





# Bulletin de l'Institut de linguistique

29

Université de Lausanne

## **Comité de rédaction :**

Jean-Baptiste Blanc

Xavier Gradoux

Marianne Kilani-Schoch

Pascal Singy

ISSN 1023-134X

©Université de Lausanne

Tous droits réservés



# **Communication interculturelle en oncologie : quels enjeux ?**

Pascal Singy  
Brikela Sulstarava

avec une contribution de  
Orest Weber

**Université de Lausanne**



# Sommaire

<b>Avant-propos.....</b>	<b>9</b>
<b>Remerciements .....</b>	<b>13</b>
<b>Le cadre de l'étude .....</b>	<b>15</b>
1. Questions de recherche.....	17
1.1 Préambule.....	17
1.2 Problématique .....	17
1.3 La formation à la communication en oncologie.....	19
1.4 La prise en charge de la patientèle migrante.....	20
1.5 La patientèle migrante en oncologie et la question de la communication .....	23
1.6 Objectifs.....	25
2. Méthode .....	31
2.1 Introduction .....	31
2.2 L'enquête exploratoire .....	31
2.3 L'enquête à large échelle.....	33
2.4 Le pilotage du questionnaire .....	34
2.5 La passation du questionnaire .....	35
2.6 La population soumise à l'enquête .....	35
2.7 L'analyse des données.....	36
<b>Résultats choisis .....</b>	<b>37</b>
1. Les apports de l'approche qualitative .....	39
1.1 Le contenu des entretiens exploratoires.....	39
1.1.1 Difficultés rencontrées et ressources mobilisées.....	40
1.1.2 Absence de la problématique transculturelle dans les formations en oncologie.....	44
1.1.3 Souhaits à la formation.....	45
1.1.4 Gestion de la patientèle germanophone .....	46
2. Les apports de l'approche quantifiée .....	49
2.1 L'enquête en ligne : profil de l'échantillon .....	49
2.2 L'expérience clinique face à la diversité linguistique et culturelle.....	52
2.2.1 Difficultés d'ordre linguistique .....	55
2.2.2 Difficultés liées aux ressources institutionnelles.....	56

2.2.3	Difficultés liées à des connaissances lacunaires .....	58
2.2.4	Difficultés liées à la diversité socioculturelle des patients .....	61
2.2.5	Constat synthétique.....	64
2.3	Des compétences à acquérir.....	67
2.3.1	Souhaits de formation .....	67
2.3.2	Souhaits de formation: premier cluster (item « très intéressé » >50%) .....	70
2.3.3	Souhaits de formation: deuxième cluster (item « très intéressé » > 40%).....	76
2.3.4	Souhaits de formation: troisième cluster (item « très intéressé » >30%).....	81
2.3.5	Constat synthétique.....	87
3.	Résultats quantifiés limités aux régions bilingues.....	91
3.1	La communication avec la patientèle germanophone .....	91
	<b>Conclusions .....</b>	<b>97</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>101</b>
	<b>Annexes.....</b>	<b>107</b>
1.	Le guide d'entretien : grille d'analyse.....	109
2.	Le questionnaire en ligne.....	113



## Avant-propos

L'intérêt de la linguistique lausannoise pour des objets qui touchent à la « chose » médicale ne date pas d'aujourd'hui. En effet, elle peut faire état de plusieurs recherches y afférentes qui ont été conduites, pour les premières, dès les années 1980. On pense particulièrement à l'étude de Marianne Kilani-Schoch<sup>1</sup> sur la question de l'aphasie ou encore au travail de l'auteur de ces lignes sur le jargon médical à portée cryptique<sup>2</sup>.

Cet intérêt ne s'est pas démenti depuis lors, bien au contraire. A cela deux raisons au moins. La première d'entre elles est à mettre en rapport avec l'adoption de plus en plus généralisée en médecine d'une posture qui vise à se focaliser, tant en termes théoriques qu'en termes de pratique clinique, sur les conditions qui permettent de réduire autant que faire se peut la verticalité du rapport soignant/soigné. Cette posture, à la différence de celle qu'elle a aujourd'hui en grande partie supplantée – et qui était fondamentalement de type paternaliste – rompt, entre autres, avec une attention de la part du médecin toute centrée sur le *status* biologique du corps des patients, sans prise en compte des dimensions culturelles, sociales, historiques et psychologiques qui entourent la maladie dont se plaint tel ou tel patient. Il est dès lors facile de comprendre pourquoi les sciences humaines et sociales ont été appelées à la collaboration dans le champ médical. Et l'on comprend de ce fait aisément la présence de la linguistique dans ce champ admis son apport indiscutable quand il s'agit

---

<sup>1</sup> Cf. Kilani-Schoch M, *Processus phonologiques, processus morphologiques et lapsus dans un corpus aphasique*. Lang, 1982.

<sup>2</sup> Cf. Singy P, Le vocabulaire médical : jargon ou argot? *La Linguistique* 22/2 1986 : 63-74.

de porter au jour certains des éléments qui participent au maintien de la verticalité ou de l'asymétrie entre soignant et soigné : complexité des énoncés, choix du vocabulaire, poids des assignations de naissance (e.g. ethnicité) et des identités sociales (e.g. genre) des protagonistes impliqués, etc.

Plusieurs bouleversements majeurs au plan sociétal fondent la seconde raison qui a mené les sciences humaines et sociales à œuvrer sur le terrain de la médecine. De ce point de vue, l'apparition du syndrome immuno-déficitaire acquis (sida) constitue un exemple tout à fait éclairant. C'est ainsi qu'en l'absence de vaccins ou de thérapeutiques susceptibles d'enrayer la pandémie, les Autorités sanitaires de la plupart des pays occidentaux ont tenu pour essentiel le rôle de l'activité médico-préventive et se sont donc tout logiquement tournées vers les disciplines spécialisées dans l'observation des comportements individuels et sociaux des sujets humains. Les linguistes lausannois n'ont d'ailleurs pas manqué de répondre à l'appel<sup>3</sup>.

L'importance des mouvements migratoires auxquels ont dû faire face les pays industrialisés au cours des dernières décennies a représenté un autre défi majeur pour leurs systèmes de santé respectifs. Comment en effet assurer *pleinement* des consultations qui tiennent compte des pratiques et représentations des patients lorsque ceux-ci ne partagent ni la même langue ni la même culture que leurs cliniciens? Là encore des sciences telles l'anthropologie, la sociologie, le droit, la psychologie sociale ou encore la linguistique ont été sollicitées par les sciences médicales en vue de la mise en route, et ce dans un esprit interdisciplinaire, de toute une série d'études visant à comprendre les enjeux d'une rencontre soignant/soigné à l'évidence singulièrement asymétrique. Les pages à venir rendent compte des résultats de l'une d'entre elles. Financée en grande partie par le Forum suisse du bilinguisme et résumée ailleurs<sup>4</sup>, elle vise à combler une lacune d'importance. On est en effet frappé à l'examen de la littérature,

---

<sup>3</sup> Cf. par exemple, Jolivet R, Durussel P, Grivaz C, Singy P, Vuille P. *Enquête lexicale autour du sida*. Lausanne: UNIL, 1990 ou encore Singy P, *Le sida au cabinet médical : les mots pour en parler*, Ed. Médecine &Hygiène, Genève, 2004.

<sup>4</sup> On consultera : Weber O, Sulstarova B, Singy P, Cross-Cultural Communication in Oncology: Challenges and Training Interests. *Oncology Nursing Forum* 43(1), pp. E24-E33, 2016.

aujourd'hui abondante, sur la communication en oncologie – et bien qu'on lise un peu partout qu'il faut toujours aborder la relation de soin en l'ancrant socialement – par la portion fort congrue accordée aux enjeux qui sous-tendent les interactions impliquant des patients migrants atteints d'un cancer. C'est à ce constat inquiétant que notre équipe de recherche a voulu tenter de remédier.

Pascal Singy



## Remerciements

Par ce rapport, une dette nous lie à de nombreuses personnes. Tout d'abord, bien évidemment aux cliniciennes et cliniciens – anonymes et travaillant en qualité de médecin ou d'infirmier/infirmière dans le domaine de l'oncologie en Suisse romande – qui ont bien voulu nous donner de leur temps précieux pour participer à l'enquête.

Ensuite à toutes les personnes qui, d'une façon ou d'une autre, ont contribué à la diffusion du questionnaire de l'étude.

Aux membres de la Direction du Forum du bilinguisme qui ont accepté de financer la plus grande part de l'étude, laquelle a aussi été soutenue par le Département de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois.

A Virginie Borel, Déléguée du Forum du bilinguisme, pour son soutien et sa disponibilité.

A Céline Bourquin et Michael Saraga du Service de Psychiatrie de Liaison du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois pour leurs conseils toujours judicieux.

A Isaac Pante, membre de l'Université de Lausanne, pour son aide déterminante dans la mise en ligne du questionnaire.

A Serge Gallant, chef de Service des formations au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois pour son aide bienveillante.

A Brigitte Hauser et Ana Terrier pour avoir bien voulu assurer une relecture du manuscrit.

A tous et à toutes notre entière reconnaissance.



# **Le cadre de l'étude**





# 1. Questions de recherche

## 1.1 Préambule

L'étude dont il est rendu compte ici a été menée durant la période du 1<sup>er</sup> octobre 2012 au 28 février 2014. Un groupe d'accompagnement, formé de médecins et de spécialistes de la communication médicale, a suivi l'évolution des travaux durant toute la période susmentionnée.

Concrètement, l'équipe de recherche a rencontré à plusieurs reprises le groupe d'accompagnement afin de lui exposer, dans le détail et pour discussion, ses différents instruments de production des données (protocoles d'entretien, questionnaire). On trouvera dans les pages à venir, après une présentation de la problématique et des principaux points de la méthode retenue, les résultats les plus saillants obtenus dans le cadre de cette étude.

## 1.2 Problématique

En Suisse, comme dans les autres pays occidentaux, l'observation montre que de plus en plus de soignants adoptent une pratique clinique dite orientée en direction du patient (*patient centered approach*). Loin d'aborder le patient en se focalisant essentiellement sur sa maladie en termes objectivants – en l'espèce bio-médicaux – au détriment de certains aspects psycho-sociaux, 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 (Eptein & Street, 2007).

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<sup>5</sup>. Dans le cadre d'une telle approche de la relation de soin, 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. On comprend dès lors toute l'importance, dans la pratique d'une clinique centrée sur le patient, qu'il convient de porter aux enjeux communicationnels inscrits au cœur de la relation de soin.

De ce point de vue, le domaine de l'oncologie apparaît particulièrement concerné. Cela pour au moins trois raisons. La première est liée à la grande diversité des patients frappés par le cancer – donc au bénéfice de compétences langagières variables – avec lesquels les cliniciens sont amenés à interagir. Cette diversité est sans aucun doute à mettre en lien avec le grand nombre de cancers recensés en Suisse, nombre qui semble devoir aller en augmentant durant les prochaines décennies en raison de facteurs démographiques (Cerny, 2014). A cet égard, l'Office fédéral de la statistique relève que, chaque année, environ 37'000 personnes développent un cancer en Suisse et qu'environ 16'000 en décèdent<sup>6</sup>. Le même Office indique par ailleurs que près de quatre personnes sur dix vivant dans notre pays seront, probablement, touchées par le cancer au cours de leur existence.

La deuxième raison pour laquelle le domaine de l'oncologie s'avère particulièrement concerné par les enjeux communicationnels de la relation soignant/soigné est à mettre en rapport avec le caractère complexe de la pathologie impliquée – on recense à cet égard plus de 200 types de cancer<sup>7</sup> – qui appelle une activité communicationnelle elle aussi complexe (ex. annonce du diagnostic, évocation de la mort) et susceptible, entre autres choses, de gérer au mieux des représentations de la maladie le plus souvent frappées d'inquiétude. Enfin, une troisième raison tient à la présence particulièrement marquée des proches (familles, amis) dans les settings oncologiques (Firth, 2006).

---

<sup>5</sup> Institute of Medicine. "Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century". 2001.

<sup>6</sup> Selon Communiqué de presse de l'Office fédéral de la statistique du 07.02.2011.

<sup>7</sup> Cf. Stratégie nationale contre le cancer 2014-2017. OFSP. 2014.

Cet état de fait demande de toute évidence une attention accrue au plan communicationnel de la part des soignants dans la mesure où ceux-ci sont amenés à multiplier leurs échanges au gré du nombre des personnes qui entourent le patient atteint d'un cancer.

### **1.3 La formation à la communication en oncologie**

De nombreuses recherches ont clairement porté au jour des difficultés d'ordre communicationnel rencontrées par les cliniciens en oncologie, qu'ils soient médecins ou infirmier/ères. Ces difficultés se révèlent prégnantes dans les situations d'interactions centrées sur des thèmes particulièrement délicats tels le diagnostic, la progression de la maladie ou la maladie en phase terminale (Stiefel & Razavi, 2006). A cet égard, plusieurs études révèlent que certains cliniciens en oncologie tendent, devant leurs patients, à recourir à des stratégies langagières d'évitement en se centrant sur le biomédical – au détriment du psychosocial – ou en s'exprimant au travers d'un langage allusif et/ou jargonnant (Fallowfield et al. 1995 ; Loge et al. 1997; Razavi et al. 2000; Bourquin et al. 2010). C'est notamment cet état de fait qui a conduit à la mise sur pied dans de nombreux pays de formations susceptibles d'améliorer les compétences communicationnelles des cliniciens en oncologie (Stiefel, 2010), formations dites *Communication Skills Training* (CST).

Convaincus qu'une approche livresque n'est pas adéquate pour un enseignement en matière de communication médicale (Maex & De Valck, 2006), les concepteurs de ces formations militent pour une approche interactive où les jeux de rôle occupent une place de choix. Au plan de leur contenu, ces formations visent principalement à voir émerger dans les consultations oncologiques une communication efficiente (*effective communication*), autrement dit une communication encourageant une compréhension réciproque – ou bidirectionnelle – des messages émis et reçus (Schyve 2007 ; Surbone 2010). Plus concrètement, Les CST visent au perfectionnement des trois principales stratégies langagières qui fondent la relation médicale (Razavi & Delvaux, 2008) :

- i) les stratégies dites d'évaluation qui permettent au clinicien de mesurer les connaissances et les sentiments du patient concernant le traitement par exemple,
- ii) les stratégies dites de soutien qui donnent au clinicien la possibilité de soulager la détresse du patient,
- iii) les stratégies dites de cadre qui permettent au clinicien d'édicter les règles de déroulement de l'entretien et de la consultation médicale<sup>8</sup>.

L'expérience montre que le recours judicieux à ces stratégies langagières conduit à un type de communication qui favorise, s'agissant des patients, leur adhérence au traitement et augmente leur satisfaction en rapport avec les soins qui leur sont prodigués (Ford et al. 1996; Razavi et al. 2000; Loge et al. 1997 ; Fallowfield et al., 2002 ; Wilkinson et al. 2008). Pour ce qui est du personnel soignant, tout indique que le bon maniement de ces stratégies langagières conduit à davantage de satisfaction dans l'exécution des tâches à remplir et limite le stress et le burnout (Fallowfield, 1995, Delvaux et al. 2004 ; Libert et al. 2007). Enfin, il convient de signaler que l'efficacité des CST en termes de pratique clinique a été clairement démontrée au travers de diverses études contrôlées et randomisées (Fallowfield et al. 2002, Liénard et al., 2010), dans la mesure où les participants à ce type de formations apparaissent davantage enclins à adopter un style communicationnel centré sur le patient, par exemple, en investiguant, davantage dans les consultations avec leurs patients certaines dimensions psychosociales telles que la question du travail ou de la vie affective (Rao et al. 2007 ; Barth 2011).

#### **1.4 La prise en charge de la patientèle migrante**

On le sait, les populations amenées à fréquenter les systèmes de soins sont, en Suisse comme dans de nombreux pays, aujourd'hui de plus en plus diversifiées en termes d'appartenance linguistique et socioculturelle. L'essentiel de cette diversité s'explique par l'intensification et la globalisation des mouvements migratoires. A cet égard, plusieurs études montrent que dans les sociétés occidentales, la

---

<sup>8</sup> Sur ce point, cf. <http://www.lacomm.be/>

population migrante n'est pas plus épargnée par le cancer que la population locale (Thomas et al. 2010; Butow et al. 2010). Par ailleurs, divers auteurs insistent sur la vulnérabilité particulière des patients migrants atteints de cancer, vulnérabilité qu'explique en partie une accessibilité réduite au système de soins (Butow et al. 2010).

Bien que conscients que la population migrante résidant en Suisse se révèle hétérogène (OFS, 2014), nous sommes tout de même fondés à 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 (Surbone, 2010; Schyve, 2007). C'est ainsi qu'aux barrières linguistiques et culturelles (Singy et al. 2010) sur lesquelles il n'est pas nécessaire d'insister ici, viennent s'ajouter certains problèmes dans la prise en charge des patients migrants qui constituent de véritables barrières organisationnelles (Pergert et al., 2008 ; Huang, 2009) 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 de la migration, quand il s'agit d'interagir avec eux. Actuellement, la tendance dominante, en Suisse en tout cas, est de raisonner en la matière en se fondant sur la notion de compétence clinique transculturelle (CCT). Ainsi, plusieurs auteurs adoptent la position de Betancourt (2003, 2010) selon lequel ce type de compétence doit être comprises en termes de savoir (connaissances théoriques), de savoir-faire (aptitudes pratiques) et de savoir-être (attitudes). Pour Hudelson et Stalder (2005), les CCT renvoient à la capacité de travailler efficacement avec des patients d'origines diverses. Ces auteures soulignent l'évolution du concept de « compétences transculturelles », d'un concept centré auparavant spécifiquement sur la diversité ethnique vers une définition actuelle plus globale comprenant une multitude de dimensions de la diversité comme le genre, l'âge, le statut social, les handicaps, l'orientation sexuelle, etc. Dans le cadre de la présente étude, les CCT sont à

comprendre comme un ensemble de connaissances et de postures attitudeles susceptibles de permettre à des cliniciens en oncologie d'interagir de manière efficiente avec des patients qui présentent des profils sociolinguistiques et socioculturels variés.

Aujourd'hui, il existe un certain consensus admettant que les CCT peuvent être l'objet d'un enseignement et que la formation des cliniciens aux CCT représente une stratégie en vue d'améliorer la prise en charge des patients d'origines linguistiques et socioculturelles diverses. A cet égard, de nombreuses recherches (Betancourt, 2003 ; Hudelson et Stalder 2005 ; Smith et al. 2007 ; Park et al. 2009 ; Seeleman et al. 2009; Althaus, 2010) ont mis en évidence les objectifs d'enseignement que s'assignent les diverses formations aux CCT existantes. Une prise en compte de ces recherches ainsi que le retour d'expérience issu de nos propres travaux en lien avec la problématique des interactions entre population migrante et personnel soignant (Guex & Singy, 2003 ; Singy et al. 2008) nous conduisent à l'établissement d'une liste des principaux objectifs qui méritent – ou, pour certains, mériteraient – de retenir l'attention des responsables d'une formation ou d'une sensibilisation aux CCT. Parmi ces objectifs, on peut citer :

- a) Comprendre l'importance de la sensibilisation à la diversité culturelle et sociale et de la formation aux compétences transculturelles ;
- b) Connaître les caractéristiques des populations soignées (démographies, épidémiologies, disparités en matière de santé) ;
- c) Comprendre la variabilité socioculturelle des représentations de la maladie, des attitudes face à la santé et des attentes en matière de soins ;
- d) Reconnaître que les appartenances socio-culturelles des patients et les stéréotypes des cliniciens peuvent avoir un impact sur la qualité des soins ;
- e) Identifier les préférences des patients comprises en termes de prise de décision ;

- f) Identifier les sources principales des problèmes de communication transculturelle ;
- g) Etre capable de recourir à des techniques de communication transculturelle ;
- h) Etre capable de travailler adéquatement avec les proches et la famille des patients ;
- i) Etre capable de travailler efficacement avec les interprètes professionnels ;
- j) Etre capable de tenir compte des questions liées au genre et à la sexualité.

Il importe de signaler ici qu'en dernière analyse, les CCT évoquées à l'instant constituent autant de savoirs, savoirs faire et savoirs être dont l'activation par les soignants concourt à assurer une communication efficiente quant à la pleine prise en charge de leurs patients migrants. En effet la communication telle qu'elle est entendue dans ces pages ne saurait être comprise au sens étroit du terme (émetteur, canal, récepteur) mais bien dans celui que lui réservent la pragmatique et la sociolinguistique (Cosnier et al. 1993 ; Charaudeau, 1995) 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.

### **1.5 La patientèle migrante en oncologie et la question de la communication**

Pour l'heure, force est de constater que les formations 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 (Lubrano et al. 2009). Dans l'espace anglophone, on note pourtant certaines tentatives pour mettre en place des formations aux compétences transculturelles qui s'adressent

à des oncologues (Surbone 2006 ; Surbone 2010). A cet égard, il convient de relever l'existence d'une étude relativement récente américaine (Quinn, 2011) qui a pour visée une évaluation des besoins en formation des cliniciens en oncologie amenés à prendre en charge une patientèle d'origine hispanique. Les auteurs de cette étude sont d'avis que l'acquisition des compétences à la communication transculturelle est une question fondamentale pour les cliniciens en oncologie. Ces mêmes auteurs identifient deux axes prioritaires pour lesquels les soignants qu'ils observent se montrent vivement intéressés à recevoir une formation :

- i) la communication de thèmes délicats ;
- ii) le travail en triade avec les interprètes.

Dans le contexte francophone, la mise sur pied d'un enseignement formalisé à la communication avec des patients migrants reste encore à un stade expérimental. A ce titre, il n'existe, à notre connaissance, qu'une seule recherche belge qui a pour but d'évaluer les difficultés des cliniciens d'une unité d'hémo-oncologie dans la prise en charge des patients d'origines culturelles diverses (Maccioni, 2011). Cette étude met en évidence le fait que la plupart des cliniciens soumis à l'investigation rencontrent des difficultés liées à des questions de communication avec leurs patients migrants, tout comme à l'intervention des familles de ces derniers jugée comme étant inadéquate (Boeur, 2011).

Pour ce qui est de la situation en Suisse, un examen du contenu des CST qui s'adressent aux cliniciens en oncologie montre que ces formations n'incluent pas de sensibilisation à la problématique liant cancer, communication et diversité linguistique et socioculturelle. Certes, une part de ces cliniciens peut être au bénéfice d'une sensibilisation à la prise en charge de patients migrants dans la mesure où certains hôpitaux offrent une telle sensibilisation depuis peu (*Migrants friendly hospitals*)<sup>9</sup>. Il reste que ce type de sensibilisation, en raison de son format (Bodenmann, 2011), n'a pas pour objectif de faire prendre

---

<sup>9</sup> Cf. Programme national Migration et santé 2014-2017. OFSP.



conscience des enjeux communicationnels spécifiques à chacune des spécialités médicales.

Face à pareil constat, il n'est pas déraisonnable de se demander si celui-ci n'entre pas en dissonance avec l'un des objectifs cardinaux de la Stratégie nationale contre le cancer qui insiste pour que l'ensemble des personnes vivant en Suisse bénéficie « des mêmes conditions et des mêmes chances en matière de prévention, de diagnostic, de traitement et de réadaptation. » (OFSP, 2014, p. 17), tout comme avec la recommandation édictée par l'OFSP dans le cadre de sa stratégie « Migration et Santé 2008-2013 » qui attend des acteurs de santé qu'ils s'engagent à acquérir des compétences transculturelles dans le cadre de formations<sup>10</sup>.

## **1.6 Objectifs**

Comme en témoigne le contenu de la problématique exposée à l'instant, la question des compétences transculturelles en oncologie est peu investiguée – pour ce qui touche au domaine des interactions avec les patients migrants en tout cas. Son intégration dans les formations de base et continues à disposition des cliniciens travaillant dans le monde de l'oncologie est pour l'essentiel encore à venir. De ce point de vue, il y a donc grande nécessité à conduire des études focalisées sur la thématique de la prise en charge des patients migrants atteints d'un cancer (Reich, 2008).

La présente recherche vise précisément à produire des résultats allant dans ce sens. En effet, elle vise à cerner, en sondant le point de vue de cliniciens en oncologie, les barrières linguistiques, socioculturelles et organisationnelles pouvant limiter la pleine portée d'une pratique clinique centrée sur le patient qu'il s'agit d'exercer en face de personnes migrantes souffrant d'un cancer. En outre, cette recherche cherche à porter au jour les éventuels souhaits de la part de ces mêmes cliniciens de disposer de moyens en vue de lever ces barrières.

---

<sup>10</sup> Cf. Programme national Migration et santé 2008-2013. OFSP.

Pour des raisons de faisabilité, notre investigation a pour terrain d'observation la seule Suisse romande où tout indique que le plurilinguisme individuel du personnel soignant suisse (très souvent au bénéfice d'une maîtrise de l'allemand et/ou de l'anglais) ou étranger (généralement originaire de pays limitrophes ou de l'UE) ne répond pas à lui seul aux besoins engendrés par le plurilinguisme social attesté dans les structures de soin et lié au poids et à la diversité de la population étrangère résidente en Suisse (Bodenmann et al. 2011).

En termes opératoires, l'étude dont il est rendu compte ici présente quatre objectifs principaux. Le **premier** d'entre eux vise à investiguer les difficultés que les cliniciens en oncologie de Suisse romande rapportent en lien avec la diversité linguistique et socioculturelle de leurs patients. Concrètement, on peut résumer le contenu de cet objectif comme suit:

En rapport avec cette diversité, il s'agit dans un premier temps de comprendre à quelle fréquence les cliniciens en oncologie exerçant dans les limites de la Suisse romande rencontrent des difficultés pour interagir adéquatement avec leurs patients.

