



Année 2020/2021

N°

Thèse

Pour le
DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État
Par

Belkacem OTSMANE
Né le 23 Avril 1983 à Châteauroux (36)

Quels sont les enseignements de compétences culturelles destinés aux professionnels de santé et évalués par des échelles validées : Revue systématique de la littérature

Présentée et soutenue publiquement le **07 Octobre 2021** date devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur Jean-Pierre LEBEAU, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Clarisse DIBAO-DINA, Médecine générale, PU, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Emmanuel RUSCH, Épidémiologie, Économie de la santé et prévention, Faculté de Médecine – Tours

Directeur de thèse : Docteur Christophe RUIZ, Médecine Générale - Châteauroux

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOUREC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Jacques CHANDENIER

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Pascal DUMONT

Pr Dominique GOGA

Pr Gérard LORETTE

Pr Dominique PERROTIN

Pr Roland QUENTIN

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – P. COSNAY – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLOIN Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie

MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénérologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs || POTIER Alain | Médecine Générale |
| ROBERT Jean | Médecine Générale |

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra	Médecine interne
BARBIER Louise	Chirurgie digestive
BINET Aurélien	Chirurgie infantile
BISSON Arnaud	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DENIS Frédéric	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine	Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HOARAU Cyrille.....	Immunologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....	Médecine légale
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte.....	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLOU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire.....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
SALAME Najwa.....	Orthoptiste

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Au Président du Jury :

A Monsieur le Professeur Jean Pierre LEBEAU, (Professeur de Médecine Générale)

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous remercie de votre disponibilité et de l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Veuillez croire en mon profond respect.

Aux membres du Jury :

A Madame la Professeur Clarisse DIBAO-DINA, (Professeur de Médecine Générale)

Je tiens à vous remercier d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH, (Professeur d'Épidémiologie, Économie de la santé et prévention)

Je tiens à vous remercier d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

A mon Directeur de thèse :

Le Docteur Christophe Ruiz (Médecine Générale)

Je te remercie d'avoir accepté de diriger ma thèse. Merci pour tes commentaires constructifs qui ont accompagné et enrichi ma réflexion. Ton enthousiasme et ta bienveillance qui te caractérisent tant, ont été de réels atouts pour l'élaboration de ce projet.

Je suis heureux d'avoir pu te côtoyer durant ces dernières années où ton soutien indéfectible a été primordiale pour ma réussite. Je t'exprime ma plus sincère gratitude.

C'est notre regard qui enferme souvent les autres dans leurs plus étroites appartenances, et c'est notre regard aussi qui peut les libérer.

Amin Maalouf

A maman,

Résumé

Introduction

En France, l'état de santé de la population fait l'objet d'inégalités importantes ayant des conséquences sur la santé de l'individu tout au long de sa vie. Les comportements individuels ne permettent pas d'expliquer à eux seuls les inégalités de santé constatées. D'autres facteurs conditionnent les disparités de santé des individus : les déterminants sociaux de santé. Parmi les nombreux déterminants de santé, la dimension culturelle est un facteur sur lequel les médecins généralistes peuvent agir dans la démarche de soins envers des populations vulnérables comme les minorités ethniques et les minorités sexuelles.

L'objectif de ce travail a été d'identifier les enseignements de compétences culturelles à destination des professionnels de santé évalués par des échelles validées.

Méthodes

Une revue systématique de la littérature a été conduite de janvier 2000 à Août 2021 dans les bases de données PubMed, PsycINFO, Embase, CAIRN, LILACS, et Google Scholar.

Résultats

Sur les 502 articles retrouvés, 19 ont été sélectionnés. Ils correspondaient à des recherches menées aux États-Unis, en Australie, à Taiwan, en Pologne et en Suède. Les études incluent les étudiants en soins infirmiers, en pharmacie, en médecine dentaire et en médecine. Parmi les professionnels ciblés on retrouve les infirmiers. Les médecins généralistes sont sous représentés. Trois aspects se dégagent des interventions menées auprès des acteurs de santé : celles incluant un format classique composé de cours et de groupes de discussion ; les voyages en immersion ; et les cours en ligne. Ces interventions ciblent majoritairement les minorités ethniques puis les minorités sexuelles. Les résultats sont favorables à l'enseignement des compétences culturelles aux étudiants et professionnels de la santé.

Conclusion

Ce travail a permis de constater l'impact positif de l'enseignement des compétences culturelles envers les étudiants et professionnels de santé. Nous avons pu dégager ainsi plusieurs pistes de réflexion. Ainsi, il serait utile de développer des outils basés sur des évaluations objectives des compétences culturelles des acteurs de santé. L'objectif final étant d'observer des modifications de la santé des patients. Les médecins généralistes ne sont que peu représentés dans le développement des compétences culturelles. Il leur appartient de se saisir de cette opportunité pour améliorer leur pratique et inclure les compétences culturelles à une prise en charge médicale centrée sur le patient.

Mots clés : Compétences culturelles ; enseignement ; professionnels de santé ; minorités ethniques ; minorités sexuelles

A systematic review of cultural competency interventions for health professionals assessed by validated scales.

ABSTRACT

Introduction

French population health status is subject to significant health inequalities which occurs throughout life. Health disparities cannot be explained only by individual behaviors. Other factors involve such social determinants of health. For example, culture is one factor on which physicians could act by caring ethnic and gender minorities.

The purpose of this project is to synthesize educational interventions designed to increase cultural competence in health professional and health students.

Methods

A systematic review of articles published between January 2000 and June 2021 was conducted. Electronic databases (including PubMed, EMBASE, PsycINFO, CAIRN, LILACS and Google scholar), were searched.

Results

Among 502 published articles, nineteen articles from USA, Australia, Poland, Sweden and Taiwan were identified. Participants were nursing, pharmacy, dental and medicine students followed by nurses and physicians. Cultural competence education which targets mainly ethnical and sexual minorities was offered through traditional contact teaching or web-based modules or international immersion experiences. Interventions to increase cultural competence have shown varied effectiveness.

Conclusion

Cultural competence educational interventions have a positive impact among health students and professionals. Studies evaluating the effectiveness of cultural competence education should use objective and standardized evaluation methods and measure patient outcomes. Physicians are poorly represented. General practitioner training in cultural competence was generally lacking. Incorporating culturally competent approaches with patient-centered paradigm could be an interesting perspective in General Practice.

Key words : Cultural competence ; education ; training ; health provider ; ethnic minorities ; gender minorities

Table des matières

I.	INTRODUCTION.....	17
A.	LES INEGALITES DE SANTE	17
1.	LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE	17
2.	DETERMINANTS SOCIAUX	17
B.	POPULATIONS VULNERABLES : MIGRANTS, MINORITES ETHNIQUES, MINORITES SEXUELLES	18
1.	MIGRATION	18
2.	MIGRANTS / IMMIGRES	19
3.	LES DESCENDANTS D'IMMIGRES	19
4.	SANTE DES MIGRANTS.....	19
5.	MINORITES SEXUELLES : LA COMMUNAUTE LGBT	20
6.	SANTE DES LGBT	21
C.	LA DIMENSION CULTURELLE COMMENT DETERMINANT DE LA SANTE	21
1.	DEFINITION DE CULTURE	22
2.	LA MEDECINE A L'EPREUVE DE LA DIVERSITE CULTURELLE.....	23
D.	COMPETENCES CULTURELLES.....	24
1.	MODELE DE BENNETT.....	24
2.	MODELE DE PURNELL	25
3.	MODELE DE LEININGER	26
4.	LE MODELE DE CAMPINHA-BACOTE.....	27
5.	SYNTHESE DES DIFFERENTS MODELES DE COMPETENCES CULTURELLES	28
E.	PROBLEMATIQUE DE RECHERCHE	28
II.	MATERIELS ET METHODES.....	30
A.	CRITERES DE SELECTION	30
B.	SOURCES D'INFORMATION ET STRATEGIE DE RECHERCHE	30
C.	SELECTION DES ARTICLES	32
D.	PROCESSUS DE RECUEIL DE DONNEES ET ANALYSE DES DONNEES.....	32
E.	ENREGISTREMENT	32
III.	RESULTATS.....	33
A.	SELECTION DES ARTICLES	33
B.	DESCRIPTION DES PROGRAMMES D'ENSEIGNEMENTS.....	35
1.	ÉLÉMENTS DE CONTEXTE	35
2.	POPULATIONS CIBLES.....	35
3.	INTERVENTIONS.....	36
C.	MESURES DE L'EFFICACITE DES INTERVENTIONS	39
D.	ARTICLES INCLUS ET PRINCIPAUX RESULTATS.....	44
IV.	DISCUSSION	64
A.	METHODOLOGIE : FORCES ET LIMITES.....	64
1.	FORCES	64
2.	LIMITES.....	64
B.	LES INTERVENTIONS ET LEUR EVALUATION.....	65
C.	LES PROFESSIONNELS DE SANTE : LES MEDECINS GENERALISTES PEU REPRESENTES	66

D.	LES MINORITES VISEES : UN CHAMP A ELARGIR	67
V.	CONCLUSION	67
VI.	REFERENCES.....	69

LISTE DES ILLUSTRATIONS

LISTE DES FIGURES

Figure 1, p 26 : Développement de la sensibilité interculturelle adapté du modèle de Bennett

Figure 2, p 27 : Modèle de développement de la sensibilité interculturelle

Figure 3, p 28 : Modèle de Purnell

Figure 4, p 29 : Modèle de Leininger

Figure 5, p 30 : Modèle de Campinha-Bacote

Figure 6, p 36 : Diagramme de flux de sélection et inclusion des articles

Figure 7, p 38 : Populations cibles des interventions de compétences culturelles

Figure 8, p 41 : Différentes stratégies d'enseignement des compétences culturelles

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1, p 33: BASES DE DONNEES UTILISEES ET EQUATIONS DE RECHERCHE

TABLEAU 2, p 35 : NOMBRE D'ARTICLES PAR BASE DE DONNEES

TABLEAU 3, p 47 : TABLEAUX COMPARATIFS REGROUPANT L'ENSEMBLE DES ARTICLES
SELECTIONNES SUR LECTURE INTEGRALE

LISTE DES ABREVIATIONS

BICCC	Blueprint for Integration of Cultural Competence in the Curriculum
CCAT	Cultural Competence Assessment Tool
CCCHS	Caffrey Cultural Competence in Healthcare Scale
CCCI	Cross-Cultural Competence Inventory
CCCQ	Clinical Cultural Competence Questionnaire
CCCTQ	Clinical Cultural Competence Training Questionnaire
CCS-SP	Cultural Competence Scale for pre graduated student to Licensed Professional
COMEDE	Comité pour la santé des exilés
COVID-19	Coronavirus disease 2019
CQS	Cultural intelligence scale
CSES	Cultural self efficacy Scale
DOM	Départements d'Outre-mer
EGALE-MG	Enquête gay lesbienne Médecine générale
GAP	Gay affirmative practice
IAPCC-R	Inventory to Assess the Process of Cultural Competence Among Healthcare Professionals-Revised
IAPCC-SV	Inventory to Assess the Process of Cultural Competence Among Healthcare Professionals-Student Version
INED	Institut National d'études démographiques
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE	Institut National de la statistique et des études économiques
IPECC	Interprofessional Education Core Competencies
ISS	Inégalité sociale de santé
LGBT	Lesbiennes, gays, bisexuelles, et transgenre
TCC	Transgender Clinical Competence
TeO	Trajectoires et Origines
TKAB	Transgenre, Connaissances, Attitudes et Représentations, Transgender, Knowledge, Attitudes and Beliefs
TSET	Transcultural Self-Efficacy Tool
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

I. INTRODUCTION

A. LES INEGALITES DE SANTE

1. Les inégalités sociales de santé

En France, des inégalités de santé importantes apparaissent avant même la naissance et vont avoir des conséquences sur la santé tout au long de la vie¹. L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), définit ces inégalités sociales de santé (ISS) comme des « différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé ».

Elles sont la conséquence de l'inégalité des chances au départ liées à l'appartenance à un groupe social défini. On doit les distinguer des inégalités de santé relevant de facteurs génétiques ou physiologiques (inégalités liées à l'âge, au sexe, etc.). Les ISS concernent toute la population et sont stratifiées selon un gradient social : chaque classe sociale présente un niveau de mortalité et de morbidité plus élevé que la classe immédiatement supérieure. La position d'un individu sur l'échelle sociale étant déterminée selon l'âge, l'éducation, la profession ou le niveau de revenus.

En France, les ISS se manifestent à différents niveaux. Par exemple, l'espérance de vie diffère entre les hommes et les femmes, entre les ouvriers et les cadres, entre les diplômés du supérieur et les non diplômés et selon les origines ethniques^{2,3}. L'épidémie du COVID-19 est venue confirmer que ces ISS sont systématiques, avec une surmortalité des personnes nées à l'étranger et de celles habitant dans les communes les plus pauvres et les plus denses⁴.

2. Déterminants sociaux

Le processus par lequel les inégalités sociales mènent à des inégalités de santé, trouve son origine dans la répartition disproportionnée des déterminants de la santé.

On peut regrouper ces derniers selon plusieurs catégories⁵, parmi lesquels on retrouve les **déterminants individuels** comme l'âge, le sexe et les facteurs héréditaires, les **comportements individuels** (sédentarité, alimentation, tabac, alcool etc.), les **groupes sociaux et communautés**, les **conditions de vie et de travail**, et enfin les **conditions socio-économiques, culturelles et environnementales**.

Les comportements individuels, souvent pointés comme responsables, ne permettent pas d'expliquer à eux seuls les inégalités de santé constatées. D'autres facteurs jouent un rôle majeur⁶ : les déterminants sociaux de santé. En rapport avec la répartition sociale des comportements défavorables à la santé, ils vont influencer l'état de santé d'un patient donné par leur action combinée. Les déterminants sociaux de santé sont « les conditions dans lesquelles les gens vivent, ainsi que leur accès au pouvoir, à l'argent et aux ressources, y compris aux soins de santé. Ils sont souvent induits par la discrimination et la persécution, comme le racisme, le sexisme, les préjugés entre classes sociales et la guerre. Et ils ont un impact sur tous les aspects de la santé »⁷.

L'INPES en a retenu douze⁸ :

- Le niveau de revenu et le statut social
- Les réseaux de soutien social
- L'éducation et l'alphabétisme
- L'emploi et les conditions de travail
- Les environnements sociaux
- Les environnements physiques
- Les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelle
- Le développement de la petite enfance
- Le patrimoine biologique et génétique
- Les services de santé
- Le sexe
- La culture

Le processus expliquant comment ces déterminants se construisent et s'influencent mutuellement renvoie à des modèles théoriques⁸. La lutte contre les inégalités sanitaires, doit être orientée dorénavant vers davantage de considération du contexte socioculturel. Une réduction des ISS ne peut donc être obtenue qu'en agissant sur les déterminants influençant l'état de santé de nos patients.

B. POPULATIONS VULNERABLES : MIGRANTS, MINORITES ETHNIQUES, MINORITES SEXUELLES

1. Migration

Pauvreté, crises politiques, surpopulation, désastres environnementaux, attirance envers le mode de vie occidentale, mondialisation sont autant de raisons qui poussent des populations à quitter leur pays.

La notion de migrant international définit toute personne qui change de pays de résidence habituelle⁹. Plus de 281 millions de personnes dans le monde ne vivent pas dans leur pays de naissance, selon les récentes données de l'Organisation des Nations Unies⁹.

La France est une terre ancienne d'immigration¹⁰. Dès la seconde moitié du XIXe siècle, les besoins en main d'œuvre suscités par la révolution industrielle ont été comblés par un afflux important de migrants frontaliers. A la fin du XIXe siècle, et après la Première Guerre mondiale pour répondre aux besoins de reconstruction du pays, l'immigration s'est diversifiée avec les immigrations italienne et polonaise pour alimenter les secteurs de la mine, du bâtiment, de l'industrie sidérurgique et métallurgique. Les bouleversements politiques en Europe ont mené à des vagues d'immigration de réfugiés politiques d'origines italienne, russe et espagnole. Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, la France en ruine a vu sa reconstruction menée par un flux de migration en provenance d'Afrique du nord, d'Espagne et du Portugal. La crise économique de 1970 est venue mettre un terme à cette politique d'immigration massive pour motif économique, pour la limiter au regroupement familial. Depuis, le sujet de l'immigration est au cœur du débat politique français. La population immigrée croît modérément de 1975 à 1999 et sa part dans la population reste stable (7,4 % en

1975, 7,3 % en 1999). Elle augmente à nouveau depuis 1999 avec l'arrivée d'immigrés fuyant principalement la pauvreté et la guerre.

2. Migrants / immigrés

Le terme d'immigrés, selon le Ministère de l'Intérieur désigne « les Français par acquisition nés hors de France et les étrangers nés hors de France ». Ils constituent avec leurs descendants une minorité ethnique dans un pays. Le Comité médical pour les exilés (COMEDE) associe le terme « migrant » à « immigré », avec la même définition, et définit « l'étranger » comme une « personne résidant en France n'ayant pas la nationalité française »¹¹.

En 2019, 6,6 millions d'immigrés vivent en France hors Mayotte, soit 9,9 % de la population⁴ ; 46 % des immigrés sont nés dans un pays du continent africain, soit 3,0 millions de personnes. Cette proportion a progressé de 2,7 % en dix ans. 34 % des immigrés sont originaires d'Europe, contre 66 % en 1975. La proportion d'immigrés nés en Europe hors Union européenne est en croissance constante tandis que le nombre d'immigrés européens est en diminution . Enfin, 15 % des immigrés sont originaires d'Asie avec une augmentation de la part des migrants venant de Chine et des pays du Moyen-Orient.

3. Les descendants d'immigrés

Nés en France, les descendants d'immigrés représentent 11,5 % de la population française en 2019 (7,6 millions). 41 % sont d'origine européenne, et environ 30 % originaires du Maghreb En dix ans, le nombre de descendants d'immigrés originaires d'Afrique a progressé de 4,2 % en rythme annuel (4,6 % pour l'Afrique hors Maghreb).

Dans ce contexte de diversité ethnique croissante en France, de nombreuses améliorations doivent être menées, notamment en termes d'accès et de qualité des soins de santé pour l'ensemble de ces minorités, afin de réduire les ISS qui les touchent.

4. Santé des migrants

Il est nécessaire de considérer la migration et l'origine ethnique lorsque l'on s'intéresse aux déterminants sociaux de la santé des migrants. Les dimensions habituellement considérées (revenu, profession, diplôme) ne suffisent pas à elles seules pour comprendre les ISS des minorités ethniques.

Il existe une hypothèse dite du « *healthy migrant effect* »¹², qui considère que les migrants « sélectionnés » sur leur capacité physique, mentale et économique ont un état de santé en moyenne bien meilleur que la population de leur pays d'origine. Cette affirmation est sujette à controverses pour de nombreuses raisons. En effet, la sous-mortalité des personnes immigrées souffre d'un biais statistique appelé le « *Salmon bias* »¹³ : les migrants en fin de vie souhaitent retourner dans leur pays d'origine pour y mourir, ce qui entraîne une sous-évaluation de leur mortalité.

De plus, les migrants fuyant la guerre, les violences, les demandeurs d'asile peuvent avoir un état de santé initial au contraire bien plus médiocre. Cet avantage « sélectif » de bonne santé des migrants semble pourtant décroître avec leur durée de résidence dans le pays d'accueil¹⁴⁻¹⁶. L'adaptation au pays d'accueil dans des conditions de vie et d'environnement délétères, combinée à un isolement et une perte du réseau social, mèneraient à une dégradation de l'état de santé⁸.

Les personnes migrantes ont également des emplois dits en anglais « *three D jobs* »¹⁷. Ils travailleraient dans des conditions plus sales « *dirty* », dangereuses « *dangerous* » et difficiles « *difficult* ». En somme, les conditions de vie et de travail¹⁸ et l'adoption de nouveaux comportements (alimentaires, alcool etc.) influenceraient la santé des migrants^{14,19,20}.

