

UNITÉ 3. Accueil et présentations

Dans cette unité, vous examinerez des données issues de **la littérature scientifique** et découvrirez **les cadres établis** pour des soins culturellement compétents. Ceux-ci comprennent le **modèle LEARN**, le **modèle de soins communautaires culturellement compétents (CCCC ou 4Cs)**, les **soins culturels centrés sur le patient** et les **approches intersectionnelles**.

Ces cadres ne sont pas des règles rigides. Que vous soyez éducateur ou travailleur social, ces approches peuvent vous aider à communiquer plus efficacement, à instaurer la confiance et à répondre aux besoins de personnes et de communautés diverses.

Certains contenus pourraient remettre en question vos idées reçues ou susciter des émotions fortes. Ce n'est pas grave. Prenez votre temps, réfléchissez et revenez lorsque vous serez prêt.



UNITÉ 3. Cadres fondés sur des données probantes pour soins adaptés à la culture

27

La recherche en santé mentale et en éducation souligne l'intérêt d'utiliser des cadres fondés sur des données probantes pour soutenir une pratique culturellement compétente. Ces outils aident les éducateurs et les accompagnants à communiquer efficacement, à répondre à des besoins divers et à réfléchir à leurs propres préjugés. Dans cette unité, vous examinerez des cadres pratiques tels que :

- **LEARN** – un modèle de communication interculturelle.
- **Les soins centrés sur le patient et la culture** - des approches qui mettent l'accent sur les besoins et les valeurs individuels.
- **Le modèle des 4C** – qui relie la formation aux résultats concrets.
- **L'intersectionnalité** : comprendre comment le chevauchement des identités affecte l'accès aux soins.

Ces cadres guident les professionnels au-delà des a priori, en proposant des méthodes structurées pour rendre l'apprentissage et le soutien inclusifs, respectueux et adaptés. Ils nous aident à reconnaître que l'expérience de chaque personne est façonnée par la culture, le milieu d'origine et le contexte social – et que des réponses éclairées peuvent faire une réelle différence.

Le modèle LEARN, développé par Berlin et Fowkes (1983), est un cadre pratique structurant la communication interculturelle dans les contextes cliniques et éducatifs. Il signifie :

- **ÉCOUTER** : Prêter une attention sincère et empathique à la perception qu'a la personne de sa situation, écouter sans porter de jugement ni faire de suppositions.
- **EXPLAIN** : Partager son point de vue, tout en reconnaissant que les personnes peuvent interpréter la santé, l'apprentissage ou la détresse différemment en fonction de leur prisme culturel.
- **RECONNAÎTRE** : Reconnaître et discuter avec respect les points de vue communs et divergents, en favorisant la compréhension et en évitant d'imposer une seule vision du monde.
- **RECOMMANDER** : Proposer des solutions ou des étapes suivantes qui intègrent le contexte culturel, les préférences et les valeurs.
- **NÉGOCIER** : Parvenir à un plan mutuellement acceptable, élaboré conjointement avec la personne ou le groupe et s'appuyant à la fois sur des perspectives culturelles et professionnelles.

L'utilisation **de LEARN** peut aider les éducateurs et les travailleurs sociaux à instaurer une compréhension et une confiance mutuelles, réduisant ainsi les malentendus et améliorant l'engagement et les résultats.

UNITÉ 3. Le modèle LEARN en pratique

29

Scénario : Un formateur travaille avec un apprenant adulte afghan lors d'une session de sensibilisation à la santé mentale.

- **Écouter :** L'apprenant explique qu'il pense que la tristesse est causée par une déconnexion spirituelle.
- **Expliquer :** L'éducateur explique en quoi la session aborde la santé émotionnelle et les outils d'adaptation.
- **Reconnaître :** L'éducateur reconnaît que les croyances spirituelles sont importantes et peuvent coexister avec les pratiques de soins personnels.
- **Recommander :** Il suggère la pleine conscience et propose des ressources adaptées à la culture.
- **Négocier :** Ensemble, ils conviennent d'inclure le bien-être spirituel parmi les thèmes de discussion de la prochaine séance.

