

Les compétences interculturelles dans les dispositifs de formation formelle en santé :

Perceptions, expériences et besoins des étudiants des ISPITS de la Région Marrakech-Safi.

Auteur 1 : Redouane EL GUARROUMI..

Auteur 2 : Samira BEZZARI..

Auteur 3 : Nadia OUZENNOU..

EL GUARROUMI Redouane, (Doctorant, Laboratoire LIRDEF)
Université Cadi Ayyad, Ecole Normale Supérieure, Marrakech

BEZZARI Samira, (MCH, Laboratoire LIRDEF)
Université Cadi Ayyad, Faculté des Sciences et Techniques, Marrakech

OUZENNOU Nadia, (PES, Laboratoire LIRDEF)
Institut Supérieur des Professions Infirmières et Techniques de Santé, Marrakech

Déclaration de divulgation : L'auteur n'a pas connaissance de quelconque financement qui pourrait affecter l'objectivité de cette étude.

Conflit d'intérêts : L'auteur ne signale aucun conflit d'intérêts.

Pour citer cet article : L GUARROUMI. R, BEZZARI. S, OUZENNOU. N, (2026) « Les compétences interculturelles en formation en santé : Regards croisés des étudiants des ISPITS de la Région Marrakech-Safi», African Scientific Journal « Volume 03, Num 34 » pp: 1175 – 1202.



DOI : 10.5281/zenodo.19881559
Copyright © 2026 – ASJ



Résumé

Dans le contexte marocain, caractérisé par une population diversifiée, le développement des compétences interculturelles apparaît particulièrement crucial. Les études montrent que les barrières linguistiques et culturelles constituent des obstacles majeurs à l'accès aux soins pour les populations migrantes (Pergert et Tiselius, 2020) en soulignant l'urgence d'une formation adaptée des futurs professionnels de santé dès les premières années de leurs cursus de formation. L'objectif de cet article est d'explorer les perceptions, les expériences et les besoins en compétences interculturelles des étudiants des Instituts Supérieurs des Professions Infirmières et Techniques de Santé (ISPITS) de la Région Marrakech-Safi. Menée auprès de 710 étudiants, les résultats de l'enquête quantitative montrent que malgré une conscience relativement développée des différences culturelles, les étudiants déplorent une préparation insuffisante et une faible couverture curriculaire des compétences interculturelles. Ces résultats soulignent l'urgence de repenser l'ingénierie pédagogique des ISPITS pour intégrer des dispositifs d'apprentissage expérientiel et actif, tout en formant les enseignants aux compétences interculturelles.

Mots clés : compétences interculturelles, formation en santé, ingénierie pédagogique, ISPITS, diversité culturelle.

Abstract: The growing sociocultural diversity in Morocco has increased the importance of developing intercultural competence. Previous studies show that linguistic and cultural barriers significantly limit healthcare access for migrant populations (Pergert & Tiselius, 2020), underscoring the urgent need to integrate appropriate intercultural training into the education of future healthcare professionals in the earliest stages of their academic pathways. This study examines the perceptions, experiences, and intercultural competence needs of students enrolled at the Higher Institutes of Nursing and Health Techniques (ISPITS) in the Marrakech–Safi region. To do this, the study draws on data collected through a quantitative survey administered to 710 students. The findings indicate that although respondents demonstrate a high level of awareness of cultural diversity, they report insufficient preparation and limited curricular integration of intercultural competence into their training. These results suggest the urgent need for a pedagogical reform of ISPITS curricula to effectively embed intercultural competence through experiential and active learning approaches, while simultaneously strengthening faculty development in intercultural education.

Keywords: Intercultural Competence, Healthcare Education, Pedagogical Engineering, ISPITS, Cultural Diversity

Introduction

Dans un monde caractérisé par la mobilité accrue des populations et la diversification culturelle des patients, les professionnels de santé sont de plus en plus amenés à gérer des situations où les compétences interculturelles (CI) s'avèrent indispensables. Au Maroc, pays à la fois de transit et d'accueil migratoire, cette exigence se manifeste de manière particulièrement marquée dans les établissements de santé. Pour les professionnels de la santé, la compétence interculturelle est désormais considérée comme un levier essentiel de la qualité des soins. Elle contribue à réduire les inégalités en santé et à renforcer la satisfaction des patients (World Health Organization, 2020).

Pourtant, plusieurs études internationales (Kai et al., 2001 ; Betancourt et al., 2005) mettent en évidence le déphasage entre l'importance accordée aux compétences interculturelles dans la pratique clinique et leur intégration effective dans les programmes de formation initiale des professionnels de santé. C'est le cas de la formation des Instituts Supérieurs des Professions Infirmières et Techniques de Santé (ISPITS) de la Région Marrakech-Safi au Maroc, qui forment chaque année des centaines d'étudiants appelés à travailler dans des environnements de soins de plus en plus diversifiés.

Outre la barrière linguistique, les différences culturelles figurent parmi les principales sources du « choc culturel » (Oberg, 1960 ; Cohen-Emerique, 1980), souvent vécues comme une expérience de dépaysement, de frustration, voire de rejet et d'anxiété. De surcroît, les pratiques culturelles et les représentations sociales exercent une influence considérable sur le champ de la santé. Les professionnels dans ce domaine (médecins, infirmiers et travailleurs médico-sociaux) se trouvent fréquemment confrontés à des situations nécessitant une adaptation de leurs pratiques face à des patients porteurs de croyances, de cadres de référence et d'attentes diversifiés. Le développement des compétences interculturelles apparaît dès lors indispensable pour offrir des soins sensibles aux différences culturelles et linguistiques. Ces compétences impliquent la connaissance des codes sociaux, des représentations de la maladie et de ses traitements, ainsi qu'une ouverture d'esprit favorisant la qualité des soins et la réduction des inégalités en santé (Betancourt et al., 2005).

Dans cette perspective, les compétences interculturelles dans le domaine des soins ne se réduisent pas à une simple attitude de tolérance passive. Elles supposent, au contraire, une posture d'humilité culturelle (Tervalon et Murray-García, 1998), fondée sur la reconnaissance des limites de ses propres connaissances culturelles et sur un engagement continu dans un

processus d'apprentissage mutuel avec le patient. Cette démarche dynamique et réflexive invite à interroger les rapports de pouvoir et à co-construire la relation de soin. Une telle approche revêt une importance particulière dans des contextes multiculturels, comme celui du Maroc, où les différences sociales, linguistiques et religieuses, dues à la présence de touristes et d'étudiants internationaux, influencent profondément la relation soignant-soigné (Larchanché, 2012).

De cette problématique émerge la question de recherche suivante : dans quelle mesure les expériences interculturelles vécues par les étudiants des ISPITS, de la Région Marrakech-Safi, mettent-elles en évidence des écarts entre les compétences interculturelles développées en formation et celles mobilisées en situation professionnelle de soin ?

En répondant à cette interrogation, la présente étude se donne pour objectif d'analyser les perceptions, les expériences et les besoins des étudiants des ISPITS de la Région Marrakech-Safi vis-à-vis des compétences interculturelles dans leur formation. Cet objectif général se décline en trois objectifs spécifiques : (1) Explorer les expériences et les perceptions des étudiants des ISPITS de la Région Marrakech-Safi en situation de diversité culturelle ; (2) Analyser leurs définitions des compétences interculturelles, et (3) Evaluer leur niveau d'aptitudes et de dispositions interculturelles.