D'autres raisons peuvent fournir une explication des disparités de santé retrouvées chez les migrants. Une mauvaise connaissance du système de soins et les difficultés de communication avec les professionnels de santé^{21,22}. Autre fait marquant, l'attitude des soignants envers les patients migrants, peut également contribuer à creuser les inégalités de santé^{23,24}.

Une des plus grosses recherches menées en France concernant la santé des populations migrantes a été l'enquête « Trajectoires et Origines » (TeO)²⁵. Il s'agit d'une enquête statistique réalisée conjointement par l'INED et l'INSEE en 2008-2009. Elle nous informe sur les chiffres de la diversité ethniques en France métropolitaine et sur son devenir. Cette enquête a recensé les personnes immigrées et leurs descendants nés en France, les personnes nées dans un département d'outre-mer et leurs enfants nés en métropole, ainsi que des personnes dites « de la population majoritaire » (ni immigrées, ni enfants d'immigrés, ni originaires d'un DOM). 18 % des hommes de 18 à 60 ans, immigrés et natifs d'un DOM, déclarent un état de santé altéré, contre 15 % dans la population majoritaire. Les femmes présentent des écarts plus marqués. Les difficultés financières, l'absence d'emploi et le défaut de qualification sont fortement associés à une santé altérée. Une deuxième édition, TeO2 est en cours mais les résultats ne sont pas encore parus²⁶.

Dans ce contexte de diversité ethnique croissante en France, l'amélioration des compétences des professionnels de santé vis-à-vis des minorités ethniques et des migrants doivent être recommandées. Il y va de la qualité de l'accès et des soins de santé envers l'ensemble de ces populations.

5. Minorités sexuelles : la communauté LGBT

Le sigle LGBT+ rassemble les personnes s'identifiant comme lesbiennes, gays, bisexuelles, et transgenre. Le « + » permet d'inclure d'autres variantes d'identité de genre, de caractéristiques sexuelles, ou d'orientation sexuelle, comme l'asexualité, la pansexualité ou la bispirtualité.

En France, 3,2 % des personnes se déclaraient ouvertement homosexuelles contre 82,7 % d'hétérosexuelles exclusives²⁷. Ces chiffres sont largement sous-estimés en raison du rejet par la société de la sexualité et/ou l'identité de genre. 10 % des français LGBT+ ne sont pas acceptée par leurs parents, et plus de 50 % cachent

leur orientation sexuelle au travail. Cette minorité est sujette à de nombreuses discriminations notamment à l'école²⁸ ou au travail²⁹. En 2019, en raison de leur orientation sexuelle ou identité de genre, 35 % des personnes LGBT+ ont été victimes de discriminations au cours de leur vie³⁰.

6. Santé des LGBT

Les personnes LGBT+ sont davantage exposées aux problèmes de santé. La santé mentale est plus altérée chez les LGBT + que chez les hétérosexuels. On dénombre deux fois plus d'épisodes dépressifs caractérisés, de symptômes dépressifs actuels et de pensées suicidaires et trois fois plus de tentatives de suicide³¹. Le taux de suicide est 2 à 7 fois plus important que la population générale²⁸.

Il existe également un sur-risque de mésusage. 47 % des personnes homosexuelles et transgenres consomment des produits psychoactifs contre 12 % de la population générale³². De plus, la consommation de tabac, d'alcool et de drogues ne semblent pas déroger à la règle³³. Cette communauté est plus vulnérable aux infections sexuellement transmissibles avec 43 % des découvertes de séropositivité au VIH déclarées entre janvier 2019 et septembre 2020, 79 % des diagnostics de syphilis récente et 74 % de gonococcie³⁴.

L'étude EGalé-MG réalisée auprès de 1 610 femmes et 1 625 hommes homosexuels s'intéresse à l'orientation sexuelle lors d'une consultation de médecine générale³⁵. Une femme interrogée sur deux, n'a jamais parlé de son orientation sexuelle avec son médecin traitant et huit sur dix n'ont jamais été interrogées à ce sujet par leur médecin généraliste. Pour les hommes, les proportions sont sensiblement les mêmes. Une partie des médecins est en désaccord sur le fait d'aborder le sujet de la sexualité³⁶. Certains considèrent qu'il n'y a aucune raison médicale valable pour aborder ce sujet, d'autres expriment leur gêne ou la peur d'être perçu comme intrusif.

Les besoins spécifiques des personnes LGBT en termes de santé ne sont pas pris en compte. Cela participe donc à creuser les inégalités de santé chez les membres de cette communauté.

C. La dimension culturelle comment déterminant de la santé

La diversité socioculturelle croissante de la population en France nous amène à reconsidérer notre pratique de la médecine. En effet, le contexte multiculturel peut être la source de malentendus, une moindre compliance et un sentiment d'insatisfaction à l'égard des soins reçus³⁷. Il « est important pour les médecins de comprendre l'impact des facteurs sociaux et culturels sur la santé, sur les comportements liés à la santé et sur la prise en charge des patients pour pouvoir fournir des soins centrés sur les besoins du patient », expliquait en 2002 l'anthropologue P. Hudelson, estimant que la dimension culturelle impactait le vécu de la maladie. La culture doit donc être considérée lors de la relation soignant-soigné. En effet, « chaque culture produit des règles pour traduire en symptômes les signes d'un changement interne, d'une altération

douloureuse, d'une incapacité vécue par un individu. Et chaque culture produit des règles pour lier des symptômes à des causes et, de ce fait, déterminer la nature des interventions à opérer sur la personne qui souffre »³⁸. Cela sous-entend que la culture d'une personne doit être soumise à une interprétation individualisée lors d'une consultation médicale. Ainsi, pour mieux appréhender la santé d'un patient, il est fondamental de bien maîtriser la question culturelle, et notamment de s'abstraire de la définition qui rapproche la culture de la littérature. Cette confusion amène de nombreux professionnels de santé à confiner les problèmes de culture au champ étroit de la barrière de la langue.

1. Définition de culture

Une multitude de termes et de notions sont utilisés pour décrire la réalité socioculturelle en France : minorités ethniques, minorités visibles, communautés culturelles, communautés LGBT, étrangers, français d'origine, migrants, immigrés, campagnard, bobo, banlieusards etc... ces notions véhiculent leur lot de significations et de préjugés qui peuvent se refléter dans les actions politiques mais également dans le domaine de la santé. La notion de « culture » reste difficile à définir à en croire Jean-Claude Passeron qui considère que la culture est le « plus protéiforme des concepts sociologiques »³⁹. En 1952, les anthropologues Alfred Kroeber et Clyde Kluckhohn ont rédigé une liste de plus de 150 définitions différentes du mot culture⁴⁰. En effet, restreindre la culture à un champ limité, est loin d'être une vision communément partagée par les français, parmi lesquels un Français sur huit associe la culture à des pratiques vestimentaires, alimentaires, ethniques, les mœurs, les religions, ou la question « des autres »⁴¹.

L'une des premières définitions de la culture est apparue en 1870 inspirée de celle d'Edward Burnett Tylor, l'un des fondateurs de l'anthropologie anglo-saxonne⁴². Ce dernier a défini la culture comme « un ensemble de patterns (de pensée, de comportements, de sentiments, de croyances, de modes de production et de reproduction, etc.) socialement appris et globalement partagés, à un moment donné, par un groupe de personnes formant un peuple ou une société ». Bien plus tard, au début du XXe siècle, aux États-Unis, Franz Boas a développé la théorie du particularisme historique, postulant que chaque culture est le fruit d'un processus historique unique et doit être étudiée sous cet angle valorisant ainsi la diversité culturelle et l'abandon de la hiérarchisation des pratiques culturelles⁴³. Cela a permis l'émergence du concept de relativisme culturel qui propose de relativiser, de prendre une distance face à ses propres croyances et schémas de pensée afin d'observer « l'Autre » et sa culture. Ce courant de pensée proscrit l'évaluation des croyances, des comportements ou des pratiques propres à l'individu. Ce paradigme a permis la remise en cause des deux idéologies de cette période : l'évolutionnisme anthropologique et l'ethnocentrisme.

L'évolutionnisme considère que toutes les sociétés évoluent dans le même sens pour arriver à la vraie « civilisation », dont le modèle est la civilisation occidentale moderne⁴⁴. Ce postulat découle du concept d'ethnocentrisme qui consiste à juger la culture des autres selon nos propres standards culturels en rejetant la différence culturelle, rendant difficile le contact interculturel⁴⁵. À ces définitions de la culture s'ajoute une autre appelée « culturalisme », qui est en totale opposition avec le concept relativiste. Ce courant propose

que les institutions et les coutumes influenceraient la personnalité des individus. La culture se définirait ainsi comme la somme globale des attitudes, des idées et des comportements partagés par les membres de la société, en même temps que des résultats matériels de ces comportements⁴⁶.

Au final, le concept de « culture » est difficile à définir, souvent associé à tort à l'ethnicité ou la nationalité. Elle est donc un rapport au monde qui interroge sur la relation entre les individus et entre les groupes sociaux. Elle se construit sur les expériences uniques d'individus, où la nationalité et l'ethnicité peuvent être des sources de connaissances communes, mais aussi l'âge, le sexe, la classe sociale, l'éducation, la profession etc. Ainsi, la variabilité culturelle pourrait se retrouver aussi bien chez un migrant, que chez une dame issue de l'aristocratie française.

2. La médecine à l'épreuve de la diversité culturelle

Définir et comprendre la culture, lors de la pratique de la médecine est essentiel car elle « enseigne comment être malade »⁴⁷. Les visions culturelles de chacun, celle du médecin et du patient, influence nécessairement la réalité clinique de la maladie. Chez le patient, le vécu de la maladie notamment la perception des symptômes et la façon d'y réagir, la manière de décrire et de nommer ses troubles, l'évaluation des soins reçus, la sollicitation d'aide, sont conditionnés par la culture de ce dernier. En effet, là où la langue française ne dispose que du terme « maladie », l'anglais a trois termes distincts⁴⁸ : *disease* qui définit une perturbation biomédicale, objectivée par une maladie reconnue par un médecin ; *illness* désigne l'expérience vécue, personnelle et intime, de la maladie ; *sickness* est la perception extérieure et public de la maladie. Ces différentes définitions sont essentielles car elles permettent de comprendre la construction culturelle, sociale, et psychologique de la maladie et sa prise en compte par le médecin.

La médecine est également une culture et les non-initiés en sont exclus. La formation médicale conçoit le corps comme une machine⁴⁹ et définit la maladie comme une déviation des standards biologiques. Elle offre une manière de comprendre et répondre partiellement aux altérations de la santé du patient. En fonctionnant de cette manière, elle occulte le vécu de la maladie déterminé par la culture du patient. « Les personnes conçoivent leur maladie uniquement à travers leurs expériences sociales et personnelles. Ce faisant, ils créent chaque fois qu'ils sont malades leur propre modèle explicatif des causes, de la signification, de l'évolution, des mécanismes, des diagnostics, de l'action des traitements et des conséquences de la maladie »⁴⁷. Au-delà de leur savoir médical, les médecins sont avant tout des individus avec un bagage culturel associant des valeurs, des croyances, des représentations, différentes de celles du patient^{50,51}. Ignorer ces différences peut engendrer une rupture de l'adhésion thérapeutique, des erreurs de diagnostic et l'incompréhension du patient. « L'approche des soins doit être interculturelle, nécessitant (...) une réflexion d'abord intrapersonnelle sur ses propres conceptions de la santé et de la vie, puis une réflexion interpersonnelle prenant en compte la conception de la santé et de la vie du malade »⁵².

L'attention bienveillante apportée à la dimension culturelle semble primordiale pour une bonne communication⁵³. Parmi les nombreux déterminants de santé décrits ci-dessus, la dimension culturelle est un facteur que les acteurs de la santé doivent considérer devant la vulnérabilité largement affichée des

minorités ethniques et des minorités sexuelles. Il est donc important de se questionner sur les compétences à développer en médecine pour prendre en compte la dimension culturelle dans la démarche de soins.

D. Compétences culturelles

« La compétence culturelle comporte le fait d'être conscient de son propre bagage socio-culturel et de celui d'un patient, et d'utiliser des habiletés et stratégies qui se focalisent sur des interventions thérapeutiques culturellement appropriées »⁵⁴.

Il existe plusieurs modèles permettant la compréhension, l'analyse et le développement des compétences culturelles dans le domaine de la santé :

1. Modèle de Bennett

Un des préalables à la communication est la perception des différences. Le modèle de Bennett fournit des éléments d'observation déterminant la position de l'individu face aux différences culturelles⁵⁵. Le développement de la sensibilité interculturelle se définit en six stades rendant compte des mouvements émotionnels et des réactions classiques face au choc culturel (Figure 1). Les trois premiers stades (le déni, la défense et la minimisation) sont qualifiés d'ethnocentriques car l'individu a tendance à privilégier les valeurs et les normes du groupe ethnique auquel il appartient. Les trois derniers stades (l'acceptation, l'adaptation et l'intégration) sont qualifiés d'ethnorelativistes car l'individu accepte et s'ouvre aux valeurs et normes de l'autre.

Face à une culture différentes les individus évoluent ainsi :

Du premier stade qui est celui du déni (où ils nient les différences) au stade de l'intégration où les individus s'adaptent à la culture des gens fréquentés (Figure 2).

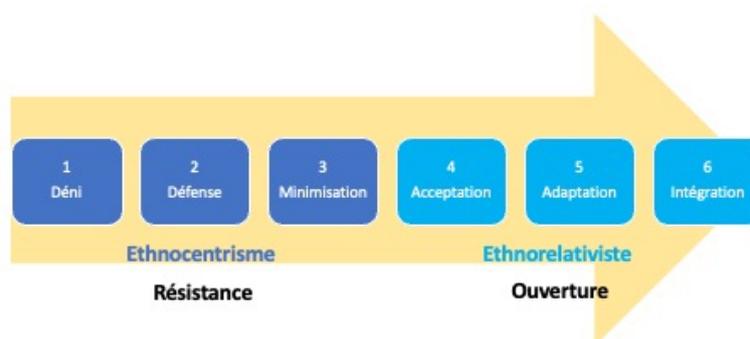


Figure 1 : Développement de la sensibilité interculturelle adapté du modèle de Bennett⁵⁵.

Ethnocentrisme

Première étape : Dénier (nier la différence)

- ne croient pas aux différences culturelles
- « les personnes qui se comportent différemment ne peuvent faire autrement »
- tendent à imposer leur propre système de valeurs aux autres, croyant qu'ils sont dans leur bon droit et que les autres sont dans l'erreur
- croient qu'ils agissent de façon naturelle et normale; les autres façons d'agir sont inconvenantes et peu judicieuses
- ne se sentent pas menacés par les différences culturelles, parce qu'ils les nient
- ont généralement peu de contacts avec les personnes différentes d'eux, et n'ont fait aucune expérience qui les amène à avoir confiance dans les autres cultures

Deuxième étape : Défense (accepter les différences culturelles, mais les diaboliser)

- se rendent compte que leur système de valeurs n'a rien d'absolu - et ils ne sont pas à l'aise avec cela
- croient aux différences culturelles et acceptent leur existence, mais se sentent profondément menacés par elles
- croient que les autres cultures sont à coup sûr inférieures
- savent très bien qu'il est inutile d'imposer ses valeurs aux autres, mais ne voient pas les autres cultures d'un bon œil et préfèrent fréquenter le moins possible ou pas du tout les personnes différentes

Troisième étape : Minimisation (banaliser les différences)

- se sentent encore menacés par les différences, de sorte qu'ils tentent de les banaliser, mais ne pensent pas que les personnes différentes sont inférieures ou malchanceuses, ni qu'elles manquent de jugement
- comprennent qu'il y a des différences mais ne les croient pas particulièrement importantes ou significatives
- « malgré leurs différences, les personnes ont toujours entre elles plus de similitudes que de différences »
- si nous semblons différents en apparence, par contre nous partageons pour l'essentiel de nombreuses valeurs et croyances communes

Ethnorelativisme

Quatrième étape : Acceptation (attitude neutre, mais pas nécessairement positive, au sujet des différences)

- acceptent les différences en tant que traits profonds et légitimes de la personnalité
- savent que les autres personnes sont foncièrement différentes d'eux et acceptent l'existence inévitable d'autres systèmes de valeurs et normes de comportements
- peuvent encore trouver difficile de réagir à ces comportements ou de les accepter, mais ne se sentent pas menacés par eux ni ne les considèrent comme inconvenants ou mauvais
- n'adoptent normalement pas un grand nombre de ces comportements, ni n'adaptent les leurs pour mieux tenir compte des différences culturelles, mais se montrent tolérants et ont une attitude sympathique
- attitude neutre au sujet des différences culturelles

Cinquième étape : Adaptation (les différences constituent un atout)

- les comportements, comme les attitudes, changent
- volonté et capacité de changer son comportement pour s'adapter à des normes différentes
- capacité de socialiser avec des personnes de différentes cultures
- n'abandonnent pas leurs valeurs et croyances, ni celles de leur culture d'origine, mais y intègrent des aspects d'autres cultures

Sixième étape : Intégration (je peux modifier mon comportement tout en restant moi-même)

- adoptent une attitude biculturelle, de sorte qu'ils peuvent s'adapter facilement à la culture des gens qu'ils fréquentent : « passage d'un style à l'autre »

Figure 2 : Modèle de développement de la sensibilité interculturelle⁵⁶.

2. Modèle de Purnell

Dans ce modèle, la culture se définit comme étant un ensemble de tous les comportements sociaux issus de l'art, des technologies, des coutumes, des croyances, des valeurs et de toutes les caractéristiques de la pensée composant la société⁵⁷. L'évolution vers une compétence culturelle se décline en 4 étapes (Figure 3). Il s'agit initialement d'avoir conscience de notre propre culture et de son influence dans notre pratique

professionnelle. Dès lors, il est ensuite important de prendre en compte la dimension culturelle d'autrui et adapter notre pratique.

- Le premier stade : incompétence inconsciente. Le soignant n'a pas conscience de son manque de connaissance à l'égard de la culture de la personne soignée.
- Le second stade : incompétence consciente. Le soignant prend conscience de son manque de connaissance sur la culture du soigné.
- Le troisième stade : Compétence consciente. Prise de conscience de la culture de l'autre, ce qui mène des soins culturellement adaptés.
- Enfin le quatrième stade : Compétence inconsciente. La culture est intégrée instinctivement permettant des soins adaptés de façon à respecter à la culture du soigné.

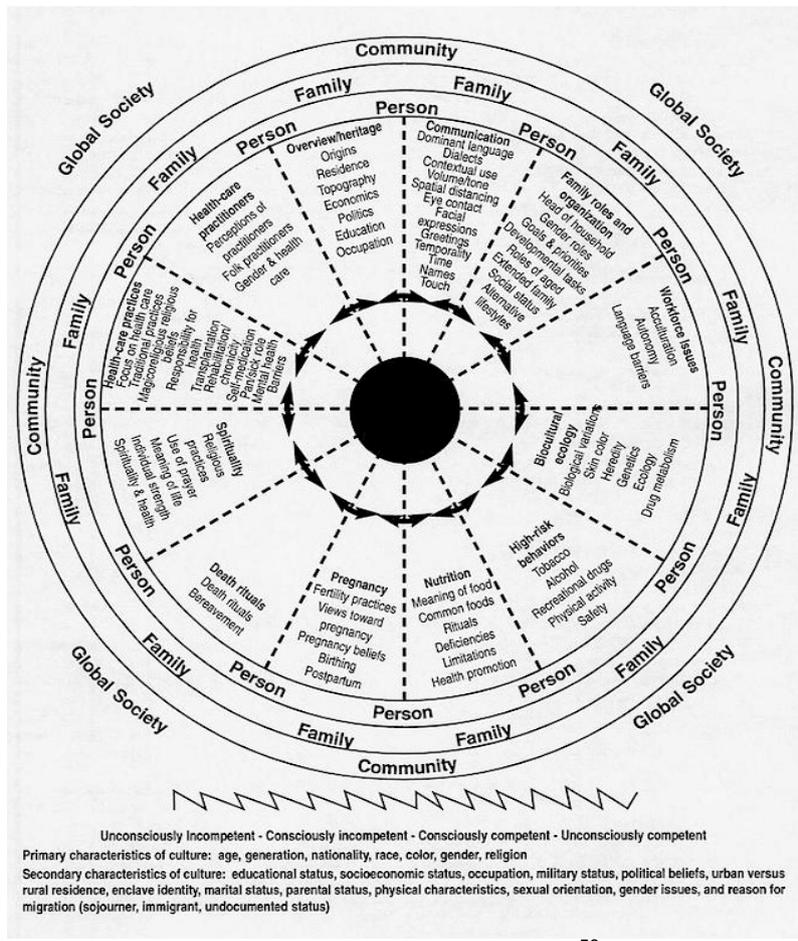


Figure 3 : Modèle de Purnell⁵⁸

3. Modèle de Leininger

Pionnière dans l'élaboration des modèles culturels de soins, Leininger attribue au soin un processus relationnel où le soignant doit prendre en considération le cadre culturel du soigné⁵⁹. Elle a développé un modèle théorique appelé « Sunrise », destiné aux infirmiers mais qui peut s'étendre à toute activité de soin (Figure 4).