Ce modèle peut aider les éducateurs et les intervenants sociaux à instaurer la confiance et à favoriser l'engagement.

UNITÉ 3. Soins centrés sur le patient

30

Les soins centrés sur le patient sont définis par l'Institute of Medicine (IOM, 2001) comme des soins qui respectent et répondent aux valeurs, aux besoins et aux préférences de chaque patient, en l'impliquant activement dans la prise de décision. Ils mettent l'accent sur :

- **LE RESPECT DE L'INDIVIDUALITÉ** : Reconnaître le patient (ou l'apprenant) comme une personne à part entière, avec ses propres expériences, croyances et réseaux de soutien.
- **LA PRISE DE DÉCISION PARTAGÉE** : Élaborer en collaboration avec la personne des plans de soins ou d'éducation, plutôt que d'imposer des directives.
- **L'EMPATHIE ET L'ENGAGEMENT** : privilégier une communication chaleureuse, respectueuse et valorisante, favorisant ainsi la confiance et l'alliance thérapeutique.

Les données montrent que les approches centrées sur le patient améliorent la satisfaction, les résultats et la rentabilité dans de multiples contextes de soins de santé et d'éducation. Cela s'applique aussi bien à l'enseignement qu'au travail d'accompagnement, que vous animiez un atelier ou que vous aidiez un migrant à accéder à des services de santé mentale.

UNITÉ 3. Les soins centrés sur le patient dans la pratique

31

Scénario : Une accompagnante aide une femme somalienne récemment arrivée à surmonter son stress et son isolement.

- **Comprendre les valeurs de l'apprenante/de la cliente** : elle accorde de l'importance au soutien communautaire et à l'adaptation par la religion.
- **Établir un rapport** : L'accompagnante prend le temps de comprendre son histoire et évite les suppositions.
- **Respecter les préférences** : plutôt que de proposer immédiatement une thérapie, l'accompagnante explore d'abord les soutiens informels disponibles au sein de la communauté.
- **Favoriser l'autonomie décisionnelle** : il encourage la cliente à choisir entre des groupes communautaires, une psychoéducation en ligne ou des séances individuelles.

Les soins centrés sur le patient consistent à respecter l'autonomie et à élaborer un plan de soins en fonction du contexte de vie de la personne.

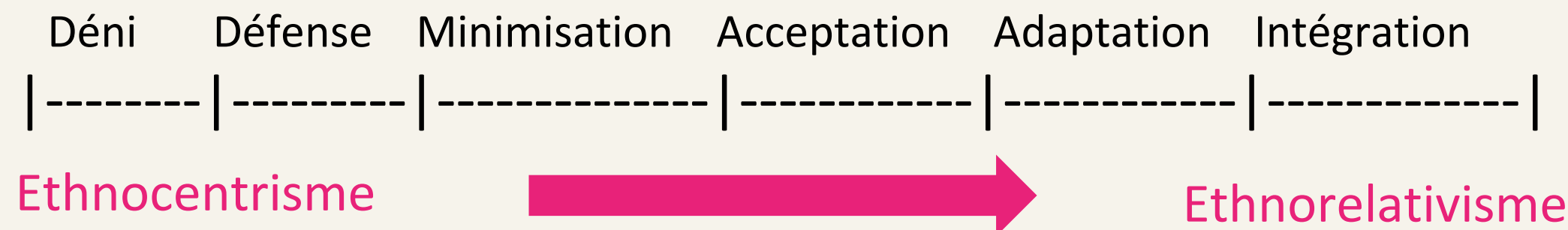
UNITÉ 3. Le modèle développemental de la sensibilité interculturelle.

