

### Immersion communautaire – Les étudiant-e-s de médecine mènent une recherche dans la communauté

Pendant quatre semaines, les étudiant-e-s en médecine de 3<sup>e</sup> année de l'Université de Lausanne mènent une enquête dans la communauté sur le sujet de leur choix. L'objectif de ce module est de faire découvrir aux futurs médecins les déterminants non-biomédicaux de la santé, de la maladie et de l'exercice de la médecine: les styles de vie, les facteurs psychosociaux et culturels, l'environnement, les décisions politiques, les contraintes économiques, les questions éthiques, etc. Par groupes de 5, les étudiant-e-s commencent par définir une question de recherche originale et en explorent la littérature scientifique. Leur travail de recherche les amène à entrer en contact avec le réseau d'acteurs de la communauté concernés, professionnels ou associations de patients dont ils analysent les rôles et influences respectives. Chaque groupe est accompagné par un-e tuteur/trice, enseignant-e de la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne. Les étudiant-e-s présentent la synthèse de leurs travaux pendant un congrès de deux jours à la fin du module. Depuis quelques années, six groupes d'étudiant-e-s ont la possibilité d'effectuer leur travail dans le cadre d'un projet d'immersion communautaire interprofessionnelle à l'étranger, organisé en partenariat avec la Haute école de la santé La Source. Le projet amène les étudiant-e-s à étudier une problématique de santé communautaire dans un pays étranger (Inde et Chine) du point de vue de la médecine et des soins infirmiers. Des groupes de 2 étudiant-e-s en médecine et 2 étudiant-e-s en soins infirmiers sont formés et choisissent un sujet parmi les thématiques proposées par nos partenaires académiques à l'étranger. Quatre travaux parmi les plus remarquables sont choisis pour être publiés dans *Primary and Hospital Care*.

*Module d'immersion communautaire de la Faculté de biologie et de médecine de l'UNIL, sous la direction de Pr. Jean-Bernard Daeppen (responsable), Dr Jacques Gaume (coordinateur), Pr. Patrick Bodenmann, Pr. Thierry Buclin, Dre Aude Fauvel, Mme Sophie Paroz, Dr Daniel Widmer et Pr. Madeleine Baumann (HEdS La Source)*

### Une histoire de famille?

# Annnonce de diagnostic en Chine

Rachel Cottier<sup>a</sup>, Caroline Dubois<sup>b</sup>, Nina Emery<sup>a</sup>, Estelle Rochat<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Etudiant-e-s en troisième année de bachelor de la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne; <sup>b</sup> Etudiant-e-s en troisième année de bachelor de la Haute école de la santé La Source, Lausanne

## Introduction

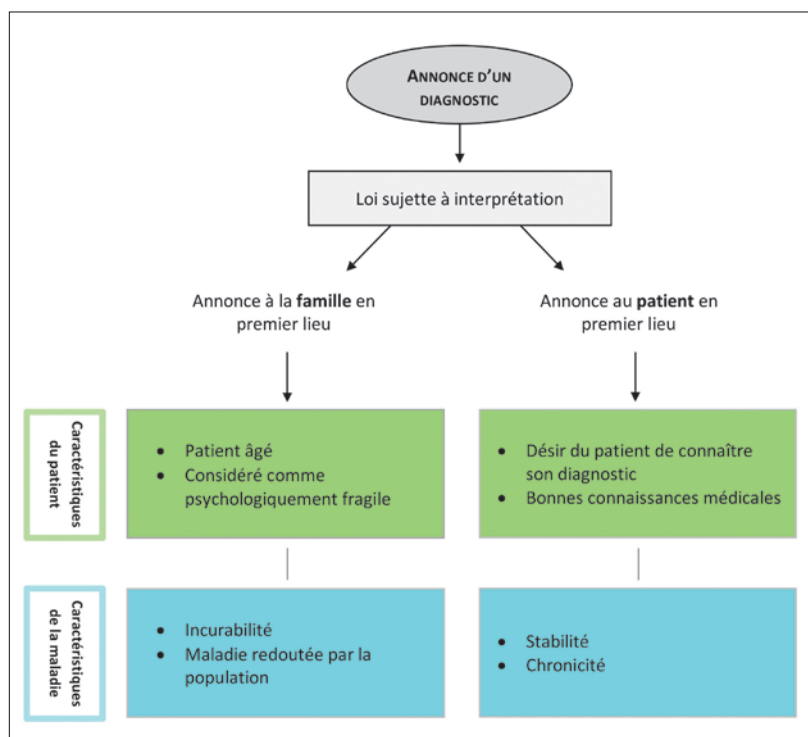
A l'heure où les notions de patient partenaire et de droit à l'information sont des concepts priorités dans les soins en Suisse, il est commun dans de nombreux pays d'Asie de pratiquer la non-divulgateion thérapeutique [1]. En Chine, afin de préserver le patient aussi bien de l'impact psychologique que somatique de l'annonce d'un diagnostic grave, ce dernier est souvent d'abord révélé à sa famille qui détermine ensuite s'il est favorable de le transmettre au patient ou non [1]. Ainsi, selon une étude sur 232 oncologues en Chine, seuls 41% annonceront le diagnostic d'un cancer en stade terminal directement au patient [2]. La loi chinoise stipule pourtant que le patient a le droit à l'information. Cependant, deux

