

Master of Science conjoint HES-SO - UNIL
en Sciences de la santé
Orientation Ergothérapie

ÉTUDE QUALITATIVE SUR LE
DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES
INTERCULTURELLES DES ÉTUDIANT·E·S
EN ERGOTHÉRAPIE.

Julie WASSMER

Sous la direction de
(Ph.D) Carine Bétrisey
HES-SO - HETSL

Sous la co-direction de
(Ph.D) Nicolas Kühne
HES-SO - HETSL

[(Ph.D) Expert Paul N'Dri Konan]

Lausanne, HES-SO Master, 2020

Remerciements

Dans le cadre de ce travail de mémoire, je tiens à remercier :

Ma directrice Carine Bétrisey pour son aide, ses conseils et son soutien tout au long de la réalisation du mémoire.

L'auteure principale de l'étude primaire Sylvie Tétreault pour m'avoir permis de réaliser une étude secondaire sur les données recueillies dans l'étude primaire.

Mon co-directeur Nicolas Kühne, pour ses conseils et remarques qui m'ont permis d'aller plus loin dans le travail réalisé.

Ma famille, mes ami-e-s, mes camarades de master pour leur soutien et leurs relectures.

Table des matières

1. Introduction.....	1
2. Recension des écrits.....	1
2.1. Quelques définitions	1
2.2. Les impacts de la rencontre avec l'Autre sur la pratique	3
2.3. Les compétences interculturelles	4
2.4. Le raisonnement clinique en ergothérapie.....	7
2.5. Le développement des compétences interculturelles et du raisonnement clinique chez les étudiant-e-s en ergothérapie.....	9
3. Question et objectifs de la recherche	10
4. Méthodologie	11
4.1. Type d'étude	11
4.2. Recrutement des participant-e-s.....	11
4.3. Collecte de données	12
4.4. Analyse des données.....	12
5. Résultats.....	13
5.1. Description des participant-e-s	13
5.2. Les caractéristiques de la diversité décrites par les étudiant-e-s	13
5.3. Les effets de la rencontre avec l'Autre sur les participant-e-s.....	15
5.3.1. Les sentiments éprouvés	15
5.3.2. Les comportements envers l'Autre dans l'intervention.....	16
5.4. Les compétences interculturelles mobilisées	17
5.4.1. Les méthodes de développement des compétences interculturelles	18
5.4.2. Les stratégies d'adaptation des interventions thérapeutiques.....	19
5.4.3. Le processus continu de développement des compétences interculturelles	20
5.5. L'évolution du raisonnement clinique des étudiant-e-s.....	22
6. Discussion	24
7. Conclusion.....	30
Références.....	32
Annexe	35
Annexe 1 : Guides d'entretiens.....	35

Liste des abréviations

AI	Assurance Invalidité
AVC	Accident Vasculaire Cérébrale
HETSL	Haute École de Travail social et de Santé Lausanne
P	Participant·e
R	Raisonnement
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
WFOT	World Federation of Occupational Therapists

Annexe

Annexe 1 : Guides d'entretiens

Résumé

Introduction : La Suisse est composée d'une grande diversité populationnelle. Or, les ergothérapeutes sont encouragé·e·s à adapter leur intervention en fonction des caractéristiques du·de la client·e. C'est pourquoi pendant leur formation, les étudiant·e·s devraient apprendre à travailler avec des personnes qu'ils·elles considèrent comme différentes (l'Autre). **Objectif :** La présente étude vise à analyser comment les étudiant·e·s en ergothérapie développent des compétences interculturelles au cours de leur formation, notamment par leur rencontre avec l'Autre. **Méthode :** Une analyse secondaire porte sur 18 entretiens menés sur trois ans dans le cadre d'une précédente recherche (Tétreault, Gulfi, & Kühne, 2016-2019). Une méthode d'analyse thématique a été utilisée. **Résultats :** Les caractéristiques de l'Autre décrites par les étudiant·e·s évoluent pendant leurs études. Lors de la rencontre avec l'Autre, les sentiments ressentis par les participant·e·s affectent parfois les comportements adoptés. Les étudiant·e·s développent leurs compétences interculturelles de façon continue et arrivent parfois à adapter leurs interventions. Ils perfectionnent aussi leur raisonnement clinique au cours de la formation. **Conclusion :** Les étudiant·e·s en ergothérapie développent leurs compétences interculturelles au cours de leur formation avec le soutien des professeur·e·s et des professionnel·le·s encadrants, et décrivent vouloir poursuivre cet apprentissage durant leur carrière professionnelle.

Mots clés : étudiant·e·s, ergothérapie, diversité, compétences interculturelles, développement

Abstract

Introduction: Switzerland has a very diverse population. Occupational therapists are encouraged to adapt their work to the characteristics of the client. Therefore, during their training, students should learn to work with people they consider to be different (the Other).

Aim: The aim of this study is to analyze how occupational therapy students improve their intercultural skills during the training, especially through their encounter with the Other.

Method: The secondary analysis is based on 18 interviews, which were conducted over three years, in a previous research study (Tétreault, Gulfi, & Kühne, 2016-2019). A thematic analysis method is used.

Results: The characteristics of the Other described by the students evolve during their studies. During the encounter with the Other, the feelings felt by the participants sometimes affected the behaviours adopted. Students demonstrate an improvement in their intercultural skills on a continuous basis and sometimes manage to adapt their interventions.

Over the course of their training, they also perfect their clinical reasoning. **Conclusion:** Occupational therapy students develop their intercultural skills during their training with the support of teachers and supervising professionals, and describe wanting to continue this learning during their professional career.

Keywords: student, occupational therapy, diversity, intercultural skills, development

1. Introduction

La Suisse est une confédération où plusieurs cultures cohabitent (Grin, Amos, Faniko, Fürst, Lurin, & Schwob, 2015). Cette société multiculturelle se caractérise par la diversité de sa population. La diversité se définit par les caractéristiques individuelles ou collectives que sont l'âge, le genre, le lieu « d'origine », les compétences physiques et mentales, l'orientation sexuelle, les affiliations religieuses et politiques, etc. (Kohli, Huber, & Faul, 2010). Selon l'UNESCO (2002), la reconnaissance et le respect de la diversité culturelle sont indispensables pour avoir une relation de confiance avec les personnes porteuses d'une différence. Jasmin (2019a) insiste sur le fait que les ergothérapeutes doivent être sensibles à la diversité de leur clientèle et doivent la respecter. La Fédération mondiale des ergothérapeutes ajoute que l'apprentissage d'une intervention adaptée en contexte de diversité devrait commencer dès le début de la formation (WFOT, 2016). L'objectif de la présente étude est d'analyser comment les étudiant·e·s en ergothérapie développent des compétences interculturelles au cours de leur formation, notamment par leur rencontre avec l'Autre. L'Autre désigne une personne perçue comme différente de soi par ses croyances, ses valeurs, ou ses comportements (Kohli *et al.*, 2010). Tout d'abord, la culture et la diversité seront définies, ainsi que les notions de stéréotypes et de préjugés. Puis, les impacts de la rencontre avec l'Autre sur la pratique seront illustrés. Des modèles liés aux compétences interculturelles seront ensuite présentés. En outre, le raisonnement clinique en lien avec l'ergothérapie sera explicité, ainsi que les modalités favorisant son adaptation à la pratique en contexte de diversité chez les étudiant·e·s en ergothérapie.

2. Recension des écrits

2.1. Quelques définitions

Le concept de culture suscite des débats quant à sa définition (Bonder, Martin, & Miracle, 2004 ; Jasmin, 2019a). Néanmoins, de manière générale et simplifiée, la culture est un système symbolique partagé par les membres d'une même société ou d'un même groupe (Jasmin & Hébert, 2019). Elle se manifeste par des composantes culturelles (Bonder *et al.*, 2014; Jasmin, 2019a), comme les croyances, les normes, les langues, les valeurs, les traditions et les coutumes (Jasmin & Hébert, 2019). En outre, Castro, Dahlin-Ivanoff, et Mårtensson (2016) expliquent que certaines composantes culturelles sont visibles, comme l'expression artistique ou les vêtements, tandis que d'autres sont invisibles, comme l'expression sociale, les valeurs, les croyances ou les modèles d'activités. Les composantes

culturelles varient selon les groupes et les sociétés, créant ainsi la diversité des êtres humains (UNESCO, 2002).

Pour la présente étude, les composantes de la culture sont celles définies par Bonder et ses collaborateurs·trices (2004) et par Jasmin (2019a). Selon ces auteurs, ces composantes sont : (1) partagées par un groupe ou une société; (2) enracinées et relativement stables dans le temps; (3) liées à un contexte défini; et (4) susceptibles d'évoluer. Pour Jasmin (2019a), la culture existe par le partage des composantes culturelles par un groupe ou une société. Ce partage amène à considérer les autres groupes comme différents, dans le sens où ces derniers sont porteurs d'autres composantes culturelles. Selon Bonder et ses collaborateurs·trices (2004), le constat de ces différences peut aussi être réalisé au niveau individuel. Ainsi, lors de chaque échange social, la personne peut se demander si elle souhaite faire évoluer son comportement en fonction des composantes culturelles de l'Autre, amenant ou non à un changement de groupe (Bonder *et al.*, 2004). Par ailleurs, les composantes culturelles sont enracinées ou intériorisées par les membres du groupe puisqu'elles conditionnent leur manière d'agir (Jasmin, 2019a). En somme, chacun·e agit en respectant les codes sociaux appris pendant l'enfance ou définis par la société dans laquelle il·elle vit (Jasmin, 2019a). C'est ainsi que se développent les rituels (ex. : la façon de se vêtir) décrits par Bonder et ses collaborateurs·trices (2004). Cet enracinement amène aussi une certaine stabilité dans le temps, se perpétuant au cours des générations (Jasmin, 2019a). Bonder et ses collaborateurs·trices (2004) apparentent cet enracinement à un modèle de référence sur certaines croyances ou valeurs qui structurent et ritualisent la façon d'agir. Ces mêmes auteurs expliquent que les composantes culturelles sont contextualisées puisqu'elles se manifestent lors d'interactions sociales réalisées à une période temporelle donnée et dans un lieu précis. Si la localisation change, alors les échanges ne seront pas les mêmes. Jasmin (2019a) rejoint cette idée en expliquant que les composantes culturelles sont interdépendantes de l'environnement physique et social. Il reste que les composantes culturelles du groupe et de l'individu évoluent en fonction de l'environnement physique, mais aussi selon les apprentissages sociaux réalisés par chacun·e lors des interactions sociales et intellectuelles (Bonder *et al.*, 2004; Jasmin, 2019a). Parmi les apprentissages sociaux, la façon dont le·la client·e décrivent le monde qui les entoure est un moyen de comprendre l'Autre ainsi que sa propre culture (Govender *et al.*, 2017).

Dans une société avec des personnes ayant des composantes culturelles diverses, certains phénomènes peuvent apparaître. Par exemple, d'après Fedor (2014) les stéréotypes sont l'attribution de composantes culturelles à une personne en fonction de son appartenance

à un groupe. Ce même auteur estime que les stéréotypes aident à donner du sens à la situation en diminuant l'effort cognitif nécessaire à sa compréhension. Ils sont souvent acquis pendant l'enfance et peuvent rester stables dans le temps, mais peuvent aussi varier en fonction du contexte et selon l'utilisation que la personne en fait (Fedor, 2014).

Les préjugés, quant à eux, reposent sur un jugement avant même d'avoir rencontré l'Autre (Jasmin *et al.*, 2019). Ils se distinguent des stéréotypes par le fait qu'ils sont porteurs d'une dimension affective qui se manifeste souvent par de la méfiance, de la dévalorisation ou du rejet des groupes perçus comme « inférieurs » ou « indésirables » (Fedor, 2014; Jasmin *et al.*, 2019). Les stéréotypes et les préjugés sont des notions interdépendantes, les préjugés pouvant reposer sur des stéréotypes (Jasmin *et al.*, 2019).

2.2. Les impacts de la rencontre avec l'Autre sur la pratique

Dans la pratique en ergothérapie, la rencontre avec l'Autre peut mener à la mobilisation de stéréotypes et de préjugés, et à des incompréhensions, que ce soit par des difficultés de communication ou par des divergences dans les croyances, les normes et les comportements.

Par exemple, les stéréotypes ou les préjugés d'un·e ergothérapeute peuvent l'entraîner à catégoriser sa clientèle et à appliquer une « recette » en fonction de son groupe culturel d'appartenance, sans prendre le temps de comprendre la singularité de l'Autre (Jasmin *et al.*, 2019). En fait, l'ergothérapeute peut adopter un comportement guidé par ses idées préconçues sur le groupe culturel auquel appartient la personne (Black, 2016). Dans le même sens, Gupta (2016) souligne qu'il est difficile pour les ergothérapeutes d'adopter une attitude de non-jugement envers des client·e·s qui présentent des caractéristiques ne correspondant pas à leurs propres normes. Une attitude négative peut ainsi affecter l'intervention thérapeutique et la réhabilitation. Par exemple, l'ethnocentrisme, c'est-à-dire le jugement des valeurs et des croyances d'une autre personne en fonction de sa propre culture, peut mener à la dévalorisation ou au rejet de l'Autre, dans la perspective de préserver son appartenance à sa propre culture (Jasmin *et al.*, 2019). Beagan (2015) fait un constat similaire au sujet des personnes qui ont un statut « minoritaire », c'est-à-dire avec des normes différentes de celles portées par le plus grand nombre d'individus dans une société. L'auteure explique que ces personnes sont plus souvent victimes de préjugés et d'intolérance que celles qui portent les normes sociales du groupe « majoritaire ». Pooremamali, Persson et Eklund (2011) ajoutent que dans ces conditions, l'ergothérapeute peut avoir des difficultés à adapter sa thérapie. Cependant, Beagan et Chacala (2012) mentionnent qu'un·e professionnel·le de la santé faisant partie d'un groupe « minoritaire » peut aussi être victime d'exclusion. Cette expérience

peut alors parfois l'aider à mieux comprendre le vécu de certain·e·s client·e·s (Wray & Mortenson, 2011).

