

**LES GRANDES VISITES COMME ESPACE CLINIQUE ET PEDAGOGIQUE**  
L'EXEMPLE D'UN DISPOSITIF EN PRATIQUE HOSPITALIERE UNIVERSITAIRE

**Mémoire de recherche pour le titre de**

Maîtrise universitaire en sciences sociales / Master of Arts (MA) in Social Sciences  
Orientation santé – médecine – sciences

**Présenté par**

Sarah Bonnard  
sarahbonnard[at]gmail.com

**Directeur**

Prof. Ilario Rossi  
Faculté des sciences sociales et politique UNIL

**Expert**

Dr. David Gachoud  
Chef de clinique - CHUV  
Coordinateur pédagogique et recherche – Faculté de Biologie et Médecine UNIL

SESSION D'ETE 2015

## TITRE

Les *grandes visites* comme espace clinique et pédagogique. L'exemple d'un dispositif en pratique hospitalière universitaire

*Attending rounds as clinical and educational space. Example of a setting in the university hospital practice*

## RESUME

Les *grandes visites* sont un dispositif en place notamment en pratique hospitalière publique et relèvent des dimensions pédagogiques et cliniques. A partir des discours, pratiques et interactions des différents acteurs - individuels et collectifs, profanes et professionnels - et essentiellement aux niveaux individuels, micro et méso sociétal, nous nous intéressons d'une part à la formation aux savoirs, savoir-être et savoir-faire et à la socialisation professionnelle des « apprenants », c'est-à-dire les étudiants stagiaires et les médecins assistants et d'autre part à la relation clinique entre les patients et le corps médical, plus précisément la construction de l'identité de patient, l'usage des vocabulaires profane et professionnel et les échanges, particulièrement les formes de négociation. Enfin, une comparaison transversale interroge les différentes formes de *grande visite* en place. De manière générale, elle vise à comprendre en quoi celles-ci participent à la formation des médecins et à la relation clinique entre patient et corps médical et quelles en sont les pertinences et les limites?

Cette recherche s'inscrit dans une collaboration interdisciplinaire et interinstitutionnelle entre la Faculté des SSP de l'UNIL et le Service de Médecine interne du CHUV. Elle en est le volet qualitatif et compréhensif et mobilise concepts et théories issus de l'anthropologie et de la sociologie.

## MOTS-CLES

Anthropologie – grandes visites – clinique – pédagogie – patient – relation – négociation

## TABLE DES MATIERES

<b>AVANT-PROPOS</b> .....	<b>7</b>
REMERCIEMENTS.....	8
NOTES PRELIMINAIRES .....	9
<b>1. EN GUISE D'INTRODUCTION</b> .....	<b>10</b>
1.1 LES GRANDES VISITES : UN CAS LOCAL AUX DIMENSIONS ENGLOBANTES .....	11
1.2 JEUX D'ECHELLES ET CONFRONTATION DES LOGIQUES PLURIELLES. LES GRANDES VISITES DU POINT DE VUE ANTHROPOLOGIQUE .....	13
1.3 L'INSTITUTION HOSPITALIERE ET LES SCIENCES SOCIALES. L'EXEMPLE LAUSANNOIS DE COLLABORATION INTERINSTITUTIONNELLE .....	14
<i>Une recherche pluridisciplinaire et interprofessionnelle comme travail de mémoire</i> .....	15
<b>2. DES PROBLEMATIQUE PLURIELLES</b> .....	<b>18</b>
2.1 LES GRANDES VISITES ? ECLAIRAGE.....	19
2.2 DE LA PRATIQUE A LA THEORIE .....	21
2.3 PROBLEMATIQUES PARTICULIERES.....	23
<i>L'éthique en question</i> .....	23
<i>Former à la clinique, les grandes visites en discussion</i> .....	24
<i>Les spécificités locales des grandes visites</i> .....	25
<i>La formation des médecins : adhérence et résistance</i> .....	25
<i>Des pratiques professionnelles réélaborées. L'exemple du dossier patient informatisé</i> .....	27
<i>La relation patient-médecin au cœur de la clinique</i> .....	28
<b>3. UNE ETHNOGRAPHIE HOSPITALIERE: ENJEUX METHODOLOGIQUES ET REFLEXIFS</b> .....	<b>31</b>
3.1 POUR UNE DEMARCHE INDUCTIVE ET COMPREHENSIVE.....	32
3.2 LA QUESTION DE LA COMMISSION D'ETHIQUE .....	33
<i>Ethnographie inductive et commission d'éthique : aller au-delà de l'obstacle</i> .....	33
<i>A propos du « consentement éclairé »</i> .....	35
<i>L'anonymat, une illusion ?</i> .....	37
3.3 ETHNOGRAPHIE <i>IN SITU</i> : ENTRE OBSERVATIONS, INTERACTIONS ET ENTRETIENS .....	39
<i>Observations participantes</i> .....	40
<i>Entretiens compréhensifs</i> .....	41
Guide d'entretien .....	41
Avec qui s'entretenir ?.....	42
Déroulement des entretiens .....	44
<i>Un corpus de données varié</i> .....	45
3.4 L'ETHNOGRAPHE, CET « AUTRE » QUI PEUT DERANGER.....	47
3.5 EN CONCLUSION : UN TERRAIN AUX FRONTIERES MOUVANTES.....	51
<b>4. LES GRANDES VISITES DANS UN SERVICE DE MEDECINE INTERNE : MISE EN CONTEXE</b> .....	<b>52</b>
4.1 LE SERVICE DE MEDECINE INTERNE COMME ORGANISATION.....	53
4.2 CONTEXTE SOCIO-HISTORIQUE LOCAL DES GRANDES VISITES .....	54
<i>Les grandes visites d'aujourd'hui ne sont plus celles d'hier: quels changements ?</i> .....	54
<i>Les raisons d'un intérêt récent pour la thématique des grandes visites</i> .....	56
4.3 LE DEROULEMENT ACTUEL DES GRANDES VISITES : LIEU DE NOMBREUX CHOIX.....	57
<i>Choix des patients : nombre et critères</i> .....	58

<i>Choix de la forme IN ou OUT des grandes visites</i> .....	61
4.4 LES CATEGORIES PROFESSIONNELLES : UN CORPS MEDICAL HOMOGENE ? .....	66
<i>Qui est qui : réappropriation des catégories professionnelles</i> .....	67
Du point de vue des professionnels : une hiérarchie verticale entre supervision et décision .....	68
Identification des professionnels par les patients: entre confusion des statuts et création de catégories .....	74
<b>5. FORMER A LA CLINIQUE, LE DISPOSITIF DES GRANDES VISITES: THEORIE, ANALYSE ET DISCUSSION</b> .....	<b>80</b>
5.1 LA FORMATION DES MEDECINS : ADHERENCE ET RESISTANCE .....	81
<i>Les approches pédagogiques : entre rôle modèle des médecins cadres et participation des médecins en formation</i> .....	81
Le « rôle modèle » .....	84
La présentation de cas par les médecins assistants ou les étudiants .....	86
L'exercice aux gestes pratiques .....	88
Les questions et interpellations par le médecin cadre .....	89
La narration de cas par le médecin cadre .....	89
Les questions des apprenants .....	90
La réflexion clinique en toile de fond .....	90
Les dispositifs évaluatifs .....	91
Les grandes visites comme un « environnement totalitaire » ou un espace de partage ? .....	93
<i>« Devenir médecin »... ou l'importance de la socialisation professionnelle</i> .....	94
Les approches théoriques de la socialisation professionnelle.....	94
Quel impact de l'organisation des grandes visites sur la socialisation professionnelle ? .....	96
Quand les dispositifs pédagogiques participent à la socialisation professionnelle. ....	96
Le stage comme mécanisme de socialisation professionnelle .....	98
Les grandes visites comme rite instituant .....	99
<i>En conclusion : des grandes visites au cœur des savoirs, savoir-être et savoir-faire</i> .....	100
5.2 .....	103
DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES REELABOREES ; L'EXEMPLE DU DOSSIER PATIENT INFORMATISE .....	103
<i>L'introduction locale du dossier patient informatisé</i> .....	103
<i>Vers une informatisation des pratiques professionnelles?</i> .....	104
<i>Le pouvoir de la technique</i> .....	106
5.3 LA RELATION PATIENT-MEDECIN AU CŒUR DE LA CLINIQUE .....	109
<i>De la maladie à la relation médecin-patient : quelques modèles explicatifs</i> .....	109
La relation médecin-malade : du consensus à l'ordre négocié .....	109
Désigner la maladie : une forme de pouvoir ? .....	111
L'importance des contextes .....	113
<i>La construction du patient</i> .....	114
L' « histoire » du patient : de quel(s) point(s) de vue ? .....	114
Dossier informatisé et réductionnisme : quand le « cas » prend corps. ....	117
<i>La relation médecin-patient</i> .....	119
D'une médecine in situ vers une télémédecine ? Quand l'ordinateur se mêle à la relation entre médecins et patients.....	119
<i>Les grandes visites comme espace d'échanges</i> .....	122
Quelle place pour le patient au sein des grandes visites ? .....	123
Jargon médical et vulgarisation lexicale: quand la compréhension du contenu facilite la prise de parole.....	128
S'exprimer : pouvoir et oser .....	131
Des formes de négociations .....	133
La confidentialité, un enjeu pour tous ?.....	140

<i>En conclusion : un patient à l'activité délimitée</i> .....	142
<b>6. POUR CONCLURE</b> .....	<b>144</b>
6.1 SYNTHÈSE .....	145
6.2 LIMITES ET PERSPECTIVES .....	148
<b>7. BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>150</b>
7.1 SOURCES PRIMAIRES .....	151
7.2 LITTÉRATURE SECONDAIRE .....	151
<i>Ouvrages et articles de revue</i> .....	151
<i>Documents en ligne et sites internet</i> .....	155
<b>ANNEXES</b> .....	<b>156</b>
ANNEXE 1 : NOTICES BIOGRAPHIQUES DES AUTEURS CITES .....	157
ANNEXE 2 : PISTES DE REFLEXIONS QUALITATIVES SOULEVEES PAR L'ANALYSE QUANTITATIVES ..	162
ANNEXE 3: LE SERVICE DE MEDECINE INTERNE PRESENTE SES ACTIVITES, SON ORGANISATION ET LES PATHOLOGIES TRAITÉES .....	163
ANNEXE 4 : « NOS COLLABORATEURS » CATEGORIES INSTITUTIONNELLES POUR LE GRAND PUBLIC .....	164

*«Les médecins, même eux, finissent par mourir – et les poètes (même eux) par se taire » (Debluë, 2015)*

## AVANT-PROPOS

## REMERCIEMENTS

*Par ces quelques lignes, je tiens à remercier toutes les personnes qui ont permis à ce travail de mémoire d'exister.*

*Je remercie le Professeur Ilario Rossi, pour la confiance témoignée en me proposant cette recherche ainsi que l'encadrement et les précieux conseils apportés tout au long de la réalisation de ce travail.*

*Je remercie le Professeur Gérard Waeber qui m'a ouvert les portes de « son » service et a accompagné ma démarche avec confiance et curiosité.*

*Je remercie David Gachoud, chef de clinique et coordinateur pédagogique, à qui revient l'initiative de cette recherche, pour sa disponibilité, son ouverture aux méthodes qualitatives et les riches discussions partagées.*

*Je remercie Michael Cordey, assistant diplômé, pour son accompagnement et ses relectures lors de la phase de soumission du protocole à la commission d'éthique.*

*Je remercie chaleureusement les professionnels, en particulier le corps médical du service de médecine interne ainsi que les stagiaires étudiants de la FBM, qui ont toujours accueilli ma présence avec respect et bienveillance et qui m'ont offert de leur précieux temps pour des entretiens.*

*Toute ma gratitude va aux patientes et patients rencontrés durant mon passage dans le service et lors des entretiens, tout particulièrement pour la confiance, le temps et parfois l'énergie accordés durant ces derniers.*

*Un mot encore pour les amies et amis de cours ou d'ailleurs, particulièrement Anne, avec qui cette incroyable aventure universitaire, avec un passage de notre bureau d'enseignantes à celui d'étudiantes, a été des plus piquante et avec qui l'anthropologie et le terrain ethnographique a pris tout son sens, en 2009 déjà. Et une pensée toute spéciale pour toutes celles et ceux qui ont participé de près ou de loin à mes réflexions.*

*Enfin, je remercie mes parents, pour leur soutien logistique à toute épreuve et les relectures de ce mémoire; Jules et Vincent, pour leur patience et leur précieuse présence.*

## NOTES PRELIMINAIRES

Dans ce travail, le masculin sera préféré d'une part afin de ne pas alourdir la lecture du texte et d'autre part pour tendre à l'anonymat des enquêtés.

Tout au long de notre travail, nous rendons compte de logiques de groupes et de logiques individuelles. Lors de la mise en récit, nous avons veillé à sauvegarder les pensées et les paroles plurielles des personnes rencontrées. Par cette valorisation des différents discours, inhérente à toute démarche anthropologique, nous espérons qu'elles retrouveront dans cet écrit les propos et valeurs qui leur importent. Toutefois, comme toute recherche anthropologique, cette restitution ne vise pas la représentativité mais est néanmoins plausible en donnant à voir des informations claires sur des tendances.

## 1. EN GUISE D'INTRODUCTION

**Les grandes visites questionnent les professionnels. « Comment faire au mieux ? », « Comment ne pas générer de l'anxiété ? », « Comment intégrer le patient et favoriser sa participation ? », « Comment lui permettre d'appréhender la grande visite, d'en comprendre les tenants et les aboutissants ? », « Les grandes visites répondent-elles à nos buts ? », « Comment respecter la confidentialité ? ». Ces questions sont celles du corps médical lors de la restitution de nos résultats à la veille de rendre ce travail de recherche. Selon nous, elles donnent à voir des professionnels s'interrogeant et désireux de produire un environnement clinique favorable au patient, à sa prise en charge thérapeutique, à sa dignité. Si notre démarche ne se veut pas solutionneuse, nous visons à offrir des pistes de réflexion aux médecins pour une meilleure appréhension des enjeux relatifs aux grandes visites, et plus largement à la pratique clinique. Ces enjeux s'inscrivent dans un monde nouveau qui « n'a pas seulement rétréci, avec la facilité des voyages et des échanges. Il nous a rejoint jusqu'à l'intérieur de nous-mêmes. [...] [La globalisation] signifie une irruption du monde de la "différence" au cœur de nos sociétés et de nos consciences » (Guillebaud, 2008 :12). Ainsi, les grandes visites sont à penser comme un miroir de ces changements, des changements à appréhender dans leur pluralité. Avec ce travail, nous visons une compréhension qui permette au corps médical de dépasser la simple rencontre des pluralités de pratiques, discours et interactions pour les faire dialoguer dans le contexte clinique.**

Les grandes visites sont au cœur de ce travail. Lors des grandes visites, un patient est vu par les professionnels sous la supervision d'un médecin cadre. Dans la pratique hospitalière universitaire suisse, elles impliquent différents acteurs<sup>1</sup> : les médecins « aînés » - médecins cadres superviseurs et médecins chefs de clinique (Gachoud *et al.*, 2013), les médecins en formation - médecins assistants et stagiaires étudiants, d'éventuels autres soignants mais aussi les patients. Par le mécanisme de supervision des plus jeunes médecins par un médecin expérimenté qui les anime, elles constituent un dispositif double mêlant clinique et pédagogie. La littérature relevée par Gachoud *et al.* offre deux déroulements possibles des grandes visites en terme de présence du patient. Dans une première forme, la grande visite se déroule intégralement dans la chambre du patient, avec les présentation et discussion du cas faites au lit du malade, en présence du patient. Dans une seconde forme, la grande visite débute à l'extérieur de la chambre et permet les présentation et discussion du cas à distance du patient, avant que l'équipe médicale ne rencontre le patient.

### 1.1 LES GRANDES VISITES : UN CAS LOCAL AUX DIMENSIONS ENGLOBANTES

Ce dispositif clinique que sont les grandes visites relève du particulier. Particulier, car il mêle clinique et pédagogie. Particulier, car il ne constitue qu'une photographie parmi tant d'autres

---

1 Ces différentes catégories seront discutées plus en profondeur dans la partie de mise en contexte.

<sup>3</sup> Traduction du titre provisoire

<sup>4</sup> L'usage, ici, de l' « ethnographe » renvoie à la pratique de recherche visible des acteurs de notre terrain. Nous

de la pratique clinique. Une pratique clinique à lire comme un espace d'expériences profanes ou professionnelles, individuelles ou collectives. D'ailleurs, comme « tout acte médical, [elles] relie[nt] et confronte[nt] les deux champs de connaissance et de sens: le champ du médecin et le champ du patient » (Bègue, 2006 :326). Deux champs de connaissance et de sens que nous ne cesserons de faire discuter. Mais ces expériences, aussi particulières soient-elle, donnent à voir des logiques plurielles, des logiques globales, inhérentes au contexte institutionnel mais aussi sociétal dans lequel elles s'insèrent.

Ainsi, les *grandes visites* représentent un moment spécifique de la vie d'un service d'un hôpital universitaire ; un hôpital dont les missions contemporaines ne se limitent pas aux soins aux patients mais touchent également à la formation et à la recherche (Carricaburu et Ménoret, 2004 :18). Les *grandes visites* en sont l'exemple même : on y soigne, on y forme et elles sont au cœur d'une recherche. Dans cet espace hospitalier s'inscrivent les transitions économiques, politiques et culturelles. Selon Rossi, elles ont de « profondes incidences sur les perspectives cliniques et le statut des professionnels. Cette situation nous permet de comprendre pourquoi la clinique est non seulement un espace soignant et interpersonnel, mais aussi un espace social traversé par un ensemble de normes et de valeurs, de modèles sociaux et professionnels, d'implications politiques et économiques (Fortin et Laprise, 2007) » (Rossi, 2014 :45). Aussi, « les compétences médicales et soignantes [sont] caractérisées par la rigueur du travail relationnel et clinique » (Rossi, 2005 :25). Ce travail relationnel et clinique est central dans les *grandes visites*, tant dans les pratiques que les discours des acteurs de notre terrain. Cet espace clinique mais aussi social est logiquement touché par les changements d'un contexte de globalisation : informatisation, valeurs d'efficacité, valorisation de la participation du patient, formation des médecins intégrant de nouveaux domaines, normes et valeurs renouvelées. Nous le comprenons, « la médecine est [...] appelée, aujourd'hui tout particulièrement, à se confronter à un contexte social et culturel en forte évolution » comme le note Rossi (Rossi, 2006 :47). Cette confrontation se lit au quotidien dans la pratique clinique, notamment lors des *grandes visites*, lieu d'échanges cliniques et pédagogiques. Dans cet espace relationnel fait de partage et de pouvoir, les logiques plurielles - individuelles ou collectives, profanes ou professionnelles, générationnelles ou culturelles - se rencontrent, se confrontent. La perception de la dimension informationnelle du patient, plus précisément de l'usage du dossier patient informatisé, est révélatrice d'une évolution productrice de logiques plurielles. En effet, la rencontre entre la médecine et les changements sociétaux peut produire des divergences et incompréhensions entre individus ou groupes, entre corps médical et patients et, parfois même, des résistances. L'enjeu pour le service de médecine concerné réside alors dans la manière de faire discuter dans l'activité clinique quotidienne la pluralité des modèles afin de permettre aux logiques plurielles de dialoguer, d'y trouver leur place, chacune. Ce « travail d'appréhension de la diversité est soumis à une double injonction. La première soulève un défi interne, caractérisé par l'exigence d'une clinique capable de s'adapter à la spécificité et de respecter la singularité de chacun et la seconde représente un défi externe, déterminé par des logiques d'efficacité, de planification, de gestion et de standardisation » (Rossi, 2014 :45). Il devient alors nécessaire de comprendre les défis globaux agissant comme des forces externes - proches de l'inéluctable - pour réélaborer la

pratique locale. Ces défis touchent tant à la pratique professionnelle qu'à l'expérience du patient. Autrement dit, ils entrent clairement en résonance avec les dimensions de soin et de formation des médecins au cœur même des *grandes visites*. Dès lors qu'il convient « d'intégrer dans les stratégies d'intervention les dynamiques des mutations sociales » (Rossi, 2005 :25), « le médecin du XXIe ne peut plus faire l'économie d'une alliance avec les sciences sociales et humaines » (Rossi, 2006 :48). Et c'est cette façon particulière que l'anthropologie a d'appréhender local et global et en quoi cette « alliance » des disciplines est nécessaire que nous allons discuter ci-dessous.

## 1.2 JEUX D'ECHELLES ET CONFRONTATION DES LOGIQUES PLURIELLES. LES GRANDES VISITES DU POINT DE VUE ANTHROPOLOGIQUE

Les *grandes visites* sont une réalité locale parmi d'autres, un reflet - unique - de leur environnement. La perspective anthropologique permet l'appréhension d'un cas local tout en l'inscrivant dans un contexte englobant. Massé dit ainsi que « là réside, je crois, la spécificité de l'approche anthropologique, c'est-à-dire dans sa capacité à recadrer les leçons à tirer de terrains minutieux, réalisés par des chercheurs sensibles au vécu, préoccupés par le décodage culturel, le tout recontextualisé dans le cadre des structures politiques et économiques nationales et internationales. En fait, l'anthropologie de la santé doit lutter contre tous les réductionnismes, qu'ils soient culturels, économiques ou politiques» (Massé, 2004 :2). Contexte global et réalité locale - l'un participant à l'autre - doivent sans cesse nourrir la réflexion de l'anthropologue. Ainsi, les *grandes visites*, leurs enjeux et leurs logiques sont à saisir dans un jeu d'échelles. Autrement dit, il s'agit de faire discuter les différents niveaux macro-, méso- et micro- sociétaux et individuels notamment décrits par Massé (Massé, 2007). Nous pouvons définir plus précisément ce que nous entendons là en regard de notre terrain. Le niveau macro s'intéresse au contexte global sociétal, l'émergence de nouveaux outils informatiques et les enjeux cantonaux de santé; le niveau méso observe les enjeux institutionnels de soin et de formation du service de médecine interne; le niveau micro renvoie aux pratiques cliniques et aux interactions entre les différents acteurs; et enfin le niveau individuel se penche sur les logiques propres à chacun, acteur individuel, professionnel ou profane.

Dans ce travail, nous questionnerons modalités, logiques, enjeux et effets des différentes formes de *grandes visites* en considérant la « pluralité de modalités d'interaction, de modèles de référence possible et de ressources accessibles aux différents protagonistes des relations médecin-malade » (Adam et Herzlich, 2007 :87) mais également les pratiques, discours et interactions des professionnels. Nous mettrons à jour la manière dont les différents acteurs (inter)agissent autour de ces enjeux cliniques et en quoi ceux-ci semblent souples et négociables. Autrement dit, notre travail interrogera les « *déterminants non biomédicaux de la santé et de la maladie* » ainsi que les « *déterminants contextuels de l'exercice de la médecine* » (Panese, 2012 :12) tout en s'articulant autour de deux axes forts : la formation des médecins et la relation clinique entre le corps médical et les patients. A leur croisement, se trouve la réélaboration des pratiques soignantes. En effet, de nos données ethnographiques a

émergé une dimension dont nous n'avons pas saisi, *a priori*, l'importance. Plus précisément, notre démarche inductive a permis de mettre en lumière en quoi « l'introduction des nouvelles technologies comme instrument de pratique professionnelle » (Rossi, 2005 :25) participe à la réélaboration des pratiques soignantes. Aussi, selon Rossi qui se réfère à Barona et Vilar, « les technologies médicales [...] contribuent à exercer une profonde influence sur l'idée que l'homme se fait de lui-même » (Rossi, 2005 :25). Le dossier patient informatisé ne serait ainsi pas qu'un simple outil de travail, mais un véritable médiateur de la relation clinique entre corps médical et patient.

Dès lors, nous saisissons l'importance d'atteindre les enjeux associés aux *grandes visites* pour saisir et discuter leur (ré)appropriation par chacun des acteurs, professionnel ou profane. Tout au long de ce travail, nous nous emploierons ainsi à faire dialoguer les perspectives individuelles et collectives, locales et globales, professionnelles et profanes. De manière générale, notre recherche interrogera en quoi les différentes formes de *grandes visites* en place participent à la formation des médecins et à la relation clinique entre corps médical et patient et quelles en sont les pertinences et les limites. Mais notre recherche permettra aussi de lire les *grandes visites* comme un miroir des changements sociétaux globaux.

### 1.3 L'INSTITUTION HOSPITALIERE ET LES SCIENCES SOCIALES. L'EXEMPLE LAUSANNOIS DE COLLABORATION INTERINSTITUTIONNELLE

Depuis quelques années, de nombreux projets à l'échelle locale font collaborer les sciences sociales et la médecine. D'une part, nous constatons une ouverture de la part de l'institution académique médicale. Par exemple, nous pouvons citer l'intégration des sciences humaines et sociales dans le cursus académique de médecine dès 2004, discutée dans la brochure « Succès et écueils de la collaboration entre sociologie et médecine » (Panese, 2012 :10). Un intérêt de la Faculté de Biologie et Médecine FBM de l'Université de Lausanne (FBM UNIL) toujours d'actualité si nous nous référons à son récent rapport « Sciences humaines et sociales à la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne et au Centre hospitalier universitaire vaudois : état des lieux et perspectives » (Paroz et Dorthe, 2013 : 32) qui préconise, entre autres, de « développer des opportunités de collaboration de recherche à l'interne et à l'externe », de « valoriser les directions de travaux scientifiques interdisciplinaires et interfacultaires », de « développer des projets articulés avec le terrain clinique et orientés vers un développement des pratiques » et enfin de « mettre en place des standards de reconnaissance et de valorisation des travaux scientifiques, reposant sur une compréhension interdisciplinaire des objets, apports, instruments et objectifs propres à chaque discipline ». D'autre part, la Faculté des sciences sociales et politique de l'Université de Lausanne (SSP UNIL), par des intérêts de recherche et d'enseignement tournés vers la médecine, la santé ou encore les nouvelles technologies, se présente comme un partenaire pour cette collaboration. Preuves en sont les nombreux projets où anthropologues et sociologues prennent place afin d'offrir à la médecine une vision décentrée de ses enjeux institutionnels. En effet, comme le dit Rossi, la santé publique intéresse les anthropologues car elle se construit dans un double affranchissements entre deux frontières, le médical et le

social ainsi que sphère privée et sphère publique (Rossi, cours de master A2013). En ce sens, « la sociologie [et l'anthropologie, ajoutons-nous], peut enrichir, voire renouveler, le regard sur les réalités hospitalières » (Cullati, 2012 :22) en les comprenant dans une ouverture au monde social qui les façonnent.

Nous l'avons compris, dans le contexte de globalisation actuel et de « médicalisation de nos sociétés » (Rossi, 2006 :47), la médecine gagne à travailler avec les sciences humaines. Cette collaboration entre médecine et sciences sociales implique une série de questionnements d'ordre général autour de la santé, à l'entrelacs du médical et du social. Chaque projet de recherche affine ces questionnements, les adapte à un « espace » spécifique avec une problématique pointue. C'est ce que nous allons faire ici. Autrement dit, jouer des niveaux d'interprétation différents, du niveau macro à l'individuel. C'est ainsi que notre recherche, bien que relevant d'une thématique universelle - les *grandes visites* - donne à voir un exemple de pratiques cliniques et pédagogiques locales à la lumière de l'analyse anthropologique. Ainsi, ce travail s'inscrit dans la mouvance de collaboration locale de la médecine et des sciences humaines.

### Une recherche pluridisciplinaire et interprofessionnelle comme travail de mémoire

Notre travail de mémoire propose une collaboration entre le Service de médecine interne du CHUV et la Faculté des Sciences Sociales et Politique de l'UNIL. En effet, notre recherche s'inscrit dans le cadre plus général proposé par l'étude de David Gachoud - chef de clinique au CHUV et coordinateur pédagogique à la Faculté de Biologie et Médecine de l'UNIL - *Une étude randomisée contrôlée sur l'impact des visites médicales conduites en intégralité au lit du patient*<sup>3</sup> menée dans ledit service. Notre démarche anthropologique - par la récolte ethnographique des données, leur confrontation théorique, l'analyse et la discussion ainsi produites - permet de saisir les processus en jeu lors des *grandes visites*. Notre démarche qualitative apporte une perspective nouvelle, complémentaire au design actuel de l'étude initiale. D'ailleurs, l'utilité d'une telle perspective avait déjà été pressentie dans le protocole original en mentionnant que le projet « will include attending round observations (ethnography) to make sure that the staff understands the research team's expectations and to see how Full Bedside Rounds are actually operationalized » (Protocole 47/2013). Notre recherche va plus loin, selon nous, en visant à une perspective compréhensive offrant les éclaircissements nécessaires à la réflexivité des requérants.

En effet, dans le cadre d'une collaboration pluridisciplinaire, une enquête de terrain et son analyse permettent de donner sens aux différents points de vue, actes et interactions des acteurs, afin d'approcher « une meilleure connaissance et compréhension des processus organisationnels et interactionnels (Sarradon-Eck, 2008 :16) ». Aussi, nous pouvons considérer que selon Olivier de Sardan les « [connaissances ainsi produites] ne prétendent pas énoncer de lois, et elles ne s'embarrassent guère, le plus souvent, de statistiques détaillées ou

---

<sup>3</sup> Traduction du titre provisoire

de pourcentages précis, encore que l'enquête idéale, si tant est bien qu'elle existe, devrait évidemment combiner qualitatif et quantitatif, et qu'il ne saurait être question de les opposer » (Olivier de Sardan, 2008 :11). Il mentionne aussi que « Strauss note ainsi que la force de l'enquête qualitative réside dans la prise en compte des contextes, alors que la force de l'enquête quantitative est d'être multivariée (*multivariate*) et comparative à grande échelle (*cross-comparative*) » (Olivier de Sardan, 1995 :note 4). Selon nous, une collaboration constructive vise la complémentarité et non toute forme d'opposition des différents types de méthodes, des « réduction[s] de la réalité » distinctes (Olivier de Sardan, 2008 :40). Dans notre cas, le volet quantitatif apporte des résultats descriptifs et statistiques auxquels le volet qualitatif vise, entre autres, à donner sens. Autrement dit, il peut apporter les valeurs, les représentations, les manières dont les acteurs appréhendent les dimensions pédagogiques et cliniques des *grandes visites*. En cela, nous pouvons dire que cette imbrication des disciplines, qui va selon nous au-delà de deux travaux distincts sur un sujet commun, relève de la pluridisciplinarité.

Ainsi, les sciences sociales se distinguent par leur méthode de recueil de données mais aussi et surtout par leurs concepts et leur manière d'analyser les données. L'anthropologie (et une partie de la sociologie) ne doit ainsi pas être réduite à son terrain ethnographique. Selon Massé (Massé, 2010 : 7), le terrain ethnographique demeure l'un des socles fondamentaux de la discipline. Afin de ne pas aboutir à une marginalisation de l'anthropologue, Massé nous dit que celui-ci doit voir « les techniques de collectes de données et méthodes d'analyse de données, textuelles ou quantitatives, comme des éléments d'un vocabulaire de base qui permet le dialogue interdisciplinaire » (Massé, 2010 : 7). La compréhension des méthodes de recueil et d'analyse quantitatives permet de faciliter le travail interdisciplinaire, en permettant au dialogue de reposer sur un socle commun. Comprendre le travail de l'autre, c'est pouvoir se l'approprier (dans un sens positif bien entendu). Ainsi, comme dans le cas de notre mémoire, pouvoir donner sens à des données quantitatives relève alors d'une forme d'usage et de dialogue pluridisciplinaire. Nous pouvons donc rejoindre Massé lorsqu'il affirme qu'il est nécessaire que les nouvelles générations d'anthropologues se forment à ces méthodes (Massé, 2010 :9) et nous ajoutons, les quantitativistes aux méthodes qualitatives. Le dialogue pluridisciplinaire ne doit évidemment pas se faire à sens unique. C'est précisément ce vers quoi tend ce présent travail.

Plus concrètement, dans le cadre de ce travail de mémoire, nous avons été en charge de mettre sur pied un dispositif de recherche adapté aux impératifs du CHUV. Nous avons également été responsable de l'analyse de ces données, de la rédaction non seulement de ce présent travail mais aussi d'un article scientifique (à paraître) et enfin d'une restitution aux requérants et plus largement aux professionnels concernés. Dès lors, nous rejoignons Rossi lorsqu'il recommande que «les résultats des démarches propres aux sciences sociales et humaines puissent s'intégrer dans un tableau cohérent et organique avec les conclusions des recherches conduites par les sciences médicales » (Rossi, 2008 :61). Finalement, nous retenons que ce travail revêt d'une part une dimension pluridisciplinaire, avec la rencontre de la médecine et des sciences sociales, mais également une dimension interprofessionnelle avec la

collaboration des équipes soignantes et d'une « ethnographe »<sup>4</sup>. L'anthropologie méthodologique et réflexive, dont un chapitre méthodologique rend ici compte, permet de saisir et appréhender l'expérimentation interprofessionnelle. Dans ce contexte pluridisciplinaire et interprofessionnel, deux méthodes, deux épistémologies, deux cadres théoriques et conceptuels dialoguent alors autour de la santé, domaine qui relève tant du médical que du sociétal.

Arrivée au terme de ce premier chapitre introductif, nous pouvons présenter l'agencement de cet écrit. Ainsi, notre deuxième chapitre propose la problématisation des dimensions qui animent nos réflexions, qu'elles soient méthodologiques ou thématiques. Nous y développons d'une part l'articulation de la théorie et de la pratique en y posant le cadre théorique dans lequel s'inscrivent nos réflexions et d'autre part les problématiques particulières qui donnent à voir les dimensions spécifiques et transversales de notre analyse. Ensuite, nous présentons un troisième chapitre sur les enjeux méthodologiques et réflexifs propres à l'anthropologie clinique. Le quatrième chapitre met en contexte les *grandes visites* dans le service qui nous accueille. Nous y montrons comment les *grandes visites* actuelles s'inscrivent dans un processus de réflexion des acteurs de notre terrain. Le cinquième chapitre est consacré à la discussion, une analyse nourrie des aller-retour entre théories, concepts et sources. Elle s'articule autour des trois axes forts de notre recherche, à savoir la formation des médecins, la réélaboration des pratiques professionnelles induites par le dossier patient informatisé et la relation clinique entre médecin et patient, une relation faite d'échanges et de négociations. Le sixième chapitre est conclusif et offre une synthèse des différents éléments vus mais aussi un regard sur les limites et les perspectives de ce travail.

---

4 L'usage, ici, de l'« ethnographe » renvoie à la pratique de recherche visible des acteurs de notre terrain. Nous discuterons plus bas la perception des Autres de notre rôle.

## 2. DES PROBLEMATIQUE PLURIELLES

**L'anthropologie combine et articule une anthropologie réflexive, une épistémologie interne avec l'ethnographie qui recueille discours, pratiques et points de vue des acteurs et une épistémologie externe qui prend appui sur la littérature, les concepts pertinents et les théories nécessaires à l'analyse (Rossi, 1997). Cette partie de notre travail est le lieu pour saisir en quoi ces deux épistémologies se rencontrent ou comme le dit Baszanger à propos du travail de Strauss, « l'entremêlement délibéré de la théorie et d'une ethnographie vivante » (Baszanger in Strauss, 1992 :12).**

Avant tout, nous proposerons un éclairage sur le déroulement typique des *grandes visites* dans le service de médecine interne. Puis, nous définirons le cadre théorique général de notre mémoire. Ensuite, nous présenterons les différentes problématiques qui concernent une analyse soit transversale avec les spécificités des *grandes visites*, soit thématique avec d'une part les questions méthodologiques et d'autres part les dimensions d'analyse avec la formation des médecins, les pratiques professionnelles et la relation clinique au patient qui animeront ce travail. Bien évidemment, chaque cadre théorique et chaque problématique seront tour à tour affinés lors de les chapitres 3 et 4.

## 2.1 LES GRANDES VISITES ? ECLAIRAGE

Avant d'entrer dans le détail de ce travail, il nous semble important d'apporter quelques repères à notre lecteur. L'encadré ci-dessous décrit de manière typique et factuelle les deux principales formes et une de leur variante telles que nous avons pu les observer *in situ*, à savoir la forme dite IN, la forme dite OUT et la variante dite IN IN. Dans chaque unité du service concerné deux « rounds » de *grandes visites* ont lieu chaque semaine, le mardi et le jeudi. Lors d'un round, l'équipe soignante voit en général deux patients. Chaque round qui dure environ une heure et demie est réparti entre les deux patients. En terme de déroulement, deux formes de *grandes visites* coexistent généralement, avec une variante de la première.

### LES DEROULEMENTS TYPIQUES DES GRANDES VISITES

#### **La forme dite IN**

Dans un premier temps, après s'être assurée en quelques mots que le patient annoncé par le chef de clinique peut être vu en IN, l'équipe se rend dans la chambre du patient. L'équipe se positionne autour du lit. Le médecin cadre se présente et annonce que le médecin assistant va « nous présenter votre histoire ». Généralement, le patient est invité à corriger. Dans un premier temps, le médecin assistant raconte l'histoire du patient. Le patient intervient parfois pour signifier ou corriger quelques détails. Puis, s'ouvre une partie qui mêle enseignement - aux médecins assistants et étudiants - et clinique. Avant de clore ce temps, le médecin cadre s'assure que le patient a bien compris les échanges.

Dans un second temps, l'équipe quitte le patient en sortant de la chambre. Un moment fait de réflexion clinique et d'enseignement, sous forme de questions et d'exemples donnés aux médecins assistants et aux étudiants, a encore lieu dans le couloir. Notons encore qu'en général, le chef de clinique intervient peu lors des *grandes visites*. Il s'installe souvent derrière l'ordinateur.

### La forme dite OUT

Dans un premier temps, l'équipe débute la *grande visite* dans le couloir. Le médecin assistant raconte l'histoire du patient. Une première discussion entre les différents soignants ainsi que des parties plus orientées vers l'enseignement ont lieu dans le couloir. Le plus souvent, les données labos sont discutées et consultées sur le dossier patient informatisé lors de ce moment.

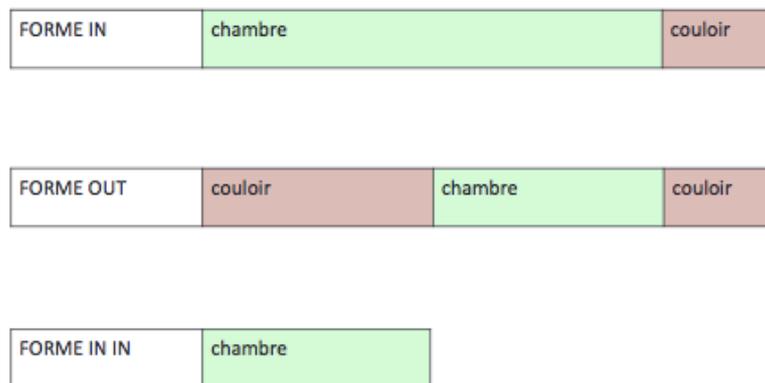
Dans un second temps, l'équipe entre dans la chambre. Le médecin cadre salue le patient et se présente brièvement. Généralement, le médecin cadre ouvre le dialogue avec le patient ; d'autres professionnels peuvent y prendre part. Quelques situations d'enseignement peuvent intervenir. Avant de clore, le médecin cadre s'assure que le patient a bien compris les échanges.

Dans un troisième temps, l'équipe quitte le patient en sortant de la chambre. Comme dans la version IN, un moment fait de réflexion clinique et d'enseignement a encore lieu dans le couloir. Tout comme dans la forme IN, le chef de clinique intervient peu lors des *grandes visites*.

### La variante dite « IN IN »

Un médecin cadre parle d'une forme « IN IN ». Il s'agit d'une forme de *grande visite* où quatre à cinq patients sont vus en chambre, à la suite, sans moment de discussion dans le couloir. Le temps passé par patient est alors réduit à une vingtaine de minutes.

Le tableau ci-dessous apporte une représentation visuelle des *grandes visites* en pratique.



Ainsi, nous observons une différence entre les formes décrites par la littérature et la pratique du service. En effet, un temps supplémentaire de discussion entre professionnels à la fin de la partie en chambre a systématiquement lieu dans le couloir dans les deux formes, dites IN et OUT. Nous rendons attentif notre lecteur au fait que notre analyse porte sur les formes IN et OUT en place dans le service concerné et non pas sur les formes décrites par la littérature.

## 2.2 DE LA PRATIQUE A LA THEORIE<sup>7</sup>

Si pratique et théorie « sont liés dans un va-et-vient constant », nous allons ici mettre en lumière le cadre théorique dans lequel s'inscrit notre « ethnographie vivante » (Baszanger in Strauss, 1992). Un cadre théorique aux inspirations plurielles. En effet, « bien malin celui qui pourrait tracer une frontière claire entre anthropologie et sociologie » nous dit Olivier de Sardan (Olivier de Sardan, 2008 :12). Toutefois, si différentes branches de l'anthropologie et de la sociologie inspirent particulièrement nos réflexions, les fondements de notre travail s'inscrivent avant tout dans une perspective anthropologique avec une affinité particulière pour l'anthropologie médicale, « branche de l'anthropologie sociale » (Hudelson, 2008 :46). *In fine*, un « régime épistémologique commun à toutes les sciences sociales » (Olivier de Sardan, 2008 :12) est partagé par l'anthropologie, la sociologie et l'histoire. D'un point de vue général, avec Massé, nous appréhenderons les débats autour des cadres théoriques propres à l'anthropologie médicale. Les recherches de Rossi nous permettront de situer notre terrain particulier dans un mouvement plus général de globalisation. Ces deux auteurs recourent à la dimension essentielle des jeux d'échelles, dimension qui permet de mettre en lumière le particulier dans une compréhension multi niveaux. Aussi, avec une approche par jeux d'échelles - temporelles et spatiales – nous pourrions adopter une perspective bottom up et ne pas nous en tenir à une lecture top down des dispositifs et discours. De plus, si nous souhaitons dépasser le clivage opéré par certains, notamment les « ténors de l'anthropologie médicale contemporaine tant en France qu'au Canada et aux Etats-Unis » (Massé, 2006 :94) entre une anthropologie culturelle et une anthropologie critique et résumé par Massé, nous pouvons suivre sa proposition méthodologique et théorique, à savoir « concilier analyse microsociale et macro sociale et analyse des déterminants culturels et politiques et économiques de la santé » (Massé, 2006 :95). Ainsi pensé, cet ancrage local permet alors de lire des défis globaux, si nous jouons avec le titre de Genest et Saillant (Genest et Saillant, 2006).

Pour l'ethnographe, le milieu hospitalier soulève des questions réflexives, éthiques ou encore méthodologiques. Nous trouverons des pistes de lectures intéressantes en anthropologie et sociologie médicale, particulièrement chez Fassin et Sarradon-Eck, tous deux anthropologues et médecins ou encore chez Darmon. Plus généralement, les ouvrages de Olivier de Sardan, avec sa posture réflexive socio-anthropologique ou de Beaud et Weber avec leurs recommandations pour les ethnographes débutants nous seront forts utiles. Bien que notre travail relève d'une perspective qualitative et compréhensive, l'approche sociologique quantitative de Saint-Marc de la « fabrication des médecins » nous fournira des pistes théoriques intéressantes, notamment à propos de la socialisation professionnelle.

Anselm Strauss, bien que ne s'inscrivant pas dans les auteurs contemporains, permettra de situer notre lecture des logiques des différents acteurs dans une perspective interactionniste. Une perspective rendant possible une approche ni déterministe ni individualiste mais

---

<sup>7</sup> Une notice biographique des auteurs cités dans ce travail est à la disposition du lecteur en annexe 1.

considérant l'importance du sens des agissements et des relations d'un individu à son environnement. Agir n'est pas faire. Autrement dit, l'interactionnisme, tourné vers l'action, considère que les acteurs possèdent « une capacité d'interprétation et de négociation » (Delas, Milly, 2009 :419). Un regard actuel sur l'analyse de Strauss est d'autant plus pertinent qu'il s'est particulièrement intéressé à la profession médicale, notamment aux « segments » - ou sous-groupes - qui la composent (Strauss, Bucher, 1961 *in* Delas et Milly, 2009 :416). Ainsi, le concept d'ordre négocié, développé par Strauss mais repris par exemple plus récemment par Baszanger, permettra d'offrir une lecture (ou une relecture) intéressante des logiques qui animent les acteurs de notre terrain. L'ordre négocié s'établit à l'hôpital « entre les différentes professions et segments, les personnels profanes, les malades » (Delas et Milly, 2009 :416). Afin de saisir la richesse des négociations et leur donner sens du point de vue des différents acteurs, nous nous inspirons de Good et de son approche par la narrativité (Good, 1998 :148). Celle-ci permet d'atteindre l'expérience subjective de la maladie – que nous comprenons ici dans tout ce qu'elle comporte comme dimensions - telle qu'elle est vécue par les patients. Considérant que « un véritable compte-rendu anthropologique ne peut se limiter à la prise en compte de la maladie objective et de sa représentation culturelle, en mettant entre parenthèse l'expérience subjective" (Good, 1998 :248), Good accorde une place importante au sujet. Dans la même perspective, selon Massé, « l'anthropologie de la santé travaille à l'amélioration des interventions sanitaires en s'intéressant aux expériences de vie et à la subjectivité des individus » (Massé, 2006 :93). Dans son approche, Good fait référence à Kleinman, pour qui « l'étude du vécu de la maladie a quelque chose de fondamental à enseigner à chacun d'entre nous sur la condition humaine"(Good, 1998 :195). Good, au-delà de ces considérations d'approche, nous éclairera sur la clinique, plus particulièrement la manière de construire le malade en tant que patient, de le formuler comme un projet en vue d'un traitement. Good, toujours, accorde une importance particulière à ces pratiques formatives par lesquelles les étudiants se sentent changer chaque jour (Good, 1998 :150) et discute notamment la place des étudiants dans les rapports professionnels verticaux, entre résistances, adaptations et négociations. Nous verrons en quoi cette approche théorique semble avoir quelques limites pour notre terrain.