Il s'agit en résumé d'une sorte de grille de recueils de données du patient, de ses représentations et de ses comportements culturels. L'objectif est de prodiguer un soin le plus favorable aux attentes et aux valeurs des

patients. L'évaluation des facteurs tels que la technologie, la religion, le lien social et familial, l'éducation, l'économie, permet de replacer le soin dans le contexte culturel du patient. Cette évaluation aboutit à un arbre décisionnel : soit le soignant préserve le patient dans son système culturel qui n'entrave pas les soins ; soit il met en place une négociation pour modifier certains aspects culturels lorsqu'il juge qu'ils sont peu favorables à la guérison ; soit il propose une révision du système culturel du patient jugé néfaste à sa santé.

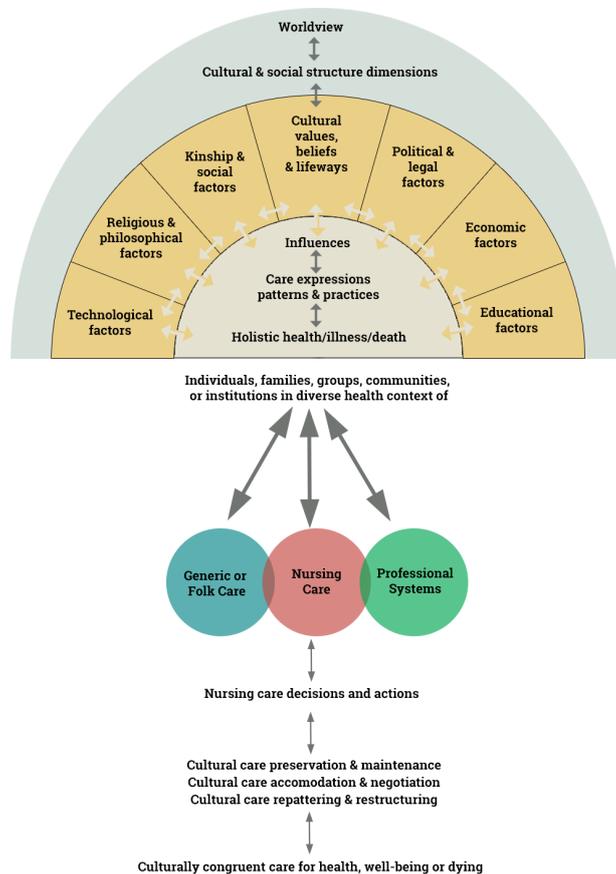


Figure 4 : Modèle de Leininger⁵⁹

4. Le modèle de Campinha-Bacote

Ce modèle inspiré de la théorie de Leininger, considère que la compétence culturelle est un processus dynamique qui s'acquiert avec le temps⁶⁰. La compétence culturelle est la résultante de l'interaction dynamique entre cinq dimensions : le désir culturel, la sensibilisation culturelle, le savoir culturel, les habiletés culturelles et les rencontres culturelles (Figure 5).

- Le désir culturel : motivation à vouloir s'engager dans le développement de sa compétence culturelle.
- La sensibilisation culturelle : le soignant perçoit l'enjeu des interactions culturelle lors d'une relation avec le soigné.
- Le savoir culturelle : recherche par le soignant des informations sur les dimensions socio-culturelles qui influencent le soin et la santé.

- Les habiletés culturelles : capacités du soignant à évaluer la culture du patient en vue de négocier un soin culturellement adapté.
- La rencontre culturelle : interaction avec des personnes de diverses origines culturelles et ethniques.

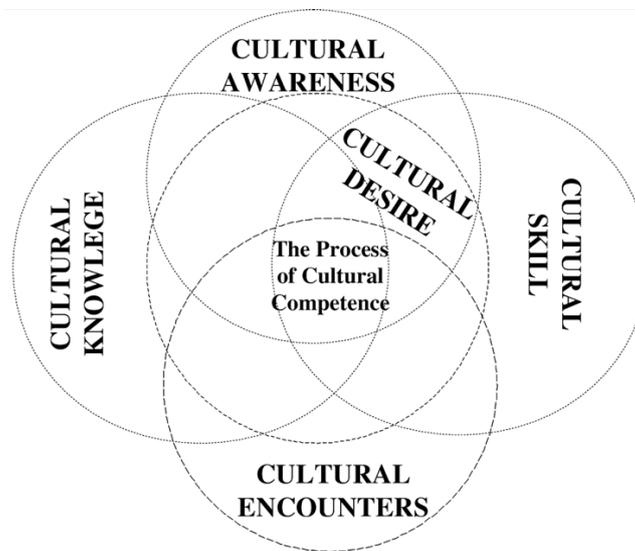


Figure 5 : Modèle de Campinha-Bacote⁶⁰ .

5. Synthèse des différents modèles de compétences culturelles

.A défaut de pouvoir connaître tous les aspects d'une culture, le soignant doit être capable de se soustraire de ses propres représentations, d'identifier les différentes perceptions de la maladie et de négocier avec le patient un projet commun.

Chacun dispose de son propre cadre référentiel. Cela vaut autant pour les patients que pour les soignants. Notre attitude, nos croyances sont sources d'informations pour les patients qui les perçoivent et les traitent selon leurs propres référentiels. Derrière chaque patient, il y a en effet une autre culture, une autre vérité. Les compétences culturelles, quel que soit le modèle explicatif, sont là pour nous aider à améliorer nos prises en charge.

E. Problématique de recherche

La réduction des inégalités sociales de santé ne pourrait être obtenue qu'en agissant sur les déterminants de santé. La prise en charge médicale des minorités ethniques, sexuelles et des populations précaires constitue donc un axe d'amélioration du système de santé français.

Les professionnels de santé doivent se saisir de cette problématique. Y compris les médecins généralistes. Une des pistes de réflexions mène à l'optimisation de la relation médecin-patient. On pourrait améliorer cette relation avec un comportement, des connaissances et un savoir-faire adapté à la culture du patient. Mais cette compétence est peu ou pas enseigné dans les études médicales. Pourtant, les soignants sont largement demandeurs d'outils permettant de développer leur compétences culturelles⁶¹.

Former les professionnels de santé aux compétences culturelles leur permettrait de faire face à des situations complexes où la culture de chacun peut être une source d'incompréhension.

Il est donc important d'explorer les enseignements de compétences culturelles aux professionnels de santé déjà mis en place et de savoir s'ils participent à une meilleure pratique face à la diversité culturelle.

L'objectif de ce travail était d'identifier les études qui ont évalués par des échelles validées les enseignements de compétences culturelles à destination des professionnels de santé.

II. Matériels et Méthodes

Une revue systématique de la littérature a été conduite en suivant les règles d'élaboration et de publication définies par le Prisma Statement ⁶². Nous nous sommes intéressés aux articles publiés de janvier 2000 à Août 2021.

A. Critères de sélection

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Date de publication : du 01/01/2000 au 01/08/2021
- Lieu d'étude : échelle mondiale
- Langue : français, anglais ou espagnol
- Cibles des interventions : Professionnels de santé et étudiants en santé
- Articles évaluant une intervention de compétences culturelles par des échelles de mesures validées
- Articles publiés dans une revue indexée

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Articles évaluant les patients à la suite d'une intervention de compétences culturelles ou évaluation des professionnels de santé par des échelles de mesures non validées ou par des questionnaires ou abordant qu'une facette de la compétence culturelle comme la connaissance ou la sensibilisation culturelle pris à part.
- Minorité visée : personnes invalides
- Interventions portant uniquement sur la littéracie
- Articles non disponibles en texte intégral

B. Sources d'information et stratégie de recherche

Nous avons interrogé en Aout 2021 cinq bases de données :

- PubMed
- EMBASE
- PsycINFO
- LILACS
- CAIRN

L'équation de recherche initiale a été créée dans le but de sélectionner les articles pouvant répondre à la question suivante : quels sont les enseignements de compétences culturelles à destination des professionnels de santé qui ont été évalués par des échelles validées ? Elle a

été adaptée à chaque base de données. Chaque équation de recherche a été réalisée à partir des termes en Anglais tirés du thesaurus *Medical Subject Headings* (MeSH) ou des termes en français tirés de ce même thesaurus.

Les références des articles précédemment sélectionnés ont également été explorées via Google Scholar. Nous avons créé une base de données en utilisant le logiciel de gestion bibliographique Zotero®.

Voici un tableau récapitulatif des équations de recherche des différentes bases de données :

TABLEAU 1 : BASES DE DONNEES UTILISEES ET EQUATIONS DE RECHERCHE

Bases de données	Équations de recherche
PubMed	(cultural competency*[MeSH Terms]) AND (health personnel[MeSH Terms]) AND (("education"[MeSH Terms]) OR (curriculum*[MeSH Terms])) AND (("surveys and questionnaires"[MeSH Terms]) OR (program evaluation[MeSH Terms]) OR (psychometrics[MeSH Terms]) OR (educational measurement*[MeSH Terms]))
EMBASE	('cultural competence'/exp OR 'cultural competence') AND ('health care personnel'/exp OR 'health care personnel') AND ('education'/exp OR 'education' OR 'curriculum'/exp OR 'curriculum') AND ('questionnaire'/exp OR 'questionnaire' OR 'psychometry'/exp OR 'psychometry' OR 'program evaluation'/exp OR 'program evaluation') AND [embase]/lim
PsycINFO	cultural competence AND health personnel AND (education or curriculum) AND (survey or questionnaire or instrument or measure or assessment or scale)
LILACS	"CULTURAL COMPETENCY/" and "education" [Words] and "HEALTH PERSONNEL" [Words] and "measure" or "assessment or evaluation" [Words]
CAIRN	compétence culturelle ET soignants ET cours ou enseignement ET évaluation ou mesure

C. Sélection des articles

La sélection des articles a respecté les étapes suivantes :

- Suppression des doublons
- Sélection sur les titres par trois investigateurs indépendants et exclusion des articles écartés à l'unanimité.
- Sélection sur les résumés par deux investigateurs indépendants et exclusion des articles écartés à l'unanimité.
- Sélection sur les textes intégraux à partir d'une grille de lecture reprenant les éléments de la question de recherche

L'accord entre les observateurs mesuré par le coefficient Kappa de Cohen a été utilisé.

D. Processus de recueil de données et analyse des données

Les articles sélectionnés ont été analysés à l'aide d'une grille de lecture construite *a priori*. Des tableaux résumant ces informations ont été réalisés afin d'analyser les résultats.

Les données extraites ont été classées en différentes catégories :

- Auteur principal, année de publication.
- Type d'étude.
- Objectif (s) de l'étude.
- Population étudiée.
- Interventions
- Minorités ciblées
- Critère (s) de jugement
- Mesures
- Principaux résultats.
- Discussion/conclusion.

E. Enregistrement

La base Prospero qui recense l'ensemble des revues systématiques de littérature en cours d'élaboration ou élaborées a été exploré préalablement à toute recherche. Si plusieurs travaux de recherche évoquaient la question des compétences culturelles, aucun ne traitait spécifiquement de la question des compétences culturelles évaluées par des échelles validées à la suite d'une intervention chez les professionnels et étudiants de santé.

Cette revue systématique de la littérature a été enregistrée sur Prospero.

III. RESULTATS

A. Sélection des articles

Un total de 481 articles a été obtenu par l'examen des différentes bases de données. 21 autres ont été identifiés via la recherche manuelle dans Google Scholar.

Bases de données	Nombre d'articles
PubMed	304
EMBASE	112
PsycINFO	34
CAIRN	31
LILACS	0
Recherche Manuelle	21
	Total = 502

TABLEAU 2 : NOMBRE D'ARTICLES PAR BASE DE DONNEES

Nous avons obtenu 496 articles après l'exclusion des doublons issus des différentes bases. La lecture des titres, puis des résumés a permis de sélectionner 76 articles avec un accord modéré entre les deux investigateurs (75 % d'accords et un $\kappa = 0.47$).

La lecture intégrale des derniers articles a mené à la sélection d'un total de 19 articles répondant aux critères d'inclusions.

L'ensemble des données sur la sélection des articles est illustré dans le diagramme des flux de sélection et d'inclusion des articles (Figure 1).

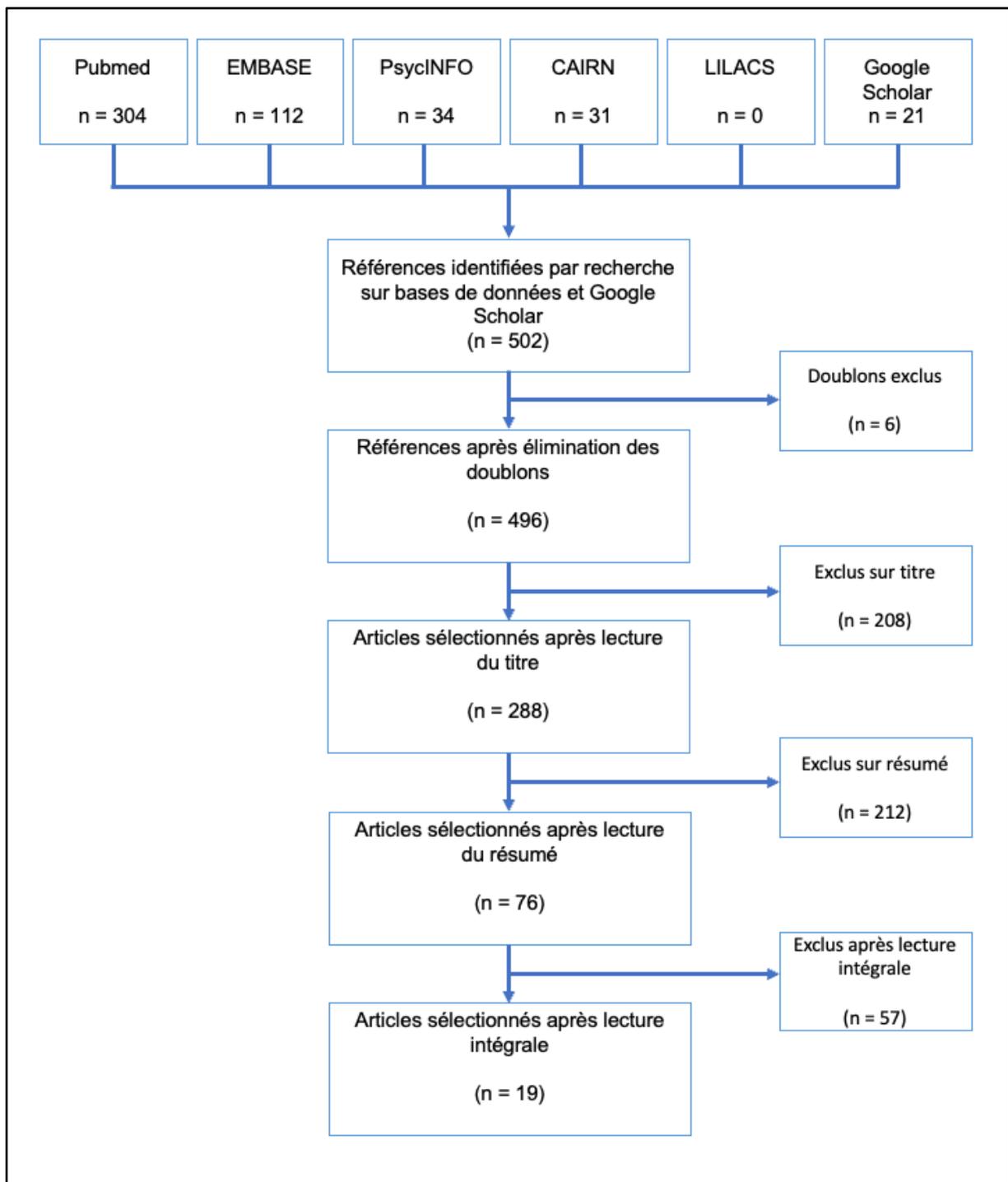


FIGURE 6 : DIAGRAMME DE FLUX DE SELECTION ET INCLUSION DES ARTICLES

B. Description des programmes d'enseignements

Parmi les articles inclus on dénombre une Méta analyse, trois essais contrôlés randomisés, treize études de design avant/après, deux études transversales et deux études comparatives.

1. Éléments de contexte

Accaparés par la question de la diversité ethnique et des modifications démographiques liées à l'immigration et la mondialisation, la grande majorité des auteurs soulèvent l'importance d'enseigner les compétences culturelles aux professionnels de santé et ce dès leur formation universitaire. « La compétence culturelle optimale, requiert une formation continue active, favorise l'harmonie multiculturelle du lieu de travail et promeut le meilleur niveau de soin culturellement conforme » citent Jeffreys et collaborateurs (2012). Cela permettrait de lutter contre les inégalités de santé soulignent Kutob et collaborateurs (2013). D'autres constatent qu'il y a « une tendance des soignants à rompre la communication avec des patients d'une culture différente » (Xiao et collaborateurs, 2020). Au final, tous les auteurs s'accordent à dire que « les professionnels de santé doivent posséder les connaissances et les aptitudes pour fournir des soins appropriés aux patients provenant de la diversité culturelle » (Durant et collaborateurs, 2012).

La grande majorité des articles analysés s'intéressent aux compétences culturelles relatives aux minorités ethniques. Mais quid des autres minorités ? Seuls deux articles, correspondant aux critères d'inclusion, s'intéressent aux compétences envers les minorités sexuelles notamment les transgenres et les LGBT (White et collaborateurs, 2017 ; Wyckoff et collaborateurs, 2019). Les auteurs reconnaissent la nécessité de réévaluer nos compétences envers cette minorité qui souffre davantage de comorbidités que des patients hétérosexuels. Une des raisons citées par les auteurs serait le rejet des patients LGBT par les professionnels de santé. Il leur semble important de mettre en place des enseignements ayant pour objectifs de sensibiliser les professionnels de santé afin de mettre fin aux discriminations des patients LGBT lors de leur parcours de santé.

2. Populations cibles des interventions

La grande majorité des études ont été menées aux États-Unis. L'Australie, Taiwan, la Suède et la Pologne viennent fermer la marche. On ne dénombre aucune étude française.

Quatorze articles sur dix-neuf, s'intéressent aux populations d'étudiants (Figure 2). La grande majorité des étudiants évalués sont des étudiants en soins infirmiers (10 études) puis viennent

les étudiants en pharmacie (5 études) suivis des étudiants en médecine et en dentaire (1 étude chacun). Les interventions envers les professionnels de santé sont moins nombreuses avec six études. Là encore les infirmiers représentent l'écrasante majorité où elles sont évaluées dans cinq articles suivi des médecins généralistes (2 études). On ne déplore qu'une seule étude s'intéressant exclusivement aux médecins généralistes, l'autre regroupant les médecins dans une population diversifiée de professionnels de santé. Enfin, seule une méta-analyse associe les étudiants en soins infirmiers et les infirmiers en population cible, sans faire de distinguo.