Lors de la rencontre avec l'Autre, la communication peut également être influencée négativement, causant des répercussions sur l'intervention thérapeutique. Govender *et al.*, (2017) expliquent que la traduction de termes dans une autre langue est parfois imprécise. De plus, Beagan et Chacala (2012) notent que parler dans une autre langue pendant une séance complète, reste très énergivore. Selon eux, une des solutions serait d'utiliser un logiciel de traduction. Toutefois, Govender et ses collaborateurs·trices (2017) affirment que cette utilisation peut affecter la relation thérapeutique et entraver l'évaluation, ce qui n'améliore donc pas les résultats de la prise en charge. Par ailleurs, Lindsay, King, Klassen, Esses, et Stachel (2012) expliquent que le recours à un interprète dans une séance demande aux ergothérapeutes de prendre du temps supplémentaire pour communiquer avec l'interprète et établir un horaire convenant à chacun·e. Ces adaptations représentent un stress supplémentaire pour le·la professionnel·le (Lindsay *et al.*, 2012). Les ergothérapeutes ont parfois l'impression de ne pas pouvoir transmettre les détails nécessaires de la prise en charge aux client·e·s (Lindsay *et al.*, 2012). Or, comme la communication permet de créer une relation de confiance, cette relation peut être limitée par les incompréhensions de part et d'autre, et par la méfiance du·de la client·e (Govender *et al.*, 2017; Lindsay *et al.*, 2012).

Afin de limiter les incompréhensions dans la relation thérapeutique et de proposer une intervention adaptée aux client·e·s, les approches en lien avec les compétences interculturelles ont été développées. Elles visent à acquérir les habiletés nécessaires pour faciliter la pratique en contexte de diversité.

2.3. Les compétences interculturelles

Les compétences interculturelles désignent les capacités professionnelles à intervenir de façon adaptée à l'Autre (Jasmin *et al.*, 2019). L'ergothérapeute interagit avec une personne porteuse de différences de manière à ce qu'elle s'engage dans la thérapie. Il·elle adapte son intervention au contexte de vie de la personne (Jasmin *et al.*, 2019). Différents modèles théoriques rendent compte du développement de ces compétences interculturelles.

Jasmin et ses collaborateurs·trices (2019) décrivent un continuum des compétences interculturelles en sept « gradations » : la destruction culturelle, l'incapacité culturelle, l'aveuglement culturel, la sensibilité culturelle, la « compétence culturelle », la maîtrise culturelle, et l'humilité culturelle. La destruction culturelle, à savoir l'élimination des personnes d'autres cultures, est peu probable en thérapie et ne sera donc pas traitée ici. L'incapacité

culturelle consiste à croire que sa propre culture est supérieure à celle des autres (Jasmin *et al.*, 2019). Quant à l'aveuglement culturel, il désigne le fait de ne pas reconnaître la différence culturelle de l'Autre. Ces deux attitudes ont un impact négatif sur la pratique (Jasmin *et al.*, 2019). En effet, l'incapacité culturelle (similaire à l'ethnocentrisme) limite la compréhension de l'Autre et l'adaptation de l'intervention thérapeutique (Jasmin *et al.*, 2019). Dans ce sens, Wells (2016) souligne qu'une faible intégration des compétences interculturelles restreint l'adaptation de l'intervention thérapeutique au ou à la client-e. Cette inadaptation peut créer un sentiment de dysharmonie dans la relation avec l'Autre et d'insatisfaction par rapport à l'intervention attendue (Wells, 2016). Dans la suite du continuum proposé par Jasmin et ses collaborateurs·trices (2019), la sensibilité culturelle désigne le fait d'être conscient de sa différence culturelle et de ses limites pour interagir avec d'autres personnes. La « compétence culturelle », telle que décrite dans le continuum, se différencie de la sensibilité culturelle par le respect de la culture de l'Autre et l'auto-évaluation continue de ses connaissances, de son comportement et de son environnement (Jasmin *et al.*, 2019). La maîtrise culturelle désigne un savoir-faire et une efficacité supérieure par rapport à la compétence culturelle (Jasmin, *et al.*, 2019). Quant à l'humilité culturelle, elle consiste en une aptitude à mettre en application ses compétences interculturelles. Dans le même sens, Foronda, Baptiste, Reinholdt et Ousman (2015) décrivent l'humilité culturelle comme une auto-évaluation continue favorisant l'égalité de pouvoir entre le·la client-e et le·la soignant-e. Cette pratique demande notamment de faire preuve d'ouverture d'esprit, d'introspection, d'humilité, et d'esprit critique (Foronda *et al.*, 2015; Jasmin *et al.*, 2019).

Pour Jasmin et ses collaborateurs·rices (2019), l'approche interculturelle permettrait aux ergothérapeutes d'intervenir de façon adaptée en contexte de diversité grâce à la connaissance de soi et de l'Autre, la décentration cognitive et l'empathie. Balcazar, Suarez-Balcazar et Taylor-Ritzler (2009), ainsi que Muñoz (2007) s'accordent également sur ce point. Muñoz (2007) ajoute qu'il faut tenir compte des éléments de contexte dans l'approche interculturelle.

La connaissance de soi désigne le fait de se reconnaître comme porteur·teuse de composantes culturelles (Balcazar *et al.*, 2009; Jasmin *et al.*, 2019; Muñoz, 2007). Elle peut se manifester lors de la prise de conscience des raisons de la gêne ressentie parfois face à certaines attitudes (Balcazar *et al.*, 2009; Jasmin *et al.*, 2019). La connaissance de l'Autre est également nécessaire à une approche interculturelle. Les professionnel·le·s devraient prendre le temps de connaître l'Autre, ses intérêts, ses valeurs, ses croyances, et son parcours de vie (Balcazar *et al.*, 2009). Dans ce sens, Muñoz (2007) fait référence au développement de ses connaissances pour comprendre la vision que l'Autre a du monde. Cette prise de conscience

peut passer par la réflexion active, le recueil d'informations sur les habitudes culturelles par des questions spécifiques posées aux client·e·s, les interactions avec les collègues, ou les conférences sur le sujet (Muñoz, 2007; Wray & Mortenson, 2011). Le ou la thérapeute questionne, observe et utilise la méthode du *story-telling* (mise en récit par le·la client·e) pour mieux comprendre la culture de la personne (Muñoz, 2007). Ainsi, il·elle teste ses hypothèses et ajuste sa pratique par ses interactions et ses observations. L'approche interculturelle demande aussi d'adopter une décentration cognitive et de faire preuve d'empathie (Balcazar *et al.*, 2009; Jasmin *et al.*, 2019). La décentration cognitive est un moyen de s'interroger sur ses propres préjugés et stéréotypes envers d'autres composantes culturelles (Jasmin *et al.*, 2019). Cette pratique consiste à prendre du recul par rapport à soi-même en omettant ses stéréotypes et préjugés pour connaître l'Autre (Jasmin *et al.*, 2019). L'empathie désigne la compréhension des émotions de l'Autre, sans les partager (Brown *et al.*, 2010), ainsi que la compréhension de sa vision du monde (Jasmin, 2019b). L'ergothérapeute essaie d'éviter tout jugement de valeur en s'engageant avec la personne dans des objectifs en accord avec l'identité culturelle de cette dernière (Muñoz, 2007). Jasmin et ses collaborateurs·trices (2019) soulignent qu'il est essentiel de reconnaître les points communs entre deux personnes pour développer une relation de confiance adéquate. Mis en évidence par Munoz (2007), le contexte est l'environnement dans lequel évoluent les compétences dont l'objectif est d'assurer une intervention culturellement adaptée. Les facteurs principaux qui influencent ce développement sont le travail d'équipe et le support de l'institution (Balcazar *et al.*, 2009; Wray & Mortenson, 2011). À ce sujet, quelques études nord-américaines abordent le manque de soutien des institutions envers les professionnel·le·s. Par exemple, les professionnel·le·s manquent souvent de temps et doivent parfois appliquer des modèles cliniques biomédicaux en inadéquation avec l'approche interculturelle, puisque focalisés sur les incapacités de la personne (Balcazar *et al.*, 2009; Gupta, 2016; Wray & Mortenson, 2011). De plus, selon les mêmes études, l'évolution des compétences interculturelles pourrait nécessiter un engagement personnel important et un soutien de la part de l'institution, comme l'accès à un·e interprète et une flexibilité temporelle (Balcazar *et al.*, 2009; Wray & Mortenson, 2011).

Henderson, Horne, Hills et Kendall (2018) mettent en valeur les conséquences des soins culturellement adaptés, en termes d'adhésion aux traitements et aux conseils, de satisfaction envers les soins, et de qualité des soins effectués et perçus par le·la client·e. Ces pratiques permettent d'établir un partenariat entre le·la client·e et le·la thérapeute, basé sur le respect (Henderson *et al.*, 2018; Jasmin *et al.*, 2019; Muñoz, 2007). En acquérant des compétences interculturelles, il est possible de promouvoir un climat de confiance et une relation thérapeutique favorable à l'intervention en ergothérapie (Jasmin *et al.*, 2019). Avec un objectif

similaire, la pratique centrée sur le ou la client-e en ergothérapie émerge de la volonté des professionnel-le-s d'avoir une pratique individualisée, correspondant à la personnalité et aux besoins de chacun-e (Hammell, 2013). Cette approche s'inspire de la psychologie humaniste portée par Rogers (Jasmin, 2019b). Elle repose également sur le respect et la construction d'un partenariat avec la personne qui bénéficie du service (Hammell, 2013). Elle reconnaît l'autonomie de l'individu, le besoin de choisir et d'être acteur-trice de ses occupations (Hammell, 2013; Stedman & Thomas, 2011). L'ergothérapeute doit chercher à comprendre la culture du-de la client-e pour qu'elle soit intégrée à la thérapie, cette dernière visant l'autonomisation du-de la client-e et sa capacité à atteindre ses objectifs (Hammell, 2013; Jasmin, 2019b). En somme, Henderson et ses collaborateurs-trices (2018) identifient les compétences interculturelles comme une extension de l'approche centrée sur le-la client-e. En effet, la finalité de ces deux approches est d'avoir une intervention adaptée à la personne (Jasmin, 2019; Hammel, 2013; Muñoz, 2007). Néanmoins, l'approche des compétences interculturelles cible davantage la prise en considération de la différence culturelle lors de l'intervention, ce qui n'est pas spécifique à la pratique centrée sur le-la client-e.

Les interventions en ergothérapie ont pour objectif la réalisation des occupations nécessaires (choisies ou non) pour la personne dans son milieu de vie (Jasmin, 2019b). Pour ce faire, les ergothérapeutes prennent en compte la personne, ses occupations dans son environnement (matériel et immatériel), ainsi que les interactions dynamiques (Jasmin, 2019b). C'est pourquoi la compréhension de l'Autre en ergothérapie s'ancre dans l'analyse de la situation du-de la client-e.

