Communication et oncologie : quelle place pour la patientèle migrante ?

Communication in Oncology: What about Migrant Patients?

P. Singy

© Lavoisier SAS 2014

Ce qui frappe à l'examen de la littérature sur la communication en oncologie, et bien qu'on lise un peu partout que plus personne aujourd'hui n'aborde la relation médecin-patient sans l'ancrer socialement, c'est généralement la portion fort congrue accordée aux enjeux qui sous-tendent les interactions impliquant des patients migrants. Et pourtant, dans le même temps, l'observation montre que, dans tous les pays occidentaux, de plus en plus de soignants adoptent une pratique clinique dite orientée en direction du patient. Loin d'aborder le patient en se focalisant essentiellement sur sa maladie en termes objectivants — en l'espèce biomédicaux — au détriment de certains aspects psychosociaux, ce type de pratique clinique vise à une approche globale du patient qui appelle une participation active de ce dernier dans les processus décisionnels s'agissant du traitement qu'il reçoit. C'est aussi la raison pour laquelle une telle clinique commande une démarche individualisée, au cas par cas, supposant le respect de la part du soignant des habitudes culturelles du patient, tout comme de ses choix de vie, de ses valeurs personnelles et de ses conditions sociales d'existence [1]. Dans le cadre d'une clinique ainsi conçue, il est aussi admis qu'il est de première nécessité que le patient, si l'on veut que sa participation prenne tout son sens, soit pleinement informé des tenants et aboutissants du traitement qui lui est proposé.

De ce point de vue, le domaine de l'oncologie doit être particulièrement attentif aux enjeux communicationnels inscrits au cœur de la relation de soin. Plusieurs raisons à cela. Outre le caractère complexe de la pathologie impliquée — on recense à cet égard plus de 200 types de cancer — qui appelle une communication elle aussi complexe (ex. : annonce du diagnostic, évocation de la sexualité, de la mort),

on pense surtout ici à la variété de profils des patients frappés par le cancer, tout comme à la présence particulièrement marquée du cercle familial dans certains *settings* oncologiques, présence qui demande de toute évidence une attention accrue sur le plan communicationnel de la part des soignants dans la mesure où ceux-ci sont amenés à multiplier leurs échanges au gré du nombre — culturellement variable — des personnes formant ce qu'il est convenu d'appeler la « famille ».

Cette variété de profils des patients est bien entendu à mettre en rapport avec les populations amenées à fréquenter les systèmes de soins et qui apparaissent toujours plus diversifiées en termes d'appartenances linguistiques et socioculturelles, principalement en raison de l'intensification et de la globalisation des mouvements migratoires. À cet égard, plusieurs études montrent que, dans les sociétés occidentales, la population migrante n'est pas plus épargnée par le cancer que la population locale [2,3]. Par ailleurs, plusieurs auteurs insistent sur la vulnérabilité particulière des patients migrants atteints de cancer, vulnérabilité qu'explique en partie une accessibilité réduite au système de soins [3].

Si les populations migrantes résidant dans nos sociétés sont hétérogènes, on peut néanmoins poser l'existence de difficultés spécifiques dans les rencontres entre cliniciens en oncologie et patientèle migrante. Plus ou moins importantes selon les cas, ces difficultés semblent de trois ordres au moins et apparaissent comme autant de barrières à une communication *efficiente* [4,5]. C'est ainsi qu'aux barrières linguistiques et culturelles évidentes [6] viennent s'ajouter certains problèmes dans la prise en charge des patients migrants qui constituent de véritables barrières organisationnelles [7,8], comme l'absence de documents rédigés dans la langue des patients (ex. : directives anticipées) et les impératifs temporels qu'impose une consultation traduite, par exemple.

On comprend alors que se pose la question des compétences spécifiques que doivent acquérir les cliniciens pour répondre adéquatement à la diversité de leurs patients issus

P. Singy (✉)

Service de psychiatrie de liaison,
centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV),
rue du Bugnon, 44,
1011 Lausanne, Suisse
e-mail : pascal.singy@chuv.ch

de la migration, quand il s'agit d'interagir avec eux. Actuellement se dessine une tendance en médecine [9] à raisonner en ces matières en se fondant sur la notion de compétences cliniques transculturelles (CCT), comprise en termes de savoir (connaissances théoriques), de savoir-faire (aptitudes pratiques) et de savoir-être (attitudes).