Afin d'atteindre ces objectifs, nous avons mené une enquête quantitative à visée corrélationnelle portant sur l'analyse des perceptions, des expériences et des besoins des étudiants des ISPITS de la Région Marrakech-Safi en matière de compétences interculturelles.

L'article s'ouvrira, d'abord, sur un état des lieux de la formation en compétences interculturelles dans le domaine des soins, ainsi qu'une clarification conceptuelle de cette notion et de ses enjeux professionnels. Nous présenterons, ensuite, le cadre méthodologique de l'étude, avant d'analyser et d'interpréter, enfin, les résultats de la recherche.

1. État des lieux de la formation en compétences interculturelle dans le domaine de soin

Les travaux de recherche sur la formation aux compétences interculturelles dans les cursus de santé font état d'une formation souvent insuffisante et morcelée (Kai et al., 2001). Plusieurs limites sont relevées : traitement superficiel des stéréotypes, absence d'intégration claire au curriculum et recours à des méthodes pédagogiques peu participatives (Kaihlanen et al., 2019). Ces déficits peuvent engendrer des micro-agressions inconscientes, des remarques, des gestes

ou des attitudes qui symbolisent des préjugés implicites susceptibles de détériorer la relation thérapeutique et alimenter la méfiance des patients (Sue et al., 2007).

Une étude menée auprès des étudiants en Médecine à Rabat a montré que bien qu'ils manifestent une attitude généralement positive envers la diversité, beaucoup manquent encore de vocabulaire et de repères conceptuels leur permettant d'aborder les différences culturelles de manière structurée (El Rhazi et al., 2021). Cela est dû, en partie, au manque de dispositifs pédagogiques privilégiant les méthodes actives et expérientielles, comme des ateliers, des jeux de rôle, des simulations ou des immersions, etc. (Harden et Laidlaw, 2017). Ces constats soulignent l'urgence d'intégrer une formation interculturelle dès les premières années d'études, et non uniquement durant les stages cliniques, et de mettre en pratique une pédagogie contextualisée ancrée dans la réalité socioculturelle locale.

2. Les compétences interculturelles dans le domaine de soin : définition et importance

Les systèmes de santé font face à une diversité culturelle grandissante parmi les utilisateurs des services de soins. En plus des compétences techniques, cette réalité sollicite des professionnels de santé une aptitude affirmée à interagir, à comprendre et à répondre aux besoins spécifiques de personnes provenant de cultures variées.

2.1. Définitions des compétences interculturelles dans le contexte de soin

Les définitions des « compétences interculturelles » dans le domaine de la santé sont nombreuses, mais elles s'accordent toutes à mettre en évidence la qualité de la communication entre soignant et soigné. Toutefois, les travaux de recherche, dans le domaine de la santé, portant sur le contact avec l'altérité étrangère ou nationale ne distinguent pas entre compétence culturelle et compétences interculturelles. L'analyse des différentes acceptions montrent que ces définitions sont à la fois valables pour la compétence culturelle et pour les compétences interculturelles dans le contexte de soin. Nous privilégions, tout de même, la notion de « compétences interculturelles » qui présente un rapport d'interrelation, d'un « entre-deux » et d'une co-construction de sens par les interlocuteurs afin d'éviter les malentendus et les conflits d'ordre culturel. Dans ce sens, la compétence culturelle est définie comme « la capacité à offrir des soins efficaces à des patients issus de milieux culturels variés, en tenant compte de leurs représentations et pratiques ». (Papadopoulos et al. ; 1998, p. 7). Le modèle sur lequel prend appui cette citation est largement mobilisé en Europe. Il distingue quatre dimensions évolutives

qui structurent la formation des soignants : conscience, connaissance, sensibilité et compétence culturelle.

Toutefois, si la théorie du « Care Transculturel » (Leininger, 1991) note que la compétence culturelle désigne « la capacité du professionnel de santé à comprendre et à intégrer les valeurs, croyances et modes de vie d'autrui afin de fournir des soins culturellement adaptés » (Leininger, 1991, p. 48), cette approche a ouvert la voie à une conception humaniste du soin, fondée sur le respect de la diversité et la recherche d'une compréhension partagée. Nous retrouvons cette dimension humaniste chez Côté et Proulx (2018) qui soulignent que « la compétence interculturelle dans le domaine des soins se manifeste par la capacité du professionnel à ajuster sa communication, ses attitudes et ses interventions en fonction des valeurs et représentations de la personne soignée » (Côté et Proulx, 2018, p. 56).

L'ajustement de la communication avec les interlocuteurs nécessite un travail permanent sur soi et chemin faisant une réflexivité professionnelle comme étant la clé d'un agir soignant éthique et contextualisé. Dans ce sens, « la compétence interculturelle n'est pas un état acquis, mais un processus dynamique d'apprentissage et de remise en question permanente. Elle suppose un effort continu d'auto-évaluation, d'ouverture et d'adaptation face à la diversité des contextes cliniques » (Campinha-Bacote, 2002, p. 181).

Ainsi, la compétence interculturelle dans le champ des soins peut être comprise comme un processus évolutif, réflexif et relationnel permettant au soignant de concilier savoirs professionnels et compréhension de l'altérité au service d'un accompagnement humain, empathique et respectueux des différences culturelles. Les compétences interculturelles dans le domaine de soin représentent ainsi l'ensemble des connaissances, des attitudes, des habiletés et des comportements permettant à un individu de fonctionner efficacement dans des contextes culturellement divers (Earley et Ang, 2003).

Somme toute, la littérature scientifique propose plusieurs cadres théoriques de référence pour conceptualiser et évaluer les compétences interculturelles. D'abord, l'« intelligence culturelle » (Earley & Ang, 2003) identifie quatre dimensions complémentaires : cognitive (connaissances culturelles), métacognitive (conscience de soi et régulation), motivationnelle (intérêt et confiance) et comportementale (adaptation des gestes et du langage). Ensuite, le « Modèle de compétence culturelle » en soins infirmiers (Campinha-Bacote, 2002) met en lumière cinq composantes : la conscience culturelle (auto-réflexivité), les connaissances culturelles, la compétence culturelle (habiletés), la rencontre culturelle (interactions) et le désir culturel

(motivation). Puis, la « théorie des soins transculturels » (Leininger, 1991) met l'accent sur l'importance de la compréhension des valeurs, des croyances et des modes de vie culturels pour fournir des soins culturellement congruents. Enfin, le « modèle de développement de l'identité interculturelle » (DMIS) (Bennett, 1993) comporte six stades évolutifs allant de la négation de la différence culturelle à l'intégration d'une identité interculturelle.

Ces modèles, bien que développés dans des contextes disciplinaires différents, convergent vers une conceptualisation multidimensionnelle des compétences interculturelles, combinant des aspects cognitifs, affectifs, comportementaux et métacognitifs. Leur intégration offre un cadre théorique adéquat pour analyser les compétences interculturelles des futurs professionnels de santé.