2.4. Le raisonnement clinique en ergothérapie¹

Le raisonnement clinique est défini par Mitchell et Unsworth (2005) comme la réflexion, l'interprétation de la situation, la prise de décision et le savoir-faire que l'ergothérapeute utilise pour adopter une conduite professionnelle adaptée au-à la client-e. Meyer (2007) ajoute que le raisonnement clinique est la pensée qui mène à la démarche en ergothérapie, soit recueillir des données, déterminer le problème, définir les objectifs, et mener des activités de traitement ajustées à la personne. Le raisonnement clinique peut prendre une forme plutôt explicite par des raisonnements scientifiques comme les raisonnements diagnostiques et procéduraux, ou une forme tacite comme les raisonnements narratifs, interactifs et éthiques. L'utilisation flexible de différentes formes de raisonnement définit le raisonnement conditionnel. Le raisonnement scientifique repose sur une logique qui mène à une prise de décision basée sur des évidences

¹ Seuls les raisonnements professionnels pertinents pour l'étude sont développés dans cette section.

scientifiques. Selon Meyer (2007), le raisonnement diagnostique est composé d'inductions, puis de déductions. L'induction consiste à recueillir des informations pour générer des hypothèses, interpréter les informations, puis en déduire les hypothèses valables (Meyer, 2007). Contrairement au raisonnement diagnostique qui est présent au début de l'intervention, le raisonnement procédural existe tout au long de la démarche professionnelle (Meyer, 2007). Il est constitué des étapes suivantes : la sélection d'un modèle de pratique, le recueil systématique de données, la génération d'hypothèses, le choix des objectifs et l'évaluation des hypothèses (Meyer, 2007). Il porte sur les déficiences et incapacités de la personne et repose sur des situations déjà résolues (Schell & Benfield, 2018). Il est réducteur puisqu'il ne permet pas de saisir les habitudes de vie, ni les interactions entre les facteurs environnementaux et personnels (Meyer, 2007; Mitchell & Unsworth, 2005). Selon Meyer (2007), le raisonnement narratif désigne le récit par le·la thérapeute de la maladie vécue par le·la client·e. À travers ce récit, l'ergothérapeute donne du sens à l'intervention pour redéfinir un avenir avec le·la client·e (Meyer, 2007; Schell & Benfield, 2018). Le raisonnement interactif est à la base de la relation thérapeutique puisqu'il est utilisé lors des interactions verbales (Mitchell & Unsworth, 2005). Le·la thérapeute y a recours pour interpréter le discours et la gestuelle de la personne afin de créer un partenariat et une collaboration avec celle-ci (Meyer, 2007; Schell & Benfield, 2018). Cette interprétation est basée sur la personne, son vécu et son devenir, et non sur ses symptômes (Meyer, 2007; Schell & Benfield, 2018). Meyer (2007) souligne que ce raisonnement est essentiel pour avoir une pratique centrée sur le·la client·e. Le raisonnement éthique conditionne la prise de décision sur les solutions et les moyens évalués comme étant les « meilleurs » pour atteindre les objectifs, et non ce qui est prouvé scientifiquement (Meyer, 2007; Schell & Benfield, 2018). Le raisonnement conditionnel est un processus qui englobe les autres formes de raisonnements, puisqu'il prend en considération la personne dans son environnement social, culturel et temporel (Schell & Benfield, 2018). Il permet d'avoir une vision holistique du·de la client·e (Mitchell & Unsworth, 2005). Il mesure les effets des incapacités et des déficiences de la personne sur ses habitudes de vie (Meyer, 2007). Ainsi, le·la thérapeute arrive à définir des objectifs atteignables et en accord avec le contexte de vie de la personne (Mitchell & Unsworth, 2005). Meyer (2007) souligne que le raisonnement clinique est influencé par le·la professionnel·le et ses caractéristiques personnelles. Les moyens et finalités des interventions peuvent donc varier selon les professionnel·le·s (Meyer, 2007).

Les apprentissages théoriques et pratiques faits dans le cadre de la formation soutiennent le développement du raisonnement clinique de la pratique centrée sur le·la client·e, ainsi que l'acquisition des compétences interculturelles.

2.5. Le développement des compétences interculturelles et du raisonnement clinique chez les étudiant·e·s en ergothérapie

L'apprentissage des compétences interculturelles est un processus continu (Jasmin *et al.*, 2019; Muñoz, 2007). Selon Whiteford et St-Clair (2002), l'enseignement des compétences interculturelles est difficilement réalisable par des séquences de cours spécifiques. Il devrait plutôt être question d'apports théoriques ou réflexifs intégrés aux autres enseignements (Whiteford & St-Clair, 2002). Selon Brown, Muñoz, et Powell (2011), ainsi que Whiteford et St-Clair (2002), les études de cas, les journaux réflexifs et les entrevues avec des personnes perçues comme différentes sont des méthodes pédagogiques efficaces, notamment pour prendre conscience de ses propres stéréotypes et préjugés.

Plusieurs auteurs (Brown *et al.*, 2011; Muñoz, 2007; Whiteford & St-Clair, 2002) prétendent que les compétences interculturelles ne peuvent être acquises sans rencontre avec l'Autre. Même si les apprentissages théoriques soutiennent le développement des compétences interculturelles, ils ne peuvent remplacer les interactions avec l'Autre vécues sur le terrain (Whiteford & St-Clair, 2002). Ces rencontres peuvent se réaliser dans un contexte personnel ou professionnel (Muñoz, 2007). Elles peuvent se faire en toute harmonie ou devenir conflictuelles (Muñoz, 2007). Ces interactions donnent l'opportunité à la personne de reconnaître les limites de ses connaissances et compétences (Muñoz, 2007). Le processus réflexif qui en découle permet d'identifier la raison de la confrontation et d'améliorer la pratique avec l'Autre (Muñoz, 2007). Dans l'étude de Murden *et al.*, (2008), les étudiant·e·s mettent en avant que les rencontres avec des personnes différentes constituent un moyen d'être attentif à l'Autre et de diminuer ses stéréotypes. Ces mêmes participant·e·s expliquent l'importance de pouvoir appliquer l'enseignement universitaire dans le cadre d'expériences professionnelles sur le terrain. Whitford (2002) ajoute que le fait que les étudiant·e·s prennent exemple sur la pratique des professionnel·le·s lors des stages favorise la mise en application des apprentissages théoriques sur le terrain. Néanmoins, la rencontre de personnes différentes n'est pas toujours possible dans un contexte de formation (Brown *et al.*, 2011). Dans ce sens, l'élargissement de la définition de la diversité culturelle permet d'augmenter les chances de réaliser des rencontres interculturelles.

Dans le cas du programme de *Bachelor* en ergothérapie de Lausanne, certains modules de formation abordent probablement des sujets d'interculturalité et permettent de développer les compétences interculturelles des étudiant·e·s, comme les modules « perspectives socioculturelles sur la santé, les occupations et les personnes », « santé et société », « populations et contextes », « intervention auprès de population spécifique » (HETSL, s.d).

D'autres modules comme les « analyses de situations » et les « analyses de pratiques », dont l'un des objectifs est de développer le raisonnement clinique peuvent aussi favoriser le développement des compétences interculturelles, à travers des *feedbacks*, des études de cas, etc. (HETSL, s.d). À ces apprentissages théoriques, les stages pratiques permettent de développer des compétences interculturelles des étudiant·e·s en ergothérapie (HETSL, s.d).

Dans le cadre d'une étude plus ciblée sur l'ergothérapie, il est important de s'intéresser au raisonnement clinique. Schell et Benfield (2018) catégorisent les ergothérapeutes en fonction de leur niveau d'expertise. Ainsi, les « novices » désignent des personnes sans pratique sur le terrain, n'ayant que des connaissances théoriques pour guider leur pratique. Ils-elles utilisent essentiellement le raisonnement procédural et le raisonnement narratif pour établir une relation de confiance avec le-la client·e. Les « novices » ont du mal à s'adapter à la situation et à en saisir toute la complexité, et utilisent donc peu le raisonnement conditionnel. Selon Mitchell et Unsworth (2005), les étudiant·e·s expriment un sentiment de gêne allant parfois jusqu'à la frustration par rapport à cette difficulté de compréhension de la situation dans son ensemble. Ils-elles ne perçoivent pas les problématiques éthiques dans la pratique (Schell & Benfield, 2018). Avec un peu plus d'expertise, les « débutant·e·s » correspondent à des personnes qui ont moins d'un an de pratique (Schell & Benfield, 2018). Les membres de cette catégorie commencent à saisir des éléments contextuels et commencent à faire le lien entre la théorie et la pratique (Schell & Benfield, 2018). Cependant, ces professionnel·le·s n'arrivent pas encore à prioriser les objectifs d'interventions, d'où la nécessité d'avoir un cadre pour guider leurs interventions. Ils-elles commencent à affiner leur raisonnement narratif et à reconnaître des situations de problématiques éthiques. Comme cette étude s'intéresse aux étudiant·e·s en *Bachelor*, les autres niveaux d'expérience décrits par Schell et Benfield (2018) ne seront pas développés ici.

3. Question et objectifs de la recherche

Ces apports théoriques amènent à se demander comment les étudiant·e·s en ergothérapie développent des compétences interculturelles au cours de leur formation, principalement lors de leur rencontre avec l'Autre. Plus précisément, le premier objectif de l'étude est de décrire comment les participant·e·s caractérisent la diversité de l'Autre au cours de leurs études. Le second est de relever les effets de la rencontre avec l'Autre sur les étudiants·e·s. Le troisième consiste à identifier le développement de leurs compétences interculturelles durant leurs trois années d'études. Le quatrième et dernier objectif est de montrer l'évolution du raisonnement clinique en fonction des situations évoquées par les étudiant·e·s.

4. Méthodologie

4.1. Type d'étude

Cette étude est une analyse secondaire d'une partie des données qualitatives d'un projet de recherche de plus grande envergure mené par Tétreault, Gulfi et Kühne (2016-2019). Ce projet de recherche portait sur l'évolution du rapport à l'Autre chez les étudiant·e·s en travail social et en ergothérapie. Il s'agissait d'un projet à devis mixte avec un suivi longitudinal sur les trois années de formation des participant·e·s. Les objectifs portaient sur : les formes de rapport à l'Autre chez les étudiant·e·s, leur évolution, et le développement de directives pour l'accompagnement et la formation en travail social et en ergothérapie. Seules les données qualitatives de cette recherche antérieure sont reprises pour la présente analyse secondaire. En ciblant uniquement les entretiens réalisés auprès d'étudiant·e·s en ergothérapie, le but du présent travail est d'opter pour un angle d'analyse davantage axé sur les postulats théoriques de l'ergothérapie. Le recrutement des participant·e·s, les outils de la collecte des données et son déroulement sont décrits d'après le projet de recherche initial (Tétreault *et al.*, 2016-2019).

4.2. Recrutement des participant·e·s

Dans l'étude primaire, les étudiant·e·s en ergothérapie ont été recruté·e·s dans une Haute école de Suisse romande en 2016. Pour répondre aux exigences éthiques de la recherche en Suisse (Loi relative à la recherche sur les êtres humains du 30 Septembre 2011), l'accord de la responsable de filière a été obtenu avant de présenter le projet aux étudiant·e·s et de solliciter leur participation par courriel. Lors du recrutement, les étudiant·e·s ont été informé·e·s sur la finalité de l'étude, son déroulement, et les avantages et les inconvénients d'y participer. En signant un formulaire de consentement lors de leur entrée dans l'étude, ils-elles ont pris connaissance de leur droit au retrait de l'étude en tout temps, ainsi que du respect de l'anonymat de l'ensemble des informations qui seraient récoltées.

La participation à l'étude s'est faite sur une base volontaire. Suite au premier entretien, les participant·e·s ont été contacté·e·s par courrier électronique pour le deuxième et le troisième entretien. L'étude secondaire porte sur les données récoltées auprès de six étudiant·e·s en ergothérapie entré·e·s en formation en 2016 et diplômé·e·s en 2019.

4.3. Collecte de données

Lors de l'étude primaire, des entretiens semi-directifs et des questionnaires ont été menés sur le sujet de l'interculturalité. Pour rappel, l'étude secondaire porte uniquement sur les données qualitatives récoltées. Plus précisément, elle analyse le suivi longitudinal d'étudiant·e·s ayant pris part à trois entretiens, soit un par année d'étude. Durant leur formation en ergothérapie, les étudiant·e·s réalisent leur premier stage pratique entre les deux premiers entretiens, et leur second stage entre le deuxième et le troisième entretien. Lors du premier entretien, les questions concernaient le parcours de l'étudiant·e, la vision de son métier, ses attentes par rapport aux stages et ses expériences de rencontre avec l'Autre (annexe 1). Le deuxième entretien est un récit de pratique. Il s'agissait pour l'étudiant·e d'analyser une expérience de stage ayant impliqué une personne aux ancrages culturels différents des siens. Quant au troisième entretien, il portait sur la définition de l'ergothérapie, l'autoanalyse de l'évolution du rapport à l'Autre, le vécu des stages ainsi que l'évaluation des apprentissages théoriques dans le cursus de formation. Les transcriptions des entretiens ont été validées par deux personnes lors de l'étude primaire. Quant au récit de pratique du deuxième entretien, un résumé en a été fait et a été envoyé aux participant·e·s pour validation afin de vérifier l'exactitude des données. Afin de respecter les exigences éthiques sur la protection des données (Loi relative à la recherche sur les êtres humains du 30 Septembre 2011), les entretiens soumis à l'analyse secondaire ont été anonymisés au préalable. En somme, le corpus de données analysé ne contenait aucun nom ou informations permettant d'identifier les participant·e·s.

4.4. Analyse des données

L'étude secondaire porte donc sur l'analyse des verbatim des 18 entretiens réalisés auprès des six étudiant·e·s en ergothérapie. Une méthode d'analyse thématique décrite par Paillé et Mucchielli (2016) a été utilisée. L'analyse débute par plusieurs lectures flottantes des entretiens afin de se familiariser avec les données récoltées et de prendre des notes sur le cursus scolaire, les expériences professionnelles et les rencontres interculturelles faites par les étudiant·e·s avant l'entrée en formation. Il s'agit aussi de documenter le contexte de stage et les rencontres avec l'Autre réalisées pendant la formation et évoquées par les étudiant·e·s. Les objectifs de l'étude ont permis de générer des catégories principales d'analyses, à savoir : (1) les caractéristiques de la diversité selon les étudiant·e·s, (2) leur réaction face à l'Autre, (3) le développement de leurs compétences interculturelles, et (4) l'évolution du raisonnement clinique en fonction des situations évoquées. Dans un premier temps, l'analyse concernant les trois premiers objectifs a été menée, puis, dans un deuxième temps, après mise en valeur de l'intérêt d'aborder le raisonnement clinique pour approfondir le sujet, l'analyse sur le

raisonnement clinique a été réalisée. Pour ce faire, un travail d'identification des extraits d'entretien porteurs de sens a été mené. Ensuite, une étape d'inférence par thématization continue a été réalisée à partir de chaque extrait d'entretien, afin de faire émerger des thèmes dans chaque catégorie principale. Enfin, l'interprétation des extraits de verbatim a permis de subdiviser, regrouper et hiérarchiser des thèmes et sous-thèmes dans chaque catégorie principale afin de définir un arbre thématique.