Aujourd'hui, il existe un certain consensus parmi les spécialistes de la question pour admettre que les CCT peuvent être l'objet d'un enseignement susceptible d'améliorer la prise en charge des patients d'origines linguistiques et socio-culturelles diverses [10]. Parmi les objectifs liés à cet enseignement, on peut citer :

- comprendre l'importance de la sensibilisation à la diversité culturelle et sociale et de la formation aux compétences transculturelles ;
- connaître les caractéristiques des populations soignées (démographies, épidémiologies, disparités en matière de santé) ;
- comprendre la variabilité socioculturelle des représentations de la maladie, des attitudes face à la santé et des attentes en matière de soins ;
- reconnaître que les appartenances socioculturelles des patients et les stéréotypes des cliniciens peuvent avoir un impact sur la qualité des soins ;
- identifier les préférences des patients comprises en termes de prise de décision ;
- identifier les sources principales des problèmes de communication transculturelle ;
- être capable de recourir à des techniques de communication transculturelle ;
- être capable de travailler adéquatement avec les proches et la famille des patients ;
- être capable de travailler efficacement avec les interprètes professionnels ;
- être capable de tenir compte des questions liées au genre et à la sexualité.

Pour l'heure, force est de constater que les formations à la communication (Communication Skills Training) abordant la problématique de la communication avec des patients d'appartenance linguistique et socioculturelle diverses sont plutôt l'exception dans le domaine de l'oncologie [9]. Pourtant, quand on les interroge, les cliniciens en oncologie se montrent vivement intéressés à recevoir une formation. C'est du moins ce qu'invite à penser, par exemple, une étude américaine menée auprès de soignants amenés à prendre en charge des patients cancéreux d'origine hispanique [11] et pour lesquels la thématisation d'objet de discours délicats (*e.g.* la question de sexualité) et le travail en triade avec un tiers traduisant se révèlent particulièrement problématiques.

Tout milite ainsi pour que les Communication Skills Training (CST) en oncologie intègrent dans le futur, et de

manière systématique, un module centré sur les interactions clinicien-patient migrant. L'offre d'un tel module aux cliniciens ne ferait, d'ailleurs, que respecter le principe édicté par les concepteurs de ces formations. En effet, ces dernières n'ont pas d'autre vocation que de permettre l'émergence d'une communication *efficiente* dans les consultations oncologiques, autrement dit d'une communication qui ne saurait être comprise au sens étroit du terme (émetteur, canal, récepteur), mais bien dans celui que lui réservent les sciences du langage pour lesquelles on ne peut appréhender adéquatement une interaction sans prendre en compte les identités sociales des locuteurs impliqués, leurs agendas — manifestes ou cachés —, les conditions sociales d'énonciation des messages, les contenus et les connotations de ces messages, tout comme la diversité des codes utilisés (verbal, paraverbal et non verbal), pour ne parler que de cela.

Si les conditions socio-économiques du moment ne favorisent guère la mise sur pied dans l'immédiat de ce type de module, il existe provisoirement une solution peu coûteuse et particulièrement bien adaptée au design des CST où les jeux de rôle avec des patients simulés occupent une place de choix. Cette solution consisterait à demander aux acteurs qui s'y engagent à simuler, pour un cinquième des rôles qu'ils endossent, un patient migrant, qui, par exemple, ne parle que peu ou pas la langue de son clinicien ou alors qui se trouve entouré d'une « famille » très présente, mais exclusivement composée de membres masculins en raison du rapport genre à la maladie ou à la mort dans sa communauté d'origine. Chacun tombera d'accord qu'une telle solution constituerait un pas de plus en direction de cette égalité entre patients — en matière de prévention, de diagnostic et de traitement — promue par les différentes autorités sanitaires impliquées dans la problématique du cancer.

Références

1. Institute of Medicine (2001) Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st Century. National Academy Press, Washington
2. Thomas BC, Lounsberry JJ, Carlson LE (2010) Challenges in communication with ethnically diverse populations. Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care, pp 375–87
3. Butow PN, Sze M, Dugal-Berri P, et al (2010) From inside the bubble: migrants' perceptions of communication with the cancer team. Support Care Cancer 19:281–90
4. Schyve PM (2007) Language differences as a barrier to quality and safety in health care: the joint commission perspective. J Gen Intern Med 22:360–1
5. Surbone A (2010) Cultural competence in oncology: where do we stand? Ann Oncol 21:3–5
6. Singy P, Bourquin C, Weber O (2010) Language barriers in medical settings. Cahiers De l'ILSL, Lausanne n° 28

7. Pergert P, Ekblad S (2008) Bridging obstacles to transcultural caring relationships — tools discovered through interviews with staff in pediatric oncology care. *Eur J Oncol Nurs* 12:35–43
8. Huang YL, Yates P, Prior D (2009) Factors influencing oncology nurses' approaches to accommodating cultural needs in palliative care. *J Clin Nurs* 18:3421–9
9. Betancourt JR, Green AR (2010) Commentary: linking cultural competence training to improved health outcomes: perspectives from the field. *Acad Med* 85:583–5. <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181d2b2f3>
10. Althaus F, Hudelson P, Domenig D, et al (2010) Compétences cliniques transculturelles et pratique médicale : quels besoins, quels outils, quel impact ? *Forum Med Suisse* 10:79–83
11. Quinn CP, Jimenez J, Meade CD, et al (2011) Enhancing oncology health care provider's sensitivity to cultural communication to reduce cancer disparities: a pilot study. *J Cancer Educ* 26:322–5