32

DMIS : Prise de conscience → Adoption d'un point de vue → Adaptation

Le **modèle de développement de la sensibilité interculturelle (DMIS)** a été élaboré par Milton J. Bennett (1986). Il s'agit d'un cadre largement utilisé pour décrire la manière dont les individus perçoivent les différences culturelles et interagissent avec elles. Plutôt que de considérer la compétence culturelle comme une aptitude figée, Bennett l'a conceptualisée comme un processus de développement qui se déroule en plusieurs étapes.

Le DMIS suggère que les individus passent par **des étapes ethnocentriques**, où leur propre culture est considérée comme centrale et supérieure, pour évoluer vers **des étapes ethnorelatives**, où les différences culturelles sont reconnues, respectées et intégrées dans le comportement et la prise de décision.



UNITÉ 3. Le modèle développemental de la sensibilité interculturelle.

33

Les étapes du DMIS :

Orientation ethnocentrique :

- 1) **Déni** : faible conscience des différences culturelles.
- 2) **Défense** : les différences culturelles sont perçues comme une menace ; accent mis sur la supériorité de sa propre culture.
- 3) **Minimisation** : les différences sont minimisées ; on part du principe qu'au fond, « nous sommes tous pareils ».

Orientation ethnorelative :

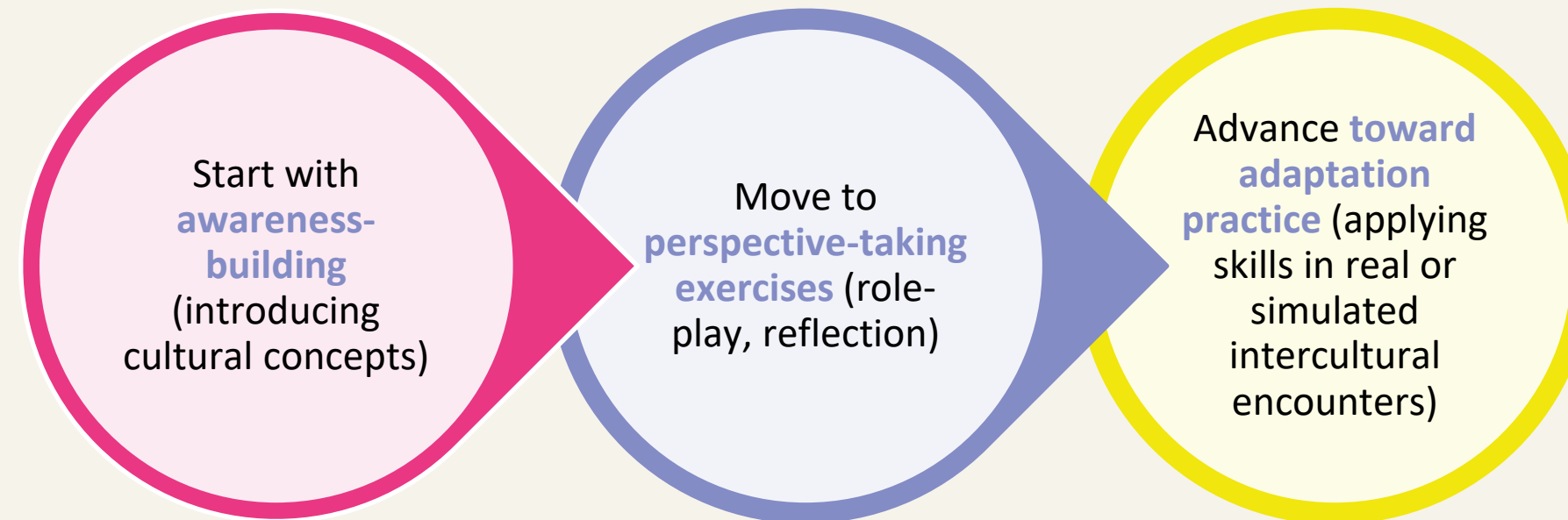
- 1) **Acceptation** : reconnaissance et respect des différences culturelles.
- 2) **Adaptation** : capacité à changer de perspective et à adapter son comportement à différents contextes culturels.
- 3) **Intégration** : capacité à passer avec aisance d'une perspective culturelle à l'autre et à se forger une identité multiculturelle.

