

Enseigner et apprendre lors des grandes visites en médecine interne hospitalière

Une étude anthropologique

SARAH BONNARD^a, Dre DANIELA CERQUI^a, Pr ILARIO ROSSI^{a,†}, Dr MATTEO MONTI^{b,c}, Pr GÉRARD WAEBER^{b,d} et Dr DAVID GACHOUD^{b,c}

Rev Med Suisse 2022; 18: 2226-9 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.805.2226

Notre recherche anthropologique vise à mettre en lumière les approches pédagogiques à l'œuvre durant les grandes visites. Comment les domaines d'apprentissages visés, la socialisation professionnelle et l'environnement d'apprentissage sont-ils influencés par les différentes manières de les conduire? Deux formes de visites sont retrouvées: la forme IN (le cas est présenté au lit du patient) et la forme OUT. Six approches pédagogiques ont été identifiées. La forme de grande visite influence les approches pédagogiques mobilisées. Celles-ci contribuent à développer, à des degrés variables, des savoirs, savoir-faire et savoir-être. Les grandes visites restent un espace de transmission «top-down» et de surveillance, même si certaines approches encouragent les initiatives des apprenants ainsi que les logiques de groupes de pairs.

Teaching and learning during attending rounds in internal medicine: an anthropological study

This anthropological research aims to highlight the educational approaches in action during attending rounds. The goal is to understand how specific learning domains, professional socialization and learning environments are influenced by the different ways of conducting attending rounds. Two formats of rounds were noted: the IN format, when the patient case is presented in the patient room, and the OUT format. Six educational approaches were identified. The attending round format has an impact on the approaches used. The latter contribute to the development, to varying degrees, of knowledge, skills and attitudes. Attending rounds remain a space for "top-down" transmission and supervision, even though some approaches involve learner initiatives and peer group logic.

INTRODUCTION

Dans les services de médecine interne, la visite médico-soignante représente un moment clé de la journée pour l'évaluation et la prise en charge des patients hospitalisés. Dans le système de santé suisse, les visites sont conduites en première ligne par les médecins en formation postgraduée (médecins assistants ou médecins internes). Dans ce contexte, la super-

vision par les médecins séniors, chefs de cliniques ou médecins cadres, joue un rôle important. La visite peut prendre la forme d'une démarche ciblée auprès de quelques patients qui représentent un défi diagnostique et/ou thérapeutique. Lorsque le médecin cadre accompagne le médecin en formation auprès d'une sélection de patients, on utilise volontiers le terme de «grande visite».

En impliquant le médecin cadre, les grandes visites ont à la fois un objectif de conseils de prise en charge et un objectif de formation.^{1,2} Elles visent non seulement les médecins assistants mais aussi les étudiants en médecine accomplissant leurs stages cliniques. Les grandes visites permettent ainsi aux médecins assistants et aux étudiants de s'exercer à la présentation synthétique d'un cas et au raisonnement clinique.³ La littérature médicale sur les grandes visites reste principalement constituée d'avis d'experts⁴ ou de données sur la satisfaction des participants.⁵ Il faut cependant souligner les études portant sur la présentation du cas par le médecin en formation. Plus précisément, ces études comparent la situation où la présentation est faite en présence du patient avec celle effectuée en dehors de la chambre.^{6,7} Il s'avère ainsi que la présentation de cas au lit du patient pourrait rendre les médecins moins à l'aise de s'exprimer et pourrait augmenter les interrogations du patient exposé au jargon des professionnels.⁶ En pratique clinique, les deux façons de présenter le cas au médecin cadre continuent d'exister.

Afin d'offrir une lecture complémentaire à ces études, une collaboration interfacultaire et interdisciplinaire s'est établie entre le service de médecine interne du CHUV et la Faculté des sciences sociales et politiques de l'Université de Lausanne. Le but de cette collaboration était d'apporter une perspective qualitative et compréhensive sur le déroulement des grandes visites⁸ et d'offrir des éclaircissements sur les approches pédagogiques utilisées.

FORMATION DES MÉDECINS: ENTRE ADHÉRENCE ET RÉSISTANCE

Le regard des sciences sociales sur la formation médicale est précieux car il prend en compte les multiples dimensions qui participent à «devenir médecin», autrement dit «l'apprentissage des codes, normes et valeurs de la profession, maîtriser le contenu de ce qui est au programme et s'exercer aux examens et actes pratiques n'est en rien suffisant. Il est nécessaire à tout étudiant de s'initier à la culture professionnelle et d'effectuer une véritable conversion identitaire».