2.2. Importance des compétences interculturelles dans les soins de santé

La littérature internationale souligne l'impact positif des compétences interculturelles sur la qualité des soins, la satisfaction des patients et la réduction des inégalités en santé (Schelfhout et al., 2022). Ces compétences sont essentielles pour fournir des soins équitables et centrés sur le patient. En effet, une revue critique récente (Li et al, 2023) confirme que la compétence culturelle prédit significativement l'efficacité interculturelle dans la pratique clinique, avec un rôle central des dimensions motivationnelles et comportementales.

Le développement des compétences interculturelles contribue, par conséquent, de manière significative à l'amélioration des résultats en santé (Betancourt et al., 2005). Les soins fondés sur une approche interculturelle favorisent une meilleure adhésion thérapeutique, réduisent les erreurs médicales et augmentent la satisfaction des patients. De surcroît, les compétences interculturelles déconstruisent les malentendus et améliorent la qualité de la communication pour établir la confiance et obtenir des informations précises sur l'état de santé du patient (Schouten et al. 2006).

Sur le plan éthique, les compétences interculturelles soutiennent le respect de la dignité, des valeurs et des croyances de chaque patient en contribuant à une pratique de soins plus humaine et plus respectueuse (Pellegrino et Thomasma, 1993). *In fine*, lesdites compétences au sein des organisations de santé améliorent non seulement les soins aux patients, mais elles renforcent le travail collaboratif, la cohésion et l'inclusion au sein des équipes avec des collègues de divers horizons disciplinaires (Gilbert et Malone, 2013).

Dans le contexte marocain, caractérisé par une population diversifiée, incluant des migrants subsahariens, des réfugiés et des touristes internationaux, le développement de ces compétences apparaît particulièrement crucial. Les études montrent que les barrières linguistiques et culturelles constituent des obstacles majeurs à l'accès aux soins pour les populations migrantes (Pergert et Tiseliuss, 2020). Ce constat souligne l'urgence d'une formation adaptée des futurs professionnels de santé dès les premières années de leurs cursus de formation.

3. Protocole méthodologique

La présente étude est menée auprès des étudiants des Instituts Supérieurs des Professions Infirmières et Techniques de Santé (ISPITS) de Marrakech et de ses annexes de Safi et d'Essaouira. L'échantillon, constitué par convenance, compte 710 étudiants inscrits dans les programmes de formation suivants : Infirmiers Polyvalents, Infirmiers en Santé de Famille et Santé Communautaire, Infirmier en Santé Mentale, Infirmier en Néonatalogie et Pédiatrie, Infirmier en Soins des Urgences et Soins Intensifs, Infirmier en Anesthésie et Réanimation, Infirmier en Bloc Opératoire, Infirmier en Gériatrie, Radiologie, Laboratoire, Technicien de Statistiques Sanitaires, Psychomotricité, Kinésithérapie, Orthoprothésiste, Assistant Social et Sage-Femme. La taille de l'échantillon a été déterminée en fonction de la population totale des étudiants inscrits dans ces instituts durant l'année académique 2024-2025.

Nous avons fait le choix d'adopter une approche descriptive et exploratoire de nature quantitative corrélationnelle. La méthodologie quantitative permettrait d'explorer les perceptions et les besoins des étudiants des ISPITS de la Région Marrakech-Safi, à grande échelle, tout en permettant des comparaisons statistiques significatives.

Notre étude s'inscrit, ainsi, dans un positionnement épistémologique post-positiviste. Ce choix est justifié par la volonté de mesurer de manière objective des phénomènes complexes (perceptions, connaissances et besoins) au sein de la population des étudiants infirmiers et des techniciens de santé. Le mode de raisonnement adopté est déductif car nous nous sommes appuyés sur les cadres théoriques existants cités précédemment (modèles de Campinha-Bacote, de Leininger, etc.). Par conséquent, notre étude vise à tester, sur le terrain, la validité des principaux concepts de la recherche à travers des variables mesurables.

Le choix d'une approche quantitative corrélationnelle est justifié par la finalité d'identifier non seulement l'état des lieux des compétences, mais aussi d'explorer les liens statistiques entre les variables. Cette approche permet de construire une base de données probantes essentielle pour

orienter les futures réformes curriculaires dans la formation en professions infirmières et techniques de santé.

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire structuré, élaboré à partir d'une revue de littérature scientifique et adaptée au contexte marocain. Cet outil de l'enquête comporte 29 questions réparties sur plusieurs sections qui représentent les items suivants :

- Données sociodémographiques et académiques (âge, sexe, institut, année d'études, filière, langues parlées) ;
- Expériences de diversité culturelle (contacts avec collègues, contacts avec les patients étrangers, types de difficultés rencontrées) ;
- Perceptions et représentations des compétences interculturelles (utilité, définitions, auto-évaluation) ;
- Pratiques pédagogiques et évaluation (méthodes utilisées, méthodes préférées, couverture curriculaire) ;
- Question ouverte permettant aux participants d'exprimer librement leurs suggestions.

Le questionnaire a fait l'objet d'un pré-test auprès de 29 étudiants afin de vérifier la clarté et la compréhension des items. La fiabilité interne des échelles a été évaluée à l'aide du coefficient alpha de Cronbach, montrant une bonne consistance interne ($\alpha = 0,82$). À noter que les étudiants ont été informés des objectifs de l'étude et de la confidentialité de leurs réponses, en même temps, leur participation était libre et volontaire avec un consentement éclairé.

La diffusion du questionnaire a été directe et en ligne via l'outil google forms après l'obtention de l'autorisation de collecte des données de la part de l'administration de l'ISPITS de Marrakech (siège). Somme toute, l'étude a respecté les principes éthiques de la recherche à la fois en Sciences de l'Éducation et en Sciences de la Santé.

Les données sont analysées à l'aide du logiciel SPSS version 26.0. Les analyses statistiques comprenaient :

- Des statistiques descriptives (fréquences, pourcentages, moyennes, écarts-types) pour caractériser l'échantillon et décrire les variables principales ;

- Des tests du χ^2 de Pearson pour explorer les associations entre variables qualitatives (ex. institut \times opinion sur le module interculturel) ;
- Des tests t de Student (pour 2 groupes) ou ANOVA (pour ≥ 3 groupes) pour comparer le score de compétences interculturelles selon les caractéristiques sociodémographiques et académiques ;
- Des corrélations de Spearman pour examiner les relations entre variables ordinales (ex. importance perçue, préparation, couverture). Un seuil de significativité statistique de $p < 0,05$ a été retenu pour toutes les analyses.