UNITÉ 3. Le modèle développemental de la sensibilité interculturelle

34

Application pratique :

Dans le domaine de l'éducation et de la formation, le DMIS aide à structurer l'apprentissage en une séquence par étapes :



Cette approche par étapes garantit que les apprenants développent progressivement leurs compétences culturelles, en évitant de supposer qu'un seul atelier ou une seule session puisse entraîner un changement durable.

UNITÉ 3. Le modèle développemental de la sensibilité interculturelle en pratique

35

Scénario : un éducateur anime une séance de groupe avec des apprenants issus de milieux divers.

- **Reconnaître son propre stade** : L'éducateur se rend compte qu'il évolue dans un stade de « minimisation » - traitant tous les élèves de la même manière pour être « juste ».
- **Moment de croissance** : une apprenante originaire de Syrie évoque la stigmatisation de la maladie mentale dans sa communauté.
- **Adaptation** : L'éducateur adapte la séance pour explorer la stigmatisation à travers les cultures, en encourageant les multiples points de vue et le partage.

Le DMIS est un outil de réflexion qui aide les praticiens à développer leur sensibilité culturelle.

UNITÉ 3. Le modèle CCCC : des soins communautaires adaptés à la culture

Soins communautaires

36

Le modèle de soins communautaires culturellement compétents (CCCC) a été développé par Kim-Godwin, Clarke et Barton (2001) dans le Journal of Advanced Nursing. Il s'agit de l'un des cadres les plus influents pour relier la théorie de la compétence culturelle aux résultats pratiques dans les domaines de la santé et de l'éducation.

Le modèle souligne que des soins culturellement compétents exigent plus que de bonnes intentions.

Il identifie quatre dimensions interdépendantes que les professionnels doivent développer et appliquer de manière cohérente :

- **Bienveillance** : faire preuve d'empathie, de respect et d'engagement envers le bien-être des individus et des communautés.
- **Sensibilité culturelle** : être conscient des différences culturelles et y être réceptif, sans stéréotypes ni jugements.
- **Connaissance culturelle** : acquérir une compréhension factuelle et empirique des valeurs culturelles, des croyances et des pratiques en matière de santé.
- **Compétences culturelles** : mettre en pratique les connaissances et la sensibilité par le biais de stratégies efficaces de communication, d'évaluation et d'intervention.

UNITÉ 3. Le modèle CCCC : des soins communautaires adaptés à la culture

Soins communautaires

37

Application pratique

La force du modèle CCCC réside dans l'accent mis sur des résultats mesurables. Les éducateurs et les accompagnants peuvent l'utiliser pour :



En combinant une attitude bienveillante, des connaissances culturelles et des compétences pratiques, le modèle CCCC fournit une feuille de route complète pour une pratique adaptée à la culture.

UNITÉ 3. Le modèle CCCC en pratique

38

Scénario : un accompagnateur collabore avec un responsable d'une communauté de migrants pour organiser une journée d'information sur la santé mentale.

- **Bienveillance** : établit une relation de confiance mutuelle avec le responsable.
- **Sensibilité** : Adapte les supports au niveau linguistique et utilise des métaphores propres à la communauté.
- **Connaissances** : Comprend les tabous locaux en matière de santé mentale et les conceptions traditionnelles de la guérison.
- **Compétences** : anime la séance de manière à encourager les témoignages, évite le jargon clinique et utilise des supports visuels.

Ce modèle encourage une approche communautaire et inclusive.

UNITÉ 3. Cadre d'intersectionnalité

Le terme « intersectionnalité » a été introduit par Kimberlé Crenshaw (1989, 1991) dans le domaine des études juridiques et de la théorie critique de la race. Il décrit comment différentes formes d'identité et d'oppression, telles que la race, le genre, la classe sociale, le statut juridique, la langue et l'orientation sexuelle, s'entrecroisent et créent des expériences uniques d'inégalité. L'intersectionnalité remet en question les analyses unidimensionnelles (par exemple, celles qui se concentrent uniquement sur l'ethnicité ou uniquement sur le genre) en montrant que de multiples systèmes de pouvoir et d'exclusion opèrent simultanément.