Dans un second temps, il s'agit de déterminer dans quelle mesure, si elles sont rapportées, ces différentes difficultés sont jugées problématiques par les cliniciens. Sont postulés différents types de difficultés dont certaines sont liées à l'absence de ressources au plan institutionnel (ex. accès difficile aux interprètes professionnels, manque de matériel traduit en langues des patients, absence de spécialistes en clinique transculturelle), alors que d'autres renvoient à des compétences spécifiques faisant défaut chez les cliniciens eux-mêmes (ex. savoir travailler avec des interprètes, manque de connaissances sur les conditions de vie des migrants en Suisse).

Le **deuxième** objectif de l'étude a pour but d'obtenir un aperçu des intérêts des cliniciens en oncologie en termes d'acquisition de connaissances et de formation aux compétences cliniques transculturelles. Pour atteindre cet objectif, une double investigation s'avère nécessaire :

Premièrement, il s'agit de savoir quelle part de la population de cliniciens en oncologie de Suisse romande a déjà bénéficié de formation pour une meilleure prise en charge des patients

d'horizons linguistique et culturelle variés. Deuxièmement, il s'agit d'évaluer le degré d'intérêt que les cliniciens portent aux divers aspects susceptibles d'être inscrits au menu d'une formation en clinique transculturelle en oncologie.

Le **troisième** objectif tient dans la mise en évidence de l'incidence d'un certain nombre d'identités sociales des cliniciens en oncologie soumis à l'enquête sur l'orientation des réponses qu'ils ont livrées à notre questionnement. En regard de la littérature, quatre de ces identités sociales ont été retenues ici en qualité de variables de contrôle pour les raisons suivantes:

- **Le genre**

De nombreuses études ont clairement mis en évidence que le personnel soignant féminin tend, au total, davantage à exercer une pratique clinique centrée sur le patient que les soignants hommes. Une méta-analyse de grande envergure (Roter & Hall, 2005) montre ainsi que les femmes médecins inclinent en général plus que leurs homologues masculins à mettre en œuvre dans leurs consultations des compétences communicationnelles caractéristiques d'une pratique clinique centrée sur le patient, telles la pose de questions ouvertes ou l'investigation de certaines dimensions psychosociales. A cet égard, une étude conduite en Suisse romande auprès de généralistes et centrée sur le discours médico-préventif du sida va dans le même sens (Singy, 2004). En effet, celle-ci montre, par exemple, que les femmes médecins de l'échantillon interrogé apparaissent davantage formuler leurs questions en termes ouvrants et déculpabilisants que ne le semblent faire les hommes. Dans ces conditions, on peut s'attendre à ce que la variable genre soit une source de variabilité des réponses dans le cadre de la présente étude.

- **L'âge**

En Suisse, les formations à la communication pour les cliniciens en oncologie (CST) constituent une réalité relativement récente. Le suivi d'une de ces formations pour l'obtention d'un FMH en oncologie est nécessaire depuis moins d'une dizaine d'années (Stiefel et al., 2010). On peut donc poser que les cliniciens en oncologie les plus âgés sont moins nombreux que leurs cadets à être au bénéfice de CST, lesquelles

sensibilisent largement leurs participants aux enjeux d'une pratique clinique centrée sur le patient.

- **La profession**

Tout indique que la profession des répondants représente une source de disparité des réponses. On sait qu'il existe une répartition différente des tâches entre membres du corps infirmier ou membres du corps médical, tâches qui appellent à une activation de compétences langagières spécifiques. Ainsi, l'annonce du diagnostic est l'apanage exclusif du médecin. Par ailleurs, davantage en première ligne que les médecins, les personnels infirmiers apparaissent particulièrement sollicités au plan interactionnel par les patients et leurs proches, comme en témoigne plusieurs études impliquant des patients atteints d'une maladie grave (Verhallen et al. 2004 ; Winterburn & Wilkinson, 2010). Devant cet état de fait, on peut formuler l'hypothèse selon laquelle les difficultés communicationnelles que rencontrent médecins et infirmier-e-s exerçant en oncologie ne sont pas toutes de même nature.

- **Le lieu d'activité**

La population migrante résidente en Suisse ne se répartit pas de manière uniforme sur l'ensemble du territoire. Elle est de toute évidence davantage concentrée dans les grands centres urbains que dans les localités de petite ou de moyenne importance. A ce titre, on peut citer une étude récente conduite à Lausanne qui révèle que près de 40% de la patientèle du CHUV est de nationalité étrangère (Masson, 2010). Dans ces conditions, tout porte à croire que les cliniciens en oncologie travaillant dans les grands centres urbains sont amenés à rencontrer de manière beaucoup plus fréquente que les autres des patients migrants et leurs proches. Les barrières d'ordre linguistique, socioculturelle et organisationnelle ont, de ce fait, toute chance de varier – en nature et en intensité – selon le lieu de pratique des cliniciens. Dans le même ordre d'idée, on peut penser qu'en raison de considérations économiques, les cliniciens en oncologie installés en cabinet ou exerçant en clinique privée rencontrent clairement moins souvent de patients migrants que les cliniciens travaillant dans des

structures hospitalières étatiques. Cette disparité peut elle aussi conduire à une variabilité des réponses à notre questionnement.

Enfin, notre étude présente un **quatrième** et dernier objectif qui est à mettre en rapport avec la situation linguistique de la Suisse romande. Cette dernière est composée de plusieurs régions où le bilinguisme français/allemand constitue une réalité de fait comme de droit. Aussi, il nous est apparu pertinent d'explorer les difficultés que peuvent rencontrer des cliniciens en oncologie exerçant dans des zones bilingues, comme Fribourg ou Bienne, difficultés qui touchent à la diversité linguistique et culturelle, cette fois-ci intra-nationale :

Concrètement, il s'agit d'une part, d'évaluer dans quelle mesure les cliniciens en oncologie, maîtrisant, respectivement, le français ou les deux langues (français et allemand), rencontrent des difficultés avec leur patientèle germanophone et, d'autre part, d'explorer, le cas échéant, la nature de ces difficultés.

Les objectifs attachés à notre étude sont maintenant présentés. Reste encore à livrer les différents moyens mis en œuvre en vue de les atteindre. C'est précisément le contenu du chapitre qui suit.



## 2. Méthode

### 2.1 Introduction

Le plan d'observation adopté en vue d'atteindre les objectifs assignés à l'enquête repose sur une double approche : **qualitative** au travers d'entretiens en face à face et **quantifiée** au travers d'une enquête d'envergure. Les entretiens exploratoires, qui ont été conduits auprès d'experts et de représentants de notre population cible, avaient pour visée principale de concourir à l'élaboration du questionnaire à la base de l'enquête à large échelle. Ces entretiens avaient également pour but de favoriser une entrée sur le terrain et de livrer des éléments de contenu susceptibles d'éclairer certains profils de réponses – forcément brèves – apportées à notre questionnaire. Est donné en annexe le protocole du questionnaire.

Point d'importance, le plan d'observation de la recherche, lequel inclut le formulaire de consentement, a été soumis pour approbation au Comité d'éthique du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois pour avis présidentiel qui l'a approuvé sans modification à apporter.

### 2.2 L'enquête exploratoire

L'approche qualitative de notre projet de recherche se fonde sur des données obtenues au travers d'un nombre limité (une dizaine environ) d'entretiens semi-structurés. Ces derniers ont été conduits auprès de cliniciens exerçant dans le domaine oncologique et d'experts dans le domaine de la communication en oncologie, des CCT et de la formation. Lors du recrutement des personnes interrogées, on a pris soin de respecter une certaine « représentativité » que ce soit en termes de statuts au plan professionnel (médecin versus infirmier),

d'appartenances cantonales (ex. canton officiellement monolingue versus canton bilingue) ou en termes de lieu de pratique (hôpitaux universitaires ou autres).

Les protocoles sur lesquels reposent les entretiens ont été établis de sorte à interroger plusieurs aspects de la problématique liant patientèle migrante en oncologie et enjeux communicationnels. Le protocole construit pour les entretiens avec les cliniciens investigate les principaux éléments suivants :

- L'expérience de la prise en charge de patients migrants et les difficultés y attendant (difficultés d'ordre sociolinguistique, culturel, émotionnel, organisationnel) ;
- La nature des moyens et des ressources à disposition pour le contournement de ces difficultés (ex. présence d'interprètes professionnels, documentation rédigée en plusieurs langues) ;
- Le rôle des codes paraverbaux et non verbaux dans la prise en charge de patients migrants ;
- Les éventuelles formations (CCT ou CST) déjà suivies ;
- Les besoins et souhaits en termes de formation à la communication avec patients migrants centrée spécifiquement sur le domaine oncologique ;
- (pour les cliniciens pratiquant en zone bilingue seulement), les difficultés d'ordre communicationnel et organisationnel dans la prise en charge de patients germanophones, les éventuelles différences et similitudes avec la prise en charge des patients migrants.

Pour ce qui est du protocole des entretiens avec les experts, il s'articule autour de trois grands axes thématiques:

- Les facteurs susceptibles d'expliquer l'absence de la problématique de la communication avec des patients migrants dans les formations en oncologie ;



- La nature des difficultés rencontrées par les cliniciens en oncologie dans leurs interactions avec des patients migrants et les ressources à mobiliser pour pallier ces difficultés ;
- La nécessité d'intégrer des enseignements aux CCT dans les formations des cliniciens en oncologie, tout comme le format et le contenu à envisager pour ces enseignements.

C'est en signant un formulaire de consentement *ad hoc* que les personnes interrogées dans cette partie qualitative de l'investigation ont donné leur accord de participation à l'étude. En ce qui concerne le traitement des données, signalons que les entretiens ont été, pour l'essentiel, retranscrits et ont été soumis à une analyse de contenu de type sémantique/thématique (cf. Annexe).

### **2.3 L'enquête à large échelle**

Notre choix s'est porté sur le questionnaire comme instrument de production des données pour l'enquête à large échelle en raison du double avantage qu'il présente. D'une part, il permet d'atteindre un nombre important de personnes dans un temps raisonnable. D'autre part, il garantit l'anonymat aux enquêtés qui peuvent le remplir à tout instant et hors de vue de l'enquêteur. Au plan du contenu<sup>11</sup>, le questionnaire présente quatre sections distinctes :

- La première section réunit un certain nombre de questions centrées sur les difficultés pouvant être rencontrées devant la diversité linguistique et culturelle des patients dans l'expérience clinique ;

---

<sup>11</sup> Celui-ci est le résultat de recherches bibliographiques, de notre enquête exploratoire et de questionnaires existants : Cf. Questionnaire de l'« Enquête sur la prise en charge de patients migrants : automne 2010 » de l'équipe du projet MFH des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) (document interne). Questionnaire du projet pilote de l'« Enquête sur la prise en charge de patients migrants » de l'équipe MFH de la Policlinique Médicale Universitaire du CHUV :

[http://www.reiso.org/IMG/pdf/MFH\\_phase\\_A\\_Analyse\\_situation\\_initiale.pdf](http://www.reiso.org/IMG/pdf/MFH_phase_A_Analyse_situation_initiale.pdf)

- La deuxième section rassemble une batterie de questions visant à investiguer les souhaits des cliniciens en oncologie en termes de connaissances et de formations à la transculturalité ;
- La troisième section concerne la récolte des données socio-biographiques des répondants. En l'occurrence, sont recensés le genre, l'âge (en fonction de tranches de 10 ans) la profession, le lieu de pratique (cabinet privé, clinique privée, hôpital public), le canton d'exercice professionnel, le pays d'origine, la langue première (langue maternelle) et l'étendue du registre linguistique à disposition pour la conduite d'une consultation ;
- Enfin, la quatrième et dernière section du questionnaire, qui ne s'adresse qu'aux cliniciens en oncologie exerçant dans des régions bilingues comme Bienne, Fribourg, etc. réunit des questions visant à explorer les difficultés de communication pouvant être rencontrées dans des consultations impliquant des patients germanophones.

#### **2.4 Le pilotage du questionnaire**

Une première version du questionnaire a été distribuée à quelques médecins et infirmier-ère-s en vue de procéder à son pilotage. Le but était double. Il s'agissait de s'assurer de la clarté des questions formulées et d'évaluer le temps de passation. Concrètement, nous avons eu un entretien avec chacune des personnes soumises à ce prétest en discutant la forme et le contenu de l'ensemble des items du questionnaire. Cette opération a conduit à un léger rajustement formel de notre instrument d'observation (le libellé de quelques questions a été modifié). Elle a par ailleurs pleinement confirmé la validité de notre questionnement. Signalons enfin que les personnes impliquées lors de ce prétest se sont rejointes pour considérer que le temps de passation ne dépassait pas les sept à huit minutes.

## **2.5 La passation du questionnaire**

Le questionnaire a été administré sous forme électronique. Il a été envoyé aux adresses e-mail des cliniciens en oncologie de la Suisse romande accompagné d'un message explicatif sur l'enquête. La période de passation du questionnaire s'est étendue sur trois mois, entre juin et août 2013, avec deux relances effectuées mi-juillet et mi-août.

Avant la passation du questionnaire, il a été décidé de prendre contact avec les chefs de service et les responsables de soins des services oncologiques dans tous les cantons concernés par l'enquête. Cette démarche avait pour but d'obtenir les adresses électroniques mises à jour des équipes soignantes. Conscients des difficultés que rencontrent les infirmières et les infirmiers pour consulter leur messagerie électronique, nous avons proposé régulièrement aux responsables de soins si une version papier du questionnaire leur semblait préférable. Cette option a été retenue par trois équipes (travaillant au sein des hôpitaux de Fribourg et de Bienne et dans une clinique lausannoise). Pour ces équipes, les questionnaires ont été envoyés par courrier et sans relance. Les versions papier ont été récupérées à la fin du mois d'août 2013. C'est un membre de l'équipe de recherche qui a entré les réponses des enquêtés concernés dans la base de données.

## **2.6 La population soumise à l'enquête**

La population cible de la présente recherche est formée des cliniciennes et cliniciens (personnel infirmier et corps médical) exerçant dans le domaine oncologique, que ce soit au sein de structures hospitalières publiques et dans des cliniques ou, pour les médecins, en cabinet privé. Le recrutement a concerné l'ensemble des cantons de Suisse romande, ainsi que la partie francophone du canton de Berne. Dépourvue d'une base de sondage regroupant, sans omission, l'ensemble des cliniciens en oncologie ou de données statistiques liées à la démographie caractérisant ces cliniciens, l'équipe de recherche a été dans l'incapacité de construire un échantillon fondé sur les techniques probabilistes ou empiriques. C'est la raison pour laquelle il a été décidé de tenter d'atteindre le plus grand nombre possible de cliniciens travaillant dans le domaine de l'oncologie, au travers d'un recensement

par nos propres moyens, des divers hôpitaux, cliniques et cabinets concernés par cette spécialité.

Au total, le questionnaire aura été adressé à plus de 320 personnes, essentiellement, comme on vient de le dire par voie électronique<sup>12</sup>. A noter que plus d'une vingtaine d'adresses électroniques à notre disposition se sont avérées sans récepteurs, comme semblait l'indiquer une réponse automatique à notre envoi.

## **2.7 L'analyse des données**

Les données obtenues au travers de notre questionnaire ont été soumises à une analyse statistique. Compte tenu de la nature nominale des données récoltées, deux procédés descriptifs ont été retenus. Outre une analyse fréquentielle, nous avons procédé à une analyse comparative. Pour assurer une telle analyse, plusieurs techniques statistiques sont possibles. A été retenue ici l'estimation du modèle de la variable dépendante ordonnée (Ordered Dependent Variable Model) du logiciel E-views. Seuls les résultats attachés aux variables significatives au seuil de .05 ont fait l'objet d'une analyse détaillée – et illustrée au travers d'une représentation graphique – dans le présent volume.

---

<sup>12</sup> A cet égard, il faut préciser qu'un tout petit nombre de ces adresses électroniques étaient communes et permettaient à plusieurs personnes de remplir le questionnaire. Cet état de fait nous empêche de connaître avec exactitude le nombre de questionnaires envoyés.

# Résultats choisis



# **1. Les apports de l'approche qualitative**

## **1.1 Le contenu des entretiens exploratoires**

Tous les entretiens individuels semi-dirigés avec des cliniciens en oncologie et des personnes expérimentées dans les formations de type Communication Skills Training (CST) ont été menés entre octobre 2012 et janvier 2013. Au total, notre collectif est formé de neuf personnes. Pour la composition de ce collectif, nous avons pu établir un équilibre entre experts et cliniciens en oncologie, tout comme entre médecins et personnel infirmier. S'agissant du lieu d'exercice des cliniciens interrogés, il faut relever que la moitié provenait de cantons officiellement monolingues et l'autre moitié de cantons officiellement bilingues. La durée moyenne de ces entretiens varie entre 30 minutes et une heure. Ils ont été conduits sur le lieu de travail des répondants, lesquels ont tous autorisé la présence d'un enregistreur durant le temps de l'entretien.

On rappellera que les entretiens avaient pour mission le recueil de données relatives aux difficultés que les cliniciens en oncologie rencontrent avec des patients de langue et de culture étrangères aux leurs propres. Mais ces entretiens visaient aussi à produire des données touchant, d'une part, aux ressources dont les cliniciens soumis à l'enquête disposent – ou ne disposent pas– pour faire face à ces difficultés, et, d'autre part, à leurs éventuelles attentes en matière de formation.

Comme on l'a dit plus haut, les cliniciens exerçant en zone bilingue ont été interrogés sur leurs possibles difficultés à interagir avec des patients germanophones. Concernant les experts interrogés, un accent particulier a été mis sur le format et sur le contenu que devrait offrir

une éventuelle formation à la communication centrée sur la rencontre avec des patients migrants atteints d'un cancer.

Pour des raisons de faisabilité, il n'était pas prévu dans notre planification initiale de procéder à une analyse approfondie des entretiens exploratoires. Cependant, au vu de la richesse du matériel recueilli, nous avons décidé de présenter de manière synthétique les idées force contenues dans ces entretiens.

Deux éléments méritent toutefois d'être signalés. Le premier tient dans ce que la démarche adoptée ici, inspirée par la *grounded theory* (Glaser et Strauss, 1967), nous a mené à procéder à une alternance continue entre conduite des entretiens, analyse partielle des données et évolutions des protocoles d'entretien. Le second élément réside dans le fait que nous avons volontairement renoncé à livrer des verbatims en vue de garantir un total anonymat des répondants. C'est aussi un discours avant tout collectif et plus ou moins consensuel dont il est rendu compte ici.

### **1.1.1 Difficultés rencontrées et ressources mobilisées**

Tout comme le rapporte la littérature à propos de soignants observés sur d'autres terrains d'enquêtes (*supra*), les cliniciens de notre échantillon insistent sur des difficultés dans leur prise en charge de patients migrants qui s'avèrent essentiellement de trois ordres : linguistiques, culturelles et sociales, organisationnelles.

Il est à noter que **les difficultés linguistiques** sont considérées par tous nos enquêtés comme étant la principale barrière à la communication avec leurs patients migrants. A cet égard, quand clinicien et patient ne partagent pas de langue commune, il est courant de faire appel aux proches du patient pour pouvoir interagir avec lui. Lorsqu'un patient n'est pas accompagné, les cliniciens font en général appel à des collègues plurilingues capables de s'exprimer dans les deux langues. Le plus souvent, il s'agit de personnel non clinicien comme par exemple une secrétaire ou une aide soignante. Nos cliniciens rapportent que le recours à un interprète professionnel n'est pas une pratique courante, ce dernier étant plutôt convoqué quand il s'agit de transmettre au patient des informations médicales importantes. Interrogés sur leur



expérience avec un tiers traduisant non professionnel, les enquêtés se retrouvent pour constater que ni les proches du patient (famille, amis), ni les collègues de travail non cliniciens, ne sont préparés ou armés pour transmettre des messages au contenu lourd et faire face au choc émotionnel que peut provoquer pareille tâche.

A la lumière de leur expérience dans le domaine oncologique, la plupart des cliniciens interrogés insistent sur le fait que les proches amenés à assurer la traduction jouent, en fait, un rôle polyvalent auprès des patients. Tout d'abord, Il apparaît que ce type de proches se révèlent être une source de soutien importante pour le patient migrant atteint de cancer, dans la mesure où ils accompagnent celui-ci dans le suivi des traitements, en lui rappelant les informations et consignes reçues à l'hôpital. En outre, ces mêmes proches sont considérés par nos répondants comme des personnes de référence pour les équipes soignantes. Le temps de consultation étant limité, le personnel soignant peut se tourner vers eux en cas de nécessité notamment pour transmettre des informations supplémentaires, des résultats d'examen ou encore pour répondre rapidement à certains besoins du patient. A noter encore que, selon nos enquêtés, le rôle des proches amenés à traduire est particulièrement précieux dans les cas d'hospitalisation où faire appel dans l'instant à un interprète communautaire s'avère très mal aisé.

En résumé, on le voit, le recours aux proches du patient migrant ne se justifie pas seulement, aux yeux des membres de notre collectif, en termes d'instruments susceptibles de faciliter leur pratique clinique, attendu leur insistance quant à la place privilégiée que ces proches occupent dans l'accompagnement du patient migrant oncologique. Il reste que nos répondants émettent une certaine préoccupation s'agissant de la présence dans les settings oncologiques d'un tiers traduisant qu'il soit un professionnel ou un proche. Compte tenu des informations complexes à traduire, certains d'entre eux voient les échanges en triade avec une certaine méfiance. Celle-ci s'explique par le fait qu'ils n'ont aucun contrôle sur l'exactitude des informations traduites. Certains d'entre eux mentionnent à cet égard un double risque : manque de précision en ce sens que tout n'est pas traduit ou

apport surajouté d'informations dès lors que le tiers traduisant livre au patient des commentaires qui lui sont personnels.

La presque totalité du collectif déclare recourir également à d'autres systèmes sémiotiques que le code verbal afin de pouvoir communiquer avec des patients parlant peu ou pas du tout la langue locale. Outre une mise à profit de leur plurilinguisme quand la chose est possible, nos répondants investissent largement, semble-t-il, le domaine des codes non verbaux (dessin, contact visuel, toucher, gestualité). Conscients des limites que ces codes présentent du point de vue de leur puissance sémiotique, ces mêmes répondants disent y faire appel de manière fréquente, notamment quand ils ne peuvent pas disposer des services d'un tiers traduisant, professionnel ou non.

Sur la foi des discours recueillis, les différences **culturelles et sociales** entre cliniciens et patients sont la source de plusieurs difficultés de communication. Selon les experts interrogés ici, l'annonce de mauvaises nouvelles en oncologie est considérée comme une difficulté cardinale car fortement influencée par la culture des patients et les différences sociales en lien avec le genre, l'âge, le niveau d'éducation et le statut de séjour. Ainsi, aborder le diagnostic et le pronostic, modifier un traitement (passage du curatif au palliatif), obtenir le consentement éclairé d'un patient qui ne souhaite pas savoir la vérité, sont autant de situations de grande complexité qui nécessitent l'acquisition de compétences spécifiques par les cliniciens.

A ce propos, les experts interrogés nous rappellent que le cancer n'affecte pas seulement la personne concernée mais également sa famille et, plus généralement, toutes les personnes qui l'entourent. En pratique oncologique, les proches sont reconnus pour jouer un rôle de soutien et de protection pour le patient dans le parcours qu'il doit emprunter afin de s'adapter à la maladie, tout comme à son traitement, et de pouvoir maintenir une qualité de vie. Ces mêmes experts insistent, par ailleurs, sur le fait que les consultations en oncologie se déroulent très souvent en présence de membres de la famille du patient. Mais il est un fait reconnu que le fonctionnement des familles, tout comme leur rôle dans la prise en charge d'un de ses membres malade, varient selon les cultures. C'est la raison pour laquelle les consultations impliquant des patients migrants et des membres de sa

famille peuvent s'avérer délicates dans leur gestion. Certains experts évoquent, par exemple, les settings dans lesquels les membres de la famille ne souhaitent pas que l'information sur le diagnostic soit divulguée au patient. En conséquence, il apparaît nécessaire, pour nos experts, que les cliniciens en oncologie puissent bénéficier de connaissances et de compétences spécifiques pour pouvoir comprendre et satisfaire les attentes des patients – migrants en l'espèce – et de leurs familles et pour pouvoir « négocier » de façon efficiente avec eux tel ou tel aspect de leur prise en charge, cela tout en respectant les règles éthiques en vigueur en Suisse.

Les experts sont en outre d'avis que les cliniciens en oncologie rencontrent des difficultés quand il est question de construire des relations fondées sur le partenariat avec des patients marqués par la différence linguistique et/ou socioculturelle. Il apparaît que ce type de patients tendent à adopter une attitude plutôt obéissante face aux cliniciens et semblent avoir de la peine à jouer un rôle actif dans le processus décisionnel en lien, par exemple, avec leurs traitements. A cet égard, il nous a été rapporté que pour des patients venant de certaines cultures, le médecin est considéré comme une figure d'autorité qui ne saurait être remise en question et comme le seul détenteur du pouvoir décisionnel.

Par ailleurs, les experts tombent d'accord sur le fait qu'il existe toute une série de facteurs aussi bien culturels que sociaux qui influencent les échanges avec les patients et qui, généralement, contribuent à accentuer l'asymétrie relationnelle entre clinicien et patient. A ce titre, il suffit d'évoquer la problématique de l'implication active dans les processus décisionnels, laquelle demande un niveau de connaissances et d'informations de la part du patient que celui-ci n'a pas toujours à disposition.