autres lois mentionnent que le soignant doit prévenir les effets néfastes des informations qu'il dispense et qu'il a le droit à la rétention d'information [3]. Au vu de ces apparentes contradictions et du peu de littérature sur le sujet, notre question était la suivante: À Wuxi, une ville de l'est de la Chine près de Shanghai, quels facteurs influencent la décision d'annoncer un diagnostic à la famille du patient plutôt qu'au patient lui-même?

## Méthode

Nous avons effectué une étude d'approche qualitative composée de 25 entretiens semi-structurés. L'échantillon était constitué de médecins en médecine occidentale (n = 10) et en médecine traditionnelle chinoise (n = 4), d'étudiantes en soins infirmiers (n = 4) et en médecine (n = 3), d'infirmières en médecine occidentale (n = 3) et d'une avocate. Une traduction anglais-mandarin a été assurée par des étudiantes infirmières de l'université de Jiangnan. Les données récoltées ont été classées par thème dans une grille, nous permettant ensuite d'identifier les résultats saillants par analyse de contenu par lecture croisée.





**Figure 1:** Représentation schématique de la prise de décision pour l'annonce de diagnostic en Chine.

## Résultats

Notre analyse a montré que lors de l'annonce d'un diagnostic, le médecin (qui est le membre du corps soignant auquel revient la décision) prend en considération des caractéristiques propres à la maladie et au patient (fig. 1). Concernant la maladie, il l'annoncerait d'abord à la famille lorsque son issue est fatale ou que la situation est urgente, tandis que le patient serait mis au courant en premier lorsqu'elle est commune, stable ou chronique. La situation la plus citée par les répondants était celle du cancer. Les caractéristiques du patient principalement prises en compte étaient son état psychologique, ses connaissances médicales, son âge et sa volonté d'être informé. Les connaissances des soignants interrogés quant au cadre légal étaient imprécises. La plupart des répondants ont cité le droit du patient à l'information mais ont souligné une marge d'interprétation relativement large.

Correspondance:  
Jacques Gaume  
Responsable de recherche  
Privat-docent  
Service de médecine des  
addictions  
Département de psychiatrie  
Rue du Bugnon 23A  
CH-1011 Lausanne  
Jacques.Gaume[at]chuv.ch

## Discussion

Notre étude semble indiquer que les médecins, confrontés à une législation sujette à interprétation, se réfèrent à leur propre jugement lors de l'annonce d'un diagnostic. Les principaux facteurs influençant leur décision sont la sévérité de la maladie et l'état psychologique du patient. La majorité des personnes concernées par la non-divulgence sont atteintes de cancers, qui représente une des plus grandes peurs dans la population locale, probablement du fait qu'il est la première cause de mortalité en Chine [4].

Les limites de notre étude sont la traduction et la présence de tierces personnes durant nos entretiens. Cependant, le spectre varié des professionnels interrogés ainsi que la prise en compte de plusieurs maladies concernées par la non-divulgence sont des forces de notre étude.

En conclusion, cette pratique nous rappelle que l'idée selon laquelle l'entière transparence est bénéfique au patient [5] est propre à notre culture et nous sensibilise à d'autres réalités dont il s'agit de tenir compte lors de la prise en soins de patients issus d'autres horizons.

## Remerciements

Nous remercions chaleureusement Dr Gaume & Mme Borloz, Mme Baumann & Mme Righetti, Prof. Yuyu et nos traductrices, Direction générale de l'enseignement supérieur pour leur soutien et leur aide indispensable.

## Références

- 1 Wang D, Peng X, Guo C, Su Y. When clinicians telling the truth is de facto discouraged, what is the family's attitude towards disclosing to a relative their cancer diagnosis? *Support Care Cancer*. 2013;21(4):1089–95.
- 2 Jiang Y, Li J, Liu C, Huang M, Zhou L, Li M, et al. Different attitudes of oncology clinicians toward truth telling of different stages of cancer. *Support Care Cancer*. 2006;14(11):1119–25.
- 3 Ni YH, Alræk T. What circumstances lead to non-disclosure of cancer-related information in China? A qualitative study. *Support Care Cancer*. 2017;25(3):811–6.
- 4 Xue D, Wheeler JL, Abernethy AP. Cultural differences in truth-telling to cancer patients: Chinese and American approaches to the disclosure of 'bad news'. *Prog Palliat Care*. 2011;19(3):125–31.
- 5 Kazdaglis GA, Arnaoutoglou C, Karypidis D, Memekidou G, Spanos G, Papadopoulos O. Disclosing the truth to terminal cancer patients: a discussion of ethical and cultural issues. *East Mediterr Health J*. 2010;16(4):442–7.