Dans les contextes médicaux et éducatifs, Powell Sears (2012, Medical Education) a fait valoir que la formation à la compétence culturelle devrait adopter un cadre intersectionnel. Le raisonnement est qu'il ne suffit pas d'aborder les différences culturelles une dimension à la fois (par exemple, l'ethnicité seule). Au contraire, les professionnels doivent **reconnaître comment de multiples facteurs structurels et identitaires interagissent** pour façonner : les résultats en matière de santé mentale, l'accès aux services et la participation à l'éducation.

UNITÉ 3. Cadre d'intersectionnalité

Implications pour la pratique

Une approche intersectionnelle nécessite d'aller au-delà des compétences interpersonnelles individuelles et de s'attaquer aux obstacles structurels tels que :

- L'accès à la langue.
- Le statut juridique et la politique migratoire.
- Le racisme institutionnel et la discrimination.
- La précarité socio-économique et la pauvreté.

Ainsi, les professionnels ne doivent pas seulement réfléchir à différentes techniques de communication, mais aussi avoir une **conscience critique des systèmes et des politiques qui affectent le bien-être des apprenants.**

Quels facteurs systémiques, au-delà de la seule culture, pourraient avoir une incidence sur vos apprenants ou vos clients ?

UNITÉ 3. Le cadre de l'intersectionnalité en pratique

41

Scénario : Un enseignant remarque qu'un jeune demandeur d'asile transgenre originaire du Nigeria est désengagé en classe.

- **Plusieurs niveaux sont en jeu** : son identité de migrant, de personne LGBTQ+ et de survivant d'un traumatisme s'entrecroisent.
- **Application** : L'éducateur réfléchit aux obstacles systémiques potentiels (par exemple, la crainte de la discrimination, les préoccupations en matière de sécurité) et adapte son approche en :
 - Permettant une participation anonyme aux discussions.
 - Abordant les questions d'inclusion et de sécurité dans les normes du groupe.
 - Collaborant avec des ONG de confiance et d'autres organisations.

L'intersectionnalité aide à mettre en lumière les difficultés invisibles qui influencent la participation.

UNITÉ 3. Regroupement des cadres

Une pratique culturellement compétente en matière d'éducation à la santé mentale est **plus efficace** lorsque **plusieurs cadres fondés sur des données probantes sont combinés**, car chaque modèle apporte une perspective unique. Aucun cadre n'est suffisant à lui seul. En intégrant différents modèles, les formateurs peuvent concevoir une formation qui soit :

- Respectueuses et inclusives au niveau individuel.
- Structurées et fondées sur des données probantes au niveau pédagogique.
- Consciente des inégalités et des obstacles au niveau systémique.

Ensemble, ces cadres constituent une boîte à outils complète pour une éducation en santé mentale culturellement compétente et percutante.

UNITÉ 3. Combiner les cadres de référence dans la pratique

43

Scénario : Vous préparez un atelier sur la santé mentale destiné à des adultes nouvellement arrivés, originaires de plusieurs pays.

- Utilisez **le DMIS** pour évaluer votre propre développement et vos préjugés culturels.
- Appliquez **la méthode LEARN** lorsque vous interagissez avec des participants qui remettent en question vos opinions.
- Veillez à ce que votre approche soit **centrée sur le patient** : partez de leurs besoins, et non de vos suppositions.
- Intégrez **le CCCC** en instaurant un climat de confiance et en adaptant vos ressources.
- Appliquez **l'intersectionnalité** pour tenir compte des problèmes qui se recoupent (par exemple, le genre, le statut migratoire, les traumatismes).

Ces cadres ne sont pas distincts. Ils se complètent pour vous aider à accompagner les personnes avec empathie, respect et compréhension culturelle.