5. Résultats

5.1. Description des participant·e·s

Parmi les six participant·e·s, cinq sont des femmes². Leur âge varie entre 19 et 26 ans (médiane = 22.5) lors de leur entrée dans l'étude longitudinale. Les six étudiant·e·s interrogé·e·s ont suivi une année propédeutique avant d'intégrer la formation en ergothérapie. De plus, chacun·e a réalisé au moins un stage en ergothérapie avant d'entrer dans la formation. Deux participant·e·s sont en reconversion professionnelle. Tous·toutes ont fait l'expérience d'une rencontre avec une personne perçue comme différente avant d'intégrer la formation d'ergothérapeute, que ce soit lors de voyages, dans leur cercle d'ami·e·s ou dans la sphère familiale. Un·e étudiant·e est « d'origine » étrangère. Pendant leur cursus, chacun·e effectue deux stages dans divers domaines (ex : pédiatrie, soins à domicile, pathologie de la main, neurologie, etc.).

5.2. Les caractéristiques de la diversité décrites par les étudiant·e·s

Comme décrit dans la partie théorique, les composantes culturelles sont partagées par un groupe d'individus et peuvent évoluer selon le vécu de chacun·e. Dans les entretiens, certain·e·s étudiant·e·s font référence à la différence d'âge et de génération qu'ils·elles peuvent avoir avec un·e client·e. Ainsi, un·e participant·e identifie l'altérité de la manière suivante lorsqu'il lui est demandé de décrire en quoi l'Autre est différent·e : « Sa différence d'âge... il a huitante ans. » (P4). Par ailleurs, tous·toutes les étudiants·e·s désignent les différents lieux « d'origine » des personnes au centre de leurs expériences interculturelles vécues, particulièrement lors du premier entretien. Il peut s'agir d'un pays étranger (ex. : « turc » P1) ou d'une autre région de la Suisse (ex. : « Suisse-Allemand » P4). Parfois, les participants·e·s mettent aussi en évidence la différence de niveau socio-économique avec l'Autre, par exemple en parlant de « personnes très riches, un peu snobs » (P5). La différence de statut légal en

² Afin de conserver l'anonymat du seul participant de sexe masculin, toutes les références à un·e seul·e des participant·e·s sont rédigées en langage épïcène.

Suisse a aussi été nommée (ex. « réfugiés » P4). Dans les situations évoquées, il arrive que le statut de « réfugié » nommé par les participant·e·s ne soit pas toujours fidèle à la réalité. Lorsque certain·e·s étudiant·e·s décrivent de façon plus précise la situation, le statut des personnes concernées semble correspondre plutôt à celui de « demandeur d'asile ».

L'état de santé des individus est également décrit par les étudiant·e·s comme une source de différence. En effet, la santé cognitive est parfois évoquée (ex. : « trisomies 21 » P4 ou « patients aphasiques » P6). Il en est de même pour l'état de santé mentale d'une personne (ex. : « trouble anxieux » P5), ainsi que pour la santé physique des client·e·s. Par exemple, un·e participant·e considère l'architecture corporelle modifiée comme une composante de diversité culturelle (ex. : « amputations ou grosses brûlures » P6). Pareillement, la langue peut être décrite comme une marque de différence perçue, comme le mentionne un·e étudiant·e dans la description d'une expérience interculturelle vécue : « C'est une dame qui parle anglais » (P5).

Certain·e·s participant·e·s évoquent des comportements estimés surprenants lorsqu'il est question d'identifier l'Autre. Par exemple, un·e participant·e dit s'être interrogé·e sur le comportement d'un couple dont le mari est Suisse et la femme est « d'origine africaine », selon ses propres mots. Le pays d'origine exact n'est pas précisé par le·la participant·e : « C'est que Monsieur reçoit une rente AI qu'il donne entièrement à sa femme pour, en fait, l'aide qu'elle lui apporte. » (P3). Pour un·e autre, ce sont les activités de la femme dans le couple qui sont considérées comme une différence : « Et puis souvent, les femmes, elles ne travaillent pas. Elles sont à la maison. » (P5). Il en est de même concernant les croyances et les valeurs des personnes. Pour un·e répondant·e, l'intensité de la pratique religieuse est considérée comme un critère d'altérité (ex. : « chrétienne très pratiquante » P2). Un·e autre étudiant·e explique en quoi un individu peut être perçu comme différent dans ses valeurs : « Bien, peut-être des personnes qui ont des valeurs que je ne partage vraiment, vraiment pas. Par exemple... le sexisme ou le racisme, ou des choses comme ça. » (P3). Pour cette personne, le racisme et le sexisme constituent une différence de taille chez l'Autre.

Le parcours de vie est aussi décrit comme une source de diversité, comme l'explique ce·cette participant·e : « Ce serait, bien, la différence viendrait de quelqu'un qui a vécu quelque chose que je n'ai pas vécu moi. » (P5). Les composantes décrites sont souvent combinées chez un même individu, comme dans cet exemple : « Un monsieur de huitante ans qui a eu un AVC, (...) il est Suisse-Allemand. » (P4). Ce cumul amène alors une plus grande diversité perçue.

5.3. Les effets de la rencontre avec l'Autre sur les participant·e·s

Les thèmes suivants sont ressortis de l'analyse de contenu : (1) les sentiments éprouvés lors de la rencontre avec l'Autre; (2) les comportements adoptés lors de la réalisation de l'intervention.

5.3.1. Les sentiments éprouvés

Plusieurs sentiments ressortent dans le discours des participant·e·s : l'appréhension avant la rencontre avec l'Autre, l'étonnement, parfois accompagné de compassion ou de jugement envers la différence, allant jusqu'au rejet. Ils-elles évoquent aussi dans certains cas un sentiment d'incapacité et de frustration.

Certain·e·s répondant·e·s appréhendent la rencontre avec l'Autre. Cette appréhension se traduit par un sentiment d'inconfort, de peur de l'inconnu et de la confrontation. Par exemple, un·e participant·e décrit son appréhension de rencontrer une personne venant d'Australie et ayant subi un traumatisme crânien : « Déjà un, on ne va peut-être pas se comprendre. Et ensuite, peut-être le lien thérapeutique, il ne va pas se faire s'il y a une barrière de langue (...). » (P5). Au moment de la rencontre, les étudiant·e·s peuvent être étonné·e·s par la singularité de l'expérience qu'ils-elles sont en train de vivre. Ainsi, un·e étudiant·e explique son étonnement lorsqu'il-elle voit comment son·sa praticien·ne formateur·trice arrive à réaliser une séance d'ergothérapie sans comprendre verbalement le·la client·e en chambre d'isolement : « Enfin, oui, c'était vraiment inattendu comme expérience. Donc vraiment sur l'étonnement. » (P6). Dans d'autres situations, un sentiment de compassion semble être éprouvé, comme pour ce·cette participant·e qui confie à propos d'un·e de ses client·e·s : « Au final, ça fait du mal et c'est triste. Donc voilà. Oui. Oui, ça m'affecte. » (P2). Ainsi, les étudiant·e·s pourraient porter un regard sur l'Autre qui leur permettrait de connaître l'Autre.

Les idées préconçues d'un·e participant·e sur la façon de vivre, de penser, ou d'agir d'un individu peuvent se manifester par un jugement de valeur, comme l'exprime un·e répondant·e lorsqu'il-elle voit son·sa collègue « d'origine africaine » (sans préciser le pays exact) avec une blouse colorée. Il-elle se rappelle s'être dit : « Ah tiens, il doit être plus dans la culture de son pays que la nôtre. » (P1). Dans certains cas, le jugement de valeur va jusqu'au rejet de l'Autre. Ce rejet apparaît par l'expression d'un sentiment d'agacement, d'irritation, de révolte. Par exemple, un·e participant·e explique qu'il-elle pourrait « haïr », pour reprendre ses termes, une personne qui serait raciste envers lui-elle.

En parallèle, certain·e·s étudiant·e·s décrivent se sentir dans l'incapacité de s'adapter à l'Autre et à la situation. Un·e participant·e évoque sa difficulté face à une dame qui présente plusieurs troubles psychiatriques et qui traverse une période de crise :

Mais les fois où on est allé, où elle était un peu en crise, moi, je ne me sentais pas apte à communiquer avec elle et à dire les choses, enfin, à trouver des moyens de la rassurer ou de la comprendre. Je ne me sentais pas apte, non.

(P5)

Face à ces situations, les participant·e·s expriment parfois de la frustration à ne pas savoir comment s'adapter à l'Autre. Par exemple, un·e répondant·e met en évidence ce sentiment lorsqu'il·elle essaye de faire changer d'opinion d'une personne qui tient un discours discriminatoire envers les Suisses francophones. Il·elle explique alors :

A la longue, c'est frustrant parce qu'on sait qu'il a les capacités de comprendre, mais qu'il ne veut pas le comprendre! Oui, c'est juste frustrant parce que... de tourner en rond, en train d'essayer de chercher l'explication qui ferait que. Mais, oui. Bon, après, je me dis : « On ne peut pas convaincre tout le monde ! » (...).

(P2)

Dans cet extrait, le sentiment de frustration du·de la participant·e ressort face à la difficulté à gérer la situation.

5.3.2. Les comportements envers l'Autre dans l'intervention

Parfois, la rencontre avec l'Autre ne modifie pas la pratique, comme le souligne un·e étudiant·e face à une personne raciste envers lui·elle: « mais, enfin, après, concrètement, ça n'a pas changé comment moi, j'ai interagi » (P2). De la même manière, un·e participant·e dit ne pas être perturbé·e par la réalisation d'une séance de thérapie en anglais avec un·e client·e venant d'Australie : « Mais en fait, ça ne m'a pas trop perturbée parce que, bien, je parle assez bien anglais (...) » (P5). Pour ces répondant·e·s, intervenir en situation de diversité ne semble pas avoir de conséquences sur leur comportement comme thérapeutes.

Dans d'autres situations, le fait d'être face à des personnes aux normes, valeurs ou comportements perçus comme différents des siens peut avoir des conséquences sur l'intervention thérapeutique. Des étudiant·e·s expriment diverses difficultés. La première concerne la communication. Même si les répondant·e·s parlent l'allemand ou l'anglais, le manque de vocabulaire et l'exigence cognitive que demande la traduction d'une séance sont décrits comme énergivores. Le cumul de la barrière de la langue à une pathologie, limite également la communication et la compréhension des troubles. Ces contraintes pourraient provoquer une incompréhension des difficultés de la personne. Dans ce sens, un·e participant·e expose cette difficulté à communiquer avec un·e client·e suisse-allemand·e atteint·e d'une aphasie en raison d'un AVC: « Donc après, c'est difficile de savoir où est la difficulté de la langue quand on lui parle en français, et où est la difficulté cognitive, en fait. »

(P4). Dans cet exemple, le manque de communication restreint la connaissance de la situation par l'étudiant·e, limitant ainsi l'efficacité et l'adaptation de l'intervention à la personne.

La seconde difficulté évoquée par certain·e·s étudiant·e·s est la création d'une relation de confiance avec l'Autre. C'est le cas pour un·e participant·e qui décrit sa peine à créer un lien de confiance avec une mère « d'origine » autochtone dont l'enfant est suivi en thérapie :

Je ne pense pas qu'elle était moins impliquée, mais elle donnait l'impression d'être moins impliquée. Et c'est vraiment nous qui devons tout le temps aller chercher les infos, tout ça. Et ça, c'était une autre façon de prendre en charge que ce que j'avais l'habitude. (P4)

Cette situation décrite comme inhabituelle déstabilise le·la participant·e et complexifie la relation avec la mère de l'enfant.

La troisième difficulté relevée par des participant·e·s est la réalisation d'une activité thérapeutique adaptée à la situation, en respectant les habitudes de vie et les capacités de la personne. L'utilisation d'outils et la mise en application des connaissances théoriques sont parfois compliquées à mettre en place pour certain·e·s étudiants·e·s. Dans ce sens, un·e participant·e évoque le fait que l'activité thérapeutique proposée lors d'une intervention n'était pas adaptée à la personne :

Et ça, je l'ai mis parce qu'en fait, on avait tout organisé, les commissions et tout. Puis quand on a terminé les commissions, elle nous a dit qu'en fait, de toute façon, elle ne faisait que les commissions par Internet. Et puis, enfin voilà. Je me suis... on s'est dit, avec l'autre ergo, que si, au final, on avait plus posé des questions sur ses habitudes de vie, bien on ne serait pas parti là-dessus, ou peut-être qu'on aurait fait les commandes sur Internet, directement, ou quelque chose comme ça. (P5)

Cette situation montre que les étudiant·e·s ont parfois du mal à adapter leur intervention à l'Autre.

5.4. Les compétences interculturelles mobilisées

Ce point présente les méthodes utilisées par les étudiant·e·s en ergothérapie pour développer leurs compétences interculturelles et la mise en place des stratégies d'adaptation. Il sera aussi question de l'apprentissage continu de ces habiletés décrit par les participants·e·s.

5.4.1. Les méthodes de développement des compétences interculturelles

Selon les propos des participant·e·s, la curiosité, la décentration cognitive, l'autoréflexion, l'encadrement par les professionnel·le·s et la mobilisation des connaissances théoriques sont des méthodes qui permettent de développer des compétences interculturelles.