4. Présentation des résultats

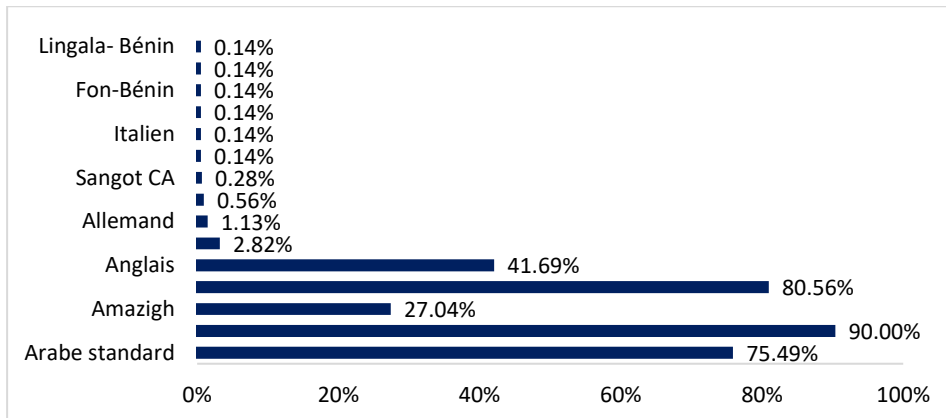
4.1. Profil sociodémographique et académique des participants

L'échantillon à l'étude comprenait 710 étudiants des ISPITS de Marrakech, de Safi et d'Essaouira avec une prédominance du sexe féminin (77% de femmes, 23% d'hommes). Les tranches d'âge entre 18 et 20 ans et entre 21 et 23 ans représentent respectivement 49,7% et 41,1% des étudiants. Le niveau d'études le plus représenté est celui de la troisième année (44,5%), suivi de la première année (38,5%) et celui de la deuxième année (17%).

Les principales filières représentées sont celles des Soins Infirmiers (toutes les options de la formation des infirmiers) avec un pourcentage de 69%, les Techniques de Santé (13%), la filière de Rééducation et de Réhabilitation (8,7%), la filière Sage-Femme (4,8%) et la filière Assistance Médico-Sociale (4,5%).

Sur le plan linguistique, 90% des étudiants utilisent l'arabe dialectal ou Darija, 75,49% recourent à l'arabe standard, 27,04% utilisent l'amazigh, 80,56% parlent le français et 41,69% utilisent l'anglais. D'autres langues sont utilisées avec une proportion moins importante comme l'espagnol (0,88%), l'allemand (0,35%), le turque (0,18%), le japonais (0,04%), l'italien (0,04%) et des langues autochtones (Sangot Centre Afrique, Nagot, Lingala et Fon du Bénin, Créol-Haïti) comme le montre la figure N°1.

Figure N°1 : Les langues parlées par les étudiants des ISPITS de la Région Marrakech-Safi



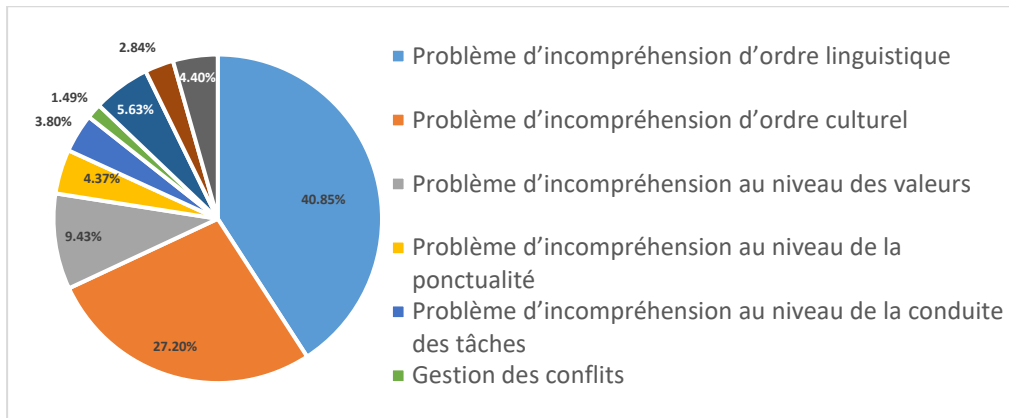
Source : Auteurs

4.2. Expériences des étudiants et diversité culturelle

La majorité des étudiants (66,9%) rapporte avoir eu (parfois, souvent ou toujours) des contacts avec des collègues de nationalité étrangère. Une proportion significative des répondants (37,7%) confirme avoir eu (parfois, souvent ou toujours) des contacts avec des patients d'origine étrangère lors de leurs stages cliniques.

Les difficultés rencontrées par les étudiants sont de plusieurs ordres : 40,85% sont d'ordre linguistique, 27,20% sont des problèmes d'incompréhension d'ordre culturel et le reste est partagé entre plusieurs difficultés : problèmes d'incompréhension au niveau des valeurs, ponctualité, conduite des tâches, etc. Alors que 26,6% des étudiants déclarent " bien préparés " à "très bien préparés" pour gérer ces situations, 44,8% se sentent "moyennement préparé", le reste se juge "pas du tout préparés" ou "peu préparés" comme l'atteste la figure N°2.

Figure N°2 : Problèmes rencontrés par les étudiants au contact des collègues ou des patients d'origine étrangère



Source : Auteurs

4.3. Perception des compétences interculturelles par les étudiants

Le tableau N°1 illustre que 71,5% des étudiants considèrent les compétences interculturelles comme "très importantes" (49,2%) ou "essentielles" (22,3%) pour leur future pratique professionnelle. En outre, seulement 9,4% jugent qu'elles sont "peu importantes" ou "pas du tout importantes".

Tableau N°1 : Perceptions de l'importance des compétences interculturelles chez les étudiants

Catégorie	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Très importantes	349	49,2%	49,2%
Essentielles	158	22,3%	71,5%
Moyennement importantes	136	19,2%	90,7%
Peu importantes	57	8,0%	98,6%
Pas du tout importantes	10	1,4%	100,0%
Total	710	100,0%	

Source : Auteurs

Interrogés sur la nécessité d'intégrer des modules spécifiques sur les compétences interculturelles dans le curriculum, 65,9% des répondant répondaient "Oui" alors que seulement 5,9% ont coché "Non", tandis que 23,8% ont exprimé des doutes "Je ne sais pas" comme le

rapporte le tableau N°2. Cette forte demande s'accompagne d'une perception partagée d'une faible couverture curriculaire actuelle des compétences interculturelles.

Tableau N°2 : Opinions sur l'intégration d'un module spécifique sur les compétences interculturelles

Réponse	Fréquence	Pourcentage
Oui	468	65,9%
Non	42	5,9%
Je ne sais pas	169	23,8%
Aucune réponse	31	4,4%
Total	710	100,0%

Source : Auteurs

4.4. Méthodes pédagogiques actuelles versus préférences des étudiants

L'analyse des méthodes pédagogiques actuellement utilisées dans la formation révèle une forte dominance des approches magistrales selon le tableau N°3. 55,2% des étudiants rapportaient que les cours théoriques ou magistraux constituaient la méthode principale, suivis par les études de cas (34,8%), les jeux de rôle/simulations (34,9%), les échanges avec des professionnels issus de d'autres cultures (13,4%) et l'immersion dans des contextes multiculturels (9,6%).

Tableau N°3 : Méthodes pédagogiques actuellement utilisées (N=710)

Méthode pédagogique	Fréquence	Pourcentage
Cours théoriques	392	55,2%
Études de cas	247	34,8%
Jeux de rôle/simulations	248	34,9%
Échanges avec des professionnels d'autres cultures	95	13,4%
Immersion dans des contextes multiculturels	68	9,6%

Source : Auteurs

Toutefois, les étudiants préfèrent les méthodes actives et expérientielles comme le montre le tableau N°4. Les études de cas (59,7%), les ateliers pratiques (29,3%) et les jeux de rôle/simulations (11,0%) ont été majoritairement cités alors que les cours théoriques classiques ont été cités seulement par 1,1% des étudiants.