En effet, si les théories fonctionnalistes, de Foucault ou encore de Bourdieu, ne semblent *a priori* pas compatibles avec la lecture interactionniste, il nous paraît relevant d'interroger certaines logiques avec ces angles de vue particuliers. Ainsi, nous chercherons à comprendre en quoi certains mécanismes de la socialisation professionnelle décrits par les fonctionnalistes semblent néanmoins en jeu et en quoi certains aspects semblent relever des rites d'institution de Bourdieu (Bourdieu, 1982). Aussi, il nous paraît intéressant d'interroger certains aspects langagiers décrits notamment par les fonctionnalistes en terme de pouvoir. Foucault apporte l'idée que « là où il y a pouvoir, il y a résistance », c'est-à-dire que les rapports de pouvoir, avec leur caractère relationnel, « ne peuvent exister qu'en fonction d'une multiplicité de points de résistance » (Foucault, 1996 :125-126). Ce postulat permet d'appréhender les relations entre patients et corps médical et leurs résistances en terme d' « activités culturelles et les formes [...] qu'elles prennent » (Good, 1998 :137) mais aussi les relations entre les

différents soignants, des relations établies au sein d'une hiérarchie inter et intra professionnelle.

Bien entendu, l'anthropologie médicale de par son intérêt pour la santé - au croisement de la médecine, de la maladie et de la société - n'est pas cloisonnée. Ainsi, elle touche *de facto* à d'autres dimensions de la réalité sociétale, telles les nouvelles technologies, la formation ou encore le monde professionnel. A propos des nouvelles technologies, et bien que ne cherchant pas à discuter leur dimension « post mortelle », nous nous sommes inspirée des travaux de Céline Lafontaine, notamment pour la compréhension informationnelle du patient. Lafontaine considère que « les représentations et les pratiques culturelles issues de ce mouvement [le paradigme cybernétique] tendent à s'implanter dans nos sociétés » (Lafontaine, 2004 :173) et « les anciennes barrières entre humain, animal et machines semblent définitivement abolies » (Lafontaine, 2004 :13). Cela nous permettra d'appréhender le dossier patient informatisé avec une lecture en terme de machinisation des humains, ici les patients et les professionnels et de « paradigme informationnel ». Le « paradigme » est à comprendre comme le souligne Lafontaine comme « une représentation globale du monde, un modèle d'interprétation à partir duquel on pense et on se pense nous-mêmes comme agissant dans le monde » (Lafontaine, 2004 :16). Nous nous inspirerons enfin de Marina Maestrutti à propos du « progrès » dans les récits et de son caractère « inévitable » voire « nécessaire » (Maestrutti, 2011 : 6).

## 2.3 PROBLEMATIQUES PARTICULIERES

### L'éthique en question

Une posture réflexive est inhérente à tout travail ethnographique. Ainsi, dans le chapitre 3 « une ethnographie hospitalière : enjeux méthodologiques et réflexifs » nous questionnerons la place de la chercheuse sur son terrain. La lecture de l'article de Darmon « le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain » met en lumière les enjeux d'accès à un terrain institutionnel et, comme ici, en pratique hospitalière. Dans le cas de notre mémoire, nous sommes confrontée à ce que Darmon considère comme une « institution fermée dans laquelle il n'est possible au sociologue d'entrer [...] que suite à une autorisation explicite qui met en jeu la hiérarchie institutionnelle » (Darmon, 2005 :98). Ce sera pour nous l'occasion de questionner ce que nous pouvons considérer comme des « droits d'entrée », au travers non seulement de la représentation du « terrain » mais aussi des pratiques d'une part institutionnelles comme la soumission d'un protocole de recherche à une commission d'éthique et d'autre part plus informelles comme la relation avec ceux que Beaud et Weber nomment les « alliés », ces « associés qui doivent être analysés comme tels » et avec qui nous pouvons « bâtir une relation d'enquête solide et à même de produire des résultats intéressants » (Beaud et Weber, 2010 :106). De manière transversale, nous questionnerons les frontières du terrain dans l'espace et le temps. Où commence-t-il ? De quelle manière notre « terrain » est-il perçu par les Autres, acteurs et parfois informateurs ? En quoi l'observation

participante provoque-t-elle « chez l'informateur un malaise, un désordre » (Gallenga, 2008 :5) ?

Nous réfléchirons tout d'abord à la rédaction du protocole de recherche<sup>9</sup>, aux obstacles et effets que cela représente pour la démarche qualitative en nous appuyant notamment sur les travaux de Didier Fassin. Le consentement éclairé est d'ailleurs une composante de ce protocole. Quels en sont les enjeux ? De quelle manière des consentements non explicites sont-ils également à l'oeuvre, considérant qu'« en ethnographie, la relation d'enquête se noue sous la forme d'un contrat implicite, et non d'un formulaire de consentement éclairé, parce qu'elle s'inscrit dans une relation personnelle » (Beaud et Weber, 2010 :261) ? Aussi, nous discuterons la question de l'anonymat. Dans quelle mesure est-ce une illusion lorsque, comme le remarque la SSE, « la recherche ethnographique se déroule fréquemment à l'échelle locale ou régionale, un contexte social de forte interconnaissance » (SSE, 2011 :6) ? Par quels moyens le préserver au mieux ? Puis, nous présenterons la méthode ethnographique d'un point de vue méthodologique. Nous expliciterons de quelle manière nous avons mené nos observations participantes et nos entretiens. Nous verrons en quoi nos divers matériaux produisent un corpus de données varié. Enfin, nous discuterons une situation particulière qui montre en quoi la présence de l'ethnographe peut déranger. Que révèle-t-elle de notre appréhension par les Autres ? Comment pouvons-nous aller vers une meilleure compréhension mutuelle des uns et des autres ?

### Former à la clinique, les *grandes visites* en discussion

L'hôpital est « une organisation comme les autres. La vie et le travail se fait au rythme des luttes de pouvoir, des contrats tacites, des rivalités entre corporations ou à l'intérieur même des professions. On y trouve des professionnels de la santé, du paramédical et des non professionnels, des patients et des visiteurs, et chacun tend à mettre en place des jeux organisationnels pour conquérir des zones de liberté dans le but de maximiser son pouvoir dans l'institution » (Saint-Marc, 2012 :195). Cette citation de Saint-Marc donne à voir la multiplicité des acteurs, qu'ils soient institutionnels ou privés, individuels ou collectifs et les nombreux enjeux s'y rattachent. Les *grandes visites* sont un des miroirs de cette organisation et nous choisissons de les aborder selon deux grands axes, l'axe de la clinique, autrement dit de la relation de soin au patient et l'axe de la pédagogie, plus précisément la formation des médecins. A leur croisement, se trouvent les pratiques professionnelles, que nous appréhenderons par leurs réélaborations produites par l'apparition du dossier patient informatisé.

Les dimensions de soin et de formation ne sont pas cloisonnées et certains aspects que nous mettrons en lumière dans notre analyse relèvent tant de la clinique que de la pédagogie médicale. La forme de *grande visite* apparaît alors comme un enjeu transversal. Ainsi, tout au

---

<sup>9</sup> Dans notre cas, il s'agit plus précisément d'un addendum à un protocole de recherche, mais la problématique reste, selon nous, la même.

long de notre discussion, nous questionnerons les deux formes afin de mettre en lumière en quoi une *grande visite* IN diffère d'une *grande visite* OUT. Plus spécifiquement, nous tenterons d'apporter des réponses à des questions soulevées par la dimension quantitative de l'étude de Gachoud<sup>10</sup>.

### Les spécificités locales des grandes visites

Avant d'entrer dans l'analyse particulière des dimensions de la formation des professionnels et de la relation clinique, nous interrogerons la spécificité des *grandes visites* dans le chapitre 4 « les *grandes visites* dans un service de médecine interne ». Tout d'abord, nous présenterons brièvement leur contexte local, à savoir le service de médecine interne d'un hôpital universitaire. Puis, dans une perspective historique, nous chercherons à comprendre depuis quand et en quoi la question des *grandes visites* suscite l'intérêt du service. Nous pourrions alors observer le déroulement actuel des *grandes visites*, leur organisation et ce qui semble les différencier d'une visite quotidienne. Nous nous intéresserons alors aux objectifs des *grandes visites*, des objectifs perçus en terme pédagogique et/ou de soin. Pour cela, nous observerons spécifiquement les formes - IN et OUT - adoptées pour les *grandes visites* et la façon dont elles donnent à voir leurs différentes finalité. En quoi le choix des patients qui sont vus en *grande visite* est-il révélateur des objectifs? Aussi, les discours des cadres présentent le mode IN plutôt comme modèle à suivre dans la plupart des cas. Dès lors, nous mettrons à jour les critères qui semblent déterminants pour une visite OUT. Des formes de résistance peuvent être observées chez certains groupes de médecins et nous en interrogerons les enjeux. Enfin, nous nous arrêterons sur la question des catégories professionnelles. Après avoir observé les catégories officielles, nous chercherons à comprendre en quoi elles sont réélaborées par les acteurs eux-mêmes. Nous chercherons à comprendre en quoi « être médecin », c'est-à-dire appartenir au corps médical, relève d'une appartenance à des « intérêts communs », à un « corps commun » (Saint-Marc, 2006 :36). Nous verrons comment les *grandes visites* mettent en lumière les « jeux et luttes de pouvoir » existants au sein de l'hôpital (Saint-Marc, 2011 :195). Les observations et entretiens révèlent une terminologie différente de l'officielle, à savoir des médecins dits « expérimentés » et des médecins dits « jeunes ». Il conviendra dès lors d'interroger qui sont ces médecins et comment cette catégorie s'agence avec l'officielle. Nous observerons aussi la manière dont les patients appréhendent ces catégories. Autrement dit, en quoi les différentes catégories de soignants sont identifiées correctement et en quoi la dimension du genre participe à la perception par les patients.

### La formation des médecins : adhérence et résistance

Le service de médecine interne participe activement à la formation pré et post graduée des médecins. Aussi, « devenir médecin passe par 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

---

10 Voir annexe 2 : Pistes de réflexions qualitatives soulevées par l'analyse quantitative

professionnelle et d'effectuer une véritable conversion identitaire au sens de Hughes » (Saint-Marc, 2011 :175). Toujours selon Saint-Marc, l'étude de cas concrets est un mode d'apprentissage, au-delà des cours dispensés dans la faculté ou à l'hôpital. Ainsi, « les étudiants s'entraînent à l'analyse de cas médicaux à partir de cas concrets des patients des services. L'apprentissage ne se limite pas à l'exercice d'examen cliniques ensuite vérifiés par l'interne. Dans plusieurs services les professeurs s'engagent au travers des visites à exercer les étudiants à l'analyse de cas. Ils font la tournée des chambres en se faisant commenter par les étudiants en charge des dossiers les cas des patients, ils leur posent des questions et les amènent sur la voie du diagnostic. Ces visites sont en même temps l'occasion de faire le point sur des savoirs théoriques mal maîtrisés » (Saint-Marc, 2011 :119). Nous saisissons les dimensions pédagogiques - pratiques et théoriques - de ces *grandes visites* dans le cadre de la formation des médecins. Ainsi, pour les cliniciens, les enjeux autour des *grandes visites* peuvent se décliner en plusieurs questions de départ.

Tout d'abord, nous nous intéresserons aux dispositifs pédagogiques mobilisés lors des *grandes visites*. Saint-Marc considérant que l'approche pédagogique générale mobilisée ici - à savoir les visites qui font intervenir le groupe de médecins en formation - serait l'apanage des professeurs, contrairement au compagnonnage, préféré des chefs de cliniques (Saint-Marc, 2011 :119), nous chercherons à voir en quoi celle-ci favorise la participation et l'exercice des apprenants. Tout d'abord, nous observerons finement les différents dispositifs pédagogiques révélés par notre terrain et nous mettrons en lumière quelle compétences - savoir, savoir-faire ou savoir-être - ils visent. Plus précisément, il s'agira de comprendre en quoi une forme particulière de *grande visite* y participe plus qu'une autre. Nous interrogerons la manière dont sont transmises les compétences et connaissances, à savoir une transmission soit verticale par les prédécesseurs, soit horizontale par les pairs. Dans le cas d'une transmission verticale, est-on face à des mécanismes top down<sup>11</sup> uniquement ? Nous observerons ensuite les dispositifs évaluatifs dans leur dimension formative, informative ou plutôt certificative. Nous saisissons la manière dont est appréhendée l'évaluation par les apprenants. Il s'agira aussi de définir qui est évalué et par qui. Enfin, nous chercherons à comprendre en quoi les *grandes visites*, dans leur dimension de formation, peuvent être lues comme un « environnement totalitaire » ou au contraire un espace de partage.

Puis, nous aborderons la question de la socialisation professionnelle. Nous comprenons la socialisation au sens large comme « apprentissage, conditionnement et inculcation, mais aussi adaptation culturelle, intériorisation et incorporation » (Ferréol, 2004 :1999). Selon Hughes et comme l'explique Saint-Marc, 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 » (Saint-Marc, 2011 :47). Dès lors, après une approche théorique des points de vue fonctionnalistes et interactionnistes de la socialisation

---

<sup>11</sup> Nous entendons par « top down » des mécanismes descendants et par « bottom up », des mécanismes ascendants.

professionnelle, nous verrons en quoi les *grandes visites* participent à celles des médecins en formation, autrement dit à la « fabrication des médecins »<sup>12</sup>. Puis, nous interrogerons la participation des différents processus formatifs mis en lumière dans la partie précédente à l'inculcation de normes et valeurs. Nous observerons si ces mécanismes de socialisation semblent relever d'une lecture fonctionnaliste, qui y voit une transmission contrôlée par le corps professoral, ou au contraire interactionniste avec une autonomie de corps, ici ceux des étudiants et des médecins assistants. Nous chercherons à comprendre en quoi la médecine, par ces processus formatifs, formule ou institue une dimension du monde à laquelle se réfère le savoir médical (Good, 1998 :152). Ensuite, nous observerons plus particulièrement le dispositif pédagogique du stage comme mode de socialisation professionnelle. En quoi le stage représente-t-il une immersion dans le monde professionnel, un passage de la culture profane à la culture professionnelle. Enfin, nous nous demanderons de quelle manière les *grandes visites* représentent une forme de ritualisation, c'est-à-dire de « développement de comportements stéréotypés et répétitifs destinés à conjurer le malheur, à assurer le succès des procédures, à canaliser les affects, à cimenter la communauté des initiés et à la distinguer de la masse informe des profanes » (Pouchelle, 2003 :7). Dès lors, nous verrons ce qu'apporte la théorie des rites initiatiques de Bourdieu (Bourdieu, 1982) à l'analyse des *grandes visites*.

### Des pratiques professionnelles réélaborées. L'exemple du dossier patient informatisé

A la croisée de la formation professionnelle et de la clinique, se trouve la thématique des pratiques professionnelles en constante réélaboration. Nous prenons le parti d'en faire un sous-chapitre à part qui agit comme un glissement logique d'une dimension à l'autre. Rossi nous dit que « l'introduction progressive des nouvelles technologies de l'information et de la communication comme instruments de la pratique professionnelle (numérisation et informatisation des données et des dossiers, administration du travail) entraîne une modification fondamentale du travail : tout acte médical et de soin se doublant d'une saisie de données, l'institution doit désormais faire preuve de "réalisme gestionnaire" (de Gaulejac, 2005) » (Rossi, 2014 :42). Il s'agira de comprendre la mise en place du dossier patient informatisé et les stratégies d'efficacité qui l'animent. Nous questionnerons alors les effets de l'usage de l'informatique, plus précisément du dossier patient informatisé. Celui-ci est aussi appelé « *Soarian* » par les acteurs du terrain du nom du logiciel, dénomination que nous utiliserons également. En quoi peut-on parler d'une machinisation des professionnels? Nous observerons les bouleversements provoqués par son apparition ; autrement dit, la manière dont il modifie les pratiques professionnelles. Pour cela, nous chercherons à saisir en quoi l'usage du dossier patient informatisé réélabore les pratiques soignantes et la place qu'il prend dans les *grandes visites*. Puis, nous analyserons le dossier patient informatisé en terme de pouvoir. En quoi, comme le soulève Rossi, « l'espace de liberté est restreint, la relation avec le pouvoir gestionnaire incontournable » (Rossi, 2005 : 27). D'ailleurs, ce pouvoir relève-t-il uniquement de l'efficacité ?

---

12 Nous faisons ici écho au titre d'un article de Hughes, publié en 1955, « La fabrication d'un médecin ».

## La relation patient-médecin au cœur de la clinique

Le patient est un des acteurs des *grandes visites*. Un patient atteint dans sa santé par la maladie. Aussi, « désormais, dans les pays développés, être un malade c'est être un "soigné" : le diagnostic, les prescriptions du médecin, les examens et les traitements auxquels le patient se soumet, conditionnent sa guérison mais aussi rythment et structurent sa perception et son expérience de la maladie » (Adam et Herzlich, 2007 :36). Avant d'entrer dans l'analyse de nos sources, nous nous arrêterons sur les modèles explicatifs qui permettront de situer nos propos. Tout d'abord, nous observerons comment la théorisation de la relation patient-médecin a glissé du consensus de Parsons à l'ordre négocié de Strauss. Plus précisément, nous observerons les modèles proposés par les fonctionnalistes, avec des rôles définis, attribués et attendus d'une part par/du médecin et d'autre part par/du patient. Nous verrons en quoi le modèle consensuel parsonien est remis en question par Freidson qui voit plutôt dans la relation une forme de conflit. Nous nous arrêterons sur l'appréhension de la maladie par le médecin et par le patient. Enfin, nous observerons une position, où se situe Strauss, qui n'oppose plus consensus et conflit mais propose une lecture en terme de pluralité des modèles d'interactions. En quoi peut-on parler d'un ordre négocié ? Quelle y est la place de chacun des acteurs ? Ensuite, nous nous arrêterons sur la désignation de la maladie. Selon Foucault « l'avènement de la clinique va [...] produire un nouveau type de relation entre le malade et l'investigateur médical. Au cœur de cette nouvelle problématique médicale se trouve le concept de maladie et non plus de malade. Ce dernier acquiert alors le statut de *patient* et, après avoir été le principal informateur de ses maux [que devient alors le symptôme], se voit de fait attribuer un rôle passif » (Carricaburu et Ménoret, 2004 :76). En nous appuyant sur Foucault, nous verrons comment la maladie s'est historiquement imposée face au malade. Nous chercherons à comprendre en quoi désigner la maladie constitue une forme de pouvoir, comme le relève Détrez (Détrez, 2002). Nous interrogerons la rencontre des compréhensions professionnelle et profane ? Quelle lecture Good amène-t-il de l'expérience ? Nous observerons comment le corps médical construit une « réalité » et vers quelles visées tendent les acteurs en construisant une identité de patient. Enfin, nous aborderons le modèle explicatif de la négociation de Strauss et interrogerons la pertinence des différents contextes qu'il propose.

Après cette introduction théorique à la partie consacrée à la relation clinique, nous pourrons alors observer nos sources primaires. Tout d'abord, nous interrogerons la construction du patient. Nous chercherons à comprendre en quoi l'« histoire » du patient est en adéquation avec son expérience. Plus précisément, nous mettrons en lumière la manière dont le patient prend part à son élaboration et ce qui est attendu de lui. Nous verrons en quoi certains mécanismes à l'œuvre selon les différentes formes de *grandes visites* semblent produire une mise à distance. Puis, nous nous pencherons sur un angle particulier de cette construction de l'identité de patient. Nous observerons la place que prend le dossier patient informatisé dans cette appréhension du patient. Rossi nous dit que « les innovations technologiques influencent la relation au malade et l'activité des professionnels. Tout individu devient non seulement prévisible, mais surtout maîtrisable par la biologie de ses constituants et la prescription de

médicaments. Les questions qui en découlent touchent désormais à ce que nous sommes en tant qu'êtres humains et non plus seulement à ce que nous pouvons faire comme êtres humains » (Rossi, 2014 :42). Dès lors, en quoi le patient est-il compris dans sa dimension informationnelle et/ou à l'inverse dans sa corporalité?

Ensuite, nous aborderons la question de la relation médecin-patient sous l'angle de l'informatique. En effet, nous chercherons à voir comment un glissement semble s'opérer, comme dénoncé par certains médecins, de la médecine *in situ* à la télémédecine. Pour cela, nous saisirons en quoi les pratiques observées relèvent de la télémédecine et en quoi la clinique semble menacée par *Soarian* comme le craignent certains acteurs. Puis, nous verrons la manière dont est appréhendée la relation clinique par les différents acteurs et en quoi la présence d'un outil informatisé semble la déranger. En quoi le dossier patient informatisé participe-t-il à un glissement de la forme IN à la forme OUT ? Nous observerons quelles résistances ce glissement semble produire et quelles en sont logiques associées. Enfin, nous interrogerons la dimension de « nécessité » de l'usage de l'ordinateur.

Enfin, nous aborderons la question des *grandes visites* comme espace d'échange. Nous interrogerons notamment en quoi le patient semble passif, comme la perspective fonctionnaliste le propose et en quoi il semble au contraire actif et acteur, comme la lecture interactionniste le conçoit. Pour cela, nous observerons quelle place le patient a – c'est-à-dire s'attribue ou se voit attribuer - au sein des *grandes visites*. Comment les différents temps de la *grande visite* participent-ils à l'interaction avec le patient? En quoi les différentes formes de *grandes visites* faciliteraient-elles un patient acteur ? Aussi et selon Strauss, le patient participe au travail médical, dès lors nous chercherons à mettre à jour ses tâches. Ensuite, nous observerons plus en détail les logiques relatives à l'usage du « jargon » médical. Si celui-ci est relevé par certains médecins comme un élément favorisant la confidentialité, nous chercherons à comprendre la manière dont il participe à la dimension de compréhension de la *grande visite* par le patient. Si, comme le constate Zussman, « les résultats d'une hospitalisation dépendent [...] du caractère de ces deux types de relations : les patients entre eux et les soignants avec les soignés » (Zussman, 1983, expliqué par Carricaburu et Ménoret, 2004 :76), en quoi *la grande visite* - et plus finement l'une ou l'autre de ses formes - et les relations qui s'y jouent contribuent-elles à la « compréhension de son état » (Adam et Herzlich, 2007 :63) par le patient ? Mais aussi, en quoi pouvons-nous y voir une forme de pouvoir du langage, comme le relève Détrez ? De quelle manière ce vocabulaire professionnel est-il reçu par les profanes ? Comment agit-il sur les interactions avec les patients. Autrement dit, nous observerons en quoi il produit une mise à l'écart et comment son usage se modifie en fonction des formes IN et OUT. Suite à cela, nous pourrions alors voir quels mécanismes semblent participer à l'expression du patient, plus précisément, en quoi ils permettent à celui-ci de pouvoir et d'oser s'exprimer. Autrement dit, quels mécanismes semblent « mettre à l'aise » certains patients ? Après avoir vu comment le patient peut être amené à participer, nous interrogerons les formes de négociation à l'œuvre durant les *grandes visites*. Si, en raison de notre terrain, nous ne pouvons pas saisir les négociations dans leur dimension diachronique, nous en offrirons des « instantanés ». Selon Hudelson, « de nombreuses études

montrent à quel point les modèles explicatifs des patients et du personnel soignant peuvent être différents et expliquent que la non-prise en compte de ces différences peut avoir des conséquences telles que la non-adhérence, une insatisfaction du patient, un faux diagnostic, un traitement inadéquat et de mauvais résultats » (Hudelson, 2008 :46). Dès lors, comment les types de *grandes visites* laissent-ils une place au récit explicatif du patient ? Nous verrons en quoi les patients se sentent « entendus », un des pas selon vers la négociation. Nous mettrons ensuite en lumière l'appréhension du patient par le corps médical en terme de *compliance* et de normativité. Quelle est la conception de la *compliance* ? Quelle visée cette notion sous-tend-elle ? Ensuite, nous observerons plus finement quelles dimensions semblent occuper les négociations selon nous. Qui en sont les initiateurs ? Sachant que « la maladie n'est pas seulement un ensemble de symptômes qui la [la personne concernée] conduit chez le médecin, elle constitue un événement malheureux qui menace et, parfois, modifie radicalement sa vie » (Adam et Herzlich, 2007 :63), la dimension temporelle voire chronique de la maladie apparaît comme importante. Nous pouvons nous demander comment les différents acteurs accueillent et se réapproprient les différentes informations ou « projets » discutés lors des *grandes visites*. Théoriquement, nous verrons en quoi il nous paraît pertinent d'offrir une autre catégorisation – c'est-à-dire l'*information à propos de la situation présente, les soins actuels ou à court terme* (examens, traitements, médication) et le *projet à moyen ou long terme* (après l'hospitalisation) - que celle de Strauss qui s'en tient à la négociation d'information et la négociation de privilège. Enfin, nous terminerons avec la dimension de confidentialité, souvent évoquée par médecins les plus expérimentés comme la justification des plus jeunes à leur préférence pour la forme OUT des *grandes visites*. En quoi la forme OUT permet-elle de préserver la confidentialité ? Comment les patients appréhendent-ils la question de la confidentialité, particulièrement lors de maladies dites stigmatisantes ? De quelle manière les plus jeunes médecins perçoivent-ils le respect de la confidentialité dans le couloir ?

### 3. UNE ETHNOGRAPHIE HOSPITALIERE: ENJEUX METHODOLOGIQUES ET REFLEXIFS

**Cette partie méthodologique et réflexive est articulée selon la suite (chrono)logique des « évènements » auxquels nous, ethnographe dans un service hospitalier, avons été confrontée. Dès lors, dans un parti pris original que nous assumons, elle alterne entre deux types de récits. D'une part, se trouvent la présentation de notre perspective qualitative et celle de la méthode ethnographique avec nos observations participantes et entretiens compréhensifs. Et d'autre part, leur font écho des ouvertures réflexives avec non seulement la question de la commission d'éthique - l'appréhension de la méthode inductive ethnographique, le consentement éclairé et l'anonymat - mais aussi la présence parfois dérangement de l'ethnographe *in situ*. Nous comprendrons en quoi ces différents enjeux relèvent de la question de la délimitation du terrain. Mais introduisons tout d'abord la perspective inductive et compréhensive qui nous anime.**

### 3.1 POUR UNE DEMARCHE INDUCTIVE ET COMPREHENSIVE

Notre travail est une « réduction de la réalité » (Olivier de Sardan, 2008 :40) qualitative. En effet, l'enquête de type socio-anthropologique « se veut au plus près des “situations naturelles” des sujets - vie quotidienne, conversation, routine -, dans une situation d'interaction prolongée entre le chercheur en personne et les populations locales, afin de produire des connaissances *in situ*, contextualisées, transversales. Elle vise à rendre compte du “point de vue de l'acteur“, des représentations ordinaires, des pratiques usuelles et de leurs significations autochtones » (Olivier de Sardan, 2008 :41). Aussi, la sociologie interactionniste a, tout comme l'anthropologie, une tradition de la démarche et inductive, formalisée par Strauss, la *Grounded Theory*, autrement dit la théorie « fondée » ou « ancrée » (Delas et Milly, 2009 :417) sur le terrain. Plus précisément, « une théorie fondée est une théorie qui découle inductivement de l'étude du phénomène qu'elle présente. [...] On ne commence pas avec une théorie pour la prouver mais bien plutôt avec un domaine d'étude et on permet à ce qui est pertinent pour ce domaine d'émerger » (Corbin et Strauss, 1990 in Delas, Milly, 2009 :417-418). Selon Strauss, « quelqu'un comme moi est *toujours* en train de regarder les interactions, que ce soit avec soi-même ou avec les autres » (Strauss, 1992 :40). Dès lors, en s'intéressant aux interactions, l'expérience des acteurs ne se limite pas « à une saisie intersubjective du “vécu“ » (Delas et Milly, 2009 :418). Nous l'avons dit plus haut, agir n'est pas faire. Strauss est tourné « vers l'action [...] avec des choses structurelles dans le paysage parce qu'elles sont les conditions de l'action. Il y a le contexte et les contingences. Vous avez des gens qui, comme le disait Blumer, sont très actifs – parfois ils le sont moins – mais ils essaient de contrôler leur destinée, c'est au cœur de l'interactionnisme » (Strauss, 1992 :40).

Aussi, comme nous l'avons souligné dans notre introduction, notre travail s'inscrit dans le cadre d'une recherche d'un médecin chef de clinique du Département de médecine interne du CHUV et actif dans la pédagogie médicale. Dans sa partie de recherche, la forme de *grande visite* (IN ou OUT) est tiré au sort la veille. Nous voyons ici une différence méthodologique à laquelle la démarche anthropologique peut être complémentaire. En effet, le processus de choix qui mène le médecin cadre à opter pour un type ou un autre de *grande visite* se trouve

« gommé » par la randomisation. Les observations participantes et les entretiens compréhensifs permettront d'atteindre, nous l'espérons, les processus qui prennent part au choix. Ainsi, et comme le remarque Fassin, « pour pallier, au moins en partie, ces limites [qui sont dans son cas autres que celle évoquées plus haut par nous], nous proposons donc de précéder à la fois par observation participante dans plusieurs services de médecine et par entretiens semi-directifs auprès des personnels » (Fassin, 2008 :121). Toutefois, il est évident que par ces propos, nous ne prétendons nullement que notre méthode soit plus adéquate qu'une autre, mais nous pensons qu'elle permet d'atteindre d'autres types de résultats qu'une méthode par randomisation ne le ferait. Et inversement. Ainsi pensée, la pluridisciplinarité est source d'enrichissement mutuel pour un domaine de recherche.

Ainsi, par notre démarche inductive, notre présence *in situ*, et la place accordée à l'expérience et les significations des acteurs ou groupes d'acteurs, nous espérons tendre à une certaine compréhension des *grandes visites* et de leurs enjeux.

### 3.2 LA QUESTION DE LA COMMISSION D'ETHIQUE

#### Ethnographie inductive et commission d'éthique : aller au-delà de l'obstacle

A la question « où commence le "terrain" », nous serions spontanément tentée de penser au moment où nous « mettons les pieds » *in situ*. Mais un certain nombre d'étapes précèdent ces premiers pas. Qu'en faire, qu'en dire ? La lecture de l'article de Darmon, « le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain », met en lumière les enjeux d'accès à un terrain institutionnel et ici, en pratique hospitalière. Dans le cas de notre mémoire, nous sommes confrontés à ce que Darmon considère comme une « institution fermée dans laquelle il n'est possible au sociologue d'entrer [...] que suite à une autorisation explicite qui met en jeu la hiérarchie institutionnelle » (Darmon, 2005 :98). Si nous pensons à notre terrain, nous pouvons considérer que notre « droit d'entrée » (Darmon, 2005 :98) est double. Tout d'abord, sous une forme informelle avec l'autorisation orale du Chef de Département de médecine interne, par le biais de la demande d'un médecin chef de clinique avec qui nous collaborons. Cela n'est pas sans rappeler les « alliés », ces « associés qui doivent être analysés comme tels » et à avec qui nous pouvons « bâtir une relation d'enquête solide et à même de produire des résultats intéressants » (Beaud et Weber, 2010 :106). Notre droit d'entrée prend également une forme plus formelle, c'est-à-dire l'accord de la Commission cantonale (VD) d'éthique de la recherche sur l'être humain, avec la rédaction d'un addendum détaillé au protocole initial du médecin réalisant sa recherche. Darmon parle alors de « négociations ». Des négociations préalables à l'accès au terrain, mais que le sociologue peut également considérer comme partie prenante de son terrain.

Notre objet de recherche touchant non seulement aux professionnels mais aussi aux patients, nous avons ainsi rédigé un addendum au protocole de recherche du médecin avec lequel nous collaborons. Cet addendum a été soumis, par nous, à la *commission cantonale (VD) d'éthique sur l'être humain* que nous désignons ici « commission d'éthique ». Selon Desclaux et

Sarradon-Eck, « suivant la multiplication des instances d'éthique, notamment avec l'appui de l'UNESCO, l'obligation de l'évaluation éthique pour les projets de recherche se généralise, soutenue notamment par les instances européennes (Msellati, 2007) » (Desclaux, Sarradon-Eck, 2008 :2). Dans le cadre d'une recherche au CHUV, il importe de soumettre son protocole à cette commission d'éthique qui a pour fonction de :

« veille[r] à la protection des sujets de recherche en évaluant la conformité des projets de recherche biomédicale aux exigences éthiques, juridiques et scientifiques, ainsi qu'aux bonnes pratiques de la recherche » (<http://www.unil.ch/fbm/page36053.html>).

A propos de la confrontation des anthropologues aux commissions d'éthique, nous pouvons citer Desclaux et Sarradon-Eck. Elles nous disent que « dans le champ de la santé [...] l'anthropologie [...] est confrontée plus qu'ailleurs à l'extension d'une éthique formalisée (l'éthique médicale) chargée d'un poids historique et symbolique majeur. Cette rencontre ravive celle, ancienne, de l'anthropologie avec la médecine, un champ disciplinaire présumé combiner une "science" et un "art", qui dispose d'une légitimité sociale incomparable. Le champ de la santé confronte de plus les recherches à quelques enjeux majeurs autour de la maladie et de la mort, d'arbitrages entre santé individuelle et santé collective, de définition des limites de la vie humaine ou du risque acceptable. Il peut aussi placer les chercheurs sur leur terrain face à des dilemmes éthiques particuliers, notamment autour de l'assistance à personne en danger vital, de l'observation de pratiques délétères intriquées à des thérapies, d'abus de pouvoir de la part de thérapeutes ou autour des conditions de l'acceptabilité de recherches menées auprès de malades » (Desclaux, Sarradon-Eck, 2008 :3). Ainsi, selon les chercheuses, d'une part la médecine jouit d'une légitimité sociale difficilement contestable par d'autres - notamment les anthropologues ajoutons-nous - et d'autre part, le champs du médical et du soin place l'anthropologue devant des enjeux éthiques particuliers. Aussi, Fassin, note que ces « comités d'éthique [sont] inspirés du monde médical : ils en relevaient même institutionnellement et imposaient donc leurs règles du jeu comme pour n'importe quel essai clinique qui leur aurait été soumis » (Fassin, 2008 :121). Premièrement, nous comprenons que ces comités, souvent issus de la discipline médicale et visant à évaluer une recherche biomédicale, ont le pouvoir de décider quel regard est légitime à observer le champ de la médecine. Deuxièmement, si Fassin se réfère à un terrain en Afrique du Sud, nous constatons - et tout comme lorsqu'il souligne « la nécessité de les [les procédures] adapter aux réalités contemporaines de l'exercice des sciences sociales, bien éloignées de celles des expérimentations biomédicales et des essais cliniques [...] » (Fassin, 2008 :118) - l'écart entre les attentes de la commission d'éthique et la méthodologie de recherche en anthropologie. En effet, comme le mentionnent Rossi *et al.*, « tout projet de recherche doit donc répondre à un canevas précis de questions (sélection des sujets, médicaments testés, risques encourus, etc.) correspondant davantage à une démarche clinique et expérimentale qu'à une démarche inductive propre à l'ethnographie » (Rossi *et al.*, 2008b :6). Ainsi, notre addendum a été évalué par la sous-commission III, orientée psychiatrie et psychologie. Nous notons qu'aucun membre de la commission d'éthique cantonale ne semble appartenir à la discipline anthropologique ou sociologique. D'ailleurs, selon Fassin « l'évaluation des protocoles de recherche de sciences sociales par des comités d'éthique inspirés par le modèle biomédical, voire constitués de biologistes et médecins dans notre cas, tend à devenir la norme dans de

nombreux pays » (Fassin, 2008 :127). Si nous nous référons à la *Loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain*, ou LRH, nous apprenons toutefois que :

« Les commissions d'éthique doivent être constituées de sorte à disposer des compétences et de l'expérience nécessaires à l'accomplissement de leurs tâches. Elles sont formées d'experts issus notamment des domaines médical, éthique et juridique. Les cantons peuvent prévoir que les patients seront représentés au sein des commissions » (<http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20061313/index.html>).

Nous pouvons nous demander comment est appréhendé un projet de recherche qualitatif et inductif, ce à quoi nous ne pouvons bien-entendu répondre ici. En effet, « la posture inductive [d'une recherche anthropologique] a pour conséquence que les informations susceptibles d'éclairer les enquêtés se situent moins en amont qu'en aval du processus de recherche » (Rossi *et al.*, 2008b :3). Si la commission d'éthique attend un protocole de recherche comportant une hypothèse de recherche, des questions de recherche et des questions d'entretiens, il paraît difficile pour l'« investigateur » anthropologue de les fournir. Dès lors, comment exprimer ces données précises avant même d'avoir pu effectuer un terrain exploratoire, dans une démarche inductive ? En effet, et comme le souligne Kilani, « la connaissance anthropologique surgit [...] d'un processus dialogique entre l'anthropologue et l'informateur » (Kilani, 1994 :48). Ainsi, nous comprenons que c'est le terrain et notamment les interactions avec nos interlocuteurs qui permettent de faire émerger l'objet de recherche. Le chercheur anthropologue se trouve alors face à un dilemme. Doit-il s'éloigner des méthodes de sa discipline, lire de nombreux articles, formuler des hypothèses ou au contraire doit-il « créer » des questions de recherche, une hypothèse, des questions d'entretien qui satisferont la commission d'éthique tout en sachant qu'il les réélaborera ensuite ? Il se trouve ici au cœur d'une question d'éthique, celle qui le lie à sa discipline mais aussi à l'institution qu'il va observer. Nous avons suivi une voie médiane. En effet, dans le souci de ne pas anticiper le terrain, de ne pas figer nos questions de recherche, de nous laisser la possibilité d'être surprise par nos observations, mais également dans le souci d'être reconnue comme chercheuse par la commission d'éthique, nous avons rédigé attentivement cet addendum, en appliquant la stratégie choisie par Rossi *et al.*, à savoir « pour atténuer les incertitudes liées à une posture inductive, d'une part, il nous a fallu emprunter aux démarches hypothético-déductives des attitudes empreintes d'un certain formalisme méthodologique » (Rossi *et al.*, 2008b :6). Autrement dit, il s'agit de formuler un projet qualitatif répondant - et beaucoup se joue par la mise en texte - à un certain format de la recherche quantitative.

### A propos du « consentement éclairé »

Dans leur ouvrage, Beaud et Weber insistent : « en ethnographie, la relation d'enquête se noue sous la forme d'un contrat implicite, et non d'un formulaire de consentement éclairé, parce qu'elle s'inscrit dans une relation personnelle » (Beaud et Weber, 2010 :261). Toutefois, pour notre terrain et comme la commission cantonale d'éthique l'exige, les personnes qui participent à notre recherche – patients et professionnels - doivent donner leur consentement éclairé par la lecture d'un « formulaire d'information » et la signature d'un « formulaire de consentement ». Ainsi, ce n'est pas un « contrat implicite », produit de « négociations de terrain » (Beaud et Weber, 2010 :261-262) suggérés par les deux auteurs. Dès lors, il s'agira

de pouvoir dépasser l'obstacle d'un formulaire « signé éventuellement sans être lu ou compris » et de créer une relation de confiance en suivant les conseils de Beaud et Weber. Selon eux, nous n'avons pas à donner notre position scientifique, mais plutôt clarifier une situation personnelle et institutionnelle, c'est-à-dire comment et pourquoi nous sommes arrivés là et ce que nous ferons des données récoltées (Beaud et Weber, 2010 :262). De cette manière, et comme ils le notent pour les pratiques ethnographiques institutionnelles, c'est dans un second temps que nous, ethnographe, pouvons retrouver notre « pratique habituelle : relation personnelle et contrat implicite » (Beaud et Weber, 2010 :263).

Aussi, Cefaï se demande si la production de tels documents n'est « pas par ailleurs présumer du fait que l'enquêteur disposerait *a priori* d'une connaissance claire de ce qu'il recherche ? Le propre de l'ethnographie n'est-il pas de définir ses objets et ses questions d'enquête sur le terrain ? La part la plus féconde de l'enquête réside souvent dans les transformations de perspective des enquêteurs et des enquêtés, dans le dialogue avec soi et avec autrui que l'enquête occasionne [...] » (Céfaï, 2009 :505). Ainsi, nous comprenons que requérir un consentement éclairé - avec des indications précises sur les enjeux et divers objectifs de la recherche - a un impact fort sur la méthode inductive de l'anthropologie. Nous retrouvons dès lors logiquement le même type de questionnement qui s'offrait à nous au sujet de la rédaction de l'addendum au protocole de recherche. Toutefois, nous pouvons aller plus loin dans notre analyse, spécifiquement à propos du consentement éclairé, que nous développerons à propos des observations participantes.

Le terrain n'a pas pour l'ethnographe des frontières spatiales et temporelles délimitées, contrairement aux recherches hypothético-déductives notamment à l'œuvre dans le milieu hospitalier. D'ailleurs, selon Rossi *et al.*, « en mettant l'accent exclusivement sur la dimension formelle de la relation entre chercheur et informateur, le consentement éclairé n'intègre en aucun cas la dynamique de l'enquête (les imprévus, les impasses et les détours) et les échanges informels (confidences, moments d'intimité partagés), éléments pourtant constitutifs de tout travail ethnographique » (Rossi *et al.*, 2008b :11). Dès lors, nous ne devons pas oublier que pour nos enquêtés, la perception des situations où nous « travaillons » ou non, n'est certainement pas la même que la nôtre. Fassin note pour sa propre situation d'enquête que « les situations d'observation pouvaient difficilement donner lieu à la sollicitation d'assentiment, même sous forme orale, de la part des professionnels de santé et surtout de la part des patients ou de leur famille ».

Lors de nos observations participantes, nous avons été présentes avec l'équipe médicale et soignante, en portant une blouse blanche, notamment utilisée par le corps médical. Fassin, lui, se fond parmi les médecins de son terrain – qui, eux, ne portent pas de blouse pour la plupart - et remarque que « notre présence en tenue civile était presque invisible et donc n'appelait pas d'interrogation de la part des malades » (Fassin, 2008 :124) car, comme le disent Beaud et Weber, « plus vous détonnez dans le milieu enquêté, plus il est facile aux enquêtés d'avoir une idée claire de ce que vous faites là » (Beaud et Weber, 2010:83). La question du port de la blouse s'en trouve alors renversée. Selon nous, l'enjeu ne semble pas résider dans le port ou

non de la blanche mais dans la volonté de se fondre ou non parmi les soignants. Dès lors, il ne s'agit pas de questionner le fait de revêtir un rôle autre que le nôtre (soignante et non pas ethnographe) mais nous saisissons un enjeu de « présentation », et de compréhension de « qui » nous sommes et ce que nous faisons là. « Un des moteurs de l'enquête sera votre repérage, votre identification » nous disent Beaud et Weber (Beaud et Weber, 2010 :92). D'ailleurs, cette question de la « présentation » aux soignants est souvent revenue dans les discussions que nous avons eues avec le médecin avec qui nous collaborons. Ainsi, le port de la blouse semble important aux yeux des professionnels. Elle nous permettrait de circuler plus librement et de moins susciter d'interrogation. Toutefois, bien que nous portons la blouse généralement réservée au corps médical, il paraît important à toutes et tous que nous soyons présentée de manière appropriée. Ainsi, une présentation adéquate, et le port d'une blouse qui semble néanmoins attester de notre légitimité à être présente ici *in situ*, semble alors recouvrir la fonction symbolique de « consentement éclairé » lors des observations participantes. Ou, comme le dit Saint-Marc à propos de sa propre expérience « alors que nous étions complètement extérieur à cet univers professionnel, nous étions aux yeux des malades suffisamment légitime pour assister aux examens cliniques les plus intimes » (Saint-Marc, 2012 :184-185). Le sociologue n'hésite pas à parler de « fonction supposée » attestée par le port de la blouse, tant bien même que la « fonction réelle » (Saint-Marc, 2012 :185) est inscrite sur la blouse, ou, comme dans notre cas, sur notre badge. Par ce mécanisme de (non) consentement tacite, nous avons pu contourner - pour les observations participantes - la demande de consentement qui réduit « considérablement la marge de manœuvre du chercheur ; le formulaire de consentement agi[ssant] ainsi comme une forme de conditionnement initial de la relation enquêteur-enquêté » (Rossi *et al.*, 2008 :7). Par contre, selon nous, le port de la blouse peut - faussement - apparaître aux yeux des professionnels habitués aux recherches hypothético-déductives délimitées dans l'espace et le temps comme signalant les moments où nous endossons le rôle de l'« ethnographe » et les moments où nous n'enquêtons pas.

### L'anonymat, une illusion ?

Le respect de l'anonymat est un des points soulevé par la commission d'éthique et qui nous est, bien-entendu, cher. A ce propos, Cefai se demande « que peuvent bien signifier les notions de “confidentialité“ ou d' “anonymat“ dans un monde où le clivage entre expériences publique et privée n'est pas advenu » (Cefai, 2009 :504). La SSE thématise elle aussi cette notion d'anonymat en lien avec la démarche ethnographique. Selon elle, « la recherche ethnographique se déroule fréquemment à l'échelle locale ou régionale, un contexte social de forte interconnaissance » (SSE, 2011). Un contexte d'interconnaissance qui semble en effet correspondre à l'espace de notre terrain : un service et une unité particuliers du CHUV. Si les patients sont nombreux, les professionnels concernés le sont moins. Les liens nous semblent dès lors faciles à établir pour qui le désire. Dès lors, comment préserver au mieux l'anonymat de nos enquêtés, particulièrement celui des professionnels tout en réalisant une restitution des différentes logiques qui animent le terrain, qu'elles soient individuelles ou collectives? Plus précisément, de quelle manière rendre compte des catégories professionnelles, voire des groupes de pairs hiérarchiques ? Comment jouer du petit nombre d'acteurs par catégorie ? La

discussion qui suit est à comprendre dans la dimension de *restitution* de la recherche, à savoir ce travail de mémoire, une présentation dans le service ou encore un article scientifique.

Coulmont, qui reprend lui-même Arborio et Fournier, propose de « trouver un prénom [un nom] qui s'approche des caractéristiques sociales associées au prénom à anonymiser » (Coulmont, 2011 :50). Quant à elle, la SSE note que « l'anonymisation seule – suppression ou modification des noms – ne suffit souvent pas à masquer l'identité des personnes concernées par une citation ou une description. Préserver un anonymat véritable demande donc, lors de la diffusion des résultats, une attention particulière, une anonymisation “approfondie” » (SSE, 2011 :6). Cet avis nous semble converger avec celui de notre directeur de mémoire. Il conviendrait de considérer que l'anonymat réside dans la mise en texte, la textualité, de notre analyse. En effet, dans le cadre de notre terrain – interconnaissance et le petit nombre d'enquêtés professionnels - l'anonymat des professionnels ne serait pas garanti par ce dispositif. Ainsi, nous décidons de ne pas attribuer à chaque professionnel une identité propre. Dès lors, dans cette restitution nous ne rendons pas compte d'une logique d'un individu donné sur l'ensemble des thématiques. Toutefois, lorsque pour une dimension particulière, une logique nous semble relever d'un individu et ne pas représenter le groupe, nous le notons, mais sans l'attribuer à un acteur précis.