Enfin, tous les membres de notre collectif se rejoignent pour souligner l'existence de **difficultés organisationnelles** à une bonne prise en charge de type transculturel et qu'expliquent des ressources institutionnelles limitées. Ces difficultés sont mises en rapport avec les politiques des services d'oncologie en matière d'interprètes professionnels, la routine quotidienne en pratique clinique et le

manque de temps pour organiser des consultations avec la présence d'un interprète.

Dans le but d'intégrer et de valoriser certaines compétences transculturelles dans les services oncologiques, plusieurs de nos répondants ont suggéré la création de postes réservés pour des personnes référentes qui seraient formées dans le domaine de la transculturalité et aptes à orienter le personnel soignant dans la prise en charge de patients migrants.

En outre, certains enquêtés voient comme une autre ressource envisageable pour une bonne prise en charge des patients allophones le fait de pouvoir avoir à disposition divers documents rédigés dans un certain nombre de langues. Ces documents devraient concerner non seulement le domaine des directives anticipées ou des consentements mais également le domaine des informations à propos des ressources institutionnelles pour les patients cancéreux (ex. groupes de parole, soutien psychologique), les cancers répertoriés et les traitements y relatifs.

### **1.1.2 Absence de la problématique transculturelle dans les formations en oncologie**

Interrogés sur la place que prend la problématique transculturelle dans les divers types de formations données actuellement en oncologie, les experts déclarent de concert qu'elle est peu investie. Les explications qu'ils apportent sont, de fait, plurielles. Mais la plus récurrente d'entre elles est à mettre en lien avec un certain manque de prise de conscience de l'importance du transculturel en oncologie. A cet égard, nos experts sont assez d'avis que les cliniciens en oncologie se positionnent plutôt dans une logique « universelle » et s'interrogent de façon limitée sur l'influence que les identités sociales et culturelles des patients, tout comme leurs propres identités, peuvent exercer sur les interactions en dyade. A cet égard, ces mêmes experts inclinent à penser que les compétences transculturelles devraient faire partie intégrante de l'approche des soins centrée sur le patient. Il nous a également été rapporté que les priorités des cliniciens en oncologie

portent probablement sur d'autres aspects de la prise en charge des patients cancéreux.

En conséquence, s'agissant des formations de type *bottom-up*, autrement dit construites à partir des préoccupations amenées par les cliniciens en oncologie eux-mêmes, nos experts avancent l'hypothèse selon laquelle la thématique transculturelle étant peu problématisée, c'est d'autres thématiques qui sont privilégiées dans ces formations.

### **1.1.3 Souhaits à la formation**

Quand les experts sont interrogés sur les souhaits des cliniciens travaillant auprès de patients cancéreux en matière de formation à la communication, ils partagent tous l'idée selon laquelle la pratique oncologique actuelle demande l'acquisition de compétences transculturelles de la part des oncologues et des personnels infirmiers afin de pouvoir prendre en charge les patients dans toutes leurs dimensions. Concrètement pour ce faire, il y a, selon les experts, une claire nécessité à aider les cliniciens, qu'ils soient médecins ou infirmiers/infirmières à prendre conscience de l'importance du transculturel dans leur pratique clinique, à faire une auto-analyse de leur propre culture et de la perception qu'ils ont de la culture des autres. Ceci suppose, nous dit-on, une prise en compte du poids du culturel dans les représentations que les patients se forgent à propos de cancer et dans le modèle explicatif qu'ils donnent à leur maladie. Nos répondants insistent par ailleurs sur l'importance qu'il y a à former les cliniciens de sorte à leur permettre de pouvoir adapter leur langage et les informations qu'ils doivent délivrer en fonction de la diversité linguistique et culturelle des patients.

Dans le même ordre d'idées, la concordance de genre et les échanges portant sur la vie intime et sexuelle sont considérés par nos répondants comme des axes théoriques qui devraient véritablement être intégrés dans une formation à la communication impliquant des compétences transculturelles. Par ailleurs, l'ensemble des répondants soulignent la nécessité de former les cliniciens en oncologie à la collaboration avec un interprète communautaire et, plus généralement, à la pratique

clinique qui appelle la présence d'un tiers traduisant, professionnel ou non.

#### **1.1.4 Gestion de la patientèle germanophone**

Sur la foi de leur expérience, les répondants provenant de régions bilingues sont clairement d'avis que la prise en charge des patients souffrant d'un cancer présente des difficultés au plan communicationnel qui sont d'une tout autre nature que celles concernant les patients migrants. Dans les faits, les patients germanophones sont présélectionnés à l'accueil et ventilés, dans la mesure du possible, en fonction des langues parlées par les cliniciens. Mais, il arrive dans la pratique qu'il soit impossible d'assurer la concordance des langues entre patients et cliniciens, admis que tous les cliniciens ne sont pas bilingues ou au bénéfice d'une maîtrise suffisante de l'allemand ou du dialecte. Dans de telles situations, nos répondants de régions bilingues considèrent l'existence potentielle de trois cas de figure :

- i) l'entretien clinique peut se dérouler dans la langue seconde du patient, en l'occurrence en français, ce qui serait susceptible de provoquer dans certains cas du mécontentement chez le patient germanophone qui estime, à juste titre, avoir le droit de s'exprimer dans sa langue maternelle au sein d'une structure sise dans un canton officiellement bilingue ;
- ii) l'entretien clinique peut avoir pour langue de communication l'allemand en dépit d'une maîtrise lacunaire de cette langue par le clinicien et de toutes les limites qu'un tel type d'échange peut présenter ;
- iii) le troisième cas de figure veut que le patient germanophone soit renvoyé à un clinicien bilingue dès lors qu'il n'y a pas de possibilité de recourir à un interprète professionnel. De l'avis des personnes interrogées ce troisième cas de figure ne s'est encore jamais présenté dans les faits, à l'inverse des deux premiers.

Outre son intérêt intrinsèque, le contenu des divers entretiens exploratoires exposé brièvement à l'instant avait pour visée centrale de

concourir à la construction du questionnaire à la base de notre enquête à large échelle. C'est précisément aux réponses à ce questionnaire qu'est dévolu le prochain chapitre.





## 2. Les apports de l'approche quantifiée

### 2.1 L'enquête en ligne : profil de l'échantillon

Sur le total des questionnaires envoyés, 152 nous ont été retournés, ce qui fixe aux environs de 50% le taux de réponses à notre enquête. Clairement significative, cette première donnée chiffrée constitue, de notre point de vue, un indicateur de l'intérêt que les soignants en oncologie semblent porter à la problématique de la diversité linguistique et culturelle avec laquelle ils se trouvent confrontés dans leur pratique clinique. Le tableau ci-dessous rend compte du profil des répondants :

**Caractéristiques des répondants**

<b>Variables sociologiques</b>	<b>Valeurs</b>	<b>Fréquences %</b>
Genre	Femmes	80.3
	Hommes	19.7
Profession	Médecins	29
	Infirmiers	71
Age	– de 30 ans	8
	30-39 ans	41.4
	40-49 ans	25
	50-59 ans	20.4
	plus de 60 ans	5.3
Langue maternelle	Français	71.7
	Allemand	9.2

	Italien	6.6
	Espagnol	3.3
	Anglais	2
	Autres <sup>13</sup>	7.2
Pays d'origine	Suisse	56.6
	France	19.7
	Canada	3.9
	Autres <sup>14</sup>	19.6
Lieu de travail	Hôpital universitaire	51.3
	Autre hôpital/clinique	44.7
	Cabinet privé	3.9
Cantons	Berne	3
	Fribourg	14
	Genève	24
	Jura	2
	Neuchâtel	1
	Valais	5
	Vaud	51
Langues dans les consultations	une langue	21
	deux langues	42
	trois langues	23
	plus de trois	14

L'échantillon offre une structure d'ordre relativement conforme aux réalités démographiques du monde de la santé, s'agissant des variables genre et profession. On note ainsi une répartition entre cliniciens femmes (80.3%) et cliniciens hommes (19,7%) qui reflète le fait voulant

<sup>13</sup> Albanais, Hongrois, Vietnamiens, Polonais, Hollandais, Portugais, Arabe, Grec.

<sup>14</sup> Autres pays : Hongrie, Afrique du Sud, Cuba, Danemark, Portugal, Congo Brazzaville, Congo Kinshasa, Autriche, Kosovo, Soudan, Togo, Inde, Brésil, Maroc.

que la grande majorité du personnel infirmier se compose en fait d'infirmières et que la présence des femmes est de plus en plus marquée parmi le corps médical<sup>15</sup>. En outre, il apparaît qu'au sein des services de médecine, le personnel infirmier offre une taille significativement plus élevée que celle du personnel médical<sup>16</sup>. Dans notre échantillon, il apparaît que sept répondants sur dix sont des infirmières ou des infirmiers.

Une ventilation des membres de l'échantillon en fonction de leurs cantons d'exercice professionnel montre que la moitié de ceux-ci proviennent du Pays de Vaud, canton clairement le plus peuplé de Suisse romande. Puis suivent les cantons de Genève – le deuxième canton romand le plus peuplé – avec 24% de répondants et de Fribourg avec un taux fixé à 14%. A noter que plus de 22% des membres de l'échantillon exercent dans un canton bilingue. En rapport toujours avec cette variable d'ordre spatial, il faut relever qu'un peu plus de la moitié des membres du collectif exercent leur activité professionnelle dans un hôpital universitaire.

En termes de générations, il apparaît que toutes les tranches d'âge retenues sont représentées. Dans le détail, on note qu'un répondant sur deux est âgé de plus de 40 ans, attendu que 25% d'entre eux ont entre 40 et 49 ans et 25% plus de 50 ans. En toute logique, il ressort que les classes d'âge numériquement les plus petites sont celles des moins de 30 ans (8%) et des plus de 60 ans (5,3%).

Deux tiers des répondants sont nés en Suisse (56,6%) et en France (19,7%). Suivent les enquêtés natifs du Canada avec un taux de près de 4%. Ces données expliquent l'importance du français parmi la liste des langues maternelles des répondants, puisqu'il concerne plus de 70% des membres de l'échantillon. On relèvera en outre que l'allemand est langue maternelle pour 9,2 % des répondants et l'italien pour près de 7%. Enfin, on notera la présence d'un nombre notable de soignants plurilingues parmi nos répondants. A cet égard, il apparaît que près

---

<sup>15</sup> A titre d'illustration, signalons qu'au 31 décembre 2013, le corps infirmier du service d'oncologie du CHUV est à près de 93% composé de femmes, alors que 60% des médecins sont des femmes.

<sup>16</sup> Pour l'année 2012, les médecins exerçant au CHUV représentent environ 30% du total du personnel soignant.

d'un quart d'entre eux déclarent pouvoir mener une consultation dans trois langues distinctes et même 14% dans plus de trois.

## 2.2 L'expérience clinique face à la diversité linguistique et culturelle

Des difficultés communicationnelles dans leur pratique clinique avec des patients migrants apparaissent comme une réalité effective pour l'ensemble des cliniciens interrogés dans le cadre de l'étude, aucun d'entre eux nous ayant déclaré ne jamais devoir y faire face. Certes, ils ne rencontrent pas tous ce type de difficultés avec la même fréquence. Ainsi, près des trois quarts des membres de l'échantillon disent devoir y faire face « parfois » (59.8%) ou « souvent » (15.8%), alors que pour le quart restant il s'agit de situations qu'ils rencontrent plutôt « rarement » (24.3%).

Dans le but de mieux connaître la nature et l'intensité de ces difficultés, nos répondants ont été invités à se prononcer sur différents éléments susceptibles de rendre délicate ou problématique une rencontre avec un patient de culture et/ou de langue différentes des leurs propres. Concrètement, cette investigation reposait sur une question fermée avec quatre propositions de réponse comprises en termes graduels, en l'espèce, allant de « pas du tout problématique » à « très problématique ». Le tableau suivant rend compte de la répartition des réponses :

Aspects problématiques N=152	Pas du tout problématique	Peu	Moyennement	Très problématique
Partage insuffisant d'une langue commune pour pouvoir bien communiquer	0%	14.5%	38.8%	46%
L'accès à des interprètes professionnels	5.9%	32.9%	44.1%	17.1%

La collaboration avec des interprètes professionnels et/ou des collègues assurant la traduction	17.1%	46.7%	32.2%	3.9%
La traduction assurée par les proches du patient	5.9%	36.8%	42.1%	15.1%
L'investissement requis (ex. durée de la consultation, organisation)	4.6%	20.4%	56.6%	18.4%
Le manque de matériel écrit dans d'autres langues (ex. formulaires de consentement)	5.3%	13.2%	30.9%	50.7%
L'absence de personnes ressources pouvant vous donner des conseils en clinique transculturelle	3.3%	19.7%	50%	27%
Votre manque de connaissances sur les conditions de vie et les statuts de séjour des migrants en Suisse	3.9%	20.4%	56.6%	19.1%
Votre connaissance limitée du réseau de santé et de soutien pour les patients en situation précaire	3.3%	23.7%	49.3%	23.7%
Vos représentations à propos de certains groupes de patients	20.4%	44.7%	28.9%	5.9%
Le niveau de compréhension de patients	2.6%	21%	50%	26.3%

L'implication active des patients dans les prises de décision	2.6%	23.7%	51.3%	22.4%
La présence et le rôle des proches dans les prises en charge	8.5%	36.2%	45.4%	9.9%
Les représentations des patients à propos de la maladie et du système de soin	3.9%	28.3%	48%	19.7%
La discussion de thèmes délicats (ex. fin de vie, sexualité)	6.6%	13.2%	43.4%	36.8%

Avant d'entrer dans le détail des réponses, il importe de relever que la presque totalité des éléments proposés est considérée par plus de la moitié des enquêtés comme étant « moyennement » ou « très » problématiques, quand il s'agit d'interagir avec des patients migrants cancéreux. Seuls deux éléments (collaboration avec des interprètes et représentations à propos de certains groupes de patients) voient les items « peu » et « pas du tout problématique » réunir sur eux une majorité de répondants.

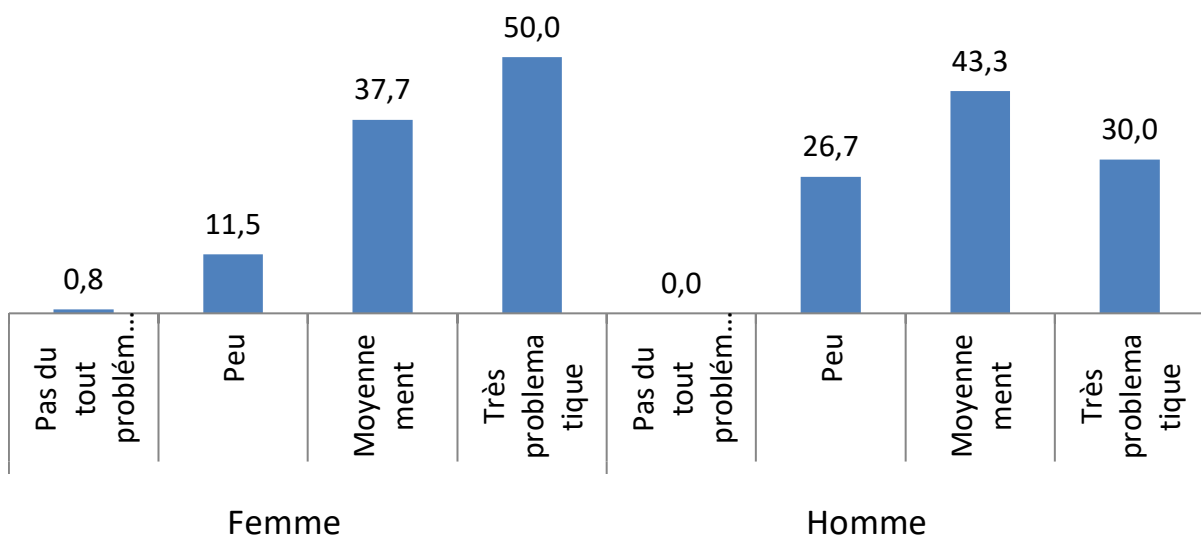
Dans un souci de cohérence, les résultats à cette question fermée sont présentés dans le détail de sorte à mettre en évidence les réponses liées à quatre types de difficultés :

- a) celles qui sont d'ordre linguistique ;
- b) celle en lien avec les ressources institutionnelles ;
- c) celles en lien avec des connaissances lacunaires chez les cliniciens de la réalité vécue par la migration ;
- d) celles en rapport avec la diversité socioculturelle des patients.

### 2.2.1 Difficultés d'ordre linguistique

Trois des éléments de réponses proposés à l'échantillon sont à mettre en relation avec des difficultés d'ordre linguistique. Le premier d'entre eux concerne le partage insuffisant d'une langue commune avec les patients migrants. Comme l'indique le tableau donné précédemment, huit cliniciens sur dix tombent d'accord pour considérer que ce partage insuffisant est source notable de difficultés. Plus concrètement, on relève qu'une petite moitié des répondants (46.6%) tient ce partage insuffisant d'une langue commune comme étant « très problématique » alors qu'il s'avère « moyennement problématique » pour près de 40% de l'échantillon. Seule la prise en compte de la variable genre apparaît ici comme une source de variabilité, statistiquement parlant, des réponses ( $p=.025$ ). Comme le montre le graphique ci-dessous, les cliniciennes (50%) sont clairement plus enclines que leurs homologues masculins (30%) à déclarer que le partage insuffisant d'une langue commune rend « très problématique » une interaction avec un patient migrant. Ces derniers (26.7%) sont deux fois plus nombreux que les femmes (11.5%) à se porter sur l'item « peu problématique ».

**Le partage insuffisant d'une langue commune pour pouvoir bien communiquer ( $p = .025$ )**



La collaboration avec les interprètes professionnels et/ou les collègues assurant la traduction ainsi que la traduction assumée par les proches

du patient sont les deux autres éléments de réponse liés aux difficultés proprement langagières. Ils se réfèrent concrètement aux moyens utilisés par les soignants en oncologie en vue de lever la barrière linguistique.

Une observation détaillée des réponses conduit à deux constats en quelque sorte inversés. Ainsi, s'agissant de la collaboration avec les interprètes professionnels et/ou des collègues assurant la traduction, la majorité des répondants partagent l'opinion selon laquelle cette collaboration est « peu » (46.7%) ou « pas du tout problématique » (17.1%). A l'inverse, ils sont majoritairement d'avis que confier le rôle de traducteur à un proche du patient migrant se révèle être, à leurs yeux, « moyennement » 42.1% ou « très » (15,1%) problématique. Il est encore à relever qu'aucune des variables biographiques ne conduit à une disparité notable des réponses.

### **2.2.2 Difficultés liées aux ressources institutionnelles**

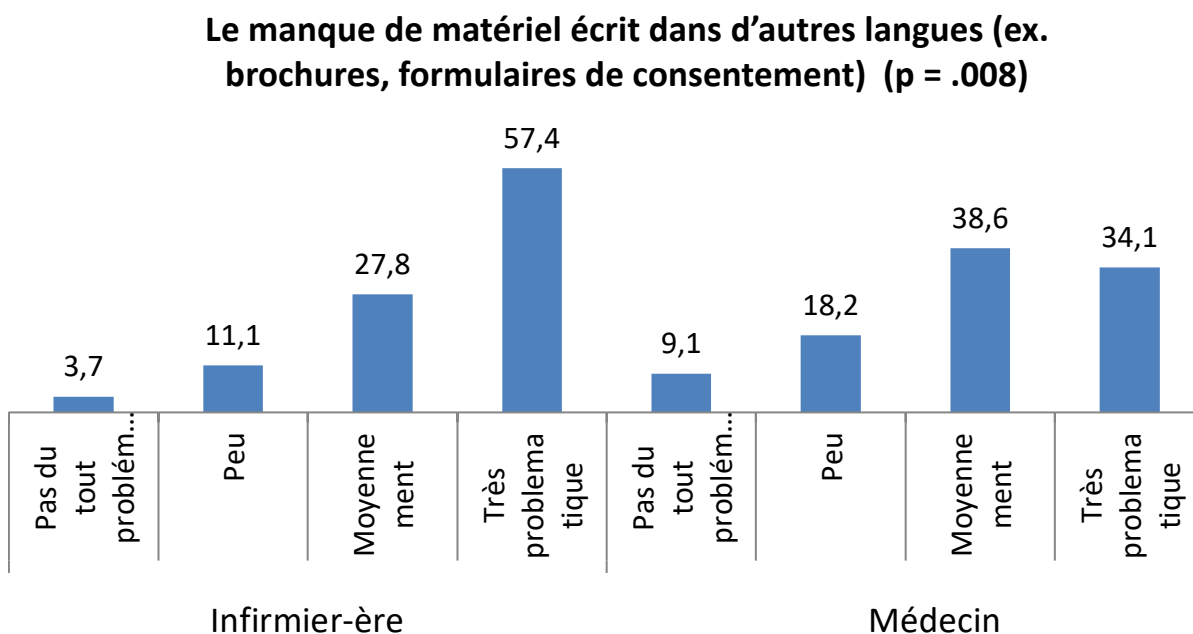
Parmi les informations à retenir concernant certains facteurs limitatifs – du point de vue des ressources institutionnelles – à la prise en charge de patients migrants, figure en bonne place la question de l'accès à des interprètes. C'est du moins ce qu'invitent à penser les réponses d'une majorité des cliniciens interrogés. Ainsi 44.1% d'entre eux se portent sur l'item « moyennement » problématique et 17.1% sur l'item « très » problématique. A peine 6% du collectif se retrouvent pour considérer qu'ils n'ont aucune difficulté à pouvoir disposer, si besoin est, d'un professionnel de la traduction.

Au vu des scores qui lui sont associés, le manque de matériel écrit dans un certain nombre de langues constitue pour une très large part de notre collectif un fort handicap pour interagir adéquatement avec des patients migrants. En effet, huit cliniciens sur dix répondent dans ce sens. Plus concrètement, ce manque de ressources apparaît comme « très problématique » par la moitié des membres du collectif (50.7%) et plus de 30% d'entre eux le considèrent « moyennement problématique ».

La prise en compte de la profession apparaît ici comme une source de claire variabilité des réponses ( $p=.008$ ). Ainsi, comme on peut le lire sur

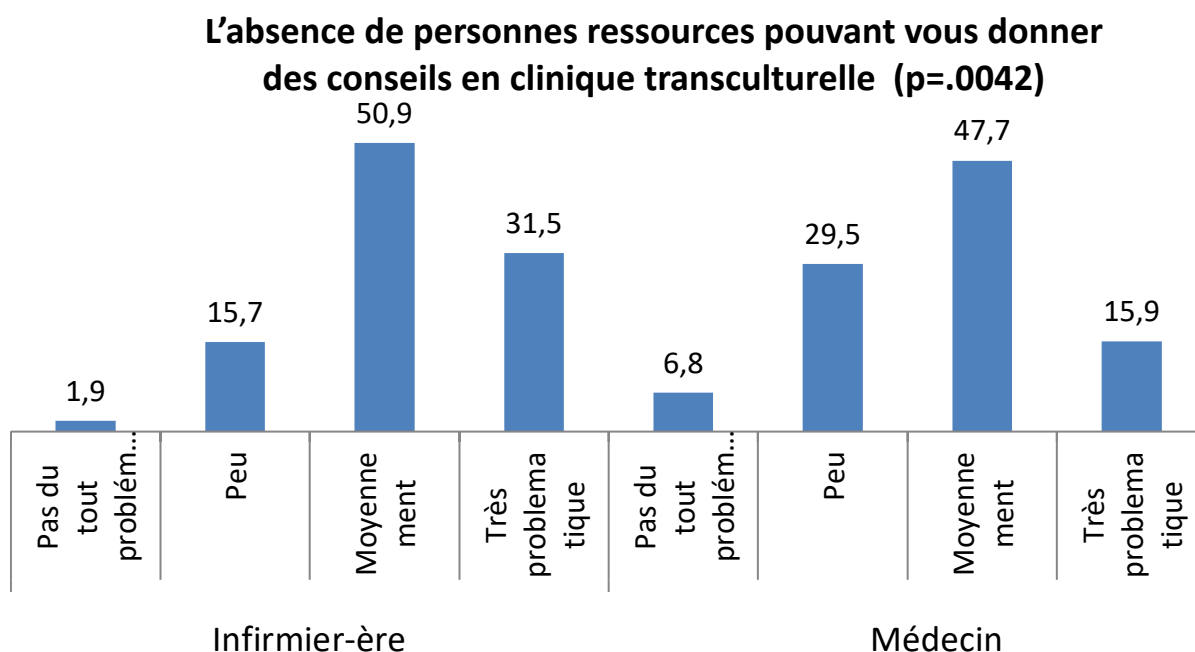


le graphique ci-dessous, le personnel infirmier (57.4%) est nettement plus enclin que le corps médical (34.1%) à tenir pour « très problématique » une absence de documents écrits et disponibles pour les patients migrants atteints d'un cancer.



L'absence de personnes de référence œuvrant dans les structures sanitaires et capables de délivrer des conseils en clinique transculturelle se révèle être une difficulté relevée par nombre des cliniciens en oncologie que nous avons interrogés. C'est ainsi que la moitié d'entre eux, exactement, considère cette absence comme étant « moyennement problématique » plus du quart (27%) comme étant « très problématique ».

La prise en compte de la variable profession aboutit à un résultat statistique hautement significatif ( $p=.004$ ). Comme en témoigne le graphique ci-après, l'essentiel de la variabilité réside dans le fait que les infirmiers et infirmières (31.5%) sont deux fois plus nombreux que les médecins (15.9%) à insister sur le caractère « très problématique » d'une absence, sur leur lieu de travail, de personnes de référence pouvant les instruire en termes de clinique transculturelle.