Tableau N°4 : Méthodes pédagogiques préférées par les étudiants (N=710)

Méthode pédagogique	Fréquence	Pourcentage
Études de cas	424	59,7%
Ateliers pratiques	208	29,3%
Jeux de rôle/simulations	78	11,0%
Cours théoriques	8	1,1%
Aucune méthode spécifique	45	6,3%

Source : Auteurs

Quant aux aspects spécifiques des compétences interculturelles abordés dans la formation, 63% des étudiants enquêtés indiquent que la "conscience des différences culturelles" est abordée dans le dispositif de formation formel, au moment où seulement 37% mentionnent avoir traité des sujets plus concrets comme la communication interculturelle, le respect des autres cultures ou la gestion des conflits de valeurs.

La focalisation sur la dimension cognitive et consciente, au détriment des aspects comportementaux et pratiques, est cohérente avec les seuils proposés par Campinha-Bacote (2002) et Earley et Ang (2003) qui confirment que les étudiants sont globalement ouverts à la diversité, mais pourraient bénéficier d'un renforcement des compétences.

4.5. Résultats corrélacionnels de l'étude :

Les résultats des tests statistiques effectués sont présentés successivement comme suit : A) la Corrélacion de Spearman ; B) les tests T de STUDENT et ANOVA et C) le Test χ^2 de Pearson.

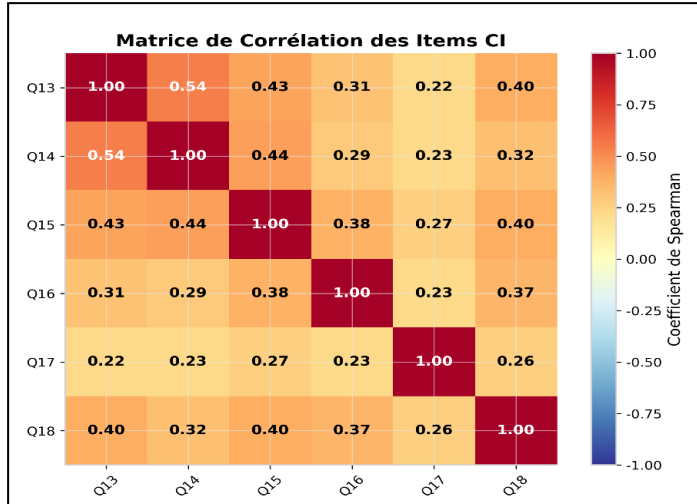
4.5.1. La Corrélacion de Spearman

Afin d'analyser les liens entre les différentes dimensions des compétences interculturelles (qui constituent le score des compétences interculturelles), nous avons utilisé la Corrélacion de Spearman. Cette corrélacion est interprétée généralement comme suit :

- $\rho = 0$: Pas de corrélacion
- $|\rho| \geq 0.8$: Corrélacion très forte
- $0 < |\rho| < 0.3$: Corrélacion faible
- $\rho > 0$: Corrélacion positive
- $0.3 \leq |\rho| < 0.6$: Corrélacion modérée
- $\rho < 0$: Corrélacion négative
- $0.6 \leq |\rho| < 0.8$: Corrélacion forte

La figure N°3 et le tableau N°5 présentent la matrice de corrélation des items de compétences interculturelles de notre étude.

Figure N°3 : Matrice de corrélation des items du score des compétences interculturelles



Source : Auteurs

Tableau N°5 : La Corrélations de Spearman

Corrélations significatives ($p < 0.05$):	
CI_Q13 × CI_Q14 : $\rho = 0.5414$, $p = 0.0000$	CI_Q14 × CI_Q18 : $\rho = 0.3241$, $p = 0.0000$
CI_Q13 × CI_Q15 : $\rho = 0.4272$, $p = 0.0000$	CI_Q15 × CI_Q16 : $\rho = 0.3755$, $p = 0.0000$
CI_Q13 × CI_Q16 : $\rho = 0.3137$, $p = 0.0000$	CI_Q15 × CI_Q17 : $\rho = 0.2654$, $p = 0.0000$
CI_Q13 × CI_Q17 : $\rho = 0.2199$, $p = 0.0000$	CI_Q15 × CI_Q18 : $\rho = 0.3978$, $p = 0.0000$
CI_Q13 × CI_Q18 : $\rho = 0.3961$, $p = 0.0000$	CI_Q16 × CI_Q17 : $\rho = 0.2262$, $p = 0.0000$
CI_Q14 × CI_Q15 : $\rho = 0.4381$, $p = 0.0000$	CI_Q16 × CI_Q18 : $\rho = 0.3660$, $p = 0.0000$
CI_Q14 × CI_Q16 : $\rho = 0.2877$, $p = 0.0000$	CI_Q17 × CI_Q18 : $\rho = 0.2583$, $p = 0.0000$
CI_Q14 × CI_Q17 : $\rho = 0.2251$, $p = 0.0000$	

NB : * CI : Compétences Interculturelles ; *Q : Question ;

* ρ : Coefficient de Spearman ; *p : p-value

Source : Auteurs

Nous constatons, dès lors, que toutes les corrélations entre les items de compétences interculturelles (CI_Q13 à CI_Q18) sont statistiquement significatives ($p < 0.001$). Les corrélations significatives entre les items de compétences interculturelles indiquent une cohérence interne de l'échelle de mesure utilisée.

4.5.2. Les tests T de STUDENT et ANOVA

Pour comparer le score de compétences interculturelles, selon les caractéristiques sociodémographiques des étudiants et afin d'analyser les différences entre instituts pour d'identifier les facteurs qui influencent le niveau de compétences, nous avons fait appel aux tests T de STUDENT et ANOVA. Ces deux tests permettent l'identification des différences significatives entre groupes ainsi que la comparaison des moyennes entre groupes :

- Test T de STUDENT : 2 groupes (ex : sexe masculin vs féminin) ;
- ANOVA : ≥ 3 groupes (ex : 1ère, 2ème, 3ème années).

Le tableau N°6 représente les résultats des tests en question.