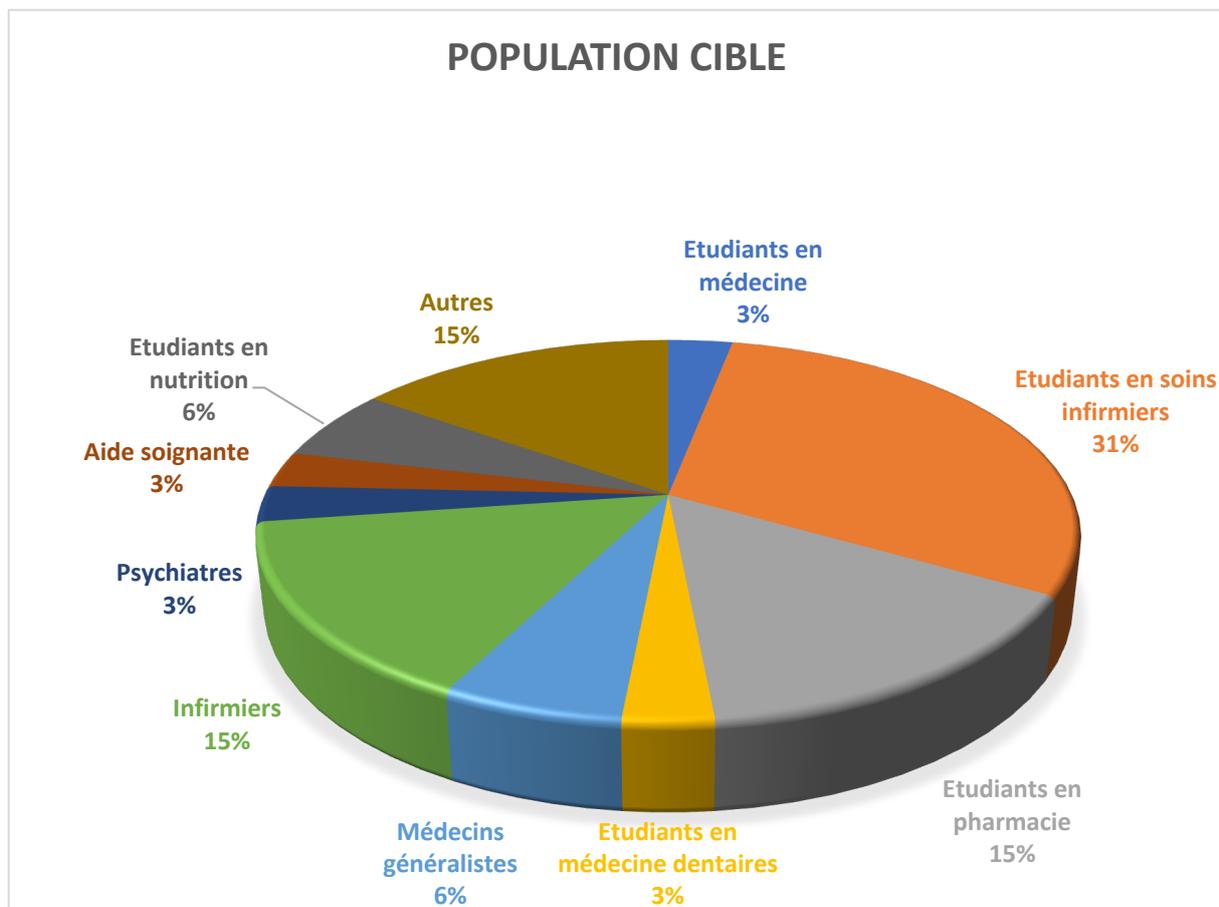


FIGURE 7 : POPULATIONS CIBLES DES INTERVENTIONS DE COMPETENCES CULTURELLES

3. Interventions

Bien que certaines études décrivent très superficiellement les interventions visant à améliorer les compétences culturelles, trois aspects émergent de l'analyse des articles. On peut ainsi distinguer les interventions basées sur des cours en présentiel, des cours en ligne et des immersions à la rencontre d'une culture différentes (Figure 3).

Deux articles s'appuient sur le modèle théorique de Campinha-Bacote pour développer des cours de compétences culturelles. Berlin et collaborateurs (2010), en se basant sur ce modèle,

ont développé un enseignement consistant à administrer aux étudiants des cours de compétences culturelles de trois jours associés à des mises en pratiques alliant des études de cas, des mises en situation et des groupes de pratiques poussant à la réflexivité. Poirier et collaborateurs (2009), en s'inspirant de ce modèle théorique ont également développé un enseignement composé de cours et de la réalisation d'un portfolio permettant de suivre leurs progrès et de les amener à plus de réflexivité. Kardong-Edgren et collaborateurs (2010) comparent, un programme intégrant les concepts de Campinha-Bacote à trois autres programmes parmi lesquelles un programme standard de culture, un programme utilisant une méthode intégrative non décrite et un dernier intégrant les concepts de Leininger (cf. intro). Les enseignements diffèrent par leur format. On retrouve des enseignements de 45 minutes avec pour seul support une présentation ouvrant à des discussions comme le décrivent Wyckoff et collaborateurs (2019) ou des programmes de plusieurs heures incluant des modules ouvrant à des lectures, du coaching comme le décrivent Xiao et collaborateurs (2020). Certains auteurs associent la théorie à la pratique clinique comme Jeffreys et Collaborateur (2012), Berlin et collaborateurs (2010) et Durant et collaborateurs (2012). D'autres privilégient des études de cas ou des simulations comme Delgado et collaborateurs, Jeffreys et collaborateurs (2012) et Majda et collaborateurs (2021). Des présentations, des groupes de discussion, des conférences sont les stratégies les plus utilisées pour enseigner les compétences culturelles. De nombreux outils didactiques ont été utilisés (comme les vidéos, les études de cas, les simulations ou les jeux de rôles).

Douze syllabus ont été analysés par Shattell et collaborateurs (2013) pour déterminer si le concept de compétences culturelles y est intégré. La majorité (83.33%) y font référence dans leurs syllabus ; conscience de soi et culture sont les mots les plus fréquents. Dans cette même étude, des groupes de discussion et des entrevues ont révélé des lacunes comme l'absence de débat sur les questions culturelles.

D'autres auteurs se sont intéressés aux enseignements en ligne comme Chang et collaborateurs (2017), et Daugherty et collaborateurs (2017). Ils ont développé des cours en ligne permettant l'accès à des ressources pédagogiques offrant tout un panel d'éléments vidéographiques, photographiques, des textes et des enquêtes relatives à la diversité culturelles. En s'appuyant sur le postulat que le patient est la source des connaissances culturelles à acquérir, Kutob et collaborateurs (2013) ont, quant à eux, utilisés des patients virtuels censés amener les médecins généralistes à explorer leurs cultures. Chang et collaborateurs (2017) ont opté pour la plateforme Facebook. Bien qu'innovatrices, ces stratégies se sont révélées imparfaites avec la difficulté de s'assurer que les étudiants aient respecté scrupuleusement un temps minimal devant leur cours.

D'autres auteurs se sont questionnés sur le rôle des séjours à l'étranger dans l'obtention des compétences culturelles. Allen et collaborateurs, ont étudié l'effet d'un voyage au Pérou combinant l'immersion à des séminaires sur le système de santé et la culture péruvienne. Fell et collaborateurs se sont intéressés à l'activité de soin en Trinité avec l'écriture d'un journal de voyage par chaque étudiant. Kohlbry et collaborateurs (2016), apportent peu de précisions sur les activités des étudiants au cours de leurs voyages.

Gallagher et collaborateur (2014) dans leur méta-analyse se sont intéressés aux enseignements des compétences culturelles des étudiants en soins infirmiers et infirmiers. Parmi les 25 articles incluses dans leurs études, sept articles décrivent des interventions s'appuyant sur un cours suivi d'une discussion. Quatre autres articles décrivent ce format de cours associé à des écrits réflexifs ou des contenus multimédias. Neuf études ont quant à elle opté pour des immersions ou des techniques de simulation. Enfin, quatre études se sont concentrées sur les jeux de rôle et la simulation. Ces résultats sont conformes avec ceux retrouvés dans notre étude.

FORMATS D'ENSEIGNEMENT DES COMPÉTENCES CULTURELLES

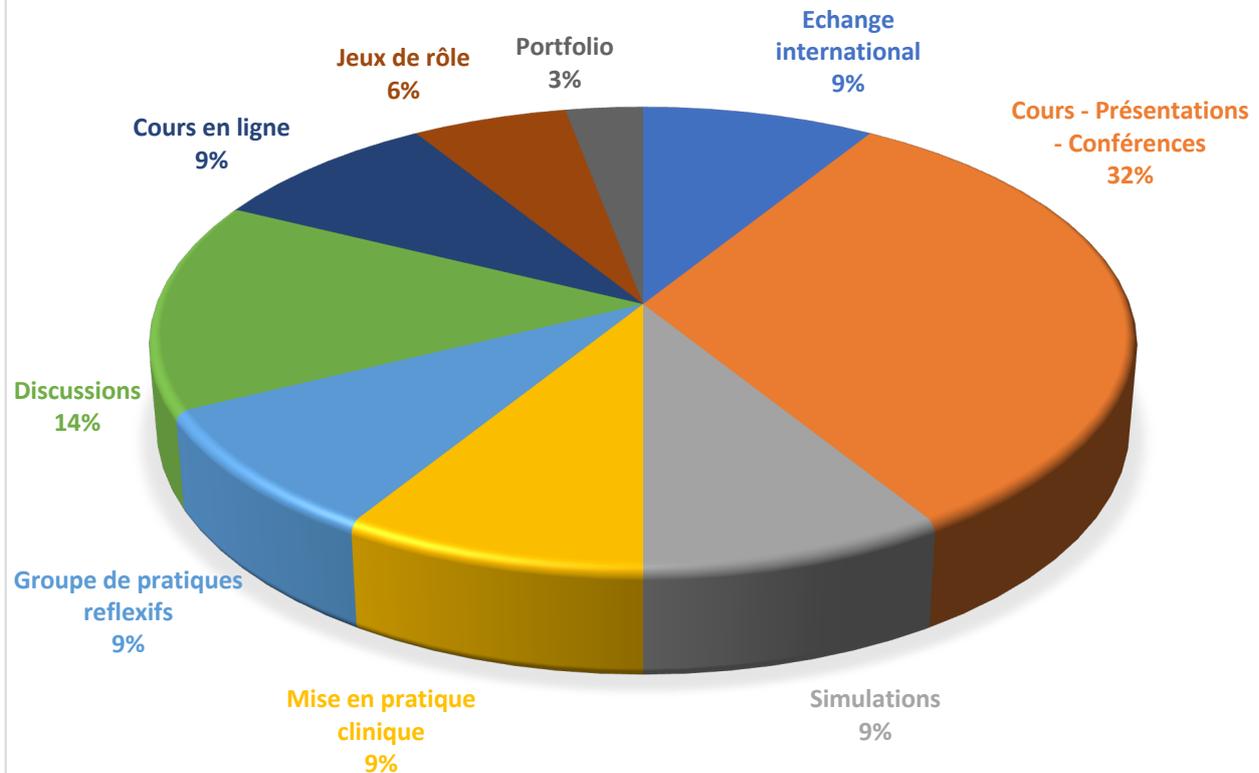


FIGURE 8 : DIFFÉRENTES STRATÉGIES D'ENSEIGNEMENT DES COMPÉTENCES CULTURELLES

C. Mesures de l'efficacité des interventions

La revue de la littérature a permis de mettre en évidence des échelles validées pour mesurer les compétences culturelles des professionnels de santé vis à vis soit des minorités ethniques ou soit des individus LGBT.

Le plus utilisé et le plus connu pour mesurer les compétences culturelles : L'inventaire pour évaluer les compétences culturelles chez les professionnels de santé, **The Inventory to Assess the Process of Cultural Competence Among Healthcare Professionals-Revised (IAPCC-R)**. Conçu pour mesurer le niveau de compétences culturelles chez les professionnels de santé (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, les étudiants en santé, etc.), le IAPCC-R a été développé par Campinha-Bacote. IAPCC-SV est la version pour les étudiants. Cet outil

mesure le désir culturel, la sensibilisation culturelle, les connaissances culturelles, les habiletés culturelles, les rencontres culturelles. Trois articles utilisent l'IAPCC-R et quatre utilisent l'IAPCC-SV, pour évaluer l'efficacité de leurs interventions.

Brown et collaborateurs (2008) ont mesuré les compétences culturelles par l'IAPCC-R des étudiants en santé (pharmacie, infirmières et sciences sociales) en critère de jugement secondaire pour évaluer l'impact d'enseignements de compétences interprofessionnelles lors de problématiques culturelles. Les scores se sont révélés significativement augmentés après l'intervention, et avec des effets plus marqués chez les étudiants en pharmacie et ceux âgés de plus de 24 ans. Delgado et collaborateurs (2013) montrent que les étudiants sont sensibilisés culturellement avant les cours et deviennent culturellement compétents jusqu'à 3 mois post intervention avec des scores qui commencent à décliner à 6 mois. Kardong et collaborateurs (2008) ne trouvent aucune différence significative dans les scores de l'IAPCC-R en comparant des programmes construits sur le modèle de Campinha-Bacote, le modèle Leininger, un programme de culture facultatif et un programme intégratif de compétences culturelles.

Daugherty et collaborateurs (2017) rapportent chez les étudiants en médecine dentaire une augmentation des compétences culturelles avec une augmentation significative des scores relatifs aux connaissances culturelles et habiletés culturelles à la suite d'un cours en ligne. Des cours de compétences culturelles, des échanges intracommunautaires, la prise en charge de patients étrangers, des présentations orales, tel est le format délivré et décrit par Durant et collaborateurs (2012). Cela a mené à l'augmentation significative des scores moyens de compétences culturelles des étudiants en pharmacie, et plus particulièrement les items relatifs à la sensibilisation, aux connaissances et au désir culturel.

Poiriers et collaborateurs (2009) en s'appuyant sur le modèle de Campinha-Bacote, ont vu une augmentation significative des scores globaux de l'IAPCC-SV des étudiants en pharmacie après l'intervention. Les mêmes effets, avec augmentations significatives des scores de connaissances et les habiletés culturelles, sont retrouvés à la suite d'un programme d'échange international des étudiants en soins infirmiers (Kohlbray et collaborateurs, 2016).

Pour évaluer la confiance dans le soin des personnes issues d'une autre culture, les connaissances, le confort dans les aptitudes, et les connaissances des ethnies afro-américaines, hispaniques, asiatiques et les natifs américains, l'échelle d'auto-efficacité culturelle, **Cultural self efficacy Scale (CSES)**⁶³ a été utilisée. Les auteurs ont ainsi pu démontrer que ces immersions des étudiants ont permis d'augmenter significativement leurs compétences culturelles vis-à-vis des hispaniques et des afro américains et d'augmenter ainsi leur confort culturel.

L'outil d'auto-efficacité transculturel, **Transcultural Self-Efficacy Tool (TSET)**⁶⁴, a été conçu pour évaluer la confiance des étudiants dans leurs compétences transculturelles envers diverses populations. Il mesure les dimensions affectives, pratiques et cognitives. Jeffreys et collaborateurs (2012) ont ainsi démontré que les étudiants en soins infirmiers, avait une confiance dans leurs compétences culturelles significativement augmentée après l'apport d'un nouveau programme d'enseignement. Shattell et collaborateurs (2013) en s'intéressant à la stratégie menée pour intégrer des cours de compétences culturelles aux étudiants en soins infirmiers, ont ainsi mis en avant, en utilisant le TSET, que les étudiants en soins infirmiers étaient moins en confiance dans leurs habiletés affectives mais relativement confortables avec les compétences cognitives de soins transculturels.

Pour approfondir leur question, les auteurs ont utilisé un instrument conçu pour évaluer la présence de contenus de formation relatifs à la compétence culturelle rapportés par des étudiants. Le plan d'intégration des compétences culturelles dans le programme, **The Blueprint for Integration of Cultural Competence in the Curriculum (BICCC)**⁶⁵ mesure trois dimensions différentes : le savoir, les compétences et les attitudes. Les étudiants infirmiers sondés percevaient, un déficit dans la théorie des compétences culturelles, mais fournissaient une connaissance partielle des concepts clés de compétence culturelle.

Deux échelles ont permis à Majda et collaborateurs (2021) de montrer que leur programme d'enseignement permettait d'améliorer significativement l'intelligence et les compétences culturelles des étudiants en soins infirmiers. Ces derniers ont été évalués par l'inventaire des compétences cross culturelles, **Cross-Cultural Competence Inventory (CCCI)**⁶⁶ qui mesure la sensibilité/ sensibilisation culturelle, les habiletés culturelles, l'application et l'utilisation des connaissances culturelles en s'intéressant aux dimensions comportementales, émotionnelles et cognitives ; et l'échelle d'intelligence culturelle, **Cultural intelligence scale (CQS)**⁶⁷, qui explore la capacité de travailler dans un environnement culturellement différent du nôtre.

Le questionnaire des cours de compétences culturelle cliniques, **Clinical Cultural Competence Training Questionnaire (CCCTQ)** développée par Krajic et collaborateurs⁶⁸ est une version adaptée du **Clinical Cultural Competence Questionnaire (CCCQ)** conçue initialement par l'université UMDNJ-Robert Wood Johnson Medical School⁶⁹ pour évaluer les connaissances, les aptitudes, les attitudes des médecins pour prodiguer des soins culturellement compétents. Le CCCTQ a permis à Berlin et collaborateur (2010) de mettre en évidence une augmentation significative des items relatifs aux connaissances, habiletés et rencontres culturelles à la suite d'une session d'enseignement de compétences culturelles des

infirmières en pédiatrie. Le CCCQ, utilisé par Xiao et collaborateurs (2020), a mesuré une augmentation des compétences culturelles avec une différence significative dans les habiletés et le confort culturel lorsqu'on compare des professionnels de maison de retraite d'origine étrangère aux locaux.

L'échelle de Caffrey des compétences culturelles dans les soins, **Caffrey Cultural Competence in Healthcare Scale (CCCHS)** créée par Caffrey et collaborateurs (2005)⁷⁰ évalue les niveaux de perception du savoir, de la conscience culturelle, et le niveau de confort avec les compétences culturelles. Elle a été utilisée par Allen et collaborateurs (2013) pour mettre en évidence l'augmentation des compétences culturelles à la suite d'un programme d'échange au Pérou chez les étudiants en santé.

Le développement de cours de compétences culturelles en ligne sur Facebook n'a en revanche pas montré d'effet significatif lorsque Chang et collaborateurs (2017) ont mesuré les compétences culturelles avec l'échelle de compétences culturelles pour les étudiants pré-diplômés et les professionnels, **Cultural Competence Scale for pre graduated student to Licensed Professional (CCS-SP)**. Développée par Chang et collaborateurs (2011)⁷¹ cet outil mesure les connaissances, la sensibilisation, l'auto efficacité et les aptitudes culturelles.

La mise en place de cours didactiques en ligne par Kutob et collaborateurs (2013), n'a pas permis de démontrer de différences significatives des compétences culturelles comparées à un groupe control lorsqu'elles sont mesurées par l'outil d'évaluation des compétences culturelles, **Cultural Competence Assessment Tool (CCAT)**⁷². Ce dernier mesure la sensibilisation culturelle, le raisonnement sans jugement, les connaissances culturelles, la responsabilisation et l'incitation au modèle explicatif de la maladie. Avec des items s'intéressant aux afro-américains, aux hispaniques et aux américains blancs de peau. Seuls les items « incitation au modèle explicatif de la maladie » et « raisonnement sans jugement » se sont avérés légèrement augmentés significativement post intervention.

Enfin, Gallagher et collaborateurs (2015), ont synthétisé dans leur méta analyse, l'ensemble des interventions prodiguées aux étudiants infirmiers et infirmiers. Les outils de mesure communément utilisés sont l'IAPCC, le TSET, le CSES et le CCCHS. Les essais contrôlés montre un effet positif des interventions lorsqu'on mesure avec l'échelle CCCHS et une absence d'effet avec l'IAPCC. Les interventions avant/après quand a elle montre des effets positifs lorsqu'elles sont mesurées avec le IAPCC et le CCCHS.