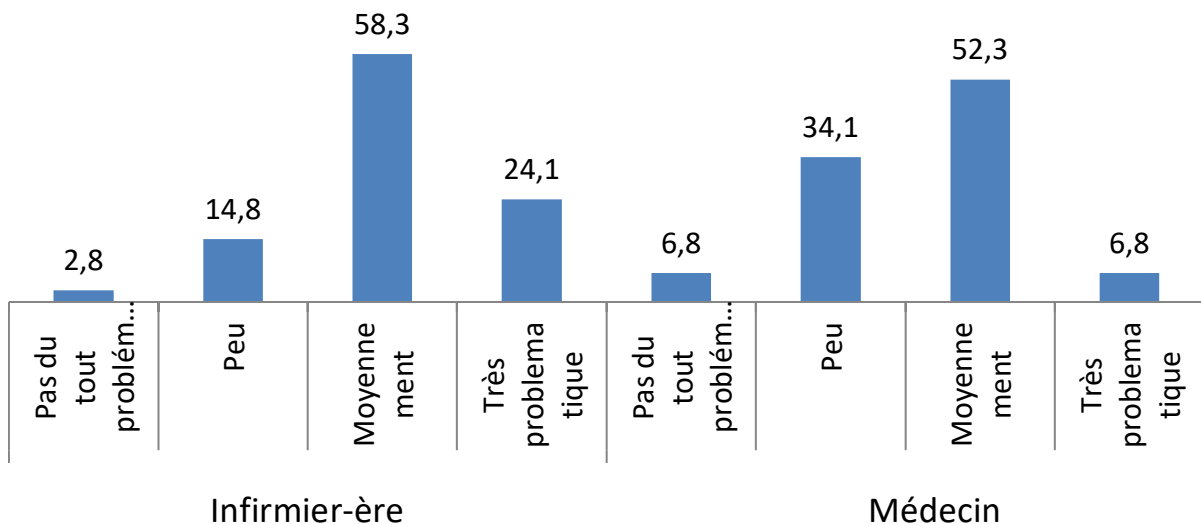
On conclura avec les difficultés liées aux ressources institutionnelles en s'arrêtant sur la question du surplus d'investissement (en termes de durée de consultation par exemple) que peut impliquer une bonne prise en charge – au plan communicationnel – d'un patient migrant. Un examen des réponses apportées montre que la moitié des répondants (56.6%) considère ce surplus d'investissement comme étant « moyennement » problématique et près du cinquième (18.4%) « très » problématique.

### 2.2.3 Difficultés liées à des connaissances lacunaires

Dans notre questionnaire, ce type de difficultés touchent à trois aspects de la problématique santé, migration et communication : les conditions de vie et les statuts de séjour des migrants en Suisse, le réseau de santé et de soutien pour les patients en situation précaire et les représentations des cliniciens à propos de certains groupes de patients. S'agissant tout d'abord d'un manque de connaissances de la part des cliniciens sur les conditions de vie et les statuts de séjour des migrants en Suisse, il apparaît qu'une claire majorité de notre population se retrouve pour voir ce manque de connaissances comme étant un frein à la communication avec les patients migrants, dans la mesure où 56.6% des répondants se portent sur l'item « moyennement

problématique », et 19.1% sur l’item « très problématique ». La variable profession se révèle ici très discriminante ( $p=.0006$ ). Comme le montre le graphique ci-dessous, l’incidence de cette variable se traduit ici dans le fait que l’on rencontre trois fois plus de répondants parmi le personnel infirmier (24.1%) que parmi les médecins pour voir dans leur manque de connaissance sur les conditions de vie des migrants en Suisse une source de difficulté pour une bonne prise en charge des patients migrants, alors que moins de 7% des médecins expriment ce même avis.

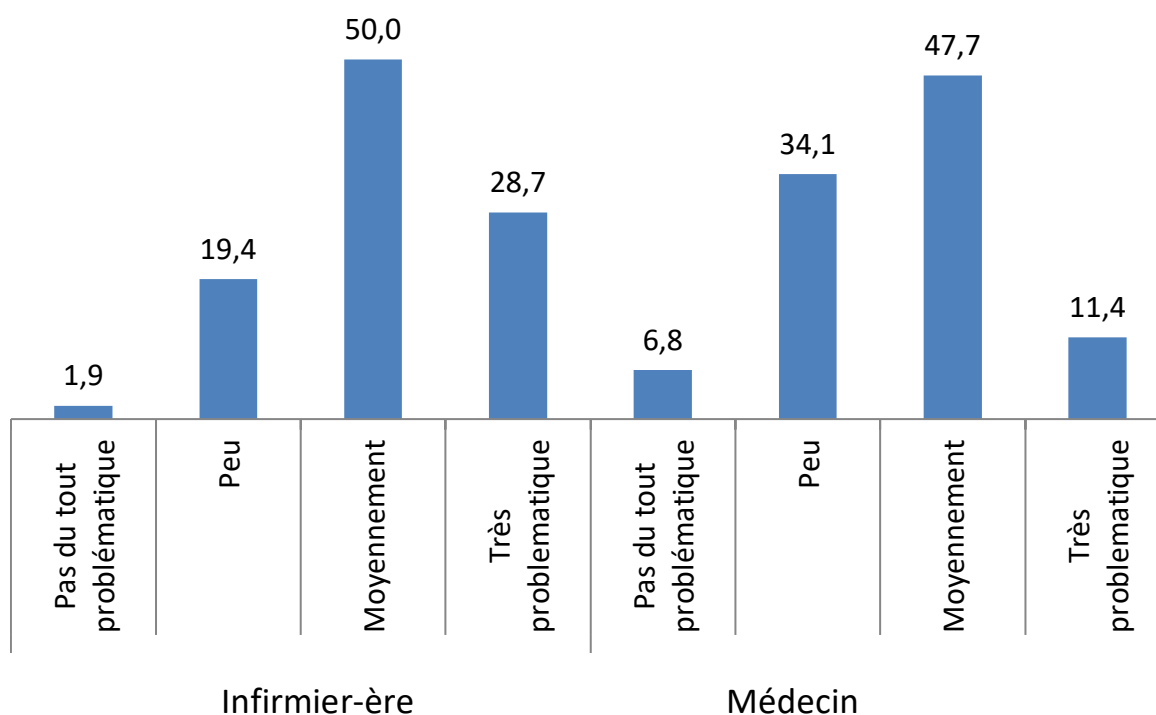
**Votre manque de connaissances sur les conditions de vie et les statuts de séjour des migrants en Suisse ( $p=.0006$ )**



Le profil des réponses relatives au manque de connaissances du réseau de santé et de soutien destiné aux patients en situation précaire est très proche de celui établi pour le manque de connaissance sur la vie des migrants en Suisse : près de la moitié (49.3%) de l’échantillon tient ce manque pour « moyennement problématique », et près du quart de (23.7%) le qualifie de « très problématique ». La variable profession apparaît là aussi comme une source significative de disparité ( $p= .002$ ). En témoigne le graphique ci-dessous, cette disparité veut que les infirmières et les infirmiers sont presque trois fois plus nombreux (28.7%) que les médecins 11.4% à déclarer « très problématique » pour une communication efficace avec leurs patients migrants une

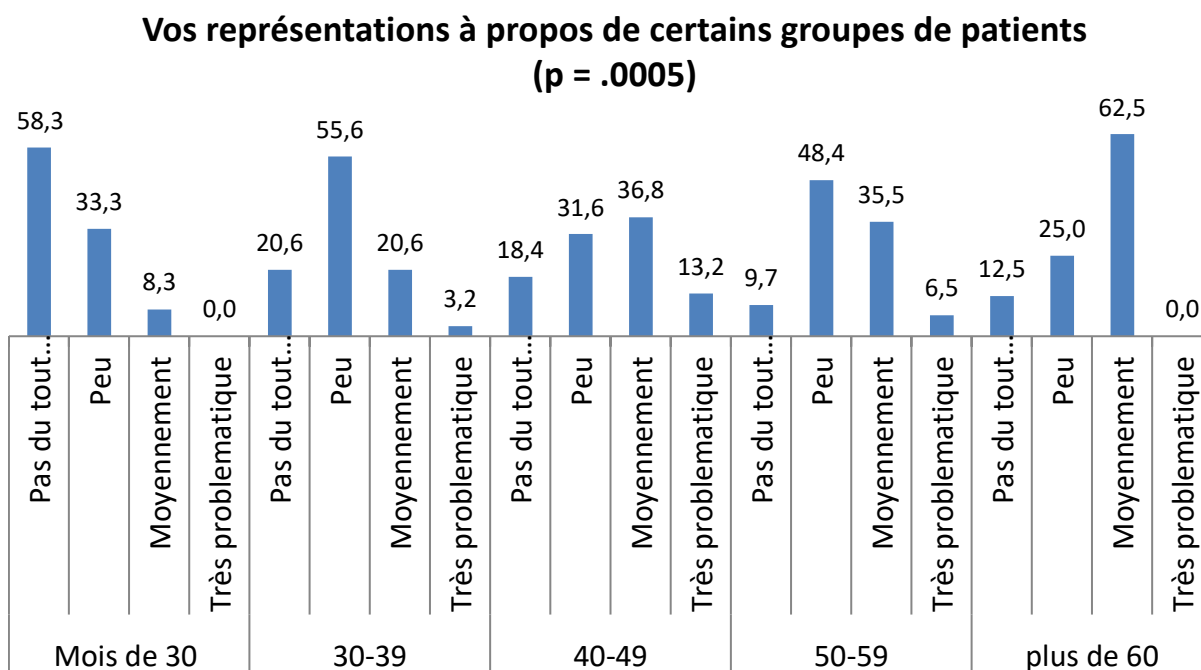
connaissance limitée des réseaux de santé et de soutien destinés à la patientèle en situation précaire.

**Votre connaissance limitée du réseau de santé et de soutien pour les patients en situation précaire (p=.002)**



Les résultats sont tout autre quand il s'agit pour nos cliniciens de se prononcer sur l'impact – limitatif au plan communicationnel – de leurs propres représentations à propos de certains groupes de patients. En effet, pour plus des deux tiers de la population sondée, cet aspect n'est pas du tout (20.4%) ou peu (44.7%) source de difficultés. A noter ici le rôle de l'âge sur la ventilation des réponses (p=.0005).

Ainsi que l'indique le graphique donné ci-dessous, Les cliniciens âgés de plus 60 ans inclinent davantage que leurs cadets à considérer l'impact négatif que peut exercer leurs représentations en lien avec certains groupes de patients. A titre d'exemple, mentionnons que si pour près de six répondants (58,3%) sur dix âgés de moins de 30 ans ces représentations ne constituent en aucune manière un problème, les cliniciens de la génération la plus âgée ne sont pas plus de 12,5% à répondre dans ce sens.

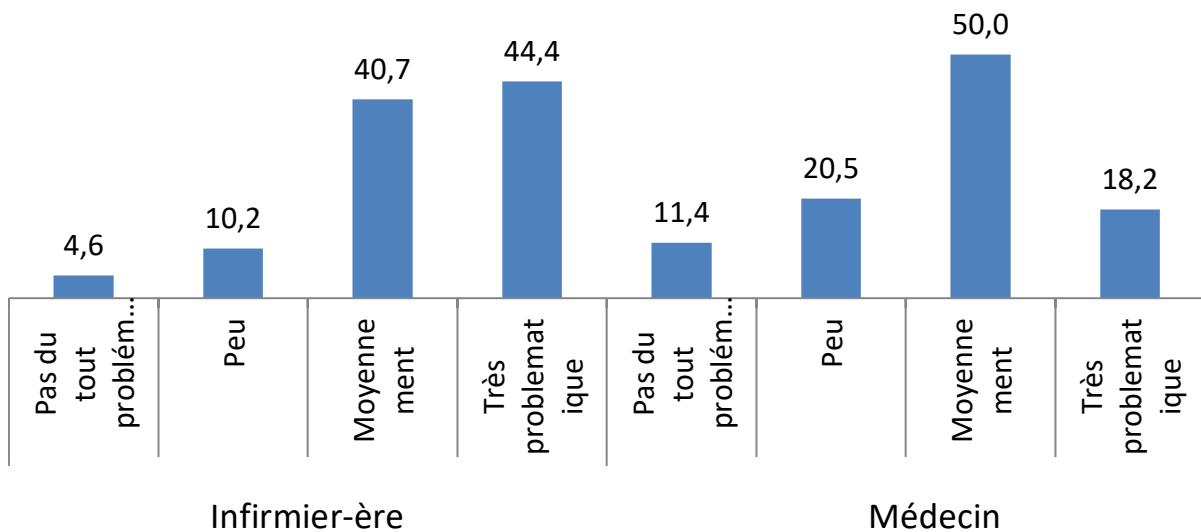


### 2.2.4 Difficultés liées à la diversité socioculturelle des patients

Cinq aspects sont concernés par ce type de difficultés comprises en termes de diversité. Le premier d'entre eux touche à la discussion avec des patients migrants de thèmes délicats (ex. fin de vie, sexualité). Huit répondants sur dix considèrent cet aspect comme problématique : 43.4% et 36.8% le tiennent, respectivement, pour « moyennement » et « très » problématique, moins de 7% pour « pas du tout » problématique.

La prise en compte de la variable profession (p=. 001) montre une forte disparité des réponses entre corps médical et corps infirmier. C'est ainsi que les représentants du monde infirmier (44.4%) se retrouvent deux fois plus nombreux que les médecins (18.2%) à se porter sur l'item « très problématique » quand il s'agit pour eux de discuter avec leurs patients migrants de certains thèmes délicats comme celui de la sexualité par exemple. En témoigne clairement le graphique donné ci-dessous :

### La discussion de thèmes délicats (ex. fin de vie) (p = .001)

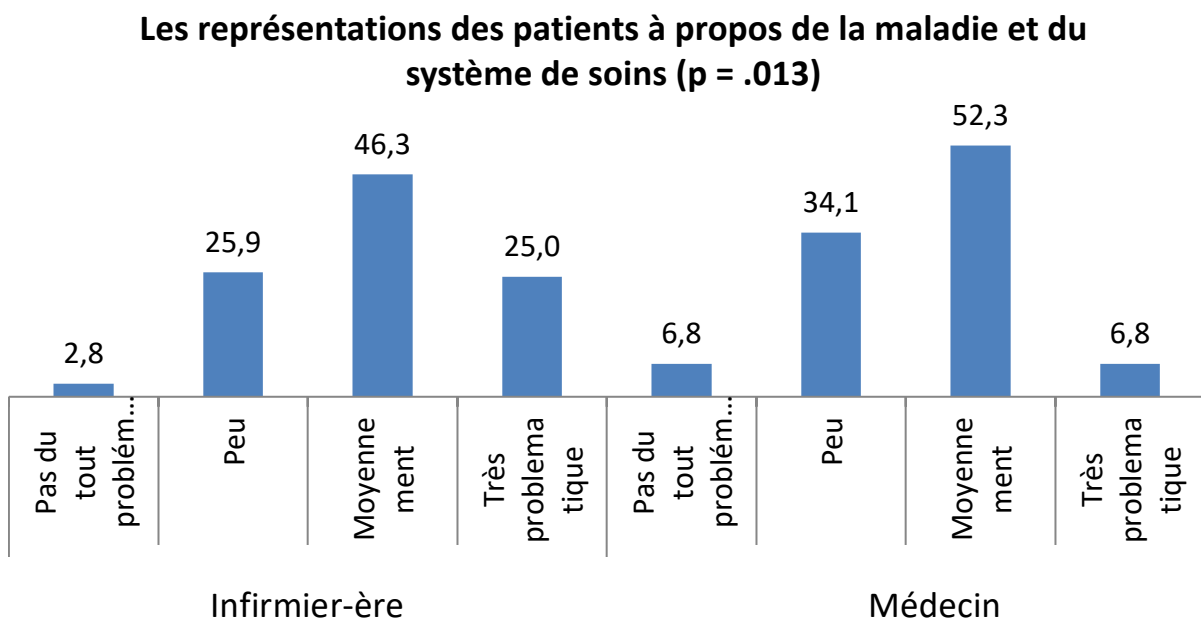


Un examen des résultats établis pour l'échantillon dans son entier révèle une distribution comparable des réponses s'agissant des difficultés communicationnelles que peuvent engendrer les trois facteurs d'ordre socioculturel suivants:

- i) le niveau de compréhension des patients migrants,
- ii) l'implication active des patients migrants dans les prises de décisions et
- iii) la question des représentations que les patients migrants élaborent à propos de la maladie et du fonctionnement du système des soins en Suisse.

Le caractère limitatif à une communication efficiente avec des patients migrants de ces trois types de difficultés est souligné en des termes vraiment très similaires : une moitié de l'échantillon considère ces facteurs d'ordre socioculturel comme étant « moyennement » problématique, alors que le quart, environ, le tient pour « très » problématique. A noter que dans tous les cas, le nombre de répondants qui dénie à ces facteurs toute incidence sur leurs interactions avec des patients migrants ne dépasse pas les 3%.

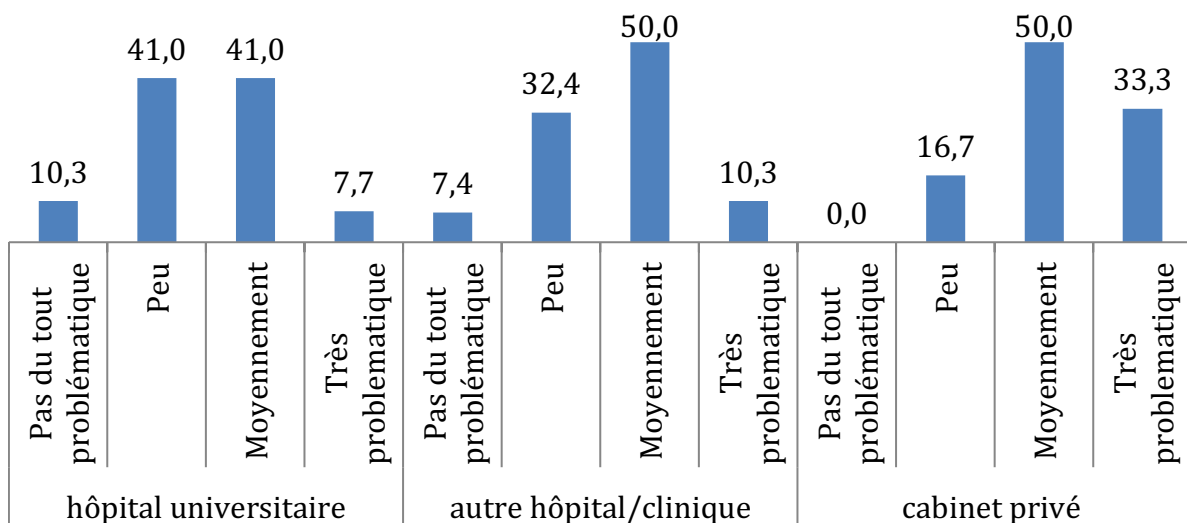
La prise en compte des différentes variables de contrôle ne conduit pas à des disparités – au sein des sous-populations formant l'échantillon – significatives pour ces trois facteurs, à une exception près. Ainsi, une ventilation des réponses en fonction de la variable profession met en évidence une nette disparité ( $p = .013$ ) pour ce qui est du facteur qui touche aux représentations des patients à propos de la maladie et du système de soins. Comme on peut l'observer sur le graphique ci-après, membres du corps infirmier et membres du corps médical se distinguent nettement sur ce point, à telle enseigne, par exemple, que les premiers sont près de quatre fois plus nombreux (25.0%) que les seconds (6.8%) pour insister sur le caractère « très problématique » de ce facteur socioculturel.



Le rôle des proches dans la prise en charge oncologique constituait le dernier facteur d'ordre socioculturel susceptible d'entraver la communication avec des patients migrants. Une observation des réponses montre un échantillon divisé : une moitié environ tient ce facteur comme « moyennement » ou « très » problématique (45.4% et 9.9%), l'autre moitié voyant en lui un élément « peu » et « pas du tout » problématique (36.2% et 8.5%). La prise en compte du lieu de pratique apparaît ici comme une source notable de variabilité des réponses

( $p=.03$ ). Ainsi, les cliniciens exerçant dans des cabinets privés (33,3%) sont bien davantage portés que les autres (10% environ) pour voir la présence et le rôle des proches des patients migrants comme pouvant se révéler « très » problématiques.

### La présence et le rôle des proches dans les prises en charge ( $p=.03$ )



#### 2.2.5 Constat synthétique

A la lumière des résultats présentés à l'instant, force est de constater, tout d'abord, que les difficultés de communication avec les patients migrants sont une réalité effective pour les médecins et le personnel infirmier en oncologie, tout du moins pour ceux impliqués dans le cadre de l'étude. C'est ainsi qu'interrogés sur l'importance de ces difficultés dans leur expérience clinique, les **trois quarts d'entre eux** déclarent les rencontrer de manière récurrente.

On retiendra que parmi les quinze éléments susceptibles d'entraver le processus de communication retenus ici, trois d'entre eux apparaissent particulièrement problématiques aux yeux de nos répondants. Il s'agit, en premier lieu, d'un manque cruel de documents rédigés dans les diverses langues parlées par les patients, en second lieu, de l'absence



de langue commune entre soignants et patients, en troisième lieu, de la thématisation de certains sujets délicats (fin de vie, sexualité).

Mis à part ces trois premiers facteurs considérés par les **quatre cinquièmes de l'échantillon** comme limitatifs à une communication efficiente avec des patients migrants atteints d'un cancer, on recense six facteurs pour lesquels **sept cliniciens sur dix** soulignent leur caractère moyennement ou très problématique. Ces facteurs sont respectivement : 1) l'absence de personnes de référence dans leur entourage professionnel pouvant leur donner des conseils en clinique transculturelle, 2) l'investissement requis en termes de temps et d'organisation que demande une prise en charge oncologique adaptée aux besoins linguistiques et culturels des patients migrants, 3) un manque de connaissances de leur part sur les conditions de vie et les statuts de séjour des migrants en Suisse, 4) leurs connaissances limitées du réseau de santé et de soutien pour les patients en situation précaire, 5) le niveau de compréhension de certains patients migrants et 6) leur implication active dans les prises de décision.

Par ailleurs, on retiendra de notre investigation que quatre facteurs limitatifs à une communication efficiente sont regardés par au moins **six cliniciens sur dix** comme étant de nature moyennement ou très problématique. Deux d'entre eux concernent la question du tiers traduisant : 1) l'accessibilité à des interprètes professionnels et 2) la traduction assurée par des proches du patient migrant. Les deux autres facteurs en jeu ici sont : 3) le poids des représentations de certains patients migrants à propos de la maladie et du système de soins et 4) la présence et le rôle des proches (familles, amis) dans les prises en charge.

On notera encore que la collaboration avec des interprètes professionnels et les représentations que les soignants se font à propos de certaines populations de patients sont les **deux facteurs** qui posent le moins de difficultés au sein de notre collectif.

Au plan de l'incidence des variables sociologiques, seule la **profession** oriente véritablement la distribution des réponses. On l'a vu les membres du corps infirmier sont deux à trois fois, selon les cas, plus nombreux que les médecins à considérer comme « très

problématiques » : le manque de documents rédigés pour des patients migrants, l'absence de personnes de référence en CCT, leur manque de connaissances sur les conditions des migrants en Suisse et sur le réseau de santé pour les patients précarisés, la discussion de thèmes délicats (ex. sexualité) et certaines représentations des patients migrants à propos de la maladie et du système de soins.

## 2.3 Des compétences à acquérir

### 2.3.1 Souhaits de formation

La proportion des cliniciennes et des cliniciens de notre échantillon qui ne sont pas formés ou sensibilisés à l'une ou l'autre des thématiques visant à une meilleure prise en charge des patients d'horizons plus ou moins lointains est très importante. En effet, interrogés sur ce point, seuls 14.5% d'entre eux déclarent être au bénéfice d'une formation sur ces thématiques, notamment au travers de cours ou de séminaires. Un tel résultat montre en conséquence que pour plus de huit enquêtés sur dix une telle formation est encore à venir.