A propos de la gestion des catégories de professionnels, nous avons longuement réfléchi à comment en rendre compte. En quoi serait-il pertinent de n'utiliser une seule catégorie pour le corps médical ? Selon Zonabend, « il n'est guère facile de taire, par exemple, le nom de l'entreprise sur laquelle est centrée la recherche ni de dissimuler le statut, la position institutionnelle, le rang hiérarchique ou la fonction de certains informateurs » (Zonabend, 1994 :9). En effet, pour atteindre une bonne appréhension de nos données, il est relevant d'indiquer quelle place dans la profession médicale les uns et les autres occupent. Cela permet entre autre d'atteindre les logiques de groupes. Lorsque cela s'avère nécessaire et/ou que cela ne préterite pas à la compréhension des logiques de groupes, nous utilisons une catégorisation plus englobante des professionnels, c'est-à-dire une réappropriation par les acteurs eux-mêmes des catégories du corps médical: les plus jeunes et les plus expérimentés ou les aînés. Cette catégorisation dépasse les catégorisations officielles : en effet, certains chefs de clinique peuvent êtres « expérimentés » et d'autres « jeunes ». Plus bas, le tableau « corpus de données, de la production au produit scientifique » de la partie « un corpus de données varié » permet de comprendre le référencement de nos extraits.

Ainsi, nous décidons d'appliquer quelques mesures textuelles afin préserver au mieux l'anonymat de nos interlocuteurs. En effet, au vu du peu de membres du corps médical observés dans chacune des catégories professionnelles, nous choisissons de ne pas les féminiser lorsque nous désignons particulièrement une femme (par exemple, cheffes et/ou chefs de clinique seront désignés par « chef de clinique »). Dans la même idée, les extraits d'entretiens sont généralement affiliés à un groupe de pairs, par exemple « étudiant », « chef de clinique » ou « patient ». Pour les patients, nous précisons s'il a été vu en IN ou en OUT. Enfin, nous décidons parfois de ne pas citer un extrait d'entretien ou d'une observation, mais

de le narrer. En effet, certains extraits rendent compte d'un style de langage qu'il est facilement attribuable à un des professionnels concernés.

### 3.3 ETHNOGRAPHIE *IN SITU* : ENTRE OBSERVATIONS, INTERACTIONS ET ENTRETIENS

L'observation participante, nous dit Kilani, se « traduit par la présence physique et de longue durée du chercheur sur "son terrain". Cette relation particulière avec l'"objet" d'étude signifie une observation en profondeur de la réalité concernée et une attention particulière à la qualité des rapports sociaux qui constituent un groupe » (Kilani, 2009 :42). A côté de ces observations participantes, dont nous comprenons bien la finalité, nous avons réalisé des entretiens compréhensifs afin d'affiner la compréhension des différents acteurs des pratiques, discours et interactions. Weber résume parfaitement notre terrain ethnographique lorsqu'elle dit que « l'ethnographe aujourd'hui doit son journal de terrain et ses fiches à la tradition anthropologique, il doit son magnétophone à la sociologie qualitative » (Weber in Müller, 2006 :96). En effet, nous avons réalisé tant des observations participantes que des entretiens informels ou des entretiens compréhensifs formels et enregistrés lors des quatre mois *in situ*.

Certains parlent d'observations participantes, d'autres d'immersion, d'insertion ou encore d'imprégnation. Tous ces termes reflètent l'idée que l'anthropologue se frotte « en chair et en os » (Olivier de Sardan, 2008 :48) à la réalité qu'il étudie. Le rôle que prend le chercheur peut varier : « l'observateur intégral », « l'observateur qui participe », « le participant qui observe » et le « participant intégral » (Olivier de Sardan, 2008 :48). De part la particularité de notre terrain, c'est-à-dire la dimension médicale qui l'anime, il paraît évident que nous ne pouvons pas vivre « de l'intérieur » le quotidien du corps médical ou, à l'inverse, celui du patient. Nous rejoignons ainsi Olivier de Sardan en affirmant que notre place qui penche plus du côté de l'observateur, n'est pas un « choix délibéré » mais bien « l'effet des circonstances, des contraintes de l'enquête, ou des habitudes du chercheur » (Olivier de Sardan, 2008 :48). D'autres part, l'intérêt pour les différentes formes de *grandes visites* nous a fait opter pour une immersion avec les soignants plutôt que les patients.

Une présence sur certains terrains se négocie. Dans notre cas, nous avons négocié d'une part avec la commission d'éthique<sup>13</sup> et d'autre part avec l'équipe de professionnels du MIA, à commencer par le chef de service. Le contexte de notre recherche a bien évidemment facilité les choses, la présence d'une ethnographe étant déjà pressentie dès la rédaction du protocole de Gachoud. Toutefois, il a fallu nous présenter et négocier avec d'autres acteurs : l'ensemble des professionnels présents ainsi que les patients. Aux professionnels, nous nous sommes présentées en débuts de *grandes visites*, lorsque des membres étaient nouveaux. Toutefois, cette manière de faire a ses limites. D'une part, tous les professionnels du service ne sont pas

---

<sup>13</sup> Nous ne pouvons pas parler d'une négociation au sens strict, mais plutôt d'une injonction à nous soumettre aux requêtes de la commission et à jouer de leurs attentes particulières. Nous notons néanmoins que nous avons été fortement encouragée par un des membres à ajouter quelques précisions à notre formulaire de consentement avant de pouvoir accéder à notre terrain.

partie prenante de ces *grandes visites* mais « subissent » néanmoins notre présence dans le service. D'autre part, certains professionnels, particulièrement le corps infirmier selon nos observations, rejoignent la *grande visite* en « cours de route » et ne reçoivent dès lors pas l'explication. Des incompréhensions ou des malaises peuvent ainsi émerger. Nous y reviendrons plus bas. Ainsi, nous pouvons dire que, en « tout au long de l'enquête, en rencontrant de nouveaux enquêtés », il est nécessaire de « négocier et renégocier [notre] place » (Beaud et Weber, 2010 :108).

### Observations participantes

Beaud et Weber nous disent que « l'observation ethnographique repose sur trois savoirs fortement imbriqués : percevoir, mémoriser, noter » (Beaud et Weber, 2010 :128). Le guide d'observation est l'outil de référence, de repère d'une observation faite de découvertes et de vérifications. Nous comprenons qu'une observation se prépare et se réélabore au contact du terrain, dans la logique inductive.

Une partie des données ont été obtenues par une insertion de quatre mois au sein de l'équipe médicale. L'insertion de « l'enquêteur dans le milieu de vie des enquêtés, [...] fournit le cadre général de l'enquête » (Olivier de Sardan, 2008 :46) et différents corpus de données sont alors produits. Nous retrouvons l'équipe au « rendez-vous » fixé au début des *grandes visites*, dans le couloir concerné. Afin d'atteindre le processus de choix de la forme IN ou OUT, celui-ci est laissé libre aux cliniciens. A la fin de chaque matinée de *grandes visites*, nous prenons congé de l'équipe. Généralement, chacun retourne rapidement à ses tâches ou en profite pour solliciter le médecin cadre à propos d'une situation particulière. A ce moment-là, soit nous allons trouver un patient afin de solliciter un entretien, soit nous retournons dans le bureau mis à notre disposition.

Dialogues ou entretiens informels sont inhérents à toute observation participante. En effet, en tant qu'ethnographe, nous avons pris part aux activités de la *grande visite* et avons eu l'occasion d'interagir avec des membres de l'équipe ou les patients, que ce soit avant ou après la visite, dans un couloir, dans un ascenseur ou à une table de cafétéria. Nous y avons parfois échangé des informations, des sentiments, des « mots » qui nous semblent précieux et les avons alors transcrits de mémoire dans notre journal de terrain « après coup ». Nous ne considérons pas ces moments comme des entretiens à proprement dits mais comme des formes de dialogues. Bien évidemment, ces moments particuliers d'enquêtes posent la question soulevée précédemment de la perception de notre travail et des limites de notre terrain par nos enquêtés.

Les imprévus sont nombreux dans un service de médecine interne et cela touche inévitablement le terrain ethnographique. Toutefois, cela n'est pas, selon nous, à considérer négativement. En effet, d'une part, nous l'avons dit, le terrain se veut au plus proche des situations habituelles du terrain et l'imprévu en fait donc partie. D'autre part, nous le verrons, l'imprévu produit parfois des informations intéressantes. Pour cela, il est nécessaire d'adopter

une posture réflexive en nous demandant « pourquoi » les personnes ont été amenées à agir alors de telle ou telle manière. Nous pensons particulièrement à une situation que nous détaillons plus bas, à savoir une détresse vitale qui a interrompu le cours des *grandes visites* et suscité une réaction à notre égard, elle aussi imprévue, de la part d'une professionnelle. En ce sens, tant l'entretien ethnographique que l'observation participante sont inscrits « dans un ensemble de relations sociales “déjà là” [et] que les conditions de son organisation viennent révéler » (Beaud et Weber, 2010 :175).

#### LES OBSERVATIONS PARTICIPANTES EN QUELQUES CHIFFRES

Lors des quatre mois *in situ* entre les mois d'avril et juillet 2014, nous avons pu réaliser 19 matinées d'observations participantes de *grande visite* lors desquelles nous avons vu 39 patients, dont 1 patient vu lors de deux hospitalisations différentes et 1 patiente vue à deux reprises lors de la même hospitalisation. De plus, nous avons suivi un médecin assistant lors d'une matinée de visites quotidiennes.

## Entretiens compréhensifs

### **Guide d'entretien**

Parallèlement à nos observations participantes, nous avons effectué des entretiens sur la base d'une grille de questions ouvertes que nous considérons comme « un guide très souple dans le cadre de l'entretien compréhensif » (Kaufmann, 2007 :44-45), tout comme le guide d'observation de Beaud et Weber que nous avons évoqué précédemment. En effet, comme le dit Kaufmann, « une fois rédigées, il est rare que l'enquêteur ait à les lire et à les poser les unes après les autres. C'est un simple guide, pour faire parler des informateurs autour du sujet, l'idéal étant de déclencher une dynamique de conversation plus riche que la simple réponse aux questions, tout en restant dans le thème » (Kaufmann, 2007 :44-45). Toutefois, ce guide est remis en question par Beaud et Weber. Si dans le cas de « personnes possédant un capital culturel et social, le guide d'entretien peut servir de caution scientifique » (Beaud et Weber, 2010 :179) - et ce d'autant plus lorsque nos enquêtés se positionnent académiquement dans des disciplines hypothético-déductives, ajoutons-nous - ils lui reconnaissent l'effet inverse avec d'autres interrogés, le guide accentuant alors la forme scolaire de l'entretien. Aussi, il « renforce[] chez [les] interlocuteurs l'idée qu'ils doivent répondre à un questionnaire », avec des bonnes ou des mauvaises réponses et il nous « enferme dans [votre] sujet » et l'enquêteur, de par l'usage qu'il en fait « stérilis[e] à l'avance la fécondité de l'instrument d'enquête » (Beaud et Weber, 2010 :179). De par la perspective inductive qui nous anime, nous considérons donc que ce guide est amené à se modifier non seulement au cours d'un entretien mais aussi au fil des différents entretiens. Il est dès lors nécessaire de ne pas oublier de prendre la liberté de s'en éloigner si nous le jugeons pertinent.

Aussi, par la soumission d'une grille d'entretien à la commission d'éthique avant le début de notre terrain, il nous était difficile de faire des entretiens à proprement dit exploratoires qui permettent de « dégager des thèmes, des points d'accroche » (Beaud et Weber, 20 :163). Dès lors, afin d'affiner les thématiques à aborder en entretien, nous avons débuté nos entretiens

après quelques semaines d'observations participantes. Nous avons réalisé deux guides différents : un guide pour les professionnels et un guide pour les patients. Toutefois, ils se retrouvent en partie autour de la thématique commune de la relation patient-médecin. Aussi, quelques points du guide pour les professionnels varient en fonction du statut des professionnels.

### ***Avec qui s'entretenir ?***

Quant à savoir qui interroger, Beaud et Weber parlent d'une sélection, en fonction des perspectives que prend l'enquête au fil du temps. Dans notre cas, nous avons été confrontée à différents obstacles qui nous ont fait mettre de côté ce type de réflexion. Tout d'abord, un obstacle temporel. En effet, après les premières semaines d'observations participantes, il ne nous restait que trois mois pour rencontrer en entretien des professionnels ou des patients. Deuxièmement, les personnes à même d'être vues en entretien le sont en nombre limité et nous ne souhaitons pas multiplier les entretiens approfondis le même jour, ceux-ci étant « fatigants » de part la nécessaire implication de l'ethnographe, par exemple « assurer l'échange, trouver les bonnes relances, être très attentifs aux propos de [notre] interlocuteur » (Beaud et Weber, 2010:181)

A propos des patients, deux d'entre eux sont généralement vus par round de *grandes visites*. Nous devons alors tenir compte des critères formels d'exclusion pour envisager un entretien. Pour être vu en entretien, un patient devait pouvoir comprendre et s'exprimer en français et ne pas être « dément » (selon l'acceptation médicale du terme), appréciation que nous laissons au corps médical. De plus, il nous paraissait important de respecter l'état de santé du patient et ne pas leur « imposer » un entretien fatigant. Enfin, le patient devait être disponible dans l'après-midi suivant la *grande visite*, généralement après le repas de midi. Suite à une brève discussion avec son médecin assistant et si le patient répondait à ces différents critères, nous allions le trouver dans sa chambre et lui propositions de participer à notre recherche. Dans tous les cas, nous lui présentions brièvement la thématique et le cadre de notre recherche - les *grandes visites* et leur dimension de relation entre les soignants et le corps médical essentiellement ; entendre leur expérience de cette pratique - et notre statut de non soignante. L'entretien en lui-même était présenté comme une « discussion » avec quelques questions pour nous guider. Quelques patients, rares toutefois, ont préférés ne pas participer, selon eux en raison de la déjà forte sollicitation quotidienne. En cas d'accord, nous leur présentions les formulaires d'information et de consentement qu'ils pouvaient consulter durant la pause de midi. Dans tous les cas, à notre retour et avant de débiter l'entretien, nous nous assurions de la compréhension du formulaire, le cas contraire, nous lisions ensemble les différents points. Le formulaire d'information est resté ensuite à disposition des patients.

Au sujet des professionnels, nous avons choisi de voir toutes les catégories du corps médical et quelques représentants du corps infirmier. Dès lors, si cela s'est avéré facile pour les étudiants, nombreux – trois nouveaux étudiants présents chaque trois semaines -, cela s'est révélé plus difficile pour les médecins assistants et les chefs de cliniques, moins nombreux et fort occupés professionnellement. Tous les médecins sollicités ont accepté de participer à un

entretien. Pour des questions d'horaire, nous n'avons pas toujours pu organiser l'entretien directement après la *grande visite*. Nous avons proposé à quelques professionnels de réaliser des entretiens par petits groupes de deux ou trois. Ces derniers y ont répondu favorablement et se sont même montrés enthousiastes. Aussi, nous avons apprécié la dynamique particulière de ces entretiens au contenu particulièrement riche. En effet, les professionnels questionnaient plus facilement certaines thématiques, n'hésitant pas à « remettre en question » les discours ou les perceptions de leur(s) collègue(s), toujours de manière très respectueuse et compréhensive. Enfin, et comme le suggère Beaud et Weber, nous avons fait le choix de ne pas rencontrer notre personne de référence en entretien formel. En effet, selon eux réaliser un entretien formel avec un « allié » risque de « “casser“ [la] relation de travail » (Beaud et Weber, 2010 :160). Toutefois, ne pas rencontrer un allié en entretien formel ne signifie pas ne pas porter attention aux échanges informels, des échanges valorisés par la démarche ethnographique. Cet intérêt pour les échanges informels nuance la recommandation de Beaud et Weber en nous offrant un accès aux riches informations de nos alliées. Comme pour les patients, les professionnels recevaient les formulaires d'information et de consentement lors de la prise de rendez-vous et nous le signions lors de l'entrevue. Le formulaire d'information restait également à leur disposition.

Toutefois, malgré ces points positifs, nous avons subi deux formes de « refus », peut-être de manière inconsciente, par deux infirmiers. Lors d'une de nos présences *in situ*, un premier infirmier est venu spontanément nous parler dans le couloir pour nous dire qu'« il y a beaucoup à dire » sur les *grandes visites*. Mais il n'avait pas le temps d'en dire plus à ce moment-là. Nous avons alors convenu d'une rencontre la semaine suivante. L'infirmier n'était finalement pas présent ce jour-là. Un deuxième infirmier, présent lors de la *grande visite*, s'est montré ouverte à un entretien. Nous avons convenu de fixer un rendez-vous par courriel afin d'avoir nos agendas respectifs sous les yeux. Malheureusement, celui-ci n'a jamais répondu à notre courriel. A propos de ces refus, Beaud et Weber notent qu'ils le sont généralement pour des « raisons objectives », à savoir « la position sociale des enquêtés », « la perception de notre enquête : les effets qu'elle peut avoir sur la vie professionnelle [...] de l'enquêté » et la « perception de [notre] inscription dans le milieu des enquêtés » (Beaud et Weber, 2008 :167). Ainsi, nous pouvons remarquer que nous étions présente sur le terrain avec un « allié » du corps médical avec qui nous partagions non seulement un thème de recherche commun mais aussi - et cela peut paraître un détail mais *a posteriori* il est selon nous au contraire très « visible » - le même vêtement de travail. Dès lors, nous pouvons dire que cette affiliation leur est peut-être apparue comme une sorte d'« alliance ».

Enfin, rencontrer des interlocuteurs amène la question de la potentielle « distance culturelle et sociale » qui sépare l'ethnographe de ceux-ci et qui peut susciter un « malaise » (Beaud et Weber, 2010 :173) ou une « violence symbolique » (Bourdieu, 2001), de part et d'autre selon nous. Kiefer évoque l'habillement à l'hôpital et cela se révèle intéressant dans notre perspective. Il nous dit ainsi « regardez aussi l'habillement qui prévaut dans nos hôpitaux : les médecins sont en uniformes faits de blouses blanches (pourquoi tous la même ?) et les malades en chemises ouvertes, humiliantes (sous un fallacieux motif d'efficacité) » (Kiefer,

2014 :2). Ainsi, la blouse opère non seulement une neutralité en terme de capital culturel et social du patient mais participe également à renforcer ce potentiel malaise entre le patient et l'ethnographe qui est habillé, lui, de la blouse traditionnellement attribuée au corps médical. Il est dès lors difficile pour l'ethnographe de situer le patient, non seulement en fonction de cette neutralité produite par le port de la chemise mais également, dans notre cas, par le statut de « retraité » de nombreux patients. En effet, leur profession n'est souvent pas évoquée lors de leur présentation par le médecin assistant. Aussi, nous avons rencontré des médecins cadres. Dès lors, avec notre statut d'ethnographe étudiante, nous pouvons facilement nous retrouver dans la posture « d'un intellectuel de rang social inférieur » et « subir un examen de passage » (Beaud et Weber, 2010 :173). A ce propos, Darmon (Darmon, 2005 :102-103) montre en quoi l'enquêtrice - contrairement aux situations d'enquête plus fréquemment analysées en sociologie - peut occuper « une position dominée ». De son expérience, la « figure du "professeur" » qu'elle rencontre est au principe d'une double maîtrise : une maîtrise de son propre monde professionnel ainsi que du monde professionnel de l'enquêtrice elle-même, la sociologie relevant de la « "technique" sans "rigueur" ». *A posteriori*, nous pouvons dire que nous ne nous sommes pas retrouvée dans une situation désagréable comme a pu l'être la sociologue lors de cette expérience.

### **Déroulement des entretiens**

En fonction des critères de Beaud et Weber (Beaud et Weber, 2010 :171), nos entretiens se sont déroulés dans différents lieux : chambre, local ou bureau. En effet, nous laissons le choix aux patients, si leur état physique le leur permettait, d'être rencontrés soit dans leur chambre - eux dans leur lit ou sur un fauteuil, nous sur une chaise à leurs côtés - soit dans un petit local à leur disposition au fond du couloir, un local lumineux, vitré sur l'extérieur et sur le couloir et meublé de quelques chaises et d'une table basse. A l'exception des médecins cadres que nous rencontrons dans leur bureau, nous avons réalisé les entretiens avec les professionnels dans ce même local, tout en demandant toujours à l'avance si cette proposition leur convenait. Lors des entretiens avec les professionnels, nous ne portons habituellement pas la blouse blanche.

Nos entretiens ont été enregistrés sur un magnétophone. Selon Beaud et Weber (2010 :181), c'est d'ailleurs la condition *sine qua non* d'un bon entretien approfondi. Nous en avons toujours demandé l'autorisation, et ce non pas uniquement lors de la présentation du formulaire d'information et de consentement mais déjà lors de la demande d'entretien. Le magnétophone était posé sur la table, considérant que « enregistrer ouvertement fait partie intégrante du pacte d'entretien » (Beaud et Weber, 2010 :181). Après un premier entretien où la bonne qualité de l'enregistrement s'est révélée difficile en raison du bruit généré par le contexte de chambre commune (soins et hurlement d'une voisine de chambre), nous avons opté pour l'utilisation supplémentaire de micro-cravate.

Nous avons généralement débuté nos entretiens en demandant à nos interlocuteurs - patients ou professionnels - de nous raconter la *grande visite* que nous venions de vivre. D'une part, Cette question relève d'une part du savoir-vivre en permettant d'entrer en contact avec une

question large, mettant à l'aise nos interlocuteurs et d'autre part de la méthodologie. En effet, les entretiens permettent de « tester nos observations » en demandant à nos « interlocuteurs ce qu'ils ont retenu d'un événement auquel vous assistiez ensemble » (Beaud et Weber, 2010 :126)

Les entretiens, comme les moments d'observation participante, sont eux-aussi soumis aux imprévus. Souvent lors des entretiens avec les patients, la distribution du thé n'avait pas encore eu lieu ou se faisait lors de notre arrivée. Nous profitions alors de ce qui pourrait être lu comme un « contretemps » pour échanger quelques mots avec l'aide soignante et le patient ou simplement aider le patient alité avec sa tasse. Selon nous, ces petits échanges sont précieux et permettaient d'entrer en contact de manière plus personnelle. Aussi, lors d'un entretien, un patient a été sollicité, à son grand étonnement, par un transporteur pour être emmené pour réaliser une radiographie. Nous avons pu négocier quelques minutes avec le transporteur afin de terminer l'entrevue dans de bonnes conditions. Cette situation a également permis de mettre en lumière que le patient n'avait pas saisi la discussion de la *grande visite* du matin. Enfin, plusieurs médecins, quel que soit leur statut, ont reçu des appels téléphoniques professionnels lors des entretiens. Pour nous, il était important de les laisser répondre et d'éteindre le magnétophone afin de ne pas générer de stress ou de gêne supplémentaire.

#### LES ENTRETIENS COMPREHENSIFS EN QUELQUES CHIFFRES

Nous avons réalisé 16 entretiens compréhensifs, entre les mois de mai et de juillet 2014. Nous avons interviewé individuellement 7 patients. Nous avons aussi rencontré 12 professionnels (étudiants en médecine, médecins assistants, chefs de clinique, médecin cadres) lors de 9 entretiens, en majorité en entretiens individuels et plus rarement en groupes de 2 ou 3.

#### Un corpus de données varié

Au vu de ce qui précède et en référence à la typologie de Olivier de Sardan (Olivier de Sardan, 2008 :46-47), nous pouvons considérer que nous avons plusieurs types de données écrites qui constituent notre corpus. Premièrement, les données issues de deux formes de production de données, à savoir de notre « insertion » et de nos « observations ». Chez nous réunies, elles ont pris la forme initiale d'un journal de terrain, très concrètement, un petit carnet de cuir noir qui prend une forme proche du rituel de l'ethnographe. Nous y avons consigné nos observations sur le vif ou *a posteriori*. Après chaque *grande visite*, nous transcrivions plus lisiblement et clairement nos notes brouillonnes sur un fichier informatique. C'est ce que nous retrouvons dans les propos de Olivier de Sardan lorsqu'il affirme que « si les observations et interactions sont produites et consignées de façon délibérée et un tant soit peu systématique, elles se transforment en *données*, compilées et organisées en *corpus* » (Olivier de Sardan, 2008 :49). Deuxièmement, les transcriptions complètes et fidèles des « entretiens », sous forme d'un fichier informatique. Troisièmement, des « sources écrites », que ce soit la littérature dite « savante », la littérature « grise » ou des productions locales, toujours détaillées par Olivier de Sardan (Olivier de Sardan, 2008 :49).. Enfin, nous retenons que les

données produites ne sont en elles-mêmes pas encore un produit scientifique<sup>14</sup>. Lors de l'élaboration de celui-ci - ce présent travail - y prennent généralement la forme d'extraits d'entretiens, de descriptions. Le tableau ci-dessous résume les différentes étapes et statuts de nos sources et précise la manière dont chaque donnée du corpus y apparaît.

*CORPUS DE DONNEES, DE LA PRODUCTION AU PRODUIT SCIENTIFIQUE*

Mode de production de données	Support initial	Données produites		Support final	Produit scientifique	Référencement
Insertion	Carnet	Journal de terrain : Notes prises sur le vif ou écrites juste après.		Fichier de type traitement de texte	- Description - Extrait de dialogues	« Journal de terrain » suivi de la forme de grande visite à laquelle a été soumis le patient <sup>15</sup>
Observation						
Entretien	Magnétophone Notes	Transcriptions complètes et fidèles		Fichier de type traitement de texte	- Extrait d'entretien	Professionnels : Initiales de la catégorie <sup>16</sup> . #MC_00:05:38-0# Patients : sans initiale, mais suivi de la forme de grande visite à laquelle a été soumis le patient
Recherche	-	Source écrite	Littérature savante	Articles et ouvrages scientifiques	- Citation	Nom auteur, année, page
	Internet Ouvrages profanes		Autre	Divers fichiers et ouvrages	- Citation	Nom site internet + adresse

*NB : Les cases blanches correspondent aux sources primaires, qui apparaissent en général en retrait italique. Les cases grises correspondent aux sources secondaires (dites aussi littérature secondaire/savante) qui sont en général citées dans le corps de texte.*

14 Nous pouvons nous référer à l'excellent schéma de Olivier de Sardan, « la production des données » (Olivier de Sardan, 2008 :50)

15 Le référencement exact de l'enquêté se trouve dans la version l'auteur.

16 Le référencement exact de l'enquêté se trouve dans la version de l'auteur. En de rares cas, nous avons supprimé l'identification de la catégorie professionnelle afin de renforcer encore l'anonymat.

### 3.4 L'ETHNOGRAPHE, CET « AUTRE » QUI PEUT DERANGER

La commission d'éthique est à même de définir quels terrains sont (in)accessibles, nous l'avons vu. Mais nous allons voir que d'autres acteurs peuvent également agir dans ce sens mais de manière informelle. L'accès facilité au terrain est souvent discuté dans les textes réflexifs : Pouchelle parle du chirurgien qui l'a introduite comme de son « mentor » (Pouchelle, 2010 :7) ; Beaud et Weber des « alliés », ces « associés qui doivent être analysés comme tels » et à avec qui nous pouvons « bâtir une relation d'enquête solide et à même de produire des résultats intéressants » (Beaud et Weber, 2010 :106) ; Olivier de Sardan, d'un type d'« informateur privilégié » : des « “passeurs“, “médiateurs“ ou des “portiers“, qui ouvrent la voie vers d'autres acteurs-clé ou vers des scènes culturelles difficiles d'accès » (Olivier de Sardan, 2008 :91). A l'inverse, nous l'avons déjà souligné, Darmon (Darmon, 2005) discute un refus de terrain avant même toute soumission à un comité d'éthique. Nous allons nous pencher ici sur une situation particulière, vécue dans les premières semaines *in situ*. Nous verrons en quoi nous pouvons considérer cette expérience comme un refus d'accès à une partie de notre terrain, ou tout du moins, une forme de réélaboration des frontières de celui-ci, sachant que « le terrain, objet et lieu de la recherche, n'existe pas en soi » (Pouchelle, 2010 :6), selon Pouchelle s'appuyant sur Pulman et Fainzang. En effet, « il se fabrique par et dans les interactions du chercheur avec la collectivité étudiée » argumente-t-elle (Pouchelle, 2010 :6). Nous allons chercher à comprendre le(s) sens possible(s) de ce refus.

Tout d'abord, prenons connaissance d'un long extrait de notre journal de terrain<sup>19</sup> qui fait état de deux temps distincts.

*[Nous sommes dans une chambre, en train de réaliser une grande visite IN, auprès d'un patient].  
Une soignante entre avec fracas dans la chambre en s'écriant : « On a une réa à la [numéro de chambre] ! ».  
Il est 10h20. Tout le monde sort alors en courant. Le médecin superviseur reste dans le couloir. Il vient dire que « quand c'est comme ça, tout [les grandes visites] s'arrête ». Le médecin superviseur reste un moment vers la réanimation puis dit qu'il reviendra pour la suite des grandes visites. La femme a l'air paniquée. Je verrai plus tard sur son badge qu'elle est aide soignante.  
10h37, le médecin superviseur revient. Il dira deux fois « je pense que c'est compromis ».  
Dans le couloir vers l'ordinateur, le médecin assistant fait le point avec le médecin superviseur à propos du patient réanimé.  
Le médecin superviseur encourage les « jeunes » [à savoir les étudiants] à aller faire le massage. Un des trois étudiant y va seul en premier. Les deux autres suivent.  
A 11h13, le patient décède. Tout le monde remballa le matériel et retourne à ses tâches quotidiennes.  
La suite de la grande visite est annulée.*

*[...] En repartant vers l'ascenseur aux alentours de midi, je croise un infirmier cadre qui m'avait semblé s'interroger à propos de ma présence lors de la réanimation.  
Je lui adresse donc la parole : « vous aviez l'air de vous interroger sur ma présence ».  
Il me dit que « oui ».  
Je lui explique ce que je fais.*

---

<sup>19</sup> Cet extrait a été logiquement rédigé peu après ces interactions et non sur le moment-même, contrairement à la majorité de nos observations.

*Il me demande « mais c'est quoi le lien avec la situation du patient [qui est décédé]? ». Il me dit qu'il y avait déjà tellement de monde sur place, que pour la « dignité du patient » j'aurai « dû ne pas rester là à regarder », que « c'est quelque chose à penser », qu'il est déjà venue dire deux fois à ses étudiantes de partir et que maintenant elles vont demander pourquoi je suis restée. Il me dit que « [nom du médecin superviseur] a fait de même avec ses étudiants », ce que je n'ai pas perçu comme tel, bien au contraire.*

*Par souci de bonne collaboration, je lui explique qu'en effet, je viens de commencer, que je ne peux donc pas maîtriser les codes et que j'entends bien ce qui l'a dérangé. Mais que je n'ai pas du tout eu l'intention de regarder ni la scène, ni le patient par voyeurisme mais que j'ai vraiment observé les interactions entre les professionnels.*

*Il me dit que « quand on est jeune », au contraire d'elle « qui a de l'expérience », ce sont des choses à réfléchir un peu.*

*Je lui dis que je réfléchirai à tout cela.*

*Journal de terrain*

A la lecture de cette expérience, nous saisissons deux aspects importants : la représentation de la discipline anthropologique, plus précisément du terrain ethnographique et de ses limites ainsi qu'une dimension qui relève de l'éthique, du respect de la « dignité du patient ». Nous intéressés aux questions d'interprofession, nous ne discuterons que le premier point dans ce rapport.

Nous pouvons dire que notre présence a étonné, surpris, voire même dérangé. Cela nous renvoie aux propos de Pouchelle, qui effectue son terrain en salle d'opération. « Le bloc, évidemment, en apparence, l'ethnologue n'avait rien à y faire, et certains des “naturels” devaient ensuite s'étonner que je puisse même y observer quoi que ce soit » (Pouchelle, 2010 :7) nous dit-elle. Ainsi, nous pouvons dire que la légitimité de la présence de l'ethnologue n'est pas assurée d'office. Si nous revenons à notre terrain, notre présence ne relèverait pas du « normal » pour l'infirmier cadre. En d'autres termes, nous ne faisons pas partie de son environnement habituel. Nous sommes extérieure aux acteurs autorisés ; des acteurs tellement autorisés qu'ils en deviennent « naturels », nous renvoyant au statut de l'Autre. La littérature secondaire nous offre quelques pistes de lectures autour de cet étonnement, de cette incompréhension et de ces craintes que révèle notre extrait de journal de terrain.

Tout d'abord, lorsque Pouchelle nous dit l'étonnement des professionnels du bloc à ce que l'ethnologue puisse y trouver quelque chose [d'intéressant] à observer, nous comprenons que la discipline anthropologique - ses méthodes et son champ - n'apparaissent pas clairement pour les soignants. Dans notre cas, cela se manifeste par un questionnement sur le lien entre les *grandes visites* et la situation de ce patient, situation d'urgence vitale, qui les a interrompues. Sarradon-Eck nous dit à ce propos que « [...] la rencontre avec une éthique professionnelle (biomédicale) forte peut être source d'enjeux de pouvoir, mais aussi d'incompréhension réciproque. Celles-ci naissent d'une méconnaissance de la discipline par le corps médical, mais aussi d'une rencontre entre deux épistémologies » (Sarradon-Eck, 2008 :15). Nous verrons plus bas comment permettre la rencontre et la (re)connaissance réciproques des disciplines. Dans le cas de notre expérience, l'incompréhension se manifeste autour des frontières de notre terrain : pourquoi s'intéresser à une situation *a priori* hors du

cadre des *grandes visites* ? Il semble dès lors intéressant de revenir sur l'observation participante et son travail d'immersion. Comme l'expliquent Laprise et Loignon, l'immersion, ce "travail d'exploration qui se fait par le biais de la participation de l'ethnographe à des activités quotidiennes du groupe étudié" (Laprise et Loignon, 2013 :1) permet de "tisser liens avec ses acteurs et d'apprendre par l'«intérieur» d'un groupe son fonctionnement, sa logique et ses valeurs". Toutefois, elles nous disent bien qu'il apparaît impossible de gagner la confiance du groupe en peu de temps (Laprise et Loignon, 2013 :1). Dès lors, nous comprenons que si notre présence nous a paru légitime en raison de la pertinence des observations possibles en regard de notre problématique de recherche, la confiance nécessaire n'a pas pu être gagnée selon nous pour diverses raisons. Premièrement en raison d'une immersion peu comprise (et donc mal introduite) dans sa forme et ses objectifs par certains soignants, provoquant alors chez eux des réactions. Deuxièmement, l'immersion est à ce moment-là encore très récente. Troisièmement, celle-ci est certainement trop dirigée vers le corps médical et peu vers le corps infirmier.

Ensuite, nous pouvons questionner le consentement des professionnels du terrain. En effet, nous l'avons vu plus haut, nous avons obtenu l'accord de la Commission d'éthique. Toutefois, nous pouvons noter que les professionnels *in situ* n'ont pas été sollicités dans cette prise de décision, hormis le chef de service et un chef de clinique, tous deux requérants de notre recherche. Sarradon-Eck nous dit d'ailleurs à propos d'études réalisées en France, qu'« il est peu probable qu'ils aient tous individuellement donné leur accord à l'ethnographe introduit par le chef de service ou à la surveillante, ce qui, dans l'institution hospitalière caractérisée par sa hiérarchie pyramidale, revient à imposer la présence du chercheur » (Sarradon-Eck, 2008 :4). Dès lors, nous comprenons qu'une présence autorisée par une commission d'éthique, un chef de service ou encore un « allié » n'est pas *de facto* synonyme de consentement tacite des différents acteurs de notre terrain. Au contraire, elle peut déranger. Dans notre cas, deux dimensions semblent évoquées dans le discours de notre interlocutrice. D'une part, nous saisissons l'argument du non-respect de la dignité du patient. D'autre part, notre présence semble provoquer chez cet infirmier cadre une difficulté à justifier le fait qu'il ait demandé à ses propres étudiants de continuer leur travail quotidien. Avec ce deuxième argument, nous comprenons que dans ses représentations, nous n'étions certainement pas en train de « travailler ». Cela rejoint nos précédentes réflexions sur la difficile délimitation du terrain pour les uns et les autres. Comme le relève d'ailleurs Pouchelle, aux yeux des observés, « le chercheur ne travaille manifestement pas lorsqu'elle prend part aux bavardages dans les couloirs, qu'elle a le nez en l'air, qu'elle ne note rien, qu'elle n'a ni guide d'entretien, ni questionnaire, ni même bien souvent de carnet, et encore moins d'objectif clairement défini » (Pouchelle, 2010 :12). Et cela ne devrait pas nous surprendre. En effet, selon l'anthropologue Hoarau, les « méthodes anthropologique et d'analyse des données récoltées [se révèlent] difficile[s] parfois à appréhender pour les soignants et les soignés » (Hoarau, 2000 :1). Dans notre cas, notre observation participante n'a très certainement pas été comprise comme telle. Pour l'infirmier cadre, je ne faisais que « rester là à regarder ». Considérant que « plus vous détonnez dans le milieu enquêté, plus il est facile aux enquêtés d'avoir une idée claire de ce que vous faites là » (Beaud et Weber, 2010 : 83), comment alors « détonner » sans heurter ?

La suite de notre réflexion nous apportera un début de réponse car il nous apparaissait en effet peu opportun de continuer à prendre des notes – activité qui nous signalerait aux yeux des Autres en effet comme « ethnographe » - dans ce moment particulier de réanimation.

Enfin, la littérature secondaire nous offre une dernière piste de lecture. Hoarau nous dit que "directement confrontés à l'observation, soignants et soignés sont parfois soupçonneux (comme toute personne observée)" (Hoarau, 2000 :2). Nous comprenons qu'une situation d'observation peut générer certaines appréhensions. Une situation particulière semble même faire écho à notre introduction sur le terrain : « le chercheur serait un espion à la solde du chef de service, de la direction » (Hoarau, 2000 :2), nous dit ainsi la chercheuse. En effet, nous ne devons pas oublier que nous sommes sur le terrain non pas de notre propre initiative mais bien à la demande même d'un chef de clinique, demande soutenue par le chef de Département. Tout comme le dit Fortin, « l'hôpital demande aussi à être apprivoisé et chaque ethnographie renvoie, en cela, à une histoire particulière » (Fortin, 2013 :179). Le mandat, la demande, prennent part à cette histoire particulière, nous ne devons pas l'oublier. Hoarau nous donne une piste pour permettre aux Autres - professionnels de l'hôpital - de dépasser leurs craintes, une manière selon nous d'« apprivoiser » l'environnement. Selon elle, en effet, « tout dépend de la manière dont le chercheur a été présenté aux équipes de soins: à lui d'explicitier le comment et le pourquoi de sa venue afin de devenir un "étranger sympathisant" » (Hoarau, 2000 :2). Avec le recul, nous pouvons dire que si avoir été introduite *in situ* par un chef de clinique a certainement permis un accès officiellement facilité au terrain, cela n'a peut-être pas aidé à devenir cette étrangère sympathisante aux yeux de tous. Toujours à propos des peurs engendrées chez les professionnels, au-delà d'y voir une évaluation du travail, Sarradon-Eck nous dit qu'« on peut aussi interpréter ce refus de regard extérieur comme une stratégie d'évitement des analyses critiques de la relation médecin-malade dénonçant son asymétrie et le paternalisme médical, voire les abus de pouvoir. En d'autres termes, c'est s'opposer à la participation de l'anthropologie de la santé au "désenchantement" de la relation médecins-malades » (Sarradon-Eck, 2008 : 13-14). Ici, bien-entendu, il s'agirait d'élargir cette dimension à la relation soignant-malade.

Pour résumer notre réflexion, nous pouvons dire que cette expérience montre à quel point les frontières perçues de notre travail - son terrain et son épistémologie - sont plastiques et fragiles. Plastiques car elles ne sont assurément pas perçues par toutes et tous - soignants, cadres, patients, anthropologues – de la même manière. Fragiles car elles sont en constantes renégociations avec ces différents acteurs. Nous pouvons ainsi retenir que si « un des moteurs de l'enquête sera votre repérage, votre identification » (Beaud et Weber, 2010: 92), notre expérience nous montre que nous devons alors comprendre cette identification non pas seulement comme une identification visuelle (badge, carnet de notes ou autre objet ou activité typiquement attribués à l'ethnographe) et spontanée mais bien résultant d'une présentation de notre travail, de sa démarche et de ses finalités, par nous et/ou nos « portiers ». Une identification qui serait synonyme de reconnaissance de et par l'Autre et qui répondrait alors aux objectifs et compétences visées.

### 3.5 EN CONCLUSION : UN TERRAIN AUX FRONTIERES MOUVANTES

Que ce soit la rédaction d'un protocole, la question du port de la blouse ou encore une présence parfois dérangeante, ces différents exemples montrent en quoi la délimitation de notre « terrain » n'est pas la même pour tous. La commission d'éthique la souhaite clairement délimitée dans le temps et l'espace, certains l'appréhendent en lien avec le port d'une blouse, d'autres encore avec le moment des *grandes visites* et nous, ethnographe, nous le comprenons comme ouvert et mouvant, jamais fixé ni dans le temps ni dans l'espace.

La question de la délimitation du terrain touche selon nous à notre rôle d'ethnographe, ce qui est attendu de nous, ce que les Autres, acteurs de notre terrain, projettent sur nous. Si les discussions *a priori* informelles, les mots échangés dans un ascenseur ou dans un couloir ne sont pas soumis aux règles liées au protocole, ils relèvent néanmoins de la sensibilité ethnographique. Elles permettent d'atteindre des dimensions insoupçonnées, les détails, les discours et pratiques de chacun. En d'autres termes, l'insoupçonné. Il convient d'appréhender ces sources que nous considérons comme anthropologiquement légitimes en mesurant que pour nos interlocuteurs il n'en est peut-être pas de même. En effet, si ces sources permettent d'approcher des dimensions nouvelles ou des paroles exclusives, nous devons aussi veiller à les utiliser avec bienveillance. Un lien de confiance est établi, nous devons le respecter. L'anonymat est une clé de ce respect, certainement.

## 4. LES GRANDES VISITES DANS UN SERVICE DE MEDECINE INTERNE : MISE EN CONTEXE

**L'hôpital est « une organisation comme une autre » en ce sens que « la vie et le travail se fait au rythme des luttes de pouvoir, des contrats tacites, des rivalités entre corporations ou à l'intérieur même des professions », nous dit Saint-Marc (Saint-Marc, 2012 :195). Ce chapitre présente et questionne cette dimension de l'organisation médicale.**

#### 4.1 LE SERVICE DE MEDECINE INTERNE COMME ORGANISATION

De par l'immersion du chercheur sur le terrain, l'anthropologie le « place d'emblée [...] au-delà de toute vision simplificatrice, formelle et institutionnelle de la réalité » (Kilani, 2009 :42). Si nous faisons le choix de présenter ici le service qui nous accueille, le contexte socio-historique de l'intérêt porté aux grandes visites, les choix qui leur sont inhérents et les catégories professionnelles institutionnelles, c'est dans le but de pouvoir les discuter dans un second temps et faire émerger - par les logiques qui constituent les pratiques, interactions et discours - les réélaborations des catégories professionnelles. Ainsi, ces repères contextuels nous semblent nécessaires à la compréhension des enjeux cliniques et pédagogiques que nous développerons par la suite.

Méthodologiquement, nous considérons l'hôpital mais aussi le service de médecine interne qui nous accueille comme le niveau méso sociétal. Tout au long de notre analyse, nous verrons quelles logiques prennent part au fonctionnement, à l'« organisation » du service<sup>20</sup>. Le service, qui propose un peu moins de 190 lits, est divisé en différentes unités, aux finalités diverses. Nos observations participantes se sont déroulées dans une des six unités de soins aigus. Spatialement, chaque unité correspond à un « couloir ».

Selon son site internet, les trois mots clés du service sont « Relation », « Relève » et « Recherche », plus précisément :

*RELATION: importance de l'empathie et de la communication*

*RELEVE: offrir une formation exigeante et identifier la nouvelle relève médicale et académique*

*RECHERCHE: contribuer à la compréhension et à la prévention des pathologies courantes en médecine interne*

*([http://www.chuv.ch/medecine-interne/mia\\_home/mia-en-bref.htm](http://www.chuv.ch/medecine-interne/mia_home/mia-en-bref.htm))*

Ces mots-clés donnent à voir les domaines de travail du service, à savoir la clinique, avec un accent fort sur la relation au patient, la formation avec un intérêt pour la pédagogie et enfin la recherche. Ainsi, l'intérêt pour les *grandes visites* qui se traduit par des recherches apparaît clairement au cœur de ces trois dimensions, les *grandes visites* répondant tant de la clinique que de la pédagogie.

---

<sup>20</sup> Le tableau en annexe 3 « Le service de médecine interne présente son organisation, ses activités et les pathologies traitées » donne des informations plus précises.

## 4.2 CONTEXTE SOCIO-HISTORIQUE LOCAL DES GRANDES VISITES

« Si l'espace est la matière de l'anthropologie, c'est un espace historique, et si le temps est la matière première de l'histoire, c'est un temps localisé et, en ce sens, anthropologique » nous dit Augé (Augé, 1998 :14). En d'autres termes, chaque terrain est historique et chaque histoire est terrain. Dès lors, nous comprenons en quoi il est pertinent pour l'anthropologue de s'intéresser au contexte historique de son terrain. Cette partie de notre travail qui expose le contexte historique des *grandes visites* dans le service de médecine interne repose sur un type particulier de sources primaires - nos entretiens – au croisement de l'ethnographie et de l'histoire orale<sup>21</sup>. A propos de ce type de sources, l'historienne Florence Descamps dit lors d'une entrevue qu'« on utilise aussi le terme de “témoignages oraux”, qui gomme la dimension patrimoniale mais met l'accent sur l'implication du sujet parlant et sur son discours subjectif. Dans tous les cas, c'est l'historien en dernier ressort qui, par sa réflexion, constitue ses différents matériaux, écrits ou oraux, en sources, à partir desquelles il construit une connaissance du passé » (Müller, 2006 :97). Ce positionnement théorique d'un sujet impliqué nous semble cohérent avec notre perspective interactionniste d'un sujet acteur. De plus, l'intérêt pour le discours subjectif du sujet rejoint selon nous celui de l'expérience subjective de Good. Notons bien que dans une perspective historique également, les « témoignages oraux » ne sont pas à considérer comme de la littérature secondaire mais bien à saisir comme des discours, à analyser comme n'importe quelle autre source primaire. Aussi, l'histoire orale a comme ambition « [...] de donner une place à une histoire des dominés » affirme Florence Descamp (Müller, 2006 :97). Si l'histoire orale se revendique alors d'une histoire d'en-bas, nous verrons que ce sont les médecins les plus expérimentés et hiérarchiquement les plus hauts qui évoquent le plus – notamment en raison de leur plus longue présence dans le service - la dimension des réélaborations du déroulement des *grandes visites*. Toutefois, l'histoire « d'en-bas » pourra être mobilisée lors de l'analyse en nous attachant à comprendre les logiques et les mécanismes des plus jeunes médecins et des patients.