Certain·e·s participant·e·s expriment leur désir d'apprendre à connaître l'Autre. Par exemple, un·e étudiant·e utilise ces mots : « Moi, enfin... moi personnellement, j'adore apprendre. Et genre juste voir comme les autres gens se comportent et le pourquoi du comment, et je trouve ça assez, je trouve ça génial. » (P2). Cette curiosité envers des comportements perçus comme différents des siens peut alors aider à connaître l'Autre et adapter l'intervention thérapeutique. La réflexion sur soi-même ou la décentration cognitive, dont l'analyse des sentiments éprouvés par rapport à l'Autre, sont aussi des méthodes qui permettent de développer ses compétences interculturelles identifiées dans les propos des étudiant·e·s. Dans ce sens, un·e participant·e décrit comment la connaissance de soi l'aide à se construire en tant que thérapeute :

Enfin, en fait, de connaître ses propres limites aussi, à nous, en tant que thérapeutes. Et puis si on ne se sent pas, bien de lui dire. Et puis, bien voilà, malgré ça, essayer de comprendre la situation, essayer de rassurer en donnant des choses concrètes. (P5)

Se connaître soi-même et pouvoir exprimer son malaise à l'Autre semble permettre à ce-cette étudiant·e d'être plus à l'aise dans la relation thérapeutique.

D'autres étudiant·e·s évoquent l'encadrement par les professionnel·le·s comme aidant pour faire face à des situations avec une composante interculturelle. Par exemple, un·e participant·e explique comment le-la praticien·ne formateur·trice l'a soutenu·e lors d'une séance réalisée dans une autre langue que le français :

Et puis, bien oui, ce qu'on a fait aussi pour adapter un peu, c'était que l'ergothérapeute, elle me traduisait vraiment... enfin, elle ne me traduisait pas, mais elle m'expliquait en français tout ce qu'elle faisait, et pourquoi elle le faisait. (P5)

Ces explications ont permis à l'étudiant·e de comprendre la démarche de l'ergothérapeute, malgré le défi linguistique. Par ailleurs, quelques répondant·e·s évoquent la mise en application des connaissances théoriques apprises en cours comme méthodes d'adaptation lors de la rencontre avec l'Autre. Un·e participant·e décrit comment un conseil donné en cours lui a permis de faire face à la situation :

Et puis reformuler, aussi. Après, j'ai essayé de mettre en place des stratégies qu'on avait vues quand on a eu les retours à l'école, où ils disaient : « Bien quand quelqu'un part dans tous les sens, peut-être essayer, quand il ne nous

laisse pas la possibilité de parler, bien regarder ailleurs, regarder la feuille, tout ça. » (P3)

Cette mise en application des connaissances théoriques a permis à l'étudiant·e de gérer une personne logorrhéique. Par ces différentes méthodes, les étudiant·e-s semblent bien développer des compétences interculturelles dans la prise en charge d'une clientèle diversifiée.

5.4.2. Les stratégies d'adaptation des interventions thérapeutiques

Les stratégies d'adaptation de la thérapie utilisées par les participant·e-s sont d'apprendre à connaître l'Autre, d'adapter son attitude et l'activité thérapeutique à l'Autre, et d'ajuster les méthodes et moyens de communication verbale et non verbale.

Des étudiant·e-s prennent le temps d'apprendre à connaître l'Autre, comme le souligne un·e participant·e :

Donc du coup, de connaître cette personne pour ce qu'elle est, pour ce qu'elle vit, ce qu'elle ressent, et ses besoins, bien c'est ça qui m'intéresse. Et du coup, ça ne devient plus une personne autre, mais juste une personne. (P5)

Ils·elles visent à adapter leur attitude et leur activité thérapeutique à leur client·e. Un·e participant·e explique comment il·elle modifie son attitude en fonction de son·sa client·e : « Je prenais toutes les informations que je pouvais avoir, grosso modo, pour être le plus prête possible à, justement, arriver vers cette personne. Et du coup, pour savoir, bien quel rôle, moi-même, je devais prendre, et comment moi être. » (P2). Ce·cette même participant·e décrit l'importance d'adapter l'activité thérapeutique : « Parce que je pense qu'il y a beaucoup plus d'investissement quand la personne, elle trouve du sens dans ce qu'elle est en train d'apprendre ou réapprendre. » (P2). Ainsi, en accommodant leur attitude et l'activité thérapeutique proposée à leur client·e, les étudiant·e-s réalisent des interventions qui ont un sens pour l'Autre.

Concernent l'ajustement des méthodes et moyens de communication, les étudiants·e-s utilisent parfois un langage verbal adapté à la situation de leurs client·e-s, comme l'explique ce·cette participant·e : « Parler plus lentement. Essayer d'être... d'avoir des mots simples, des phrases simples et pas à rallonge. » (P3). Dans d'autres cas, ils·elles adoptent une autre langue ou un logiciel de traduction pour communiquer avec un·e client·e parlant une langue étrangère. Un·e participant·e mentionne les efforts qu'il·elle a mis en œuvre pour pouvoir converser en allemand avec un·e client·e : « J'ai préparé les séances suivantes, après, je suis allée regarder du vocabulaire que je m'étais rendu compte qu'il me manquait, en allemand. » (P4). Parfois limité·e-s dans l'expression dans une langue étrangère, des étudiant·e-s peuvent faire appel à un·e interprète. Ainsi, un·e participant·e décrit avoir sollicité une tierce personne

pour l'aider à communiquer avec un·e client·e : « Oui, un concierge qui était là pour lui demander s'il parlait portugais. Et c'est lui qui m'a servi d'interprète pour... Enfin, je lui ai transmis la consigne qu'elle n'avait pas à sortir. » (P6). Dans cet exemple, ce moyen a permis à l'étudiant·e de gérer la situation.

Outre les techniques verbales, les étudiant·e·s sont amené·e·s à mettre en place d'autres méthodes et moyens pour communiquer avec l'Autre. Effectivement, plusieurs participant·e·s disent observer leurs client·e·s pour mieux les connaître. Dans ce sens, un·e répondant·e mentionne : « être vraiment attentif à tous les indices non verbaux que les personnes elles donnent. Et je pense que maintenant, j'arrive mieux à observer ce genre de chose. » (P4). Ce·cette participant·e utilise l'observation pour mieux connaître l'Autre lorsque la communication verbale est difficile. Des étudiant·e·s utilisent parfois l'écrit pour communiquer avec leur client·e. Un·e participant·e décrit comment il·elle réussit à recentrer un·e client·e sur l'activité thérapeutique : « Et puis après, ça a aussi été prendre une feuille puis : « Bien maintenant, vous notez les... les stratégies qui pourront vous aider, la prochaine fois, et puis... » Et puis essayer de le poser comme ça. » (P3). D'autres fois, les participant·e·s disent utiliser des gestes ou le mime pour interagir avec les client·e·s, comme l'explique cet·cette étudiant·e : « Mais, bien principalement, c'était de montrer, de mimer, ou bien de montrer sur la feuille, enfin voilà, comment faire. » (P5). Ce·cette participant·e à utiliser ces moyens afin de pouvoir échanger avec des personnes ne parlant ni anglais, ni français. Selon les situations évoquées, un ajustement des méthodes et moyens de communication favorise les interactions et les activités thérapeutiques avec l'Autre.

5.4.3. Le processus continu de développement des compétences inter-culturelles

Dans les entretiens, les étudiant·e·s disent percevoir leur évolution lors de la pratique en contexte de diversité. Ainsi, certain·e·s étudiant·e·s décrivent des améliorations aussi bien dans leur façon de penser que dans leur façon d'agir. Par exemple, un·e participant·e souligne ses progrès lorsqu'il·elle arrive à réaliser une intervention thérapeutique avec un·e patient·e logorrhéique : « Et puis je me suis épatée comme j'ai réussi à... à simplement déjà garder le contrôle de moi, à poser la personne. » (P3). Cette évolution est liée aux situations vécues en stage ou lors de rencontres personnelles. Un·e participant·e confie que son·sa praticien·ne formateur·trice lui a suggéré d'être moins extravagant·e :

C'est juste savoir modifier sa personne de manière à ce que l'autre y réponde le mieux. Et je trouve c'est quelque chose d'extrêmement difficile à faire (...) il y a plein de gens qui y répondent bien parce que ça les fait rire (...). Mais il y a aussi plein de gens où ça : « (...) Ce n'est pas possible. Ce n'est pas possible. »

(...) je trouve, faut pouvoir jauger en une demi-seconde en voyant la personne. Alors que maintenant, ça fait tellement de sens (...). Je n'ai pas l'impression de ne pas être moi-même non plus. C'est juste que, bien je facilite la relation entre une personne et une autre. (P2)

Dans cet exemple, l'étudiant·e pensait que modifier son attitude reviendrait à ne plus être lui·elle-même. Mais avec l'expérience, il·elle arrive à changer son comportement pour l'adapter à l'Autre sans se perdre.

Même si plusieurs participant·e·s sentent cette évolution, ils·elles perçoivent le développement de leurs compétences interculturelles comme un processus qui leur demandera encore de nouveaux apprentissages. Un·e répondant·e utilise ces mots pour l'exprimer : « Ce sont des compétences que j'ai acquises, mais qui sont encore en voie d'acquisition, j'ai envie de dire, et qui le seront toujours. » (P2). Cette impression d'évolution continue est ici liée au fait d'avoir réussi à adapter son intervention à l'Autre, mais parfois par chance.

Malgré l'évolution de leurs compétences, les étudiant·e·s disent rencontrer certaines difficultés lors de leur intervention auprès de personnes perçues comme différentes. Il peut s'agir de la perte du contenu liée au recours à de la traduction. Dans ce sens, un·e participant·e explique : « Et c'était traduit en anglais, puis en vietnamien. Donc il y a, je pense, une grande perte. Et la traduction, enfin, la compréhension entre nous en anglais était compliquée. » (P5). Il arrive aussi que les difficultés soient liées à l'intervention auprès d'individus qui n'ont pas les mêmes valeurs que les leurs. Effectivement, il peut être difficile pour les étudiants·e·s de ne pas porter de jugement sur l'Autre face à une différence de mode de vie. Par exemple, un·e participant·e avoue : « on essaie de ne pas porter de jugement, mais c'est vrai que c'est difficile de ne pas le faire » (P3). De même, quelques participant·e·s parlent du défi de s'investir dans une intervention thérapeutique auprès de personnes perçues comme racistes, comme le souligne ce·cette étudiant·e : « Et voilà. Après, je pense que ce sera beaucoup plus difficile pour moi de m'investir vraiment dans une prise en charge thérapeutique avec des personnes que je sais racistes, même s'ils ne le sont pas avec moi. » (P2). Bien que cet exemple concerne le·la participant·e appartenant à un groupe ethnique « minoritaire » en Suisse, ce constat est aussi exprimé par d'autres étudiant·e·s qui ne présentent pas cette caractéristique d'appartenance.

Face à tous ces défis, les étudiant·e·s tendent parfois d'éviter les situations problématiques, se résignent, délèguent. En effet, quelques répondant·e·s décrivent éviter la confrontation avec une personne en faisant abstraction de sa différence ou en évitant la situation. Dans ce sens, un·e participant·e se tient loin des personnes avec un comportement qui le·la gêne : « Et du coup, bien si je vois ce genre de comportements, si je sens que ça va

arriver, c'est vrai que j'ai tendance à prendre énormément de distance. » (P2). D'autres fois, après avoir essayé d'échanger avec l'Autre sur ses différences, certain·e·s se résignent à ne pas confronter les valeurs et les opinions différentes des leurs pour ne pas entrer en conflit. Un·e participant·e l'illustre par ces mots lorsqu'il·elle n'arrive pas à gérer le comportement d'un·e client·e lors d'une intervention de groupe : « Au bout d'un moment, je laisse tomber. » (P2). Il arrive aussi que des étudiant·e·s en difficulté cherchent à déléguer la situation à un·e autre professionnel·le, comme l'évoque un·e participant·e : « Personnellement, je pense que je demanderais un interprète. Je ne suis pas assez à l'aise avec une communication comme ça pour me passer de quelqu'un qui pourrait traduire. » (P6). Dans ce cas, la perception d'un manque de compétences pousse l'étudiant·e à rester en retrait de la situation.

5.5. L'évolution du raisonnement clinique des étudiant·e·s

Cette partie détaille les raisonnements cliniques utilisés par les étudiant·e·s et qui ressortent dans leurs propos. Dans certains cas, les étudiant·e·s sont spectateurs·trices, alors que dans d'autres cas, ils·elles sont accompagné·e·s par un·e ergothérapeute ou interviennent seul·e·s.

Même lorsque les participant·e·s ne prennent pas part à l'intervention thérapeutique, certaines situations suscitent leur réflexion. Un·e futur·e ergothérapeute évoque une situation de décompensation psychique chez une personne avec plusieurs troubles psychiatriques dans un contexte de changement :

Et puis, bien voilà, c'est difficile de se mettre à sa place, de savoir... parce que la moindre chose était... pouvait lui amener de l'anxiété (R. diagnostique). (...) je pense qu'en psychiatrie, ils sont souvent comme ça, à poser beaucoup de questions pour se rassurer, pour être sûrs qu'ils sont... ils ne font pas quelque chose de faux [R. diagnostique] (...) pense que d'apprendre à connaître la personne et de discuter, et de ne pas se baser sur ce qu'on pense être vrai, mais juste creuser [R. interactif]. (P5)³

Le·la participant·e utilise le raisonnement diagnostique afin d'émettre des hypothèses. La solution envisagée pour faire face à une personne en décompensation psychologique est l'interaction. Déléguer à un·e autre ergothérapeute ou à un·e interprète sont aussi des solutions abordées par les participant·e·s.

