étape où les personnes mettent la culture en avant plan. Les connaissances culturelles sont activement recherchées soit par des recherches ou en engageant des spécialistes (p.32).	
	Muñoz (2007)	Génération de connaissances culturelles	Implique la recherche et le développement actif de la part du professionnel de la santé de connaissances spécifiques sur les cultures afin de comprendre le client (p. 266-267). Les personnes sont perçues comme des êtres multiculturels, c'est-à-dire des personnes appartenant à plusieurs groupes culturels (p. 266-267).
		Conscience culturelle	Comprend une réflexion sur soi, sur l'influence de notre culture et sur nos propres biais (p. 266;268).
		Application des habiletés culturelles	Consistent à être en mesure d'évaluer et d'intervenir de façon adéquate avec les personnes d'autres cultures incluant d'être en mesure de créer le lien de confiance avec le client (p. 266). De manière plus spécifique à l'ergothérapie, il s'agit de choisir des occupations significatives pour les personnes d'autres cultures (p. 269).
		Engagement et rencontre	Consiste à l'engagement avec des personnes d'autres cultures, soit dans la vie professionnelle ou personnelle [...] et permet de tester nos limites de nos connaissances et nos habiletés culturelles» [traduction libre] (p. 267).
	Exploration du multiculturalisme	Consiste au désir de vouloir améliorer sa compréhension de la culture et de développer sa compétence culturelle à long terme afin d'offrir une pratique compétente (p. 267).	
	Contexte diversifié	Celle-ci est une composante environnementale « incluant la présence de personnels d'autres cultures et du support institutionnel » [traduction libre] (p. 267).	

## Définition des différentes catégories pour chacun des modèles recensés (suite)

Balcazar et coll. (2009)	Désir de s'engager	Consiste aux préalables essentiels pour engendrer la compétence culturelle (p. 1154).
	Conscience culturelle critique	Consiste à la compréhension de nos biais, de ceux des autres et d'une prise de conscience de notre statut dans la société. Comprend également la recherche d'inclusion et l'acceptation des autres (p. 1154).
	Connaissances culturelles	Comprend les connaissances sur la culture de l'autre. Toutefois, ces auteurs ajoutent la compréhension des facteurs (observables ou non) justifiant le comportement des personnes (p.1155).
Sue (2001)	Développement des habiletés	Inclut des habiletés de communication efficace et d'être en mesure de montrer de l'empathie envers les personnes d'autres cultures tout en incluant la vision du client (p.1155).
	Support de l'organisation	Comprend le contexte dans lequel les cliniciens doivent développer leur compétence culturelle (p.1155).
	Croyances et attitudes	Concerne « la compréhension de l'influence de la culture sur nos valeurs et croyances » [traduction libre] (p. 798).
Schim et coll. (2007)	Connaissance	Comprend « la compréhension et la connaissance de la vision du monde des différents individus et groupes culturelles » [traduction libre] (p. 798).
	Habiletés	Constitue « l'utilisation de bonnes stratégies de communication et d'intervention » [traduction libre] (p. 798).
	Diversité culturelle	Constitue l'expérience et le niveau d'exposition à des rencontres multiculturelles d'un clinicien (p.105-106).
	Conscience culturelle	Constitue un construit cognitif qui englobe de connaître les domaines variables entre les différents groupes culturels et de reconnaître ses variations (p. 106). La conscience culturelle inclut l'importance de la culture de façon générale (p.107).
	Sensibilité culturelle	Constitue un construit affectif qui englobe un désir et une ouverture vers l'autre ainsi qu'un partage du pouvoir et de l'empathie pour les personnes d'autres cultures (p. 107).
	Compétence culturelle	Définit comme un ensemble de comportements découlant des trois éléments précédents et changeant dans le temps. Il s'agit d'effectuer des actions au plan de l'organisation, de la structure et de la clinique (p. 108).
Hart et coll. (2003)	Désir de l'équité	Constitue la composante la plus importante et celle permettant l'initiation du modèle (p.487).
	Conscience de l'équité	Consiste à une prise de conscience de nos biais et nos préjugés (p.487).
	Connaissances	Comprend l'ensemble des connaissances nécessaires afin de comprendre les personnes traitées, ce qui inclut les connaissances épidémiologiques, biologiques et psychologiques (p.487).
	Habiletés	Capacité de relever les informations pertinentes sur le client afin d'effectuer une évaluation et des interventions adéquates (p.487). Les connaissances sont d'ailleurs les prémisses au développement des habiletés (p.487).
	Rencontre	Exposition à des clients provenant de milieux diversifiés, permet d'améliorer les habiletés (p.487).
	Analyse de l'équité	Consiste à développer sa réflexion sur les différents facteurs renforçant les inégalités (p.487).
	Action	Engagement dans des actions pour diminuer les iniquités (p.487).