^aAnthropologue, Unité de recherche THEMA, Institut des sciences sociales, Faculté des sciences sociales et politiques, Université de Lausanne, 1015 Lausanne, ^bService de médecine interne, Département de médecine, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, ^cUnité de pédagogie médicale, École de médecine, Faculté de biologie et de médecine, Université de Lausanne, 1015 Lausanne, ^dFaculté de biologie et de médecine, Université de Lausanne, 1015 Lausanne
sarah.bonnard@unil.ch | daniela.cerquiducet@unil.ch | matteo.monti@chuv.ch
gerard.waeber@chuv.ch | david.gachoud@chuv.ch

[†]Décédé le 16 juin 2022.

La socialisation professionnelle s'entend ici comme «apprentissage, conditionnement et inculcation, mais aussi adaptation culturelle, intériorisation et incorporation».⁹ Et si, selon Hughes, les mécanismes de socialisation professionnelle ne se limitent pas à une «simple transmission mais à une véritable initiation aux normes et valeurs qui constituent le rôle professionnel»,³ la clinique en devient alors un environnement d'apprentissage privilégié. «Devenir médecin» est ainsi un processus complexe fait d'apprentissages théoriques et pratiques visant, d'une part, à acquérir et intérioriser un certain nombre de compétences et, d'autre part, à la socialisation professionnelle.

L'analyse présentée ici mobilise deux cadres théoriques a priori distincts, à savoir la sociologie fonctionnaliste et la sociologie interactionniste:

- Pour les fonctionnalistes, les études de médecine, ce moment d'apprentissage et d'initiation à l'identité professionnelle par les médecins-enseignants, représentent un moment important dans le «façonnage des futures générations de médecins». La «fabrication [est] contrôlée par le corps professoral», les comportements futurs régulés par «l'intégration des normes et valeurs qui définissent les exigences de ce rôle». Une des fonctions de la socialisation des étudiants vise ainsi à «reproduire la culture des prédécesseurs». Les grandes visites trouvent leur place dans le passage progressif des prépatiens à la prise en charge autonome des patients.³
- Pour les interactionnistes, la socialisation est le fait de «l'autonomie des étudiants», c'est-à-dire qu'ils «réorientent leurs buts et leurs efforts en cours d'études». Ils développent une student culture, des «représentations et conceptions communes [...] sur des problèmes liés à leurs rôles en tant qu'étudiants». Leur culture leur offre «la force d'ignorer les conceptions du corps enseignant, qui feraient sans cela autorité».¹⁰

QUESTION DE RECHERCHE

Si les données empiriques concernant les grandes visites restent limitées, il en va de même pour les approches pédagogiques utilisées lors de ces visites. Ainsi, cette analyse vise à comprendre en quoi la forme de visite – celle faite au lit du patient versus celle faite en partie dans la chambre – favorise l'une ou l'autre approche pédagogique. Et, de fait, de savoir quels sont les domaines d'apprentissage visés (savoir, savoir-faire et savoir-être)? Enfin, par effet domino, selon quelles logiques socialisatrices et dans quels types d'environnements se jouent ces différents apprentissages?

MÉTHODOLOGIE ET ÉTHIQUE

La recherche issue de cette collaboration a été réalisée dans le cadre du travail de mémoire de maîtrise universitaire en sciences sociales de la première auteure. Méthodologiquement, cette étude ne cherche pas à vérifier une hypothèse préalablement définie mais procède par induction: la problématisation (cadre théorique, thématiques, catégories) émerge du travail de terrain et l'analyse se construit dans un va-et-vient entre données et littérature. Le **tableau 1** décrit les méthodes de collecte de données privilégiées ici. L'approche anthropologique

TABLEAU 1 Méthodes de collecte des données

| Observations participantes |
|--|
| <p>Description</p> <p>L'observation participante se «traduit par la présence physique et de longue durée du chercheur sur "son terrain", une manière d'observer la réalité "au plus près de ceux qui la vivent, et en interaction permanente avec eux"»¹⁴ La première auteure s'est insérée au sein de l'équipe médicale durant 4 mois. Outre les données récoltées durant les grandes visites, dialogues et entretiens informels sont inhérents à toute observation participante et sont donc parties prenantes des données</p> |
| Entretiens compréhensifs |
| <p>Description</p> <p>Les entretiens sont effectués sur la base de deux grilles de questions ouvertes – une pour les professionnels, une pour les patients: «un guide très souple dans le cadre de l'entretien compréhensif»,¹⁵ amené à être modifié au fil des différents entretiens</p> |
| Éligibilité des participants |
| <ul style="list-style-type: none"> • Pour les patients <ul style="list-style-type: none"> – Bonne compréhension et expression en français – Absence de troubles neurodégénératifs sévères – Consentement signé • Pour les médecins <ul style="list-style-type: none"> – Consentement signé |