Lorsque les interventions sont réalisées par les étudiant·e·s accompagné·e·s d'un·e ergothérapeute, ils·elles ont parfois des difficultés d'adaptation de leurs interventions face à des personnes qui ont des croyances et comportements différents. Dans ce sens, ce·cette

³ Les modes de raisonnement identifiés sont indiqués entre crochets [].

participant-e ne sait pas comment réagir lorsqu'une personne tient des propos discriminatoires envers les Suisses francophones qui ne parle pas l'allemand :

Il en est sorti que les francophones étaient des cancre parce qu'ils ne voulaient pas apprendre l'allemand [R. narratif]. (...) Et avec une autre patiente et moi-même qu'essayions de lui expliquer que non, ce n'était pas qu'on était des cancre parce qu'on ne voulait pas, mais c'était plus comme on n'avait pas cette notion de motivation. [R. narratif] (...) c'est plus que, bien, je vois qu'il est... je le vois dans pas mal d'interactions, qu'il est très cultivé [R. interactif]. (...) qu'est-ce qui est de l'ordre du caractère personnel et de la pathologie [R. diagnostique]. (...) À la longue, c'est frustrant parce qu'on sait qu'il a les capacités de comprendre, mais qu'il ne veut pas le comprendre (...) C'est juste que, bien, il n'est pas très socialement adapté [R. diagnostique] (...) Maintenant, du coup, j'attends et je sais quand il démarre une phrase, que là, on va partir en terrain un peu glissant, mais... enfin, au final, ça ne change pas grand-chose à ce que je vais faire après [R. procédurale]. (P2)

Les raisonnements utilisés sont souvent des raisonnements diagnostiques par induction avec recueil d'information, génération d'hypothèse et déduction sur le problème du·de la client-e. Seulement, le·la participant-e dit ne pas savoir comment faire face à cette situation, même en faisant appel aux ergothérapeutes de son équipe, et dit finir par faire comme si l'individu n'avait rien dit.

Enfin, les étudiant-e-s évoquent des situations où ils-elles agissent seul-e-s pour adapter l'intervention à l'Autre. Plusieurs utilisent des techniques de communication verbale, non verbale et/ou l'écrit. Un-e participant-e décrit les outils qu'il-elle utilise pour cadrer un-e client-e logorrhéique souffrant de lombalgie :

En reprenant des éléments qu'on avait vus plus tôt, en lui disant : « Ok, il s'est passé ça. Où est-ce que vous êtes là-dessus ? ». Puis du coup, ça l'a recentré un petit peu [R. interactif]. Puis après, quand il repartait dans tous les sens, bien chaque fois, essayer de le faire revenir à maintenant, donc par le langage [R. interactif et R. procédural]. Et puis après, ça a aussi été prendre une feuille puis : « Bien maintenant, vous notez les... les stratégies qui pourront vous aider, la prochaine fois, et puis... » Et puis essayer de le poser comme ça [R. procédural]. Et puis reformuler, aussi. [R. interactif] Après, j'ai essayé de mettre en place des stratégies qu'on avait vues quand on a eu les retours à l'école (...) [R. procédural]). (P3)

L'étudiant·e utilise le raisonnement interactif pour recadrer la personne, ainsi que le raisonnement procédural lorsqu'il·elle décrit les solutions reposant sur des apprentissages théoriques, qui fonctionnent dans la situation évoquée.

6. Discussion

Les objectifs de la présente étude étaient les suivants : (1) décrire comment les participant·e·s caractérisent la diversité de l'Autre au cours de leur formation; (2) relever les effets (sentiments, comportements) de la rencontre avec l'Autre sur ces étudiant·e·s; (3) identifier le développement de leurs compétences interculturelles; et (4) montrer l'évolution du raisonnement clinique en fonction des situations évoquées par les étudiant·e·s.

Les composantes culturelles identifiées par les étudiant·e·s lors des entretiens sont multiples. Il est ressorti des propos analysés que l'âge, le lieu « d'origine », le statut socio-économique, l'état de santé, le langage, les pratiques religieuses, certains comportements, la perception du statut de la femme, les valeurs et les croyances, ainsi que le parcours de vie sont des caractéristiques qui peuvent faire en sorte qu'un individu soit considéré par les participant·e·s comme étant différent d'eux·elles. Globalement, ces résultats correspondent à ceux retrouvés dans les études scientifiques consultées (Jasmin & Hébert, 2019; Castro *et al.*, 2016). Le classement par critère de visibilité défini par Castro et ses collaborateurs·trices (2016) est applicable aux composantes culturelles évoquées par les participants·e·s. Ainsi, le parcours de vie, les valeurs et croyances sont des composantes invisibles, tandis que le comportement est visible. De façon plus détaillée, il est apparu que la perception de la différence d'âge par les étudiant·e·s interrogé·e·s porte le plus souvent sur des personnes âgées plutôt que sur des personnes plus jeunes, même si certain·e·s ont réalisé des stages en pédiatrie. Cela pourrait montrer que la relation avec des personnes âgées est plus difficile à aborder pour les étudiant·e·s que le rapport à la jeunesse. Dans certains cas, la différence de parcours de vie évoquée par les participant·e·s est aussi liée à l'âge, mettant en évidence que l'Autre a un vécu plus long et différent du leur. Concernant les lieux « d'origine » abordés dans les entretiens, il s'agit plus souvent de pays étrangers que d'autres régions de la Suisse. Peut-être que l'éloignement du lieu « d'origine » de l'Autre fait que les composantes culturelles (valeurs, croyances, coutumes) sont plus susceptibles d'être différentes de celles des étudiant·e·s. Parmi les statuts légaux, malgré le fait que certain·e·s étudiant·e·s semblent parfois confondre demandeur d'asile et réfugié, ces statuts légaux interrogent quelques participant·e·s. D'autres permis de séjour à durée déterminée, comme les permis B ou L, existent en Suisse. Pourtant, ils ne sont pas ressortis des propos des étudiant·e·s. Ce constat pourrait s'expliquer par le fait que la précarité sociale des personnes avec un statut de réfugié

ou de demandeur d'asile est plus importante que celle des individus qui ont un permis B ou L, et que ces statuts légaux sont des sujets de débat politique dans la société suisse. Quant à l'état de santé, il interroge souvent les participant·e·s lorsqu'il est associé à des enjeux de santé mentale ou de langue. Ces situations pourraient témoigner du fait que la problématique de santé en elle-même ne dérange pas l'étudiant·e, mais qu'elle devient plus difficile à appréhender lorsqu'elle est associée à d'autres caractéristiques de diversité. Quant aux différences de comportement soulignées par les étudiant·e·s, elles apparaissent davantage face à des manières d'agir qui ne correspondent pas à leurs attentes, parfois basées sur des stéréotypes. Par exemple, la perception du statut de la femme peut entraîner des comportements chez l'Autre qui ont questionnés certain·e·s participant·e·s. Des étudiant·e·s évoquent de façon récurrente le racisme et le sexisme des personnes rencontrées et semblent en être préoccupé·e·s.

Concernant l'évolution des caractéristiques de diversité évoquées par les participant·e·s, il apparaît que lors du premier entretien, celles-ci portent souvent sur des différences de lieu « d'origine » ou de statut socio-économique. Ce constat pourrait s'expliquer du fait que la plupart des étudiants·e·s interrogé·e·s n'ont que peu d'expérience professionnelle. Les premières rencontres avec l'Autre se sont généralement faites lors de voyages à l'étranger, donc auprès de personnes vivant dans une société dont les croyances et les valeurs peuvent être différentes de celles des étudiant·e·s. Il pourrait aussi s'agir d'un biais lié à l'expression « différences interculturelles » qui, dans le langage courant, se rapporte souvent aux différences « d'origine » ou de couleurs de peau. Par la suite, dans les deux autres entretiens, les participant·e·s évoquent davantage des différences de comportements, d'âge, de valeurs et de croyances, d'état de santé et de parcours de vie. Cette évolution du discours pourrait découler des expériences faites en stage et témoigner de l'ouverture de la définition de la diversité pendant le cursus de formation.

Concernant les effets de la rencontre avec l'Autre, les étudiant·e·s décrivent parfois un sentiment d'appréhension. Une fois en présence de l'Autre, certain·e·s étudiant·e·s se disent étonné·e·s par la singularité de la situation vécue. De plus, quelques participant·e·s décrivent éprouver de la compassion plutôt que de l'empathie envers l'Autre, la compassion désignant la compréhension des émotions de l'Autre, elle est favorable à la relation thérapeutique et favorise l'intervention (Brown *et al.*, 2010). Dans d'autres cas, les étudiant·e·s émettent un jugement envers l'Autre pouvant aller jusqu'au rejet. En prenant en compte les travaux de Fedor (2014), ces sentiments peuvent provenir de stéréotypes ou de préjugés. D'ailleurs, les stéréotypes permettent de faciliter la compréhension de la situation (Fedor, 2014) et pourraient donc guider les attitudes des participant·e·s envers l'Autre (Black, 2016). Dans ce sens, si

l'attitude de l'étudiant-e est négative (rejet), celle-ci peut affecter l'intervention thérapeutique (Gupta, 2016) et témoigner d'une difficulté à mobiliser des compétences interculturelles (Beagan, 2015). L'analyse des propos des participant-e-s a aussi fait ressortir l'expression d'un sentiment d'incapacité à s'adapter à l'Autre et à la situation, ce qui peut s'accompagner de frustration (Pooremamali, Persson, & Eklund, 2011). Mitchell et Unsworth (2005) relient ce sentiment à la difficulté d'avoir une vision holistique de la situation. Néanmoins, avec l'expérience, la compréhension des situations devrait s'affiner, réduisant la frustration éprouvée. Dans certains cas, les étudiant-e-s disent ne pas changer leurs comportements. Il est possible que les étudiant-e-s aient déjà su mobiliser et mettre en pratique leurs compétences interculturelles pour adapter la thérapie à l'Autre (Munoz, 2007). À l'inverse, peut-être que les participant-e-s n'ont pas identifié la différence de l'Autre et ne se sont donc pas rendu compte que leur intervention thérapeutique n'était pas adéquate. Il s'agirait alors d'une situation d'aveuglement culturel, tel que décrit par Jasmin et ses collaborateurs·trices (2019). Le sentiment d'incapacité est souvent évoqué par les étudiant-e-s lorsqu'ils-elles n'arrivent pas à gérer la situation et se sentent en difficulté. Par exemple, ils-elles ont reconnu avoir eu du mal à communiquer dans une autre langue, notamment en raison du manque de vocabulaire et de l'énergie nécessaire pour réaliser ce type de séance. Ce constat a aussi été mis en évidence dans l'étude de Beagan et Chacala (2012). De plus, les participant-e-s identifient la barrière de la langue comme une entrave à la compréhension des troubles. Même si elle n'est pas clairement énoncée dans les écrits scientifiques consultés, cette barrière pourrait renforcer l'hypothèse émise selon laquelle les situations avec plusieurs composantes culturelles sont plus difficiles à appréhender par les étudiant-e-s. Dans ce sens, les participant-e-s confient que le manque de communication tend à limiter la création d'une relation thérapeutique, comme l'ont également affirmé Govender *et al.* (2017) et Lindsay *et al.* (2012). Par ailleurs, les étudiant-e-s décrivent les défis qu'ils-elles rencontrent pour mettre en pratique leurs connaissances théoriques et adapter la thérapie aux client-e-s, comme expliqué par Pooremamali et ses collaborateurs (2011). Les solutions pédagogiques pour favoriser cette mise en pratique sont multiples : les études de cas, les entrevues (Brown *et al.*, 2011; Whiteford & St-Clair, 2002). Néanmoins, les obstacles évoqués par les participant-e-s questionnent sur les limites de ces méthodes, ainsi que sur leur utilisation dans le cursus de formation. D'après le développement du raisonnement clinique, en fonction du niveau de pratique, le défi d'adapter l'intervention semble être en adéquation avec le niveau d'expérience des participant-e-s. En effet, il s'agit d'étudiant-e-s en formation initiale en ergothérapie, ayant encore peu de pratique sur le terrain.

Dans les entretiens, les participant-e-s décrivent des méthodes pour développer leurs compétences interculturelles. La curiosité, la décentration cognitive, l'introspection, l'encadrement par les professionnel-le-s et la mobilisation des connaissances théoriques ressortent des propos des étudiant-e-s. La curiosité apparaît dans certains modèles théoriques comme un prérequis (Balcazar *et al.*, 2009). La décentration cognitive et l'autoréflexion sont identifiées par Jasmin et ses collaborateurs-trices (2019), ainsi que par Muñoz (2007). Quant à l'encadrement offert par les professionnel-le-s, les étudiant-e-s mettent en valeur les *feedbacks* reçus. Par contre, ils-elles évoquent plus rarement prendre exemple sur la pratique d'autres professionnel-le-s. Peut-être que les étudiant-e-s ne se rendent pas compte qu'ils-elles prennent exemple sur les professionnel-le-s présent-e-s. Il est aussi possible que ces professionnel-le-s éprouvent également des difficultés et ne peuvent pas guider les étudiant-e-s. Concernant les contenus théoriques acquis pour améliorer leur pratique, les participant-e-s parlent de la compréhension holistique des situations, ainsi que des méthodes de communication.