C'est au travers d'un double questionnement que nous avons tenté d'évaluer l'intérêt que pourrait susciter parmi l'ensemble de nos répondants une formation centrée sur la problématique unissant migration, oncologie et communication. C'est ainsi que les membres de notre collectif ont, dans un premier temps, été invités à répondre à une question leur demandant dans quelle mesure ils souhaitaient recevoir une formation ou un complément de formation sur un certain nombre d'aspects liés à la pratique clinique avec des patients d'horizons linguistiques et culturels divers. Concrètement, cette question fermée se fondait sur une échelle à modalité de réponses, allant de « pas du tout » à « très intéressé-e ». Le tableau suivant résume les résultats en termes de fréquences obtenus pour l'échantillon dans son ensemble :

<b>Souhaits de formation N=152</b>	<b>Pas du tout intéressé</b>	<b>Peu</b>	<b>Moyen- nement</b>	<b>Très intéressé</b>
Comment collaborer de manière efficace avec un interprète professionnel ou non (ex. proche du patient)?	7%	35.5%	30.3%	27%

Comment adapter son discours au niveau de compréhension du patient?	6.9%	24.3%	27%	42.1%
Comment adapter sa communication non verbale?	4.6%	25.7%	30.9%	38.2%
Comment explorer les attentes du patient?	3.3%	16.4%	36.8%	43.4%
Comment explorer les représentations à propos de la maladie et des traitements?	2.6%	13.2%	30.9%	53.3%
Comment annoncer des mauvaises nouvelles?	4.6%	19.7%	20.4%	55.3%
Comment discuter de thèmes délicats (ex. fin de vie, sexualité)?	3.9%	14.5%	28.3%	53.3%
Comment impliquer le patient dans les prises de décision?	3.3%	13.8%	30.9%	52%
Comment aborder la religion et/ou la spiritualité?	5.9%	23%	37.5%	33.5%
Comment travailler sur ses préjugés et stéréotypes et leur impact sur la relation de soin?	8.5%	21%	36.2%	34.2%
Comment collaborer avec les proches?	3.9%	21%	36.2%	38.8%

Dans un second temps, le collectif avait à exprimer ses souhaits de formation sur quatre aspects plus sociétaux, comme les conditions socio-économiques des populations migrantes en Suisse, les réseaux de santé et de soutien pour les patients en situation précaire et des

données épidémiologiques liés à la migration. Fermée également, cette question présentait un format identique à celle exposée ci-dessus. L'ensemble des réponses récoltées ici figurent dans le tableau suivant:

<b>Souhaits de formation N=152</b>	<b>Pas du tout intéressé</b>	<b>Peu</b>	<b>Moyen- nement</b>	<b>Très Intéressé</b>
Conditions historiques et socio-économiques des populations migrantes en Suisse	7.2%	19.7%	37.5%	35.5%
Inégalités dans l'accès aux soins (facteurs socio-économiques, culturels et linguistiques)	8.5%	15.8%	34.9%	40.8%
Aspects épidémiologiques liés à la migration	9.9%	23.7%	34.2%	32.2%
Réseau de santé et de soutien pour les patients en situation précaire (ex. requérants d'asile, sans papiers)	4.6%	17.1%	31.6%	46.7%

Une description lisible de la répartition des réponses attachées aux 15 aspects soumis à investigation appelle un certain regroupement de ces derniers. C'est en se fondant sur le score associé à l'item « très intéressé-e » que nous avons opéré ce regroupement :

- un premier cluster rassemble les aspects pour lesquels, l'item « très intéressé-e » réunit plus de 50% des répondants ;

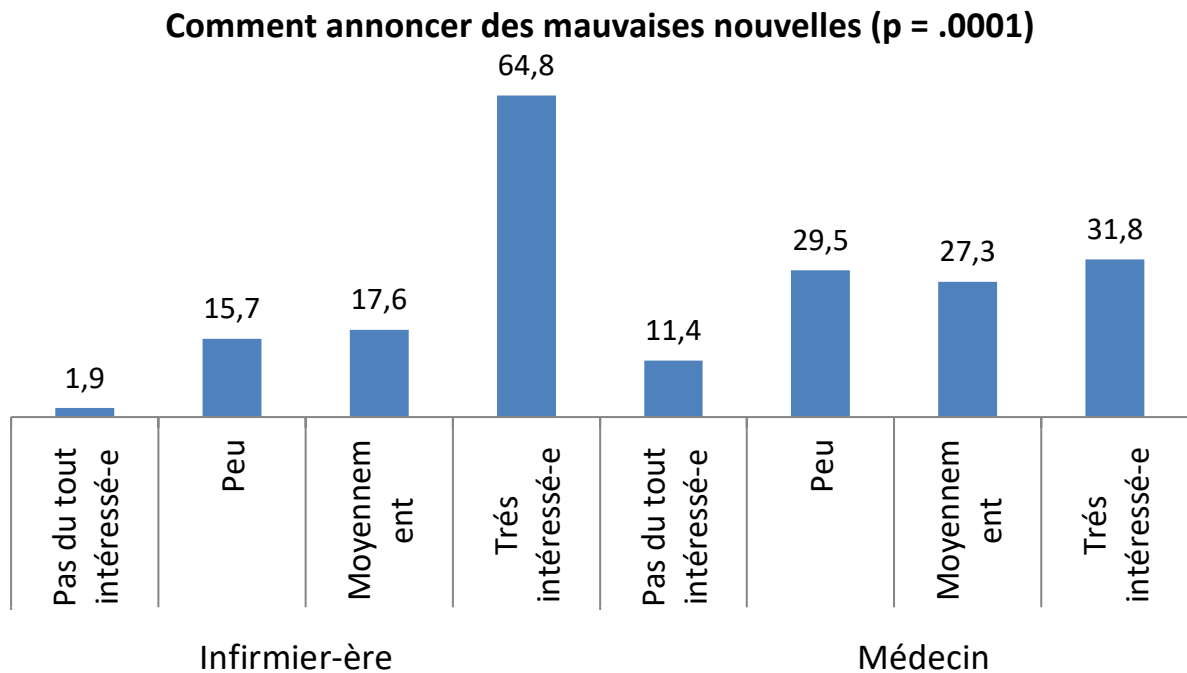
- un deuxième cluster réunit les aspects pour lesquels, l’item « très intéressé-e » rassemble entre 40% et 50% des répondants ;
- enfin, sont rangés dans un troisième cluster les aspects pour lesquels, l’item « très intéressé-e » rassemble entre 30% et 40% du collectif.

### 2.3.2 Souhaits de formation: premier cluster (item « très intéressé » > 50%)

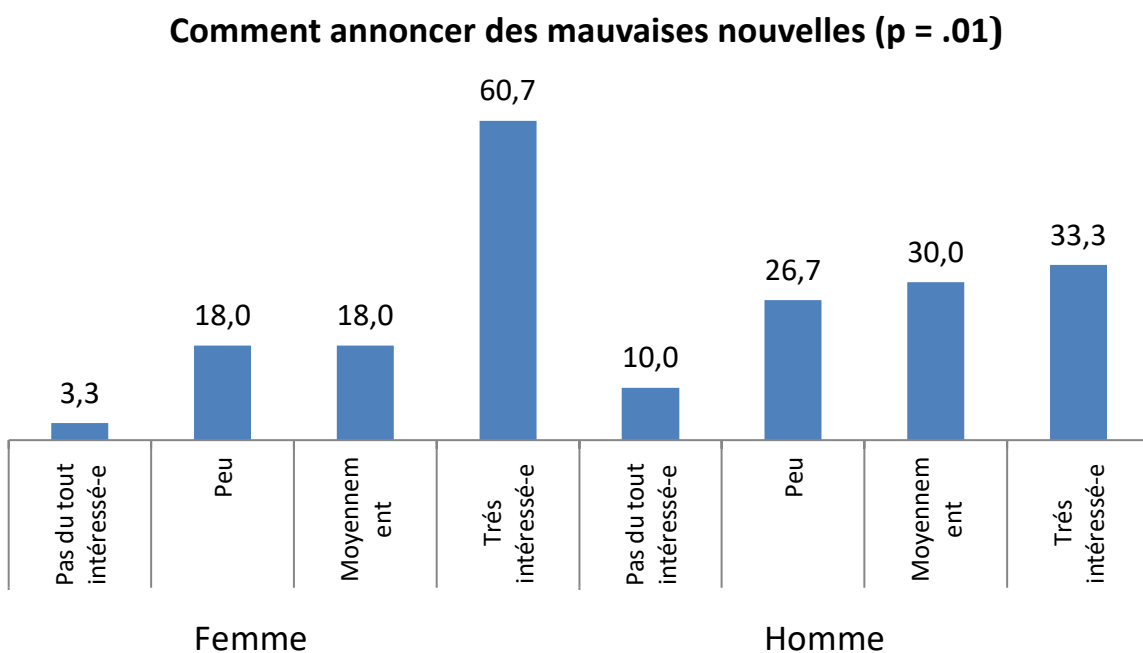
Quatre aspects susceptibles d’être abordés dans une formation centrée sur la communication (quelle relève dur type CST ou du type CCT) pour cliniciens en oncologie ont particulièrement la faveur de nos répondants. Parmi ceux-ci, on relève, tout d’abord, le désir d’acquérir des compétences dans le domaine de **l’annonce de mauvaises nouvelles**.

C’est ainsi qu’une nette majorité de nos répondants disent être « très intéressés » (55.3%) à en savoir davantage en la matière, alors que deux cliniciens sur dix disent être « moyennement intéressés » (20.4%). A noter que moins de 5% du collectif ne semble pas « pas du tout » intéressé.

Une ventilation des réponses en fonction de la variable profession conduit à des résultats très contrastés ( $p=.0001$ ). En effet, on rencontre près de deux fois plus de membres du corps infirmier (64.8%) que de médecins (31.8%) qui se retrouvent sur l’item « très intéressé-e». Inversement, ces derniers sont presque deux fois plus nombreux (29.3%) que les infirmières ou les infirmipers (15.7%) à se déclarer « peu intéressés » par la proposition traitent de l’annonce de mauvaises nouvelles. C’est très clairement ce qu’illustre le graphique donné ci-après :

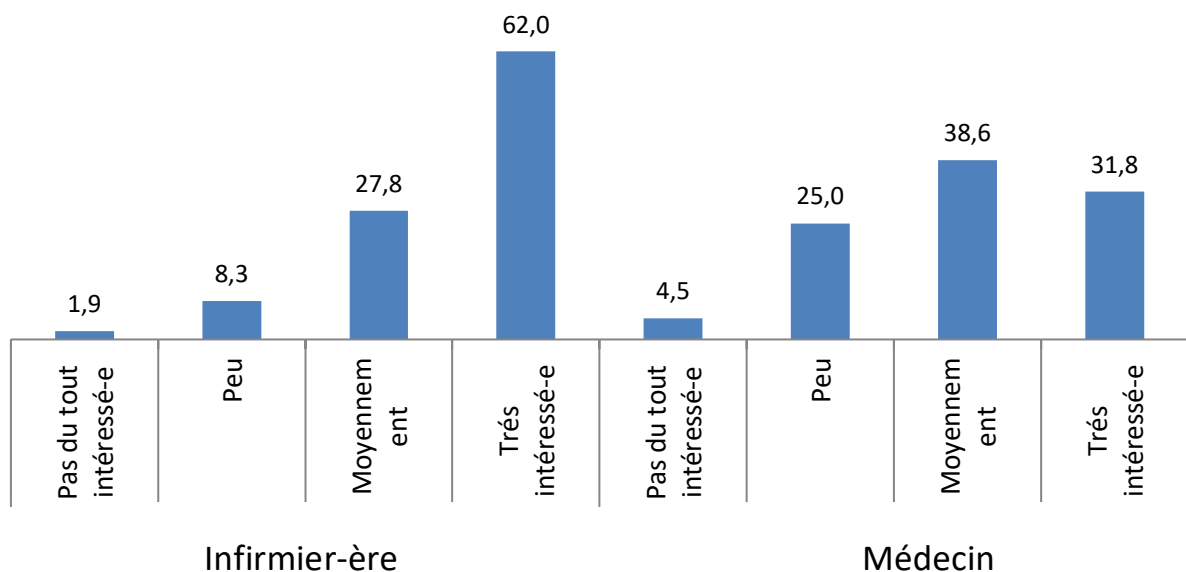


La prise en compte du genre se révèle aussi une source importante de variabilité des réponses ( $p = .001$ ). Comme le montre le graphique ci-dessous, les femmes (60.7%) de l'échantillon sont presque deux fois plus nombreuses que les hommes (33.3%) à se déclarer « très intéressées » à recevoir une formation traitant des compétences communicationnelles liées à l'annonce de mauvaises nouvelles.



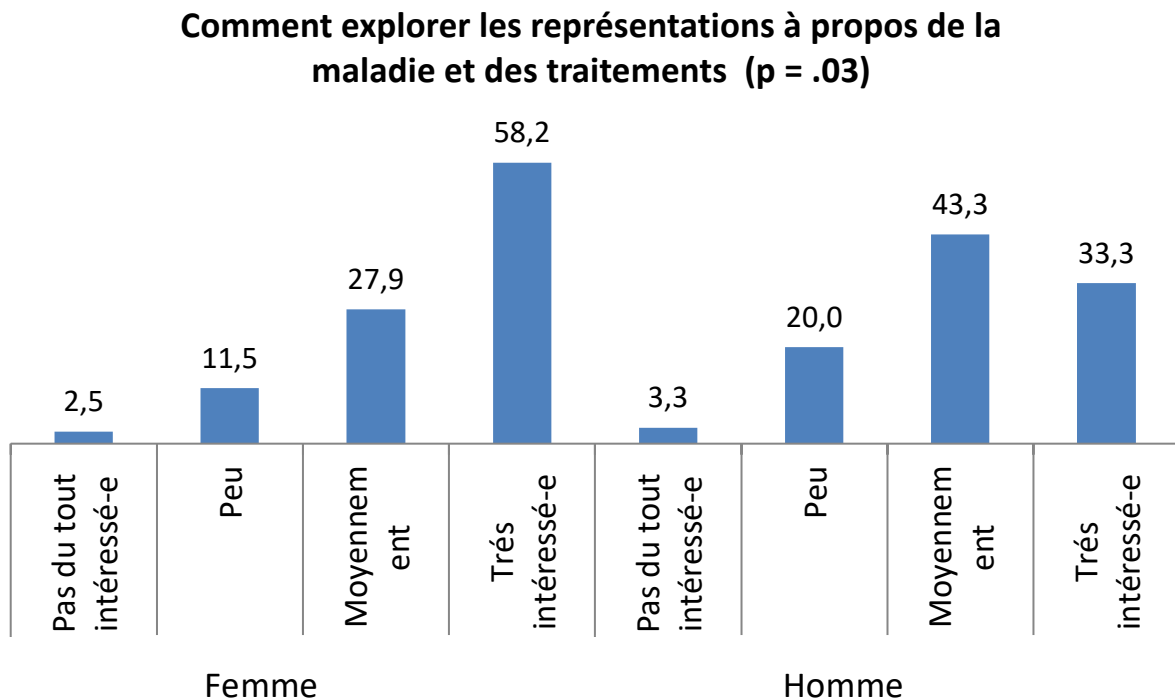
**L'exploration des représentations des patients à propos de la maladie et des traitements** constitue un deuxième aspect de formation qui a particulièrement la faveur de nos enquêtés. A cet égard, plus de cinq d'entre eux sur dix (53.3%) disent être « très intéressés » et près du tiers (30.9%) du collectif « moyennement intéressés ». Le score attaché à l'item « pas du tout intéressé » est inférieur à 3%. On retiendra ici l'incidence significative des variables « profession » ( $p=.01$ ) et « genre » ( $p=.03$ ). Comme l'indique le graphique ci-dessous, on observe tout d'abord que le corps infirmier (62%) est deux fois plus enclin que le corps médical (31.8%) à affirmer être « très intéressé » à une formation abordant le thème des représentations des patients migrants à propos de la maladie et des traitements.

**Comment explorer les représentations à propos de la maladie et des traitements ( $p = .01$ )**



S'agissant de la nature de l'incidence de la variable genre ( $p=.03$ ), on note que les femmes interrogées apparaissent nettement plus demandeuses que les hommes en matière de formation autour de la conception que les patients migrants se font au sujet de la maladie et des traitements. Ainsi qu'on peut le lire ci-après, plus de la moitié du segment féminin de l'échantillon (58.2%) se porte sur l'item « très intéressé » contre un tiers seulement des hommes (33.3%).



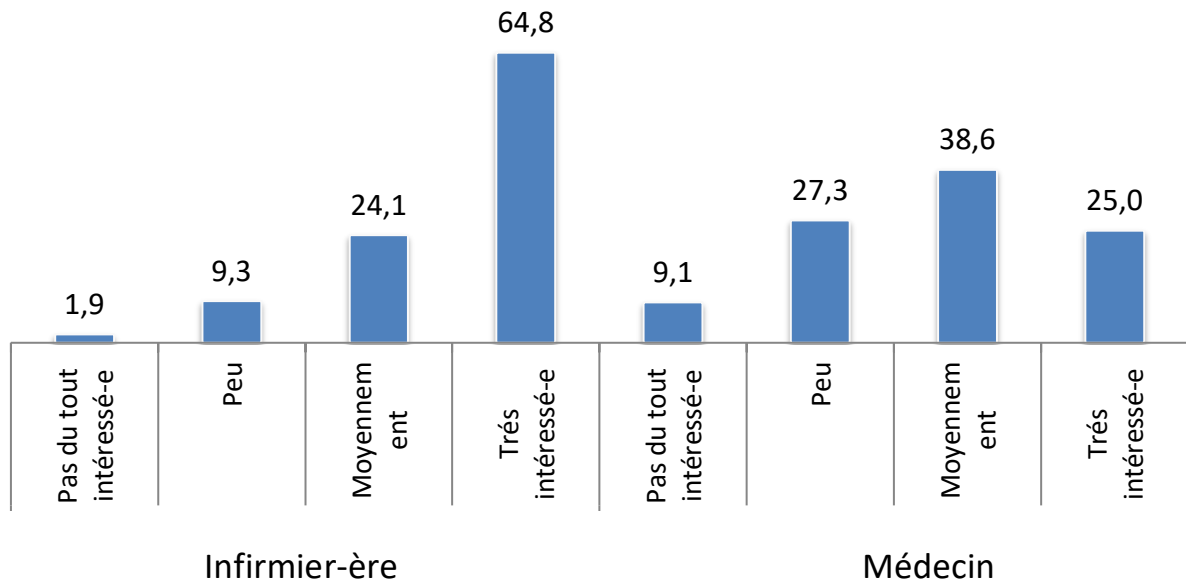


De toute évidence, la manière d'**aborder certains thèmes délicats** comme la fin de vie ou la sexualité apparaît comme un aspect que nombre de cliniciens en oncologie souhaiteraient voir être traité dans une formation de type CST.

Ainsi, plus de la moitié des répondants (53.3%) seraient « très intéressés » à être formés dans ce sens, alors que plus du quart 28.3% se montrent « moyennement intéressés ». La variable profession exerce ici une incidence très marquée ( $p=.0001$ ) sur la distribution des réponses. Ainsi qu'en témoigne le graphique donné ci-dessous, les infirmières et les infirmiers de notre collectif (64.8%) se portent beaucoup plus massivement que les médecins (25%) sur l'item « très intéressé ».

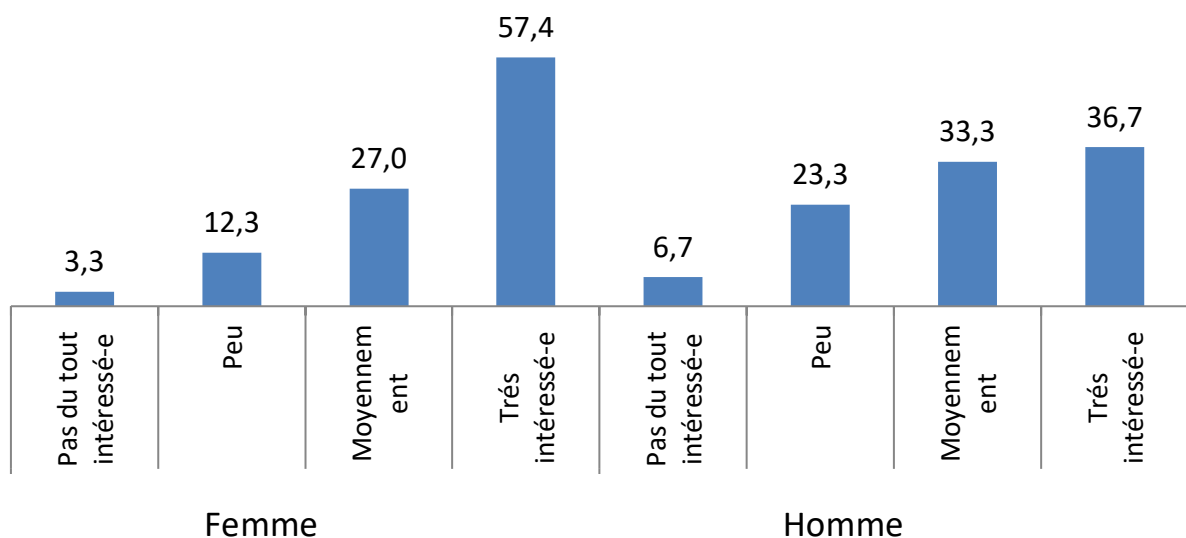
En contraste, ces derniers sont trois fois plus nombreux (27.3%) que les membres du corps infirmier (9.3%) à se positionner comme étant « peu intéressés » à une formation qui se centrerait sur la discussion de thèmes délicats.

**Comment discuter de thèmes délicats (ex. fin de vie, sexualité) (p = .0001)**



La prise en compte du genre se révèle également être une source de variabilité des réponses (p= .028). C'est ainsi que près de six femmes sur dix (57.4%) se disent ici « très intéressées » contre seulement un peu plus du tiers des hommes (36.7%).

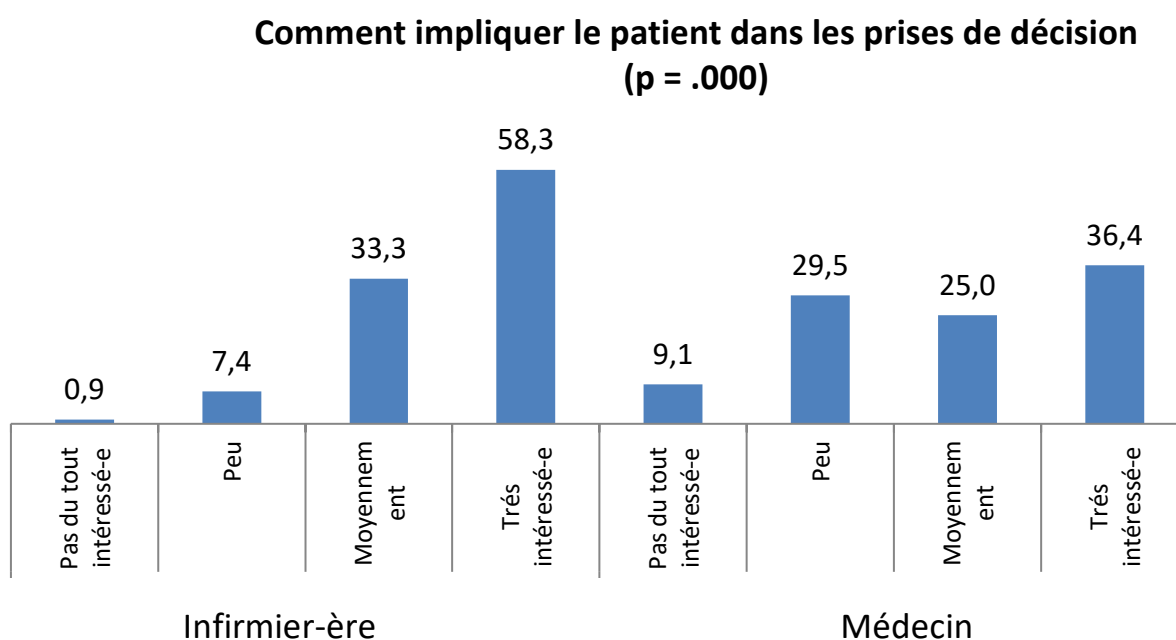
**Comment discuter de thèmes délicats (fin de vie, sexualité) (p = .028)**



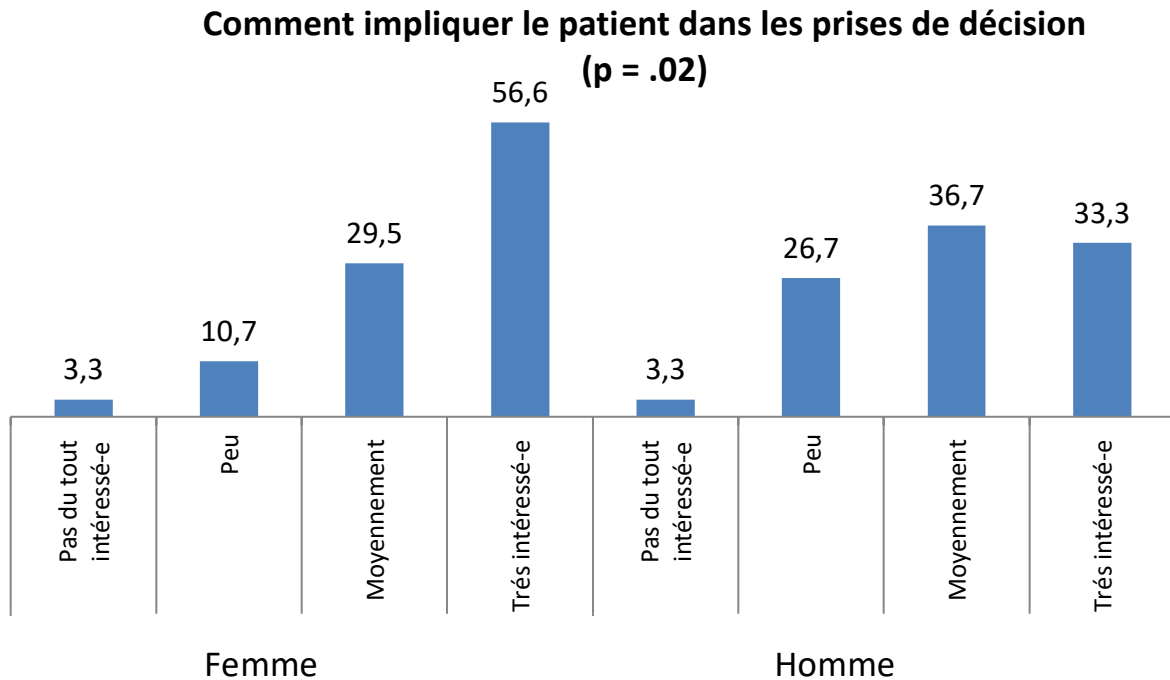
Savoir mieux **impliquer le patient migrant dans les prises de décision** est aussi une préoccupation très fortement exprimée par nos enquêtés. La majorité d'entre eux (52%) seraient ainsi « très intéressés » à participer à une formation susceptible de satisfaire cette préoccupation, près du tiers (30.9%) se déclarant « moyennement intéressés ».