Deux articles ont cherché à évaluer des enseignements conçus pour améliorer les compétences culturelles des praticiens envers la communauté LGBT.

Wyckoff et collaborateurs (2019), ont cherché à démontrer qu'une présentation sur la terminologie LGBT, la communication et les inégalités de santé dont souffrent les LGBT, permettrait d'améliorer les compétences culturelles des infirmières. Pour cela, ils ont utilisé l'échelle des pratiques pro-homosexuels, **Gay affirmative practice (GAP)**⁷³ qui mesure les comportements des professionnels et leurs représentations. Ils ont pu voir ainsi un effet positif de l'intervention caractérisé par une augmentation significative des scores du GAP après l'intervention. En revanche, le cours n'a pas influencé les représentations des infirmières.

White et collaborateurs (2017), ont développé un enseignement pour les professionnels de santé en prison, qui avait pour but de limiter les discriminations en termes de santé dont souffrent les patients transgenres. Ils ont mesuré l'efficacité de cette intervention en utilisant deux outils. L'outil **Transgenre, Connaissances, Attitudes et Représentations, Transgender, Knowledge, Attitudes and Beliefs (TKAB)**⁷⁴ quantifie les connaissances du professionnel de santé au sujet des individus transgenres (terminologies et définitions), évalue les représentations incluant la stigmatisation des transgenres et la volonté d'interagir avec les transgenre dans des contextes sociaux variés (travail etc...). L'échelle, compétence clinique transgenre, **Transgender Clinical Competence (TCC)**⁷⁴ mesure les connaissances médicales générales et la confirmation du savoir médicale sur le genre. L'intervention a permis d'augmenter significativement les compétences culturelles et cliniques des professionnels de santé vis-à-vis des patients transgenres.

D. Articles inclus et principaux résultats.

Le tableau comparatif des études regroupe l'ensemble des articles sélectionnés pour cette revue systématique de la littérature. On y retrouve le premier auteur, l'année de publication, l'objectif de l'étude, les interventions, les échelles de mesures utilisées, les principaux résultats et les conclusions.

Les tableaux sont rangés selon les outils d'évaluation des compétences culturelles.

TABLEAUX 3 : TABLEAUX COMPARATIFS REGROUPANT L'ENSEMBLE DES ARTICLES SELECTIONNES SUR LECTURE INTEGRALE

Auteurs	Objectifs	Population Cible	Intervention	Minorité D'intérêt	Type d'étude	Jugement principal	Mesures		Résultats	Conclusions / Discussions	
							Pré Test	Post Test			
Brown et al, 2008 ⁷⁵	<p>Évaluer l'impact d'une session d'enseignement sur</p> <p><u>Des compétences interprofessionnelles</u></p> <p>Autoévaluation par un questionnaire « Student Attitudes questionnaire » évaluant les aptitudes interprofessionnelles et le ressenti sur ces évaluations.</p> <p><u>Les compétences culturelles</u></p> <p>Évaluées par l'échelle de mesure IAPCC-R</p>	<p>Étudiants en : Pharmacie Infirmiers Sciences sociales</p> <p>Et autres (non précisé)</p> <p>Recrutés et évalués de 2006 2007</p>	<p>Cours développant les compétences interprofessionnelles</p> <p>Discussions hebdomadaires (Durant 10 semaines) sur des lectures ou de vidéos présentant un cas clinique avec des problématiques culturelles et médicales variées.</p> <p>Évaluations des étudiants entre eux</p> <p>Réflexivité</p> <p>Visite d'une organisation de charité et écrits rendant compte de la réflexivité</p>	Minorités ethniques	Étude interventionnelle quasi expérimentale avant/après	<p><u>Évaluer chez les étudiants en santé :</u></p> <p><u>Critère Principal</u></p> <p>Compétences interprofessionnelles</p> <p><u>Critère secondaire</u></p> <p>Compétences culturelles</p> <p>A la suite d'un cours développant l'inter professionnalité et la culture</p>	IAPCC-R	Oui	Oui	<p><u>Compétences interprofessionnelles</u></p> <p>81 participants</p> <p>Augmentation significative. Entre le pré et le post test dans leur développement de leur aptitudes interprofessionnelles</p> <p><u>Compétences culturelles</u></p> <p>62 participants</p> <p>Augmentations significatives entre le pré et le post test</p> <p>Effet plus marqué pour les étudiants en pharmacie et ceux > 24 ans.</p> <p>Pas de différences pour les étudiants issus de la diversité culturelle</p>	<p>Impact positif des cours sur l'inter professionnalité.</p> <p>Impact positive sur les compétences interculturelles</p> <p><u>Limites :</u></p> <p>Analyses subjectives</p> <p>L'acquisition des compétences culturelles est un processus d'acquisition dynamique qui évolue avec le temps.</p> <p>Difficulté de financement pour poursuivre le développement de ce projet</p>

Auteurs	Objectifs	Population Cible	Intervention	Minorité D'intérêt	Type d'étude	Jugement principal	Mesures		Résultats	Conclusions / Discussions	
							Pré Test	Post Test			
Daugherty et al, 2017 ⁷⁶	Mesurer l'impact de cours en ligne de compétences culturelles chez les étudiants en médecine dentaire en utilisant l'échelle de mesure IAPCC-SV	Étudiants en médecine dentaire N=28	<p>Cours de compétences culturelles en ligne :</p> <p>Informant sur les variétés culturelles, les traditions, les croyances et les coutumes des minorités ethniques</p> <p>3 modules composés chacun d'une pré évaluation, une composante informationnelle, une vidéo et suivi d'un post évaluation.</p> <p>En supplément : ressources, questions, vidéo, des information spécifiques des cultures.</p> <p>Un score de plus de 70% de bonnes réponses aux 3 post évaluations permet la validation des trois modules</p>	Minorités ethniques	Étude interventionnelle quasi expérimentale avant/après	Compétences culturelles chez des étudiants en médecine dentaire après un cours en ligne	IAPCC-SV	Oui	Oui	<p>Le score moyen au Pré test est : 55 +/- 7.5</p> <p>Le score moyen au post test est : 61 +/- 7.8</p> <p>Avec une augmentation significative entre le pré et le post test :</p> <p><u>Dans le score global :</u> (augmentation moyenne de 4.5 p<0.000)</p> <p><u>La connaissance culturelle</u> (Augmentation moyenne de 0.49 p<0.000)</p> <p><u>L'habileté culturelle</u> (Augmentation moyenne de 0.55 p<0.000)</p>	<p>La majorité des étudiants en dentaire considèrent avoir une conscience culturelle sans cours de compétences culturelles.</p> <p>Lié à la trajectoire personnelle des étudiants</p> <p>Après le cours en ligne, ils se disent plus compétent culturellement.</p> <p><u>Limites :</u></p> <p>Difficulté à quantifier le temps passé devant les cours en ligne</p> <p>Faible population</p> <p>Pas de groupe contrôle</p>

Auteurs	Objectifs	Population Cible	Intervention	Minorité D'intérêt	Type d'étude	Jugement principal	Mesures		Résultats	Conclusions / Discussions	
							Pré Test	Post Test			
Delgado et al, 2013⁷⁷	<p>Développer et mettre en place des cours relatifs aux compétences culturelles et mesurer leur impact sur les compétences culturelles des étudiants infirmiers avant le cours, 3 et 6 mois après.</p> <p>Évaluées par l'échelle de mesure IAPCC-R</p>	Étudiants infirmiers N=98	<p>Cours de compétences culturelles (1h) :</p> <p>Objectifs :</p> <p>Identifier comment les croyances en matière de santé se forment</p> <p>Comment les clichés influencent un soin dans un contexte culturel</p> <p>Identifier sa propre culture</p> <p>Donner des exemples d'inégalités de santé</p> <p>Établir pourquoi un professionnel de santé doit être culturellement compétent</p> <p>En utilisation des simulations, présentations et questions, discussions, jeux)</p>	Minorités ethniques	Étude interventionnelle quasi expérimentale avant/après	Évaluer les compétences culturelles chez des étudiants infirmiers à la suite d'une intervention éducative	IAPCC-R	Oui	Oui	<p>91% (n=98) des participants se disent sensibilisés culturellement avant le cours et seulement 9% sont culturellement compétents.</p> <p>A 3mois, 87.5 % des participants se disent conscients culturellement et 12.5% sont compétents culturellement.</p> <p>Contre 89% et 10.6 % compétents à 6 mois</p> <p>Les compétences culturelles diffèrent significativement à chaque évaluation (respectivement p=0.02 et p=0.03)</p> <p>Score les plus faibles sur les questions relatives à la pharmacologie ethnique et les variations biologiques selon les ethnies</p>	<p>Effet significatif de l'enseignement sur les compétences culturelles.</p> <p>Déclin des compétences culturelles à 6 mois suggèrent le maintien des enseignements pour renforcer les compétences culturelles.</p> <p><u>Limites</u></p> <p>Nature subjective de l'échelle de mesure.</p> <p>Nécessité d'inclure au cours des sujets traitant de la pharmacologie ethnique et des variations biologiques.</p>

Auteurs	Objectifs	Population Cible	Intervention	Minorité D'intérêt	Type d'étude	Jugement principal	Mesures		Résultats	Conclusions / Discussions	
							Pré Test	Post Test			
Durand et al, 2012 ⁷⁸	<p>Évaluer l'impact d'un enseignement sur les compétences culturelles des étudiants en pharmacie</p> <p>Évaluée par : L'échelle IAPCC-SV</p> <p>En pré test En post test à 10 semaines</p>	<p>Étudiants en pharmacie n = 12</p>	<p>Programme d'enseignement incluant les thèmes suivants :</p> <p>Caractéristiques culturelles Session d'échange avec des membres issus d'une culture différente Sessions de prise en charge de patients étrangers Présentation orale d'une culture de leur choix</p> <p>Session didactiques et interactives de 3h chaque semaine pendant 10 semaines</p>	<p>Personnes issues de la diversité culturelle et linguistique</p>	<p>Étude interventionnelle quasi expérimentale avant/après</p>	<p>Mesurer les compétences culturelles des étudiants en pharmacie avant et après avoir reçu un cours de compétences culturelles</p>	<p>IAPCC-R</p>	<p>Oui</p>	<p>Oui</p>	<p><u>Score moyen des compétences culturelles</u> Augmentations significatives entre le pré et le post test +10.9 points, p =0.022</p> <p><u>Avec augmentation significative des items :</u> Sensibilisation (p=0.027) Rencontre (p=0.002) Connaissances p=0002) Désir culturel (p=0.01)</p>	<p>Impact positive du programme d'enseignement sur les compétences culturelles des participants.</p> <p><u>Limites</u></p> <p>Faible échantillon</p> <p>Pas de groupe contrôle</p>

Auteurs	Objectifs	Population Cible	Intervention	Minorité D'intérêt	Type d'étude	Jugement principal	Mesures		Résultats	Conclusions / Discussion
							Pré Test	Post Test		
Kardong et al, 2008 ⁷⁹	<p>Comparer l'efficacité de 4 programmes d'enseignement des compétences culturelles chez les étudiants en soins infirmiers</p> <p>En utilisant l'Échelle IAPCC-R Après le programme</p>	Étudiants en soins infirmiers n=218	<p>2 programmes basés sur la théorie de Campinha-Bacote ou de Leininger</p> <p>1 programme de compétence culturelle</p> <p>1 programme facultatif de cours sur la culture</p>	Minorités ethniques	Étude comparative	Compétences culturelles évaluées par l'échelle de mesures IAPCC, après chaque programme délivré aux étudiants en soins infirmiers	IAPCC-R		Pas de différences statistiquement significatives retrouvées entre chaque programme	Il n'existe pas de différence d'acquisition des compétences culturelles quel que soit le type de programme enseigné
							Non	Oui		

Auteurs	Objectifs	Population Cible	Intervention	Minorité D'intérêt	Type d'étude	Jugement principal	Mesures		Résultats	Conclusions / Discussion
							Pré Test	Post Test		
Kohlbray et al, 2016 ⁸⁰	Évaluer l'efficacité d'un voyage en immersion sur les compétences culturelles des étudiants infirmiers Mesurer par IAPCC-SV Et CSES	Étudiants en soins infirmiers n=121	Immersion au Mexique, à Belize, au Lesotho, Vietnam, Jamaïque, République dominicaine, Swaziland et au Ghana Variant de 1 jour à 3 semaines	Minorités ethniques	Étude mixte avant après	Compétences culturelles des étudiants infirmiers mesurés par IAPCC et CSES	IAPCC-SV CSES		Corrélation entre âge des participants et les scores de l'IAPCC et CSES <u>Entre les mesures pré et post intervention</u>	Un programme d'échange international permet d'améliorer les compétences culturelles des étudiants en soins infirmiers
							Non	Oui	Augmentation significative des items connaissances culturelles (p=0.001) et habiletés culturelles (p=0.005) mesurés par IAPCC Augmentation significative des items relatifs aux hispaniques (p=0.05) et afro américains (p=0.002) et au sujet du confort culturel(p=0.00) mesurés par le CSES <u>6 thèmes émergent de l'étude qualitative</u> Connaissances culturelles Aptitudes culturelles Sensibilisation culturelle Sensibilité culturelle Auto-confiance culturelle Identification des barrières culturelles	<u>Limites :</u> Durée de l'immersion variable de 1 jour à 3 semaines On ne connaît pas les expériences initiales des étudiants Le programme d'échange n'est pas décrit

Auteurs	Objectifs	Population Cible	Intervention	Minorité D'intérêt	Type d'étude	Jugement principal	Mesures		Résultats	Conclusions / Discussion
							Pré Test	Post Test		
Poirier et al, 2009⁸¹	<p>Évaluer l'efficacité d'un enseignement de compétences culturelles chez les étudiants en pharmacie</p> <p>Mesurer par IAPCC-SV</p> <p>Avant et après la session de cours</p>	Étudiants en pharmacie n=81	<p>Cours de compétences culturelles basée sur le modèle de Campinha-Bacote</p> <p>Réalisation d'un portfolio par les étudiants à la suite de chaque cours</p>	Minorités ethniques	Étude interventionnelle quasi expérimentale avant/après	Compétences culturelles des étudiants en pharmacie évaluées par IAPCC	IAPCC-SV		<p><u>Avant l'intervention</u> : Les résultats globaux de l'IAPCC montrent que les étudiants sont sensibilisés à la culture 67.2 +/- 6.2</p> <p><u>Après l'intervention</u> : Les résultats globaux de l'IAPCC montrent une augmentation significative 80.2 +/- 8.1 (p<0.001)</p>	Le développement du cours sensibilisant à la diversité culturelle montre bien une augmentation des compétences culturelles chez les étudiants en pharmacie
							Oui	Oui		

Auteurs	Objectifs	Population Cible	Intervention	Minorité D'intérêt	Type d'étude	Jugement principal	Mesures		Résultats	Conclusions / Discussion
							Pré Test	Post Test		
Jeffreys et. al, 2012 ⁸²	<p>Évaluer l'influence de cours de compétence culturelle sur l'auto-efficacité transculturelle culturelle</p> <p>Mesurer par l'échelle</p> <p>TSET</p> <p>Évaluation</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Avant de débiter l'enseignement 2. 4 semestres après 	Étudiants infirmiers Au 1 ^{er} et 4 ^{ème} semestre	<p>Intégration au programme d'enseignement classique :</p> <p>Sessions comprenant</p> <p><u>Un module appelé découverte culturelle (8h) :</u></p> <p>Focus sur la culture, vieillissement, et santé, à travers des cours, des lectures, des vidéos, des rédactions, et des interview...</p> <p><u>Un module appelé intégration des aptitudes :</u></p> <p>Intégration des concepts clé, des aptitudes et des valeurs professionnelles, à travers des conférences, des mises en pratique sur mannequin et en clinique.</p>	Minorités ethniques	<p>Étude de cohorte longitudinale</p> <p>Avant après</p> <p>N= 36</p> <p>Étude transversale</p> <p>N=272</p>	Évaluer les perceptions des étudiants dans leur auto-efficacité culturelle après l'apport de cours de compétences culturelles au programme d'études infirmières	TSET		<p>Entre le 1^{er} et 4^{ème} semestre</p> <p>Étude longitudinale</p> <p>Augmentation significative des scores du TSET ($p < 0.05$) :</p> <p><u>Aspect cognitif</u> Score moyen 6.72 au premier semestre contre 8.21 au semestre quatre</p> <p><u>Mesure Aspect Pratique</u> 7.27 vs 8.07</p> <p><u>Mesure Aspect affectif</u> 8.24 vs 8.86</p> <p>Étude transversale</p> <p>Augmentation significative des scores des mesures cognitives ($p < 0.05$)</p> <p>Le semestre est un prédicteur significatif des différences observées mais pas les facteurs démographiques</p>	<p>La confiance des étudiants dans leurs compétences infirmières transculturelles est influencé par des cours de compétences culturelles</p> <p><u>Limites</u></p> <p>Faible échantillon</p> <p>Biais de sélection (perdu de vu)</p>

Auteurs	Objectifs	Population Cible	Intervention	Minorité D'intérêt	Type d'étude	Jugement principal	Mesures		Résultats	Conclusions / Discussion
							Pré Test	Post Test		
Shattell et. al, 2013 ⁸³	<p>Examiner comment un programme d'année préparatoire en soins infirmiers intègre les concepts et les questions de la culture et des compétences culturelles</p> <p>Évaluées par les outils</p> <p>BICCC</p> <p>TSET</p>	<p>Étudiants N = 111 Et professeurs N= 14</p>	<p>Identification des documents abordant la question culturelle (syllabus et résultats d'apprentissage des élèves, stratégies d'apprentissages et d'enseignements, activités, affectations et contenu des résumés des points importants des cours.)</p> <p>3 groupes de discussion d'étudiants ont été formés et 14 entrevues individuelles des professeurs ont été faites où des questions ont été posées sur la culture, les compétences culturelles dans les soins et la culture dans le programme scolaire.</p>	Minorités ethniques	Étude mixte transversale	Évaluer les compétences culturelles intégrées au programme d'études infirmières	<p>BICCC</p> <p>TSET</p>	<p>Non</p> <p>Oui</p>	<p>L'analyse de 12 syllabus : lien avec les concepts de la compétence culturelle, la majorité (83.33%) dans les objectifs de cours</p> <p><u>Dans les groupes de discussion et les entrevues :</u></p> <p>Absence de débats sur les questions culturelles dans les classes et dans la clinique</p> <p>Un inconfort avec les concepts et questions culturelles.</p> <p><u>Le BICCC :</u></p> <p>Lacunes dans la théorie des compétences culturelles, mais fournissaient une connaissance partielle des concepts clés de compétence culturelle.</p> <p><u>Le TSET :</u></p> <p>Étudiants moins en confiance dans les aptitudes affectives transculturelles, mais confortables avec les compétences cognitives de soins transculturels.</p>	<p>La stratégie utilisée pour intégrer les compétences culturelles dans le programme d'année préparatoire de soins infirmiers reste insuffisante selon les professeurs et des étudiants infirmiers</p> <p>Besoin de modules additionnels incluant les débats et des connaissances culturels</p> <p><u>Limites</u></p> <p>12 plans d'études analysés sans description de leurs contenus.</p>