des grandes visites repose sur une «relation particulière avec l'«objet» d'étude, une observation en profondeur de la réalité concernée et une attention particulière à la qualité des rapports sociaux qui constituent un groupe».¹¹ Le **tableau 2** résume la collecte des données ethnographiques.

La recherche a été approuvée par la Commission cantonale d'éthique sur la recherche sur l'être humain (CER-VD) sous la forme d'un addendum au protocole 47/2013.

OBSERVATIONS ET ENTRETIENS: RÉSULTATS ET DISCUSSION

Deux formes de grandes visites

Les observations de terrain mettent à jour deux formes de grandes visites (**tableau 3**). La forme OUT se distingue de la forme IN par la présentation de cas qui a lieu dans le couloir.

Six approches pédagogiques

Les données montrent différentes modalités d'interaction participant à la formation des médecins assistants et des étudiants, regroupés ici sous le terme «apprenants». Ces interactions ont lieu dans l'environnement des grandes visites, un environnement fait de relations sociales professionnelles

TABLEAU 2 Résumé de la collecte de données

| Observations participantes |
|---|
| <p>Immersion sur 4 mois; participation à 19 visites</p> <ul style="list-style-type: none"> • 39 patients vus pendant la visite (45 à 75 min par patient) |
| Entretiens compréhensifs |
| <p>16 entretiens compréhensifs (individuels ou en petits groupes)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 12 membres du corps médical (étudiants en médecine, médecins assistants, chefs de clinique, médecin cadres) rencontrés lors de 9 entretiens (60 min d'entretien) • 7 patients (30 min d'entretien) |

TABLEAU 3 Formes de grandes visites, éléments organisationnels

| Formes de grande visite | Présentation du cas | Discussion et échange avec le patient, examen clinique | Discussion entre professionnels à l'issue de la visite | Temps total par patient |
|-------------------------|---------------------|--|--|-------------------------|
| Forme IN | Au lit du patient | Au lit du patient | Dans le couloir | 30 à 45 min env. |
| Forme OUT | Dans le couloir | Au lit du patient | Dans le couloir | 30 à 45 min env. |

articulées autour d'une hiérarchie verticale. À noter que les grandes visites observées ont toutes été menées par un médecin cadre du service.

Les modes de transmission de compétences et/ou de connaissances multiples relèvent des domaines des savoirs, savoir-faire et savoir-être. L'analyse des données ethnographiques permet d'identifier six catégories d'approches pédagogiques, décrites dans le **tableau 4**: le «rôle modèle», la «présentation de cas par les apprenants», l'«enseignement de l'examen clinique», les «questions du médecin cadre/superviseur», la «narration de cas par le médecin cadre/superviseur» et enfin les «questions des apprenants». Certaines approches sont parties prenantes de chaque visite alors que d'autres dépendent plus spécifiquement du médecin cadre ou de la forme de visite choisie. Savoirs, savoir-faire et savoir-être sont diversement visés selon l'approche pédagogique.

Expérience des prédécesseurs et logiques de groupes de pairs

Les différentes approches pédagogiques relèvent majoritairement d'une logique top-down, c'est-à-dire une transmission verticale des médecins cadres aux apprenants, ainsi qu'une affiliation des plus jeunes aux valeurs des plus expérimentés. Lors d'un entretien, un médecin cadre note que le savoir-être, «on ne peut pas l'aborder en théorie, il faut le montrer. Le savoir-être se transmet d'où l'importance d'être des bons rôles modèles». Toujours lors d'un entretien, mais à propos des savoir-faire,

un étudiant explique que «comme il y a les grands chefs qui sont là et qui ont beaucoup d'expérience, on peut voir comment eux examinent les patients. Ils peuvent aussi nous corriger sur certaines choses, nous faire écouter certains souffles qu'on n'aurait pas entendus tout seul». Indépendamment du domaine visé, il s'agit d'une transmission des générations expérimentées – les «prédécesseurs» – aux générations des apprenants qui s'affilient alors aux normes et aux valeurs professionnelles des aînés.