Seuls, respectivement, 13.8% et 3.3% des membres du collectif se portent sur les items « peu » et « pas du tout » intéressés. La prise en compte des variables « profession » ( $p=.000$ ) et « genre » ( $p=.02$ ) aboutit à une claire variabilité des réponses. C'est ainsi que les infirmières et infirmiers (58.3%) expriment un intérêt beaucoup plus marqué pour cet aspect de formation que ne le font les médecins (36.4%).

C'est cette disparité entre les deux catégories professionnelles qu'illustre le graphique suivant :



Comme en témoigne le graphique livré ci-dessous, le souhait de se former en vue de pouvoir mieux impliquer le patient migrant dans les prises de décision est bien davantage le fait des femmes de l'échantillon (56.6% d'entre elles avouent être « très intéressées ») que celui des hommes (33.3%).



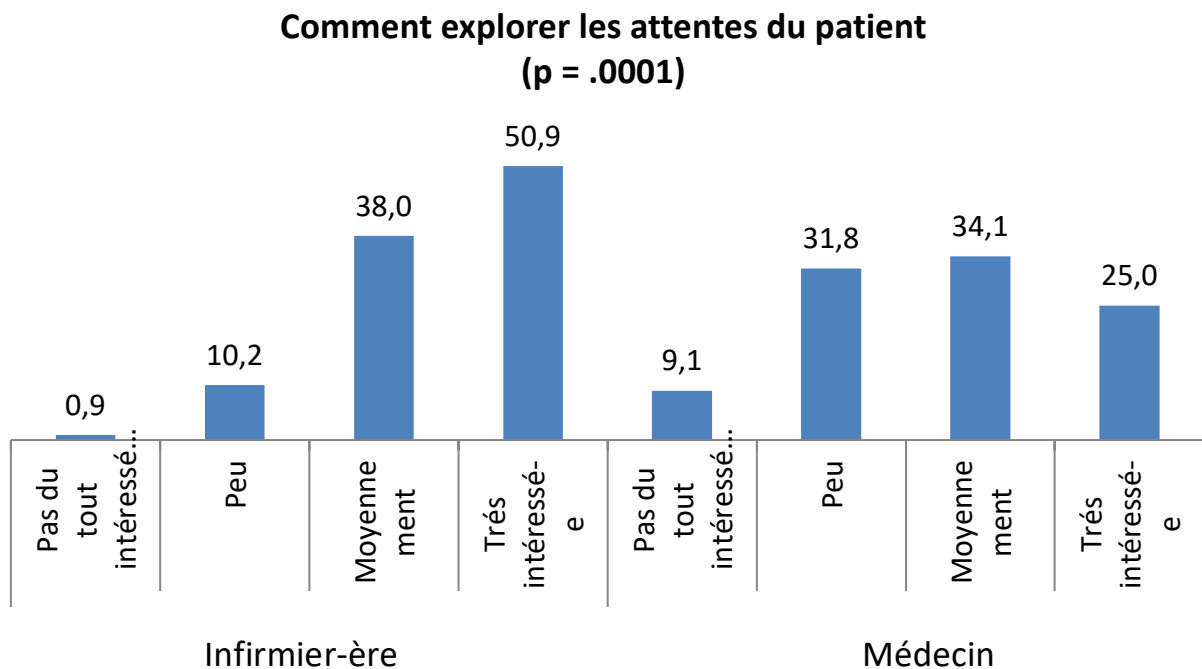
### 2.3.3 Souhaits de formation: deuxième cluster (item « très intéressé » > 40%)

Quatre aspects de formation réunissent sur eux, en des termes très favorables, plus de 40% des membres de l'échantillon soumis à l'enquête. Deux de ces aspects sont en lien direct avec des compétences communicationnelles optimisant la pratique clinique avec des patients migrants :

- i) l'exploration des attentes du patient,
- ii) l'adaptation du discours au niveau de compréhension du patient.

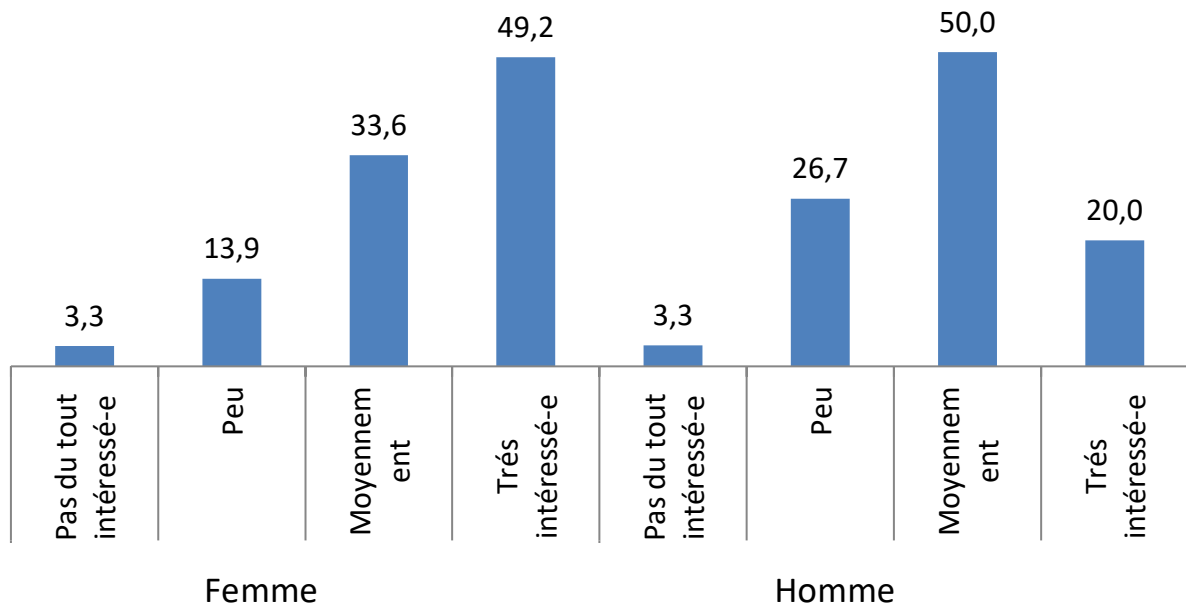
Observés dans le détail, les résultats montrent qu'une formation à la communication pour praticiennes et praticiens exerçant dans le domaine de l'oncologie et conçue de sorte à développer des compétences permettant une exploration optimale **des attentes du patient** apparaît comme « très » intéressante pour plus de quatre répondants sur dix (43.4%), alors qu'un peu plus du tiers du collectif (36.8%) s'avère « moyennement intéressé » par une telle formation et moins de 4% « pas du tout intéressé ».

La distribution des réponses en fonction de la variable profession conduit à un résultat au test statistique hautement significatif. ( $p=.0001$ ). L'essentiel à retenir, en l'occurrence, tient dans le fait que les répondants appartenant au corps infirmier (50.9%) sont deux fois plus nombreux que les médecins (25%) à dire être « très intéressés » à recevoir une formation sur l'exploration des attentes du patient. C'est bien l'information centrale qu'illustre le graphique suivant:



La prise en compte du genre des enquêtés entraîne aussi une claire disparité des réponses ( $p=.01$ ). Comme le montre le graphique qui suit, hommes et femmes du collectif apparaissent clairement divisés ici dans la mesure où la moitié des premières (49.2%) montrent un intérêt « très » marqué pour se former en vue d'améliorer leurs compétences en matière d'exploration des attentes du patient migrant, intérêt que seuls deux hommes sur dix (20%) manifestent en des termes identiques.

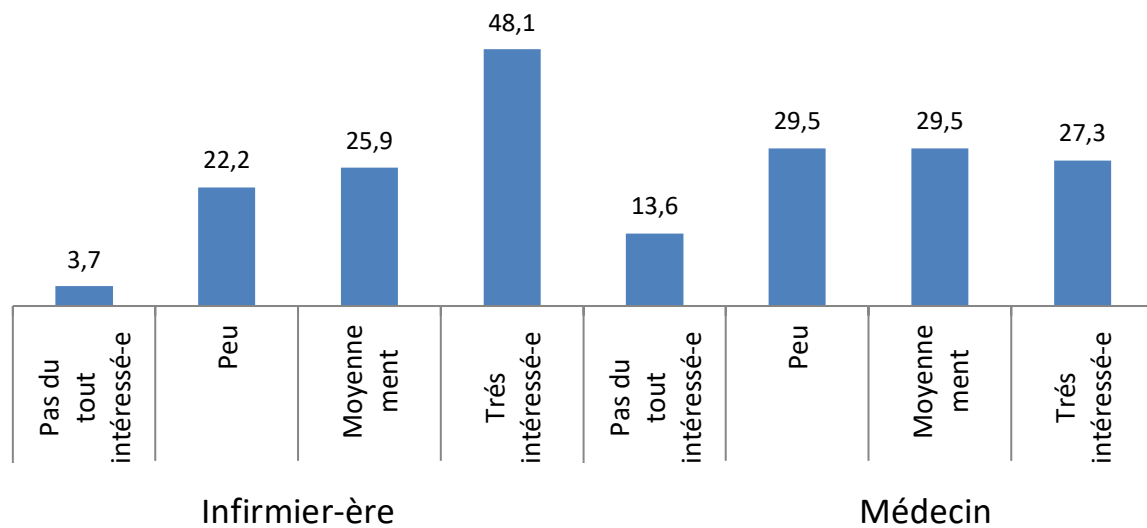
### Comment explorer les attentes du patient (p = .01)



Le souhait très appuyé de pouvoir bénéficier d'une formation traitant de **l'adaptation du discours des soignants au niveau de compréhension du patient** est exprimé par plus de quatre enquêtés sur dix. Ainsi, 42,1% des membres de l'échantillon se révèlent être « très intéressés » par une formation de cette nature, un peu plus du quart (27%) se déclarant « moyennement intéressé ».

Cependant, ce résultat doit être nuancé si l'on prend en considération les réponses ventilées en fonction de la profession des répondants (p=.005). Pour preuve le graphique ci-après indiquant que la moitié ou presque des infirmières et infirmiers (48.1%) se portent sur l'item « très intéressé » contre seulement 27,3% des médecins. En revanche, plus de 13% de ces derniers ne seraient « pas du tout intéressés » à suivre une formation visant à permettre d'adapter au mieux son discours en fonction du profil du patient, réponse apportée par moins de 4% des membres du corps infirmier.

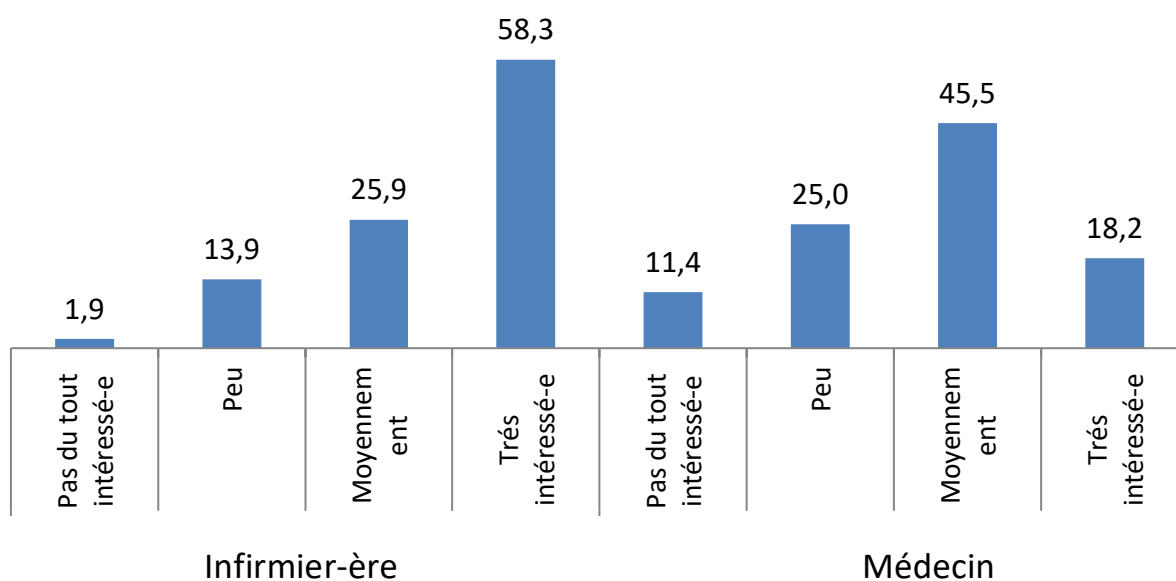
**Comment adapter son discours au niveau de compréhension du patient (p = .005)**



Le troisième élément de formation réunissant de façon marquée plus de 40% de notre collectif concerne le niveau de connaissance du personnel soignant **des réseaux de santé et de soutien pour les patients en situation précaire** (ex. requérants d’asile, personnes dite « sans papier »). Concrètement, près de la moitié des répondants (46.7%) seraient « très intéressés » à se former dans ce domaine et près du tiers (31.6%) « moyennement intéressés ». On retiendra encore que moins de 5% du collectif n’y voient, au contraire, « pas du tout » d’intérêt.

Un examen des résultats compte tenu de la variable profession (p=.001) montre une très forte disparité des réponses livrées, d’une part, par les représentants du corps infirmier et par les représentants du corps médical, d’autre part. Ainsi que le révèle le graphique ci-après, les premiers (58.3%) inclinent bien davantage – ils sont trois fois plus nombreux – que les seconds (18.2%) à se porter ici l’item « très intéressé-e ».

### Réseau de santé et de soutien pour les patients en situation précaire (requérants d'asile, sans papier (p=.001))



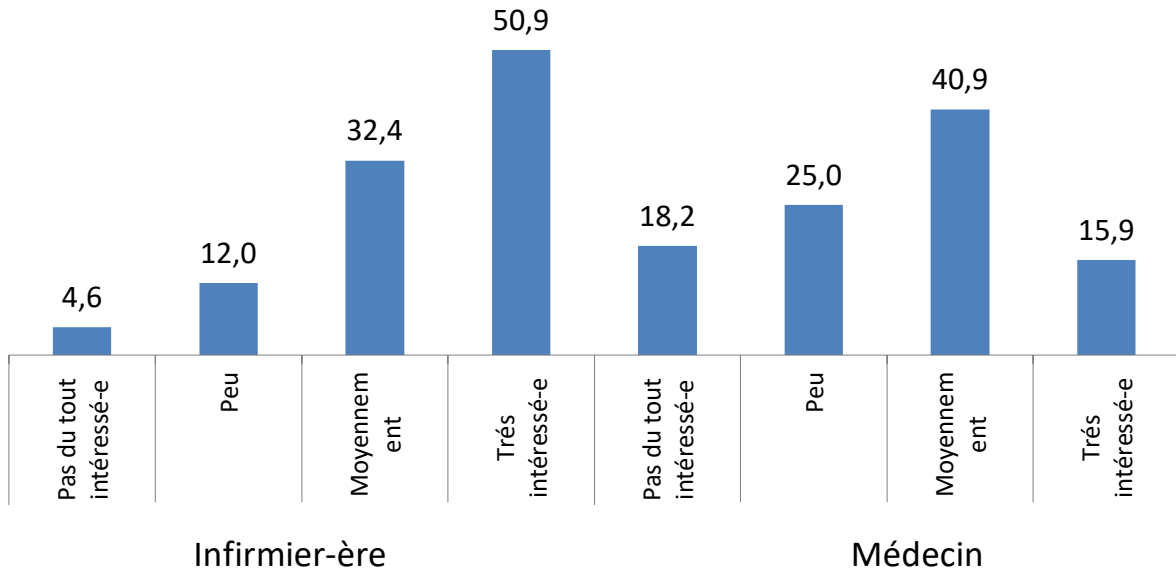
**Les inégalités dans l'accès aux soins pour certaines populations migrantes** représentent également une thématique de formation notablement plébiscitée au sein de la population soumise à l'enquête. En effet, plus de quatre enquêtés sur dix (40.8%) répondent dans ce sens. Pour le reste de notre collectif, on relève que l'item « moyennement intéressé » réunit sur lui 34,9% des réponses, alors que les scores « peu intéressé » et « pas du tout intéressé » s'établissent, respectivement, à 15,8% et 8.5%.

La variable genre apparaît comme une source claire de variabilité des réponses (p=.003). L'essentiel de cette disparité entre hommes et femmes tient dans ce que les premières (43.4 %) tendent ici davantage que les seconds (30%) à montrer un fort intérêt pour ce type de thématique de formation. De même, la prise en compte de la profession aboutit également à un test statistique hatement significatif (p=.0001).

Comme on peut le voir sur le graphique ci-dessous, si la majorité du personnel infirmier (50,9%) se dit très intéressée par une formation qui traiterait des inégalités d'accès aux soins pour certains migrants, seuls environ 16% du corps médical partage cet enthousiasme.



**Inégalités dans l'accès aux soins (facteurs socio-économiques, linguistiques et culturels) (p = .0001)**

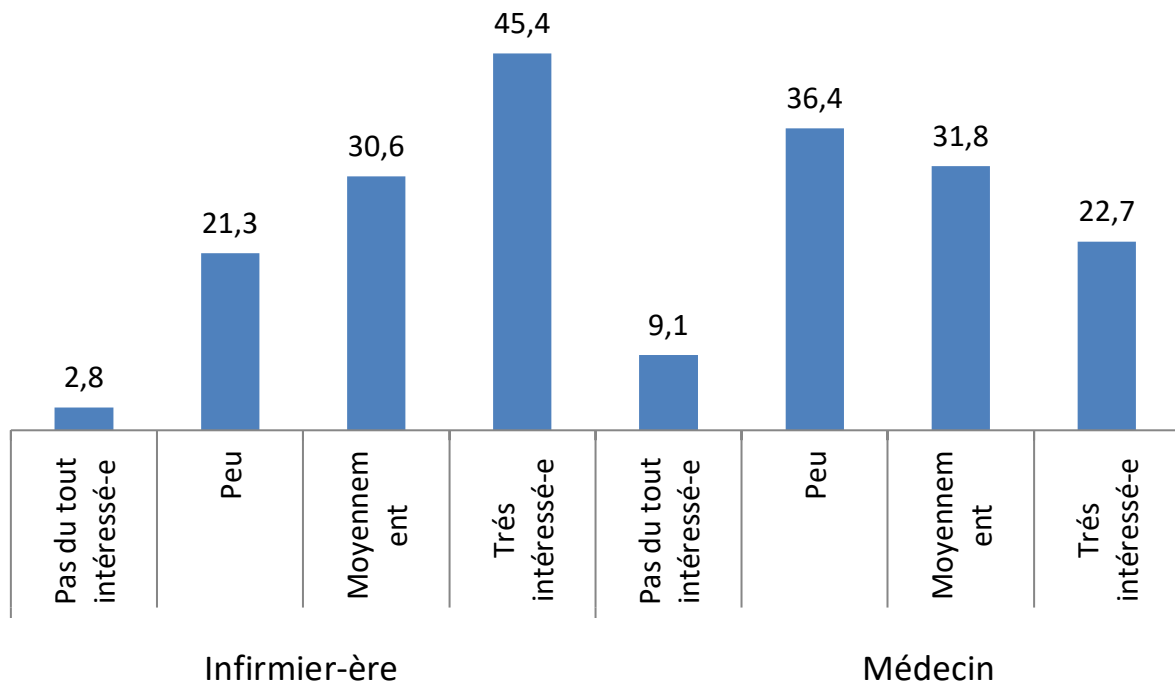


**2.3.4 Souhaits de formation: troisième cluster (item « très intéressé » > 30%)**

Savoir **adapter sa communication non verbale** au profil socioculturel du patient constitue une compétence que près de quatre répondants sur dix (38.2%) souhaiteraient « très » vivement acquérir dans une formation à la communication de type CST. Par ailleurs, près du tiers du collectif se déclare (30.9%) « moyennement intéressé » à une telle formation, moins de 5% n’y voyant, pour ce qui les concerne, pas du tout d’intérêt.

La prise en compte de la variable profession (p=.002) apparaît ici comme une source notable de disparité des réponses. Ainsi, comme le révèle le graphique ci-après, près de la moitié du personnel infirmier (45.4%) affirme être « très intéressé » à recevoir une formation traitant de la communication non verbale, score deux fois supérieur à celui observé pour les médecins (22.7%).

### Comment adapter sa communication verbale (p = .002)

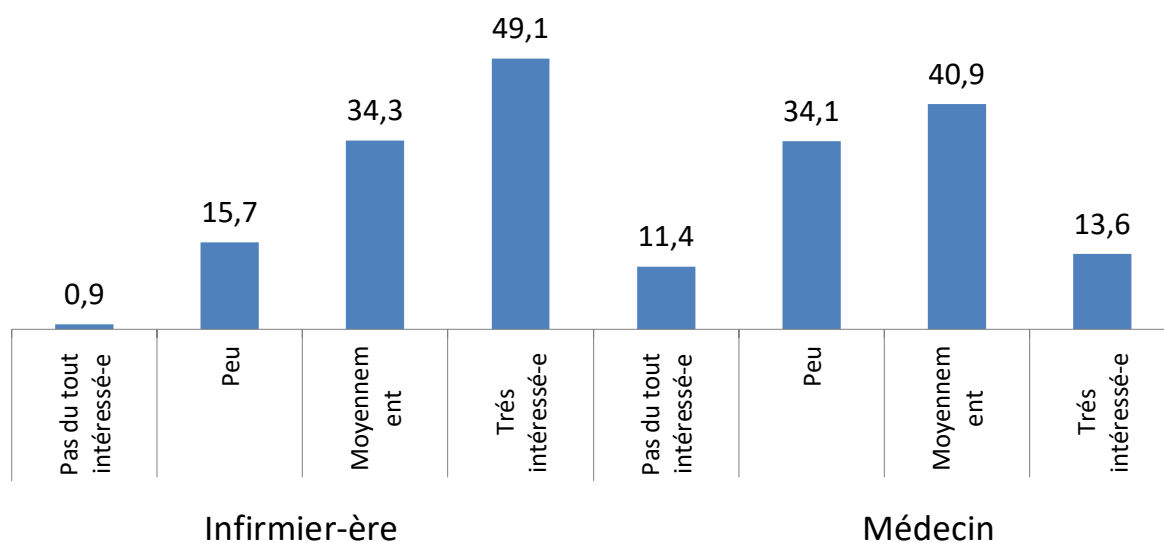


La **collaboration avec les proches du patient migrant** est une thématique de formation plébiscitée dans les mêmes proportions que la communication non verbale examinée à l'instant : près de quatre répondants sur dix (38.8%) se portent sur l'item « très intéressé », un tiers du collectif environ (36.2%) sur l'item « moyennement intéressé », et moins 4% des enquêtés signifiant un clair désintérêt.

Deux variables de contrôle sont responsables d'une nette disparité des réponses : le genre (p=.003) et la profession (p=.0001). Ainsi, la prise en considération du genre des enquêtés montre que le segment féminin de l'échantillon (45.1%) souligne bien davantage que le segment masculin (13.3%) un fort intérêt à se former dans le domaine de la collaboration avec les proches du patient.

Par ailleurs, comme l'illustre le graphique qui suit, on relève que si la moitié ou presque des infirmières et des infirmiers (49,1%) témoigne un très grand intérêt pour la thématique de formation examinée ici, pas plus de 13.6% des médecins répondent dans ce sens.

### Comment collaborer avec les proches (p = .0001)

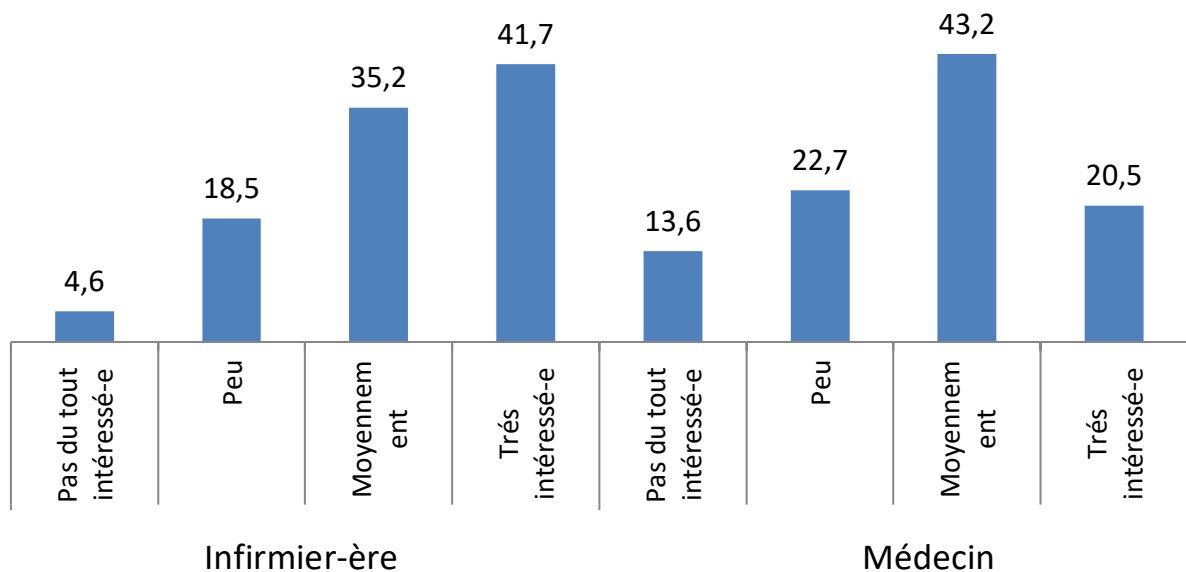


Mieux connaître les **conditions historiques et socio-économiques des populations** migrantes en Suisse représente un contenu que 35% des membres du collectif souhaiteraient « très » clairement voir être inscrit au menu d'une formation à la communication en oncologie. Par ailleurs, une part égale de ce collectif (37.5%) se déclare « moyennement intéressée » par une telle formation, alors que 7,2% ne le sont « pas du tout ».