Auteurs	Objectifs	Population Cible	Intervention	Minorité D'intérêt	Type d'étude	Jugement principal	Mesures		Résultats	Conclusions / Discussion		
							Pré Test	Post Test				
Fell et. al, 2019 ⁸⁴	<p>Évaluer l'efficacité d'un programme d'échange international en Trinité sur les compétences interprofessionnelles et culturelles des étudiants en santé</p> <p>Évaluée par : L'échelle « Interprofessional Education Core Compétencies » (IPECC) qui explore les capacités perçues par les étudiants à travailler avec d'autres professionnels de la santé</p> <p>Et l'échelle de compétences culturelles TSET</p> <p>En pré test avant le voyage En post test le dernier jour du voyage</p>	<p>Étudiants en santé</p> <p>Soins infirmiers n = 5 Médecine n= 3 Assistant médicaux n = 10 Kinésithérapie n= 8 Ergothérapeute n = 2 Audiologie n= 3</p>	<p>Voyage en Trinité de 7 jours Avec soins de la population en collaborant avec d'autres professionnels de la santé</p> <p>Et débriefing en fin de journée</p> <p>Obligation de remplir un journal chaque soir en fin de journée</p>	Population trinitadienne	<p>Étude mixte, modèle parallèle et convergent</p> <p>Avant / après</p>	<p>Mesurer les compétences interprofessionnelles et culturelles des étudiants en santé lors d'un échange international en Trinité</p>	IPECC	Oui	TSET	Oui	<p><u>Résultats qualitatifs</u> : Les thèmes qui sont le plus présents sont :</p> <p><u>Valeurs/éthiques</u> <i>Travail en coopération</i> <i>Développer des relations de confiance</i> <i>Comprendre la diversité culturelle</i></p> <p><u>Rôles/responsabilités</u> <i>Impliquer d'autres professionnels de santé</i> <i>Utiliser un champ élargi de connaissance</i></p> <p><u>Résultats quantitatifs</u> :</p> <p>Augmentation significative des scores du TSET</p> <p>Pas de différence significative pour les scores de l'IPECC</p>	<p>Le programme d'échange permet d'améliorer les compétences culturelles aussi bien dans les valeurs/éthiques que dans les responsabilités</p> <p><u>Limites</u></p> <p>IPECC échelles non validées</p> <p>Expérience interprofessionnelles initiales variable selon les étudiants influencerait les résultats de l'IPECC d'où nécessité d'un bras contrôle.</p> <p>Faible échantillon</p>

Auteurs	Objectifs	Population Cible	Intervention	Minorité D'intérêt	Type d'étude	Jugement principal	Mesures		Résultats	Conclusions	
							Pré Test	Post Test			
Allen et. al, 2013⁸⁵	Tester l'efficacité d'un programme d'échange international au Pérou sur les compétences culturelles mesurées par l'échelle CCCHS	Étudiants : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Infirmiers n= 65, ▪ Pharmacie n=11, ▪ Nutrition n=1 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programme d'échange international avec voyage d'immersion au Pérou. ▪ 5 séminaires sur la culture et le système de santé au Pérou 	Minorités ethniques	Étude interventionnelle quasi expérimentale avant/après	Mesure les compétences culturelles d'étudiants en santé à la suite d'un programme d'échange international	CCCHS	oui	oui	<p>Augmentation statistiquement significative entre le pré et le post test dans 23 des 28 items.</p> <p>81 % des participants ont des scores globaux de compétences culturelles augmentés après l'intervention.</p> <p>6 % : pas de changement</p> <p>13 % réduction des compétences culturelles.</p>	Les programmes d'échanges internationaux permettraient l'amélioration des compétences culturelles des futures soignants et une meilleure approche devant des patients issues de la diversité culturelle

Auteurs	Objectifs	Population Cible	Intervention	Minorité D'intérêt	Type d'étude	Jugement principal	Mesures		Résultats	Conclusions / Discussion
							Pré Test	Post Test		
Kutob et. al, 2013 ⁸⁶	<p>Évaluer les compétences médecins généralistes à prendre en charge des patients diabétiques issus de minorités ethniques suite à un programme de formation continue culturelle en ligne comparés à des médecins n'ayant pas reçu de cours</p> <p>Mesurer par l'échelle</p> <p>CCAT</p>	<p>Médecins généralistes</p> <p>Contrôle : N=41 Intervention : N= 49</p>	<p>Programme de formation continue incluant des cours de compétences culturelles :</p> <p>Basé sur « des patients virtuels »</p> <p>Aptitudes culturelles délivrant au médecin des outils pour explorer la culture de leur patients et leur modèle explicatif de la maladie pour adapter leur prise en charge thérapeutique.</p> <p>Permet de lutter contre les stéréotypes</p> <p>Le patient est la source des connaissances culturelles à acquérir.</p> <p>Comprendre que la médecine est une culture également</p> <p><u>Objectifs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apprendre à : ▪ Questionner sans jugement ▪ Partager sa vision médicale avec le patient ▪ Comparer avec le patient la définition de la maladie ▪ Négocier un traitement 	Minorités ethniques diabétique	Essais contrôlés randomisés à unité de randomisation individuelle	<p>Mesurer l'impact d'un programme de formation continue culturelle sur les compétences des médecins généralistes mesurée par l'échelle CCAT.</p> <p>Jugement secondaire Explorer les items évalués du CCAT pour améliorer les cours de compétences culturelles</p>	<p>CCAT</p> <p>Non</p> <p>Oui</p>	<p>Pas de changement dans le score global du CCAT entre le groupe contrôle et le groupe interventionnel</p> <p>Augmentation significative des scores moyens dans le groupe interventionnel pour les items suivants :</p> <p><u>Absence de jugement</u></p> <p>2.69 Vs 2.38, p =0.02</p> <p><u>Explication du modèle explicatif dans le futur</u></p> <p>3.37 vs 3.11, p= 0.014</p> <p>Scores de la sensibilisation culturelle significativement plus bas dans le groupe interventionnel</p> <p>3.26 vs 3.48, p=0.018</p>	<p>Pas de différences significatives entre le groupe control et le groupe interventionnel dans les scores globaux du CCAT</p> <p>Les médecins après le cours souhaitent avoir des comportements non jugeant vis-à-vis des minorités ethniques</p> <p>Besoin d'améliorer les futures cours dans le domaine des connaissances et de la sensibilisation culturelle</p> <p><u>Limitations :</u></p> <p>Trajectoire personnelle des médecins</p> <p>Pas d'info sur le temps passé devant le cours</p> <p>Pas de pré test</p>	

Auteurs	Objectifs	Population Cible	Intervention	Minorité D'intérêt	Type d'étude	Jugement principal	Mesures		Résultats	Conclusions / Discussion
							Pré Test	Post Test		
Majda et. al, 2021 ⁸⁷	<p>Évaluer l'impact d'un enseignement sur les compétences et l'intelligence culturelles des étudiants en soins infirmiers</p> <p>Évaluée par : Les échelles</p> <p>CCCI</p> <p>CQS</p> <p>En pré test En post test 2 mois à la fin de l'enseignement</p>	Étudiants en soins infirmiers n = 130	<p>Programme d'enseignement sur les thèmes suivants :</p> <p>Connaissances culturelles Aptitudes culturelles Attitudes culturelles</p> <p>10h de groupes de pratique (simulation, jeux de rôles, études de cas, jeux didactiques, et réflexions)</p> <p>10h de conférences</p>	Personnes issues de la diversité culturelle et linguistique	<p>Étude interventionnelle quasi expérimentale avant/après</p> <p>Lors de deux études conduites en 2019 et 2020</p>	Mesurer les compétences et l'intelligence culturelles des étudiants en soins infirmiers après avoir reçu un cours de compétences culturelles	CQS	CCCI	<p><u>Scores moyen de l'intelligence culturelle :</u></p> <p>Augmentations significatives entre le pré et le post test</p> <p><u>Étude 1 (2019)</u> 76 vs 85 p=0.001</p> <p><u>Étude 2 (2020)</u> 79 vs 86 p=0.01</p> <p><u>Scores moyen des compétences culturelles :</u></p> <p>Augmentations non significatives entre le pré et le post test dans les deux études</p>	<p>Impact positif du programme d'enseignement sur les connaissances culturelles et les aptitudes des participants.</p> <p><u>Limites</u></p> <p>Faible échantillon</p> <p>Que des femmes</p> <p>Un seul centre d'étude</p>

Auteurs	Objectifs	Population Cible	Intervention	Minorité D'intérêt	Type d'étude	Jugement principal	Mesures		Résultats	Conclusions / Discussion	
							Pré Test	Post Test			
Berlin et al, 2010 ⁸⁸	Évaluer l'impact d'une session d'enseignement de compétences culturelles basée sur le modèle de Campinha-Bacote. Mesuré par l'échelle suivante : CCCTQ	Infirmières en pédiatrie Groupe contrôle N=27 Groupe interventionnel N=24	Session d'enseignements comprenant : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conférences et groupes de discussion (3 jours) sur : <ol style="list-style-type: none"> 1. Sensibilisation Culturelle 2. Connaissances culturelles 3. Habiletés Culturelles 4. Désir culturel Suivis de : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en pratique clinique (4 semaines) avec mise en situation devant difficultés culturelles ▪ Études de cas avec différents scénarii ▪ Groupes de pratique réflexifs 	Minorités ethniques	Essai contrôlé randomisé	Évaluer les compétences culturelles des infirmiers en pédiatrie à la suite d'une intervention éducative basée sur le modèle de Campinha-Bacote.	CCCTQ	Oui	Oui	<p><u>Entre le groupe contrôle et (n = 27) le groupe interventionnel (n= 24)</u></p> <p>Sensibilisation culturelle :</p> <p>Pas de différence significative entre le pré et le post test</p> <p>Augmentations significatives dans le groupe interventionnel pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Connaissances culturelles (2 sous items) ▪ Habiletés culturelles (6 sous items) ▪ Rencontre Culturelle (1 sous item) <p>Désir culturel :</p> <p>92% des infirmières du groupe interventionnel</p>	<p>Cette session d'enseignement permet l'amélioration des compétences culturelles mesurée par une échelle validée.</p> <p>Le post test est arrivé trop tôt, il faudrait plus de temps pour absorber ce qui a été appris</p> <p><u>Limites :</u></p> <p>Faible échantillon</p> <p>Répartition non définie</p> <p>Pas d'infos sur la randomisation</p>

Auteurs	Objectifs	Population Cible	Intervention	Minorité D'intérêt	Type d'étude	Jugement principal	Mesures		Résultats	Conclusion / Discussion	
							Pré Test	Post Test			
Xiao et. al, 2020 ⁸⁹	<p>Évaluer l'impact d'une formation de compétences culturelles en comparant des professionnels de maison de retraite Australiens à ceux nés à l'étranger</p> <p>Évaluée par : L'échelle CCCQ</p> <p>En pré test En post test à 6 et 12 mois</p>	<p>Professionnels de maison de retraite n = 113 Infirmiers n=36 Aide-soignant n=58 Autres (kiné, maintenance, ménage...) n= 19</p>	<p>Formation incluant 5 modules de 2h composés des lectures et d'autres activités développant les sujets suivants :</p> <p>Introduction du soin culturel La communication culturelle La supervision culturelle Le soin de la démence et la fin de vie dans le contexte culturel</p> <p><u>Mené par une infirmière en utilisant différente méthode d'enseignement</u> Séances de formation continue, staff, coaching en tête à tête, réflexion critique</p>	Personnes issues de la diversité culturelle et linguistique	Étude interventionnelle avant/après et analyse en sous-groupe	<p>Mesurer les compétences culturelles des professionnels de maison de retraite après avoir reçu un cours de compétences culturelles</p> <p>Savoir si ce programme a le même impact entre les professionnels de maison de retraite Australiens et ceux nés à l'étranger</p>	CCCQ	Oui	Oui	<p><u>Score du CCCQ en pré test :</u> Augmentations significatives chez les immigrés pour :</p> <p>Habiletés (p=0.01) Confort (p=0.01) Sensibilisation (p=0.038)</p> <p><u>Effets de l'enseignement chez tous les participants</u> Augmentations significatives de tous les items</p> <p><u>Comparaisons entre locaux et immigrés</u> Augmentations significatives chez les locaux pour les items suivants : Habiletés (+1.28, p=0.02) Confort (+ 0.95, p= 0.01)</p> <p>Augmentation significative pour l'item connaissance de soi (+0.65, p=0.000)</p>	<p>Impact positive du programme d'enseignement sur les compétences culturelles des participants.</p> <p>Effet majoré dans les habiletés et le confort dans le groupe des locaux.</p>

Auteurs	Objectifs	Population Cible	Intervention	Minorité D'intérêt	Type d'étude	Jugement principal	Mesures		Résultats	Conclusions / Discussion	
							Pré Test	Post Test			
Chang et al, 2017 ⁷¹	<p>Développer et mettre en place des cours relatifs aux compétences culturelles en utilisant Facebook</p> <p>Mesurer l'impact de ces cours sur les compétences culturelles des étudiants en santé avant leur diplôme et lors de leur premier travail</p> <p>Évaluées par l'échelle de mesure CCS-SP</p> <p>Évaluation</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Avant de débiter l'enseignement 2. 3 mois après le premier job 3. Et à 12 mois 	<p>Étudiants en : Pharmacie Infirmiers Diététique</p> <p>N= 90 dans le groupe contrôle</p> <p>N= 90 dans le groupe interventionnel</p>	<p>Cours de compétences culturelles en utilisant des ressources vidéo, photographiques, des textes, des enquêtes</p> <p>Ayant pour but de développer :</p> <p>Connaissances Consciences Aptitudes Et la confiance en soi</p>	Minorités ethniques	<p>Pilote test</p> <p>Puis</p> <p>Étude contrôlée randomisée</p>	Compétences culturelles chez des étudiants en santé après avoir suivi un cours en ligne en utilisant la plateforme Facebook	CCS-SP	Oui	Oui	<p><u>Connaissances et aptitudes culturelles :</u> Les scores augmentent entre la première évaluation, la deuxième, et la 3^{ème} évaluation dans les deux groupes</p> <p><u>Aptitudes culturelles :</u></p> <p>Augmentation dans le groupe interventionnel entre la première et la deuxième évaluation puis décroît alors que pour le groupe contrôle l'augmentation se fait lors des 3 évaluations</p> <p><u>La confiance en soi :</u></p> <p>Décroit dans les groupes interventionnels et contrôles</p>	<p>Le développement de cours en ligne en utilisant Facebook n'a pas d'impact sur les compétences culturelles des étudiants en santé</p> <p><u>Limite :</u></p> <p>Impossibilité de s'assurer que les étudiants ont bien suivi les cours sur Facebook</p>

Auteurs	Objectifs	Population Cible	Intervention	Minorité D'intérêt	Type d'étude	Jugement principal	Mesures		Résultats	Conclusions / Discussion
							Pré Test	Post Test		
Gallagher et. al, 2015 ⁹⁰	Synthétiser l'ensemble des interventions développées pour augmenter les compétences culturelles des infirmiers et des étudiants en soins infirmiers	Infirmiers et étudiants en soins infirmiers	Recherche dans PubMed, Science Direct, PsycINFO, ProQuest en janvier 2013 Inclusion des études de cohortes, des études pré post test et des études avec groupes contrôles	Minorités ethniques	Méta-analyse	Compétences culturelles évaluées par les échelles de mesures IAPCC, TSET, CSES, CCCHS Lors d'interventions susceptibles d'augmenter les compétences culturelles			<p><u>25 études incluses :</u></p> <p><u>Les interventions sont :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Séminaires suivis d'une discussion 2) Immersions et simulations 3) Scénarii <p><u>Risques de biais :</u></p> <p>7 études ne décrivent pas l'assignation</p> <p>50% ne décrivent pas la répartition des groupes</p> <p>10 études en ouvert</p> <p><u>Études avec groupes contrôles</u> utilisant IAPCC montrent des effets négatifs des cours</p> <p><u>Celles utilisant CCCHS</u> montre un effet positif</p> <p><u>Études avant/après</u> Effet positif avec IAPCC et CCCHS</p> <p><u>Effets majorés</u> avec les étudiants infirmiers</p>	<p>Effet potentiel des cours de compétences culturelles.</p> <p>La synthèse des études pré test post test montre un effet significatif modéré sur les compétences culturelles.</p> <p>Les études avec groupes contrôles montre des effets plus importants pour les étudiants en soins infirmiers</p> <p><u>Limites :</u></p> <p>Les essais contrôlés randomisés (gold standard) manquent de rigueur méthodologique en termes de descriptions de la procédure, des pratiques et des éventuels problèmes.</p>

Auteurs	Objectifs	Population Cible	Intervention	Minorité D'intérêt	Type d'étude	Jugement principal / secondaire	Mesures		Résultats	Conclusions / Discussion
							Pré Test	Post Test		
White et al, 2017 ⁹¹	<p>Développer et adapter une formation dans le but d'améliorer les compétences culturelles au sujet des transgenres chez les professionnels de santé de prisons.</p> <p>Compétences culturelles évaluées par le TKAB</p> <p>Les compétences cliniques évaluées par le TCC</p> <p>A T0 avant évaluation</p> <p>A T1 immédiatement après intervention</p> <p>A T2 3 mois après intervention</p>	<p>Professionnels de santé de prison cis genres : (médecin généralistes, infirmiers, conseillers, administratifs, travailleurs sociaux, psychiatres)</p> <p>N=34</p>	<p>Formation de 4 modules explorant :</p> <p>Les connaissances nécessaires pour la santé des transgenres</p> <p>L'attitude des soignants vis-à-vis des transgenres</p> <p>Les aptitudes à prendre en charge des patients transgenres</p> <p>Intervention de 90 minutes avec des modules de 15 minutes accès essentiellement sur des discussions</p>	Minorités transgenres en prison	Étude longitudinale mixte, pré post	<p><u>Critère de jugement principal</u> :</p> <p>Évaluer la volonté de prodiguer des soins aux patients transgenres après le programme d'enseignement</p> <p><u>Jugement secondaire</u></p> <p>Mesurer les compétences culturelles, les compétences cliniques, l'auto-efficacité, les normes subjectives, vis-à-vis des patients transgenres après le programme d'enseignement</p> <p>Acceptabilité et fiabilité de l'intervention</p>	<p>TKAB</p> <p>TCC</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p><u>Volonté de prodiguer des soins aux patients transgenres</u> :</p> <p>Augmentation significative entre T0 et T1 ($\beta = 0.38$; $p < 0.0010$)</p> <p>Et entre T0 et T2 ($\beta = 0.36$; $p < 0.001$)</p> <p><u>Compétence culturelle moyenne</u> :</p> <p>Augmentation significative entre T0 et T1 ($\beta = 2.21$; $p = 0.03$)</p> <p>Entre T0 et T2 ($\beta = 3.66$; $p = 0.01$)</p> <p><u>Compétence clinique moyenne</u></p> <p>Augmentation significative entre T0 et T2 ($\beta = 2.28$; $p < 0.001$)</p> <p><u>Faisabilité et acceptabilité</u></p> <p>A T2 67.9 % des professionnels rapportent avoir soigné un patient transgenre après l'intervention</p> <p>Les professionnels de santé trouvent les cours fortement acceptables, le format approprié, les connaissances bénéfiques (97 %), une amélioration des aptitudes (41%), 100% recommanderaient ces cours</p>	<p>Ce nouveau programme de cours permettrait d'améliorer les compétences culturelles et cliniques vis-à-vis des patients transgenres</p> <p><u>Limites</u> :</p> <p>Biais de sélection</p> <p>Faible échantillon</p> <p>Pas de groupe contrôle</p>	

Auteurs	Objectifs	Population Cible	Intervention	Minorité D'intérêt	Type d'étude	Jugement principal	Mesures		Résultats	Conclusions / Discussion
							Pré Test	Post Test		
Wyckoff et al, 2019 ⁹²	Évaluer l'impact d'une formation concernant les compétences à la culture LGBT chez les infirmières Évaluée par : L'échelle GAP	Infirmières n = 30	Un groupe de 30 infirmières ont reçu une formation de 45 minutes présentant la terminologie LGBT, les inégalités de santé chez les LGBT et de la communication efficiente avec un patient LGBT. Présentation de 34 diapositives	LGBT	Étude interventionnelle quasi expérimentale avant/après	Mesurer les compétences culturelles relatives aux LGBT après une formation à la culture LGBT	GAP scale		<u>Scores du GAP :</u> Augmentés significativement entre le pré et le post test. 111 vs 124 (p<0.05)	La formation à la culture LGBT améliore les compétences culturelles des infirmières <u>Limites :</u> Faible échantillon Outil destiné aux patients homosexuels pas aux transgenres et bisexuels.
							Oui	Oui	<u>Items des représentations :</u> 64 vs 66 p>0.05 Pas de différence significative <u>Items du comportement :</u> 47 vs 58 (p<0.05) Différence significative	

IV. Discussion

A l'issue de cette revue systématique de la littérature, nous avons décrit les programmes de formation à la compétence culturelle existants ainsi que les échelles validées utilisées.