### Les *grandes visites* d'aujourd'hui ne sont plus celles d'hier: quels changements ?

Lors de nos entretiens avec les médecins les moins expérimentés, la « loi du service » a été évoquée à propos du déroulement des *grandes visites*, plus particulièrement de la forme IN. Mais ce sont les médecins cadres qui ont particulièrement explicité ce qui apparaît pour certains comme une « imposition ». Afin de saisir pourquoi la forme de *grande visite* IN est comprise par ceux-ci comme la forme à adopter de préférence dans le service, nous allons

---

21 Toutefois, considérant que « nous [chercheurs en histoire orale] ne pouvons guère raisonner à partir d'un seul entretien, mais plutôt à partir d'un ensemble de témoignages construits de manière rigoureuse, qui sera mis à son tour en interrelation avec des documents écrits, voire avec des données d'un autre type, objets, documents photographiques, sources audiovisuelles, presse, etc. Il y a là quelque chose d'essentiel: l'historien construit ses sources en réseau, d'emblée et de façon volontairement contradictoire, puisque l'administration de la preuve en histoire résulte de la critique interne et externe des documents, ainsi que du croisement des sources, chaque source devant être si possible indépendante les unes des autres » (Müller, 2006 : 99), nous ne pouvons prétendre que notre travail répond aux critères scientifiques de la discipline historique .

chercher à comprendre comment, d'un point de vue historique, les *grandes visites* ont été réélaborées dans leur déroulement. Nous entendons par déroulement leur durée, le nombre de patients vus et la forme IN ou OUT. Tout d'abord, penchons nous sur la durée et le nombre de patients vus lors de ces *grandes visites*

Les entretiens avec les médecins cadres expriment que les *grandes visites* d'il y a une dizaine, voire une vingtaine d'années duraient plus longtemps que l'heure et demie actuelle, c'est-à-dire la matinée complète. Au lieu des deux, parfois trois ou quatre patients actuellement vus, l'équipe visitait tous les patients du couloir, à savoir une vingtaine. Notons que si aujourd'hui, une chambre de divisions communes accueille quatre ou cinq patients, ces derniers étaient auparavant une dizaine à s'y côtoyer. Un cadre évoque la présence de l'« infirmière » à l'époque. Il dit aussi le côté systématique du déroulement, avec un passage de lit en lit, sans se poser de question. Les témoignages des médecins cadres rendent compte de la fatigue générée et du peu de concentration que cela amenait. Un médecin cadre, alors « jeune médecin », y voyait plus qu'une « vraie discussion » un « exercice de style », une « évaluation ».

Le chef du service affine l'origine du choix du service - mais dont il s'attribue l'initiative - de voir moins de patient par *grande visite*. Il situe le changement à une dizaine d'années. L'objectif des *grandes visites* n'est alors plus de « résoudre tous les problèmes de l'unité » mais prend une dimension pédagogique en ciblant et s'arrêtant en détails et dans sa complexité sur une histoire. A nouveau, il exprime le souhait de « ne pas épuiser les gens ». Aussi, si le choix lui revient, il en donne une lecture complémentaire. Selon lui, si le choix est top down, il le situe dans un « processus de maturation », autrement dit une démarche réflexive. Ainsi, nous comprenons que si le nombre de patients vus est en partie lié à la durée totale de la *grande visite*, il dépend surtout de l'objectif général des *grandes visites*, remis alors historiquement en question. Néanmoins, des réticences à la posture actuelle semblent présentes chez certains médecins cadres :

« [...] Maintenant on est passé peut-être un peu opposé où voilà, il y a une sélection de 2 PA, on prend probablement même trop de temps sur ces deux patients [...] Voilà, c'est deux époques et deux extrêmes parfois il y a en tout cas de ma part la tentative de faire qqch d'intermédiaire où on sélectionne plutôt six ou sept PA et on essaie de les voir de façon plus pratique et focalisée [...] »  
#MC\_00:09:08-7#

Avec cet extrait, nous comprenons que des formes de résistances à propos du choix du nombre de patients sont présentes à l'intérieur du groupe des médecins cadres. Nous verrons dans le sous-chapitre suivant « Le déroulement actuel des *grandes visites* : lieu de nombreux choix » comment elles prennent place en pratique.

Malgré tout, une constante semble présente, à savoir une logique top down « pouss[ant] pour faire des *grandes visites* au lit du patient » selon les mots d'un médecin cadre. Selon les médecins cadres et à regret, un glissement plus récent vers la forme OUT est en place. Ils en donnent deux raisons. D'une part, il s'agit de la multiplication des informations, telles les données laboratoires et d'autre part « l'informatisation », autrement dit, l'apparition du

dossier patient informatisé. D'ailleurs, notre terrain montre que ces deux dimensions sont étroitement liées. Nous aurons l'occasion de revenir plus en détail sur leur croisement dans la suite de notre analyse. Le médecin cadre qui insiste particulièrement sur l'apparition du dossier informatisé voit encore deux autres raisons à l'émergence des *grandes visites* se déroulant dans le couloir. Selon lui, les « infirmières » et les médecins les moins expérimentés auraient une préférence pour les visites selon la forme OUT non seulement pour des questions de confort, à savoir une moins grande gêne et une plus grande facilité de recours au dossier patient informatisé mais mobiliseraient aussi des arguments qui relèvent du respect de la confidentialité. Ces différents éléments seront repris plus en détail dans notre analyse. Mais, nous retenons ici que pour un médecin cadre, le glissement dans le couloir serait un mouvement instauré par les infirmiers et les « jeunes médecins ». A l'instauration top down des *grandes visites* au lit du patient mise à jour plus haut, et qui prend place dans un « processus de maturation » sur le long terme, fait d'expériences renouvelées, se substituerait alors un mouvement bottom up d'instauration des *grandes visites* dans le couloir.

Ainsi, nous pouvons dire que les *grandes visites* ont connu une adaptation de leur déroulement ; elles ont dû assurer localement les défis liés en partie à des changements globaux. Premièrement en terme de temps alloué, d'une matinée à une heure et demie. Deuxièmement, en terme de patients suivis, de tous les patients du service à deux patients avec des alternatives intermédiaires. Troisièmement, en ouverture à des dimensions multiples qui ne relèveraient plus seulement de l'évaluation du médecin assistant par le cadre. Quatrièmement, en terme de soignants présents, diversité qui semble petit à petit se réduire au seul corps médical. Cinquièmement, en terme de forme des *grandes visites*, avec un glissement vers des visites dans le couloir. Aussi, nous comprenons que plusieurs points de vue se rencontrent ici, autour des préférences organisationnelles. Des points de vue différents à l'intérieur d'un groupe de pairs, celui des médecins cadre, ou d'un corps professionnel, en lien avec l'expérience. Des divergences intra ou inter professionnelles que Saint-Marc relevaient dans sa compréhension de l'hôpital en tant qu'organisation (Saint-Marc, 2012 :195) et soulignées en ouverture de ce chapitre.

### Les raisons d'un intérêt récent pour la thématique des *grandes visites*

Ces plasticités organisationnelles mises en lumière, nous allons pouvoir nous intéresser aux raisons de l'intérêt porté par certains professionnels du service pour la question des *grandes visites*. Depuis quand le déroulement des *grandes visites* interroge ? Comment l'expliquer ?

« C'est-à-dire que il y a 15 ans, la question ne se posait pas. Elle [la grande visite] était toujours à l'intérieur [...]»#MC\_00:08:28-8#

« Il faut savoir qu'avant, c'était jusqu'il y a 3 ou 4 ans, les visites se faisaient systématiquement au lit du PA » #MC\_00:11:14-6#

Cet intérêt pour le déroulement des *grandes visites* semble récent. Toutefois, aujourd'hui encore, « la visite médicale attire peu l'attention des chercheurs » (Gachoud *et al.*, 2013 :1), autrement dit, l'intérêt scientifique à une échelle globale semble minime. Si la question ne semblait pas se poser il y a quinze ans, voire même encore cinq ans, la situation actuelle est

différente. Nous l'avons vu, le dossier informatisé, entre autres, a produit une réélaboration des pratiques. Et celles-ci ne semblent plus convenir aux médecins cadres interrogés. Ce médecin cadre exprime cela plus en détails :

*« Je réfléchissais parce que je souffre beaucoup [incomp], je pense que euh, pendant des décennies on a appris à faire une façon de visites comme je l'ai décrit, qui se fait encore en périphérie mais qui est une méthode qui, un peu partout dans le monde, on commence à se questionner "mais ça sert à quoi de faire la visite comme ça, de voir un PA toutes les 2mn, où on arrive à rien faire?" Et alors, je dirais que voilà, d'une part, on sait que l'ancienne méthode qu'on a connue, elle est pas tellement efficace mais on est un peu en crise, on sait pas qu'est-ce que serait la bonne alternative. Alors, l'avantage, l'avantage, c'est que on peut l'utiliser comme vraiment de l'enseignement et ça veut dire qu'on peut enseigner le raisonnement clinique [...] #MC\_00:25:20-6#*

Pour lui, la situation actuelle n'est pas satisfaisante. Avec ce témoignage, nous comprenons que ce questionnement ne se cantonne pas à l'échelle locale mais est bel et bien présent à une échelle plus globale. Aussi, cette souffrance évoquée est certainement à comprendre en raison des craintes associées :

*« L'autre chose, c'est de dire, une fois que t'as tout fait, que t'as regardé le labo, que t'as déjà tout décidé, que t'as modifié les médicaments, bin, qu'est-ce que tu vas faire chez le patient? Si t'as déjà tout décidé? Tu dis "bonjour", "au revoir!" et pis voilà. Ça devient un peu pénible de faire une visite comme ça. Voilà, ça c'est une dérive la télé-médecine que nous on veut pas, c'est pas comme ça que les médecins doivent travailler [...] » #MC\_00:11:14-6#*

La crainte d'un glissement vers la télé-médecine, notamment par la généralisation des *grandes visites* OUT, est alors évoquée par ce médecin cadre. D'une part, la télé-médecine ne permet pas la pratique de la clinique selon lui. D'autre part, il évoque encore un autre aspect qui serait à craindre avec ce déplacement hors de la chambre :

*[...] on est un centre de formation, on doit former des médecins qui après seront installés, qui vont travailler de façon indépendante, on doit leur enseigner la médecine et comment se rapprocher du patient, pas la télé-médecine et comment approcher un dossier informatisé. #MC\_00:11:14-6#*

Nous saisissons ici le rôle de modèle clinique, de la « bonne clinique », d'une clinique en lien avec le patient, que souhaite tenir ce médecin cadre expérimenté. Nous relevons ainsi la dimension pédagogique des *grandes visites*. D'ailleurs, dans son acception contemporaine, la « clinique » signifie « méthode qui consiste à faire un diagnostic par l'observation directe des malades. Enseignement médical qu'un patron donne à ses élèves au chevet des malades » (Le Petit Robert, 2015). Dès lors, c'est avec le bouleversement des pratiques cliniques, un bouleversement produit non seulement par l'arrivée de l'informatique et plus précisément du dossier patient informatisé que les enjeux des *grandes visites* se trouvent questionnés.

#### 4.3 LE DEROULEMENT ACTUEL DES GRANDES VISITES : LIEU DE NOMBREUX CHOIX

Avant tout, il nous paraît important de relever deux points de l'annexe 3 présentant le service, à savoir d'une part la mission de prise en charge des patients « souffrant de pathologies multiples (co-morbidités), dont le diagnostic et la stratégie thérapeutique sont souvent complexes » et d'autre part que les patients sont « souvent des personnes âgées ».

## Choix des patients : nombre et critères

Nous avons précédemment mis en lumière une différence de préférence à l'intérieur du groupe des médecins cadres à propos du nombre de patients à voir par *grande visite*. En quoi ces préférences semblent-elles influencer le déroulement général des *grandes visites* ? Comment le choix s'effectue-t-il ? Nous avons pu observer que lors de la supervision par deux médecins cadres, la majorité des *grandes visites* comportaient très généralement deux patients, plus précisément un patient présenté par chaque médecin assistant, parfois par un des étudiant. Lors de la supervision par un troisième médecin cadre, le nombre de patients par round s'est avéré plus varié : deux, trois ou quatre. Cette différence est par ailleurs aussi relevée lors des entretiens avec les plus jeunes médecins. Selon un médecin cadre, cette décision appartiendrait au chef de clinique responsable de l'unité, « libre de choisir le nombre de patients ». Toutefois, si nous observons finement l'ensemble des *grandes visites*, nous constatons que le nombre de patients vus par matinée de *grande visite* change clairement lors du tournus des médecins cadres alors que le reste de l'équipe reste, elle, inchangée. Dès lors, nous pouvons plutôt penser que le nombre de patients vus par matinée semble lié au médecin cadre.

Quant aux logiques relatives au nombre de patients vus, quelques pistes explicatives sont données en entretien. Pour un médecin cadre, varier le nombre de patients est un moyen d'exercer l'adaptabilité des médecins en formation. Nous saisissons ici une visée pédagogique. Un de ses pairs qui, lui, attribue aux médecins cadres la décision du nombre, affine cette piste explicative :

*« Euh, personnellement j'essaie un peu un équilibre entre une visite uniquement d'enseignement où les gens me proposent un cas intéressant puis on va réfléchir ensemble et c'est ce type de visite permet en 1heure et demi de voir au maximum 1 à 2 personnes. [parle d'un mode intermédiaire]. De temps en temps, moi j'aime bien avoir une visite où moi j'ai la possibilité de connaître les patients qui sont hospitalisés et pour se faire il faut s'organiser différemment donc moi je vais annoncer s'il n'y a pas de cas particuliers à discuter, merci de me montrer euh 4- 5-6 ou 7 PA et euh, je l'annonce le jour d'avant pour que l'assistant aussi puisse se préparer [...]. C'est un type de visite qui ressemble beaucoup plus à ce qu'on fait en périphérie, dans les hôpitaux euh régionaux [...]» #MC\_00:03:03-8#*

Nous pouvons ainsi dire que derrière le choix du nombre de patients vu par round de *grande visite* se cache une réflexion qui relève de la pédagogie et du soin. En effet, les rounds de *grandes visites* avec deux patients relèveraient plutôt de l'enseignement alors que les rounds de *grandes visites* avec plus de deux patients relèveraient eux plutôt du soin. Nous précisons « plus » car la pratique montre que ces deux dimensions sont fortement imbriquées.

Nous pouvons dès lors interroger le processus de choix des patients vus en *grandes visites*. Comment se fait-il ? Selon quel(s) critère(s) ? Par quel(s) professionnel(s) ? Ce médecin cadre nous parle de la manière dont a été fait le choix pour la *grande visite* de la veille :

*« Donc le choix est toujours fait en l'absence du médecin cadre.... [...] par le chef de clinique qui s'occupe du service ». #MC\_00:02:36-8#*

Ce que confirment les propos des différents groupes de pairs du corps médical. Cette fois-ci, ceux-ci semblent s'accorder sur le fait que le choix des patients est effectué par le chef de

clinique, mais en concertation avec les médecins assistants. Pour un médecin cadre, les chefs de clinique choisiraient en fonction de deux critères particuliers. Premièrement, ils choisiraient des cas rares et deuxièmement des cas qui leur permettrait de faire bonne impression. Ce deuxième critère nous rappelle cette volonté de certains chefs de clinique et des médecins assistants de « donner à voir ». De ce point de vue, le chef de clinique devient un « supervisé ». Ce chef de clinique semble aller en partie dans ce sens :

*« Soit je choisis un cas bêtement intéressant, euh, parce que des fois, j'ai pas de question mais le cas est très intéressant pis je me dis que ça plaira au chef pis que les autres puissent en profiter [...]#CDC\_00:08:02-2# »*

Toutefois, s'il dit bien que le choix se fait parfois en fonction de ce qui plaira au chef, autrement dit « faire bonne impression », il ne dit pas que cela passe par un choix d'un patient qu'il maîtrise. Au contraire, si nous notons un autre de ses critères de choix :

*« [...] un cas un peu complexe où j'ai moi-même des questions pour le Grand Chef parce que comme ça, c'est fait [...] » #CDC\_00:08:02-2# »*

Dès lors, il paraît intéressant d'interroger critères de choix des patients, selon les différents acteurs concernés. Une analyse fine et systématique des entretiens et des observations permet de faire émerger dans un premier temps les critères de choix des patients. Dans un second temps, nous pouvons mettre à jour les dimensions concernées, que ce soit la dimension de formation (ou « teaching ») ou la dimension de soin, voire encore une dimension qui relève selon nous de la stratégie professionnelle. Pour la dimension de formation, nous avons défini trois domaines : les savoirs, les savoir-faire et les savoir-être. Nous présentons dans le tableau ci-dessous les dimensions et objectifs des *grandes visites* sous forme synthétique. Nous notons qu'il s'agit bien des critères et des objectifs tels qu'ils sont perçus par les professionnels, selon nos observations et entretiens.

**OBJECTIFS DES GRANDES VISITES EN FONCTION DU CHOIX DES PATIENTS**

DIMENSIONS	STATUTS PROFESSIONNELS	OBJECTIFS des <i>grandes visites</i> en fonction du choix des patients	COMPETENCE
FORMATION Savoirs	Etudiants	- Partager des savoirs avec l'ensemble de l'équipe - Prendre connaissance / transmettre de cas complexes	Exercer le raisonnement clinique afin de résoudre des cas plus problématiques <sup>23</sup>
	Médecins assistants	- Approcher des pathologies rares - Approcher des cas « typiques », des livres ; - Approcher des cas simples sans comorbidité - Partager des savoirs avec l'ensemble de l'équipe	
	Chefs de clinique	- Présenter un cas intéressant - Partage des savoirs à l'ensemble de l'équipe	
	Médecins cadre	- Transmettre /prendre connaissance de cas typiques - Transmettre /prendre connaissance de cas rares - Transmettre /prendre connaissance d'un cas particulier mais d'une maladie fréquente - Transmettre /prendre connaissance une histoire globalement intéressante	
FORMATION Savoir-être	Etudiants	X	
	Médecins assistants	- Approcher une attitude relationnelle « exemplaire » avec le patient	
	Chefs de clinique	X	
	Médecins cadre	X	
FORMATION Savoir-faire	Etudiants	X	
	Médecins assistants	X	
	Chefs de clinique	- (Faire) Résumer et clarifier un cas connu sur le long terme. - Présenter et faire participer les étudiants à une auscultation intéressante.	
	Médecins cadre	X	
SOIN	Etudiants	- Résoudre des doutes, quant à une prise en charge - Prendre des décisions de soin avec l'aide de médecins plus expérimentés. - Prendre des décisions de soin à l'aide de quelque un de « nouveau »	
	Médecins assistants	- Faire participer un médecin cadre à la prise en charge du patient lors des situations difficiles : expérience	
	Chefs de clinique	- Partager une discussion/décision éthique avec l'ensemble des soignants, d'un point de vue multidisciplinaire	
	Médecins cadre	- Faire participer un médecin cadre à la prise en charge du patient lors des situations difficiles : expérience - Faire participer un médecin cadre à la prise en charge du patient lors des situations difficiles : le cadre comme argument d'autorité vis-à-vis du patient - Résoudre des doutes, quant à une prise en charge - Interagir avec le patient, lui poser des questions.	
STRATEGIE PROFESSIONNELLE	Etudiants	X	
	Médecins assistants	X	
	Chefs de clinique	- Présenter un cas qui intéressera le médecin cadre	
	Médecins cadre	X	

23 Nous notons toutefois que cette compétence n'a pas été mentionnée par les médecins assistants, ni pas les chefs de clinique.

Ainsi, nous constatons que les critères de choix des patients se polarisent autour de la dimension de la formation – et plus précisément dans le domaine des savoirs – et de la dimension de soin. Aussi, nous remarquons que le fait d'« exercer le raisonnement clinique afin de résoudre des cas plus problématiques » fait appel à des savoirs, savoir-faire et savoir-être. A propos ces « trois données qui s'enchevêtrent » dans « tout exercice professionnel impliquant la mise en jeu de l'Autre », Le Breton nous dit que le médecin ne peut se couper de l'une ou l'autre de ces dimensions : « à cette condition il soigne non plus l'organe malade, mais l'homme souffrant, sachant que celui-ci est immergé dans une culture qui lui est propre [...], une condition sociale [...], et relationnel » (Le Breton, 2013a :116-117). Dès lors, il en devient une compétence qui permet, par ailleurs, d'atteindre les objectifs de la dimension du soin.

Ainsi, lorsque nous relevons non seulement l'importance des savoirs, savoir-être et savoir-faire mais également la manière dont les étudiants renvoient le médecin cadre à ses fonctions académiques, nous notons que, selon Le Breton, « dans la pratique médicale le savoir est valorisé par la Faculté, le savoir-faire par la clinique, et le savoir-être par le malade » (Le Breton, 2013a:117). Dès lors, nous voyons bien en quoi ces dimensions et domaines de référence apparaissent comme perméables lors des *grandes visites* et participent alors, pour ces étudiants notamment, à la compréhension du patient comme un tout.

Enfin, nous relevons que plusieurs professionnels parlent de « cas intéressants ». Si nous questionnons leur compréhension de cette dénomination, tous les discours relevés semblent aller dans le même sens : lors des *grandes visites*, nous pouvons comprendre que le « cas intéressant » est un cas qui se révèle pertinent dans ce contexte particulier de formation et de soin. Dès lors qu'il touche à un des objectifs relevés, il en devient intéressant. Logiquement, il revient au chef de clinique de définir ce qu'il trouve « intéressant ». Toutefois, nous l'avons vu, le choix des chefs de clinique n'est pas un choix effectué de manière tout-à-fait « libre ». Il dépend non seulement d'une discussion avec les médecins assistants concernés mais aussi des préférences du médecin cadre responsable de l'unité et, si nous nous référons aux extraits d'entretiens, des préférences du service concerné de cet hôpital universitaire, en opposition aux hôpitaux régionaux.

### Choix de la forme IN ou OUT des *grandes visites*

Nous l'avons vu, actuellement deux formes de *grandes visites* coexistent *a priori*, à savoir la forme dite OUT, avec une partie dans le couloir et une autre au lit du patient et une forme dite IN qui a lieu en intégralité au lit du patient. Une variante dite IN IN existe également. Dans cette partie descriptive, nous allons tenter de revenir sur les différentes formes observées lors de notre immersion en les mettant en perspective avec les discours tenus lors des entretiens. Comment le choix s'opère-t-il? Selon quels critères ? Quelles sont les préférences des uns et des autres professionnels ? Comment se déroulent les *grandes visites* IN ? Et les OUT ? Nous

n'interrogeons pas, dans cette partie, le point de vue des patients, ceux-ci n'ayant pas de comparaison possible<sup>24</sup>.

Lors de notre immersion, nous avons pu relever différentes situations mettant en lumière les préférences institutionnelles pour la forme de *grande visite* :

*Médecin cadre : [au MA] « Next one ! Dedans ou dehors » ?*

*Médecin Assistant : « Vous dites que c'est mieux dedans pour le patient ! »*

*MC : « ça dépend si elle est angoissée »*

*Journal de terrain, forme IN*

*Chef de Clinique me demande si je veux la voir en IN [par rapport aux besoins de l'étude et à la nécessité d'avoir un équilibre numérique d'observations entre les deux formes].*

*Je dis que c'est égal.*

*Médecin Assistant : « Ah oui, c'est juste, j'avais oublié ça ! »*

*Médecin Cadre : « Ne jamais oublier qu'on peut aller vers le patient »*

*Journal de terrain, forme IN*

*Chef de clinique dit au Médecin Cadre qu'il faudrait voir des patients en OUT [par rapport aux besoins de l'étude].*

*Médecin cadre prend alors un air effrayé, avec sa main sur le cœur.*

*Journal de terrain, forme OUT*

Tout d'abord, nous pouvons dire que la nécessité méthodologique d'avoir un certain équilibre entre les deux formes a permis de mettre à jour, par les discussions que cela a suscité, une préférence des cadres pour la forme IN des *grandes visites*. Ensuite, d'une part nous notons que ces extraits sont exemplaires de la préférence hiérarchique pour la forme IN de *grande visite*. Nous nous rappelons que le chef de service lui-même parle de décision et un médecin assistant de « directive ». D'autre part, nous remarquons l'adaptation des plus jeunes à la préférence des médecins cadres, qui rappelle la volonté de ceux-ci de choisir un patient qui « plaira au chef ». Au vu de ces différents éléments, nous pouvons lire cette préférence des cadres comme une consigne, plus ou moins formulée, mais néanmoins ressentie et dès lors suivie par les médecins les plus jeunes, avec quelques résistances néanmoins. Nous reviendrons sur ces résistances plus bas.

Intéressons-nous maintenant aux raisons de la préférence des médecins pour la forme IN des *grandes visites*. Ces raisons ont le plus souvent été explicitées lors des entretiens mais quelques observations ont néanmoins permis de les atteindre. Le tableau ci-dessous synthétise, en fonction du statut professionnel, les situations lors desquelles la forme IN serait préférable et les arguments en faveur de la forme IN.

---

<sup>24</sup> La partie de ce travail dédiée à la clinique et la relation médecin-patient sera par contre l'occasion de reprendre différents éléments mis en lumière ici.

SITUATIONS LORS DESQUELLES LA FORME IN SERAIT PREFERABLE / ARGUMENTS EN FAVEUR DE LA FORME IN<sup>25</sup>

	MC	CDC	MA	ETU
DIAGNOSTIC				
Le patient peut corriger les médecins	✓			✓
Le patient peut amener de nouveaux éléments			✓	
Le patient prend connaissance de/peut comprendre sa situation				✓
Le patient est responsable de sa santé				✓
Le patient anxieux peut être rassuré		✓		
RELATION, COMMUNICATION AVEC LE PATIENT				
Le patient est content d'être vu par le Professeur			✓	
Le patient voit l'intérêt qui lui est porté	✓		✓	
Transparence Perception personnelle du patient d'une transparence	✓			
FORMATION				
Habituer les médecins les plus jeunes à acquérir un savoir-être Rôle modèle	✓			

Ainsi, nous relevons que les arguments se concentrent autour de trois grands domaines : le diagnostic, la relation et communication avec le patient et enfin la formation. Aussi, la majorité des arguments en faveur de la forme IN émane des médecins cadres. Interrogé au sujet de cette préférence pour le IN, un médecin cadre nous explique que cette imposition par les médecins cadres du mode IN serait liée à une volonté de tenir un « rôle modèle », autrement dit de montrer l'exemple autour des savoir-être. A travers cet argument, mais aussi de l'analyse du tableau, nous saisissons l'importance accordée à la place du patient. Un étudiant souligne toutefois à propos de la forme IN des *grandes visites*:

*« Et pis, je sais pas, c'est un peu, enfin je, je voudrais pas qu'on me le fasse à moi. Enfin, je voudrais bien-sûr entendre mais si je peux pas participer parce que je comprends pas la moitié des choses qui sont dites, alors à quoi bon » #ETU\_00:15:25-9#*

Ainsi, selon les différents acteurs du corps médical, la forme IN a quelques limites et la forme OUT s'avère alors parfois préférable non seulement dans des situations qui l'exigent médicalement – comme un isolement pour des raisons infectiologiques par exemple - mais

25 Nous notons bien qu'il s'agit des situations spontanément évoquées. Le fait qu'une catégorie de statut professionnel n'ait pas évoqué une situation ne signifie pas qu'elle n'y accorde pas d'importance. Aussi, nous avons procédé en formulant des intitulés de situations qui nous semblaient représentatifs des différents discours.

aussi des « situations particulières », pour reprendre les termes d'un médecin cadre. Nous allons nous pencher sur ces raisons particulières.

Lors de nos observations participantes et entretiens, nous avons pu relever différents arguments considérant des « situations particulières » où la forme OUT serait préférable et que nous synthétisons, toujours en fonction des différents statuts professionnels, dans le tableau ci-dessous.

*SITUATIONS LORS DESQUELLES LA FORME OUT SERAIT PREFERABLE<sup>26</sup>*

	Equipe <sup>27*</sup>	MC	CDC	MA	ETU
<b>DIAGNOSTIC</b>					
Le patient ne sait pas (encore) tout de sa situation. Le diagnostic pas encore connu du patient. En attente de plus d'informations pour annoncer le diagnostic	✓	✓	✓		
Le pronostic, la manière d'aborder la suite avec le patient doivent être discutés avec l'équipe avant, lorsque le patient n'est pas d'accord				✓	
Le diagnostic est « sombre » Le cas est délicat ; le vocabulaire est dur à entendre par le patient.				✓	✓
Le patient n'est pas prêt à entendre. Déni de la maladie par le patient		✓	✓		
L'histoire du patient est « triste »			✓		
Il s'agit d'informations à ne pas discuter devant le patient (par ex. la famille a fait part de souci par rapport à une addiction à l'alcool)			✓		
Pour le respect de la confidentialité. Le vocabulaire utilisé peut être stigmatisant.		✓	✓		✓
Discuter des attitudes de réanimation, délicates à faire devant le patient en grand nombre				✓	
<b>RELATION, COMMUNICATION AVEC LE PATIENT</b>					
Le patient est peu collaborant, difficile, « capricieux » Le patient est agité. La communication est difficile avec ce patient.	✓		✓	✓	
Le patient est difficile, triangule et le superviseur doit en être tenu au courant.				✓	
Le patient est peu à l'aise avec toute une équipe.		✓			
Le patient est anxieux, angoissé. Le patient est fragile psychologiquement.		✓			

26 Nous notons bien qu'il s'agit des situations spontanément évoquées. Le fait qu'une catégorie de statut professionnel n'ait pas évoqué une situation ne signifie pas qu'elle n'y accorde pas d'importance. Aussi, nous avons procédé en formulant des intitulés de situations qui nous semblaient représentatifs des différents discours.

27 Dans le cas de ce que nous nommons ici l' « équipe », il s'agit de situations d'observation participante où la décision relève de l'équipe et ne peut être attribuée à une personne /statut en particulier.

Le patient est un cas psychologiquement difficile (schizophrénie, par exemple).	✓				
Informations peu propices à être discutées devant le patient en grand nombre (par ex. relation entre le PA et sa famille)				✓	
L'ordinateur dérange la relation au patient en IN L'ordinateur ne dérange pas la relation au patient en OUT				✓	
ORGANISATION					
Le patient a une mauvaise compréhension de la langue.		✓	✓		
Le patient reçoit un soin/traitement/est en examen à ce moment-là et n'est pas disponible dans sa chambre.	✓				
FORMATION					
Pour répondre à la demande/préférence des médecins assistants		✓			

Nous relevons particulièrement que les arguments en faveur de la forme OUT émanent des différents statuts professionnels, contrairement à ceux en faveur de la forme IN vus précédemment. Ils concernent les mêmes domaines que précédemment auxquels s'ajoute celui que nous avons nommé « organisation ». La présence de l'informatique est évoquée par les médecins assistants comme argument en faveur de la forme OUT, ces derniers considérant que l'usage de l'ordinateur dans le couloir ne dérange pas la relation au patient au contraire d'un usage au lit du patient. Nous reviendrons plus particulièrement sur cette dimension dans le sous-chapitre 5 consacré à la réélaboration des pratiques professionnelles. Aussi, il est intéressant de noter que les médecins cadres qui affichent une préférence marquée pour la forme IN sont toutefois ceux qui énoncent le plus de situations lors desquelles la forme OUT serait préférable.

Avec l'extrait suivant, revenons sur l'imposition top down de la forme de *grande visite* relevée plus haut :

*Nous finissons la visite du patient précédent. Nous nous préparons à aller voir la prochaine patiente.*  
*Médecin Assistant : « peut-être juste deux mots avant »*  
*Médecin Cadre : « pourquoi ? C'est la dame qui veut un médecin ? »*  
*MA explique que la patiente n'est pas très demandeuse, elle exige du Voltaren et refuse la morphine.*  
*Qu'elle est « bien dans sa tête », qu'elle n'a pas de troubles cognitifs sous-jacents.*  
*[...]*  
*MC à MA : « Pourquoi vous l'avez dit dehors ? ».*  
*Les autres se regardent*  
*MA explique que c'était pour mettre en avant que la patiente est « capricieuse ».*  
*MC : « Elle a peut-être mal »*  
*MA : « On n'en doute pas ! »*  
*Journal de terrain, forme OUT finalement*

Nous constatons que la décision d'un médecin assistant de donner une information dans le couloir est remise en question par le médecin cadre, situation qui a alors généré un malaise momentané au sein de l'équipe. En entretien, ce médecin assistant donne sa vision des avantages à pouvoir discuter dans le couloir, comme il le souhaitait ce jour-là :

*« mais y'a quand même des fois des situations où des patients qui triangulent tout le temps où ça aussi on veut le débrouiller [?] avec le chef, et ça, de le faire devant le patient, c'est juste pas vraiment possible sans avoir pu préparer le chef avant en quelques sortes ». #MA\_00:12:37-1#*

Revenant sur l'épisode ci-dessus, il ajoute même :

*« parce que voilà, la dame [PA37] pour moi la dame c'était un peu pis par exemple [nom du médecin superviseur] ça lui est, lui il a pas du tout, lui il voyait pas pas spécialement mais nous, c'était un peu un problème qu'on avait eu, qui s'est résolu entre temps d'ailleurs, c'est bien! [...]. #MA\_00:13:17-6#*

Pour ce médecin assistant, transmettre une information dans le couloir - plus précisément partager un souci d'ordre relationnel avec un patient à son superviseur à des fins entre autres de conseils expérimentés - a dû passer par une forme de résistance à la « directive », directive par ailleurs particulièrement chère à ce cadre. Parfois, les résistances des plus jeunes semblent trouver une réception différente par les médecins cadres :

*« Il y a parfois les assistants qui préfèrent discuter d'abord de certains aspects en-dehors et là, ça, je peux accepter ou pas. Ça dépend un petit peu de quel est le motif de rétention » #MC\_00:04:53-7#*

Ainsi, selon le motif, certains médecins cadres se disent prêts à entendre et répondre favorablement à la requête des médecins assistants.

En conclusion, nous pouvons dire que si les préférences pour le nombre de patients vus par matinée de *grande visite* relèvent de logiques individuelles, les préférences pour la forme de *grande visite* relèvent plus souvent de logiques de groupes hiérarchiques. Tant le choix du nombre de patients que celui de la forme de *grande visite* font émerger des arguments qui touchent au soin et à la formation. L'importance du « rôle modèle » est un argument particulièrement relevé par les médecins cadres en faveur de la forme IN. Aussi, les choix finaux du nombre de patients et de la forme lors d'une *grande visite* apparaissent comme relevant d'une décision hiérarchique s'imposant de manière top down. Ces choix sont compris par les médecins les plus jeunes comme des « directives » du service. Aussi, des résistances à la forme IN apparaissent plus clairement chez les médecins les plus jeunes.

#### 4.4 LES CATEGORIES PROFESSIONNELLES : UN CORPS MEDICAL HOMOGENE ?

Un double obstacle se présente à nous lorsque nous devons présenter les catégories professionnelles du service de médecine interne. D'une part, nous sommes en présence non seulement de catégories institutionnelles telles que le site internet du CHUV en rend compte à destination du grand public essentiellement, mais aussi de catégories réappropriées par les acteurs de notre terrain, les professionnels eux-mêmes et les patients. D'autre part, ces catégories sont réappropriées non seulement dans la verticalité avec la dimension de l'« expérience » mais aussi en introduisant parfois un autre critère, à savoir le genre. Les catégories institutionnelles, que nous présentons en annexe 4, aideront généralement notre lecteur à comprendre nos propos ainsi que les extraits de nos observations et entretiens.



### ***Du point de vue des professionnels : une hiérarchie verticale entre supervision et décision***

Les propos de ce médecin cadre offrent un point de départ idéal pour examiner la place, le rôle et la relation des uns et des autres professionnels durant les *grandes visites* :

*« [...] avoir une relation normale entre le patient, les collègues et les pairs et de vivre cette hiérarchie. Ça peut être aussi une relation de l'assistant face à son stagiaire. La hiérarchie va du stagiaire, assistant, chef de clinique. Moi je trouve important que le rôle de médecin, même dees fois, c'est juste deux ans plus âgé que l'autre, joue le rôle pédagogique de superviseur, "je te laisse parler. Tu te débrouilles et tu tu regardes" #MC\_00:34:01-7#*

En effet, il exprime une hiérarchie intra professionnelle au corps médical que nous qualifions de verticale et même plus précisément de « pyramidale » - par ailleurs caractéristique de l'institution hospitalière - (Sarradon-Eck, 2012 :4) avec à son pied les plus nombreux, les étudiants et à son sommet les moins nombreux, les médecins cadres voire même le chef de service. Au centre de cette pyramide, les médecins assistants et les chefs de clinique. Afin de refléter le terrain et en raison du rôle « particulier » que les différents acteurs attribuent aux médecins cadres durant les *grandes visites*, nous prenons le parti d'aborder les différents statuts en commençant par le haut. Méthodologiquement, ceci n'enlève rien à la perspective bottom up. Nous nous intéressons en effet toujours aux discours et pratique de chacun des groupes et individus.

Les médecins cadres

Tout d'abord, à propos des médecins cadres, cet extrait d'entretien montre le rôle perçu par cet étudiant :

*"les Professeurs c'est souvent la carrière universitaire, c'est souvent ceux qui ont le plus d'expériences. [...] bon, bin d'un côté à la grande visite, on le voit parce que c'est à lui que les médecins vont faire la présentation donc forcément, ils le font à une personne. Donc, en tout cas il est mis en évidence dans ce sens là. Pis après, c'est lui qui a le contact avec le patient en général. Donc, pendant ces grandes visites, il a un rôle particulier. #ETU\_00:20:13-8#*

Il met en avant ce « rôle particulier » tenu par les médecins cadres [qu'il nomme ici « Professeurs », nous reviendrons sur cette particularité lexicale plus bas] durant les *grandes visites*, un rôle central. Cet extrait, comme nos observations, montre que le médecin cadre est tour à tour celui qui supervise et celui qui dialogue avec le patient mais aussi celui à qui s'adresse la présentation du patient par le médecin assistant. En quelque sorte, la *grande visite* et ses interactions s'« agencent » autour du médecin cadre. Mais ce médecin cadre définit plus précisément une fonction de cette centralité:

*« Il faut dire que euh, disons nous comme médecin cadre on a quand même un rôle de de de rôle modèle donc [incomp] des choses qu'on essaie de faire, c'est de montrer lors de la grande visite, nous comment est-ce qu'on ferait avec le patient ». #MC\_00:06:59-2#*

Selon lui, les médecins cadres tiendrait un « rôle » de « modèle » par ailleurs généralement reconnu par les médecins moins expérimentés. Le « rôle modèle » des médecins cadres ne semble pas remis en question, au contraire, il paraît faire autorité. Nous discuterons plus précisément de ce « rôle modèle » dans la partie consacrée aux approches pédagogiques du chapitre 5.

Aussi, nous avons relevé plus haut une singularité lexicale : les différentes façons de nommer un médecin cadre renvoient parfois à son affiliation académique (« Professeur »), parfois à son affiliation hospitalière (« médecin cadre »). Il est intéressant de noter que ceux qui le désignent comme « Professeur » sont principalement les étudiants ; des étudiants qui le côtoient également au sein de la FBM dans une fonction d'enseignement. Si les étudiants ont cette double appréhension des médecins cadres, qu'en est-il des autres membres du corps médical ?

*« Dans les chefs ici, ils sont pas tous professeurs déjà. [...] Y'en a je sais pas très bien si oui ou non. Mais pour moi, ça change pas grand chose en fait, je les considère tous comme les grands chefs. J'ai l'impression que les assistants aussi ils ne font pas tellement la différence s'ils ont le titre de prof ou pas. Parce qu'ils les voient comme leur grand chef ». #CDC\_00:35:38-1#*

Pour ce jeune chef de clinique, l'ensemble des médecins cadres sont perçus avec le même statut, qu'ils aient le titre de « professeur » ou non. D'ailleurs, les titres des uns et des autres ne semblent pas toujours clairs pour lui, ce qui renforce l'idée que le titre académique ne lui semble pas signifiant. Ici, c'est bien la dimension de la hiérarchie clinique qui apparaît plutôt relevante. A propos de la relation avec les médecins cadres, un médecin assistant nous dit :

*« mais pour nous, enfin, je trouve que nous, pour moi aussi, en tout cas, ces gens [les médecins cadres] tu les respectes, que tu crains un peu quand même, que bin, ouai, c'est sûr que la relation elle est vraiment différente. #MA\_00:28:31-3#*

Un chef de clinique va dans le même sens à propos de la relation des plus jeunes aux médecins cadres, spécifiquement lors des *grandes visites* :

*«Les premières fois, [les médecins assistants] étaient super stressés. [...] pis quand je dis qu'on est stressés par la grande visite, c'est pas une peur du chef » #CDC\_00:41:37-9#*

Au-delà de la relation avec le médecin cadre, c'est plutôt la situation des *grandes visites* avec une présence d'un médecin cadre en tant que superviseur qui apparaît comme stressante. A ce propos, des médecins assistants expliquent en entretien que bien qu'une relation hiérarchique soit présente, elle ne serait pas entretenue ou exacerbée par l'attitude des médecins cadres, bien au contraire. Cette relation hiérarchique plutôt ouverte pourrait expliquer les formes de résistances possibles des plus jeunes aux choix top down. La relation aux médecins cadres semble toutefois perçue et vécue de manière encore différente par les étudiants, comme cet étudiant l'explique en détails :

*« on n'a pas de part le fait qu'on est encore des étudiants, on a un autre enfin une autre manière, on a un contact avec le prof. Il nous donne en fait, il nous donne des cours. Nous, on peut aller poser des questions au prof au cours. Mais quand on voit dans le services les assistants comme ils sont, ils ont tellement peur du professeur et tout le monde "Ah le prof, on lui garde la place! Il a sa chaise là, il faut qu'il s'asseille là! [...] on peut pas toucher, tout le monde se lève quand il arrive. En fait, c'est complètement. Moi je trouvais ça m'a un peu choqué dans dans le contact qu'il a professionnel que les gens ils ont avec les Prof alors que nous, en tant que étudiants on a on a un contact beaucoup plus... [...] facile, cool, relâché, il nous répond aux Q, on peut même discuter avec, on peut rigoler avec. Mais c'est vrai que dès qu'on arrive en milieu professionnel, on se rend compte que le professeur... #ETU\_00:46:32-1#*

Selon nos entretiens, bien qu'ils reconnaissent une hiérarchie existante, forte et modifiant les comportements, les étudiants disent avoir un rapport différent avec les médecins cadres que les médecins assistants ne l'ont. Et ce en raison notamment de la double casquette des

médecins cadres déjà évoquée : enseignants et cliniciens. Aussi avec ce témoignage plus détaché des enjeux hiérarchiques, au-delà de générer du stress chez certains médecins assistants et chefs de cliniques, nous comprenons que la présence d'un médecin cadre agirait de deux manières.

Premièrement la présence d'un médecin cadre serait pour certains apprenant comme un inhibiteur, c'est-à-dire « on » se met en retrait, « on » discute moins, « on » ose moins. A ce propos, nous avons pu observer un médecin assistant lors d'une visite quotidienne, c'est-à-dire menée par lui et avec comme seul autre membre de l'équipe soignante un infirmier:

*Je [SB] trouve [prénom médecin assistant] différent des grandes visites. Il a l'air plus sûr de lui, plus actif. Après des patientes, il se met à leur hauteur (s'assoit ou s'accroupit) pour leur parler. Il leur pose des questions, sur la douleur, les symptômes mais aussi sur la manière dont la nuit s'est passée.  
Journal de terrain*

Ces observations, qui relèvent de notre propre appréciation mais aussi de gestes plus objectifs du professionnel observé, montrent un médecin assistant au comportement différent que lors des *grandes visites*. Dès lors, bien que les deux types de visites – quotidiennes ou *grandes visites* - ne recouvrent pas les mêmes objectifs, nous pouvons supposer que les *grandes visites*, par leur environnement de surveillance et la présence de supérieurs, agirait sur la manière d'être de certains membres du corps médical.

Deuxièmement, la présence d'un médecin cadre participerait à entretenir des formes de rituels hiérarchiques. En effet, nous constatons une récurrence à propos de la place qu'occupent les professionnels dans l'espace. Nos observations montrent qu'une disposition en cercle, avec le médecin assistant et le médecin cadre de part et d'autre du lit et se faisant face, est fréquente. Dans le couloir, une autre configuration prédomine, c'est à-dire en cercle, avec les corps tournés vers le médecin cadre. Nous avons encore parfois noté un autre type de situation, relevant de la relation hiérarchique au médecin cadre :

*Nous sommes en cercle, dans le couloir. Il y a beaucoup de bruit. Les étudiants n'ont pas l'air de bien entendre ce que dit le médecin cadre. Néanmoins, personne n'interrompt le médecin cadre pour améliorer la situation ou lui demande de répéter.  
Journal de terrain*

Au vu de cette observation, il est intéressant d'observer la manière dont les médecins cadres eux-mêmes considèrent leur rapport aux autres médecins. Lors d'un entretien, un médecin cadre, qui se réfère à sa propre expérience de jeune médecin, dit ne pas percevoir chez les plus jeunes de « crainte ». Au contraire, il voit un rapport hiérarchique plus souple qu'à son époque et considère son rôle comme une aide constructive et non pas relevant de l'évaluation, voire de la sanction. Aussi, il relativise la figure du « Professeur » comme seule autorité en matière de savoir : avec les jeunes, de nouvelles compétences. Pourtant, cela ne semble pas être la cas en terme décisionnel, comme lorsqu'il nous parle de « décision qui peut paraître un peu dictatoriale ». D'autres médecins, « jeunes », vont dans ce sens, comme ici :

*« Au travail, bin c'est clair que c'est eux [les médecins « chefs » en général] qui ont le dernier mot, ils savent tout, enfin en général surtout quand on débute » # 00:41:37-9#*

La prise de décision apparaît toujours comme top down, et ce qu'elle soit de l'ordre organisationnel ou des savoirs en terme de soin. D'ailleurs, cela n'est pas sans rappeler le déroulement des *grandes visites* que nous avons traité précédemment en montrant que la décision de la forme est influencée – indirectement ou non - par le médecin cadre responsable de l'unité. Les plus jeunes disent par ailleurs apprécier l' « expérience » des médecins cadres à des fins décisionnelles. Nous nous souvenons aussi la dimension temporelle avec une réflexion à un niveau du temps long évoquée par le médecin cadre lorsqu'il parle de « processus de maturation ». A ce propos, Saint-Marc nous dit que « les internes vont le plus souvent s'accommoder des façons de faire du service, sans les négocier », ceux-ci étant impliqués dans le service que sur une courte période (Saint-Marc, 2012 :200). Selon nous, cela expliquerait pourquoi certaines pratiques du service ou des décisions top down, qui ne rencontrent pas toujours l'approbation des médecins assistants, se confrontent peu à des résistances bottom up. Par contre, la forme ouverte de relation hiérarchique, bien que décisionnelle, laisserait néanmoins une place aux quelques résistances des plus jeunes.