Les stratégies d'adaptation des thérapies recensées par les étudiant-e-s dans les entretiens sont d'apprendre à connaître l'Autre, d'adapter son attitude et l'activité thérapeutique à l'Autre et d'ajuster les méthodes et moyens de communication verbale et non verbale. Concernant le fait d'apprendre à connaître l'Autre, Jasmin et ses collaborateurs-trices (2019), ainsi que Muñoz, (2007) l'abordent par la pratique de la décentration cognitive et de l'empathie. Ces stratégies sont aussi mentionnées dans la pratique centrée sur le-la client-e qui nécessite de connaître l'Autre pour mettre en œuvre une thérapie individualisée. L'adaptation de son attitude à l'Autre permet de créer un partenariat avec lui-elle, élément essentiel de la pratique centrée sur le-la client-e et de l'approche interculturelle (Hammell, 2013; Jasmin *et al.*, 2019; Muñoz, 2007). Quant à l'empathie, elle se retrouve dans l'approche interculturelle telle qu'expliquée par Jasmin *et al.* (2019), ainsi que par Muñoz (2007). Par ailleurs, de nombreuses méthodes (lenteur d'élocution, observation, utilisation d'une autre langue, gestuelle, mime) et moyens (interprète, écriture) d'ajustement de la communication sont identifiés par les étudiant-e-s dans leurs interactions avec les client-e-s. D'ailleurs, le recours à un-e interprète et l'échange dans une langue étrangère sont aussi évoquées par Wray et Mortenson (2011) dans leur modèle des compétences interculturelles.

Plusieurs étudiant-e-s décrivent le processus de développement des compétences interculturelles comme un apprentissage continu, confirmant les propos d'autres auteurs (Jasmin *et al.*, 2019; Muñoz, 2007). En effet, les futur-e-s ergothérapeutes disent se sentir évoluer dans leur pratique, mais continuent à rencontrer certaines difficultés. Ils-elles développent des techniques pour y faire face. Il arrive toutefois qu'elles ne soient pas optimales. Par exemple, quelques participant-e-s décrivent le recours à un-e interprète comme

ayant un effet négatif sur la relation thérapeutique. Ceci est également relevé dans d'autres études (Govender *et al.*, 2017; Lindsay *et al.*, 2012). Certain·e·s étudiant·e·s rapportent avoir de la difficulté à adapter leur attitude face à des personnes dont ils·elles ne partagent pas les valeurs. Ils·elles tombent parfois dans le jugement, adoptant alors un comportement inadapté, comme décrit par Gupta (2016). Cette difficulté est d'autant plus présente pour les étudiant·e·s lorsque l'Autre adopte un comportement raciste ou sexiste envers eux·elles. Cette situation n'est toutefois pas ciblée dans les écrits scientifiques consultés.

Face aux défis importants qui persistent dans la rencontre avec l'Autre, des étudiant·e·s en viennent à ressentir de la résignation et à adopter certains comportements, comme de l'évitement ou la délégation du cas à un·e autre professionnel·le. Non documenté dans les écrits scientifiques consultés, ce sujet a probablement été peu exploré.

Concernant le développement du raisonnement clinique en fonction des expériences évoquées, plusieurs observations ont été faites. Lors des situations où les étudiant·e·s n'interviennent pas, les raisonnements utilisés sont scientifiques. Plus précisément, le raisonnement procédural reste sur des solutions très générales et le raisonnement diagnostique s'arrête à la démarche d'induction avec la génération d'hypothèses. Ces constats montrent que lorsque les étudiant·e·s restent observateurs·trices, leur compréhension du processus de réflexion mené par l'ergothérapeute reste superficielle. D'ailleurs, l'étudiant·e qui suggère de déléguer dit ne pas se sentir capable de faire face à la situation évoquée. Il est possible qu'il·elle n'arrive pas à mettre en pratique les apprentissages théoriques. En évoquant uniquement des situations qui apparaissent dans cette catégorie, ce·cette participant·e témoigne d'une difficulté à avoir un raisonnement clinique qui aboutit à des solutions, et serait « novice » selon la classification de Schell et Benfield (2018). Lorsque les participant·e·s sont accompagné·e·s par un·e ergothérapeute, les types de raisonnement utilisés sont plus contextuels : raisonnement éthique et/ou interactif. Néanmoins, la démarche clinique n'est pas toujours complète, et le développement des solutions n'est pas toujours clairement expliqué dans leurs propos. Malgré la présence d'un·e ergothérapeute diplômé·e, l'adaptation de la thérapie n'est pas toujours possible. Cela se remarque dans les extraits de verbatim par l'utilisation fréquente du raisonnement diagnostique par induction et par la résignation. Ce constat interroge sur le fait que les ergothérapeutes diplômé·e·s rencontrent peut-être eux·elles aussi des obstacles face à des client·e·s qui ont des propos négatifs envers autrui. Les étudiant·e·s émettent l'hypothèse que l'interaction avec le·la client·e les aiderait à le·la connaître et à faire évoluer leur attitude pour mieux l'adapter à l'Autre. Cette solution est évoquée par la plupart des étudiant·e·s lorsqu'ils·elles sont en difficulté, sans toutefois être testée. Cette récurrence interroge. Elle est peut-être liée aux conseils théoriques donnés en

cours ou par les ergothérapeutes encadrant·e·s. Dans ces situations, les étudiant·e·s peuvent être qualifié·e·s de « débutant·e·s » (Schell & Benfield, 2018). Enfin, dans les cas où les étudiant·e·s agissent seul·e·s, le raisonnement interactif est beaucoup plus présent, et l'analyse clinique est plus contextualisée. Néanmoins, le niveau d'expertise reste proche du « débutant » (Schell & Benfield, 2018).

Différentes recommandations peuvent être faites à partir des résultats obtenus dans cette étude. Elles sont destinées aux enseignant·e·s et aux professionnel·le·s encadrant les futur·e·s ergothérapeutes sur les lieux de pratique. Cette étude met en avant l'importance pour les étudiant·e·s d'acquérir une définition large de la diversité, comme celle proposée par Beagan et Chacala (2012), pour qu'ils·elles soient attentifs·tives à l'Autre. L'ouverture de cette définition permettrait d'éviter que les futur·e·s professionnel·le·s ne tombent dans l'aveuglement culturel (Jasmin *et al.*, 2019). L'auto-analyse permet à chaque étudiant·e de comprendre sa propre culture, de déterminer ses stéréotypes et de déconstruire ses préjugés (Muñoz, 2007; Jasmin *et al.*, 2019). La décentration cognitive est utilisée en parallèle à l'auto-analyse et favorise la prise de recul par rapport à soi (Jasmin *et al.*, 2019). Les étudiant·e·s pourraient aussi prendre le temps de connaître l'Autre et s'entraîner à communiquer de façon adéquate en faisant preuve d'empathie. Grâce à ces stratégies, les étudiant·e·s identifieraient les éléments contextuels, environnementaux et comportementaux facilitant ou non le bon déroulement de la thérapie. Ainsi, ils·elles développeraient leurs compétences interculturelles et favoriseraient la réalisation d'une thérapie culturellement adaptée (Jasmin *et al.*, 2019; Muñoz, 2007). Les étudiant·e·s seraient aussi en capacité d'avoir une pratique centrée sur le·la client·e (Hammell, 2013). Être conscient·e que le développement des compétences interculturelles est un processus continu semble également essentiel pour que l'apprentissage et la mise en application d'une intervention adaptée à l'Autre se poursuivent dans le temps, aussi bien en tant qu'étudiant·e que professionnel·le. Le développement des compétences interculturelles se fait en parallèle au développement du raisonnement clinique en ergothérapie puisque plus l'expertise évolue, plus l'analyse de la situation devient holistique et précise, favorisant la compréhension de l'Autre (Schell & Benfield, 2018). L'intervention en ergothérapie est alors plus adaptée à la personne, qu'elle soit porteuse d'une différence ou non. Les enseignant·e·s et les professionnel·le·s encadrant les étudiant·e·s portent une responsabilité importante dans ce processus. Les professeur·e·s sont les principaux·ales responsables des apprentissages théoriques et pratiques dont ils·elles soutiennent la mise en application par des jeux de rôles, des vidéos, des études de cas et des *feedbacks* (Brown *et al.*, 2011; Whiteford & St-Clair, 2002). Ils·elles peuvent aussi avoir un rôle de médiateur·trice entre le·la praticien·ne formateur·trice et les stagiaires. De même, les professionnel·le·s qui

entourent les étudiant·e·s sur les lieux de stages sont garant·e·s de l'accompagnement de la mise en pratique des compétences théoriques et peuvent parfois servir d'exemple (Whiteford & St-Clair, 2002). En outre, cette étude met en avant l'importance que les étudiant·e·s réalisent l'intervention seul·e·s, afin qu'ils·elles approfondissent leur raisonnement clinique de la situation et développent la démarche thérapeutique. Ainsi, ils·elles développent des compétences pour faire plus facilement face à des situations similaires. En accord avec ce constat, plusieurs auteurs affirment qu'il est essentiel de rencontrer l'Autre pour développer ses compétences interculturelles (Jasmin *et al.*, 2019; Muñoz, 2007; Murden *et al.*, 2008). Même si laisser un stagiaire en autonomie est nécessaire, les professionnel·le·s soutiennent l'étudiant·e·s dans les situations difficiles à travers des *feedbacks*, des propositions de stratégies, en les amenant à s'autoanalyser, à se décentrer cognitivement et à adapter leur intervention à l'Autre.

Cette étude comporte toutefois quelques limites. Tout d'abord, au niveau théorique, la plupart des articles scientifiques consultés proviennent des États-Unis ou du Canada. Même si ce constat met en avant l'intérêt d'aborder ce sujet en Suisse, le contexte socio-culturel du continent américain n'est pas le même qu'en Europe. Ensuite, comme seul les étudiant·e·s en ergothérapie ayant participé à la première étude longitudinale ont été inclus·e·s dans cette analyse secondaire, la saturation des données n'a probablement pas été atteinte. Pour la partie d'analyse sur l'évolution du raisonnement clinique, les entretiens ont été interprétés selon les formes de raisonnements cliniques décrites dans les écrits scientifiques, modifiant ainsi la méthode utilisée au départ. De plus, l'objectif abordé à travers le raisonnement clinique ne correspondait pas à celui de l'étude primaire, d'où la possibilité d'analyser les données des entretiens deux et trois uniquement. Enfin, même si la cohérence des catégories avec les thèmes et sous-thèmes a été contrôlée, la validité de la thématisation est peu vérifiée.

7. Conclusion

Cette étude secondaire sur l'évolution des compétences interculturelles chez les étudiant·e·s en ergothérapie de Suisse romande montre que ceux-ci·celles-ci ont une vision de la diversité qui s'élargit au cours de leurs années d'étude. Si les rencontres avec l'Autre peuvent les mettre en difficulté, ils·elles arrivent à développer et mettre en application certaines compétences dans ces situations. Le développement des compétences interculturelles doit être poursuivi tout au long de la carrière professionnelle. En parallèle, l'évolution du raisonnement clinique soutient l'analyse de la situation et la compréhension de l'Autre. Même si laisser l'étudiant·e intervenir seul·e permet de développer le raisonnement clinique ainsi que

les compétences interculturelles, les professeur·e·s et les professionnel·le·s ont un rôle essentiel pour les soutenir dans ces apprentissages.

Des perspectives de recherches apparaissent suite à ces résultats. Par exemple, des études devraient être réalisées sur les attitudes adoptées par les professionnel·le·s pour faire face à des personnes qui ont des propos et des comportements racistes ou sexistes lors de la thérapie, que ce soit envers l'ergothérapeute ou envers d'autres professionnel·le·s ou client·e·s. Ces études pourraient déterminer quelles attitudes les ergothérapeutes adopteraient dans ces situations et quelles solutions ils·elles identifieraient ou mettraient en application. La finalité de ces études permettrait de développer des techniques pour soutenir les étudiant·e·s et les professionnel·le·s dans ce type de cas.

Il serait aussi recommandé de réaliser des études sur les méthodes utilisées par les professionnel·le·s pour soutenir les étudiant·e·s qui présentent des difficultés à mettre en application leurs apprentissages théoriques et qui ont tendance à déléguer ou rester observateur·trice plutôt qu'actifs·ives. Des solutions sur les méthodes efficaces de soutien pourraient alors être incluses à la formation de praticien·ne formateur·trice.