A. Méthodologie : forces et limites

La réalisation de cette revue systématique de la littérature a été difficile d'un point de vue méthodologique car le sujet est très vaste. La transversalité du thème de recherche où les champs médicaux, sociologiques et anthropologiques s'entrecroisent, a complexifié la recherche bibliographique. L'élaboration de notre équation de recherche, nous a permis d'être le plus sensible possible, puis lors de la lecture intégrale des articles, la spécificité a été recherché.

1. Forces

Le caractère systématique de cette étude et la reproductibilité de notre protocole sont une force indéniable.

Le caractère transversal et l'originalité de notre étude met en avant une problématique d'une grande importance dans la pratique de la médecine. La diversité des bases de données consultées a permis un champ d'exploration plus large.

Nous nous sommes intéressés à une population cible, celle des professionnels de santé en incluant les étudiants. Nous avons tenté de dresser une liste exhaustive de toutes les formes d'enseignements des compétences culturelles dédiés aux acteurs de la santé. A cela, nous avons ajouté une dimension supplémentaire, celle de l'évaluation de ces enseignements par des outils connus et validés. Comme la thématique des compétences culturelles ne s'applique pas qu'à une seule minorité, nous nous sommes intéressés aux enseignements consacrés aux minorités ethniques et minorités sexuelles. La pauvreté, l'alcoolisme, le genre ont également retenu notre attention mais aucun article n'a été sélectionné selon nos critères d'inclusions.

2. Limites

Peu d'études sont à haut niveau de preuves. Les essais contrôlés randomisés qui sont le *gold standard* des évaluations des programmes sont sous représentés et présentent des lacunes méthodologiques modulant la validité interne des études. De plus, les échantillons faibles avec

parfois l'absence des tableaux comparatifs des populations étudiées, rendent impossible la généralisation à la population cible.

La majorité des articles inclus (treize articles) sont des études avant/après intervention. Ce type d'étude ne permet pas de confirmer un lien entre les modifications observées et l'intervention. Cela permet à minima de montrer l'évolution d'une pratique. En effet, lorsque l'on met en place une intervention destinée à modifier les compétences des soignants il apparaît intuitif d'explorer l'état de ces compétences avant et après la mise en place de l'intervention, et de conclure à son efficacité si les compétences se sont améliorées entre les deux mesures. Or, il est impossible, d'attribuer les variations observées à l'intervention en raison de prédispositions à l'amélioration inconnues ou l'existence de facteurs de confusion. En sommes, les études avant/après, souvent réalisées, ne devraient donc pas être utilisées pour évaluer l'impact d'une intervention.

Dans ce travail, l'étape de la sélection des articles et des résumés a été réalisée en binôme, mais seul l'auteur a analysé les articles. Nous n'avons pas pu respecter cette règle et l'interprétation des résultats reste donc subjective.

B. Les interventions et leur évaluation

La notion de compétence culturelle est complexe et requiert de la part du soignant d'acquérir une combinaison de connaissances, d'attitudes et d'aptitudes tout au long de sa vie professionnelle. C'est dans ce but ultime que la majorité des auteurs ont tenté de développer et de mettre en place des enseignements. La plupart ont montré un effet positif sur les étudiants ou professionnels de santé. L'analyse des études avant/après a permis de mettre en avant l'impact positif des enseignements de compétences culturelles. Les trois essais contrôlés randomisés ont affiché quant à eux, des résultats négatifs pour deux d'entre eux ou des effets critiquables du fait de la pauvre qualité méthodologique.

On constate ainsi une diversité des méthodes d'enseignements avec généralement des effets positifs. Plusieurs modèles servent à guider la pratique de soins culturellement appropriés^{60,93,94} et servent aussi d'outils pour orienter les enseignants dans l'intégration des contenus dans les programmes de formation. Certains auteurs ont utilisé un format « classique » avec des conférences et des présentations, d'autres ont insisté sur les simulations et les mises en situation avec à chaque fois un effet positif sur les compétences culturelles. Ces dernières stratégies se sont révélées efficaces pour améliorer les compétences culturelles selon certaines études⁹⁵⁻⁹⁷. Il est néanmoins impossible de mettre en exergue une méthode plus qu'une autre. Kardong et collaborateurs (2008) ont ainsi montré qu'il n'existait pas de différence d'acquisition des compétences culturelles quel que soit le type de programme enseigné.

Les voyages en immersion apparaissent également prometteurs avec des effets positifs sur les compétences culturelles des soignants. Plusieurs études démontrent la pertinence de la participation à un stage clinique à l'international comme moyen de développement de la compétence culturelle⁹⁸⁻¹⁰⁰. À travers le stage à l'international, par leurs interactions, les étudiants développent leur ouverture face à la diversité. Seuls les enseignements en ligne, n'ont pas montré d'effet ou des effets modestes observés ce qui pourraient être imputables à l'incapacité des auteurs à contrôler le temps passé devant les cours.

La totalité des études retenues, utilisent des échelles d'autoévaluation pour mesurer l'effet des enseignements. Or, il est admis que ces échelles sont pourvoyeuses de biais et notamment le biais de désirabilité sociale¹⁰¹. De plus de nombreuses études, ont montré que les résultats mesurés par autoévaluation ne correspondait pas à ce qui était observé par les investigateurs¹⁰². Ce type d'évaluation exclu également la trajectoire personnelle correspondant à l'expérience personnelle des participants. Cette dernière influence le développement de la compétence culturelle¹⁰³. Cela interroge sur la manière d'évaluer les compétences culturelles. Il faudrait en outre réfléchir à combiner ce type d'évaluation à des mesures objectives d'observations des participants. Il paraîtrait également judicieux de s'intéresser à des critères de santé mesurables des patients pour évaluer le bénéfice d'un cours de compétences culturelles¹⁰⁴.

Par conséquent, cette étude suggère un effet positif des enseignements mais leur haut degré d'hétérogénéités dans les méthodes, dans le mode de délivrance, dans la durée, et dans l'évaluation rend impossible de conclure à un lien de cause à effet entre les interventions et les effets mesurés.

C. Les professionnels de santé : les médecins généralistes peu représentés

La majorité des articles passés en revue, s'intéressent aux étudiants en soins infirmiers, suivis des infirmiers puis des étudiants en pharmacie. Les étudiants en médecine et les médecins généralistes pour leur part, sont sous représentés.

Avant que les médecins généralistes ne se saisissent de la problématique, le concept de la compétence culturelle en sciences infirmières est apparu très tôt en 1966, avec Madeleine Leininger infirmière de formation et anthropologue¹⁰⁵. Le peu d'études retrouvées concernant les médecins généralistes, présentaient un manque de rigueur méthodologique et des instruments de mesures non validés¹⁰⁶⁻¹⁰⁸. Bien qu'il est formellement admis qu'une formation

aux compétences culturelles améliorerait les pratiques des médecins généralistes, peu d'études bien menées s'adressent à cette spécialité¹⁰⁹. Un manque de connaissances ou de savoir-faire dans les consultations interculturelles limiterait la motivation et le stress à engager ce type de consultation^{110,111}.

Pour certains médecins, il n'y a pas lieu de s'adapter à la diversité ethnique²⁴. Selon cette étude, il incomberait au patient de s'adapter selon ses préférences culturelles. Fort heureusement, cette étude ne représente pas la règle, et à contrario il existe une réelle demande des médecins généralistes souhaitant davantage de formations pour améliorer leurs compétences culturelles. Et notamment des formations sur les pathologies spécifiques d'une culture, sur les différentes représentations de la maladie et la composante culturelle du soin^{112,113}.

Au final, cette revue systématique en s'appuyant sur les études destinées aux autres professionnels de santé, pourrait servir de socle sur lequel seront élaborés les futurs enseignements de compétences culturelles aux médecins généralistes. Largement développée en médecine générale, la démarche centrée patient s'appuie sur une relation de partenariat avec le patient, ses proches, et le professionnel de santé dans le but de construire ensemble un plan de soins¹¹⁴. Cette approche pourrait représenter une piste intéressante pour y intégrer les compétences culturelles¹¹⁵.

D. Les minorités visées : un champ à élargir

Cette revue systématique nous apporte des éléments de réflexion sur l'apport des compétences culturelles pour le bien des malades quelle que soit leur culture. Nous nous sommes ici intéressés principalement aux minorités ethniques et minorités sexuelles. Or la culture est un processus relationnel qui va au-delà des frontières de l'ethnicité et notamment on peut y inclure l'âge, le genre, l'orientation sexuelle ou le statut socioéconomique. Il existe des inégalités de santé liées au genre¹¹⁶, à l'orientation sexuelle comme nous l'avons vu auparavant et à la pauvreté¹¹⁷. De nombreux travaux se sont intéressés aux développements des compétences vis-à-vis des minorités sexuelles¹¹⁸, mais peu s'intéressent à la pauvreté^{119,120} ou au genre. Ainsi notre étude est une base de travail intéressante qui permettra d'élargir la portée des compétences culturelles à ces différents domaines, permettant ainsi aux soignants de lutter contre les inégalités de santé.

V. Conclusion

A l'heure des restrictions budgétaires, au moment où la crise de la COVID-19 touche préférentiellement les territoires les plus pauvres de notre pays¹²¹, il paraissait important de se questionner sur le rôle des soignants pour alléger les inégalités de santé sociales.

Une des pistes que nous avons retenue est celle des compétences culturelles. A travers cet article nous nous sommes questionnés sur la méthode adaptée pour améliorer les compétences culturelles des acteurs de la santé. Cette revue systématique de la littérature expose différentes modalités d'acquisition de la compétence culturelle.

Bien que mitigés sur le plan méthodologique, les résultats nous apportent des éléments probants sur l'impact de ces enseignements. Une réflexion est de mise sur la généralisation de ces interventions au profit des médecins généralistes et des étudiants en médecine. Cela passera de surcroît par une amélioration des instruments de mesures avec l'évaluation de critères objectifs, par l'appréciation de la santé des patients et par l'intégration des compétences culturelles dans l'apprentissage du modèle centré sur le patient.

VI. REFERENCES

1. Les inégalités sociales et territoriales de santé. Accessed August 19, 2021. <https://www.santepubliquefrance.fr/les-inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante>
2. Trugeon A, Ducamp A, Michelot F. Mesurer les inégalités socio-sanitaires. *Villes en Parallèle*. 2010;44(1):176-193. doi:10.3406/vilpa.2010.1480
3. La première étude sur la mortalité des descendants d'immigrés de deuxième génération en France révèle une importante surmortalité chez les hommes d'origine nord-africaine. Ined - Institut national d'études démographiques. Accessed August 28, 2021. <https://www.ined.fr/fr/actualites/presse/la-premiere-etude-sur-la-mortalite-des-descendants-dimmigres-de-deuxieme-generation-en-france-revele-une-importante-surmortalite-chez-les-hommes-dorigine-nord-africaine/>
4. Tavernier J-L, Goin A, Demaison C, Grivet L, Lesdos C, Maury-Duprey D. Directeur de la publication. :336.
5. Alla F. 3. *Les déterminants de la santé*. Lavoisier; 2016. Accessed August 28, 2021. <http://www.cairn.info/traite-de-sante-publique--9782257206794-page-15.htm>
6. La santé de l'homme N°397 Septembre - Octobre 2008. :3.
7. Dernières nouvelles de la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé – 29 mai 2021. Accessed August 28, 2021. <https://www.who.int/fr/news/item/29-05-2021-update-from-the-seventy-fourth-world-health-assembly-29-may-2021>
8. INPES - ISS: Qu'est-ce qui détermine notre état de santé ? :4.
9. Population de migrants internationaux. Portail sur les données migratoires. Accessed August 28, 2021. <http://www.migrationdataportal.org/fr/themes/population-de-migrants-internationaux>
10. Mémos-histoire-des-migrations_FR_final-1.pdf. Accessed August 28, 2021. https://www.encyclopedie-des-migrants.eu/wp-content/uploads/Me%CC%81mos-histoire-des-migrations_FR_final-1.pdf
11. guide_comede1.pdf. Accessed August 28, 2021. https://www.lacimade.org/wp-content/uploads/2007/11/guide_comede1.pdf
12. Rubalcava LN, Teruel GM, Thomas D, Goldman N. The Healthy Migrant Effect: New Findings From the Mexican Family Life Survey. *Am J Public Health*. 2008;98(1):78-84. doi:10.2105/AJPH.2006.098418
13. Salmon bias effect as hypothesis of the lower mortality rates among immigrants in Italy | Scientific Reports. Accessed August 29, 2021. <https://www.nature.com/articles/s41598-021-87522-2>
14. Biddle N, Kennedy S, McDonald JT. Health Assimilation Patterns Amongst Australian Immigrants*. *Economic Record*. 2007;83(260):16-30. doi:10.1111/j.1475-4932.2007.00373.x
15. Bos V, Kunst AE, Garssen J, Mackenbach JP. Duration of residence was not consistently related to immigrant mortality. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2007;60(6):585-592. doi:10.1016/j.jclinepi.2006.08.010
16. Uretsky MC, Mathiesen SG. The Effects of Years Lived in the United States on the General Health Status of California's Foreign-Born Populations. *J Immigrant Health*. 2007;9(2):125-136. doi:10.1007/s10903-006-9017-7
17. Dirty, degrading and dangerous. Amnesty International. Accessed August 29, 2021. <https://www.amnesty.org/en/wp-content/uploads/2021/08/act300272005en.pdf>

18. Bruce Newbold K, Danforth J. Health status and Canada's immigrant population. *Social Science & Medicine*. 2003;57(10):1981-1995. doi:10.1016/S0277-9536(03)00064-9
19. Antecol H, Bedard K. Unhealthy assimilation: Why do immigrants converge to American health status levels? *Demography*. 2006;43(2):337-360. doi:10.1353/dem.2006.0011
20. Singh GK, Miller BA. Health, Life Expectancy, and Mortality Patterns Among Immigrant Populations in the United States. *Can J Public Health*. 2004;95(3):114-121. doi:10.1007/BF03403660
21. Schaller M, Neuberg SL. Chapter one - Danger, Disease, and the Nature of Prejudice(s). In: Olson JM, Zanna MP, eds. *Advances in Experimental Social Psychology*. Vol 46. Academic Press; 2012:1-54. doi:10.1016/B978-0-12-394281-4.00001-5
22. Balsa AI, McGuire TG. Prejudice, clinical uncertainty and stereotyping as sources of health disparities. *Journal of Health Economics*. 2003;22(1):89-116. doi:10.1016/S0167-6296(02)00098-X
23. Mathur VA, Richeson JA, Paice JA, Muzyka M, Chiao JY. Racial Bias in Pain Perception and Response: Experimental Examination of Automatic and Deliberate Processes. *The Journal of Pain*. 2014;15(5):476-484. doi:10.1016/j.jpain.2014.01.488
24. Dauvrin M, Lorant V. Adaptation of health care for migrants: whose responsibility? *BMC Health Serv Res*. 2014;14:294. doi:10.1186/1472-6963-14-294
25. dt168_teo.fr.pdf. Accessed August 29, 2021. https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19558/dt168_teo.fr.pdf
26. Trajectoires et Origines 2. Ined - Institut national d'études démographiques. Accessed August 29, 2021. <https://teo.site.ined.fr/>
27. Thème: La communauté LGBT+ en France. Statista. Accessed August 29, 2021. <https://fr.statista.com/themes/5716/la-communaute-lgbt-en-france/>
28. Le suicide, une conséquence avérée de l'homophobie et de la transphobie. SOS homophobie. Accessed August 29, 2021. <https://www.sos-homophobie.org/nos-articles/le-suicide-une-consequence-averree-de-lhomophobie-et-de-la-transphobie>
29. La perception des discriminations dans l'emploi. :35.
30. Liv G. Panorama de la société 2019 : les indicateurs sociaux de l'OCDE. Published online 2019:59.
31. Stigmatisation des minorités sexuelles : un déterminant clef de leur état de santé (Journée internationale de lutte contre l'homophobie, la transphobie et la biphobie, 17 mai) / Stigma of sexual minorities: A key determinant of their health status (International Day Against Homophobia, Transphobia and Biphobia, 17 May). :35.
32. SPF. Enquête Presse Gay 2004. Accessed August 29, 2021. <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/enquete-presse-gay-2004>
33. Lydié N. Ampleur et impact sur la santé des discriminations et violences vécues par les personnes lesbiennes, gays, bisexuel-le-s et trans (LGBT) en France. Un état des lieux à partir des données françaises. :13.
34. SPF. Bulletin de santé publique VIH-IST. Décembre 2020. Accessed September 22, 2021. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-ist.-decembre-2020>
35. Thibaut-Jedrzejewski.pdf. Accessed August 29, 2021. <https://www.paris2018.com/wp-content/uploads/2017/01/Thibaut-Jedrzejewski.pdf>

36. 2018LILUM333.pdf. Accessed August 29, 2021. https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2018/2018LILUM333.pdf
37. Schouten BC, Meeuwesen L. Cultural differences in medical communication: a review of the literature. *Patient Educ Couns*. 2006;64(1-3):21-34. doi:10.1016/j.pec.2005.11.014
38. Godelier M. *Maladie et santé selon les sociétés et les cultures*. Presses Universitaires de France; 2011. Accessed August 30, 2021. <http://www.cairn.info/maladie-et-sante-selon-les-societes-et-les-culture--9782130577256-page-11.htm>
39. Passeron J-C. *Consommation et réception de la culture*. Presses de Sciences Po; 2003. Accessed August 31, 2021. <http://www.cairn.info/les-publics-de-la-culture-politiques-publiques--9782724609212-page-361.htm>
40. Kroeber AL, Kluckhohn C. Culture: a critical review of concepts and definitions. *Papers Peabody Museum of Archaeology & Ethnology, Harvard University*. 1952;47(1):viii, 223-viii, 223.
41. Guy J-M. Les représentations de la culture dans la population française. *Culture etudes*. 2016;n° 1(1):1-16.
42. bâbord! RÀ. Une approche anthropologique - Revue À bâbord! Accessed August 31, 2021. <https://www.ababord.org/Une-approche-anthropologique>
43. Espagne M. La question des imbrications culturelles chez Franz Boas. *Revue germanique internationale*. 2002;(17):147-160. doi:10.4000/rji.892
44. Kilani M. Chapitre 17 - La pensée évolutionniste en anthropologie. *U*. 2012;2e ed.:230-234.
45. Sumner WG. *Folkways, a Study of the Sociological Importance of Usages, Manners, Customs, Mores, and Morals*. Boston, Ginn; 1906. Accessed August 31, 2021. <http://archive.org/details/folkwaysstudyofs00sumnuoft>
46. Vinsonneau G. Le développement des notions de culture et d'identité : un itinéraire ambigu. *Carrefours de l'éducation*. 2002;n° 14(2):2-20.
47. médicales F des maisons. Université Ouverte en Santé. Fédération des maisons médicales. Accessed September 22, 2021. <https://www.maisonmedicale.org/-Universite-Ouverte-en-Sante-.html>
48. Marinker M. Why make people patients? *J Med Ethics*. 1975;1(2):81-84.
49. Gontier T. Le corps humain est-il une machine ? *Revue philosophique de la France et de l'étranger*. 2001;Tome 126(1):27-53.
50. Société Française. Sociologie et anthropologie. quels apports pour la médecine générale DOCUMENTS DE RECHERCHES EN MÉDECINE GÉNÉRALE - PDF Free Download. Accessed September 2, 2021. <https://docplayer.fr/12915920-Societe-francaise-sociologie-et-anthropologie-quels-apports-pour-la-medecine-generale-documents-de-recherches-en-medecine-generale.html>
51. Sicot F, Touhami S. Des dispositifs de soin spécifiques pour les patients d'origine étrangère ? *Empan*. 2015;n° 98(2):101-108.
52. Deau DX. PRATIQUE MEDICALE ET IDENTITE CULTURELLE. :66.
53. Rocque R, Leanza Y. A Systematic Review of Patients' Experiences in Communicating with Primary Care Physicians: Intercultural Encounters and a Balance between Vulnerability and Integrity. *PLoS One*. 2015;10(10):e0139577. doi:10.1371/journal.pone.0139577
54. Flakerud JH. CULTURAL COMPETENCE: WHAT IS IT? *null*. 2007;28(1):121-123. doi:10.1080/01612840600998154