À l'inverse, en présentant le cas lors d'une visite IN, un étudiant a utilisé un pronom personnel de la deuxième personne («vous») pour désigner la patiente, contrairement à l'usage habituel, lors des visites observées, du pronom personnel de la troisième personne («il/elle»). D'ailleurs, à plusieurs reprises lors des entretiens, les étudiants ont noté leur étonnement et malaise autour de l'usage de ce pronom personnel de la troisième personne en présence du patient. Ces partis pris révèlent l'affiliation des apprenants aux valeurs de leur groupe de pairs qui rappelle la logique de la student culture mobilisant l'autonomie des étudiants. Hormis la réappropriation de la présentation de cas dans la chambre par les étudiants, deux autres mécanismes sont le reflet de l'affiliation des étudiants à certaines valeurs de leur groupe de pairs. D'une part, les étudiants retiennent les «faits médicaux de base»³ et identifient ce que «le corps enseignant définit comme important pour réussir ses examens».³ Par exemple, lorsqu'un médecin cadre évoque lors d'une visite «un joli cas d'insuffisance rénale», les étudiants prennent immédiatement des notes dans leur carnet. D'autre part, des liens sont

TABLEAU 4 Caractéristiques des approches pédagogiques

| Approche pédagogique | Formes favorables | Domaines visés | Caractéristiques factuelles de l'approche selon les données issues de l'ethnographie |
|--|-------------------|-----------------------------|--|
| Rôle modèle du médecin cadre | IN | • Savoir-être | • Les médecins cadres donnent à voir ce qu'ils considèrent comme des bonnes pratiques qui ne peuvent s'acquérir par l'apprentissage théorique |
| Présentation de cas par les apprenants | IN et OUT | • Savoir-faire • Savoirs | • Un apprenant présente l'histoire du patient et celle-ci est discutée avec le groupe de professionnels |
| Enseignement de l'examen clinique | IN et OUT | • Savoir-faire | • Les gestes sont observés, pratiqués et exercés par un ou plusieurs apprenants sur le patient dans la chambre • Les gestes sont ensuite souvent discutés et/ou explicités dans le couloir |
| Questions du médecin cadre | IN et OUT | • Savoirs | • Les questions-réponses s'enchaînent, mêlées au raisonnement à voix haute des apprenants et aux explications du médecin cadre • Au besoin, le médecin cadre affine ses questions, développant ainsi leur raisonnement clinique • Lorsqu'une question pose problème aux apprenants, elle est rediscutée ultérieurement dans le couloir |
| Narration de cas par le médecin cadre | OUT | • Savoirs • Savoir-être | • Le médecin cadre rapporte un cas • Aucune question n'est posée, il n'y a pas d'échange avec les apprenants • Le contenu fait souvent allusion aux cours théoriques récemment suivis par les étudiants avec le même médecin cadre |
| Questions des apprenants | OUT | • Savoirs • Savoir-faire | • L'échange est initié par un apprenant, la plupart du temps dans le couloir, avec une question. Le médecin cadre rebondit ensuite par une autre question, stimulant alors le raisonnement clinique des apprenants • Les différents membres du corps médical prennent part à l'échange, y compris le chef de clinique |

établis par les médecins cadres et les apprenants avec la théorie apprise lors des enseignements ex cathedra. Des ponts sont créés entre la clinique et l'académique.

Environnement d'apprentissage entre espace de surveillance et espace de partage

Quant à l'environnement d'apprentissage des grandes visites, deux logiques coexistent également. Lorsque les apprenants présentent le cas du patient et sont soumis à l'évaluation des superviseurs, ou lorsque les médecins superviseurs interrogent les apprenants sur les domaines des savoirs et savoir-faire, les grandes visites relèvent d'un environnement qui peut être qualifié de «totalitaire»,¹² c'est-à-dire un «cadre institutionnel»¹² où les apprenants sont sous contrôle. Le dispositif permet de les surveiller avec une organisation hiérarchisée. Parallèlement, les médecins cadres se positionnent comme des «modèles» en partageant leurs savoirs, savoir-faire et savoir-être avec les apprenants et en laissant la place aux questions spontanées. Avec les questions des apprenants, plus aisées dans le couloir, l'apprentissage s'éloigne d'une posture entièrement top-down: si la transmission des connaissances se fait toujours par les expérimentés, les apprenants en sont à l'initiative. Les grandes visites sont alors un possible espace de partage. En effet, le partage du savoir – en opposition à sa rétention – est une forme de partage de pouvoir ne laissant pas l'autre dans la dépendance.¹³