Les chefs de cliniques

A propos des chefs de clinique, il est pertinent de nous intéresser tout d'abord à leur rôle au quotidien. Un chef de clinique nous dit à ce propos:

*« Je supervise les assistants [...] J'ai l'impression que je vais parler comme un vieux, mais y'a certains assistants maintenant ils s'en fichent un peu. Pas ceux que j'ai [...] » #CDC\_00:23:40-8#*

Lors de nos observations participantes, nous avons noté leur place particulière. En effet, lors des *grandes visites*, ceux-ci se tiennent souvent en retrait de l'interaction médecin cadre – médecin assistant – patient et ne prennent que peu la parole. Ce type de pratique est plus accentuées lors de la partie qui se déroule au lit du patient que celle dans le couloir, quelle que soit la forme. Sur le terrain, nous avons pu observer à plusieurs reprises, suite à une question du médecin cadre, le chef de clinique qui s'apprête à répondre mais qui laisse finalement la parole au médecin assistant. A propos de cette mise à l'écart des chefs de clinique, un médecin cadre nous dit :

*« Le bon chef de clinique, il se tait. Le chef de clinique qui est un anxieux et autre, et on voit souvent les jeunes chefs de cliniques sont comme ça, qui ont peur de se, de perdre leur leadership et autre, interviennent et parlent beaucoup. Ce que je leur dis "vous ne devez pas faire!". Eux, [incomp] ils ont participé pour voir, pour reprendre éventuellement après, de dire "voilà, là tu as pas été optimal" etc. ou autre. Mais c'est pas lui de se justifier. C'est l'assistant qui a le lead [?], etc. face au patron ». #MC\_00:05:38-0#*

Nous comprenons que cette position de retrait est attendue par les médecins cadres. Son explication va même plus loin :

*« Le chef de clinique est là, accompagné [?] de bien comprendre les situations et il doit être un accompagnateur formateur direct de l'assistant [...] Donc, ça, c'est un piège assez typique que l'on voit, des jeunes chefs de clinique qui s'interfèrent, qui répondent aux questions à la place de l'assistant, qui prend la place de, qui dit "mais on a fait ça, on a pensé à ça etc." C'est pas important du tout, c'est l'assistant qui à mon avis, c'est intéressant ». #MC\_00:06:35-4#*

Ainsi, nous pouvons dire que d'une part, nous saisissons bien l'ambiguïté entre le rôle de superviseur tenu par les chefs de clinique au quotidien et le rôle particulier qui est attendu d'eux lors des *grandes visites*. Les médecins cadrent y endossent alors le rôle principal de

superviseur. Dès lors, les chefs de clinique se positionnent en retrait. D'autre part, un autre enjeu - que mettent en lumière les paroles d'un jeune chef de clinique - est également perceptible :

*« Pis pour moi, c'est aussi c'est important, parce que c'est aussi le moyen de montrer ce qu'on fait au chef » #CDC\_00:32:24-1#*

*« Mais c'est clair que c'est, ils [les médecins cadres] sont pas mal mis, ils sont très respectés, limite craints, enfin, craints on s'entend, ils ne sont pas méchants mais, tout le monde a envie de bien faire devant eux. #CDC\_00:36:08-8#*

Ces extraits sont exemplaires des représentations des plus jeunes médecins. En effet, nos données montrent que les *grandes visites* leur apparaissent comme un lieu pour montrer - dans une perspective verticale - un travail bien effectué. Aussi, les représentations des pratiques attendues des chefs de clinique peuvent varier en raison de l'expérience de ces derniers. Autrement dit, la « bonne pratique » n'est pas la même pour tous les groupes d'acteurs. Avec l'expérience, nous touchons une catégorisation non officielle, mais observée dans les pratiques et discours des différents acteurs.

A propos de la manière dont les étudiants et médecins assistants perçoivent leurs rapports aux chefs de clinique, nous pouvons noter un autre type de relation que celle aux médecins cadres, comme dans l'exemple ci-dessous :

*« Voilà, il y a moins une hiérarchie avec d'autres corps, comme les chefs de clinique avec qui vous travaillez plus au quotidien ». #MA\_00:24:15-9#*

A ce propos, Good soutient que lorsque l'« élève » étudiant voit « certains internes ou médecins faire des observations cliniques qu'il estime erronées, ou se conduire façon lamentables avec les patients [...], il reconnaît [...] n'avoir pas suffisamment de métier pour juger de ce qui doit se faire et il ressent très fort les pressions qui s'exercent sur lui et l'engagent à se montrer solidaire, à ne pas remettre en cause l'action de ses supérieurs » (Good, 1998 : 182). Dans le cas de notre terrain, nous pouvons dire que cela s'avère plus ou moins être le cas en fonction du statut du « supérieur ». Ainsi, les chefs de clinique apparaissent pour les étudiants comme des « supérieurs » avec qui les rapports et les dialogues - quotidiens - sont plus ouverts qu'avec les médecins cadres.

Les médecins assistants

Les médecins assistants ont eux-aussi un rôle bien particulier durant les *grandes visites*. Nous pouvons nous référer au discours de ce médecin cadre, révélateur de ses attentes.

*« C'est l'assistant qui a le lead [et non pas le chef de clinique] etc. face au patron ». #MC\_00:05:38-0#*

Les médecins assistants apparaissent sur le devant de la scène des *grandes visites*. Leur perception va même plus loin, comme ici :

*« [...] Oui. On doit faire bonne figure, on doit montrer qu'on est appliqué, intelligent, [incomp] ». #MA\_00:25:17-5#*

En d'autres termes, les médecins assistants doivent se montrer. Cette appréhension en terme de « rôle » à tenir rappelle celle de certains jeunes chefs de clinique. Nous nous souvenons

aussi que cette exigence ressentie d'être un « bon » assistant apparaît plus fortement pour ces derniers lors des *grandes visites* – et donc sous la supervision d'un médecin cadre – que lors de la supervision quotidienne des chefs de clinique. De plus, lors de nos entretiens, un médecin cadre reconnaît appréhender cette relation aux plus jeunes de manière particulière :

*« Euh, voilà où ça m'amène, donc ça fait à peu près 25 ans de, je crois que j'ai terminé en 84, ouai, bin ça fait 30 ans, ces 30 ans de formation post grade donc la personne que je vois là, parfois les jeunes A, c'est comme si c'était moi y'a 30 ans, donc je dois être aussi très très, parfois je me crispe de voir le peu de connaissances ou autres, mais y'a parfois 30 ans et puis parfois, ça me donne aussi un aspect très paternaliste, j'essaie de faire attention à ça mais je les vois, ça peut être mes filles ou mes trucs. [ ? ] »*  
#MC\_00:53:51-9#

La différence d'expérience apparaît une fois encore comme relevante au sein de ces rapports hiérarchiques. Mais les médecins assistants ne sont pas que des « supervisés » ou des apprenants, ils endossent encore une autre responsabilité, l'encadrement des stagiaires étudiants. Certains médecins assistants disent que ce dernier leur apparaît comme allant de soi pour deux raisons. Premièrement, il s'inscrit dans une logique de continuité. Autrement dit, il s'agit de donner ce qu'eux-mêmes ont reçu précédemment. Nous touchons là à la dimension de transmission. Deuxièmement, cet encadrement s'inscrit selon eux « naturellement » dans le cadre universitaire de cet hôpital. Une nuance est apportée quant à la plus ou moins grande difficulté de la tâche en fonction des stagiaires.

Revenons également sur la nuance établie à propos de la dimension de l'expérience des chefs de clinique et des assistants. Ainsi, pour les médecins cadres, il y a généralement les « jeunes » chefs de clinique, en opposition aux autres chefs de clinique, tout comme les « jeunes assistants » ou encore les « plus jeunes médecins » - à savoir les assistants et certains chefs de clinique. Ces « jeunes » sont opposées aux « vieux ». En observant finement l'ensemble des discours des divers professionnels autour de cette forme de catégorisation duale, nous notons que c'est de la dimension de l' « expérience » que relèvent ces qualificatifs. Une expérience clinique, faite de savoirs, de savoir-être et de savoir-faire à transmettre aux plus jeunes, nous le verrons. Cette catégorisation non institutionnelle semble parfois affiner ou dépasser l'institutionnelle, un assistant ou un chef de clinique pouvant être « jeune » ou expérimenté.

Les stagiaires étudiants

Des stagiaires étudiants de quatrième année de master de la FBM étaient présents durant les quatre mois de notre immersion et sont tantôt appelé « stagiaires », tantôt « étudiants ». Ces dénominations révèlent qu'ils ne sont pas encore des professionnels au même titre que les autres, comme le remarque cet étudiant :

*« Enfin moi je sais pas, parce que je suis pas encore médecin » #ETU\_00:20:55-0#*

Aussi, certains propos disent une modification de leur comportement avec leur statut de stagiaire. En entretien, un étudiant révèle l'importance de se conformer à ce que ses pairs et lui observent chez les autres professionnels. Il aussi dit la différence de comportement possible vis-à-vis du « prof » dans le cadre clinique ou dans le cadre académique. Cela renvoie aux propos de Good lorsque celui-ci remarque que les étudiants, entre autre pratiques

auxquelles ils « doivent se conformer », « apprennent aussi à établir avec les autres médecins les rapports qui conviennent, à négocier entre des intérêts divers et conflictuels » (Good, 1998 :180). A chaque statut hiérarchique une forme d'adaptation : on n'agit pas de la même manière avec un chef de clinique ou un professeur ; mais aussi une adaptation en fonction de l'environnement, clinique ou académique. Une adaptation dont l'apprentissage passe par l'observation des pairs plus expérimentés. Aussi, leur moindre stress durant ces *grandes visites* peut être attribué à ce que Good nomme des « intérêts divers » : les enjeux ne sont pas les mêmes pour eux que pour les médecins assistants. Enfin, Saint-Marc constate que les « étudiants devront dans un premier temps faire avec les jeux de lutte et de pouvoir qui ont lieu dans les services. Et dans un deuxième temps apprendre à leur tour à négocier avec l'ensemble des acteurs en présence » (Saint-Marc, 2012 :196). Nous comprenons que la courte durée de présence des étudiants dans chaque service – trois semaines – peut expliquer des enjeux différents des autres acteurs professionnels.

Ainsi, nous retenons une hiérarchie de type pyramidale, avec un aspect décisionnel top down. Le sentiment de « crainte », bien que souvent relevé comme positif, n'y est présent que dans les relations des médecins les « plus jeunes » - certains chefs de clinique et les médecins assistants - aux médecins cadres. Dès lors, nous pouvons logiquement noter l'importance de la dimension de l'expérience dans cette hiérarchisation des statuts, une dimension relevée d'ailleurs par « les plus jeunes » comme justifiant cette verticalité. Les étudiants, quant à eux, semblent s'inscrire dans une relation qui mêle rapports académiques et cliniques, ce qui expliquerait leur moindre implication dans ces relations hiérarchiques cliniques. Notons toutefois que les *grandes visites*, de par leur configuration, leurs relations et enjeux hiérarchiques, représentent un moment particulier et il importe de ne pas extrapoler certains discours, pratiques ou postures à l'ensemble du travail quotidien du corps médical et soignant. Aussi, nous précisons bien que nous avons effectué un focus sur la dimension hiérarchique mais que d'autres dimensions prennent part aux agencements et relations professionnelles telles les responsabilités cliniques ou pédagogiques peu traitées ici.

### ***Identification des professionnels par les patients: entre confusion des statuts et création de catégories***

Nous avons mis en lumière un corps médical aux statuts peu homogènes, c'est-à-dire s'agençant au sein d'une hiérarchie de type pyramidale. Pouchelle nous dit que "la communauté des hospitaliers n'est pas aussi homogène qu'elle voudrait le faire croire aux profanes" (Pouchelle, 2003 :215). Dès lors, observons les relations des différentes catégories de médecins avec les patients, plus précisément comment les différents membres du corps médical sont appréhendés par les patients, ces profanes.

Pour commencer, observons un extrait d'entretien lors duquel un patient, qui dit par ailleurs avoir beaucoup apprécié le médecin cadre dont il est question ici, nous interroge à son propos:

*Patient: [nom médecin cadre], il est docteur de quoi? Professeur de, il fait ici?*

*SB: En médecine interne*

*PA: interne. Mais il est de l'hôpital?*

[...]

*Bon, qu'est-ce que ? Bon, c'est normal ça je pense. Qu'est-ce que je trouve, le grand Professeur, le chef, on le voit pas souvent. Je crois que c'est normal, il y a les infirmières, les docteurs qui passent. Pis ils portent les rapports en haut au chef pis lui il décide ce qu'il y a à faire. #00:04:47-7# Forme IN*

Cet extrait illustre différentes dimensions plusieurs fois relevées lors des entretiens avec les patients ou lors des *grandes visites*. D'une part, nous constatons une volonté de comprendre qui est qui, autrement dit de situer un médecin au sein l'institution hospitalière par sa spécialisation et son statut. Plusieurs patients ont manifesté ces interrogations lors des entretiens. D'autre part, cet extrait montre en quoi, pour ce patient, les tâches se répartissent entre les différents corps soignants, ici médical et infirmier. Ces propos restituent la même logique de hiérarchie interne aux professionnels mise en avant précédemment, une hiérarchie décisionnelle top down, avec à son sommet le « chef ». C'est toujours à cette hiérarchie que renvoient ces propos lorsque le patient nous dit voir moins souvent le médecin cadre. Constat par ailleurs également posé par un cadre lors d'un entretien.

A partir des différents aspects mis en lumière, nous pouvons interroger la représentation des différents membres du corps médical par les patients vus en *grande visite*. A nouveau, au vu de l'intérêt que semblent porter les patients au médecin cadre, nous allons ici aussi questionner ces différents statuts par le haut. Un médecin assistant nous dit à propos du rapport des patients au médecin cadre :

*[...] j'ai l'impression que les patients sont plus assez contents parce qu'ils disent "ah, j'ai vu le Professeur!" et pis, pas mal, ils se sentent pas mal pris en charge et pis ils le vivent bien. #MA\_00:12:09-8#*

Ses propos montrent une satisfaction des patients à recevoir la visite du médecin cadre. Par ailleurs plusieurs fois lors des entretiens, des patients nous ont demandé le nom du médecin cadre vu le matin et à deux reprises lors d'une *grande visite*, un patient a demandé son nom au médecin cadre. Ces différentes situations révèlent toutes, selon nous, l'importance accordée par ces patients à la visite du médecin cadre, ce que semble d'ailleurs aussi noter plusieurs médecins assistants, comme ici:

*« C'est une forme de reconnaissance d'avoir été d'un certain côté, pour certains, c'est ça. #MA\_00:28:16- 1#*

Selon ce médecin assistant, la visite du médecin cadre apparaîtrait pour le patient comme un événement positif, voire même valorisant. Un médecin cadre explique cette figure particulière du « professeur » d'une part par un âge avancé des patients du service et d'autre part par une potentielle origine étrangère, deux facteurs impliquant une appréhension différente de ce statut professionnel. Selon lui, à propos de l'âge des patients, nous pouvons dire que cet argument touche à la dimension générationnelle des patients. A ce propos, Burton-Jeangros nous dit que « les attentes des patients envers les médecins ont connu d'importantes transformations au cours des dernières décennies » (Burton-Jeangros, 2005 :752). Elle relève ainsi que selon le modèle de Parsons des années 1950, « le malade reconnaît le pouvoir du médecin » (Burton-Jeangros, 2005 :753) de soigner le malade, un médecin au « prestige social » justifié notamment par son expertise scientifique (Caillé, 2005 :334). Nous relevons

que l'âge moyen des patients vus en *grande visite* dans le service est proche de 70 ans<sup>28</sup>. Cette catégorie d'âge correspond dès lors en effet à une partie de l'explication de ce médecin cadre. Cette génération aurait-elle alors incorporé les normes et valeurs du modèle parsonien d'alors ? Nous pouvons supposer – mais cela reste une piste de lecture à interroger de manière plus approfondie – que l'effet générationnel joue sur les représentations qu'ont les patients les plus âgés du corps médical, qui plus est du « Professeur ». Zaffran donne une explication supplémentaire au pouvoir reconnu du corps médical lorsqu'il dit que « plus nous souffrons, plus nous attendons de celles et ceux à qui nous demandons de l'aide. Plus, au fond, nous leur demandons d'être puissants et de mettre leur(s) pouvoir(s) en œuvre pour nous faire sortir du fossé » (Zaffran, 2014 :79). Une forme de pouvoir accordée au médecin certainement multiple, et même démultipliée dans un service où les patients sont pour la plupart non seulement âgés mais aussi atteints de co-morbidité.

Si les médecins cadres semblent bien identifiés par les patients, les entretiens montrent une difficulté générale des patients à situer leurs interlocuteurs au sein des soignants – c'est-à-dire identifier le corps professionnel et le statut<sup>29</sup>. Les extraits suivants sont représentatifs des différentes compréhensions observées :

*Patient: « Des infirmiers, peut-être des médecins. Il y avait en tout cas une dame médecin, que je reconnais. Un monsieur médecin. Les autres, je ne sais pas, alors » #00:01:18-0# Forme IN*

*Patient: « Oui. Bin, y'avait le chef. Le chef de clinique. Pis, les autres, c'est quoi? Il vient de finir l'école ou ils continuent encore? Tous les autres? » #00:03:21-4# Forme IN*

Nous pouvons dire que de manière générale, le médecin cadre est identifié comme étant le « professeur » ou le « chef ». Une autre catégorie de professionnels généralement bien identifiée est celle des étudiants. Par contre, un flou subsiste souvent à propos des médecins assistants, des chefs de clinique et du corps infirmier. Toutefois, le médecin assistant qui suit le patient au quotidien est dans la plupart des cas reconnu, c'est-à-dire, le patient sait qu'il a déjà eu sa visite. Il en va parfois de même pour le chef de clinique. Toutefois, il ne peuvent généralement pas leur attribuer un statut particulier autre que celui de « médecin ». Plus précisément, deux types de confusions coexistent, comme l'exemplifient l'extrait suivant :

*Patient : « Bin, il y avait en tout cas ce médecin que je vois, de service, qui est d'étage. [SB...] Que je vois souvent. Ou ils étaient deux même. [SB :...] Il y avait deux médecins en tout cas ».*

*SB: « ... deux hommes médecins »*

*PA : « Médecins et pis il y avait la femme aussi. Ou bien c'était une infirmière? Normalement, je crois qu'elle est aussi médecin, elle, d'étage ».*

*SB: « oui. Oui, il y avait une médecin assistant. Et puis il y avait encore des médecins plus jeunes qui sont sont formation... » #00:02:30-4# Forme OUT*

---

28 Le calcul de la moyenne est effectué par nos soins à partir des données des patients vus en *grande visite* lors de la période d'étude de Gachoud. L'âge moyen est alors de 68 ans, avec peu d'âges extrêmes.

29 Bien évidemment, nous notons qu'il est inévitable que les patients ne se souviennent plus exactement des personnes présentes, l'entretien se déroulant en général quelques heures après la grande visite.

D'une part, les médecins assistantes<sup>30</sup> femmes sont souvent prises pour des infirmières. D'autre part les médecins assistants sont parfois pris pour des étudiants. A propos de la première confusion, liée au genre, qui assimile les femmes à la profession infirmière, celle-ci est d'ailleurs relevée par un médecin cadre :

*« [...] et en plus de ça ces jeunes assistantes, c'est pas leur faute, c'est des femmes, on les confond médecin - infirmières et tout ça est confondu » #MC\_00:21:16-4#*

Un médecin cadre parle aussi de « ces jeunes assistantes ». Ses propos semblent faire écho à ceux de ce patient :

*« Il y en avait 4 ou 5 de filles. Il y avait deux. Enfin, il y a deux hommes, donc 3 hommes. Il y avait 3 hommes, j'ai pas très bien vu. Un jeune et puis un moins jeune, avec la barbe, tessinois. Il était aussi tessinois. Alors voilà ». #00:05:29-0# Forme OUT*

Le langage utilisé – « filles » - participe à l'infantilisation des professionnelles. Ces propos mettent en jeu la question de la reconnaissance par les patients des médecins assistantes en tant que professionnelles compétentes. Lors de nos observations, nous avons pu noter qu'une patiente attendait la visite d'un médecin homme spécifiquement. Cette question problématique liée au genre du corps médical est relevée par certains professionnels, nous l'avons vu avec les propos d'un médecin cadre, ou comme dans l'exemple suivant :

*« Moi, j'ai deux trois patientes, c'était juste, même des patientes en plus, c'était le jour et la nuit quoi! Quand c'étaient [prénom chef de clinique] et moi ou quand c'était euh, un prof quoi. Un homme! C'est radical! [imite la PA:] "Oh, le Professeur!" Tu vois quand même une différence pis ça c'est vrai que ça aide quand même. Pis avec des personnes de 80 ans, on va pas se battre contre des années de clichés, ça sert à rien de toute façon. #MA\_00:13:28-6#*

Ce témoignage d'une médecin assistante montre une forme d'appréhension passive des logiques de rapport de genre, des logiques ici essentialisantes. En effet, comme le notent Lapeyre et Le Feuvre, les discours essentialistes « insistent sur les "spécificités" des femmes médecins et sur la manière dont leurs pratiques professionnelles se différencient de celles de leurs confrères (Lapeyre, Le Feuvre, 2005 :60)». C'est ce que nous retrouvons dans ces pratiques qui, même si elles sont minoritaires, participent à cantonner les femmes dans des rôles qu'un certain imaginaire collectif leur attribue – les métiers dits du care, comme la profession infirmière - ou à ne pas leur reconnaître des compétences professionnelles égales à celles de leurs pairs masculins. Tant avec la pratique consistant à répondre favorablement à la requête de la patiente que dans le discours de cette médecin assistante, nous allons à l'encontre de l'idée selon laquelle "là où il y a pouvoir, il y a résistance" (Foucault, 1996:125). Nous y notons en effet une forme de passivité et même parfois de maintien de cette forme de pouvoir des compétences sexuées du corps médical. La relation de genre entre le corps médical et les patients ne semble ainsi pas représenter un des points de résistance « nécessaire » ou « concertée » du corps médical (Foucault, 1996 :126).

---

30 Ici, nous utilisons la distinction entre le genre masculin et féminin. En effet, l'usage du féminin comme marqueur du genre est essentielle à la compréhension de ces enjeux.

Si nous revenons à la question plus générale d'identification des professionnels, ce médecin cadre soulève la problématique lors d'un entretien:

*« Ce qui fait que j'ai imposé la semaine dernière, il y a 10 jours et j'ai fait imprimer des cartes de visite pour les 100 A, tous, je leur impose que quand ils vont voir un PA le lundi, ils disent [mouvement] "Voilà, mon nom est Madame Untel, je suis votre médecin, je suis responsable de vous toute la semaine. C'est moi qui prends en charge de vous. Mon nom, si y'a un problème vous m'appellez, c'est moi qui vous [incomp]". Vous allez voir des tas de gens [incomp]. Pour faire ce lien formel et qu'il y ait un nom [...] » #MC\_00:21:16-4#*

Ainsi, sa proposition viserait une meilleure identification par les patients des professionnels. Toutefois, lors de nos observations participantes, nous avons relevé d'autres types de logiques de la part des médecins cadres, que ce soit lors de la présentation au patient de l'équipe présente en *grande visite* ou plus particulièrement du médecin assistant qui suit le patient au quotidien.

Premièrement, à propos de la présentation de l'équipe présente lors des *grandes visites*, nous notons que généralement c'est le médecin cadre qui introduit la visite par une brève présentation de l'équipe, comme par exemple dans cet extrait d'observations:

*Médecin Cadre dit à la Patiente : « On est nombreux, n'ayez pas peur ! Docteur [nom de famille du médecin assistant] va nous raconter pourquoi vous êtes là ». Journal de terrain*

Comme ici, nous avons constaté qu'il est souvent précisé que l'équipe est « nombreuse », sans autre explication. Aussi, nous constatons que parfois rien n'est signifié au sujet des personnes présentes. Ainsi, nous pouvons dire que si les médecins cadres ont conscience de ce problème d'identification des membres de l'équipe par les patients, nous ne pouvons pas dire que par les mécanismes alors à l'œuvre durant les *grandes visites* aillent dans le sens d'une amélioration.

Deuxièmement, nous notons des propos récurrents lorsque les médecins cadres parlent du médecin assistant au patient. Les médecins assistants sont, nous l'avons vu, non seulement sur le devant de la scène lors de ces *grandes visites* mais également ceux suivent le patient au quotidien :

*Médecin Cadre au Patient : « Mes collègues font très bien les choses ». Journal de terrain, forme OUT*

*Médecin Cadre au patient : « [...] toute l'équipe, avec de jeunes médecins et d'autres plus expérimentés. Il ne faut pas vous inquiéter. Vous avez le droit de corriger ». Journal de terrain, forme IN*

Ainsi, lorsque les médecins cadres désignent le médecin assistant au patient, ils entretiennent en général différents mécanismes : d'une part, le flou quant à l'identification des professionnels perdure et, d'autre part, ils participent à la catégorisation binaire du corps médical « jeunes-vieux ». Toutefois, nous relevons l'usage de « collègue » qui renvoie selon nous à une répartition plus horizontale, pariétale, des professionnels qu'à une hiérarchie verticale.

En résumé, nous saisissons la difficulté des patients face à la multiplicité des soignants, spécialement dans cette logique pyramidale. Lors des entretiens avec les patients, nous avons pu noter la facilité des patients à identifier le « professeur », contrairement aux autres soignants. Fainzang relève différentes logiques relationnelles de patients. Selon elle, si certains préfèrent discuter avec le corps infirmier au statut hospitalier hiérarchiquement plus accessible que le corps médical, d'autre préfèrent questionner ceux qu'ils jugent plus compétents, c'est-à-dire les médecins (Fainzang, 2006 :55). Nous pouvons étendre ce dernier constat avec une hiérarchie intra-professionnelle au corps médical, faite de statut professionnel mais aussi de genre. Une hiérarchisation verticale et/ou genrée généralement perçue par les différents professionnels mais qui ne semble rencontrer que peu de résistances et qui est même parfois entretenue par les discours et les pratiques des différents acteurs.

## 5. FORMER A LA CLINIQUE, LE DISPOSITIF DES *GRANDES VISITES*: THEORIE, ANALYSE ET DISCUSSION

## 5.1 LA FORMATION DES MEDECINS : ADHERENCE ET RESISTANCE

L'hôpital universitaire est un lieu de soin, de recherche et de formation. « L'apprentissage ne se limite pas à l'exercice d'examens cliniques ensuite vérifiés par l'interne » nous dit Saint-Marc (Saint-Marc, 2012 :119). Traditionnellement, les *grandes visites* participent à cet apprentissage. Ainsi, Saint-Marc nous dit que « dans plusieurs services les professeurs s'engagent au travers des visites à exercer les étudiants à l'analyse de cas. Ils font la tournée des chambres en se faisant commenter par les étudiants en charge des dossiers les cas des patients, ils leur posent des questions et les amènent sur la voie du diagnostic. Ces visites sont en même temps l'occasion de faire le point sur des savoirs théoriques mal maîtrisés » (Saint-Marc, 2012 :119). Avec cette visée formative révélée par Saint-Marc, nous saisissons la dimension pédagogique des *grandes visites*. Aussi, lorsque Saint-Marc nous dit que « devenir médecin passe par 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 » (Saint-Marc, 2012 :175), nous notons qu'il convient de comprendre la « formation » dans un sens large. Autrement dit, il ne faut pas se limiter à une analyse en termes d'approches pédagogiques uniquement mais tenir compte de multiples dimensions qui participent à « devenir médecin ». Nous interrogerons alors les approches pédagogiques mises-en-œuvre durant les *grandes visites*, leurs compétences visées et la socialisation professionnelle des médecins en formation. Précédemment, nous avons observé la multiplicité des catégories professionnelles ; notre analyse sera l'occasion de les mobiliser afin de mieux saisir les différents enjeux en terme de formation.

### Les approches pédagogiques : entre rôle modèle des médecins cadres et participation des médecins en formation

Lors de nos observations, nous avons pu noter différentes formes d'interactions participant à la formation des médecins. Des interactions qui ont lieu dans l'environnement des *grandes visites*, un environnement fait de relations sociales professionnelles au sein d'une hiérarchie verticale bien présente. Nous pouvons définir ces approches pédagogiques comme des modes de transmission multiples de savoir, savoir-faire et savoir-être. Lors d'une *grande visite*, deux grands types de mécanismes cohabitent. D'une part, nous pouvons remarquer des dispositifs qui sont parties prenantes de chaque *grande visite*. D'autre part, nous notons des mécanismes qui dépendent plus spécifiquement du médecin cadre alors en charge de l'unité. Nous observerons ainsi comment se joue la transmission des savoirs, savoir-faire et savoir-être ? Quels mécanismes hiérarchiques ces approches mettent-elles en jeu ? En quoi les médecins en formation sont-ils sollicités, voire source d'initiatives dans ces formats pédagogiques ? De quelle manière l'erreur est-elle appréhendée ? En quoi l'évaluation est-elle présente durant les *grandes visites* ? En quoi les approches pédagogiques relèvent-elles d'un partage de savoir ou au contraire d'un environnement de surveillance ? De quelle manière ces formats pédagogiques interagissent-ils avec les formes IN et OUT ?

D'une manière générale, il convient de préciser que les *grandes visites* relèvent d'une dimension pédagogique particulière, comme le note Saint-Marc lorsqu'il nous dit que « cette approche pédagogique [les visites qui font intervenir le groupe de médecins en formation] serait l'apanage des professeurs. A l'inverse, le compagnonnage, préféré des chefs de clinique, est caractérisé par des informations données uniquement à « l'étudiant qui s'occupe du patient » (Saint-Marc, 2012 :119). La particularité des *grandes visites* se situe ainsi autour des professionnels concernés par ce type de transmission de savoir, c'est-à-dire l'ensemble de l'équipe médicale. D'un point de vue de l'apprentissage, ces visites sont un type de situations spécifiques et ne sont pas exhaustives de la formation clinique des médecins.

Avant tout, cherchons à comprendre qui sont les apprenants. Nous avons précédemment mis à jour les catégories de médecins dits « vieux » ou « expérimentés » et les « jeunes », catégories qui relevant de l'expérience professionnelle. Nous pouvons observer ici en quoi les processus formatifs semblent destinés aux médecins les plus « jeunes ». Tout d'abord, nous pouvons relever dans nos observations des désignations claires des destinataires de certains apprentissages que ce soit sous la forme d'interpellations du médecin cadre telles par exemple "je le dis par rapport aux étudiants", "en pensant aux stagiaires", par le regard ou encore le fait de se tourner vers eux. A propos d'interpeler les apprenants visés, il est intéressant de noter ce type de situation particulière :

*Dans le couloir*

*Médecin Cadre aux étudiants: "Et vous l'avez tous auscultée?"*

*Médecin Assistant qui est en charge du patient: "Oui, le souffle, faut écouter ça".*

*Médecin Assistant qui n'est pas en charge du patient: "Moi, je l'ai pas écoutée".*

*Journal de terrain, forme OUT*

Ici, si le médecin cadre interpelle d'abord les étudiants, le médecin assistant qui ne suit pas ce patient au quotidien semble se sentir lui-aussi concerné par cette dimension de formation et se l'approprie, participant à la multiplication des expériences cliniques. Ainsi, les destinataires fréquemment visés par la dimension formative sont les étudiants et les médecins assistants.

Nous avons vu que, en fonction du choix des patients, les *grandes visites* répondent en partie à un objectif de formation. Selon Saint-Marc, « l'apprentissage pratique, souvent attendu avec impatience, va ouvrir les portes des services hospitaliers aux étudiants » (Saint-Marc, 2012 :103). Le sociologue parle « d'apprentissage pratique ». Il paraît dès lors intéressant de situer les *grandes visites* dans leur dimension formative au sein du parcours des médecins les plus jeunes. Les propos de ce médecin assistant sont intéressants :

*[...] souvent ce qu'on dit, mais en 1ère année, t'apprends à être un assistant pis un début d'assistantat, être un assistant pis à te débrouiller, à gérer les problèmes au quotidien, à t'occuper de tes patients, mais la théorie elle va derrière quoi. Finalement, t'es, tu sais moins que pendant tes études...*

*#MA\_00:20:36-4#*

Cet extrait dit l'acclimatation à la pratique clinique dont doit faire preuve le médecin assistant qui débute *in situ*. Les savoirs, acquis durant le cursus académique, passent au second plan alors que l'acquisition et l'exercice des savoir-faire et savoir-être semblent dès lors primordiaux. Good théorise ce passage. Selon lui, « apprendre à écrire et à parler est essentiel

dans les premiers temps de la pratique clinique. C'est l'époque où il n'est plus question d'études théoriques de cas, et où l'étudiant qui tout à la fois désire depuis longtemps avoir à faire à de vrais patients et se demande s'il en saura jamais assez pour assumer une telle responsabilité » (Good, 1998 :172). Dès lors, cherchons à comprendre en quoi les *grandes visites* apparaissent comme une situation d'apprentissage dans ce contexte particulier. Comme le révèlent les propos d'un médecin assistant, un dispositif de formation intégré à l'exercice professionnel, telles les *grandes visites*, est d'autant plus appréciable que le temps pour le « perfectionnement professionnel », autrement dit la formation continue, semble manquer « dans le métier de médecin ». Nous pouvons ainsi affiner ce passage : de l'université, lieu où l'étudiant acquiert des savoirs académiques, avec son nouveau statut de médecin assistant, ce dernier passe à la clinique, lieu de la pratique mais aussi d'apprentissages tournés vers cette pratique.

Aussi, avec le dispositif académique des cours blocs, le service accueille des étudiants en stage. Dans ce service, les *grandes visites* seraient alors dès lors de formation non seulement pour les médecins assistants mais aussi pour les étudiants. Comment ces derniers le perçoivent-ils ?

*« Parce que souvent, lorsque les assistants font leurs visites [quotidiennes], bin, ils sont aussi pressés par le temps. Ils ont moins aussi, de temps pour nous, pour nous poser des question. Ça se fait mais moins. Tandis que là, y'a vraiment un espace qui est prévu pour réfléchir sur la questions clé [...] #ETU\_00:19:26-0#*

Tout d'abord, les *grandes visites* apparaissent comme un lieu, un « espace » où le quotidien est suspendu, et le temps présent spécifiquement destiné à cette formation. Un autre étudiant adopte une perspective comparative. Par rapport à ses autres expériences, cet étudiant dit percevoir dans ce service une dynamique active en matière d'apprentissage, avec des médecins cadres les incluant. Selon nous, inclure permet en quelque sorte aux étudiants « de pouvoir enfin “jouer“ au médecin » (Saint-Marc, 2012 :103), posture attendue avec l'apprentissage pratique. Un étudiant donne l'explication suivante à cette attention spéciale qui leur est portée dans ce service :

*« Je sais pas [l'implication des médecins cadres dans teachnig], est-ce qu'ils ont plus impliqués eux dans la formation, ils nous donnent des cours. C'est vrai que dans d'autres services, je pense qu'on leur a dit, il faudra leur faire un peu de teaching! Mais c'est pas des gens qui ont l'habitude d'être professeur et puis de donner, d'enseigner ». #ETU\_00:52:33-3#*

Selon lui, la double implication - académique et clinique – des médecins cadres permet une approche plus proactive de la formation des plus jeunes en milieu clinique. Toujours dans une perspective comparative, un autre étudiant exprime de quelle manière la démarche du service lui est utile :

*« Parce qu'ailleurs, les grandes visites, elles se passent pas du tout comme ça. Non, mais, on comprend juste rien. Enfin, nous en tant que stagiaires moi, j'arrivais, je comprenais rien parce qu'ils arrivaient, "patata" ils parlaient, et puis ils partaient. Et puis nous on suivait sans trop, enfin, on comprenait, enfin, en tout cas moi, je comprenais pas grand chose de ce qui faisait. Parce qu'il y avait pas un retour, enfin, le cas exposé en fait ». #ETU\_00:10:51-6#*

Avec ce témoignage, nous pouvons dire que le parti pris du service de ne voir que quelques patients sélectionnés mais de voir leur histoire en détail semble reconnu par les étudiants comme pédagogiquement utile.

Si les étudiants, qui « tournent » par ailleurs dans les différents services, comparent beaucoup avec leurs autres expériences, les « jeunes » médecins – ici les médecins assistants et certains jeunes chefs de cliniques - ont plutôt tendance à comparer dans une perspective diachronique. En effet, leurs propos expriment un changement temporel dans la manière de présenter un cas en *grande visite* : une façon plus contemporaine et une autre qu'ils qualifient de « vieille école ». Ils disent non seulement les changements en lien avec le patient - son histoire, souvent faite de comorbidité, et la multiplication des examens et des données labos - mais également un changement d'attentes des médecins cadres. Selon eux, la conception « old school » ou « vieille école » de la *grande visite* - c'est-à-dire menée par un « professeur » avec le médecin assistant qui connaît le cas de son patient par cœur - est encore fortement ancrée malgré l'« évolution » des acteurs et du contexte. Un jeune chef de clinique explique d'ailleurs ainsi - « avoir une vague idée, ça fait quand même mieux » - le fait de se positionner « derrière l'ordinateur », c'est-à-dire en ayant sous les yeux pour les données du dossier patient informatisé pour pouvoir corriger l'information donnée par le médecin assistant si cela s'avère nécessaire.

Notre terrain montre que différents dispositifs pédagogiques sont mobilisés durant les *grandes visites* afin d'approcher les savoirs, savoir-faire ou savoir-être. A ce propos, un médecin cadre nous dit :

*« Et pis l'enseignement, le niveau d'enseignement peut être extrêmement modulé pendant la visite, en posant des questions, en allant faire écouter "ah tiens, écoutes ce souffle, ces crépitations" disons ça on peut moduler en fonction du temps ». #MC\_00:53:18-3#*

Pour lui, différentes approches peuvent cohabiter au sein d'une même *grande visite*. En effet, nos observations montrent qu'une approche n'en exclut pas une autre mais que l'une n'appelle pas *de facto* l'autre. Nous allons ici présenter les différentes approches pédagogiques observées, plus ou moins mobilisés par les différents acteurs. Précisons que leur dénomination - créée par nous - le sont en fonction des pratiques et logiques mises en lumière par l'analyse. Cette nomenclature ne relève aucunement des sciences de l'éducation ou de la pédagogie médicale.

### **Le « rôle modèle »**

Premièrement, si nous nous rappelons des propos d'un médecin cadre, nous notons une dynamique d'apprentissage qui relèverait du « rôle modèle » tenu par son groupe de pairs. Observons plus finement ce que celui-ci entend par « rôle modèle » :

*« Mais ces dimensions, le savoir-être, on peut pas l'aborder en théorie, il faut le montrer. Le savoir-être se transmet et et d'où l'importance d'être des bons rôles modèles ». #MC\_00:54:38-3#*

Selon lui, cette posture pédagogique en situation clinique permettrait la transmission des savoir-être, lesquels ne peuvent se transmettre par une approche théorique. Les propos des

étudiants vont dans le même sens. Un médecin assistant va plus loin en ajoutant une dimension nouvelle, celle du passage de l'académique à la clinique :

*« Oui. Je crois qu'on n'est pas enseigné à le faire. A l'université surtout on apprend les mots techniques mais après avec l'expérience, on essaie d'adapter au patient qui est devant nous ». #MA\_00:10:01-4#*

Apprendre en observant. Les propos du médecin assistant qui disent l'adaptation nécessaire - par ailleurs facilitée par l'expérience de la clinique - rejoignent également ceux du médecin cadre. Une expérience que souhaite en effet transmettre ce médecin cadre :

*« Alors, quand je parlais du rôle modèle, nous ce qu'on veut transmettre, c'est un savoir-être. Le fait de donner la parole aux infirmières n'est pas quelque chose d'inné ou d'acquis [...] Et moi, ça m'avait marqué beaucoup quand j'avais vu des gens qui le faisaient. Soit les gens qui adhéraient l'avis du patient, soit le fait d'intégrer l'avis des infirmières ». #MC\_00:54:20-0#*

Avec les propos de ce médecin cadre explicitant sa propre acquisition de savoir-être, nous saisissons bien l'importance accordée à la transmission intergénérationnelle. Pour les apprenants ou les expérimentés, l'« expérience » et l'acquis, revêtent une importance particulière. Toutefois, pour ce chef de clinique, les *grandes visites* ne permettent que peu l'acquisition de savoir-être. En effet, la relation avec le patient y ayant selon lui peu de place, il ne perçoit pas les savoir-être comme une compétence qui s'y acquiert, contrairement aux savoirs et savoir-faire. Un médecin cadre revient en entretien sur une situation que nous considérons comme relevant du « rôle modèle » :

*« [...] en démontrant comment on fait. Et j'essaie toujours de, d'ouvrir la discussion et de montrer aux gens qu'on peut affronter même des situations difficiles et je pense le cas de hier, la patiente qui était à la limite au bord des larmes pendant tout l'entretien, je pense, j'ai un peu fait exprès à la fin, de de poser la questions indirect "est-ce que c'est des larmes que je vois là?" pour montrer aussi aux gens qu'on peut facilement ouvrir un niveau avec tact et on peut le faire en présence de de tout le monde. #MC\_00:33:17-8#*

Pour lui, il est important de pouvoir montrer l'exemple dans diverses situations, des situations difficiles par exemple, mais aussi des situations plus typiques. Avec cette explication, il apporte aussi une nuance supplémentaire à la simple démonstration à laquelle pourrait s'en tenir le rôle modèle, à savoir discuter ouvertement la situation vécue, en ne l'évitant pas ou en la discutant *a posteriori*.

Ainsi, nous avons mis en lumière un « rôle modèle », tenu par les médecins cadres. C'est-à-dire un rôle donnant à voir par la pratique clinique les « bonnes » interactions qui ne peuvent s'acquérir par l'apprentissage théorique ou académique. Ce rôle est souvent perçu dans sa dimension intergénérationnelle, qui se perpétue de génération en génération et pour lequel l'« expérience » est importante. Il répondrait plus à des objectifs d'acquisition de savoir-être et de savoir-faire, deux formes de compétences fortement liées à la relation aux patients. Nous saisissons la préférence marquée des médecins cadres pour la forme IN des *grandes visites*. Cette forme, et encore plus la forme dite IN IN, qui offre une plus large place aux rapports avec les patients, permettraient ainsi de mieux atteindre les compétences relevant des savoir-être. Par contre, si nous nous souvenons des critères de choix des patients vus en *grande visite*, les savoir-être étaient peu évoqués – hormis les médecins assistants qui ont parlé d'« approcher une attitude relationnelle exemplaire avec le patient ». Dès lors, nous pouvons

dire que le choix des patients n'a que peu d'effet sur un apprentissage des savoir-être avec une approche de rôle modèle, voire « exemplaire ».

### ***La présentation de cas par les médecins assistants ou les étudiants***

Deuxièmement, un autre type de processus formatif est en place de manière systématique durant ces *grandes visites*. Il s'agit de la présentation de cas par les médecins assistants ou les étudiants. L'apprenant y présente l'histoire du patient et elle est ensuite discutée. Cette partie a lieu au début de la *grande visite*, plus précisément dans le couloir dans la forme OUT et au lit du patient dans la forme IN. Observons un exemple de déroulement :

*Le Médecin Cadre interpelle une fois les étudiants. Il leur demande de résumer le cas de patient, après que le Médecin Assistant ait raconté son "histoire".*

*Journal de terrain, forme IN*

Ici, l'histoire est dite par le médecin assistant mais les étudiants sont également associés à cette partie de la *grande visite* sous la forme de questions de compréhension du médecin cadre. En d'autres termes, le médecin cadre se réapproprie l'histoire du patient comme dispositif pédagogique. Souvent, après la première des trois semaines dans le service, les étudiants sont invités à présenter eux-mêmes le cas d'un patient. A ce propos, un médecin assistant nous dit :

*« non pas pour eux [les étudiants], c'est formateur parce que finalement eux, ça les force à essayer de faire la synthèse sur un cas. Eux, la veille, ils ont plus le temps de préparer que nous aussi. On peut leur donner l'après-midi pour bien préparer le cas, revoir avec eux. Pour eux, c'est formateur pas bon, ils sont contents, ça permet de les impliquer aussi parce que des fois, c'est pas toujours facile, surtout si a des journées où c'est la bourre et où y'a plein de choses, le stagiaire on peut un peu l'oublier ». #MA\_00:23:50-5#*

Ce médecin assistant note que la présentation de cas par les plus jeunes revêt un intérêt de formation, vers la synthétisation - ou comme le dit Good « apprendre à “aller à l'essentiel” » (Good, 1998 :177) - mais permet aussi de rendre les étudiants partie prenante de ces *grandes visites* et plus largement du quotidien clinique. Il se positionne ici comme une personne de référence pour l'étudiant. Au sujet de la narration de l'histoire du patient, un étudiant nous dit :

*"Parce qu'il y a des étapes à faire. On vient d'apprendre ça". #ETU\_00:03:56-4# [...]*

Présenter un cas clinique avec sa structure particulière est un apprentissage particulier en soi. Cela renvoie à Good lorsque celui-ci dit que « la présentation de cas clinique constitue un genre en soi » (Good, 1998 :176). Plus précisément, « la présentation est stéréotypée dans sa forme, mais varie en longueur selon le moment » (Good, 1998 :177). Mais aussi, plus largement, « c'est par cet exposé que la personne est constituée en tant que patient et problème médical » (Good, 1998 :176-177). Les étudiants deviennent non seulement partie prenante du quotidien clinique mais ils acquièrent aussi une manière de transformer le malade en patient, de le lire, le dire et l'écrire. Autrement dit, de lui constituer une identité de patient. Si nous revenons aux propos de l'étudiant, nous relevons que cet exercice clinique est lié temporellement à un apprentissage académique. D'ailleurs, nous nous souvenons des nombreux parallèles qu'effectuent les étudiants entre l'affiliation clinique et académique des

médecins cadres, et notamment comme piste explicative de l'intégration active des étudiants aux *grandes visites*. Si pour Saint-Marc, de manière générale, « le rôle de médecin ne pouvait se réduire à la maîtrise des savoirs scientifiques et des protocoles » (Saint-Marc, 2012 :104), nous pouvons néanmoins affiner cela en ajoutant que certains ponts - telle la double affiliation des médecins cadres ou l'organisation des cours blocs - entre les deux mondes semblent même faciliter la mise-en-œuvre pratique de certains apprentissages.