Références

- Loi relative à la recherche sur les êtres humains du 30 Septembre 2011 (LRH) : RS 810.30.
Récupéré le 21 mai 2020 de <https://www.admin.ch/opc-fr/classified-compilation/20061313/index.html#a35>
- Balcazar, F. E., Suarez-Balcazar, Y., & Taylor-Ritzler, T. (2009). Cultural competence: Development of a conceptual framework. *Disability and Rehabilitation*, 31(14), 1153–1160. doi : <https://dx.doi.org/10.1080/09638280902773752>
- Beagan, B. L. (2015). Approaches to culture and diversity: A critical synthesis of occupational therapy literature. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 82(5), 272–282. doi : <https://doi.org/10.1177/0008417414567530>
- 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), 144–151. doi : <https://doi.org/10.4276/030802212X13311219571828>
- Black, R. M. (2016). Prejudice, privilege, and power. In S. A. Wells, R. M. Black, & J. Gupta (Eds.), *Culture and occupation: Effectiveness for occupational therapy practice, education, and research* (3^e éd.) (pp. 91-110). Bethesda, MD: The American Occupational Therapy Association Press.
- Bonder, B. R., Martin, L., & Miracle, A. W. (2004). Culture emergent in occupation. *American Journal of Occupational Therapy*, 58(2), 159–168. doi : <https://doi.org/10.5014/ajot.58.2.159>
- Brown, E. V. D., Muñoz, J. P., & Powell, J. M. (2011). Multicultural training in the United States: A survey of occupational therapy programs. *Occupational Therapy In Health Care*, 25(2–3), 178–193. doi : <https://doi.org/10.3109/07380577.2011.560240>
- Brown, T., Williams, B., Boyle, M., Molloy, A., McKenna, L., Molloy, L., & Lewis, B. (2010). Levels of empathy in undergraduate occupational therapy students. *Occupational Therapy International*, 17(3), 135-141. <https://doi.org/10.1002/oti.297>
- Castro, D., Dahlin-Ivanoff, S., & Mårtensson, L. (2016). Feeling like a stranger: Negotiations with culture as experienced by Chilean occupational therapists. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(6), 425–436. doi : <https://doi.org/10.3109/11038128.2016.1152295>
- Fedor, C.-G. (2014). Stereotypes and prejudice in the perception of the “other”. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 149, 321–326. doi : <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.08.257>
- Foronda, C., Baptiste, D.-L., Reinholdt, M. M., & Ousman, K. (2016). Cultural humility: A concept analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, 27(3), 210–217. doi : <https://doi.org/10.1177/1043659615592677>
- Govender, P., Mpanza, D. M., Carey, T., Jiyane, K., Andrews, B., & Mashele, S. (2017). Exploring cultural competence amongst occupational therapy students. *Occupational Therapy International*, 2017, 1–8. doi : <https://doi.org/10.1155/2017/2179781>
- Grin, F., Amos, J., Faniko, K., Fürst, G., Lurin, J., & Schwob, I. (2015). Suisse Société multiculturelle. *Enquêtes fédérales auprès de la jeunesse*, 23(95.340.23). Récupéré de <https://chx.mazzehosting.ch/fr/content/suisse-%E2%80%93-soci%C3%A9t%C3%A9-multiculturelle>
- Gupta, J. (2016) Exploring culture. In S. A. Wells, R. M. Black, & J. Gupta (Eds.), *Culture and occupation: Effectiveness for occupational therapy practice, education, and research* (3^e éd.) (pp. 3-21). Bethesda, MD: The American Occupational Therapy Association Press.

- Hammell, K. R. W. (2013). Client-centred occupational therapy in Canada: Refocusing on core values. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 80(3), 141–149. doi : <https://doi.org/10.1177/0008417413497906>
- Haute École de Travail Social et de Santé Lausanne (HETSL). (s.d). *Bachelor en Ergothérapie : Structure et programme des études*. Récupéré de <https://www.hetsl.ch/bachelor-en-ergotherapie/structure-et-programme/>
- Henderson, S., Horne, M., Hills, R., & Kendall, E. (2018). Cultural competence in healthcare in the community: A concept analysis. *Health & Social Care in the Community*, 26(4), 590–603. doi : <https://doi.org/10.1111/hsc.12556>
- Jasmin, E. (2019a). La Culture. In E. Jasmin (Ed.), *Des sciences sociales à l'ergothérapie : Mieux comprendre la société et la culture pour mieux agir comme spécialiste en habilitation à l'occupation* (pp. 53-73). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Jasmin, E. (2019b). Introduction. In E. Jasmin (Ed.), *Des sciences sociales à l'ergothérapie : Mieux comprendre la société et la culture pour mieux agir comme spécialiste en habilitation à l'occupation* (pp. 1-11). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Jasmin, E., & Hébert, K. (2019). La Société. In E. Jasmin (Ed.), *Des sciences sociales à l'ergothérapie : Mieux comprendre la société et la culture pour mieux agir comme spécialiste en habilitation à l'occupation* (pp. 15-51). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Jasmin, E., Masse, J., & Stucki, V. (2019). La diversité culturelle. In E. Jasmin (Ed.), *Des sciences sociales à l'ergothérapie : Mieux comprendre la société et la culture pour mieux agir comme spécialiste en habilitation à l'occupation* (pp. 215-249). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Kohli, H. K., Huber, R., & Faul, A. C. (2010). Historical and theoretical development of culturally competent social work practice. *Journal of teaching in social work*, 30(3), 252–271. doi : <https://doi.org/10.1080/08841233.2010.499091>
- Lindsay, S., King, G., Klassen, A. F., Esses, V., & Stachel, M. (2012). Working with immigrant families raising a child with a disability: Challenges and recommendations for healthcare and community service providers. *Disability and Rehabilitation*, 34(23), 2007–2017. doi : <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.667192>
- Meyer, Sylvie. 2007. *Démarches et raisonnements en ergothérapie*. Lausanne: Cahiers de l'EESP.
- Mitchell, R., & Unsworth, C. A. (2005). Clinical reasoning during community health home visits : Expert and novice differences. *British Journal of Occupational Therapy*, 68(5), 215-223. doi : <https://doi.org/10.1177/030802260506800505>
- Muñoz, J. P. (2007). Culturally responsive caring in occupational therapy. *Occupational Therapy International*, 14(4), 256-280. doi: <https://doi.org/10.1002/oti.238>
- Murden, R., Norman, A., Ross, J., Sturdivant, E., Kedia, M., & Shah, S. (2008). Occupational therapy students' perceptions of their cultural awareness and competency. *Occupational Therapy International*, 15(3), 191-203. doi : <https://doi.org/10.1002/oti.253>
- Paillé, P. & Mucchielli, A. (2016). Chapitre 11. L'analyse thématique. In P. Paillé & A. Mucchielli (Dir), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. (pp. 235-312). Paris: Armand Colin.

- Pooremamali, P., Persson, D., & Eklund, M. (2011). Occupational therapists' experience of working with immigrant clients in mental health care. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18(2), 109-121. doi : <https://doi.org/10.3109/11038121003649789>
- Schell, B. A. B., & Benfield, A. (2018). Aspects of professional reasoning. B. A. B. Schell, & J. W. Schell (Eds.), *Clinical and professional reasoning in occupational therapy* (2^e éd.) (pp. 127-143). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- Stedman, A., & Thomas, Y. (2011). Reflecting on our effectiveness: Occupational therapy interventions with indigenous clients. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(1), 43-49. doi : <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2010.00916.x>
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). (2002). *Déclaration universelle de l'UNESCO sur la diversité culturelle*. Récupéré de <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000127160.page=3>
- Wells, S. A. (2016). Culture and clinical practice. In S. A. Wells, R. M. Black, & J. Gupta (Eds.), *Culture and occupation effectiveness for occupational therapy practice, education, and research* (3^e éd.) (pp. 173-187). Bethesda, MD: The American Occupational Therapy Association Press.
- World Federation of Occupational Therapists (WFOT). (2016). *Les critères minimums requis pour la formation des ergothérapeutes*. Récupéré de: <https://www.wfot.org/resources/new-minimum-standards-for-the-education-of-occupational-therapists-2016-e-copy>
- Wray, E. L., & Mortenson, P. A. (2011). Cultural competence in occupational therapists working in early intervention therapy programs. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78(3), 180–186. doi : <https://doi.org/10.2182/cjot.2011.78.3.6>
- Whiteford, G., & St-Clair, V. W. (2002). Being prepared for diversity in practice: Occupational therapy students' perceptions of valuable intercultural learning experiences. *British Journal of Occupational Therapy*, 65(3), 129–137. doi : <https://doi.org/10.1177/030802260206500305>

Annexe

Annexe 1 : Guides d'entretiens⁴

Seules les questions en lien avec le présent article sont présentées dans cette annexe.

1. Guide d'entretien du temps 1

Les expériences interculturelles significatives sont des situations qui nous « marquent », en ce sens qu'elles laissent une trace au-delà du simple souvenir. Elles orientent des choix ou des comportements dans la suite de notre vie.

Avez-vous déjà eu/vécu des expériences interculturelles significatives (professionnelles ou privées) ?

Si oui, pouvez-vous me décrire une expérience qui fut particulièrement importante pour vous ?
Pouvez-vous me préciser les conséquences de cette expérience sur vous (changements d'opinions, de valeurs) ?

2. Guide d'entretien du temps 2

Le récit de pratique consiste à raconter une expérience singulière et significative. Il permet de mettre en mots son déroulement dans le temps, dans un contexte précis et avec les individus impliqués. L'expérience choisie doit être expliquée avec suffisamment de détails pour que d'autres personnes puissent la comprendre. Votre expérience interculturelle doit être un événement marquant. C'est-à-dire qu'elle doit avoir suscité chez vous une réaction, une réflexion, voire une remise en question importante. Elle doit être survenue lors de votre 1^{er} stage et avoir impliqué quelqu'un porteur d'une différence (culture, âge, genre, état de santé physique et mental, niveau socioéconomique, etc.). Cette expérience interculturelle est susceptible d'orienter vos choix ou vos comportements professionnels, mais également d'autres sphères de votre vie. Elle a peut-être entraîné un changement de vos valeurs ou de vos opinions.

- Quel titre avez-vous donné à l'expérience que vous avez choisie ?
- Pouvez-vous me décrire le contexte dans lequel a eu lieu cette expérience ?
 - Dans quel contexte a eu lieu cette expérience ? (lieu/institution, mandat, public cible)
 - À quel moment du stage ?

⁴ Extraits de l'étude de Tétreault *et al.*, 2016-2019

- Dans quelles circonstances ?
- Quelles personnes étaient présentes ?
- Qui était porteur d'une différence culturelle ?
- Pouvez-vous me décrire l'expérience elle-même ? Que s'est-il passé ? (déroulement des événements, les faits, leur enchaînement, les actes, les paroles, les interactions avec la ou les personnes)
- Pouvez-vous me décrire les pensées que vous avez eues sur le moment ?
 - Qu'avez-vous pensé sur le moment ?
 - Quelles émotions ou sentiments avez-vous ressentis sur le moment ?
 - Quel sens avez-vous attribué à cet événement sur le moment ?
 - Qu'est-ce qui vous a amené à réagir ainsi ?
 - Quelles ont été les conséquences immédiates de cette expérience ?
 - Comment votre superviseur de stage vous a aidé lors de cette situation ?
- Quelle analyse faites-vous de cette expérience passée ?
 - Quels sont les points positifs de cette expérience ?
 - Quels sont les éléments à améliorer ?
 - Que pensez-vous avoir appris de cette expérience ? (sur les plans personnel et professionnel)
 - Comment cette interaction avec une personne porteuse d'une différence culturelle vous a touché/marqué ?
- Avec un peu de recul, quand vous réfléchissez à cette expérience passée :
 - Quelles émotions ou sentiments ressentez-vous aujourd'hui ?
 - Quels ont été les effets de cette expérience sur vous jusqu'à maintenant ? (sur les plans personnel et professionnel)
 - Qu'est-ce qui a changé dans votre façon d'aborder les personnes porteuses d'une différence culturelle dans votre pratique professionnelle ou en dehors ?
 - Qu'est-ce que cette expérience vous a appris sur votre future profession ?

3. Guide d'entretien du temps 3

- Quel est le type de clientèle (ou domaine) que vous appréhendez le plus ? (donnez un exemple)
- Depuis le début de votre formation, vous avez réalisé un ou plusieurs stages :
 - Durant ces stages, comment votre superviseur vous a soutenu dans des situations difficiles impliquant une personne porteuse de différence ?
 - Grâce à ces stages, quel est le principal apprentissage que vous avez fait concernant les interactions avec une personne porteuse de différence ?

- En tenant compte de vos expériences sur le terrain, pouvez-vous donner un exemple de changement que vous percevez dans votre façon d’interagir avec une personne porteuse de différence ?
- *Question personnalisée sur des difficultés mises en évidence lors des deux entretiens précédents*
- Dans le cadre professionnel, avez-vous vécu d’autres expériences interculturelles significatives que celles mentionnées lors des deux premiers entretiens ?
 - Si oui, pouvez-vous m’en décrire une ?
 - Comment avez-vous géré cet évènement ?
 - Comment votre superviseur vous a aidé dans la gestion de cet évènement ?
 - Pouvez-vous préciser les effets/retombées de cette expérience sur vous en tant que futur professionnel ? (émotions, compréhension après coup, sens donné à l’expérience, changements observés)
- Quelles sont les caractéristiques qui vous font réagir le plus ou qui viennent vous chercher chez une personne porteuse de différence ?
Comment vous modifiez ou adaptez vos interventions/votre pratique auprès d’elle ?
- En pensant à vos expériences et à votre pratique future :
 - Quels outils/stratégies/compétences possédez-vous maintenant pour intervenir auprès d’une personne porteuse de différence ?
 - Pouvez-vous donner un exemple d’outil/stratégie/compétence utile dans ce type de situations ? Comment cela facilite le contact et l’intervention avec une personne porteuse de différence ?