Tableau N°6 : Les tests T de STUDENT et ANOVA

TEST T DE STUDENT (2 GROUPES)				
TEST: SEXE × SCORE DE COMPÉTENCES INTERCULTURELLES				
Statistiques descriptives				Résultats du test t de Student
Sexe	Moyenne	Écart-type	Nombre	- t-statistic = -0.2190 - p-value = 0.8267 - d de Cohen = -0.0196 CONCLUSION : $p \geq 0.05$ → PAS de différence significative entre les sexes
Féminin	21.371795	4.641560	546	
Masculin	21.462963	4.691924	162	
TESTS ANOVA (≥ 3 GROUPES)				
TEST 1: INSTITUT × SCORE DE COMPÉTENCES INTERCULTURELLES (ANOVA)				
Statistiques descriptives				Résultats du test ANOVA:
Institut	Moyenne	Écart-type	Nombre	- F-statistic = 2.4827 - p-value = 0.0842 - η^2 (eta carré) = 0.0070
ISPITS d'Essaouira	20.461538	5.471769	104	

ISPITS de Marrakech	21.549372	4.431715	557	CONCLUSION : $p \geq 0.05 \rightarrow$ PAS de différence significative entre les instituts
ISPITS de Safi	21.632653	4.965271	49	
TEST 2: ANNÉE D'ÉTUDES \times SCORE DE COMPÉTENCES INTERCULTURELLES (ANOVA)				
Statistiques descriptives				Résultats du test ANOVA:
Niveau d'études	Moyenne	Écart-type	Nombre	- F-statistic = 0.4118 - p-value = 0.6626 - η^2 (eta carré) = 0.0012
1 ^{ère} année	21.190476	5.051243	273	CONCLUSION : $p \geq 0.05 \rightarrow$ PAS de différence significative entre les années
2 ^{ème} année	21.546218	4.782999	119	
3 ^{ème} année	21.503165	4.222012	316	

Source : Auteurs

Pour le test T de Student et les tests ANOVA réalisés, nous constatons qu'aucune différence significative entre les groupes (2 groupes) et (≥ 3 groupes) n'a été identifiée pour le score de compétences interculturelles.

4.5.3. Le Test χ^2 de Pearson.

Afin d'explorer les associations entre les perceptions des étudiants sur les aspects en lien avec les compétences interculturelles (importance, contact avec des collègues d'autres cultures, préparation aux situations interculturelles et besoins d'un module sur les compétences interculturelles) d'une part, et les caractéristiques sociodémographiques de ces étudiants d'autres part, nous avons utilisé le Test χ^2 de PEARSON. Pour mesurer l'intensité de chaque association, le coefficient de Cramér (V de Cramér) a été calculé. Le tableau N°7 expose les résultats des tests en question.

Tableau N°7 : le Test χ^2 de Pearson.

TEST 1 : INSTITUT × IMPORTANCE DES COMPÉTENCES INTERCULTURELLES						
Table de contingence						Résultats du test χ^2 :
Institut	Importance CI					
	Pas du tout importantes	Peu importantes	Moyennement importantes	Essentielles	Très importantes	
ISPITS d'Essaouira	2	7	21	23	51	- $\chi^2 = 1.9040$ - p-value = 0.9838 - Degrés de liberté = 8 - V de Cramér = 0.0000 CONCLUSION : $p \geq 0.05 \rightarrow$ PAS d'association significative
ISPITS de Marrakech	8	38	107	125	270	
ISPITS de Safi	0	3	8	10	28	
TEST 2 : SEXE × CONTACT AVEC COLLÈGUES D'AUTRES CULTURES						
Table de contingence						Résultats du test χ^2 :
Sexe	Contact avec collègues d'autres cultures					
	Jamais	Parfois	Rarement	Souvent	Toujours	
Féminin	59	213	114	103	57	- $\chi^2 = 8.9268$ - p-value = 0.0630 - Degrés de liberté = 4 - V de Cramér = 0.0834 CONCLUSION : $p \geq 0.05 \rightarrow$ PAS d'association significative
Masculin	31	64	29	25	13	
TEST 3 : INSTITUT × BESOIN D'UN MODULE DE FORMATION EN COMPÉTENCES INTERCULTURELLES						
Table de contingence						Résultats du test χ^2 :
Institut	Besoin					
	Oui	Non	Je ne sais pas			
ISPITS d'Essaouira	66	6	29	- $\chi^2 = 3.3071$ - p-value = 0.5078 - Degrés de liberté = 4 - V de Cramér = 0.0000 CONCLUSION : $p \geq 0.05 \rightarrow$ PAS d'association significative		
ISPITS de Marrakech	374	31	128			
ISPITS de Safi	28	5	12			
TEST 4 : ANNÉE D'ÉTUDES × PRÉPARATION AUX SITUATIONS INTERCULTURELLES						

Table de contingence						Résultats du test χ^2 :
Niveau d'études	Préparation					- Chi ² = 5.4933 - p-value = 0.7038 - Degrés de liberté = 8 - V de Cramér = 0.0000 CONCLUSION : p ≥ 0.05 → PAS d'association significative
	Pas du tout préparé(e)	Peu préparé(e)	Moyennement préparé(e)	Bien préparé(e)	Très bien préparé(e)	
1 ^{ère} année	29	47	127	61	8	
2 ^{ème} année	9	24	51	30	5	
3 ^{ème} année	21	68	139	76	9	

Source : Auteurs

A partir de ces croisements, nous constatons qu'aucune association statistiquement significative ($p < 0.05$) n'a été exprimée entre les variables qualitatives testées.

5. Analyse et interprétation des résultats

À la lumière du cadre conceptuel intégrant les dimensions clés identifiées dans la littérature, les résultats de la recherche sont analysés en prenant en compte :

- Les dimensions de l'Intelligence Culturelle (CQ) : cognitive, métacognitive, motivationnelle et comportementale ;
- Les composantes du modèle de Campinha-Bacote : conscience, connaissance, compétence, rencontre et désir culturel ;
- Les stades de développement selon Bennett (DMIS) : de la négation à l'intégration ;
- Les principes de la théorie des soins transculturels de Leininger : soins culturellement congruents.

Ce cadre permet d'analyser les compétences interculturelles sous un angle multidimensionnel, tout en tenant compte des spécificités du contexte infirmier et des réalités marocaines.

Les résultats de cette étude confirment l'importance attribuée par les étudiants des ISPITS de la Région Marrakech–Safi aux compétences interculturelles. Cela fait écho aux conclusions de plusieurs travaux de recherche (Deardorff, 2006 ; Papadopoulos, 2006).

La forte proportion d'étudiants ayant été confrontés à des collègues et patients d'origine étrangère (82,4%) souligne que la diversité culturelle est une réalité quotidienne dans les pratiques de soins au Maroc, et que les futurs professionnels doivent être mieux préparés à y répondre.

La perception d'une préparation insuffisante et la faible couverture curriculaire rapportées sont cohérentes avec des recherches menées dans d'autres contextes (Kai & al., 2001 ; Betancourt & al., 2005), qui soulignent le décalage entre l'importance accordée aux compétences interculturelles et leur place effective dans la formation initiale. Ce constat est particulièrement préoccupant dans un pays comme le Maroc, qui accueille une population migrante croissante.

L'écart observé entre les méthodes pédagogiques utilisées (principalement magistrales) et les méthodes préférées des étudiants (actives et interactives) est un point crucial. Il traduit la nécessité de repenser l'ingénierie pédagogique, en intégrant des dispositifs d'apprentissage expérientiel (jeux de rôle, simulations, immersions) et des évaluations authentiques (mises en situation, Examens Cliniques Objectifs Structurés (ECOS)). Ce résultat rejoint les conclusions de Harden et Laidlaw (2017) qui soulignent que l'enseignement en Sciences de la Santé doit évoluer vers des approches interactives et centrées sur l'apprenant afin de développer des compétences complexes comme l'interculturalité.