Ainsi, si étudiants et médecins assistants présentent l'histoire du patient, nous notons quelques différences. A propos de la présentation du cas par les étudiants, nous relevons que les étudiants ont souvent recours à une fiche de notes, contrairement aux médecins assistants qui la narrent généralement selon un mode qu'ils qualifient eux-mêmes de « vieille école ». A propos du récit appris « par cœur » et de sa structure particulière, Good note une « dimension théâtrale » que les « étudiants saisissent très rapidement. Ils répètent leurs présentations, apprennent à ne pas lire leurs notes, et même à s'arranger avec certains détails lorsque leur mémoire vient à flancher » (Good, 1998 :178). Un médecin cadre évoquait un « exercice de style » révolu. Au contraire, entretiens et observations de et avec les médecins assistants montrent que pour eux, cette pratique est encore perçue comme attendue. Ces présentations sont parfois accompagnées de questions plus précises à l'étudiant. Généralement, le médecin cadre propose une série de questions comme piste de réflexion clinique. Aussi, nous remarquons une posture particulière des médecins cadres lorsque l'histoire est présentée par un étudiant, comme ici :

*A la fin de la Grande Visite, le médecin cadre félicite l'étudiant pour sa présentation*

*A la fin de la Grande Visite et à propos de la présentation de l'étudiant du cas, le Médecin Cadre dit qu'il "faut toujours se demander comment donner toutes les infos aux patients ».*

*Journal de terrain, forme OUT*

Cet extrait met en avant le retour informatif qui est fait par le médecin cadre à l'étudiant à la fin de la *grande visite*. De manière générale, nous constatons que les retours sont positifs, encourageants et parfois, comme ici, accompagnés de conseils.

De manière plus générale, selon Good, la présentation de cas représente une étape importante dans la formation des étudiants. Après avoir appris à observer lors de leur cursus académique, ils apprennent à parler et écrire autrement par la pratique (Good, 1998 :172). Cette étape correspond généralement au moment où l'étudiant « passe enfin les portes de l'hôpital », ou comme nous l'avons relevé dans les témoignages d'un passage de l'académique à la clinique. Aussi, l'étudiant « va apprendre à construire le malade en tant que patient, perçu, analysé et présenté comme relevant du traitement médical. Apprendre à faire correctement le point sur un patient est essentiel à ce processus » (Good, 1998 :172). Dès lors, la présentation de cas n'est pas qu'un simple exercice mais participe plus largement à une conception professionnelle du patient et en ce sens à la socialisation professionnelle. Nous aurons l'occasion de revenir sur la « construction » de celui-ci dans le sous-chapitre 5.3 consacré à relation clinique entre le corps médical et le patient.

### ***L'exercice aux gestes pratiques***

Troisièmement, un autre type de compétences est visé durant ces *grandes visites* et dont les propos de cet étudiant sont représentatifs des observations :

*« Bin, la pratique aussi finalement! Il y a, comme il y a les grands chefs qui sont là et qui ont beaucoup d'expériences on peut aussi voir comment eux examinent les patient. Ils peuvent aussi nous corriger sur certaines choses, nous faire écouter certains souffles qu'on n'aurait pas entendus tout seuls. Donc, il y a aussi les gestes pratiques ». #ETU\_00:34:34-9#*

Des compétences de l'ordre du « savoir-faire » seraient approchées à travers l'exercice aux gestes pratiques, autrement dit l'examen du patient. A nouveau, cet étudiant évoque l'« expérience » des médecins cadres et le fait que ceux-ci peuvent les guider dans ces savoir-faire cliniques. Saint-Marc nous dit que « les externes ne s'essayent aux actes pratiques qu'après avoir longuement observé les autres faire » (Saint-Marc, 2012 :120). S'il est vrai que l'importance de l'observation a souvent été évoquée par les différents acteurs, nous avons vu qu'elle ne concerne finalement que peu les gestes pratiques, autrement dit les savoir-faire, dans leurs discours mais plutôt les savoir-être. Aussi, dans ce service, les étudiants sont très rapidement invités à s'exercer à des gestes pratiques, dès leur première semaine de stage. De plus, lorsque nous observons les *grandes visites* dans leur ensemble, nous pouvons constater que le moment passé auprès du patient n'est finalement pas le seul permettant leur bonne appréhension. En effet, si les gestes en eux-mêmes sont observés, pratiqués et exercés sur le patient, c'est-à-dire dans la chambre, nos observations montrent qu'ils sont ensuite souvent rediscutés, explicités, dans le couloir. Dès lors, les moments hors de la chambre ne semblent pas préteriter ce type d'apprentissage mais au contraire le renforcer. Enfin, un extrait apporte une lecture bottom up de la compréhension de ces gestes pratiques :

*Médecin Chef de Clinique aimerait écouter le cœur du patient.  
Médecin Assistant en charge du patient aux étudiants : « allez-y ! »  
Etudiant A aux autres étudiants : « Allez-y, j'ai déjà entendu ce matin ! »  
CDC, ETU et Médecin Cadre écoutent.  
Etudiant A demande à Médecin Assistant ce qu'on peut soupçonner [en chuchotant].  
MA lui explique [en chuchotant]  
Journal de terrain, forme IN*

Au-delà du fait que les *grandes visites* sont le lieu pour exercer les savoir-faire - ici écouter le cœur d'un patient - l'extrait montre en quoi ces mécanismes d'apprentissage sont généralement initiés par le haut et que leur transmission est elle-aussi top down, c'est-à-dire du médecin cadre aux apprenants. Toutefois, ils sont parfois faits d'échanges multiples, avec des impulsions venant également des « plus jeunes » et ne s'adressant pas que aux plus expérimentés. Mais avec l'interpellation chuchotée et discrète que nous relevons ci-dessus, nous comprenons que ce type de comportement n'est pas perçu par les plus jeunes comme ayant une place légitime, particulièrement dans la chambre du patient. Aussi, nous voyons en quoi pour cet étudiant, le médecin assistant représente un professionnel de référence plus expérimenté. Cette relation formative se rapproche plus du compagnonnage décrit par Saint-Marc que de celles qui se jouent habituellement lors des *grandes visites*.

Aussi, cette approche encourage l'exercice aux gestes pratiques. Comment sont perçus ces exercices par les étudiants ? Selon les entretiens avec les étudiants, le statut de stagiaire permet de s'exercer. Il donne droit à l'erreur. Une erreur qui revêt pour les étudiants un enjeu différent que pour les médecins assistants et ce bien que ces derniers soient eux aussi généralement considérés comme des apprenants. Nous reviendrons sur le statut de l'erreur une fois les différents modes d'apprentissage exposés.

### ***Les questions et interpellations par le médecin cadre***

Quatrièmement, nous notons durant les *grandes visites* des questions ou des interpellations par le médecin cadre concernant des savoirs, comme dans l'extrait suivant :

*Série de questions du médecin cadre aux étudiants. Les étudiants raisonnent à voix haute. Médecin cadre continue les questions et explique. Médecin cadre aiguille parfois les étudiants pour les aider à trouver réponses, en affinant les questions.  
Journal de terrain, forme OUT*

Cet extrait est exemplaire de nos observations. Sous formes de questions-réponses, les échanges ont lieu entre le médecin cadre et les étudiants et peuvent inclure les médecins assistants. Généralement, les questions sont formulées de manière aidante et constructive. Elles ont lieu tant dans la chambre que dans le couloir. Par contre, lorsqu'une question pose problème, celle-ci est souvent reprise plus tard dans le couloir, que la forme initiale de la *grande visite* soit IN ou OUT. Dès lors, nous ne pouvons pas dire que la forme de *grande visite* ait un impact sur ce type d'apprentissage, mis-à-part la forme dite IN-IN qui n'offre aucun moment dans le couloir et lors de laquelle nous n'avons pas pu observer de retour explicatif détaillé.

### ***La narration de cas par le médecin cadre***

Cinquièmement, nous relevons une forme de transmission des apprentissages que nous formulons comme la « narration de cas par le médecin cadre ». En effet, nous avons pu observer, et ce plus particulièrement avec un des médecin cadre, le type d'échange suivant :

*Dans le couloir :  
Le Médecin Cadre raconte beaucoup à propos de question d'éthique - mais en ne posant pas de questions - au sujet de la question de la confession des patients à prendre en compte lors des cas de décès envisageables. Il évoque des décisions difficiles à prendre, des décisions à prendre en groupe, des réseaux; le fait de ne pas laisser les décisions d'arrêt thérapeutique aux enfants des patients car c'est trop lourd pour eux.  
Le Médecin Chef de Clinique parle aussi aux étudiants des propres convictions de médecins (par rapport à l'arrêt thérapeutique) qui interviennent et qui peuvent différer d'un médecin à l'autre.  
Journal de terrain, forme OUT*

Ce type d' « interactions » va généralement dans un seul sens : du médecin cadre - et parfois comme ici avec chef de clinique - qui émet une information généralement de l'ordre du savoir ou du savoir-être à destination des apprenants. On y retrouve donc une transmission fortement top down. Le contenu fait souvent allusion aux cours théoriques récemment suivis par les étudiants avec ledit médecin cadre comme enseignants. Toujours dans ce mode de transmission top down de savoir et savoir-être, nous avons pu noter des situations de ce type :

*Médecin Cadre : « là, vous avez un joli cas d'insuffisance rénale »  
Deux des trois étudiants prennent alors des notes  
Journal de terrain, forme OUT*

Régulièrement, les médecins cadres parlent de « cas » qui sont tour à tour « joli », « exceptionnel » ou encore « intéressant ». Si ces qualificatifs peuvent *a priori* surprendre alors que nous parlons de patients malades, ils s'expliquent par l'intérêt que le cas, c'est-à-dire ici l'histoire du patient – représente en terme d'apprentissage pour les moins expérimentés.

### **Les questions des apprenants**

Sixièmement, nous notons une forme - plus rare - de transmission de savoir, savoir-être ou savoir-faire. Avec des questions des apprenants, nous nous éloignons cette fois-ci d'une perspective entièrement top down :

*Etudiant pose une question dans le couloir:  
Médecin Cadre : « vous savez pourquoi elle a une hypothyroïdie ? »  
Médecin Assistant: « non »  
Etudiant : « ça pourrait être la cause de la prise de poids ? »  
Médecin Cadre : « si c'est réglé, non »  
Chef de Clinique: « on n'a pas contrôlé, j'ai vu ».  
Journal de terrain, forme IN*

Ainsi, si la transmission des connaissances est toujours top down, l'initiative vient des apprenants et est destinée cette fois-ci aux plus expérimentés. En effet, nous constatons que l'échange est initié par un étudiant avec une question à partir de laquelle le médecin cadre rebondit par une autre question, développant alors la réflexion clinique. Toutefois, les différents professionnels prendront part à cette réflexion clinique, y compris le chef de clinique. Dès lors, nous notons que cette situation est exemplaire de ce chevauchement de la dimension de formation et de celle de la clinique. Cette situation, rare, a eu lieu dans le couloir. Nous nous rappelons avoir mis en lumière plus haut une situation où un étudiant interrogeait discrètement le médecin assistant. La rareté de ces questions initiées par les plus jeunes ainsi que la différence observée entre le couloir et la chambre nous permet de penser qu'il est plus aisé, et cela reste très relatif, pour les plus jeunes d'intervenir dans le couloir que dans la chambre.

### **La réflexion clinique en toile de fond**

Finalement, en toile de fond de ces différentes approches, se trouve une compétence générale que ces propos révèlent:

*Alors, l'avantage, l'avantage, c'est que on peut l'utiliser comme vraiment de l'enseignement et ça veut dire qu'on peut enseigner le raisonnement clinique. [...]. Et l'apprentissage du raisonnement clinique et surtout en médecine interne, mais globalement en médecine, est la clé du succès je dirais. [...]  
#MC\_00:25:20-6#*

*Médecin cadre à Médecin assistant : "vous allez jusqu'au bout de votre raisonnement. Ce sont ces enjeux que les étudiants doivent vraiment entendre"  
Journal de terrain, forme IN*

Il s'agit de la réflexion clinique. Selon les observations et entretiens, nous pouvons la décrire comme un raisonnement qui fait le lien entre les données de type « labo », l'histoire du patient réélaboree par le professionnel, l'auscultation et l'écoute du patient lui-même. Saint-Marc, lui, évoque l'« analyse de cas » (Saint-Marc, 2012 :119). Nous retrouvons en effet dans les *grandes visites* observées des similitudes avec son descriptif, à commencer par le fait qu'elles sont menées par un Professeur (ou un médecin cadre dans notre cas). Par les multiples approches formatives et leurs modes de transmission et d'exercice variés que permettent les *grandes visites*, les médecins cadres tendent à l'enseigner et la faire exercer aux moins expérimentés. Good évoque la rédaction du dossier du patient comme pratique formative. Selon nous, ces différents exercices se construisent autour du dossier. Pour Good, la rédaction, qui n'est pas qu'un simple compte rendu de l'échange avec le patient, « est en soi une pratique formative [...] ; elle est un moyen de construire la personne en tant que patient, document, projet » (Good, 1998 :173). Nous reviendrons sur la construction du patient dans le sous-chapitre 5.3 « La relation patient-médecin au cœur de la clinique ».

### **Les dispositifs évaluatifs**

L'évaluation ou la validation « est censée être le reflet de l'évolution des étudiants dans l'acquisition des gestes et savoirs nécessaire à la pratique de la médecine » (Saint-Marc, 2012 :139). Ajoutons que, en fonction de ce que nous avons relevé plus haut, nous pouvons étendre ces propos aux acquisitions des médecins assistants. Nous saisissons aussi clairement l'idée de temps d'apprentissage nécessaire aux acquisitions, un temps qui permet aux apprenant d'évoluer, notamment par les exercices, les erreurs ou encore les remédiations produits par les approches pédagogiques mises en lumière. Et si ces approches pédagogiques sont largement visibles en situation de *grandes visites* ou discutées dans les entretiens, l'évaluation (in)formative ou certificative des apprenants reste peu visible ou visibilisée. Un médecin cadre nous dit toutefois à propos des *grandes visites* :

*« Oui pour eux [MA], c'est aussi une manière d'être évalués [...] et la pédagogie, c'est ça, c'est de voir "est-ce que eux sont capables de transmettre une information structurée dans un temps limité pour que l'autre le comprenne? Et qu'il le fasse de manière adéquate avec un savoir- être adéquat" et que je puisse l'évaluer. [...] » #MC\_00:05:38-0#*

Ainsi, nous comprenons que pour ce médecin cadre, les *grandes visites* sont aussi un espace d'évaluation des médecins assistants, dans le domaine des savoir-être notamment. Un médecin assistant dit percevoir cette dimension évaluative en toile de fond. Pour lui, la *grande visite* est une des rare occasion pour le médecin cadre de voir le raisonnement du médecin assistant mais aussi « imagine »-t-il, son fonctionnement dans le service et avec les autres professionnels. Une perspective de pratique clinique qui est évoquée par un médecin cadre :

*« c'est au niveau indirect d'enseignement, c'est que de de la façon qu'un assistant me présente une entrée, on arrive rapidement à comprendre s'il a compris quelque chose ou s'il a pas compris et quel est son niveau de connaissance et quelles sont éventuellement ses lacunes dans l'horizon d'une clinique ». #MC\_00:52:30-5#*

Néanmoins, celui-ci élargit les domaines de compétences évaluées à ce que nous considérons comme la réflexion clinique, qui, nous l'avons vu, relève des savoirs, savoir-faire et savoir-être. Dès lors, c'est bien l'ensemble des *grandes visites* qui est évalué, constamment mais de manière peu visible, - le médecin assistant « imagine » - par les médecins cadres. Mais qu'est-il fait de ces évaluations ? Dans quelle mesure donnent-elles lieu à un retour informatif, voir certificatif ? A ce propos, un médecin cadre nous dit :

*« ... moi je pense que c'est important de donner un retour et puis comme toujours le retour devrait commencer par le positif. On le fait pas trop souvent. Donc, je essaie de m'en rappeler. Ça fait partie aussi de ça et je pense c'est un moment important de remerciements et de de rendre les gens attentifs aussi aux qualités qu'ils ont ». #MC\_00:39:26-8#*

Le retour informatif ne semble pas aller de soi. Par contre, il paraît important qu'il soit constructif, orienté également vers les compétences atteintes. Cette conception semble d'ailleurs perçue par ce médecin assistant qui nous dit :

*« Non, je crois que ce sont en plus des personnes sensibles [les médecins superviseurs], elles vont pas nous griller devant le patient. #MA\_00:19:25-6#*

Quant à eux, les étudiants ont une perception beaucoup plus formative de l'évaluation, en tenant ce type de discours :

*« Même par rapport au chef. On est vraiment là pour apprendre. Donc, j'avais pas vraiment peur de de faire d'erreurs. Enfin, je trouve qu'ici il y a un climat vraiment d'apprentissage. Moi, je sens pas du tout la pression du faux, de l'erreur, où on te dit "mais, t'as mal fait! C'est pas bien!" Enfin, j'ai jamais entendu ça. Les gens, ils sont très positifs". #ETU\_00:22:15-2#*

Pour eux, l'erreur est perçue comme plus acceptable. La hiérarchie « autori[sant] les étudiants à travailler à la limite de leur compétences et donc de commettre des erreurs » (Good, 1998 :183), l'évaluation prend une forme beaucoup plus formative. Quant à la manière d'être évalués, nous avons relevé un certain nombre de retours sous une forme parfois différente que celle des médecins assistants :

*Médecin Cadre demande à un étudiant de faire la critique de la présentation des ses collègues. MC commente ensuite. Le chef de clinique commente aussi et dit ce qui serait mieux. Journal de terrain, forme IN*

Ainsi, l'évaluation par les pairs semble mobilisée dans l'évaluation des étudiants, ce qui lui donne une dimension plus formative qu'informatif ou certificative que celle des médecins assistants. Cette conceptions fait écho à la perception de l'erreur plus ou moins acceptable par les apprenants eux-mêmes.

Dès lors, si l'évaluation est peu présente en tant que telle, elle est néanmoins bien existante, continuellement en toile de fond, sous une forme plutôt formative même si la finalité peut être certificative pour les médecins assistants. Aussi, le cadre particulier des *grandes visites*, avec leur dimension non pas individuelle mais collective de l'apprentissage, participe à l'évaluation des apprenants avec « des éloges et des blâmes publics » selon Good. Une forme de retour généralement organisé en « hiérarchie formalisée, où les plus hauts placés dispensent les récompenses » (Good, 1998 :182-183) mais aussi, nous l'avons vu, avec une évaluation horizontale par les pairs en ce qui concerne les étudiants.

### **Les grandes visites comme un « environnement totalitaire » ou un espace de partage ?**

Les différents éléments mis en lumière dans la précédente partie permettent de penser que lors des *grandes visites*, les apprenants – ou ceux que les acteurs professionnels considèrent comme tels - se trouvent dans un environnement que Byron Good qualifierait de « totalitaire ». C'est-à-dire un « cadre institutionnel » où ils seraient constamment sous contrôle et qui rappelle l'analyse du « panopticon » de Foucault, image plus ou moins abstraite évoquant des « institutions modernes qui allient observation, surveillance disciplinaire et enseignement » (Good, 1998 :182-183). Autrement dit, un dispositif qui permet de surveiller les « plus jeunes », avec son organisation formative et évaluative hiérarchisée (Good, 1998 :182-183), constante mais peu visible. Au-delà d'une surveillance des praticiens, Good constate que ce processus permet de contrôler également l'erreur, une erreur qui peut avoir des « conséquences gravissimes » dans le cadre hospitalier (Good, 1998 : 183). Des expériences qui agissent selon Saint-Marc comme des « stimuli implacables pour ne plus faire les mêmes erreurs » (Saint-Marc, 2012 :124). Une erreur à la fois maîtrisée mais qui permet par ailleurs d'apprendre, nous l'avons vu, la rendant plus ou moins acceptable. Avec le contrôle de l'« erreur », nous touchons à une dimension qui rappelle sans conteste celle de l'« expérience » qui est mobilisée dans la production des catégories informelles de « jeune » et de « vieux ». Par l'expérience constructive, l'apprenant rencontre de moins en moins l'erreur. Mais elle est par ailleurs de moins en moins tolérée.

A l'opposé de cette vision, nous pouvons voir dans les *grandes visites* un espace de partage des savoirs, au sein de cette relation sociale spécifique qu'est la relation hiérarchique. Notons que les savoirs sont à comprendre ici comme les diverses connaissances - savoir, savoir-être et savoir-faire - et ne se limitent pas au seul domaine des savoirs évoqué dans ce travail. En effet, nous nous rappelons de la hiérarchie verticale pyramidale qui caractérise le corps médical et qui semble imprégner la transmission de savoir, savoir-faire et savoir-être lors des *grandes visites* ; une transmission que nous pouvons caractériser de majoritairement top down. Fainzang (Fainzang, 2006 :67) offre une lecture particulière de la rétention du savoir en se référant à Philippe Roquelpo. Selon ce dernier, le partage du savoir, en opposition à la rétention du savoir est une forme de partage de pouvoir, ne laissant pas l'autre dans la dépendance. Si nous comprenons le « rôle modèle » comme un partage de savoirs, de connaissances, nous avons là une vision qui diffère de celle du modèle d'une autorité en terme de rétention de savoir et par extension de pouvoir. Finalement, le « rôle modèle » et les « narrations de cas » se rapprochent du partage de savoir et de pouvoir alors que les approches telles la narration de cas et les questions aux apprenants ou encore celles produisant une évaluation se rapprochent de la surveillance.

Aussi, le dispositif des *grandes visites* permet aux professionnels présents d'approcher un nombre de patients plus élevé que celui qu'ils suivent au quotidien et dès lors d'accumuler des « expériences ». D'une part, l'accumulation d'expériences semble selon nous pouvoir contourner l'obstacle souligné par Saint-Marc de la difficulté d'offrir une formation pratique homogène. D'autre part, nous nous souvenons de l'importance accordée à l'expérience, tant dans les catégorisations officielles des professionnels mais aussi ici en terme de transmission

top down des savoirs, savoir-faire et savoir-être. L'expérience clinique multiple participe ainsi à devenir un professionnel, à sortir du statut d'apprenant ; un professionnel qui devient alors à son tour apte à transmettre. Les médecins assistants ont ce statut particulier qui fait d'eux des apprenants pour les médecins cadre mais aussi de référents pour les étudiants. Ainsi apparaît clairement cette transmission top down, toutefois majoritairement menée par les médecins cadres.

Quant aux formes des *grandes visites*, nous pouvons dire que les formes IN et OUT permettent toutes deux de mettre en œuvre des dispositifs formatifs. Nous notons toutefois qu'une partie de discussion dans le couloir après la visite au lit du patient – partie qui est présente dans les formes OUT et IN mais pas dans la IN IN – permet de revenir de manière plus pointue sur des questions soulevées auprès du patient, de faire un retour formatif aux étudiants ou de laisser s'exprimer plus librement les étudiants. Seule une forme IN-IN stricte ne permettrait pas d'atteindre ces moments particuliers de formation ou de remédiation. Le cas échéant, nous pouvons néanmoins imaginer la compléter d'un moment réflexif dans le couloir à la fin du round.

#### « Devenir médecin »... ou l'importance de la socialisation professionnelle

Dans cette partie, après avoir exposé les deux approches fonctionnalistes et interactionnistes de la socialisation professionnelle, nous observerons les effets de l'organisation des *grandes visites* sur celles-ci. Puis, nous interrogerons les processus formatifs relevés ci-dessus participant à la transmission de normes et valeurs. Nous réfléchirons au stage comme mécanisme pédagogique de socialisation et enfin, nous aurons une lecture des *grandes visites* comme rite d'institution.

#### **Les approches théoriques de la socialisation professionnelle**

« Devenir médecin », pour reprendre les termes de Saint-Marc (Saint-Marc, 2011 :175), nous l'avons vu, passe entre autre par l'acquisition de savoirs, savoir-faire et savoir-être. Mais pas que... *Devenir*, autrement dit « passer d'un état à (un autre), commencer à être (ce qu'on n'était pas) » (Le Nouveau Petit Robert, 2008 : 722). Ainsi, « devenir médecin » relèverait aussi de la socialisation professionnelle. Définissant la socialisation comme à la fois « apprentissage, conditionnement et inculcation, mais aussi adaptation culturelle, intériorisation et incorporation » (Ferréol, 2004 :199), nous comprenons dès lors en quoi la confrontation à la pratique, que ce soit en tant que stagiaire ou « jeune » médecin assistant revêt un enjeu particulier en terme de socialisation professionnelle. Plus haut, nous avons mis en lumière différents dispositifs de transmission des apprentissages. Nous allons observer ici en quoi ils participent à la transformation du profane en professionnel et par quels autres modes d'inculcation cette dernière a lieu. Historiquement, deux grands paradigmes de lecture de la socialisation professionnelle dominant : une lecture fonctionnaliste, avec notamment les travaux de Merton et une lecture postérieure interactionniste, avec ceux de Becker, Hughes et Strauss.

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 » (Saint-Marc, 2012 :38-39). Une des fonctions de la socialisation des étudiants vise ainsi à « reproduire la culture des prédécesseurs » (Saint-Marc, 2012 :39). Nous comprenons le rôle de transmission et de contrôle de la profession, par son corps professoral, dans ce processus d'acquisition de normes. Les apprentissages, par exemple de la gestion de l'incertitude ou des sentiments, se fait de « manière progressive » (Saint-Marc, 2012 :40). Les visites collectives trouvent ainsi leur place dans ce passage progressif des pré-patients à la prise en charge autonome des patients (Saint-Marc, 2012 :40).

Pour les interactionnistes, la socialisation est une « *initiation*, au sens ethnologique du terme, et [une] *conversion* de la personne, au sens religieux, à une nouvelle manière de voir le monde » (Carricaburu et Ménoret, 2004 :45). Elle est le fait de « l'autonomie des étudiants » (Saint-Marc, 2012 :41) et ce plus précisément selon Saint-Marc citant Forquin, en « réorientant le sens et l'intensité de « leurs efforts éventuellement au mépris des normes d'excellence et des idéaux du corps enseignant » » (Saint-Marc, 2012 :41). C'est par l'intersection des groupes d'étudiants, groupes d'amis et groupes de travail que se fait la diffusion des informations. Ils développent des « représentation et conceptions communes [...] sur des problèmes liés à leurs rôles en tant qu'étudiants » (Forquin in Saint-Marc, 2012 :41). Nous y voyons un corps étudiant organisé, et qui considère au fur et à mesure de leur cursus le corps enseignant comme un « groupe [de plus en plus] opposé au leur » (Saint-Marc, 2012 :42). Becker montre que deux positions sont « adoptées par l'ensemble des étudiants ». D'une part, le « souci de la pratique », avec une importance accordée aux faits qui leur seront utiles dans leur pratique professionnelle et d'autre part, un « souci de réussite immédiate » avec comme visée « ce que le corps enseignant juge important ». Il convient alors pour eux de découvrir ce qu'il l'est aux yeux des professeurs (Saint-Marc, 2012 :43). Becker détermine deux périodes, la première est caractérisée par une préoccupation centrée sur les examens et « ne seront appris que les faits médicaux de base [...] qu'ils peuvent apprendre "de la façon la plus économique dans les manuels" ». La deuxième période, les *clinical years*, est caractérisée par un intérêt pour la formation clinique. Dans les deux cas, c'est bel et bien la perspective collective qui est en jeu pour déterminer ce qui « doit être retenu » (Saint-Marc, 2012 :44).

Avant d'observer les différents processus formatifs, arrêtons-nous sur les acteurs eux-mêmes. Les deux perspectives parlent d « étudiants ». Dans ce travail, ceux que nous nommons étudiants sont les stagiaires, par ailleurs étudiants de la faculté de la FBM. Mais les médecins assistants sont également en formation, ce qui les inclut selon nous à cette lecture en terme de socialisation professionnelle. Dès lors, afin d'éviter toute confusion, nous parlerons ici des « apprenants » à propos des étudiants et des médecins assistants. Nous notons dans le cas de la perspective interactionniste, qui détermine le cadre théorique général de ce travail, les

étudiants nous semblent dans une période qui est à cheval entre un intérêt orienté vers les examens et la période faite de clinique. En effet, si les étudiants sont par leurs stages en situation de formation clinique caractéristique de la deuxième période décrite par Becker, ceux-ci ont lieu dans le cadre des cours blocs de leur faculté. Ainsi, les étudiants nous semblent encore fortement liés à la perspective « des faits médicaux de base », avec des cours et des examens, de la première période.

### ***Quel impact de l'organisation des grandes visites sur la socialisation professionnelle ?***

Le choix des patients vus en *grande visite* est parfois initié par les médecins assistants. Ce choix détermine, nous l'avons vu, les dimensions de formation et de soin qui y sont alors abordées. Dès lors, nous pouvons considérer que lorsque le médecin assistant participe activement à ce choix, une logique de groupe (des médecins assistants) est en place. Mais le plus souvent, le choix se fait avec le chef de clinique, selon différents critères déjà évoqués. Nous nous rappelons que certains chefs de clinique choisissent un patient qui « plaira au chef » (#PROF6\_CDC\_00:05:58-1#). Nous pouvons dire que certains chefs de clinique, bien qu'ils ne soient plus en formation - mais néanmoins considérés comme des « jeunes » - s'inscrivent dans la logique décrite par les fonctionnalistes, logique qui s'emploie à « découvrir ce qui, aux yeux des professeurs, compte le plus » (Saint-Marc, 2012 :43). Et ce, dans le souci de « réussite immédiate », que nous pouvons imaginer comme étant non seulement la leur mais aussi celle des plus jeunes pour qui, cela sera ainsi « profitable » (#PROF6\_CDC\_00:05:58-1#).

Au sujet du choix de la forme de *grande visite*, dans les cas où le patient peut être vu dans les deux formes, celui-ci relève en général d'une imposition top-down non seulement par le médecin cadre mais aussi d'une « préférence du service », nous l'avons vu. Néanmoins, nous avons noté quelques résistances des médecins assistants pour qui la forme OUT s'avère parfois préférable. Ces résistances semblent relever d'idéaux partagés par le groupe des « plus jeunes », à savoir les jeunes chefs de cliniques, médecins assistants et étudiants. Avec une forme de revendication de cet « idéal de la profession » - the essential Work de Hughes (Saint-Marc, 2012 :48) - provoquant des résistances, une logique interactionniste de groupe semble à l'œuvre dans ces formes de résistance.

### ***Quand les dispositifs pédagogiques participent à la socialisation professionnelle.***

Les dispositifs pédagogiques en place durant les *grandes visites* sont initiés bien souvent par les médecins cadres, consciemment ou non. De fait, nous pouvons penser que ces dispositifs pédagogiques participent aussi à la socialisation professionnelle contrôlée par les professeurs. Tout d'abord, le rôle modèle, l'exercice à des gestes pratiques et la narration de cas par le médecin cadre semblent y prendre part par la transmission de savoir-être par les médecins cadres, autrement dit les « prédécesseurs » de l'analyse fonctionnaliste. Nous avons noté l'importance accordée à l'« expérience » des médecins cadres par les étudiants mais aussi plus généralement à leur statut perçu par les apprenants, comme ici :

« Ce sont les, les, oui, ce sont des personnes [les professeurs] qui sont d'un point de vue académique dans un piédestal. Ce sont les, qui influencent aussi la formation de des générations entières. Oui, oui, ce sont des personnes particulières. #MA\_00:23:59-5#

Ces conceptions renvoient selon nous à ce que relate Saint-Marc lorsqu'il dit que « dans un groupe, des membres subordonnés, ou non encore intégrés et qui désirent une affiliation à part entière, ont toujours tendance à partager les sentiments et à se conformer aux valeurs du noyau prestigieux et respecté du groupe » (Saint-Marc, 2012 :46). Autrement dit, avec les médecins cadres perçus par les apprenants et se percevant eux-mêmes comme des modèles - que ce soit dans les domaines des savoirs, savoir-être ou savoir-faire - ces deux catégories semblent participer à la conception fonctionnaliste : chaque génération est initiée par ses prédécesseurs avec une « adhésion des étudiants aux normes et valeurs de leurs aînés déjà intégrés à l'univers de la santé, plutôt qu'aux normes de leurs pairs », ce que Merton nomme la « socialisation anticipatrice » (Saint-Marc, 2012 :45).

A propos des questions ou des interpellations par le médecin cadre aux étudiants, si nous pouvons *a priori* supposer une forme de transmission décrite par les fonctionnalistes - des « prédécesseurs » vers les étudiants – quelques éléments semblent y apporter une nuance. Les médecins cadres, qui ont aussi la fonction d'enseignants à la FBM, font souvent référence à des apprentissages vus en cours ou aux examens futurs des médecins assistants. Dès lors, cette implication des aînés, si elle reste top down, semble néanmoins permettre aux plus jeunes de retenir les « faits médicaux de base » et de définir ce qu' « ils pensent que le corps enseignant définit comme important pour réussir ses examens » (Saint-Marc, 2012 :43). Cette logique de transmission top down pourrait ainsi s'inscrire dans une lecture interactionniste.

Aussi, la présentation de cas cliniques par les plus jeunes, par sa dimension de participation active des apprenants, ne se limite « pas à une simple transmission mais à une véritable initiation aux normes et valeurs qui constituent le rôle professionnel » (Saint-Marc, 2012 :47). Néanmoins, cette « initiation » se tient à la présentation de cas et ne touche pas à la relation avec le patient. Il s'agit donc là des normes et valeurs correspondant précisément à cette présentation de cas clinique, qui, nous l'avons vu, est un « genre en soi » (Good, 1998 :176). Les apprenants acquièrent dès lors une forme langagière professionnelle, participant à la construction – et à leur vision - du malade en patient, cas et/ou projet. En ce sens, nous pouvons dire que la présentation de cas clinique participe au passage de la culture profane à la culture professionnelle, la *medical education* de Hughes, vers une nouvelle identité (Saint-Marc, 2012 :47). Toujours dans une logique interactionniste, nous avons noté une place pour ce que nous pouvons considérer comme une réappropriation de cette présentation de cas, c'est-à-dire en défendant ses propres valeurs de groupe. En effet, plusieurs fois durant les entretiens, les étudiants ont noté leur étonnement autour de l'usage de la troisième personne (« il », « elle ») pour désigner le patient en sa présence :

*« Et pis après, c'est vrai comme tu dis, par exemple de la grande visite, quand on va dans la chambre, je sais pas. Je sais pas parler d'une personne qui est en face de nous à la troisième personne entre nous, parce que finalement le PA il est là, mais il... #ETU\_00:15:08-5#*

Ces réactions semblent relever d'une conception commune au groupe d'étudiants. Lors d'une *grande visite*, un étudiant est même allé plus loin, en utilisant la première personne (« vous ») pour non plus désigner mais aussi interpeler personnellement la patiente lors de la

présentation de cas. Ainsi, nous comprenons dans cette interaction une forme de résistance au « genre en soi » des présentations de cas transmis de génération en génération par les médecins cadres, notamment par le « rôle modèle » tenu, renversant alors la logique fonctionnaliste au profit d'une logique interactionniste.

Selon nous, l'analyse des dispositifs pédagogiques ne permet pas une lecture purement fonctionnaliste ou purement interactionniste. Les dispositifs participent tantôt à une transmission des aînés, avec une affiliation des plus jeunes à leurs conceptions, relevant de la logique décrite par les fonctionnalistes, tantôt à construire une perspective collective de groupes de pairs, renvoyant à la lecture interactionniste.

### ***Le stage comme mécanisme de socialisation professionnelle***

La lecture interactionniste montre des étudiants autonomes, avec des conceptions de groupe et une « culture étudiante [qui va] créer “les conditions d’une déviance considérable par rapport aux règles formellement posées par l’institution” » (Forquin in Saint-Marc, 2012 :42) au contraire de la lecture fonctionnaliste qui insiste sur cette transmission par les professeurs, et cette volonté de conformité des plus jeunes. Les mécanismes de socialisation professionnelle des étudiants et des médecins assistants ne se limitent pas aux processus pédagogiques, bien-entendu. Mais de quelle manière agit-elle ? Par quels autres processus ?

Les étudiants rencontrés sur notre terrain effectuent généralement ici leur premier stage avec le statut d'un futur médecin. Il s'agit de leur première immersion dans la « culture hospitalière » (Saint-Marc, 2012 :176) ou tout du moins dans la culture professionnelle médicale. Lorsque Saint-Marc, citant Hughes, nous dit que « l'étude du rôle médical se compose d'une séparation, presque une aliénation, de l'étudiant du monde médical profane : une traversée du miroir que permet de regarder le monde par derrière le miroir », nous saisissons en quoi le stage répond à cette logique. « Pour la première fois, l'apprenant passe de l'autre côté, n'est plus le profane, mais est identifiable comme un professionnel. Par son affiliation aux professionnels, il est séparé des profanes » (Saint-Marc, 2012 :47-48). Selon nous, la séparation peut être conceptuelle, mais aussi spatiale et/ou temporelle. En effet, durant les stages, les étudiants sont répartis dans les unités (spatialement les couloirs) du service en petits groupes de stagiaires, généralement trois puis affiliés seul ou par deux à un médecin assistant. Quant à eux, les médecins assistants, d'apprenants ils deviennent des référents.

*« Même les assistants qui nous ont préparés pour la enfin pour la, ils nous ont dit "Oui, alors il faut être structurés, il faut faire tout, faut pas oublier ça". Donc, ce sont des choses qui se transmettent un peu de, de [rires] de génération en génération. #ETU\_00:44:10-9#*

Nous retrouvons dans la logique même des stages non seulement une appartenance aux pairs, par la formation de groupes de stagiaires, mais également une initiation de cette nouvelle génération par les prédécesseurs, à savoir ici non pas les plus expérimentés mais les médecins assistants - eux-mêmes supervisés par les chefs de clinique au quotidien. A propos des médecins cadres, un étudiant nous dit :

« Ouai pis après, ça dépend aussi de ce que les autres disent parce que nous on entend aussi ce que les autres disent. "Ah oui, mais lui, il s'énerve et pis lui il commence à gueuler à tout le monde! Ou lui non, il est super gentil". Enfin, c'est vrai que chacun a sa enfin, on se crée.... » #ETU\_00:49:32-2#

Nous comprenons que ici aussi, si les étudiants et médecins assistants cherchent à tendre vers les attentes particulières plus ou moins exigeantes de chaque médecin cadre, cette tendance est transmise à l'intérieur du groupe des apprenants, étudiants et médecins assistants.

Ainsi, l'organisation de stages semble présenter les deux logiques - fonctionnaliste et interactionniste. Allant dans le même sens que Hughes et sa « conversion identitaire », Good nous dit que « l'enseignement de la médecine aux étudiants, qui se sentent "changer tous les jours" tandis qu'ils "prennent une part active à [leur] information" » (Good, 1998 :150). Toutefois, contrairement à Hughes qui décrit une immersion rapide, avec une « culture professionnelle qui apparaît brutalement comme l'inverse de la culture profane » (Dubar in Saint-Marc, 2012 :176), Saint-Marc y voit plutôt une immersion en douceur des étudiants. Plus précisément, « l'intégration des codes, des représentations et des conceptions professionnelles s'est faite en douceur et sans difficulté particulière » (Saint-Marc, 2012 :178-179). Nous pouvons supposer que si les deux logiques à l'œuvre - avec les allers retours entre groupes de pairs et experts - produit cette transition entre académique et clinique en douceur. Enfin, nous notons que les apprenants interagissent tantôt comme un seul groupe, les apprenants, tantôt comme deux groupes distincts, les étudiants et les médecins assistants.

### **Les grandes visites comme rite instituant**

Au vu des descriptions et analyses précédentes, il peut être tentant de lire les *grandes visites* comme un espace rituel avec ses codes. Voire même y voir un moment participant à un rite de passage pour les apprenants, le passage du profane au professionnel. En effet, nous l'avons vu, les *grandes visites* apparaissent comme un espace particulier. Pour tous les professionnels, elles offrent régulièrement un temps en marge du quotidien, c'est-à-dire un moment où les tâches habituelles sont arrêtées, où les différents groupes de pairs du corps médical se rendent disponibles pour atteindre certaines dimensions de formation extrêmement présentes. S'il n'est pas question ici d'interroger finement les *grandes visites* dans leur ensemble sous l'angle des différentes théories relatives aux rites, nous pouvons nous demander quelles perspectives offre une lecture en terme de rite ? En quoi les rites relèveraient-ils de la socialisation professionnelle ? Comment les théories des rites et celles de la socialisation s'agentent-elles ?

Pour les étudiants, le stage lui-même représente le passage de l'académique vers la clinique. Aussi, le dispositif du stage répartit les étudiants dans les services. Toutefois, si les *grandes visites* - comme les stages - relèvent de la pratique clinique, leur affiliation académique est constamment entretenue lors des *grandes visites*. Dès lors, il paraît peu approprié d'y voir une forme de mise à l'écart - ou de « marge » selon les lectures historiques des rites de passage. Dans son analyse des rites, qu'il préfère nommer « rites d'institution », Bourdieu met en avant leur fonction. En effet, il y relève la finalité, la « ligne », et non pas le passage comme les

lectures antérieures le faisaient. Selon lui, le rite consacre la différence, « [il] ne fait pas passer mais il institue » (Segalen, 2009 :41). Ainsi, pour Bourdieu, le rite a pour fonction d'attirer l'attention sur ceux qui ne seront jamais institués. Nous verrons plus bas qui sont les institués et qui sont dès lors ceux que nous pouvons considérer comme les « exclus » de cette institution. Notons toutefois que si la lecture des rites de Bourdieu conteste les précédentes, selon Martine Segalen, « rites de passage et d'institution ne s'excluent pas mutuellement, il y a de l'un dans l'autre, notamment dans les effets agrégatifs » (Segalen, 2009 : 42).

Du point de vue de la socialisation professionnelle, Bourdieu, déterministe, nous dit que « l'institution d'une identité [...] est l'imposition d'une essence sociale. Instituer, assigner une essence, une compétence, c'est imposer un droit d'être qui est un devoir être (ou d'être). C'est signifier à quelqu'un ce qu'il est et lui signifier qu'il a à se conduire en conséquence » (Bourdieu, 1982 :60). Avec Bourdieu, la transmission est imposition. Il ajoute que « les gens adhèrent d'autant plus fortement à une institution que les rites initiatiques qu'elles leur a imposés ont été plus sévères et plus douloureux » (Bourdieu, 1982 :61). Enfin, nous retrouvons la conception fonctionnaliste d'une socialisation top down lorsque Bourdieu soutient « “qu'il institue“ ou qu'il “fasse passer“, le rite ne peut être auto-administré, il lui fait une autorité supérieure [...] » (Segalen, 2009 :43). L'autorité supérieure, nous l'avons vu, prend corps dans le groupe des superviseurs.

Si nous revenons à ceux qui ne seront « jamais » institués, nous pouvons interroger qui sont ces « illégitimes »? Deux pistes de lecture coexistent selon nous. D'une part, si les institués sont les professionnels, ceux qui ne le deviendront en principe pas sont alors les patients. D'autre part, si les institués sont les médecins, ceux qui ne le deviendront jamais sont dès lors non seulement les patients mais aussi les autres corps professionnels qui ne prennent pas, peu ou plus part aux *grandes visites*, tels le corps infirmier, les aides soignants ou encore les physiothérapeutes. Nous n'avons non pas seulement une séparation des apprenants et des professionnels, des « jeunes » et des « expérimentés » mais bien une séparation des professionnels et des profanes ; des profanes qui ne deviendront jamais médecins. Ainsi pensé, le rite « consacre » le corps médical. A ce propos, Pouchelle voit dans les formes de ritualisation de l'hôpital – dans son cas, plus précisément aux soins intensifs, là où la frontière où vie et la mort est plus fragile encore – un « développement de comportements stéréotypés et répétitifs destinés à conjurer le malheur, à assurer le succès des procédures, à canaliser les affects, à cimenter la communautés des initiés et à la distinguer de la masse informe des profanes » (Pouchelle, 2003 :7). Dans cette optique, nous pouvons penser que la forme IN des *grandes visites*, en donnant à voir et en confrontant le rituel aux patients, consacre les codes de la profession et met dès lors particulièrement en exergue les patients comme des illégitimes à la culture médicale.

En conclusion : des *grandes visites* au cœur des savoirs, savoir-être et savoir-faire

Au terme de ce chapitre, nous pouvons dire que les *grandes visites* participent pleinement à la formation professionnelle par l'approche de savoirs, savoir-faire et savoir-être. Elles

apparaissent comme un « espace » délimités, où le temps et les tâches du quotidien sont réajustés. Les rôles des uns et des autres y sont définis, les uns apprennent, les autres transmettent leur savoir. Nous proposons un tableau qui permet de croiser les approches pédagogiques avec leurs domaines de connaissances/compétences plutôt mobilisés avec les initiants de l'approche, la transmission et la socialisation professionnelle ainsi que l'environnement qui renvoie soit à un environnement de partage de savoir et par là de pouvoir, soit un environnement fait de surveillance avec par exemple le contrôle ou l'évaluation des connaissances (savoirs) et/ou compétences (savoir-faire, savoir-être).