Le lieu de pratique apparaît comme une source notable de disparité des réponses (p=. 01). C'est ainsi que pas un seul des cliniciens exerçant dans un cabinet privé ne se porte sur l'item « très intéressé », à l'inverse des répondants pratiquant dans une structure hospitalière qui cochent cet item à hauteur d'environ 38%.

L'incidence de la variable profession apparaît hautement significative (p=.008). Ceci se traduit concrètement par le fait que l'on rencontre deux fois plus de répondants hautement intéressés à se former au sujet des conditions de vie des migrants parmi le corps infirmier (41.7%) qu'au sein du corps médical (20.5%). En témoigne le graphique donné ci-après :

### Conditions historiques et socio-économiques des populations migrantes en Suisse ( $p = .008$ )

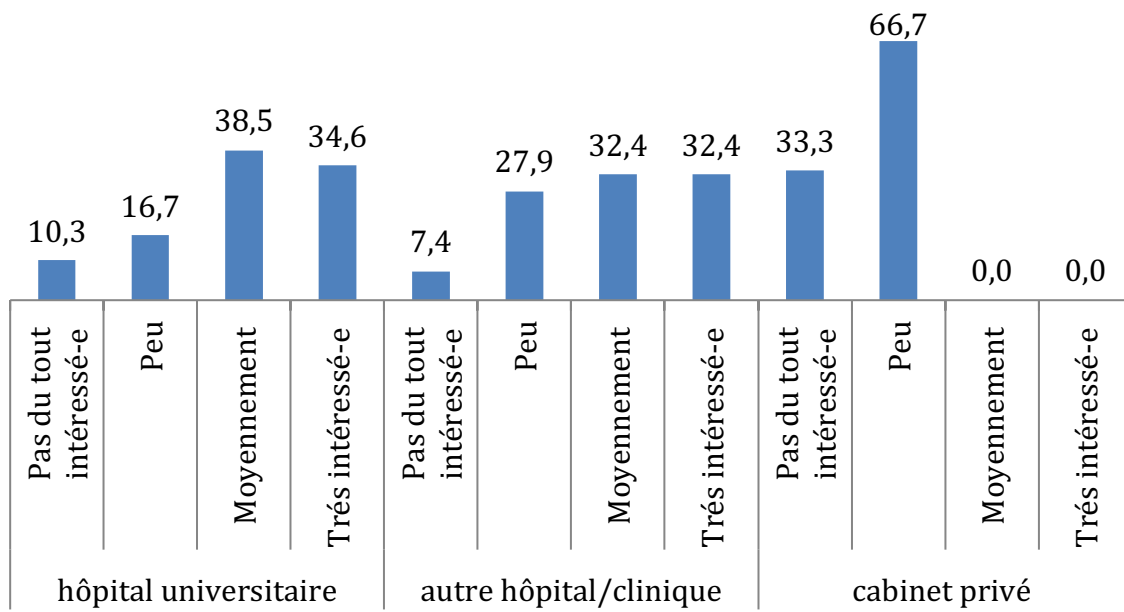


Les résultats attachés à une proposition de formation traitant des **aspects épidémiologiques liés à la migration** aboutissent à des conclusions identiques que celles formulées à propos des conditions socioéconomiques des populations migrantes en Suisse. Les enquêtés se portent dans les mêmes proportions sur les différents items de réponse, l’item « très intéressé » réunissant, par exemple, un tiers du collectif.

La ventilation des réponses compte tenu des variables profession ( $p=.001$ ) et lieu de pratique ( $p=.04$ ) conduit également aux mêmes types de résultats que précédemment.

Ainsi, par exemple, on observe que seuls les cliniciens, qu’ils appartiennent au corps médical ou au corps infirmier, travaillant dans une structure hospitalière montrent un « très » fort intérêt pour une formation abordant le rapport entre épidémiologie et migration. En contraste on relève qu’aucun médecin exerçant en cabinet privé n’a répondu dans ce sens. C’est clairement ce que révèle le graphique livré ci-après :

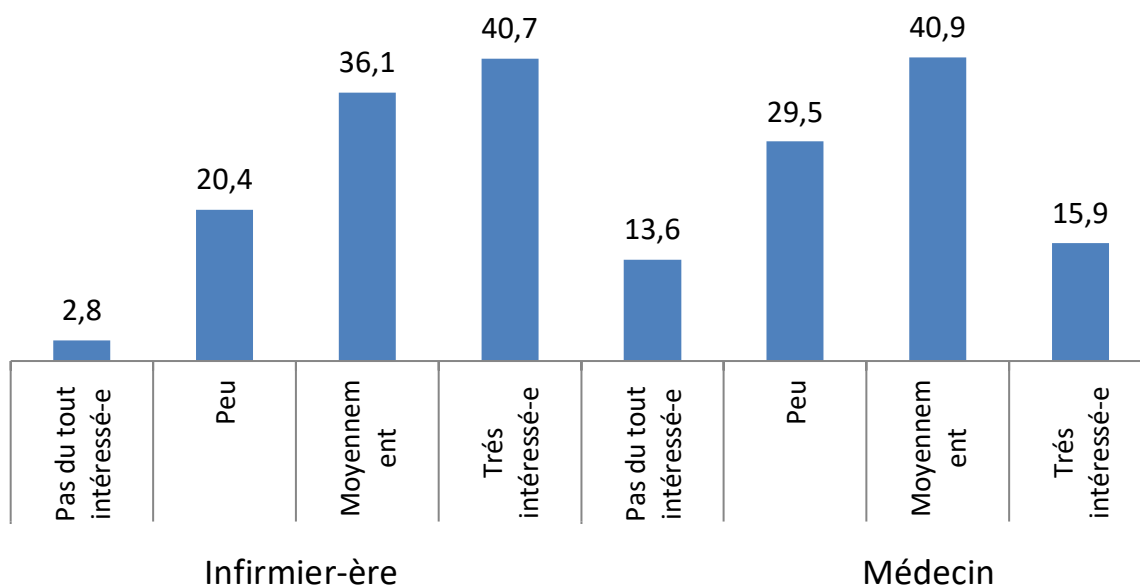
**Aspects épidémiologiques liés à la migration (p= .04)**



On releva ensuite qu'un tiers des membres du collectif (33,5%) se retrouvent pour considérer comme étant « très » intéressante, à leurs yeux, une formation qui viserait au développement de compétences permettant d'**aborder adéquatement les thèmes de la religion et la spiritualité**. Le nombre de répondants se déclarant « moyennement intéressés » s'établit ici à 37.5%, et ceux qui ne le sont « pas du tout » à 5.9%.

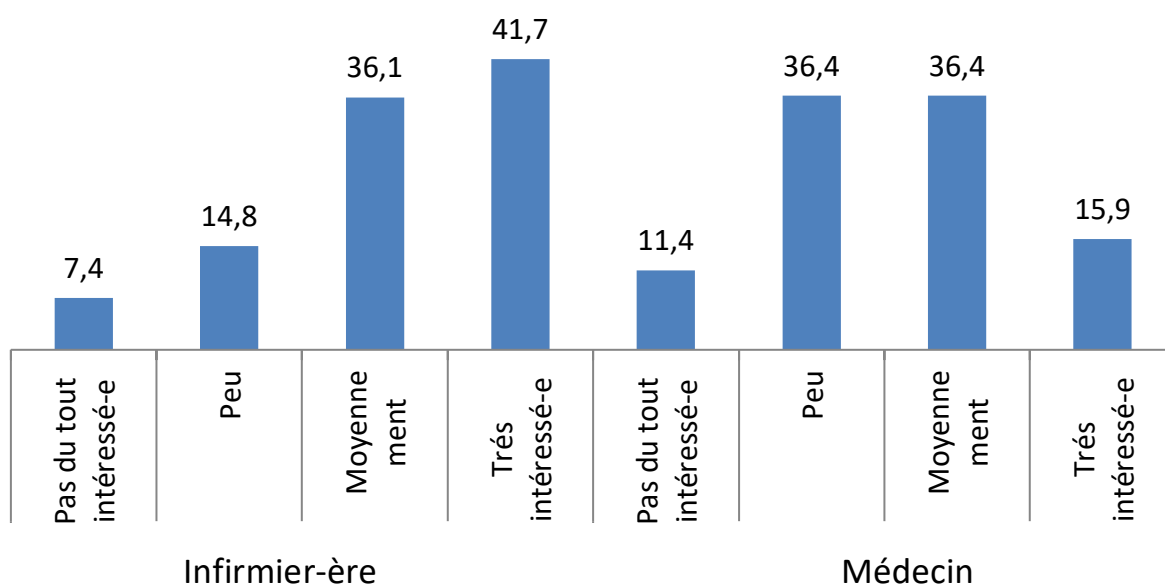
L'examen des résultats observés en fonction de la variable profession (p=.001) montre de très nettes disparités entre corps infirmier et corps médical : comme on le voit ci-dessous, le premier (40.7%) se portant beaucoup plus massivement que le second (15.9%) sur l'item « très intéressés ».

### Comment aborder la religion et/ou la spiritualité (p = .001)



Le dernier aspect de formation entrant dans ce troisième groupe concerne la question des **préjugés et stéréotypes et leur impact sur les relations de soin**. Un examen des réponses montre un échantillon dont le tiers de ses membres (34.2%) serait « très intéressé » à une formation abordant cette question, alors qu'un autre tiers ne serait que « moyennement intéressé » (36,2%). A noter que l'item « pas du tout intéressé » récolte ici 8,5% des voix.

### Comment travailler sur ses préjugés et stéréotypes et leur impact sur la relation de soin (p = .001)



A noter encore ici que la variable profession est source d'une forte variabilité des réponses ( $p=.001$ ). Ainsi que l'illustre le graphique ci-dessus, on relève un « fort » enthousiasme pour cet aspect de formation beaucoup plus marqué chez les infirmières et infirmiers (41.7%) que chez les cliniciens médecins (15.9%).

Reste un dernier élément de formation à présenter, lequel concerne **la collaboration avec un interprète** (professionnel ou non). Il constitue le seul élément qui se voit « très » clairement plébiscité par moins de trois répondants sur dix (27%). A cet égard, signalons que les items « peu intéressé » et « pas du tout intéressé » atteignent, respectivement, 35.5% et 7%. La prise en compte de la variable profession ( $p=.001$ ) révèle un corps infirmier (33.3%) bien plus enclin que le corps médical (11.4%) à afficher un fort intérêt pour une formation abordant la collaboration avec un interprète.

### 2.3.5 Constat synthétique

Les cliniciens soumis à l'enquête et qui n'ont pas suivi de formation de type CST ou CCT liant oncologie et migration sont très nombreux. En effet, **plus des quatre cinquièmes** des membres du collectif déclarent ne pas avoir bénéficié d'une instruction, que ce soit sous forme de cours ou de séminaires, relative à la question de la diversité linguistique et culturelle des patients souffrant d'un cancer.

A l'examen de leurs réponses, les soignants interrogés dans le cadre de l'étude témoignent, en règle générale, d'un intérêt certain à se former de sorte à mieux pouvoir interagir avec leurs patients migrants. A cet égard, on observe, certes, des nuances. Les souhaits exprimés vont d'abord en direction de préoccupations qui sont au cœur de la clinique oncologique. C'est ainsi que **plus d'un répondant sur deux** déclare être « très intéressé » à se former dans les domaines suivants : l'annonce de mauvaises nouvelles, la discussion de thèmes délicats, l'exploration des représentations du patient à propos de la maladie et des traitements et l'implication du patient dans les prises de décision.

De plus, on retiendra des résultats qu'environ **quatre répondants sur dix** se rejoignent pour signaler leur « très » grand intérêt s'agissant d'une formation qui traiterait de l'exploration des attentes du patient,

de la façon d'adapter leur discours au niveau de compréhension du patient et de la collaboration avec les proches. On relève un intérêt comparable pour ce qui est de la communication non-verbale et de la façon d'aborder la religion et la spiritualité.

Nos résultats montrent, par ailleurs, que nombre des soignants interrogés sont aussi bien intéressés à suivre des formations qui sont directement en lien avec leur pratique clinique (ex. annonce de mauvaises nouvelles) qu'à des thématiques plus générales liées à la migration (ex. inégalité dans l'accès aux soins, conditions historiques et socioéconomiques des populations migrantes). Ces mêmes résultats révèlent également qu'une part significative des répondants manifeste un intérêt évident pour se former de sorte à mieux connaître l'impact de leurs préjugés et de leurs stéréotypes sur la prise en charge des patients migrants.

S'agissant toujours des résultats pour l'échantillon pris dans sa totalité, on notera que la collaboration efficace avec un interprète professionnel ou non représente l'aspect de formation qui suscite l'enthousiasme le moins marqué. Ainsi, **plus de quatre répondants sur dix** n'y voient que peu ou pas d'intérêt du tout.

Deux variables de contrôle apparaissent comme des sources notables et récurrentes de disparités des réponses à notre questionnaire à propos des souhaits en matière de formation : la **profession** et le **genre**. Concernant la première de ces variables, l'essentiel à retenir tient dans ce que sa prise en compte conduit à des résultats – statistiquement significatifs pour tous les aspects de formation suggérés – qui offrent toujours la même structure d'ordre. C'est ainsi que les membres du corps infirmier sont systématiquement deux à trois fois plus nombreux que les médecins à se porter sur l'item traduisant un intérêt maximal.

Pour sa part, la prise en considération de la variable genre révèle que les femmes, médecins ou infirmières, sont systématiquement plus nombreuses – et souvent de beaucoup – que leurs collègues masculins à exprimer un vif intérêt pour se former. Ceci est particulièrement vrai pour plus de la moitié des domaines proposés ici : la collaboration avec les proches, l'exploration des attentes du patient, la façon d'aborder la religion et la spiritualité, l'exploration des représentations du patient à



propos de la maladie et des traitements, l'annonce de mauvaises nouvelles la discussion de thèmes délicats, l'implication du patient dans la prise de décision et le thème des inégalités dans l'accès aux soins.



### **3. Résultats quantifiés limités aux régions bilingues**

#### **3.1 La communication avec la patientèle germanophone**

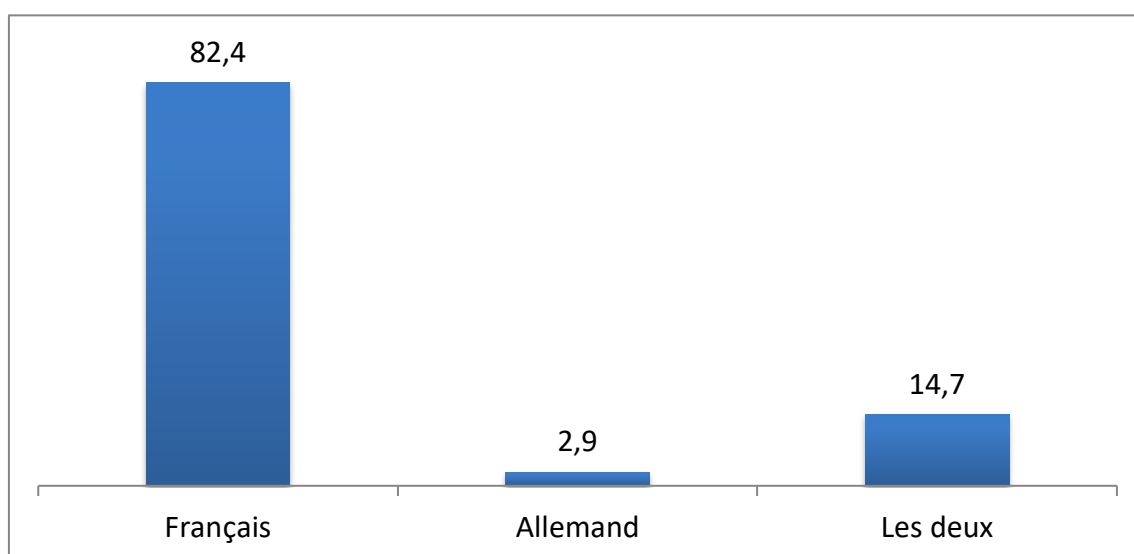
L'ultime section de ce chapitre est consacrée aux résultats attachés à un questionnaire adressé uniquement aux cliniciens en oncologie exerçant dans des zones de Suisse romande officiellement bilingues. L'investigation visait ici à porter au jour de possibles problèmes communicationnels liés à cette particularité linguistique. Concrètement, quatre questions formulées à la fin du questionnaire offraient la possibilité aux cliniciens concernés de dire dans quelle mesure ils rencontrent des difficultés de communication avec leur patientèle germanophone et, le cas échéant, de préciser la nature de ces difficultés.

Signalons tout d'abord que cette dernière partie du questionnaire était précédée d'une question invitant les cliniciens en oncologie à dire s'ils exerçaient ou non dans une région bilingue comme Bienne, Fribourg, Sierre, etc. Les résultats liés à cette question filtre indiquent qu'au total, un peu moins d'un quart (22.4%) de l'échantillon pris dans son entier (soit 34 répondants) exercent dans une région bilingue et sont amenés à communiquer avec des patients germanophones. A cet égard, il est vrai qu'uniquement disponible en français, notre questionnaire ne laissait pas la possibilité à des cliniciens maîtrisant uniquement l'allemand ou qui n'avaient pas de connaissances suffisamment solides en français, d'y participer.

Une première question adressée aux seuls cliniciens déclarant exercer dans des régions bilingues visait à explorer la ou les langue(s) qu'ils et elles maîtrisent le mieux. Résumées au travers du graphique ci-après,

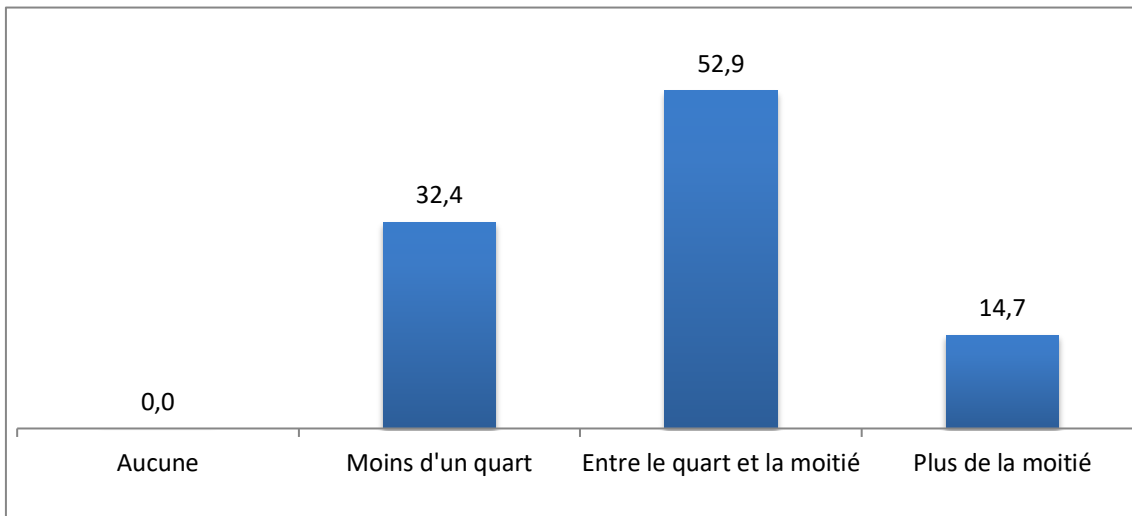
les réponses livrées se répartissent comme suit : 82.4% des soignants interrogés déclarent que le français représente la langue qu'ils maîtrisent le mieux, 14.7% répondent qu'ils sont bilingues, autrement dit qu'ils maîtrisent aussi bien le français que l'allemand. Moins de 3% d'entre eux indiquent que l'allemand est la langue qu'ils maîtrisent le mieux.

### Quelles langue maîtrisez-vous le mieux ?



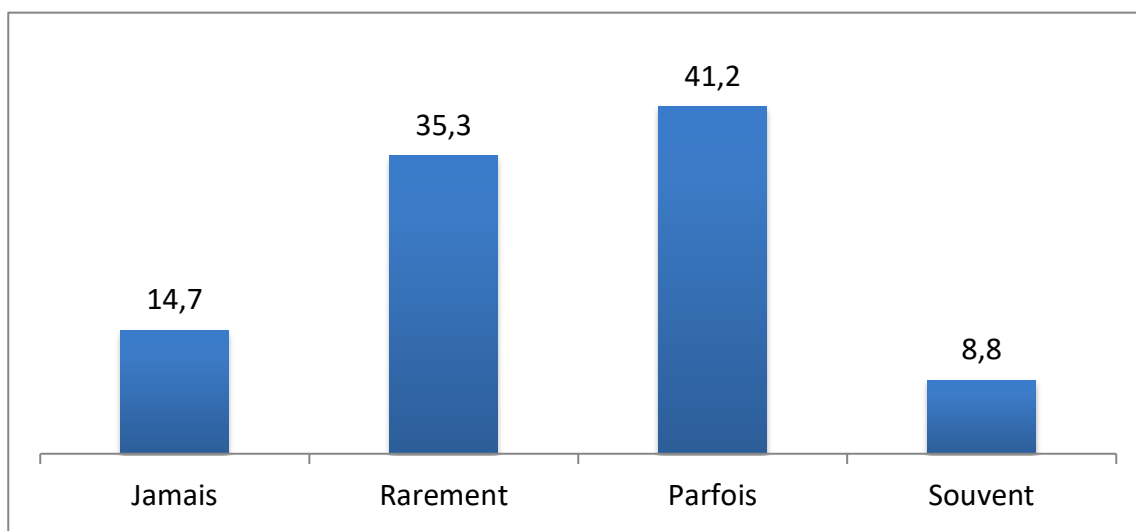
C'est au travers d'une deuxième question que nous avons tenté d'évaluer la proportion de patients germanophones que rencontrent les cliniciens exerçant en zones bilingues de Suisse romande. Comme en témoigne le graphique ci-dessous, on peut noter que plus de la moitié des cliniciens déclarant exercer dans de telles zones estiment qu'« entre le quart et la moitié » de leur patientèle est germanophone, alors qu'un tiers l'évalue à « moins d'un quart » et pas plus de 14.7% à « plus de la moitié ». On remarquera encore qu'aucun clinicien ne déclare ne jamais rencontrer de patients germanophones dans sa pratique oncologique.

### Quelle proportion de vos patients est germanophone ?



Une troisième question avait pour but d'évaluer à quelle fréquence les personnels infirmier et médical en oncologie et exerçant dans des régions bilingues font face à des difficultés de communication avec des patients germanophones. Comme on peut le voir ci-après, seuls 14% d'entre eux affirment de ne « jamais » en rencontrer. Pour quatre cliniciens sur dix (41.2%) ce type de difficultés se rencontrent « parfois » et pour plus d'un tiers (35.3%) « rarement ». Enfin, 8.8% des cliniciens concernés ici déclarent être « souvent » au devant de problèmes dans leurs interactions avec des patients de langue allemande.

### Avec ces patients, dans quelle mesure rencontrez-vous des difficultés de communication ?



Invités à détailler la nature des difficultés rencontrées, un peu moins de la moitié des cliniciens exerçant dans des régions bilingues (44%) ont répondu à une question ouverte ainsi formulée: « Si vous rencontrez des difficultés de communication { avec des patients germanophones }, pourriez-vous préciser leur nature ? ». Un examen du contenu des commentaires apportés par nos répondants, invite à penser que les difficultés rencontrées par les cliniciens interrogés sont avant tout d'ordre linguistique. D'une part, c'est la non maîtrise de termes techniques en allemand se référant à des traitements oncologiques et à leurs effets secondaires qui est évoquée par les cliniciens comme frein de communication majeur. Les verbatims suivants illustrent cet état de fait relevé par des cliniciens ayant une maîtrise limitée de l'allemand :

« lorsqu'il s'agit d'explications très spécifiques hors du langage courant »

« certains termes techniques (médicaux) »

« quand il faut expliquer par exemple des choses très techniques comme faire passer de l'alimentation entérale à domicile ».

Par ailleurs, plusieurs cliniciens avancent que la non-maîtrise des dialectes suisses alémaniques constitue également une source de difficultés d'ordre linguistique qui les empêchent de communiquer adéquatement avec certains patients germanophones. Concrètement, les répondants ayant « étudié » l'allemand à l'école – et qui ne maîtrisent pas le dialecte alémanique parlé dans la région d'exercice de leur activité clinique – disent rencontrer surtout des difficultés communicationnelles quand ils sont amenés à échanger en dialecte avec leurs patients sur le « ressenti » ou sur les effets psycho-sociaux de la maladie. Pour preuve, les propos suivants :

« La plupart des patients germanophones comprennent et parlent aussi le français. C'est seulement les patients qui parlent uniquement l'allemand avec lesquels c'est très difficile, et surtout car un bon nombre d'entre eux parlent des dialectes qui s'éloignent beaucoup de l'allemand 'parfait' et qu'on étudie ».

« Dans la communication concernant son ressenti et pour pouvoir le soutenir »

Certes limitée, cette investigation centrée sur certains enjeux communicationnels liés à la pratique de l'oncologie en zone officiellement bilingue de Suisse romande donne à voir un certain nombre des cliniciens concernés comme ayant à relever, en quelque sorte, un double défi au plan des échanges qu'ils ont avec une part de leurs patients. En effet, ces cliniciens doivent faire face à des barrières linguistiques – qu'il s'agit de contourner – non seulement quand ils interagissent avec certains de leurs patients d'origine étrangère, mais également avec une partie de leur patientèle locale.