55. Bennett MJ. A developmental approach to training for intercultural sensitivity. *International Journal of Intercultural Relations*. 1986;10(2):179-196. doi:10.1016/0147-1767(86)90005-2
56. milton_bennett_ethnorelative.pdf. Accessed September 2, 2021. https://axecoaching.com/pdf/milton_bennett_ethnorelative.pdf
57. Coutu-Wakulczyk G. Pour des soins culturellement compétents: le modèle transculturel de Purnell. *Rech Soins Infirm*. 2003;(72):34-47.
58. Figure 1 : modèle transculturel de Purnell (2003). ResearchGate. Accessed September 2, 2021. https://www.researchgate.net/figure/modele-transculturel-de-Purnell-2003_fig1_303075182
59. Madeleine Leininger: Transcultural Nursing Theory. Nurseslabs. Published September 10, 2019. Accessed September 2, 2021. <https://nurseslabs.com/madeleine-leininger-transcultural-nursing-theory/>
60. Campinha-Bacote J. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: a model of care. *J Transcult Nurs*. 2002;13(3):181-184; discussion 200-201. doi:10.1177/10459602013003003
61. Abrishami D. The Need for Cultural Competency in Health Care. *Radiol Technol*. 2018;89(5):441-448.
62. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *BMJ*. 2009;339(jul21 1):b2700-b2700. doi:10.1136/bmj.b2700
63. Bernal H, Froman R. Influences on the cultural self-efficacy of community health nurses. *J Transcult Nurs*. 1993;4(2):24-31. doi:10.1177/104365969300400205
64. Jeffreys MR. Development and psychometric evaluation of the transcultural self-efficacy tool: a synthesis of findings. *J Transcult Nurs*. 2000;11(2):127-136. doi:10.1177/104365960001100207
65. Tulman L, Watts RJ. Development and testing of the Blueprint for Integration of Cultural Competence in the Curriculum Questionnaire. *J Prof Nurs*. 2008;24(3):161-166. doi:10.1016/j.profnurs.2008.01.006
66. Thornson CA, Ross KA, Fritzsche B. Development and Validation of the Cross-Cultural Competence Inventory. Published online 2011. doi:10.1037/e692562011-001
67. Barzykowski K, Majda A, Szkup M, Przyłęcki P. The Polish version of the Cultural Intelligence Scale: Assessment of its reliability and validity among healthcare professionals and medical faculty students. *PLoS ONE*. 2019;14(11). doi:10.1371/journal.pone.0225240
68. Krajic K, Straßmayr C, Trummer U, Novak-Zezula S, Pelikan J. Improving ethnocultural competence of hospital staff by training: experiences from the European “Migrant-friendly Hospitals” project. *Diversity in Health and Social Care*. 2005;2:279-290.
69. Like R. Demographic Characteristics. :7.
70. Caffrey RA, Neander W, Markle D, Stewart B. Improving the cultural competence of nursing students: results of integrating cultural content in the curriculum and an international immersion experience. *J Nurs Educ*. 2005;44(5):234-240. doi:10.3928/01484834-20050501-06
71. Chang L-C, Guo JL, Lin H-L. Cultural competence education for health professionals from pre-graduation to licensure delivered using facebook: Twelve-month follow-up on a randomized control trial. *Nurse Educ Today*. 2017;59:94-100. doi:10.1016/j.nedt.2017.09.005
72. Kutob RM, Senf JH, Harris JM. Teaching Culturally Effective Diabetes Care: Results of a Randomized Controlled Trial. *Family Medicine*. 41(3):8.

73. Crisp C. The Gay Affirmative Practice Scale (GAP): a new measure for assessing cultural competence with gay and lesbian clients. *Soc Work*. 2006;51(2):115-126. doi:10.1093/sw/51.2.115
74. Hughto JW, Clark K, Pachankis J. Correlates of Transgender Cultural and Clinical Competency among Healthcare Providers in Massachusetts. In: APHA; 2017. Accessed September 15, 2021. <https://apha.confex.com/apha/2017/meetingapp.cgi/Paper/381005>
75. Brown B, Warren NS, Brehm B, et al. The design and evaluation of an interprofessional elective course with a cultural competence component. *J Allied Health*. 2008;37(4):e316-337.
76. Daugherty HN, Kearney RC. Measuring the Impact of Cultural Competence Training for Dental Hygiene Students. *J Dent Hyg*. 2017;91(5):48-54.
77. Delgado DA, Ness S, Ferguson K, Engstrom PL, Gannon TM, Gillett C. Cultural competence training for clinical staff: measuring the effect of a one-hour class on cultural competence. *J Transcult Nurs*. 2013;24(2):204-213. doi:10.1177/1043659612472059
78. Durand C, Abel C, Silva M, Desilets A. An elective course in cultural competence. *Currents Pharm Teach Learn*. 2012;4(2):102-108. doi:10.1016/j.cptl.2012.01.002
79. Kardong-Edgren S, Campinha-Bacote J. Cultural competency of graduating US Bachelor of Science nursing students. *Contemporary Nurse*. 2008;28(1-2):37-44. doi:10.5172/conu.673.28.1-2.37
80. Kohlbry PW. The Impact of International Service-Learning on Nursing Students' Cultural Competency. *Journal of Nursing Scholarship*. 2016;48(3):303-311. doi:10.1111/jnu.12209
81. Poirier TI, Butler LM, Devraj R, Gupchup GV, Santanello C, Lynch JC. A Cultural Competency Course for Pharmacy Students. *Am J Pharm Educ*. 2009;73(5):81.
82. Jeffreys MR, Dogan E. Evaluating the influence of cultural competence education on students' transcultural self-efficacy perceptions. *J Transcult Nurs*. 2012;23(2):188-197. doi:10.1177/1043659611423836
83. Shattell MM, Nemitz EA, Crosson N, et al. Culturally competent practice in a pre-licensure baccalaureate nursing program in the United States: a mixed-methods study. *Nurs Educ Perspect*. 2013;34(6):383-389. doi:10.5480/11-574.1
84. Fell DW, Kennedy E, Day JM. Mixed methods study: a one-week international service project enhances healthcare competencies. *Journal of Interprofessional Care*. 2019;33(5):437-445. doi:10.1080/13561820.2018.1544547
85. Allen CB, Smart DA, Odom-Maryon T, Swain D. The value of community-focused interprofessional care in peru for developing cultural competency in health professions students. *Int J Nurs Educ Scholarsh*. 2013;10. doi:10.1515/ijnes-2012-0014
86. Kutob RM, Bormanis J, Crago M, Harris JMJ, Senf J, Shisslak CM. Cultural competence education for practicing physicians: lessons in cultural humility, nonjudgmental behaviors, and health beliefs elicitation. *J Contin Educ Health Prof*. 2013;33(3):164-173. doi:10.1002/chp.21181
87. Majda A, Zalewska-Puchała J, Bodys-Cupak I, Kurowska A, Barzykowski K. Evaluating the effectiveness of cultural education training: Cultural competence and cultural intelligence development among nursing students. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(8). doi:10.3390/ijerph18084002
88. Berlin A, Nilsson G, Törnkvist L. Cultural competence among Swedish child health nurses after specific training: A randomized trial. *Nurs Health Sci*. 2010;12(3):381-391. doi:10.1111/j.1442-2018.2010.00542.x

89. Xiao LD, Ullah S, Morey W, et al. Evaluation of a nurse-led education program to improve cross-cultural care for older people in aged care. *Nurse Educ Today*. 2020;87:104356. doi:10.1016/j.nedt.2020.104356
90. Gallagher RW, Polanin JR. A meta-analysis of educational interventions designed to enhance cultural competence in professional nurses and nursing students. *Nurse Education Today*. 2015;35(2):333-340. doi:10.1016/j.nedt.2014.10.021
91. White Hughto JM, Clark KA, Altice FL, Reisner SL, Kershaw TS, Pachankis JE. Improving correctional healthcare providers' ability to care for transgender patients: Development and evaluation of a theory-driven cultural and clinical competence intervention. *Soc Sci Med*. 2017;195:159-169. doi:10.1016/j.socscimed.2017.10.004
92. Wyckoff ED. LGBT Cultural Competence of Acute Care Nurses. *J Nurses Prof Dev*. 2019;35(3):125-131. doi:10.1097/NND.0000000000000524
93. Leininger MM. Leininger's theory of nursing: cultural care diversity and universality. *Nurs Sci Q*. 1988;1(4):152-160. doi:10.1177/089431848800100408
94. Purnell L. The Purnell Model for Cultural Competence. *J Transcult Nurs*. 2002;13(3):193-196; discussion 200-201. doi:10.1177/10459602013003006
95. Ozkara San E. Effect of the Diverse Standardized Patient Simulation (DSPS) Cultural Competence Education Strategy on Nursing Students' Transcultural Self-Efficacy Perceptions. *J Transcult Nurs*. 2019;30(3):291-302. doi:10.1177/1043659618817599
96. Ozkara San E. The influence of the oncology-focused transgender-simulated patient simulation on nursing students' cultural competence development. *Nurs Forum*. 2020;55(4):621-630. doi:10.1111/nuf.12478
97. Marja S-L, Suvi A. Cultural competence learning of the health care students using simulation pedagogy: An integrative review. *Nurse Educ Pract*. 2021;52:103044. doi:10.1016/j.nepr.2021.103044
98. Kelleher S. Perceived benefits of study abroad programs for nursing students: an integrative review. *J Nurs Educ*. 2013;52(12):690-695. doi:10.3928/01484834-20131118-01
99. Kokko R. Future nurses' cultural competencies: what are their learning experiences during exchange and studies abroad? A systematic literature review. *J Nurs Manag*. 2011;19(5):673-682. doi:10.1111/j.1365-2834.2011.01221.x
100. Read CY. Semester abroad opportunities in baccalaureate nursing programs. *J Prof Nurs*. 2011;27(4):221-226. doi:10.1016/j.profnurs.2011.03.005
101. Bowen S. Beyond self-assessment--assessing organizational cultural responsiveness. *J Cult Divers*. 2008;15(1):7-15.
102. Davis DA, Mazmanian PE, Fordis M, Van Harrison R, Thorpe KE, Perrier L. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review. *JAMA*. 2006;296(9):1094-1102. doi:10.1001/jama.296.9.1094
103. Blanchet Garneau A, Pepin J. A constructivist theoretical proposition of cultural competence development in nursing. *Nurse Educ Today*. 2015;35(11):1062-1068. doi:10.1016/j.nedt.2015.05.019
104. Horvat L, Horey D, Romios P, Kis-Rigo J. Cultural competence education for health professionals. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(5):CD009405. doi:10.1002/14651858.CD009405.pub2
105. Rn) OR for N (Open. 3.4 Cultural Competence. Accessed September 19, 2021. <https://wtcs.pressbooks.pub/nursingfundamentals/chapter/3-4-cultural-competence/>

106. Khanna SK, Cheyney M, Engle M. Cultural competency in health care: evaluating the outcomes of a cultural competency training among health care professionals. *J Natl Med Assoc.* 2009;101(9):886-892. doi:10.1016/s0027-9684(15)31035-x
107. Palmer RC, Samson R, Triantis M, Mullan ID. Development and evaluation of a web-based breast cancer cultural competency course for primary healthcare providers. *BMC Med Educ.* 2011;11:59. doi:10.1186/1472-6920-11-59
108. Griswold K, Kernan JB, Servoss TJ, Saad FG, Wagner CM, Zayas LE. Refugees and medical student training: results of a programme in primary care. *Medical Education.* 2006;40(7):697-703. doi:10.1111/j.1365-2929.2006.02514.x
109. Beach MC, Price EG, Gary TL, et al. Cultural Competency: A Systematic Review of Health Care Provider Educational Interventions. *Med Care.* 2005;43(4):356-373.
110. Park ER, Betancourt JR, Kim MK, Maina AW, Blumenthal D, Weissman JS. Mixed messages: residents' experiences learning cross-cultural care. *Acad Med.* 2005;80(9):874-880. doi:10.1097/00001888-200509000-00019
111. Pieper H-O, MacFarlane A. "I'm worried about what I missed": GP registrars' views on learning needs to deliver effective healthcare to ethnically and culturally diverse patient populations. *Educ Health (Abingdon).* 2011;24(1):494.
112. Mishori R, Aleinikoff S, Davis D. Primary Care for Refugees: Challenges and Opportunities. *Am Fam Physician.* 2017;96(2):112-120.
113. Querrioux IL. Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants précaires ressenties par les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle. Etude qualitative par focus groups. Published online September 30, 2011:non renseigné. Accessed September 19, 2021. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01731735>
114. Bechtel C, Ness DL. If you build it, will they come? Designing truly patient-centered health care. *Health Aff (Millwood).* 2010;29(5):914-920. doi:10.1377/hlthaff.2010.0305
115. Renzaho AMN, Romios P, Crock C, Sønnderlund AL. The effectiveness of cultural competence programs in ethnic minority patient-centered health care--a systematic review of the literature. *Int J Qual Health Care.* 2013;25(3):261-269. doi:10.1093/intqhc/mzt006
116. Mesnil M. Des inégalités de santé liées au genre en partie fondées sur des stéréotypes de genre en droit de la santé. *Les Tribunes de la sante.* 2014;n° 44(3):35-42.
117. Larcher P. Principales répercussions de la pauvreté sur la santé. *Laennec.* 2007;Tome 55(4):15-26.
118. Sekoni AO, Gale NK, Manga-Atangana B, Bhadhuri A, Jolly K. The effects of educational curricula and training on LGBT-specific health issues for healthcare students and professionals: a mixed-method systematic review. *J Int AIDS Soc.* 2017;20(1):21624. doi:10.7448/IAS.20.1.21624
119. Loignon C, Boudreault-Fournier A. Adaptability of Physicians Offering Primary Care to the Poor: Social Competency Revisited. *hcopol.* 2013;9(SP):59-70. doi:10.12927/hcopol.2013.23591
120. Maguire MS, Kottenhahn R, Consiglio-Ward L, Smalls A, Dressler R. Using a Poverty Simulation in Graduate Medical Education as a Mechanism to Introduce Social Determinants of Health and Cultural Competency. *Journal of Graduate Medical Education.* 2017;9(3):386-387. doi:10.4300/JGME-D-16-00776.1
121. HCSP. *Crise sanitaire de Covid-19 et inégalités sociales de santé.* Haut Conseil de la Santé Publique; 2021. Accessed September 20, 2021. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1093>

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in black ink, consisting of a vertical line intersected by a horizontal line that curves upwards at the right end.

Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

RESUME

Introduction

En France, l'état de santé de la population fait l'objet d'inégalités importantes ayant des conséquences sur la santé de l'individu tout au long de sa vie. Les comportements individuels ne permettent pas d'expliquer à eux seuls les inégalités de santé constatées. D'autres facteurs conditionnent les disparités de santé des individus : les déterminants sociaux de santé. Parmi les nombreux déterminants de santé, la dimension culturelle est un facteur sur lequel les médecins généralistes peuvent agir dans la démarche de soins envers des populations vulnérables comme les minorités ethniques et les minorités sexuelles.

L'objectif de ce travail a été d'identifier les enseignements de compétences culturelles à destination des professionnels de santé évalués par des échelles validées.

Méthodes

Une revue systématique de la littérature a été conduite de janvier 2000 à Août 2021 dans les bases de données PubMed, PsycINFO, Embase, CAIRN, LILACS, et Google Scholar.

Résultats

Sur les 502 articles retrouvés, 19 ont été sélectionnés. Ils correspondaient à des recherches menées aux États-Unis, en Australie, à Taiwan et en Pologne et en Suède. Les études incluent les étudiants en soins infirmiers, en pharmacie, en médecine dentaire et en médecine. Parmi les professionnels ciblés on retrouve les infirmiers. Les médecins généralistes sont sous représentés. Trois aspects se dégagent des interventions menées auprès des acteurs de santé : celles incluant un format classique composé de cours et de groupes de discussion ; les voyages en immersion ; et les cours en ligne. Ces interventions ciblent majoritairement les minorités ethniques puis les minorités sexuelles. Les résultats sont favorables à l'enseignement des compétences culturelles aux étudiants et professionnels de la santé.

Conclusion

Ce travail a permis de constater l'impact positif de l'enseignement des compétences culturelles envers les étudiants et professionnels de santé. Nous avons pu dégager ainsi plusieurs pistes de réflexion. Ainsi, il serait utile de développer des outils basés sur des évaluations objectives des compétences culturelles des acteurs de santé. L'objectif final étant d'observer des modifications de la santé des patients. Les médecins généralistes ne sont que peu représentés dans le développement des compétences culturelles. Il leur appartient de se saisir de cette opportunité pour améliorer leur pratique et inclure les compétences culturelles à une prise en charge médicale centrée sur le patient.

OTSMANE Belkacem

82 pages – 3 tableaux – 8 figures

Résumé :

Introduction : En France, l'état de santé de la population fait l'objet d'inégalités importantes ayant des conséquences sur la santé de l'individu tout au long de sa vie. Les comportements individuels ne permettent pas d'expliquer à eux seuls les inégalités de santé constatées. D'autres facteurs conditionnent les disparités de santé des individus : les déterminants sociaux de santé. Parmi les nombreux déterminants de santé, la dimension culturelle est un facteur sur lequel les médecins généralistes peuvent agir dans la démarche de soins envers des populations vulnérables comme les minorités ethniques et les minorités sexuelles. L'objectif de ce travail a été d'identifier les enseignements de compétences culturelles à destination des professionnels de santé évalués par des échelles validées.

Méthodes : Une revue systématique de la littérature a été conduite de janvier 2000 à Août 2021 dans les bases de données PubMed, PsycINFO, Embase, CAIRN, LILACS, et Google Scholar.

Résultats : Sur les 502 articles retrouvés, 19 ont été sélectionnés. Ils correspondaient à des recherches menées aux États-Unis, en Australie, à Taiwan, en Pologne et en Suède. Les études incluent les étudiants en soins infirmiers, en pharmacie, en médecine dentaire et en médecine. Parmi les professionnels ciblés on retrouve les infirmiers. Les médecins généralistes sont sous représentés. Trois aspects se dégagent des interventions menées auprès des acteurs de santé : celles incluant un format classique composé de cours et de groupes de discussion ; les voyages en immersion ; et les cours en ligne. Ces interventions ciblent majoritairement les minorités ethniques puis les minorités sexuelles. Les résultats sont favorables à l'enseignement des compétences culturelles aux étudiants et professionnels de la santé.

Conclusion : Ce travail a permis de constater l'impact positif de l'enseignement des compétences culturelles envers les étudiants et professionnels de santé. Nous avons pu dégager ainsi plusieurs pistes de réflexion. Ainsi, il serait utile de développer des outils basés sur des évaluations objectives des compétences culturelles des acteurs de santé. L'objectif final étant d'observer des modifications de la santé des patients. Les médecins généralistes ne sont que peu représentés dans le développement des compétences culturelles. Il leur appartient de se saisir de cette opportunité pour améliorer leur pratique et inclure les compétences culturelles à une prise en charge médicale centrée sur le patient.

Mots clés : Compétences culturelles ; enseignement ; professionnels de santé ; minorités ethniques ; minorités sexuelles

Jury :

Président du Jury : Professeur Jean-Pierre LEBEAU

Directeur de thèse : Dr RUIZ Christophe

Membres du Jury : Professeur Clarisse DIBAO-DINA
Professeur Emmanuel RUSCH

Date de soutenance : 07 octobre 2021