CONCLUSION

Si aucune forme de grande visite n'exclut l'une ou l'autre approche pédagogique, chacune d'elles produit ou est le produit de préférences et des résistances de groupes de pairs. Avec la forme IN, toutes les approches pédagogiques peuvent être appliquées et les différents domaines en termes de

savoirs, savoir-faire et savoir-être visés. Néanmoins, avec un temps conséquent passé au lit du patient, elle permet d'atteindre tout particulièrement les dimensions des savoir-faire et savoir-être. La forme OUT permet elle aussi d'appliquer toutes les approches et d'atteindre tous les domaines d'apprentissage. Toutefois, l'exercice aux savoirs théoriques est particulièrement facilité par le moment entre professionnels dans le couloir. Enfin, elle valorise les initiatives des médecins en formation.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en lien avec cet article.

Remerciements: Les auteurs remercient le Pr Peter Vollenweider, chef du service de médecine interne du CHUV, ainsi que tous les médecins cadres, chefs de clinique, médecins assistants, étudiants en médecine et collaborateurs des autres professions qui ont donné de leur temps lors des différents entretiens.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Dans tout service clinique, le médecin cadre peut mener une grande visite auprès d'une sélection de patients dans le double but de conseils cliniques et d'enseignement
- L'enseignement pendant la visite du médecin cadre peut associer six approches pédagogiques distinctes: le rôle modèle, la présentation de cas par les apprenants, l'enseignement de l'examen clinique, les questions du médecin cadre, la narration de cas par le médecin cadre et les questions des apprenants
- Les approches pédagogiques sont bien sûr toutes pertinentes; certaines sont favorisées si le cas est présenté au lit du malade ou à distance de ce dernier
- Un tournus des médecins cadres favorise la variété des apprentissages

1 Gachoud D, Bonvin R, Monti M, Waeber G. La visite médicale en pratique hospitalière : entre soins et apprentissage. Rev Med Suisse. 2013;9(404):2013-6. PMID : 24313054

2 Bonnard S. Les grandes visites comme espace clinique et pédagogique. L'exemple d'un dispositif en pratique hospitalière universitaire (dissertation). Lausanne (VD): Université de Lausanne; 2015.

3 *Saint-Marc D. La formation des médecins. Sociologie des études médicales. Paris: L'Harmattan; 2011.

4 McLeod PJ. A successful formula for ward rounds. CMAJ. 1986;134(8):902-4. PMID: 3955484

5 Tariq M, Motiwala A, Ali SU, et al. The

learners' perspective on internal medicine ward rounds: a cross-sectional study. BMC Med Educ. 2010;10:53. DOI: 10.1186/1472-6920-10-53

6 **Becker C, Gamp M, Schuetz P, et al. Effect of bedside compared with outside the room patient case presentation on patients' knowledge about their medical care: a randomized, controlled, multicenter trial. Ann Intern Med. 2021;174(9):1282-92. DOI: 10.7326/M21-0909

7 Lehmann LS, Brancati FL, Chen MC, Roter D, Dobs AS. The effect of bedside case presentations on patients' perceptions of their medical care. N Engl J Med. 1997;336(16):1150-5. DOI: 10.1056/NEJM199704173361606

8 Gachoud D. Health care professionals' attitudes towards bedside case presentations during ward rounds.

Communication au Congrès conjoint des sociétés suisse et européenne de médecine interne. Genève, 15 mai 2014.

9 Ferréol G (ed.). Dictionnaire de sociologie. 2e éd. Paris: Armand Colin, 2004.

10 Becker HS, Geer B. La culture étudiante dans les facultés de médecine. In: Forquin JC. Les sociologues de l'éducation américains et britanniques. Présentation et choix de textes. 2e éd. Bruxelles: De Boeck Université, 1997.

11 Kilani M. Anthropologie. Du local au global. Paris: Armand Colin, 2009.

12 **Good B. Comment faire de

l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité et vécu. Le Plessis-Robinson: Institut Synthélabo, 1998.

13 *Fainzang S. La relation médecins-malades : information et mensonge. Paris: PUF, 2006.

14 Olivier de Sardan JP. La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique. Louvain-La-Neuve: Bruylant-Academia, 2008

15 Kaufmann JC. L'entretien compréhensif. Paris: Armand Colin, 2007.

* à lire

** à lire absolument