## Conclusions

Cette étude menée dans le but de mieux comprendre les liens unissant, oncologie, communication et migration a conduit à un certain nombre de résultats à valeur, en quelque sorte, d'état des lieux. Ces résultats, qui nous renseignent concrètement sur les difficultés – et le désir de pouvoir y faire face – que des soignants en oncologie, qu'ils relèvent du monde médical ou paramédical, peuvent rencontrer dans leur pratique clinique avec certains patients migrants, il s'agit encore d'en tirer quelques conclusions à teneur tant soit peu générale.

A cet égard, il convient de rappeler que l'étude a porté sur un échantillon formé de 152 cliniciennes et cliniciens en oncologie exerçant en Suisse romande, lequel présente une composition lui garantissant une certaine « représentativité ». En effet, il offre, comme on l'a vu, des contours qui reflètent assez fidèlement la population dont il est issu. Dans ces conditions, il apparaît possible, sur la foi des résultats obtenus ici, de formuler quelques considérations dont la portée dépasse le cadre strict de notre échantillon.

On commencera par dire que le profil des réponses au questionnaire qui fonde la présente étude montre des cliniciennes et des cliniciens en oncologie largement convaincus de l'existence de nombreux obstacles à une communication efficiente dès lors qu'il s'agit, pour eux, d'interagir avec certains de leurs patients issus de la migration.

A l'instar de leurs collègues installés dans d'autres régions du monde occidental, les soignantes et les soignants romands exerçant dans le domaine oncologique voient ces obstacles comme autant de difficultés qui sont essentiellement d'ordre linguistique, socioculturelle et organisationnelle. Certes, on l'a vu, ces difficultés ne sont pas toutes de nature à peser du même poids dans la clinique centrée sur des patients migrants atteints d'un cancer. C'est sans conteste – et sans surprise –

l'absence de partage d'une langue commune avec leurs patients migrants souffrant d'un cancer qui représente, tant pour le corps médical que pour le corps infirmier, la source de difficultés de communication la plus importante. Mais il est à noter que l'un des moyens susceptibles de pallier cette absence constitue un objet de préoccupation à peine moins accusé. Il apparaît en effet qu'assigner à un proche du patient le rôle de tiers traduisant est considéré comme très problématique par une majorité de cliniciens en oncologie. De ce point de vue, le recours à un interprète professionnel ou à un collègue semble susciter, de loin, beaucoup moins d'inquiétude.

C'est aussi dans des proportions très élevées que les cliniciens romands en oncologie pointent plusieurs facteurs de type organisationnel qui limitent fortement la qualité de leurs échanges avec certains patients migrants. On retiendra avant tout ici le manque cruel de documents destinés aux patients (ex. directives anticipées, fiches informatives sur les cancers) et rédigés de sorte à respecter le plurilinguisme de la patientèle, tout comme l'absence de personnes de référence dans leur entourage professionnel susceptibles de les instruire en matière de clinique transculturelle.

C'est précisément avec certains des fondements de la clinique transculturelle que l'on peut mettre en lien plusieurs difficultés communicationnelles considérées, par une part importante des soignants en oncologie, comme étant particulièrement prégnantes lorsqu'ils sont conduits à rencontrer des patients issus de la migration.

Comme en font preuve nos résultats, nombre de ces soignants rapportent combien peut être problématique pour eux d'aborder des sujets délicats (sexualité, fin de vie) en face de patients d'origine culturelle éloignée de la leur ou de devoir gérer la présence et le rôle des proches de ces patients. Par ailleurs, ils sont tout aussi nombreux à admettre que leur connaissance plus ou moins limitée des conditions de vie des populations migrantes ou du réseau de santé pour patients en situation précaire peut constituer une entrave de poids dans leur pratique clinique avec certains des patients migrants souffrant d'un cancer.

Si notre étude révèle, au total, un nombre élevé de soignants en oncologie pour lesquels, en regard de leur propre pratique, une communication efficace avec des patients migrants s'avère plus ou moins empêchée en raison de toute une série d'obstacles bien répertoriés, elle montre aussi ces mêmes soignants largement soucieux d'acquérir des compétences susceptibles de lever ces obstacles, ce d'autant plus que la très grande majorité d'entre eux n'ont jamais été sensibilisés en ces matières.

Ainsi qu'en témoignent nos résultats, c'est une acquisition dans le domaine des compétences centrées sur une clinique capable d'intégrer la problématique de la différence socioculturelle qui suscite le plus vif intérêt chez les personnels infirmier et médical en oncologie. C'est ainsi qu'une majorité des membres de ces personnels seraient très intéressés à pouvoir bénéficier d'une formation qui invite au développement de compétences comprises en termes de stratégies communicationnelles facilitant, par exemple, l'annonce de mauvaises nouvelles, la thématization de certains sujets au contenu délicat ou encore l'exploration des représentations que les patients migrants se forgent à propos de la maladie et de son traitement. Mais on aura vu aussi qu'ils sont à peine moins nombreux à exprimer très clairement le souhait de pouvoir s'instruire sur la question des inégalités aux soins, sur le réseau de santé pour les patients en situation précaire et sur les limites de la communication non verbale, pour ne rappeler que cela.

Parmi les identités sociales qui séparent les cliniciens en oncologie de Suisse romande, c'est assurément la profession qui exerce l'incidence maximale sur les résultats attachés à notre questionnaire. A cet égard, on retiendra que les infirmières et infirmiers sont systématiquement plus nombreux – de l'ordre de deux à trois fois selon les cas – que les oncologues médecins à déclarer être vivement intéressés à une formation sur les différents aspects qui leur étaient suggérés. De même, on l'a vu, ils insistent plus massivement, en règle générale, sur le caractère très problématique des difficultés que l'on peut rencontrer dans une pratique clinique impliquant des patients migrants.

Un mot encore en lien avec la démographie de notre population et qui touche à certains enjeux communicationnels liés à la pratique de

l'oncologie en région officiellement bilingue de Suisse romande. Bien que limitée sur ce point, notre investigation n'a pas manqué de mettre au jour le fait que les cliniciens exerçant dans ces régions et n'ayant pas dans leur répertoire linguistique la maîtrise des deux langues apparaissent face à un *challenge* amplifié s'agissant des rencontres qu'ils ont avec une part de leur patientèle. En effet, ces soignants doivent contourner des obstacles linguistiques non seulement quand ils sont en rapport avec certains de leurs patients d'origine étrangère, mais également avec une partie de leurs patients locaux.

Notre étude présente certaines limites dont la plus importante tient dans ce qu'elle ne permettait pas, en raison de son format de type quantitatif, de cerner sa problématique dans tout le détail voulu. Cependant, ces limites ne nous empêchent pas de conclure par deux invitations à valeur de recommandations, surtout quand on garde à l'esprit les prévisions pessimistes de l'OMS quant au nombre de cancers sur les continents africain et asiatique<sup>17</sup>. La première de ces invitations est formulée à l'endroit des diverses Autorités sanitaires de sorte à ce que ces dernières envisagent certaines mesures concrètes telles la création de postes de référents en clinique oncologique transculturelle ou l'accessibilité aux divers documents en circulation dans les services d'oncologie pour tous les patients, les allophones compris. En suivant cette voie, ces Autorités ne feraient pas autre chose que d'aller dans le sens souhaité par les concepteurs de la stratégie nationale contre le cancer et du programme national « santé et migration » qui promeuvent une pleine égalité en matière de traitements médicaux pour toute personne résidant en Suisse.

C'est dans le même esprit qu'il faut comprendre les termes de notre seconde invitation. Celle-ci s'adresse aux responsables des CST en oncologie dont on espère qu'ils mettent sur pied – dans un avenir proche – une formation à la communication intégrant pleinement la problématique de la migration, formation que tant de cliniciens appellent visiblement de leurs vœux.

---

<sup>17</sup> <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr/>  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr/>

## Bibliographie

Althaus F et al. (2010). Compétences cliniques transculturelles et pratique médicale : quels besoins, quels outils, quel impact ? *Forum Med Suisse* 10(5), 79-83.

Barth J, Lannen P. (2011). Efficacy of communication skills training courses in oncology: a systematic review and meta-analysis. *Ann Oncol* 22,1030-1040.

Betancourt JR. (2003). Cross-cultural medical education: conceptual approaches and frameworks for evaluation. *Acad Med.* 78(6), 560-9.

Betancourt JR., Green AR. (2010). Commentary: linking cultural competence training to improved health outcomes: perspectives from the field. *Acad Med.* 85(4), 583-585.  
<http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181d2b2f3>

Bodenmann P. et al. (2011). Projet pilote *Migrant Friendly Hospitals*: Evaluation des acquis et des besoins. CHUV/PMU.

Boeur C. (2011). L'accompagnement du patient d'origine étrangère et sa famille face au cancer : un projet du Centre Hospitalier Universitaire Brugmann,

[http://www.kbs-frb.be/uploadedfiles/kbs-frb/05\) pictures, documents and external sites/09\) publications/pub\\_2055\\_prixgertnoel2010\\_f01.pdf](http://www.kbs-frb.be/uploadedfiles/kbs-frb/05) pictures, documents and external sites/09) publications/pub_2055_prixgertnoel2010_f01.pdf)

Bourquin C. et al. (2010). Patients objets, patients sujets : le cas des migrants. *Palliative-ch* 3, 25-27.

Butow PN. et al. (2010). From inside the bubble: migrants' perceptions of communication with the cancer team. *Supportive Care in Cancer* 19 (2), 281-290.

Cerny T. (2014). Stratégie nationale contre le cancer 2014-2017. OFSP

Charaudeau P. (1995) Une analyse sémiolinguistique du discours. *Langages*, 115, 96-111.

Cosnier J., Grosjean M., Lacoste M., (eds), (1993) Soins et communication : approche interactionniste des relations de soins. Lyon: Presses Universitaires de Lyon.

Delvaux N, Razavi D, Marchal S et al. (2004). Effects of a 105 hours psychological training program on attitudes, communication skills and occupational stress in oncology: a randomized study. *Br J Cancer* 90, 106-114.

Epstein R, Street RL. (2007). Patient-centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering. NC Institute: Bethesda.

Fallowfield L. (1995). Can we improve the professional and personal fulfilment of doctors in cancer medicine? *British Journal of Cancer* 71, 1132-1133.

Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V et al. (2002). Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *Lancet* 359, 650–656.

Firth P. (2006). Patients and their families. In Stiefel F. (ed) *Communication in Cancer Care*. Heifelberg : Springer, 61-72.

Ford S. et al. (1996). Doctor-patient interactions in oncology. *Social Science and Medicine* 42 (11),1511-1517.

Guex P., Singy P. (2003). Quand la médecine a besoin d'interètes. Genève: Cahiers médicaux sociaux.

Huang YL. et al. (2009). Factors influencing oncology nurses' approaches to accommodating cultural needs in palliative care. *Journal of Clinical Nursing* 18, 3421-3429).

Hudelson P. et Stadler H. (2005). Diversité socioculturelle et formation médicale. *Revue médicale Suisse* 1(34), 2214-2216.

Institute of Medicine (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington : National Academy Press.

Libert Y., Merckaert I., Reynaert C. et al. (2007). Physicians are different when they learn communication skills: influence of the locus of control. *Psycho-Oncology* 16, 553-562.

Liénard A, Merckaert I, Libert Y et al. (2010). Is it possible to improve residents breaking bad news skills? A randomised study assessing the efficacy of a communication skills training program. *Br J Cancer* 103, 171-177

Loge JH et al. (1997). Disclosing the cancer diagnosis: the patients' experiences. *European Journal of Cancer* 33(6), 878-882.

Lubrano C. et al. (2010). Interviewing patients using interpreters in an oncology setting: initial évaluation of communication skills module. *Annals of Oncology* 21 (1), 27-32.

Maccioni J. (2011). Accompagnement multicultural de patients étrangers. *Comprende qui pourra* 289. <http://www.cbai.be/revuearticle/566/print/>

Masson E. (2010). Importance du personnel formé à l'étranger et stratégies de recrutement, CHUV.

Maex E., De Valck C. (2006). Key elements of communication in cancer care. In Stiefel F. (ed) *Communication in Cancer Care*. Heifelberg : Springer, 1-5.

OFSP (2008). Programme national Migration et santé 2008-2013.

OFSP (2014). Programme national Migration et santé 2004-2017.

OFSP (2014). Stratégie nationale contre le cancer 2014-2017.

Park ER, Chun MB, Betancourt JR, Green AR, Weissman JS. (2009). Measuring residents' perceived preparedness and skillfulness to deliver cross-cultural care. *J Gen Intern Med* 24(9),1053-1056.

Pergert P. et al. (2008). Bridging obstacles to transcultural caring relationships – Tools discovered through interviews with staff in pediatric oncology care. *European Journal of Oncology Nursing* 12, 35-43.

Quinn C.P. et al. (2011). Enhancing oncology health care provider's sensitivity to cultural communication to reduce cancer disparities: a pilot study. *Journal Cancer Education* 26(2), 322-325.

Razavi D. et al. (2000). Testing health care professionals' communication skills: the usefulness of highly emotional standardized role-playing sessions with simulators. *Psycho-oncology* 9, 293-302.

Razavi D. & Delvaux (2008). Précis de psycho oncologie de l'adulte. Paris : Masson

Reich M. (2008). Méta-Analyse. Comment le facteur culturel est-il considéré en psycho-oncologie ? *Psycho-Oncologie*, 2, 1-10.

Rao JK, Anderson LA, Inui TS et al. (2007). Communication interventions make a difference in conversations between physicians and patients: a systematic review of the evidence. *Med Care* 45, 340–349.

Roter DL., Hall JA. (2004). Physician Gender and Patient-Centered Communication: A Critical Review of Empirical Research. *Annual Review of Public Health* 25, 497-519

DOI: 10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123134

Schyve PM. (2007). Language differences as a barrier to quality and safety in health care: the joint commission perspective. *Journal of General Internal Medicine* 22 (Suppl. 2), 360-361.

Seeleman C., Suurmond J., Stronks K. (2009). Cultural competence: a conceptual framework for teaching and learning. *Medical Education* 43(3), 229-237.

Smith WR. et al. (2007). Recommendations for teaching about racial and ethnic disparities in health and health care. *Ann Intern Med* 147(9), 654-65.



Singy P. (2005). Langue, médecine et genre. In: Kommunikationskulturen. Intra- und interkulturell. Festschrift für Edith Slembek. Sprechen und Verstehen. Schriften zur Kommunikationstheorie und Kommunikationspädagogik, Roehrig-Universitätsverlag, Geissner H K ed. 87-93.

Singy P., Guex P., Weber O., Sulstarova B. (2008). Communication et Médecine. Limoges : Lambert & Lucas.

Singy P. et al. (2010). Linguistic barriers in medical settings. *Cahiers du CLSL*, Lausanne.

Stiefel F & Razavi D. (2006). Informing about diagnosis, relaps and progression of disease-communication with terminally ill cancer patients. In Stiefel F. (ed) *Communication in Cancer Care*. Heidelberg : Springer, 37-46.

Stiefel F. et al. (2010). Communication skills training in oncology: a position paper based on a consensus meeting among European experts in 2009. *Annals of Oncology* 21, 204-207.

Surbone A. (2006). Telling the truth to patients with cancer: what is the truth? *Lancet Oncology* 7(11), 944-950.

Surbone A., (2010). Cultural competence in oncology: where do we stand? *Annals of Oncology* 21, 3-5.

Thomas BC. et al. (2010). Challenges in communication with ethnically diverse populations. *Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care*, 375-387.

Verhallen WC, Timmermans L, Van Dulmen S. (2004). Observation of nurse-patient interaction in oncology: review of assessment instruments. *Patient Educ Counsel* 54, 307-320.

Wilkinson S, Perry R, Blanchard K et al. (2008). Effectiveness of a three-day communication skills course in changing nurses' communication skills with cancer/palliative care patients: a randomized controlled trial. *Palliat Med* 22, 365-375.

Winterburn S, Wilkinson S. (2010). The challenges and rewards of communication skills training for oncology and palliative care nurses in the United Kingdom. In Kissane D et al. (eds), *Handbook of communication in oncology and palliative care*. Oxford University Press: Oxford, 425-438.

# **Annexes**



# 1. Le guide d'entretien : grille d'analyse

Les questions portaient sur trois axes thématiques :

1. prise en compte ou non de la question de la communication avec des patients migrants dans leur formation/programme ou autres formations en oncologie et les raisons de cette situation
2. difficultés rencontrées ou rapportées par les cliniciens en oncologie quand ils/elles communiquent avec des patients migrants
3. format d'une future formation en oncologie autour de cette problématique

## 1. Facteurs de la prise en compte ou non de la question de la communication avec des patients migrants dans les formations à la communication en oncologie

Principaux contenus investigués :

- degré de conscience des formateurs et des cliniciens de l'importance de cette question
- problème des autres priorités en oncologie à insérer dans une formation
- Sous-estimation de la dimension psycho-sociale et de la question culturelle
- Manque de moyens financiers (pour traduire le matériel en plusieurs langues)
- Méconnaissance des structures spécialisées (ex. consultation transculturelle)
- Difficultés à collaboration avec le tiers traduisant et risque d'adoption d'une attitude d'évitement

## **2. Difficultés rencontrées par les cliniciens en oncologie quand ils communiquent avec des patients migrants et ressources mobilisées**

Principaux contenus investigués :

- Difficultés linguistiques :
  - Absence de mobilisation de ressources (attitude d'évitement de la difficulté)
  - Recours à des ressources faciles à trouver ex. tiers proche ou collaborateur plurilingue
- Difficultés spécifiques avec tiers non professionnel (proche ou collaborateur plurilingue) en oncologie en lien avec :
  - Vérification de l'exactitude des messages traduits
  - Lourdeur psychologique des messages pour un tiers non formé
  - Imposition d'un interprète formé quand un proche se propose de traduire
  - Collaboration concrète avec le tiers dans la consultation
- Difficultés à recourir au tiers professionnel :
  - Politique du service mal connue et coûts élevés de la consultation en triade
  - Continuité de l'interprétariat pour des soins continus difficile à assurer pour les patients hospitalisés
- Difficultés culturelles en lien avec :
  - Annonce de diagnostic et autres mauvaises nouvelles
  - Prise de décision pour le traitement
  - Gestion des émotions et manifestation d'une attitude empathique
- Difficultés organisationnelles :

- Manque de temps pour organiser des consultations avec tiers formé
- Difficultés dues au niveau socio-éducatif du patient et/ou des proches
- Difficultés des cliniciens à :
  - L'identification dans les consultations avec patients migrants les difficultés liées à la langue, à la culture, au niveau socio-économique
  - La mobilisation des ressources habituelles communicationnelles quand le culturel est surestimé

### **3. Format de la formation sur la communication avec patients migrants**

Principaux contenus investigués :

- Traitement des aspects en lien avec la culture et le modèle explicatif du patient
- Sensibilisation des cliniciens à la question culturelle
- Place de la maladie oncologique dans le parcours migratoire
- Traitement des aspects psycho-sociaux et médicaux-juridiques
- Collaboration avec tiers traduisant
- une auto-analyse de sa propre culture et de la perception de la culture des autres
- Disign d'une formation à la communication interculturelle en oncologie





## 2. Le questionnaire en ligne

Madame, Monsieur,

- En Suisse, le système de soin prend en charge des patients de plus en plus diversifiés aux plans linguistique et culturel, y compris en oncologie.
- Cette enquête, réalisée dans le cadre du Service de Psychiatrie de liaison du CHUV et financée par le Forum du Bilinguisme, vise à étudier **vos difficultés** face à la diversité linguistique et culturelle ainsi que **vos intérêts** en termes de **formation** dans ce domaine.
- L'enquête à laquelle nous vous proposons de participer s'adresse aux **médecins et infirmier-ère-s en oncologie** de Suisse romande.
- Vos réponses seront traitées de façon confidentielle.
- Remplir le questionnaire on-line vous prendra **6 à 8 minutes**.

En vous remerciant d'avance de votre collaboration, nous vous adressons nos meilleures salutations.

## **Enquête sur la diversité linguistique et culturelle dans les consultations en oncologie : difficultés rencontrées et souhaits de formation**

Le monde médical et les hôpitaux accueillent des patients de plus en plus diversifiés aux plans linguistique et culturel, principalement en raison des flux migratoires existants. Dans ce contexte, des formations en compétences cliniques transculturelles (CCT) ont été développées et implantées dans diverses disciplines médicales. Les CCT sont un ensemble de savoirs, savoir-faire et savoir-être devant permettre à des cliniciens de prendre en charge efficacement des patients d'horizons linguistiques et culturels divers.

En oncologie, les formations en CCT sont encore rares. Ce questionnaire a pour but de connaître vos expériences de cliniciens en oncologie avec la diversité linguistique et culturelle des patients issus de la migration. D'autre part, il vise à obtenir un aperçu de vos intérêts en termes de formation dans le domaine des CCT.

### **A. Votre expérience face à la diversité linguistique et culturelle**

1. A quelle fréquence rencontrez-vous des difficultés de communication en lien avec la diversité linguistique et culturelle de vos patients migrants ?

- |          |                          |
|----------|--------------------------|
| Jamais   | <input type="checkbox"/> |
| Rarement | <input type="checkbox"/> |
| Parfois  | <input type="checkbox"/> |
| Souvent  | <input type="checkbox"/> |

2. Dans quelle mesure les aspects suivants, en lien avec la diversité linguistique et culturelle des patients, sont-ils problématiques pour vous ?

	Problématique	Pas du tout	Peu	Moyennement	Très problématique
Le partage insuffisant d'une langue commune pour pouvoir bien communiquer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accès à des interprètes professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La collaboration avec des interprètes professionnels et/ou des collègues assurant la traduction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La traduction assurée par les proches du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'investissement requis (ex. durée de la consultation, organisation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le manque de matériel écrit dans d'autres langues (ex. brochures, formulaires de consentement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'absence de personnes ressources pouvant vous donner des conseils en clinique transculturelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre manque de connaissances sur les conditions de vie et les statuts de séjour des migrants en Suisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre connaissance limitée du réseau de santé et de soutien pour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

les patients en situation précaire  
(ex. requérants d'asile, sans  
papier)

Vos représentations à propos de  
certains groupes de patients

Le niveau de compréhension des  
patients

L'implication active des patients  
dans les prises de décision

La présence et le rôle des proches  
dans les prises en charge

Les représentations des patients à  
propos de la maladie et du  
système de soin

La discussion de thèmes délicats  
(ex. fin de vie, sexualité)

## B. Formation

3. Avec-vous déjà suivi une formation qui vise une meilleure prise en charge des patients d'horizons culturels divers ?

Oui Non

4. Pour les aspects suivants, dans quelle mesure seriez-vous intéressé-e à recevoir une formation (ou un complément de formation) en lien avec la prise en charge de patients d'horizons linguistiques et culturels divers ?

	intéressé tout	Pas du	Peu	Moyenne ment	intéressé	Très
Comment collaborer de manière efficace avec un interprète professionnel ou volontaire (proche du patient, collègue plurilingue, etc.) ?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comment adapter son discours au niveau de compréhension du patient?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comment adapter sa communication non verbale?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comment explorer les attentes du patient?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comment explorer les représentations à propos de la maladie et des traitements?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comment annoncer des mauvaises nouvelles?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comment discuter de thèmes délicats (ex. fin de vie, sexualité)?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comment impliquer le patient dans les prises de décision?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comment aborder la religion et/ou la spiritualité?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comment travailler sur ses préjugés et	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

stéréotypes et leur impact sur la relation de soin?

Comment collaborer avec les proches?

5. Dans quelle mesure seriez-vous intéressée-e à recevoir un enseignement centré sur les aspects suivants ?

	intéressé tout	Pas du	Peu	Moyenne ment	intéressé	Très
Conditions historiques et socio-économiques des populations migrantes en Suisse	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inégalités dans l'accès aux soins (facteurs socio-économiques, culturels et linguistiques)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aspects épidémiologiques liés à la migration	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comment explorer les attentes du patient?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Réseau de santé et de soutien pour les patients en situation précaire (ex. requérants d'asile, sans papier)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

6. Auriez-vous un commentaire à ajouter en lien avec les questions auxquelles vous avez bien voulu répondre ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

---

### C. Données biographiques

7. Vous êtes :

Une femme  Un homme

8. Vous êtes :

Médecin  Infirmier/ère  Autre .....

9. Vous travaillez dans :

Un hôpital universitaire

Un autre hôpital/clinique

Un cabinet privé

Autre .....

10. Vous avez :

Moins de 30 ans

30 – 39 ans

40 – 49 ans

50 – 59 ans

plus de 60 ans

11. Actuellement, vous travaillez dans le canton de :

Berne

Fribourg

Genève



- Jura
- Neuchâtel
- Valais
- Vaud

12. Dans quel pays êtes-vous né-e ? .....

13. Dans combien de langues pouvez-vous mener une consultation ou un entretien clinique ?

- une langue
- deux langues
- trois langues
- plus de trois langues

14. Quelle est votre langue maternelle ? .....

**D. Pour les cliniciens exerçant dans les régions bilingues (ex. Bienne, Fribourg, Sierre)**

1. Quelle langue maîtrisez-vous le mieux ?

- Français

Allemand

Les deux

2. Quelle proportion de vos patients est germanophone ?

Aucune

Moins d'un quart

Entre le quart et la moitié

Plus de la moitié

3. Avec ces patients, dans quelle mesure rencontrez-vous des difficultés de communication ?

Jamais

Rarement

Parfois

Souvent

18. Si vous rencontrez des difficultés, pourriez-vous préciser leur nature ?

.....  
.....  
.....

MERCI !