L'absence d'association significative entre l'institut fréquenté et l'importance perçue des compétences interculturelles ($\chi^2 = 1.904$, $p = 0.984$) suggère que les étudiants des trois ISPITS (Marrakech, Essaouira, Safi) partagent une perception similaire de l'importance de ces compétences, indépendamment de leur établissement d'appartenance. Ce résultat rejoint les travaux de Byram (2008) qui soulignent que l'importance accordée aux compétences interculturelles est davantage influencée par les contextes professionnels et les exigences du métier que par les caractéristiques institutionnelles. D'après Deardorff (2009), la conscience de l'importance des compétences interculturelles se développe principalement à travers l'expérience pratique et la réflexion sur les interactions interculturelles, plutôt que par l'appartenance institutionnelle. Cette homogénéité des perceptions suggère qu'un programme de formation interculturelle pourrait être développé de manière coordonnée au niveau régional,

avec des contenus communs aux trois instituts, sans nécessiter d'adaptations spécifiques à chaque établissement.

Concernant le résultat du croisement du « contact avec collègues d'autres cultures » avec le sexe des participants, on constate que même s'il n'est pas significatif au seuil de 0.05, la p-value de 0.063 indique une tendance marginale selon laquelle le sexe pourrait influencer la fréquence de contact avec des collègues d'autres cultures. Les femmes semblent avoir légèrement plus de contacts réguliers que les hommes. Cette tendance marginale s'aligne partiellement avec les recherches de Hofstede (2011) sur les différences de communication interculturelle selon le genre. Cependant, Williams & Best (1990) ont montré que ces différences varient considérablement selon les contextes culturels et professionnels. D'après Ting-Toomey (1999), les stratégies de communication interculturelle ne sont pas déterminées par le sexe biologique, mais plutôt par les rôles sociaux et les attentes culturelles associés au genre dans un contexte donné. Cette absence de différence significative suggère que les programmes de formation interculturelle ne nécessitent pas d'approche différenciée selon le sexe. Toutefois, une analyse qualitative complémentaire pourrait explorer les raisons de cette tendance marginale.

L'absence d'association significative entre institut et besoin d'un module de formation en CI ($\chi^2 = 3.307$, $p = 0.508$) indique que le besoin d'un module de formation en compétences interculturelles est similaire entre les trois instituts. Environ 66% des étudiants de chaque institut expriment ce besoin, ce qui suggère une demande uniforme au niveau régional. Ce résultat est cohérent avec les travaux de Bennett (2009) sur le modèle de développement de la sensibilité interculturelle, qui montre que le besoin de formation émerge principalement du niveau de développement interculturel de l'individu plutôt que de facteurs institutionnels. D'après Hammer (2012), l'évaluation des besoins en formation interculturelle repose sur l'auto-perception des lacunes, qui varie davantage selon les expériences individuelles que selon l'appartenance institutionnelle. Cette uniformité du besoin de formation justifie la mise en place d'un programme régional de formation interculturelle, qui pourrait être développé en partenariat entre les trois ISPITS, avec des ressources partagées et une coordination pédagogique.

L'absence d'association significative entre l'année d'études et le niveau de préparation perçu ($\chi^2 = 5.493$, $p = 0.704$) indique que la progression dans les études n'influence pas significativement la perception de la préparation aux situations interculturelles. Ce résultat contredit partiellement les recherches de King et Baxter Magolda (2005) qui montrent une progression du développement interculturel tout au long des études supérieures. Cependant, Papadopoulos

(2006) note que cette progression n'est pas automatique et nécessite des expériences structurées et une réflexion guidée. D'après Perry (1970), le développement intellectuel et interculturel des étudiants ne suit pas nécessairement une progression linéaire liée à l'année d'études, mais dépend plutôt de l'exposition à des expériences significatives et de la qualité de la réflexion sur ces expériences. Ce résultat rappelle que les programmes de formation interculturelle devraient être intégrés dès la première année et maintenus tout au long du cursus, plutôt que d'être différés aux années ultérieures. En plus, l'apprentissage par l'expérience (Kolb, 1984) doit être structuré et accompagné dès le début des études.

Ces résultats mettent en relief les différentes dimensions des compétences interculturelles selon des modalités complexes :

- **La dimension cognitive/métacognitive :**

La conscience des différences culturelles est relativement développée (66,9% des étudiants ont des contacts avec des collègues de nationalité étrangère et 37,7% des étudiants ont des contacts avec des patients d'origine étrangère). Cependant, les connaissances spécifiques sur les différentes cultures restent limitées (27,20% rencontrent des problèmes d'incompréhension d'ordre culturel). D'abord, le problème de la compétence culturelle est réduit à une simple "checklist " dans les programmes de formation (Kleinman et Benson, 2006). Ensuite, en absence de matière culturelle approfondie, les étudiants ne peuvent que « deviner » les cadres de référence de l'autre. Enfin, la surcharge en contenu scientifique et technique réduit la place de la réflexion métacognitive. En effet, « sans réflexivité délibérée, les étudiants ne parviennent pas à reconnaître comment leur propre prisme culturel façonne leur interprétation » (Schim et Doorenbos, 2010, p. 259). De ce fait, la fréquence des contacts accroît la vigilance, mais sans curriculum explicite les malentendus peuvent devenir récurrents.

- **La dimension motivationnelle :**

L'importance accordée aux compétences interculturelles (71,5%) et le désir d'apprendre (65,9%) en faveur d'un module spécifique indiquent une motivation globalement positive. Elle pourrait s'expliquer par l'utilité perçue d'une formation aux compétences interculturelles. Les stages confrontent quotidiennement les étudiants à des patients migrants ou issus d'autres cultures. Ces « étudiants qui rencontrent des problèmes de communication développent un sentiment urgent de besoin » (Betancourt, 2004, p. 954).

▪ **La dimension comportementale :**

Les compétences pratiques d'adaptation sont clairement insuffisantes, comme en témoignent les difficultés rapportées en stage (68,05% de problèmes d'incompréhension linguistique et culturelle). En premier lieu, la distance entre intention et action est due à des obstacles pratiques bien identifiés et au manque de stratégies concrètes sur le plan curriculaire. Par conséquent, la compétence (inter)culturelle ne peut être réduite à un cours magistral, c'est un arsenal de compétences acquises par la pratique (Campinha-Bacote, 2002). En deuxième lieu, la barrière langagière (Taylan et Weber, 2023) constitue une discordance linguistique qui dégrade la confiance et empêche les attitudes de recherche d'aide. En dernier lieu, le stress interactionnel (Ulrey et Amason, 2001) et la peur du jugement culturel met les étudiants en proie au silence et empêche l'ajustement nécessaire.

Conclusion

Cette étude fournit des données empiriques mettant en lumière les perceptions, les expériences et les besoins en matière de compétences interculturelles des étudiants des ISPITS de la Région Marrakech-Safi. Elle confirme que, malgré une reconnaissance de l'importance des compétences interculturelles par la majorité des étudiants, leur formation actuelle reste insuffisante et peu adaptée aux réalités cliniques.