**TABLEAU DE SYNTHESE DES COMPETENCES, MODES DE TRANSMISSION ET D'ENVIRONNEMENT D'APPRENTISSAGE EN REGARD DES APPROCHES PEDAGOGIQUES**

<b>Approche pédagogique</b>	<b>Domaines de compétences</b>	<b>A l'initiative des...</b>	<b>Socialisation professionnelle/pédagogique Environnement d'apprentissage</b>
Rôle modèle des médecins cadres	Savoir-être Savoir-faire	Expérimentés	Initiation par les prédécesseurs Partage de connaissances/compétences
Présentation de cas par les apprenants	Savoirs	Expérimentés	Initiation par les prédécesseurs Permet les logiques, résistances de groupes des apprenants Surveillance
Exercice aux gestes pratiques	Savoir-faire	Expérimentés	Initiation par les prédécesseurs Partage de compétences
Questions du médecin cadre aux apprenants	Savoirs	Expérimentés	Initiation par les prédécesseurs Surveillance Crée des ponts entre clinique et académique
Questions des apprenants	Savoirs Savoir-faire	Apprenants	Initiation par les prédécesseurs Partage de compétences

Ainsi, les modes d'apprentissage apparaissent comme une « transmission » majoritairement top down, c'est-à-dire des médecins cadres aux médecins assistants et étudiants. Si les processus pédagogiques sont généralement guidés par les médecins cadres, nous avons mis à jour certaines initiatives ou résistances des apprenants, le plus souvent mues par des convictions de groupe de pairs. Autrement dit, une transmission par les prédécesseurs décrite par les fonctionnalistes - des générations expérimentées aux générations des apprenants - est largement à l'œuvre mais des mécanismes d'interactions révélant des valeurs propres aux apprenants et relevant de l'analyse des interactionnistes sont aussi en place. Enfin, par l'importance accordée aux savoir-être, la socialisation professionnelle est fortement imbriquée aux processus pédagogiques.

Ainsi, les *grandes visites*, si elles semblent s'inscrire dans un cadre « traditionnel » (une tradition vécue par chaque génération d'étudiants) relèvent néanmoins de singularités locales et contemporaines, des singularités faites de logiques externes tels l'informatisation ou le cadre plus général de la formation des étudiants et des médecins assistant - que nous n'avons

pas pu traiter ici-, de logiques de groupes - quels qu'ils soient - et de rapports pédagogiques produisant tour à tour des mécanismes de transmission top down, des affiliations ou au contraire des résistances bottom up. A un niveau individuel, chaque médecin cadre semble s'approprier leur déroulement en mettant l'accent sur des modèles pédagogiques souvent différents. Aussi, par les *grandes visites* et leur multiplicité de formes d'apprentissages, de prédécesseurs, d'affiliations, de références aux apprentissages académiques qui s'inscrivent dans le cadre plus large des stages ou de l'assistantat qui mobilise plutôt l'accompagnent, participe à une forme de socialisation pédagogique, un apprentissage de l'apprentissage, une dimension de formation qui sera continue.

Enfin, à propos des formes de *grandes visites*, la lecture interactionniste nous montre que si elles n'excluent pas l'un ou l'autre processus pédagogique, elles produisent ou sont les produits de préférences et des résistances de groupes professionnels de pairs mettant alors en lumière des valeurs divergentes. Ainsi, les plus jeunes semblent accorder un intérêt pour la forme OUT alors que les aînés disent une préférence pour la forme IN. Le chapitre suivant sera l'occasion d'aborder un glissement vers la forme OUT, dénoncée par les aînés, sous l'angle de valeurs différentes des générations face à l'informatisation croissante. La lecture selon Bourdieu des rites, si elle soutient une approche instituante top down qui se rapproche plus du point de vue fonctionnaliste, apporte néanmoins une lecture intéressante en montrant en quoi les *grandes visites*, et particulièrement leur forme IN, peuvent donner à voir une division entre les groupes professionnels et les groupes profanes.

## 5.2 DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES REELABOREES ; L'EXEMPLE DU DOSSIER PATIENT INFORMATISE

Lors de la mise en contexte historique, nous avons noté une divergence relevant de conceptions différenciées des groupes de pairs. Nous avons montré un glissement des grandes visites - plus précisément la partie de présentation du cas - dans le couloir qui serait selon les médecins aînés un mouvement instauré par les infirmiers et les plus jeunes médecins. Ce passage vers la forme dite alors OUT ne satisfait pas la plupart des médecins aînés. En parallèle à cela, nous avons fait émerger des discours d'une part la récente multiplication des informations, telles les données laboratoires, et d'autre part l'apparition du dossier patient informatisé. En effet, lors de nos entretiens, deux médecins cadres ont évoqué le logiciel de gestion du dossier patient informatisé - rappelons-le souvent appelé *Soarian* par les professionnels en raison du nom du logiciel - dans une dimension temporelle, en lien avec son introduction au CHUV. Ils situent le passage au dossier patient informatisé à trois ou quatre ans. Les témoignages évoquent de manière spontanée un lien entre l'apparition du dossier informatisé et les changements de déroulement des *grandes visites*, à savoir un déplacement d'une partie de celles-ci en-dehors de la chambre. Autrement dit, ils regrettent un glissement de la forme IN à la forme OUT. Dans cette partie, nous observerons en quoi une informatisation du dossier patient participe à la réélaboration des pratiques soignantes, de quelle manière se donne à voir cette réélaboration et en quoi elle participe à une volonté de certains médecins de réintroduction de la forme OUT des *grandes visites* ?

### L'introduction locale du dossier patient informatisé

Dans cette partie, nous allons poser le contexte de l'introduction du dossier patient informatisé dans le Département de médecine interne du CHUV. Lors de nos entretiens deux médecins cadres ont évoqué *Soarian* dans une dimension temporelle, en lien avec son introduction au CHUV. Ils disent percevoir une informatisation des professionnels durant cette dernière décennie. Un médecin cadre situe le passage au dossier informatisé à trois ou quatre ans. A ce propos, nous pouvons nous référer au rapport annuel du CHUV 2012 :

« PROJET DOPHIN, DOSSIER PATIENT INFORMATISE

*Dans le cadre de ce projet, le CHUV a mis en service l'application Soarian dont le déploiement a progressé significativement en 2012. La mise en place de la documentation clinique a atteint ses objectifs, et à la fin de l'année la plupart des services somatiques du CHUV disposaient des premiers modules du dossier patient informatisé »* (<http://www.chuv.ch/chuv-ra-2012.pdf>, p.67)

*Soarian* est donc officiellement le logiciel du « dossier patient informatisé ». Aussi, le site de l'Etat de Vaud nous permet de mieux situer le projet DOPHIN dans un contexte plus large:

« Mise en oeuvre

*[...] L'organisation des réseaux de soins vaudois, les processus de travail des infirmières de liaison ainsi que le déploiement du projet de dossier patient hospitalier informatique institutionnel (DOPHIN) dans les hôpitaux d'intérêt public du canton constituent des conditions initiales favorables ».* (<http://www.vd.ch/themes/sante/organisation/ehealth/mise-en-oeuvre/>)

« Stratégie nationale

*Adoptée en 2007 par la Confédération, la Stratégie eHealth Suisse propose une vision :*

« Dans le système de santé suisse, chaque individu peut autoriser les spécialistes de son choix à accéder, à tout moment et en tout lieu, à d'importantes informations pertinentes sur sa personne et bénéficier de prestations. Il participe activement aux décisions concernant son comportement et ses problèmes liés à la santé, renforçant ainsi sa culture sanitaire. Les technologies de l'information et de la communication sont utilisées de manière à assurer la mise en réseau des acteurs du système de santé et à créer des processus de meilleure qualité, plus sûrs et plus efficaces ».  
(<http://www.vd.ch/themes/sante/organisation/ehealth/la-strategie-vaudoise/>)

Nous comprenons que l'introduction du « dossier patient hospitalier informatique institutionnel » s'inscrit dans un projet à différentes échelles avec la stratégie vaudoise de eHealth, elle-même participant à la stratégie nationale « Stratégie eHealth Suisse », une stratégie qui semble relever de la « promesse ». Nous y voyons des frontières de l'information de plus en plus perméables et cela n'est pas sans faire écho aux propos de Lafontaine et du monde rêvé par les premiers cybernéticiens: « un monde sans frontières, tout entier voué à la communication et à l'échange d'information » (Lafontaine, 2004 :13). Cette « promesse » de mise en réseau, à visée d'amélioration, mobilise des arguments qui relèvent de la qualité, de la sûreté et de l'efficacité. Autrement dit, nous percevons une stratégie d'efficacité. Finalement, bien que les frontières soient de plus en plus perméables, des pratiques locales sont à comprendre à diverses échelles : enjeux locaux et globaux. Toutefois, nous pouvons dire que la référence aux projets respectivement cantonal et national DOPHIN et eHealth n'a pas été évoquée lors des entretiens avec les différents professionnels.

### Vers une informatisation des pratiques professionnelles?

Selon Ilario Rossi, « l'introduction des nouvelles technologies comme instrument de pratique professionnelle (gestion dossier, administration du travail) passe par la maîtrise informatique. Le travail se modifie, l'acte médical se double d'une saisie de données, la relation soignante intègre l'ordinateur » (Rossi, 2005 : 26-27). En quoi peut-on parler d'une « machinisation » des professionnels? Pour répondre à ce questionnement, nous chercherons à saisir en quoi l'usage du logiciel de dossier patient informatisé *Soarian* réélabore les pratiques soignantes? Quelle place le logiciel prend dans les *grandes visites*? Selon les acteurs, comment se positionne *Soarian* par rapport à l'ancien dossier papier? Autrement dit, en quoi participe-t-il à « interchanger » professionnels et machines, voire même à les remplacer? Le cas échéant, quelles professions semblent concernées? De quelle manière l'usage de *Soarian*, cette « machine intelligente » de Maestrutti, vise-t-il à une « amélioration », une « optimisation » des professionnels; en quoi son usage tend-il à aller au-delà des compétences des professionnels?

A de nombreuses reprises lors de nos observations participantes, nous avons relevé la place occupée par le logiciel *Soarian* au sein des *grandes visites*. Tout d'abord, nous avons constaté que les médecins chefs de clinique sont souvent positionnés derrière l'ordinateur. Aussi, l'ordinateur est souvent sollicité à propos de données « labo », comme dans cet exemple :

*Médecin Cadre : les tests pancréatiques ont été faits ?  
Chef de Clinique et Médecin Assistant vont voir sur leur ordinateur  
Journal de terrain, 5 juin*

Notons que selon les témoignages des médecins les plus expérimentés, les données « labo » étaient existantes historiquement avec la version papier du dossier patient mais en moins grande quantité<sup>32</sup>. Aussi, l'ordinateur sollicite également les professionnels lors d'autres types de situations, comme celle que nous relevons ici :

[...]  
*L'ordinateur n'a plus de batterie.  
Ils vont le charger dans un coin de la pièce.  
Journal de terrain*

Cet exemple renvoie à Mayère lorsque celle-ci dit que « le personnel doit [...] prendre en compte un nouvel objet d'attention : contrôler l'écran, vérifier que la batterie est chargée, régler la tablette, signaler les pannes...» (Mayère, 2012 : 130). Avec ce nouvel objet d'attention, de nouvelles tâches - qui ne relèvent plus directement du soin - apparaissent alors que d'autres semblent disparaître.

*Un médecin expérimenté me raconte, critique, qu'on ne voit plus l'intérêt d'aller écouter le coeur du patient si on a une radiographie disposition [dans Soarian]. De fait, on ne va plus toucher le patient.  
Journal de terrain*

Les données du patient ainsi informatisées, son auscultation ne semble plus avoir lieu d'être pour certains soignants, provoquant alors des résistances chez d'autres. A propos de « l'utilisation déclinante de l'auscultation pour cause de révolution technologique », Jean-François Hutin soutient qu'elle entraîne une « diminution du savoir-faire » (Hutin, 2012 : 264). A propos de ces savoir-faire, un médecin cadre apporte quelques détails, par rapport à la situation spécifique des *grandes visites* :

*« [...] Et l'apprentissage du raisonnement clinique et surtout en médecine interne, mais globalement en médecine, est la clé du succès je dirais. Voilà. On doit être performant dans le raisonnement clinique. Comment est-ce que j'intègre la phrase qu'il m'a dit le patient avec le laboratoire, avec l'image, avec mon diagnostic différentiel? Et comment est-ce que j'arrive à tirer des conclusions en partant de ces éléments? [...] #MC\_00:25:20-6#*

Pourrions-nous alors considérer le raisonnement clinique comme un savoir-faire tendant à disparaître, remplacé par la technique ? Le raisonnement clinique, c'est-à-dire le lien entre différents éléments tels l'histoire du patient présentée par un des médecins apprenant, les valeurs de laboratoire informatisées, l'auscultation et la parole du patient. Nous pouvons dire que, par les résistances rencontrées, la machine ne semble pouvoir remplacer ni le médecin et son raisonnement clinique, ni le patient et sa parole. Le dossier patient informatisé ne semble donc pas s'inscrire - dans ce cas particulier - dans le paradigme informationnel réduisant le patient en données. Par contre, le dossier patient informatisé semble relever d'une visée d'efficacité. Une efficacité « visible » d'une part à l'échelle locale avec l'amélioration des compétences soignantes par l'accumulation et la mémorisation des « données labo » discutées par le corps médical en entretiens et d'autre part avec la stratégie de eHealth qui apparaît dans les discours aux échelles cantonales et nationales - serait à comprendre.

---

32 A ce propos, un médecin cadre note : « il y avait une foule d'informations nouvelles, notamment biologiques et autres qui étaient pas présentes à l'époque » #MC\_00:08:28-8#

Toujours à propos des réélaborations des pratiques soignantes, certains médecins cadres imputent à l'usage de *Soarian* (entre autres facteurs) la présence beaucoup moins régulière, voire inexistante, des infirmières<sup>33</sup> lors des *grandes visites* :

[...] On avait le dossier papier avec le le graphique des infirmières papier et ça se faisait au lit du PA avec l'infirmière en regardant le laboratoire, le dossier, les paramètres. C'était pas, c'était pas un problème, c'était comme ça naturellement. Maintenant, euh, les problèmes ergonomiques qui sont intervenus avec le dossier informatique, le fait qu'on doit être collé à un écran pour tout voir et que ce faisant, c'est plus l'infirmière qui a une partie de l'information même graphique. [...] #MC\_00:48:22-4#

Ainsi, le corps infirmier, qui détenait une partie de l'information nécessaire, serait ainsi remplacé par l'informatique, plus précisément par le dossier patient informatisé. Les pratiques professionnelles sont réélaborées, l'information change de main. Du corps infirmier, elle passe à l'ordinateur. Pour différentes raisons que nous ne développerons pas ici, mais qui relèvent du temps à disposition et d'un glissement croissant des *grandes visites* vers une dimension plus formative des médecins, le corps infirmier vit un ébranlement de ses pratiques professionnelles. *Soarian* participerait donc à la machinisation du corps [sic] infirmier. Plus précisément, nous pouvons dire que si le corps infirmier n'est plus présent « corporellement », son travail et son rôle le restent, eux, par le dossier patient informatisé. En effet, selon les discours, la place attribuée<sup>34</sup> durant les *grandes visites* au corps infirmier n'était auparavant que de l'ordre de l'information et ne comportait pas de compétences cliniques au contraire de celle du corps médical.

Ainsi, à propos des réélaborations des pratiques professionnelles, nous pouvons dire que d'une part *Soarian* semble créer et s'attribuer un nouveau « rôle », avec une place spatialement centrale, dans la pratique des *grandes visites*. D'autre part, l'informatisation des données anciennement sur papier participerait à la présence décroissante du corps infirmier aux *grandes visites*. Toutefois, si *Soarian* semble machiniser la profession infirmière, par les résistances à l'œuvre – miroir des valeurs professionnelles certainement - le corps médical semble défendre l'importance du raisonnement clinique. Un raisonnement clinique que le paradigme cybernétique ne semble pouvoir remplacer.

### Le pouvoir de la technique

Ce nouveau « rôle » tenu par l'ordinateur crée de nouvelles tâches, nous l'avons vu. Des tâches qui ne relèvent plus *de facto* du soin. Kiefer voit comme double cause à la déshumanisation l'approche managériale ainsi que mouvement de la médecine vers la technologie (Kiefer, 2014 :2). C'est cela que nous allons interroger ici. En quoi peut-on parler de déshumanisation ? L'organisation-machine fonctionnerait en effet sur une « séparation du corps biologique du patient compris comme personne. Même ce qui reste de ce patient-personne, une fois isolé de son corps, doit entrer dans le modèle machiniste, fait de

---

<sup>33</sup> Le féminin est utilisé par notre interlocuteur.

<sup>34</sup> Nous notons qu'il paraît évident que cette place est le résultat de dynamiques de groupes professionnels et il n'est nullement question de réduire les compétences du corps infirmier.

procédures et de résultats monitorés», (Kiefer, 2014 :2). Comme le dit Rossi, « la relation soignante intègre l'ordinateur ». Mais de quelle manière le fait-elle? En quoi, comme le soulève Rossi, « l'espace de liberté est restreint, la relation avec le pouvoir gestionnaire incontournable ? » (Rossi, 2005 : 27). Afin de saisir en quoi l'ordinateur semble détenir une forme de « pouvoir », en quoi il influence la pratique professionnelle, il est intéressant de nous pencher sur une doléance d'un médecin expérimenté:

*Un médecin me raconte qu'on synthétise moins, qu'on écrit tout. Trop d'informations tue l'information. Les professionnels sont moins efficaces car ils ne trouvent plus l'information. Je lui demande si c'est lié au passage du dossier écrit au dossier informatisé ? Certainement en partie selon lui car avant, il fallait recopier chaque semaine à la main. Maintenant, copier-coller suffit.*

*Journal de terrain*

Ce témoignage renvoie à l'analyse de Rossi lorsque celui-ci nous dit que « ce pouvoir se console dans l'action, dans l'accumulation et dans la compétition : agir pour agir, accumuler pour avoir toujours plus, courir pour être le premier, la santé devient un relais de gestion de l'économie de marché (De Gaulejac, 2005). Les contraintes sont de plus en plus importantes, le sens et l'éthique professionnels souvent en déroute » (Rossi, 2005 : 27). Nous comprenons que ce pouvoir de l'administratif, ici avec l'outil informatique comme médiateur, est teinté d'une visée d'efficacité déjà pressentie plus haut. A propos de « pouvoir », un extrait de nos observations semble illustrer une autre forme de pouvoir de l'informatique :

*A l'heure de la grande visite, le chef de clinique arrive, l'air emprunté. Il y a un problème avec Soarian, qui est en panne. Selon lui, les soignants n'ont donc pas toutes les infos pour les patients pour faire la grande visite.*

*Le Médecin Cadre dit qu'on va la faire « à l'ancienne ».*

*Le chef de clinique ajoute : « mais sans infos ! »*

*Journal de terrain*

La *grande visite* se fera sans les informations du dossier patient. Selon nous, au-delà d'un pouvoir d'efficacité, ce cas donne à voir une autre forme de pouvoir de la technique: l'ordinateur détient les données. Dès lors, s'il est en panne, elles ne sont plus consultables, au contraire des données papiers qui étaient quant à elles toujours à disposition au lit du patient, indépendamment de la présence des différents professionnels. Aussi, cet extrait met en lumière une différence entre professionnels : pour le médecin cadre, la visite paraît possible et il ne mentionne pas le manque de données, contrairement au jeune chef de clinique. Pour ce dernier, le recours aux données machinisées s'avère nécessaire, comme dans la conception que Kiefer dénonce. Comme nous l'avons vu en cours, une partie de notre vie se passe désormais en ligne et est centrée sur l'information et non pas (plus) sur le corps. Ce dernier exemple montre en quoi, pour maîtriser le corps, il faudrait passer par l'information. *Soarian* représente dès lors une forme de pouvoir cybernétique pour certains médecins, les plus « jeunes », ceux-là même qui n'ont pas (ou très peu) connu la pratique professionnelle sans *Soarian*.

Ainsi, nous pouvons dire que *Soarian* semble introduire deux formes de pouvoir. D'une part, son usage participe à une visée d'accumulation des données et par là à un accroissement de tâches administratives qui bien que relevant de l'efficacité, participerait au contraire à une

certaine dispersion des soignants. D'autre part, en détenant les données, *Soarian* détient une forme de pouvoir d'accès à celles-ci et a donc au final un impact sur la clinique. Dans son analyse, Eric Pommier interroge le pouvoir technique : « l'extension du pouvoir technique semble en effet requérir une extension de type moral, par la mise en œuvre d'une responsabilité d'un genre nouveau. Il faut en effet s'interroger sur le sens de la technique : est-elle cet outillage qui permet au médecin de remplir ses tâches habituelles avec encore plus d'efficacité, ou bien conduit-elle en vertu d'une nécessité qui lui est propre à modifier, voire pervertir les finalités de soin et de guérison traditionnelles ? [...] En technicisant la médecine, ne risque-t-on pas de "désartificialiser" la médecine » (Pommier, 2012 : 93-115) ? Par son pouvoir, la technique, ici *Soarian*, participerait-elle à « désartificialiser » la médecine ?

*« [...] la médecine est un peu un art, il faut connaître la personne qu'on a en-face, savoir jusqu'où elle veut savoir et qu'est-ce qu'elle est capable de de de comprendre et d'assumer à ce moment? et c'est pour ça que ça se fait dans un dialogue. On parle et pis on essaie de comprendre. Est-ce qu'il a envie de savoir plus ou pour aujourd'hui c'est bon comme ça? #MC\_00:41:12-7#*

C'est en effet ce que ces propos d'un médecin cadre semblent dire. Selon lui, sa profession serait un « art ». La profession de médecin dans sa perspective clinique et dans sa forme dialogique avec le « patient personne » de Kiefer. Marc Zaffran analyse que « la notion d'"art" médical suggère, sans le dire clairement, que le médecin est par essence intuitif » (Zaffran, 2014 :66). Aussi, lorsque Lafontaine nous dit que « à l'ère de l'effacement des frontières, l'artiste et l'ingénieur fusionnent pour réaliser le grand projet de refaçonnement du vivant » (Lafontaine, 2004 :201), nous pouvons émettre l'idée que, pour ce médecin, ses pairs et lui seraient eux-mêmes ces artistes et ingénieurs ; projet que pourrait bien, à ses yeux, bouleverser *Soarian* en opposant technique et intuition.

### 5.3 LA RELATION PATIENT-MEDECIN AU CŒUR DE LA CLINIQUE

Aussi évident que cela puisse paraître, les médecins - ces professionnels - partagent leur activité avec leurs pairs mais celle-ci dépend des patients - ces profanes (Carriburu et Ménoret, 2012 :75). Un patient qui est avant tout un malade. « Le diagnostic, les prescriptions du médecin, les examens et les traitements auxquels le patient se soumet, conditionnent sa guérison mais aussi rythment et structurent sa perception et expérience de la maladie » (Adam et Herlich, 2013 :36). Ainsi, la *grande visite* participerait à l'expérience du patient de sa maladie. Bien-entendu, si l'expérience du patient relève de son vécu lors des *grandes visites*, il est fait aussi de tout ce qui entoure le « soigné »: le ou les séjours hospitaliers, le ou les médecins en pratique privée mais aussi plus généralement son environnement comme le montre bien Baszanger (Baszanger, 1986). Un environnement perçu que notre terrain permet de situer en quelques dimensions récurrentes: le couple, la famille, les amis - parfois ici, parfois « au pays » -, les voisins, la solitude, le travail, le chômage ou la retraite... Les *grandes visites* sont ainsi un morceau parmi d'autres de ce puzzle que représente l'expérience de « soigné ». Elles prennent place dans la dimension clinique de cette expérience.

Dans cette partie de notre travail, nous allons nous pencher plus spécifiquement sur la dimension clinique de soin au patient. Le patient, autrement dit ce malade pour qui est construite une identité de patient rappelons-nous. Après avoir posé quelques modèles explicatifs de la compréhension du malade, de la maladie et du patient, nous chercherons à comprendre qui il est d'un point de vue médical, en quoi sa conception relève d'une dimension informationnelle, en quoi un « cas » prend corps. Puis nous interrogerons plus spécifiquement les *grandes visites* du point de vue du patient. En effet, par les différents actes qui ponctuent son quotidien, il vit une expérience particulière. Nous interrogerons la place du patient durant les *grandes visites*, la manière dont il les appréhende et les comprend. Puis, nous aborderons plus spécifiquement la relation entre les médecins et les patients. Avec l'émergence des nouvelles technologies déjà abordée dans leur rapport aux pratiques professionnelles, nous observerons la réélaboration de la place des uns et des autres, professionnels, patients mais aussi machine. Le patient est selon la lecture de Strauss, un travailleur de l'invisible qui contribue à ses soins et fait partie intégrante de la division implicite du travail (Carriburu et Ménoret, 2012 :83). Il conviendra dès lors d'observer en comment s'agence cette relation - et plus particulièrement au sein de la *grande visite* - en terme d'écoute du patient par les professionnels, de participation aux échanges et de négociations du patient. Enfin, nous aborderons la dimension temporelle de la maladie à travers les *grandes visites* et interrogerons la manière dont y est pensée la trajectoire thérapeutique.

De la maladie à la relation médecin-patient : quelques modèles explicatifs

#### ***La relation médecin-malade : du consensus à l'ordre négocié***

Historiquement, différentes lectures sociologiques de la relation médecin-malade se sont élaborées. Adam et Herzlich (2013 :74-90) en offrent une vue d'ensemble que nous allons

présenter synthétiquement. Tout d'abord, le fonctionnaliste Parsons propose une analyse en terme de consensus. Pour lui, médecin et malade ont chacun des attentes définies. Les patients ont besoin de l'aide des médecins et les médecins, eux, adoptent un comportement altruiste et possèdent les compétences pour atteindre la guérison qui représente leur but commun. La relation est ainsi consensuelle. Toutefois, c'est le médecin qui dispose de la faculté à résoudre le souci du malade ; ce dernier reste passif contrairement au médecin qui, lui, est actif. La relation n'est alors pas que consensuelle mais aussi asymétrique. Les « rôles » de médecin et malade sont « attendus et complémentaires » (Adam et Herzlich, 2013 :77) et chacun s'y tient pour le bon déroulement de la relation. Pour Adam et Herzlich, « Parsons a sans doute négligé l'existence de conflits entre points de vue et intérêts différents ainsi que l'effet des hiérarchies sociales qui interfèrent avec les comportement tels qu'ils devraient l'être » (Adam et Herzlich, 2013 :82). Vue sous cet angle, l'analyse parsonnienne serait trop normative.

Dès les années 1960 et au lieu de consensus, conflits et intérêts sont pointés par les interactionnistes, avec un « accent sur le fait que la rencontre entre le médecin et le malade se caractérise par un conflit résultant d'une divergence de perspectives et d'intérêts (Adam et Herzlich, 2013 :83). Freidson comprend la profession médicale comme « un des nombreux groupes d'intérêts existant dans la société ». C'est ainsi que pour le médecin, son intérêt personnel peut ne pas s'accorder avec l'altruisme relevant de sa profession. Aussi, un conflit de perspective est inhérent à la relation médecin-malade : « le médecin perçoit le malade et ses besoins selon les catégories de son savoir spécialisé ; attaché à son autonomie professionnelle, il entend définir lui-même le contenu et les formes de service qu'il lui rendra. Le malade, en revanche, perçoit sa maladie en fonction des exigences de sa vie quotidienne et en accord avec le contexte culturel qui est le sien ». Avec cette lecture de la relation médecin-malade, ce dernier n'est plus passif mais actif et le consensus n'est plus présent. Aussi, face à la culture professionnelle se profile la culture profane qui a dès lors une place légitime. Enfin, une nuance apportée par Freidson nous paraît intéressante en regard de notre thématique. Selon lui, médecins en pratique privée et médecins hospitaliers ne rencontrent pas le même contexte organisationnel d'interactions. Les premiers dépendent des patients – qui choisissent ou non de le consulter - alors que les seconds dépendent des premiers – qui choisissent ou non de les leur adresser. Ainsi, selon Freidson, les médecins en pratique privée seraient plus sensibles aux exigences des patients et « moins éloigné de la culture profane qui est la leur » (Adam et Herzlich, 2013 :85), au contraire de leurs pairs hospitaliers pour qui la culture professionnelle dominera.

Plus récemment, ce n'est plus tant l'opposition entre le consensus et le conflit qui est discutée mais la « pluralité des modèles d'interaction, de modèles de référence possibles et de ressources accessibles aux différents protagonistes de la relation médecin-malade » (Adam et Herzlich, 2013 :87). C'est dans cette perspective que Strauss développe son modèle d' « ordre négocié ». Pour lui, « l'ordre social est un ordre négocié » (Strauss, 1992 :250), autrement dit, la négociation est inhérente à toute forme de relation sociale. Strauss rend compte des « relations entre les différentes catégories de personnel hospitalier » (Adam et Herzlich, 2013 :88). Par exemple, il montre en quoi l'opinion des différents membres du personnel

participe à une forme de négociation. C'est cette négociation qui détermine l'objectif au lieu d'avoir un objectif prédéterminé. La négociation prend son sens dans une dimension temporelle. Strauss montre par ailleurs que les malades, qui « évoluent » à l'hôpital, négocient des privilèges mais aussi des informations. Toutefois, « il ne s'agit pas [...] de dénier l'important poids du médecin, celui-ci disposant de l'information » (Adam, Herzlich, 2013 :89). Aussi Adam et Herzlich rapportent que plusieurs études montrent en quoi « le médecin a la maîtrise des réponses aux questions du malade mais aussi qu'il structure l'interaction en formulant le plus grand nombre de questions orientant le dialogue » (Adam, Herzlich, 2013 :89).

Ces paradigmes offrent des conceptions différentes de la relation entre le médecin et le patient. Nous retenons notamment qu'il n'y a pas un « rôle », unique, de patient mais une multiplicité de manières d'(inter)agir. En effet, le modèle interactionniste apporte une vision d'un patient actif. Aussi, avec la perspective de l'ordre négocié, nous saisissons l'importance d'analyser finement les échanges entre le patient et l'ensemble des professionnels présents lors des *grandes visites*.

### ***Désigner la maladie : une forme de pouvoir ?***

Historiquement, la conception médicale de la maladie et du malade s'est elle aussi modifiée. Foucault montre en quoi avec l'apparition de la clinique, le malade disparaît au profit de la maladie. Le malade devient alors un *patient*. Le mal devient le symptôme. Le malade n'est plus l'informateur principal mais devient un patient passif face au médecin investigateur. Dans cette perspective, le corps médical applique des procédures diagnostiques avec en conséquence la perte de l'individualité du patient (Carricaburu et Ménoret, 2004 :76). Dans les années 1950, un renversement s'opère avec une attention portée au point de vue du malade. L'expérience subjective de la maladie devient « partie intégrante de la médecine » et la « personne totale » est alors l'objet de l'attention (Carricaburu et Ménoret, 2004 :76). Nous allons nous arrêter sur différentes lectures sociologiques de la maladie qui nous intéressent pour nourrir notre réflexion.

Pour Foucault, avec la naissance de la clinique, « le regard [médical n'est plus celui] de n'importe quel observateur, mais celui d'un médecin supporté et justifié par une institution, celui d'un médecin qui a pouvoir de décision et d'intervention » (Foucault, 2012 :129). Nous notons le pouvoir que la dimension institutionnelle confère au médecin. Un pouvoir institutionnel que décrit encore actuellement Détrez lorsqu'elle nous dit que « le médecin, et au-delà de l'individualité du praticien, l'institution médicale, devient en effet une instance de pouvoir chargée d'assigner [...] une identité au patient » (Détrez, 2002 :179). Dans la logique fonctionnaliste de Parsons, le « rôle du médecin [...] est à la fois de soigner, mais aussi d'attribuer le rôle social, l'identité de malade au patient » (Détrez, 2012 :178). Nous comprenons que dans cette perspective le médecin intervient, en soignant, mais il assigne également un rôle - et les attentes qui vont avec - de malade. Détrez quant à elle nous dit que « le pouvoir médical est double : il est pouvoir de déceler et de décréter la maladie en la nommant » (Détrez, 2002 :177). En d'autres termes, le corps médical a le pouvoir de décréter

la maladie chez un individu donné (Détrez, 2002 :178). Mais sur quelle base décréter ? Pour Foucault, le médecin décrète en étant justifié par son institution. Selon Parsons, la « désignation est assimilable à la lecture par le médecin d'une réalité purement objective : le statut social de la maladie et du malade est en totale continuité avec l'état organique » (Adam et Herzlich, 2013 :85).

Avec ce type de lecture, nous comprenons que « langage et raisonnement médical ne sont pas forcément en adéquation avec ceux du malade » (Détrez, 2012 :178). Une nuance que Freidson a apportée en montrant l'appréhension des deux types de reconnaissances de la maladie, celle du médecin et celle du malade. Il ajoute l'idée de réalité sociale de la maladie en considérant que le savoir médical ne fait pas que lire une réalité physique mais construit une réalité sociale en « désignant et nommant les dysfonctionnement corporel » (Adam et Herzlich, 2013 :85). A un niveau plus concret, « ce sont les investigations, le diagnostic et les prescriptions médicales qui donnent forme et contenu à l'expérience quotidienne que les malades ont de leur état » (Adam et Herzlich, 2013 :85). Aussi, Good propose un modèle explicatif de la maladie - qui nous semble en partie rejoindre cette perspective de réalité sociale. Selon lui, la maladie est un phénomène signifiant interprété par l'activité médicale. « Le médecin interprète les symptômes ressentis par son patient et les retraduit dans les catégories du savoir médical fondées sur des notions biologiques. Le malade, de son côté, possède son propre point de vue sur des notions concernant son état et s'est forgé, à son propos, un "modèle explicatif" ; celui-ci peut être en partie individuel mais il est aussi enraciné dans la culture » (Adam et Herzlich, 2013 :61). Ainsi, la maladie est faite de plusieurs modèles explicatifs. Plus spécifiquement par rapport aux *grandes visites*, toujours selon Good, « la présentation de cas fait de la maladie un objet de la pratique médicale (Good, 1998 :179) ». La maladie est organisée, « présenter un cas clinique n'est pas simplement une manière de décrire la réalité, mais de la construire » (Good, 1998 :179) ». Quant à Baszanger, qui travaille notamment sur les maladies dites chroniques, elle montre en quoi l'approche de la douleur avec la perspective de l'expérience du patient « établit la douleur chronique comme un comportement inadapté » (Carriburu et Ménoret, 2004 :76). Dès lors, « un des buts vers lequel tendent les acteurs qui interviennent autour de la maladie chronique (le malade, sa famille, les soignants, etc.) est celui de sa "normalisation" » (Adam et Herzlich, 2013 :110). Le travail thérapeutique proposé, réorganisant l'expérience du patient, peut alors devenir source de négociation (Carriburu et Ménoret, 2004 :76). Des négociations évoquées plus haut. Nous comprenons en quoi la conception de la personne, de son expérience mais aussi de la « normalité » visée, de sa collaboration et de sa « compliance » est en jeu dans la relation médicale.

D'autres aspects qui nous semblent pertinents pour notre analyse sont encore abordés dans la littérature. Tout d'abord, Détrez, qui se réfère à Boltanski, Sayad ou encore Cicourel, voit dans le vocabulaire une forme de « mise à distance », de « manifestation de pouvoir » (Détrez, 2002 : 179). Enfin, Zaffran perçoit une forme de pouvoir dans la douleur subie par le patient. En effet, selon lui, « plus nous souffrons, plus nous attendons de celles et ceux à qui nous demandons de l'aide. Plus, au fond, nous leur demandons d'être puissants et de mettre leur(s)

pouvoir(s) en œuvre pour nous faire sortir du fossé » (Zaffran, 2014 :70). Un pouvoir qui prend selon lui plusieurs formes, qu'il soit autorité, administratif ou divin.

### ***L'importance des contextes***

Strauss affirme que « des négociations spécifiques semblent subordonnées à des conditions structurelles spécifiques » (Strauss 1992 : 250), ou, en d'autres termes, « des conditions structurelles spécifiques président à ces négociations quotidiennes » (Bourque, Thuderoz, 2011 :35). Alors que le paradigme fonctionnaliste semble « enfermer » les uns et les autres dans leurs rôles respectifs, particulièrement le patient dans une posture passive, si nous nous appuyons sur une des assertions de Strauss, à savoir qu'« il n'existe pas de relations sociales qui ne soient de négociations quotidiennes » (Bourque, Thuderoz, 2011 :35), nous comprenons en quoi, selon lui, toute relation sociale est faite de négociation. Au vu de son postulat, nous saisissons l'importance d'analyser les *contextes des négociations* afin d'atteindre les *conditions* dans leur déroulement (Bourque, Thuderoz, 2011 :74). Strauss propose en effet deux types de contextes, le *contexte structurel* et le *contexte de négociation*, dont nous donnons la définition dans l'encadré ci-dessous.

#### **CONTEXTE STRUCTUREL ET CONTEXTE DE NEGOCIATION DE STRAUSS : DEFINITIONS**

« Le *contexte structurel* est le cadre général à l'intérieur duquel prennent place les négociations ; il échappe, dans une large mesure, à l'emprise des négociateurs ; il leur impose des contraintes, ou limite leur capacité d'action du moins à court terme ; il peut également offrir des opportunités d'action à l'une ou l'autre des parties » (Bourque, Thuderoz, 2011 :72).

« Le *contexte de négociation* renvoie [...] à d'autres "propriétés structurelles", intervenant plus *directement* dans les négociations ; elles apparaissent davantage comme des ressources : les participants peuvent en jouer pour orienter les résultats escomptés » Bourque, Thuderoz, 2011 :73).

Ainsi, mis en résonance avec notre terrain, nous pouvons *a priori* considérer que l'organisation liée au service - ou le niveau meso sociétal - participent à ce contexte structurel. Nous prenons le parti de considérer également comme relevant de logiques structurelles certaines logiques de groupes bien qu'elles ne soient ni figées, ni immuables, mais néanmoins souvent perçues comme « allant de soi » par les acteurs. Le *contexte de négociation* serait quant à lui fortement lié à la *grande visite* en elle-même et à la trajectoire du patient, avec sa dimension temporelle. Mais, selon nous, les différents angles d'analyse que nous adopterons ici permettront certainement de mieux cerner ces contextes, qui ne sont pas, selon nous, donnés. S'il n'est pas question, ici, de lister ce qui relève de l'un ou l'autre contexte, afin de saisir les logiques des acteurs, il nous semble important de saisir ce qui les distingue selon nous, à savoir le caractère d'imposition du *contexte structurel* alors que le *contexte de négociation* semble plastique aux pratiques des acteurs.

## La construction du patient

### **L' « histoire » du patient : de quel(s) point(s) de vue ?**

Pour chaque patient vu en *grande visite*, celle-ci commence par son « histoire ». De quelle histoire s'agit-il ? Qui participe à son élaboration ? Quels mécanismes participent à une « mise à distance du patient », s'apparentant à des « mécanismes de pouvoir » ? (Détrez, 2002 : 179. Généralement, nous l'avons vu, l' « histoire » - pour reprendre le terme utilisé par les acteurs eux-mêmes - est racontée par le médecin assistant en charge du patient ou par un des stagiaires. Dans la forme IN, elle est dite au lit du patient et dans la forme OUT dans le couloir. Un étudiant nous dit la place particulière des *grandes visites* par rapport à la compréhension du cas, et par là, de l'histoire du patient:

*« Elles sont plus approfondies les grandes visites. Enfin, je trouve, on connaît vraiment le cas en profondeur de A à Z. On reprend les antécédents. On reprend vraiment beaucoup de choses. Enfin, nous on peut vraiment se faire une image du cas dans la tête. Tandis c'est vrai que si on débarquerait comme ça dans une visites quotidienne, il y a juste quelques informations qui ressortent. Le fond de l'histoire, il revient pas chaque jour ». #ETU\_00:09:50-9#*

Ainsi, selon lui, les *grandes visites* permettent d'appréhender le patient à travers l'ensemble de son « histoire », comme un tout. Un médecin cadre nous parle de cette « histoire » du patient :

*« C'est un des exercices de style que l'assistant doit faire, c'est être capable de parler dans une certaine manière qui est compréhensible en tout cas pour l'annamnèse, c'est-à-dire de ce que le patient dit, [...], cette restitution doit être en adéquation avec ce que le patient dit et il devrait le comprendre. Ça, après, on peut dévier totalement parce que évidemment, là, ça devient plutôt focalisé sur la problématique médicale, physiopathologique ». #MC\_00:16:14-0#*

Le médecin cadre note une attente particulière. Selon lui, un des temps de cette « histoire », l'anamnèse - qui est le « récit du patient » ici restitué par le médecin - devrait correspondre le plus possible au récit tel que raconté initialement par le patient lui-même. Cette mise en lumière par un médecin cadre d'une « restitution » par le corps médical des propos du patient rappelle le point de vue interactionniste développé précédemment : nous sommes en présence d'une médecine qui « interprète ». Et plus précisément, comme le dit Good, « l'exposé n'est pas le pur reflet du vécu » (Good, 1998 :178). Ici, il est intéressant de noter qu'un des acteurs prenant part à cette « interprétation », le médecin cadre, la problématise lui-même. Afin de tendre à une adéquation entre les deux lectures – profane et professionnelle - d'une expérience, il s'agit, selon ce médecin cadre, d'être attentif à ce que l'anamnèse puisse être comprise par le patient. Le cas échéant, le patient peut intervenir, comme dans cet exemple « type » :

*Le patient n'hésite pas à corriger le médecin assistant lorsqu'il raconte son histoire.  
Journal de terrain, forme IN*

A propos de ces interventions, lors de nos observations participantes, nous avons noté que les des *grandes visites* IN, les médecins cadres précisent généralement au patient que c'est le médecin assistant qui va raconter son « histoire », et dans le même temps, les patients sont invités par le médecin assistant, voire le médecin cadre, à le corriger. Aussi, nous avons pu constater des situations où le patient voulait s'exprimer plus que ce qui était attendu de lui à

ce moment-là par le corps médical, c'est-à-dire uniquement intervenir pour « corriger » des erreurs de son « histoire », comme ici :

*A plusieurs reprises, Patiente interrompt les médecins pour ajouter quelque chose, poser une question ou répondre à une question qui ne lui est pas directement adressée.*

*Journal de terrain, forme IN*

*Médecin Assistant interrompt le Patient*

*Médecin Cadre idem.*

*Journal de terrain, forme IN*

D'ailleurs, suite à une situation de ce type, nous avons relevé dans notre journal de terrain cette discussion avec un médecin expérimenté :

*Il me dit que normalement avait prévu que avec la forme IN, le patient soit clairement averti du pourquoi de la grande visite pour éviter le cas comme ici, avec le patient qui commence à raconter et le médecin assistant qui est embêté.*

*Journal de terrain*

Nous comprenons dès lors que si le patient est invité à corriger la restitution de son « histoire », il n'est guère attendu de lui - durant les *grandes visites* - qu'il participe pleinement à sa (ré)élaboration. Toujours à propos des interventions, un médecin cadre note une particularité des *grandes visites* dans ce service:

*[...] Dans d'autres institutions, j'ai vu où à la grande visite, il y a pas uniquement tous les infirmières, il y a aussi les physiothérapeutes, il y a les pharmaciens, ça fait ces nuages de gens en blanc qui se déplacent qui peut faire peur mais effectivement chacun est appelé ou à corriger ou à modifier ou donner des précisions qui peuvent être importantes sur l'histoire du patient. [...]*#MC\_00:46:17-7#

La réélaboration de l'histoire du patient ne s'en tient pas forcément qu'au médecin assistant et au patient mais peut dépendre aussi de l'ensemble des professionnels présents. Toutefois, dans le cadre de nos observations, nous avons relevé la faible participation des autres corps professionnels. Si un membre du corps infirmier participe à la *grande visite* - ce qui est plutôt rare - il n'est généralement pas présent durant ce moment introductif. Une pharmacienne, rappelons-le, suit les visites en fonction d'un tournus entre les couloirs du service. Quant aux physiothérapeutes ou autres professionnels, ils ne sont à de très rares exceptions près pas présents lors des *grandes visites*. Nous pouvons dire que dans les cas observés, ne participent généralement à la réélaboration de l'histoire du patient que les points de vue du corps médical. Ainsi, lorsque Détrez parle « d'assignation » d'une identité de patient, nous pouvons plutôt dire que l'histoire du patient est une réélaboration, plutôt médicale toutefois, qui tient entre autre compte du vécu. Aussi, avec la perspective de Good ou Baszanger, nous pouvons dire que le vécu du patient est avant tout celui d'un malade, qui dépasse son expérience de l'hospitalisation présente, dans un environnement riche. Dès lors, nous pouvons penser que l'élaboration de son « histoire » participe en effet au passage de la personne malade au patient. Ou, en d'autres termes, une identité de patient est construite à partir d'une expérience passée et actuelle non seulement restituée par le patient mais aussi réélaborée par d'autre(s) que lui et qui inclut dès lors des visées thérapeutiques. En fonction de la forme de *grande visite*, quelques nuances apparaissent. Pour la forme IN, le patient pouvant entendre – et nous verrons plus bas en quoi la compréhension est relative - et corriger l'histoire racontée par le

médecin assistant, il participe à la réélaboration de son récit. Au contraire, la forme OUT, ne permet pas au patient d'entendre son histoire racontée par le médecin assistant ni de la corriger. Dès lors, avec la forme OUT, nous nous rapprochons plus d'une forme d'« assignation » que d'une construction partagée d'une identité de patient.

A propos de cette identité de patient et si nous revenons à Good, « l'exposé est, pour lui [le patient], un moyen d'organiser et d'interpréter le vécu, de projeter des expériences idéalisées et anticipées, une façon particulière de formuler la réalité et une manière d'influer sur elle par l'idée » (Good, 1998 :179). Lorsque Good nous dit que la présentation d'un « cas » participe à sa construction (Good, 1998 :179), nous pouvons élargir cette réflexion au patient lui-même. Good soutient d'ailleurs que « la personne, le sujet souffrant, est désignée comme lieu de la maladie plus qu'agent de sa narration. Le patient devient projet médical » (Good, 1998 :179). Aussi, pour autant que le récit soit présent – via l'anamnèse - dans la construction de cette « histoire », ce ne sont plus seulement les symptômes eux-mêmes qui sont interprétés et traduits dans des catégories médicales, comme le note Good (Adam et Herlich, 2013 :61), mais plus largement le vécu - ou plutôt ce qu'on en retient - de celui qui est construit comme patient. En effet, selon Good, trop souvent, « la présentation des cas vise à exclure tout ce qui n'est pas utile au diagnostic et à la décision thérapeutique. Tenez vous à l'essentiel, recommande-t-on aux étudiants » (Good, 1998 :179). Cette réflexion nous renvoie directement à notre terrain.