L'écart significatif entre les méthodes pédagogiques utilisées (dominées par les cours théoriques) et celles souhaitées par les étudiants (méthodes actives et expérientielles) constitue un élément incontournable pour les concepteurs de formation. Par conséquent, il est impératif de repenser l'ingénierie pédagogique au sein des ISPITS pour intégrer des dispositifs d'apprentissage plus engageants et plus proches des réalités professionnelles marquées par la diversité culturelle. À moyen terme, l'objectif n'est plus seulement de programmer un module interculturel, mais de faire de la diversité un fil transversal. Chaque cours (même disciplinaire), chaque stage de soins, chaque simulation clinique devient une occasion de questionner le regard culturel, ou de pratiquer l'ajustement linguistique. Seule cette intégration systémique permettra aux futurs infirmiers et techniciens de santé de passer d'un « vouloir bien faire » à un « savoir-faire interculturel » fiable, mesurable et transférable dans n'importe quel service ou unité de soins.

BIBLIOGRAPHIE

Bennett, M. J. (1993). Towards ethnorelativism: A developmental model of intercultural sensitivity. *Education for the intercultural experience*, 2, 21-71.

Bennett, M. J. (2009). Transformative Training: Designing Programs for Culture Learning. *Contemporary Leadership and Intercultural Competence: Exploring the Cross-Cultural Dynamics within Organizations*. <https://doi.org/10.4135/9781452274942.N8>

Betancourt J. R. (2004). Cultural competence--marginal or mainstream movement? *The New England Journal of Medicine*, 351(10), 953-955. <https://doi.org/10.1056/NEJMp048033>

Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Ananeh-Firempong, O. (2005). Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports*, 120(4), 293-302.

Byram, M. (2008). *From foreign language education to education for intercultural citizenship: Essays and reflections* (Vol. 17). Multilingual matters.

Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184. <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>

Cohen-Emerique, M. (1980). Éléments de base pour une formation à l'approche des migrants et plus généralement à l'approche interculturelle. *Annales de Vaucresson*, 17, 113-139.

Côté, D., & Proulx, J. (2018). *La compétence interculturelle en santé : concepts, formation et pratiques*. Presses de l'Université de Montréal.

Deardorff, D. K. (2006). Identification and assessment of intercultural competence as a student outcome of internationalization. *Journal of Studies in International Education*, 10(3), 241-266.

Deardorff, D. K. (Ed.). (2009). *The SAGE handbook of intercultural competence*. Sage.

Earley, P. C., & Ang, S. (2003). *Cultural intelligence: Individual interactions across cultures*. Stanford University Press.

El Rhazi, K., Nejari, C., & Zidouh, A. (2021). Attitudes des étudiants en médecine marocains face à la diversité culturelle : Entre ouverture et incertitude. *Santé Publique*, 33(HS2), 112-120. <https://doi.org/10.3917/spub.210.0112>

Gilbert, C., & Malone, B. (2013). *Diversity and cultural competence in health care: A systems approach*. Jossey-Bass.

Hammer, M. R. (2012). The Intercultural Development Inventory: An approach for assessing and building intercultural competence. In M. Vande Berg, R. M. Paige, & K. H. Lou (Eds.), *Student learning abroad*. pp. 115-136. Stylus.

Harden, R. M., & Laidlaw, J. M. (2017). Tough choices in curriculum change. *Medical Teacher*, 39(6), 551-559.

Hofstede, G. (2011). Dimensionalizing cultures: The Hofstede model in context. In Online Readings in Psychology and Culture (Unit 2, Chapter 14). <https://doi.org/10.9707/2307-0919.1014>

Kai, J., Beavan, J., Faull, C., Dodson, A., Gill, P., & Gill, D. (2001). Teaching diversity: The missing curriculum in UK medical schools. *Medical Education*, 35(8), 782-788.

Kaihlanen, A. M., Hietapakka, L., & Heponiemi, T. (2019). Increasing cultural awareness: qualitative study of nurses' perceptions about cultural competence training. *BMC nursing*, 18(38), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0363-x>

King, P. M., & Baxter Magolda, M. B. (2005). A developmental model of intercultural maturity. *Journal of College Student Development*, 46(6), 571-592. <https://doi.org/10.1353/csd.2005.0060>

Kleinman, A., & Benson, P. (2006). Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Medicine*, 3(10), e294. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030294>

Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Prentice Hall.

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

Larchanché, S. (2012). Interculturalism in health care: The challenge of managing cultural diversity in France. *Social Science & Medicine*, 75(10), 1824-1831. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.07.007>

Leininger, M. (1991). Transcultural Care Principles, Human Rights, and Ethical Considerations. *Journal of Transcultural Nursing*, 3(1), 21-23. doi:10.1177/104365969100300105

Papadopoulos, I., Tilki, M., & Taylor, G. (1998). *Transcultural care: a guide for health care professionals*. Nr. Salisbury, Wilts: Quay Books

Papadopoulos, I. (2006). *Transcultural health and social care: Development of culturally competent practitioners*. Churchill Livingstone / Elsevier.

Perry, W. G. (1970). *Forms of intellectual and ethical development in the college years: A scheme*. Holt: Rinehart & Winston.

Pellegrino, E. D., & Thomasma, D. C. (1993). *The virtues in medical practice*. Oxford University Press.

Pergert, P., & Tiselius, E. (2020). Intercultural competence and communication beyond linguistic barriers. In *Multilingualism and intercultural competence in healthcare*, 189-207, Springer.

Schelfhout, S., Vandecasteele, R., De Maesschalck, S., D'hondt, F., Willems, S., & Derous, E. (2022). Intercultural competence predicts intercultural effectiveness: Testing an integrative framework. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(8), 4490. <https://doi.org/10.3390/ijerph19084490>.

Schim, S. M., & Doorenbos, A. Z. (2010). A three-dimensional model of cultural congruence: framework for intervention. *Journal of social work in end-of-life & palliative care*, 6(3-4), 256-270. <https://doi.org/10.1080/15524256.2010.529023>

Schouten, B. C., & Meeuwesen, L. (2006). Cultural differences in medical communication: A review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 64(1-3), 21-34.

Sue, D. W., Capodilupo, C. M., Torino, G. C., Bucceri, J. M., Holder, A. M. B., Nadal, K. L., & Esquilin, M. (2007). Racial microaggressions in everyday life: Implications for clinical practice. *American Psychologist*, 62(4), 271-286. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.4.271>

Taylan, C., & Weber, L. T. (2023). "Don't let me be misunderstood": communication with patients from a different cultural background. *Pediatric nephrology* (Berlin, Germany), 38(3), 643-649. <https://doi.org/10.1007/s00467-022-05573-7>

Tervalon, M., & Murray-García, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9(2), 117-125. <https://doi.org/10.1353/hpu.2010.0233>

Ting-Toomey, S. (1999). *Communicating across cultures*. Guilford Press.

Ulrey, K. L., & Amason, P. (2001). Intercultural communication between patients and health care providers: An exploration of intercultural communication effectiveness, cultural sensitivity, stress, and anxiety. *Journal of health communication*, 13(4), 449-463.

Williams, J. E., & Best, D. L. (1990). *Measuring sex stereotypes: A multination study*. (Rev. ed.). Sage.

World Health Organization (WHO). (2020). *Cultural competence in health care: A review of the evidence*. Geneva: WHO.