*« [...] A l'assistant, ça lui permet de s'entraîner à synthétiser et présenter un cas, chose qui est hyper difficile en fait. Et même cruciale dans la vie de médecin [...] » #CDC\_00:46:20-7#*

En effet, comme cet extrait en est exemplaire, à plusieurs reprises les professionnels ont évoqué l'importance d'aller à l'essentiel, de synthétiser. La synthétisation du « cas » apparaît comme un savoir-faire professionnel. Aussi, nous comprenons que l'histoire du patient est une réélaboration « essentialisante » du vécu de celui-ci. Elle le sera en fonction de critères donnés par les besoins de la clinique, avec une appréhension médicale. Le malade est dès lors un patient médicalisé.

Quant à l'adéquation entre le récit du patient et sa réélaboration, nous pouvons tout d'abord observer les propos de cette patiente interrogée au sujet de la présentation de son « histoire » :

*PA: Qu'est-ce que j'aurais pu noter? Non, j'ai trouvé assez fidèle! Pas trop de, de quoi. IL a bien spécifié "vous me corrigez!"*

*SB: Oui, ça, c'est quelque chose qui..*

*PA: Oui, alors ça, j'ai dit "tiens, quand même!" [rires] #00:08:16-6# Forme IN*

Elle semble reconnaître positivement l'adéquation entre la réélaboration-restitution de son récit, fait ultérieurement, par le médecin assistant, les diverses informations et son propre vécu de malade. Elle relève aussi tout spécialement l'invitation qui lui est faite par le médecin assistant à le corriger. Un autre cas, relevé par un médecin cadre, montre cette fois-ci une inadéquation :

*« [A propos de l'intérêt que le patient entend dans le cas d'un IN] Donc, le gain il est là, d'être sûr que le patient a bien compris qu'on a nous très bien compris son problème, de bien comprendre la hiérarchisation du problème parce que parfois, la hiérarchisation du problème elle est liée médicale*

*mais un coup il peut dire mais "ça c'est pour moi très important" mais pour le patient, c'est peut-être pas important du tout. #MC\_00:13:35-3#*

Ce que ce médecin cadre nomme la « hiérarchisation du problème » met en lumière une appréhension différente d'une situation. La manière de saisir le problème de l'un n'est pas celle de l'autre. Nous comprenons l'intérêt de la confrontation de la restitution de l'histoire du patient par le corps médical et le patient lui-même. Cette manière d'appréhender le patient, son histoire, son « problème », renvoie selon nous au passage du statut de personne malade à celui de patient. Un passage auquel, nous l'avons dit, participe pleinement à l'élaboration de son « histoire » et de sa trajectoire de soin. Dans ce cas, la forme IN des *grandes visites* semble la plus à même d'offrir cet espace d'interaction - un espace pour la « relation soignante » - afin de pouvoir restituer, tous ensemble, l'histoire du patient la plus en adéquation avec son expérience.

Au vu de ces différents éléments, nous pouvons dire que l'« histoire » restituée en début de *grande visite* n'est pas le « récit » du patient à proprement parler, mais bien une réappropriation de celui-ci par les différents acteurs, particulièrement le corps médical. Une réappropriation qui participe à l'élaboration d'une « identité de patient ». En d'autres termes, en construisant son histoire, les acteurs participent à construire le patient. Un patient hospitalisé avec son « histoire » - au sens strict du terme - mais aussi à qui on attribue une visée thérapeutique dans un contexte clinique. Cette réappropriation est majoritairement celle du médecin assistant et à partir du récit du patient mais aussi par exemple de données laboratoires ou d'examens cliniques déjà effectués. Par leurs précisions, questions ou participation à la réflexion clinique, d'autres professionnels peuvent y prendre part. Nous avons vu que ces professionnels appartiennent en général au corps médical. La réappropriation est en ce sens majoritairement médicale. Quant aux patients, la forme IN leur offre, pour autant que d'autres conditions soient remplies, la possibilité d'intervenir dans cette mise en récit. Selon nous, cette forme d'interactions permet d'éviter une véritable « assignation » d'une identité de patient, dénoncée par Détrez. Toutefois, la pratique montre qu'il n'est attendu des patients qu'un rôle de « correcteur » de leur propre récit réélabore et restitué. Malgré cela, les différentes lectures de l'histoire du patient – profanes, médicales, infirmières, etc. – permettent selon nous de s'accorder sur une visée clinique commune, autour du patient.

### ***Dossier informatisé et réductionnisme : quand le « cas » prend corps.***

Après avoir observé la construction de l'« histoire du patient », nous allons nous arrêter sur une autre dimension du patient, à savoir la dimension informationnelle. Le dossier patient informatisé réélabore les pratiques professionnelles, nous l'avons montré. Mais en quoi participe-t-il à une vision spécifique du patient ? En quoi le patient est-il réduit à des données ? Autrement dit, en quoi le corps disparaît-il au profit de la dimension informationnelle ? En quoi peut-on parler de réductionnisme informationnel, autrement dit, en quoi le patient se voit-il divisé en corps biologique d'un côté et en corps social de l'autre ?

Dans nos extraits d'observations et entretiens avec les professionnels, nous relevons la récurrence de l'usage du « cas » notamment lors de situations qui relèvent de la pédagogie, nous l'avons vu. « Un cas magnifique » est par exemple souvent utilisé par un médecin cadre. Le patient serait donc appréhendé – dans certaines circonstances cliniques - comme un « cas ». A ce propos, Mayère s'inspire de Berg en nous disant que « le dossier du patient vise à transformer un patient polymorphe, qui présente des indices variés, contradictoires, ambigus, en un “cas maîtrisable“ inscrit dans une trajectoire médicale (Berg, 1996) » (Mayère, 2012 : 116). Ainsi, nous pouvons voir dans ces usages lexicaux une représentation du patient comme un « cas » auquel le dossier informatisé participerait. En ce sens, le patient, alors « cas » s'inscrirait *a priori* dans une visée informationnelle : le patient, réduit à des données tels les labos, se verrait alors machinisé.

A propos de cette visée informationnelle, Kiefer a récemment dénoncé un mouvement de la médecine vers la technologie: le corps apparaît « comme un simple ensemble de paramètres, où la vision globale se perd dans l'efficacité chiffrée » (Kiefer, 2014 : 2). Nous voyons dans sa critique, et plus particulièrement lorsqu'il dénonce un « simple ensemble de paramètres », un lien avec la conception informationnelle du patient du paradigme cybernétique. Dès lors, nous pouvons nous demander si nous percevons dans notre terrain cette forme de « conception purement informationnelle de l'humain » (Lafontaine, 2004 :187)? Selon cette perspective, le patient serait réduit à ses données. Si nous revenons à nos observations et entretiens, nous constatons que pour les médecins les plus expérimentés, le recours aux données « labo » n'a pas autant d'importance que pour les plus jeunes, qui ont une conception plus informationnelle du patient. *A priori*, nous pourrions lire dans cette dernière vision une division du corps social et du corps biologique qui rappelle le « réductionnisme informationnel » dénoncé par Lafontaine. Un corps biologique, notamment les données dites « labo », dont il est même fait usage à l'extérieur de la chambre dans la forme OUT des *grandes visites*, forme par ailleurs préférée des plus jeunes. Cette séparation n'est ainsi plus que conceptuelle mais aussi spatiale. Toutefois, pour tous, médecins jeunes ou expérimentés, la dimension informationnelle - nécessaire ou non, et là les conceptions des groupes de pairs divergent - ne semble pas suffisante : tous attribuent une importance aux savoir-faire et savoir-être de la clinique qui permettent d'atteindre d'autres dimensions non seulement du corps biologique mais du corps social. La réflexion clinique, là aussi fondamentale aux yeux de tous, permet quant à elle de faire le lien, d'imbriquer, ces dimensions multiples du patient. Le patient est un tout cohérent. Dès lors, il nous semble dès lors peu adéquat, ici, de parler de « réductionnisme informationnel ». Malgré une conception informationnelle du patient par les plus jeunes, le patient n'en est pas pour autant réduit à celle-ci. La posture clinique permet de surmonter cette division entre corps social et corps biologique et reconnaît le patient comme un « tout ». Cela rejoint d'ailleurs ce que la partie précédente, traitant de la construction de l'« histoire » du patient a pu mettre en lumière. Le patient, par la prise en compte de l'anamnèse, participe plus ou moins – selon la forme de *grande visite* – à la construction de son identité de patient, plus ou moins médicale, plus ou moins sienne.

## La relation médecin-patient

### ***D'une médecine in situ vers une télémédecine ? Quand l'ordinateur se mêle à la relation entre médecins et patients.***

En 2001 déjà, Carré et Lacroix présagent que l'introduction des TIC dans les hôpitaux pourrait participer à « modifier profondément et tout à la fois les pratiques médicales, la relation médecin-patient, les conditions d'accès aux soins et le rapport du citoyen à sa santé » tout en dénonçant les discours « apologétiques sur la “révolution informatique” » des années 1990 (Carré, Lacroix, 2001 :12-13). Plus de dix ans après, qu'en est-il ? Nous allons interroger ici la réélaboration de la relation patient-médecin produite par l'émergence de l'informatique, plus précisément du dossier patient informatisé. Comme souligné lors de la mise en contexte historique, un médecin cadre nous a dit à plusieurs reprises sa crainte d'une dérive dans la pratique des *grandes visites*, qu'il perçoit dans une perspective temporelle:

*« [...] Et pis l'autre chose, la dernière, qu'on a vu, c'est la dérive qu'on est en train d'observer qui existe déjà dans d'autres services, euh, c'est le fait que, le fait de se fier uniquement à un écran et à l'information de l'écran sans pouvoir comparer en même temps si le paramètre que je vois à l'écran correspond effectivement à une pathologie ou si je suis faussement rassuré par une valeur normale et puis le patient va mal. C'est la dérive de la télémédecine où on interprète derrière un mur comment est-ce que le patient est. [...] » #MC\_00:11:14-6#*

Ce médecin cadre évoque la crainte que les *grandes visites* relèvent peu à peu de la télémédecine. Cela n'est pas sans rappeler le « réductionnisme informationnel » de Lafontaine, avec une division du corps et des informations. Carré et Lacroix dénonçaient déjà que les télé-services ou la télésanté s'inscrivent dans une logique considérant que « la technologie doit TOUT solutionner » (Carré, Lacroix, 2001 :9). Selon nous, nous touchons à ce que Lafontaine décrit à propos des espoirs suscités par l'implantation d'Internet, comme prenant « des allures d'une véritables utopies » (Lafontaine, 2004 :181) ; Internet non pas comme simple outil, mais détenant le « pouvoir de régler la plupart des maux accablant l'humanité » (Lafontaine, 2004 :181). L'argumentaire dénonçant cette télémédecine ne semble pas emprunt de ces considérations utopiques<sup>35</sup>, bien au contraire. Dès lors, il est intéressant de nous demander ce que peut signifier la télémédecine, plus particulièrement l'appréhension médicale du terme. Un article de Syburra et Genoni paru dans la Revue Médicale Suisse nous éclaire. « Aux Etats-Unis, la télémédecine a été définie ainsi : “L'usage d'informations et de communications électroniques permettant l'exercice et le support des professions de la santé lorsque la distance en sépare les participants” et “En règle générale, la télémédecine consiste à rendre possible une consultation ou l'éducation dans les professions de la santé en ayant recours aux réseaux de télécommunication afin d'échanger des informations” » (Syburra et Genoni, 2008 : 2652). La première définition fait référence à la distance : une distance comme obstacle que la télémédecine permettrait de contourner. L'extrait suivant d'une observation participante semble y faire écho:

*Le médecin cadre écoute le cœur de la patiente*

---

35 Par utopie, nous entendons ce qui s'intéresse aux possibilités de la technique (Maestrutti, 2011 : 126)

*Les autres sont vers l'ordinateur  
[...]  
L'ordinateur n'a plus de batterie.  
Ils vont le charger dans un coin de la pièce.  
L'équipe se repositionne, devant la patiente cette fois.  
Chef de clinique, lui, va se positionner derrière l'ordinateur, au fond de la chambre.  
Journal de terrain*

Ici, nous observons un repositionnement spatial de l'équipe. Celle-ci se rapproche du patient, hormis le chef de clinique qui se met plus en retrait, pour rester auprès de l'ordinateur, selon une logique individuelle déjà explicitée plus haut. Cette situation permet de mettre en lumière que, dans l'usage courant, l'ordinateur éloigne l'équipe du patient. Dans le cas qui nous intéresse, c'est donc au contraire de la télémédecine citée par Syburra et Genoni qui rapprocherait. Cette « télémédecine » crainte par le médecin expérimenté semble bien produire une distance entre les soignants et le patient. Nous pouvons y voir une forme de cet « univers culturel "fortement communicant, mais très peu rencontrant" » de Breton (Lafontaine, 2004 :185). Pour ce médecin cadre, les données contenues dans *Soarian*, de l'ordre de l'information, ne suffisent pas au diagnostic. Une confrontation de celles-ci avec le patient – sa corporalité mais aussi ses paroles – est nécessaire. Il s'agit donc bien d'une communication de l'ordre de la « rencontre » pour reprendre les termes de Breton, qui s'avère nécessaire. Il va même encore plus loin lorsqu'il affirme que :

*« [...] Maintenant nous en médecine, ça sera toujours comme ça, on a besoin de comparer des résultats, des paramètres avec un patient pis de lui demander "comment allez-vous"? [...] » #MC\_00:11:14-6#*

Pour lui, cette confrontation s'avère indispensable, voire indissociable du processus de soin, et le sera toujours et ce au-delà des outils technologiques à disposition. La technologie ne peut remplacer le corps médical, l'humain. David Le Breton soutient et explique cette thèse : "Il n'y a pas de médecine efficace sans une prise en compte par la praticien des significations et des valeurs de son patient. [...] on ne soigne pas un malade comme un moteur en panne" (Le Breton, 2013a: 115). Un moteur, une machine ou un ordinateur en opposition à l'humain. Et en ce sens, nous comprenons en quoi l'omniprésence (et non la simple présence) de l'outil informatique participe à la déshumanisation de la médecine.

Interrogeant le cas particulier des *grandes visites*, c'est bien dans sa perspective clinique que la relation entre médecin et patient nous intéresse. Nous nous souvenons de la dimension d'« observation directe » de l'usage contemporain du mot clinique. Dès lors, nous pouvons interroger en quoi un outil tel que *Soarian* réélabore la définition même de la clinique et les valeurs que les acteurs semblent associer à la posture clinique dans le contexte des *grandes visites*, IN ou OUT. Les discours des différents médecins cadres relèvent d'une perspective qui met en avant une relation de proximité avec le patient, comme par exemple :

*« [...] d'ailleurs si vous avez remarqué le font spontanément, toucher les gens, prendre la main. "je me présente, ne vous inquiétez pas, je suis là, etc." Très bien, ça c'est du savoir-être et dans la relation et on peut pas le faire derrière un ordinateur, on peut [incomp], ça se fait au lit du malade. Et je pense que les gens suffisamment sensibles et intelligents voient ça et on n'a pas besoin [...] » #MC\_00:35:56-0#*

Les médecins assistants et les étudiants semblent quant à eux plus critiques en discutant la pertinence de faire la *grande visite* en intégralité au lit du patient:

*Médecin Assistant: Pour l'instant, les visites que j'ai fait IN tout seul, je trouve pas que c'est forcément mieux. On est avec le patient, on parle de lui, il nous regarde. Nous, on regarde l'ordinateur.*

*SB: Il y a quelque chose qui te dérange?*

*MA: Je crois que le contact est pire. On est forcé [incomp] de nos outils, même pas regarder le patient, on regarde un ordinateur. Il y a des aspects qui sont négatifs [...] #MC\_00:18:10-1#*

Pour ce médecin assistant, la visite au lit du patient n'inclut guère plus le patient et reste centrée autour de (ou derrière) l'écran plutôt que dans un échange relationnel, ne serait-ce qu'un regard, entre le médecin et le patient. Bien conscient de cette divergence, un médecin cadre donne cette explication :

*« [...] les médecins [jeunes] et infirmières préfèrent faire la visite à l'extérieur comme ça, il y a pas de moments, de moments morts avec le patient, je pense que ils gèrent mal le fait de regarder un écran en étant à côté du patient, le fait qu'ils ont peu d'expérience fait qu'ils ont aussi la tendance à vouloir tout regarder de A à Z et donc rester 20mn devant l'écran à côté d'un patient, ils le vivent très mal. Maintenant, euh, nous qu'on avait vécu les vieux [?] uniquement l'ancienne méthode, on sait très bien qu'on peut faire la visite à l'intérieur sans mettre 20mn par patient, mais 5 minutes en intégrant le patient. Le patient est capable de comprendre que à un moment donné on doit regarder le le l'écran, les résultats parce que c'est ça qu'on a mais que c'est faisable ». #MC\_00:11:14-6#*

De cette divergence, nous pouvons comprendre la différente appréhension de l'usage de l'ordinateur : si pour les médecins moins expérimentés, l'ordinateur « dérange » la relation avec le patient, c'est que son usage semble inévitable alors que, au contraire, pour les plus expérimentés, l'ordinateur, bien que présent peut l'être sans devenir central, sans être nécessaire. C'est bien au contraire la confrontation directe du « labo » et du patient qui est nécessaire. Historiquement, cela nous renvoie à ce que Maestrutti dit de la vision positiviste du progrès, dans l'air du temps au XIXème, à savoir que ce dernier « devient en-lui-même nécessaire » (Maestrutti, 2011 :126). *Soarian* ne semble pas reçu par toutes et tous de la même manière mais néanmoins tous s'accordent autour de l'importance de la clinique, une relation dialogique, en face-à-face. Nous pouvons citer Strauss qui postule que « n'importe quel changement portant sur l'ordre négocié [...] [tel] l'introduction d'un élément technologique nouveau ou une nouvelle idéologie - appelle une renégociation ou une réévaluation » (Strauss, 1992 :250). Dès lors, dans la perspective interactionniste de l'ordre négocié, nous pouvons dire que l'introduction de *Soarian* participe à la (re)négociation par les différents acteurs de l'usage du dossier patient informatisé. Aussi, cette divergence rappelle la vision interactionnistes des codes et valeurs des groupes de pairs. Ici, pour les plus jeunes, l'ordinateur a une valeur de nécessité, contrairement aux plus expérimentés. Cette différente conception produit un détachement des supérieurs, les expérimentés, et un rattachement aux valeurs de son groupe, celui des plus jeunes.

A propos du lien particulier entre le médecin et le patient, Le Breton affirme que « le médecin généraliste est, en principe, en position favorable pour rencontrer l'homme derrière sa plainte et agir ainsi plus en profondeur en ne méconnaissant pas la singularité de son patient ni celle de son entourage (Le Breton, 2013 (1990) :114) ». Dès lors, nous comprenons que

l'ordinateur réélabore cette relation ; il participe à éloigner le patient du médecin, nous l'avons vu. Mais en quoi peut-on parler d'une machinisation du patient ? Observons ces extraits :

*Un médecin expérimenté me raconte qu'on ne voit plus l'intérêt d'aller écouter le cœur du patient si on a une radiographie disposition [dans Soarian]. De fait, on ne va plus toucher le patient.  
Journal de terrain*

*« [...] Tandis que le jeune assistant, [...], il sera déjà débordé par la gestion des paramètres hémodynamique, par la gestion du labo [les données « laboratoires » se trouvent sur Soarian] et il aura tendance à oublier ce que l'infirmière ou le patient aimeraient dire ». #MC\_00:54:20-0#*

Le Breton cite Torga, un médecin et écrivain portugais au sujet de la parole du patient. « "J'ausculte, je palpe, je donne des médicaments, je promets la guérison, mais je finis par me sentir le vrai bénéficiaire de ces largesses cliniques. Je retrouve à cette occasion le goût de mon métier que la ville a tué progressivement". Torga dit son attachement à l'anamnèse, au récit par le patient de la souffrance qu'il endure. "Voilà le grand moment humain de l'acte médical [...] " » (Le Breton, 2013 :115). Nous comprenons la place de la parole du patient, de l'anamnèse dans la relation de soin et le projet thérapeutique entre le patient et le médecin. Pour lui, comme pour les acteurs de notre terrain, l'anamnèse doit être « humanisée », prendre corps et établir un dialogue, et ne peut se réduire à des valeurs laboratoires chiffrées informatisées, qui nous l'avons vu, renvoient au paradigme cybernétique. Nous reviendrons plus bas sur cet élément lorsque nous interrogerons la corporalité du patient.

L'importance accordée à la clinique par le corps médical s'inscrit selon nous dans la même vision que celle de Lafontaine lorsqu'elle dénonce de « réductionnisme informationnel [qui] revient à nier que les êtres vivants sont d'abord et avant tout des unités synthétiques, indivisibles et indécomposables en segments codés et que c'est en tant qu'êtres synthétiques qu'ils s'inscrivent dans le monde et s'intègrent à leur environnement. De la plus petite plante à l'être humain, le mode d'existence des espèces vivantes est entièrement dépendant de leur forme corporelle » (Lafontaine, 2004 :208). Un patient qui sera alors rendu « divisible » dans le cas de ce « réductionnisme informationnel ».

Ainsi, les différentes appréhensions de *Soarian* poussent les groupes de pairs – jeunes médecins et médecins expérimentés - à négocier les modalités des *grandes visites*, c'est-à-dire la forme de *grande visite*, bien que les valeurs accordées à la relation clinique convergent pour tous vers l'importance accordée à la relation avec le patient. Cette lecture permet de saisir pourquoi les plus jeunes peuvent préférer faire la *grande visite* en OUT. Pour eux, dès lors que l'usage de l'ordinateur s'avère nécessaire, cette forme de *grande visite* permet de ne pas déranger la relation clinique avec le patient par ailleurs chère à leurs yeux. Avec une perspective interactionniste, cette divergence participe à entretenir des appartenances de groupes de pairs.

### Les *grandes visites* comme espace d'échanges

Cette partie de notre travail est l'occasion de comprendre en quoi la perspective fonctionnaliste d'un patient passif peut être dépassée par une lecture interactionniste. Strauss

propose d'observer « qui négocie avec qui, quand et à propos de quoi ? » (Strauss, 1992 : 250). Considérant que, comme Godelier le note, « le domaine du “donnable“ [...] est constitué de tout ce dont le *partage* est possible, *fait sens* et peut créer chez l'autre des obligations, une dette » (Godelier cité par Métraux, 2013 :182), la parole constitue une forme de don et participe dès lors à une forme d'échange. Bien que, comme le reconnaît Métraux, « toute parole n'est pas donnée, même lorsque des informations sont fortement sollicitées, par un médecin lors d'une anamnèse ou un sociologue lors d'une enquête, la personne interrogée peut toujours s'arroger la liberté d'éluder les questions » (Métraux, 2013 :182). Tout comme le considère d'ailleurs la lecture en terme de négociations lorsque le patient choisit par exemple « quelles informations donner » (Burton-Jeangros, 2005 : 753). En ce sens, bien qu'elles représentent un espace-temps déterminé, imposé au patient - et par ailleurs aussi aux professionnels - nous considérons les *grandes visites* comme un espace d'échanges fait, notamment, de paroles.

Avant d'entrer dans l'analyse des négociations à proprement parler, nous nous arrêterons sur des dimensions qui participent selon nous à leur bonne compréhension par le patient. Ainsi, nous observerons la place du patient au sein des *grandes visites*, quels mécanismes semblent freiner ou au contraire favoriser la participation des patients et en quoi le vocabulaire utilisé participe à une mise à l'écart du patient.

#### ***Quelle place pour le patient au sein des grandes visites ?***

Strauss montre en quoi une catégorie de travailleurs est rarement reconnue : leurs tâches ne sont souvent pas remarquées – mais paradoxalement attendues par les soignants – et ils ne sont reconnus par aucun titre. Ce travail est le fait des patients (Carriburu et Ménoret, 83). Selon cette logique, nous pouvons nous intéresser à la place faite au patient lors des *grandes visites*. Quels types d'interactions y sont mis en oeuvre? Quelles contributions les patients apportent-ils, plus précisément, qu'apportent-ils de leur initiative et qu'attend-on d'eux ? (Carriburu et Ménoret, 83-84). De quelle manière les *grandes visites*, par leur déroulement, permettent-elles des « rôles respectifs des malades et des médecins [qui] ont fortement évolué au cours des dernières décennies dans la relation de soin », avec l'émergence d'un patient actif et acteur (Fainzang, 2013 : 83) ? Nous allons tout d'abord observer les interactions entre professionnels et patients durant les différents temps passés en chambre durant la *grande visite*, puis nous pourrions les mettre en résonance avec la théorie.

Avant tout, rappelons que les formes IN et OUT n'incluent pas de la même manière le patient. En effet de par leur organisation différente, le patient se trouve exclu de la présentation de son cas lors de la *grande visite* OUT alors qu'il est présent lors de l'intégralité de la *grande visite* IN excepté la partie finale qui se tient dans le couloir. Dans la forme plus rare dite IN IN, le patient est présent durant l'ensemble de la *grande visite*. Afin de saisir en quoi les patients sont réellement partie prenante de la *grande visite*, tout mode confondu, nous allons nous intéresser à quelques situations d'interactions. L'extrait d'entretien avec ce médecin cadre en révèle l'agencement :

*Je pense que c'est, pour moi, c'est un peu variable. C'est. J'aime bien intégrer le patient, c'est clair il y a des, sur 40 minutes où éventuellement on passe sur son cas, il y a en a quelques uns où sont vraiment dédiées aux médecins et à l'information mais où le patient, est présent. Puis, mon souci c'est toujours d'essayer de retourner vers lui et qu'il ait compris aussi le travail qu'on a fait à côté et pourquoi j'ai parlé. #MC\_00:15:13-8#*

Les propos de ce médecin cadre correspondent bien à nos observations. En effet, différents temps peuvent être mis en lumière.

Un premier temps est consacré à l'histoire du patient, dans le couloir ou dans la chambre selon la forme de la *grande visite*. Notons que si les patients ne sont pas présents « physiquement » lorsque les discussions ont lieu dans le couloir, nous pouvons dire qu'ils en sont parfois tout de même conscients, comme le montre l'observation suivante:

*L'équipe discute dans le couloir, avant d'aller en chambre.*

*Patiente depuis sa chambre [porte ouverte] : « ces messieurs dames causent toujours ou bien ils viennent ? ».*

*Chef de clinique va devant la porte « oui, oui, on arrive ».*

*Patiente : « c'est pour savoir si j'ai le temps d'aller aux toilettes avant qu'ils arrivent »*

*Journal de terrain, forme OUT*

En effet, cette patiente, avertie de la prochaine venue de l'équipe, réalise qu'une discussion entre professionnels a lieu avant le moment en chambre. Observons maintenant de quelle manière les interactions peuvent avoir lieu entre les médecins et les patients. Dans la situation suivante - qui a lieu selon la forme IN - la présence de l'équipe médicale autour du lit de la patiente a duré quarante-cinq minutes :

*Les professionnels parlent longtemps autour du lit sans interagir avec elle.*

*La Patiente ne les regarde pas quand ils parlent entre eux.*

*Journal de terrain, forme IN*

Nous constatons que si le corps médical a longtemps échangé spatialement autour de la patiente, selon nos observations, il a peu interagi avec la patiente par contre. Elle-même s'est « retirée » de l'interaction, en ne réagissant pas à leurs échanges, ni verbalement, ni même visuellement. Au contraire de la visite suivante qui a lieu selon la forme OUT et avec un autre médecin cadre :

*Lorsque nous sommes dans la chambre, uniquement des interactions (questions) du médecin cadre à la patiente.*

*A la fin du moment en chambre, la patiente s'excuse de les avoir dérangé.*

*Journal de terrain, forme OUT*

En effet, lors de cette visite OUT, le moment passé au lit de la patiente a été consacré quasiment entièrement à une interaction l'incluant, plus précisément un échange entre le médecin cadre et le patient. Par contre, les autres professionnels ont été mis à l'écart de l'interaction. Ces deux exemples sont à l'opposé l'un de l'autre et notre présence *in situ* sur la durée nous permet de dire que de nombreuses nuances se jouent, nous allons le voir ci-dessous, notamment avec cet exemple d'interactions entre professionnels uniquement :

*Lorsque le Médecin Cadre parle avec les autres professionnels (MA, ETU, CDC) de signes qu'on voit sur les ongles, le Patient se regarde les ongles.*

*Journal de terrain, forme OUT*

Tout d'abord nous notons que si cette visite a lieu dans la forme OUT, le moment passé au lit du patient est également fait, ici, de moment de dialogues entre professionnels uniquement. Au contraire de la patiente évoquée plus haut, le patient présent semble y être attentif et réagir à ce qui est dit, sans toutefois interagir verbalement avec les professionnels. A propos des réactions aux discussions, nous pouvons observer cet extrait de *grande visite* IN.

*Médecin cadre : les tests pancréatiques ont été faits ?  
Chef de Clinique et Médecin Assistant vont voir sur leur ordinateur  
Patiente: « pancréatique, oh non ! »  
MC la regarde mais ne dit rien.  
Journal de terrain, forme IN*

Nous notons que contrairement au patient précédent, celle-ci réagit à haute voix au dialogue entre professionnels. Lors de l'entretien qui a suivi, celle-ci nous dit :

*« Par contre, ce Professeur, je l'ai trouvé humain, beaucoup plus humain que ce ne l'a été dans le temps. Ils étaient le grand ponton et puis tout le monde... Non, je l'ai bien vécue. ça ne m'a pas du tout dérangée. Bon, y'a des petits apartés, des fois, c'est un peu, un peu, désagréable, mais c'est tout. Alors, il y a juste dès fois, alors, oh, il pose des questions et il ne fait pas de commentaires et il fait des commentaires dehors. Voilà ce que j'attendrais personnellement. Parce que ceux qui comprennent pas tant mieux, mais moi je comprends un peu. Alors, ça gamberge vite. Pas que je sois soucieuse, mais quand même j'aimerais savoir pourquoi je suis ici ». #00:01:59-8# Forme IN*

Ces moments « en aparté » apparaissent comme sources de soucis et peu agréables à vivre. Néanmoins, elle expliquera plus tard dans l'entretien que par le regard que le médecin a posé sur elle et non pas sur le reste de l'équipe - « le reste de la galerie » dit-elle - elle s'est sentie exister en tant que personne et ne pas être « un simple péquin inintéressant ». Ces mécanismes, qui renvoient d'ailleurs à la « clinique », participent selon nous à l'échange relationnel entre le patient et le médecin. Ainsi, si elle trouve ce médecin cadre « humain », elle reçoit plus négativement les moments de dialogues entre professionnels. Pour d'autres, assister à ces discussions de réflexion clinique produit un autre ressenti :

*SB [...] En tant que patient, qu'est-ce que cela fait de voir les médecins qui discutent entre eux?  
Patient: Moi, ça fait. Bon, parce que au moins, ils essaient d'avoir des solutions. Y'en a un qui a peut-être une bonne idée. Ça ne veut pas dire "moi je suis le patron et l'autre n'a rien à dire!"[...] De toute façon, ce sera le chef qui prendra la décision, bien-entendu. Mais au moins, cela peut donner...  
#00:09:56-2# Forme OUT*

Ainsi, si pour certains patients, ces moments de réflexions professionnelles semble agir comme une mise à l'écart, pour d'autres, il permettent de percevoir une réflexion clinique commune. Une patiente va même plus loin, si elle dit ne pas comprendre le contenu, elle se sent soutenue et prise en charge par « le professeur » qui ne la « laisse pas tomber ». Pour elle, ne pas comprendre le contenu, au contraire de la patiente qui le comprend et chez qui cela génère du stress, voir l'équipe réfléchir à son cas a un effet rassurant.

Aussi, nous pouvons revenir sur une situation observée lors d'une *grande visite* OUT :

*Dans la chambre, le médecin cadre ne s'adresse quasiment qu'au patient. A un moment donné, il pose des questions de formation (change de ton et position. Personne ne sait la réponse. Le MC dit qu'on en parlera alors après (en OUT).  
Journal de terrain, forme OUT*

Ici, si le médecin cadre interagit aussi avec les professionnels – à des fins de teaching - il semble porter une attention particulière à ce que cela ne prenne pas le dessus sur un moment d'interaction avec le patient ou, pour reprendre le terme utilisé plus haut par la patiente, ne crée pas des situations d'« aparté ». Aussi, nous notons le changement d'attitude – parle plus fort, lentement et se met à sa hauteur - lorsqu'il s'adresse à ce patient. Une attitude par ailleurs observée à plusieurs reprises et relevée positivement par les patients.

Un second temps – qui représente le premier en chambre pour la forme OUT - peut être mis en lumière après le moment consacré à l'histoire du patient. En général, le patient est sollicité par le médecin cadre. Ici, il le fait sous la forme de questions fermées. Ces échanges varient dans leur contenu : retour sur l'histoire, douleur, mobilité, retour à la maison. Ces échanges sont aussi faits de formes multiples : questions ouvertes ou fermées du médecin cadre au patients, informations du médecin cadre au patient. Ces moments d'échanges sont plus ou moins longs et comprennent parfois la participation des autres professionnels, voire même des « apartés » comme le souligne une patiente. Aussi, nous constatons que rares sont les patients qui interrompent les moments d'échanges entre médecin. Selon nos observations, les patients ne prennent que rarement la parole de manière spontanée. Ils s'en tiennent à répondre aux questions soulevées. Les patients apparaissent comme peu souvent à l'initiative de l'interaction. Nous aurons l'occasion de revenir plus bas sur les formes de négociation que peuvent prendre ces échanges.

Enfin, nous pouvons distinguer un dernier temps en chambre. Le patient y est encore sollicité, toujours sous forme de questions, comme ici :

*Médecin Cadre au Patient à la fin du moment en chambre: "Vous avez des questions vous-même?"*

*PA: « non, j'en ai plus, j'en ai tellement posées ».*

*Journal de terrain, Forme IN*

A la fin de la partie en chambre, un temps est généralement offert au patient, par le médecin cadre, pour poser ses éventuelles questions. Mais là encore, c'est le médecin cadre qui propose l'espace pour les questions des patients. Ce mécanisme de gestion de l'échange fait écho aux études évoquées par Adam et Herzlich démontrant la structuration de l'interaction par le médecin.

Dès lors, nous pouvons dire que tout au long de la partie en chambre, c'est le corps médical - et plus généralement les médecins cadres - qui guide des interactions. Spontanément, ce médecin cadre évoque, cette répartition des « rôles » :

*« C'est plus le patient en premier mais c'est les médecin qui parlent et le patient en 2ème plan. Et mon idée c'est qu'il faudrait plus souvent inverser ce, cette relation et laisser le patient en premier plan avec ses questions, avec le fait qu'il comprenne, comme je dois arriver à lui faire comprendre ce que je fais et de quoi on discute et quels sont nos doutes, quelles sont nos certitudes, quelle est notre démarche ».*  
*#MC\_00:31:47-5#*

Ce médecin expérimenté semble conscient de la répartition actuelle, et dit la regretter. Nous voyons donc un écart entre ce vers quoi il aimerait tendre et la pratique plus générale du

service. Le terrain montre que si le patient intervient plus qu'il n'est attendu de lui dans les échanges cliniques, il est généralement interrompu. Nous constatons également que ce type de situation a lieu le plus souvent lors de la partie de restitution de l'histoire du patient. En toute logique, cela a lieu plus fréquemment dans la forme IN des *grandes visites*.

Ces observations rappellent sans conteste l'état des lieux d'études actuelles sur le rôle du patient d'Adam et Herzlich et évoquée plus haut avec d'une part la structuration de l'interaction produite par les médecins, notamment par la formulation des questions et d'autre part les questions des patients qui mettent en lumière la maîtrise des réponses par le corps médical. Dès lors, si nous mettons cela en résonance avec la théorie de l'ordre négocié de Strauss, nous pouvons dire que durant les *grandes visites*, le corps médical, par la conduite des interactions qu'il s'accorde, laisse une place restreinte et maîtrisée à la négociation des patients. Le corps médical semble ainsi « jouer » avec certaines formes du contexte de négociation. Nous verrons toutefois plus bas en quoi les patients se sentent entendus et agissent dans des formes de négociation.

Du point de vue de la "trajectoire de maladies" de Strauss, ces espaces délimités d'échanges peuvent être lus comme une participation au travail médical, ou « un élément important de la division du travail » (Adam et Herzlich, 2013 :103). En effet, nous voyons dans nos extraits, et particulièrement dans la forme IN, la participation à la réélaboration de l'histoire du patient. « [...] les malades ne font pas que réagir au traitement, mais [...] ils peuvent, eux aussi, sous diverses formes, participer effectivement au travail médical : pour assurer leur propre confort, pour contrôler le fonctionnement des appareils, pour repérer les erreurs des équipes soignantes » (Adam et Herzlich, 2013 :103). C'est bien cette dernière tâche que nous retrouvons mobilisée durant les *grandes visites*, à la demande même du corps médical. Dans la forme IN, le patient apparaît comme un élément à part entière de ce travail de soin. Mais tout comme pour le travail professionnel, la division du travail semble organisée et des tâches bien spécifiques sont attribuées au patient, ce profane. D'ailleurs, « une certaine répartition des tâches entre ceux qui travaillent » s'impose, nous disent Adam et Herzlich (Adam, Herzlich, 2013 :103). Mais ces tâches sont aussi hiérarchisées et agencées de manière top down car structurées par le corps médical et particulièrement le médecin cadre qui mène la *grande visite*. La forme OUT des *grandes visites*, en excluant de son champ le patient, ne mobilise quant à elle que peu le travail profane. Dès lors, s'il peut être partie prenante du travail hospitalier – nous le voyons avec la forme IN - nous pouvons difficilement concevoir que ce travail spécifique soit considéré comme essentiel par les professionnels et nous rejoignons alors l'idée que « les patients ne sont pas facilement perçus par le personnel comme produisant un travail effectif » (Adam et Herzlich, 2013 :103).

Pour sa part, Fainzang relève différentes logiques de communication au sein de cette relation médecin-patient qu'elle dit complexe, alliant « des relations unilatérales de confidences et de soumission tout à la fois » (Fainzang, 2006 :85). Des logiques bien diverses, essentiellement agencées autour de la dimension du « ne pas oser » que nous détaillerons plus bas dans la partie « S'exprimer : pouvoir et oser ». Si pour Fainzang, à propos de la place des uns et des

autres, « chacun tente de [la] définir [...] à l'intersection de logiques culturelles hétérogènes » (Fainzang, 2013 :84), il convient toutefois de noter la récurrence de la « maîtrise » des échanges qui ont lieu durant la *grande visite* en main du corps médical, plus précisément du médecin cadre. Aussi, si nous avons relevé des manières d'interagir propres à chaque médecins cadres, telle la posture ou la voix, les différents temps des échanges et leur contenu semblent quant à eux relever d'une logique propre au service.

***Jargon médical et vulgarisation lexicale: quand la compréhension du contenu facilite la prise de parole***

Un médecin cadre évoque l'importance qu'il accorde à faire la *grande visite* devant le patient :

*« Pour différents motifs, je pense à un qui me paraît important, c'est que les médecins doivent aussi être capables de de parler du patient, du cas du patient sans être gêné par la présence du patient. Et pis je trouve que les patient malgré tout, ils arrivent à suivre, à poser des questions, et peut-être à comprendre eux-mêmes un peu mieux qu'est-ce qui se passe ». #MC\_00:13:55-7#*

Pour lui, une des visées des *grandes visites* serait une meilleure compréhension par le patient de sa maladie. Nous allons ici interroger l'appréhension - en terme de compréhension et d'incidence - par le patient des échanges durant la *grande visite*, tout particulièrement leur dimension lexicale.

Pour les fonctionnalistes, et plus précisément Parsons, l'individu, par sa socialisation, est porteur du système social. Détrez revient sur l'appréhension du langage comme forme de pouvoir : « Dans le système parsonien, le rôle du médecin, rappelons-le, est à la fois de soigner, mais aussi d'attribuer le rôle social, l'identité du malade au patient. Or, cette assignation ne se fait pas sans heurts, et la communication entre praticien et malade ne va pas sans brouillage; le langage et le raisonnement médical ne sont pas forcément en adéquation avec ceux du malade, mais la relation, pour déséquilibrée qu'elle soit, l'est toujours à l'avantage du détenteur du savoir légitime. L'inégale maîtrise des taxinomies morbides et symptomatiques, due aux écarts de compétence médicale, est ainsi source d'incompréhension réciproque (Boltanski, 1971, Sayad, 1999, Cicourel, 2002). Dépourvus de cette culture savante que confère l'éducation et la socialisation familiale et amicale, les membres des classes populaires ont du mal à retenir les taxinomies que les médecins, justement parce qu'ils les jugent dépourvus de culture savante, ne leur livre que très succinctement; le vocabulaire, comme l'écriture illisible sur les ordonnances, sont autant de mise à distance, de manifestation de pouvoir » (Détrez, 2002 : 179). Si Détrez évoque les « classes populaires », la « culture savante » ou encore les « taxinomies » utilisées par les médecins, il nous semble pertinent de poser le questionnement en terme de « culture professionnelle », de « jargon médical » et de « culture » ou « vocabulaire profane », c'est-à-dire ceux des patients, *a priori*. Cette lecture fonctionnaliste, qui dénonce une forme de pouvoir par le langage, est-elle compatible avec la lecture interactionniste qui croit en un patient acteur et pouvant entrer en négociation? Comment les patients appréhendent-ils l'usage d'un vocabulaire professionnel ? En quoi les professionnels mobilisent-ils les différents champs lexicaux, profanes et professionnels, pour tendre vers une meilleure appréhension par le patient ?

Intéressons-nous à la situation d'une patiente où la compréhension de la *grande visite* est en jeu :

*Le Médecin Cadre résume en vulgarisant deux points qu'il juge les plus importants pour elle.  
La Patiente dit ne pas avoir de questions.  
Journal de terrain, Forme IN*

Cet extrait est exemplaire de situations qui reviennent régulièrement : le patient, à la fin des différentes interventions des médecins dit ne pas avoir de questions. Interrogée plus tard à ce propos, la patiente nous dit :

*SB: Est-ce que quand il [le MC] a résumé, vous avez pu mieux comprendre que lorsqu'il parlait aux étudiants?  
PA: Ouai, bien-sûr. mais vous savez, c'est pas terrible ces discussions.  
SB: non?  
PA: non.  
SB: « C'est pas terrible », qu'est-ce que cela provoque quand on est...  
PA: On n'en sait pas plus.  
SB: On n'en sait pas...  
PA: ...Voilà, on ne comprend pas tous les termes. Pis voilà.  
SB: Et puis, est-ce que vous préféreriez qu'ils discutent de cela ailleurs?  
PA: Non. #00:14:39-5# Forme IN*

Bien que relevant ne pas en savoir plus, ni en avoir compris le contenu de la discussion, elle ne semble pas désirer que cette discussion se passe ailleurs. Finalement, elle nous paraît relativement détachée de cette situation, comme si elle ne concernait que les professionnels uniquement. Fainzang montre même que pour certains patients, le titre de « Professeurs » ferait sortir ces derniers de la catégorie « commune » des médecins. Dans cette situation de soin, le professeur serait alors perçu comme le « professeur des médecins » (Fainzang, 2008 :83) et à ce titre, les échanges devraient avoir lieu entre ces deux catégories professionnelles. Aussi, nous avons vu que les médecins précisent généralement au patient qu'ils échangent entre eux, comme ici :

*Médecin cadre au patient: "On réfléchit à haute voix!"  
Patient: "Euh, oui, allez-y, de toute façon, je ne comprends rien du tout".  
Journal de terrain, forme IN*

Nous pouvons dire que le type de logique précisant une discussion entre professionnels participe à une mise à distance du patient. Un deuxième extrait met une autre information non négligeable :

*Patiente : « [...] ils discutent avec le malade, comme aussi pour que les étudiantes de ça matin, comme ça aussi le professeur. Une fois le mot je comprends pas. C'est comme ça. Après, je suis très contente, parce que le professeur est très gentil, il explique très bien [...] » #00:00:50-8#  
[...]  
Patiente : « [...] Si, si parce que c'est tellement compliqué le mot, tu comprends pas et pis tu trouves c'est bien. » #00:02:09-0#  
SB: « [...] Et puis, est-ce que maintenant, après cette grande visite de ce matin, il y a des choses que vous avez mieux comprises de l'état actuel de votre, de tout ce qui vous arrive, de vos maladies? »  
Patiente: « Oui oui, je comprends un peu [Patiente à côté hurle, incompréhensible] » #00:12:39-7#  
Forme IN*

En effet, la patiente ne comprend pas la discussion dans son ensemble mais uniquement l'explication qui lui est destinée par le « professeur ». Selon cette logique, les formes IN et OUT n'auraient pas d'incidences particulières sur la compréhension. Nous allons observer plus finement ces différences.

Tout d'abord, il est intéressant de nous pencher sur une récurrence notée dans les discours des patients durant les *grandes visites*. A plusieurs reprises, des patients ont mentionné ne pas être « un scientifique » ni « de la branche », c'est-à-dire hors du champ de la médecine. Autrement dit, ils se perçoivent comme des profanes. Il est intéressant de remettre cela dans le contexte particulier des *grandes visites*, plus spécifiquement avec la restitution de leur « histoire » et des échanges entre professionnels qui ont lieu devant eux, ces deux patients ayant été vus en IN. Cela nous semble faire écho à la forme de mise à distance que peut représenter le vocabulaire professionnel pour les profanes. Lors des observations participantes, notre propre expérience de profane nous permet de dire que, en effet, le vocabulaire utilisé en IN comme en OUT reste en grande partie inaccessible pour celui qui n'y est pas initié. Ainsi, nous pouvons supposer que l'usage d'un vocabulaire professionnel en IN participe à une mise à l'écart des patients, bien qu'elle ne soit pas spatiale comme lors de la forme OUT. A ce propos, Parsons soutient l'idée que l'individu, par sa socialisation, est porteur du système social, le clivage entre professionnel et profane étant alors fortement ressenti par les patients. Fainzang, note que selon Hardey, le patient n'est plus « le récepteur passif de l'expertise du professionnel » de Parsons mais « un individu doté d'une certaine expertise qui le rend partiellement apte à discuter avec son médecin » (Fainzang, 2006 :99). Elle montre en quoi, pour le patient, être capable d'échanger ou d'interroger le médecin est à mettre en lien, en partie, avec le bagage culturel qui lui est propre (Fainzang, 2006 :85). Ainsi pensé, le vocabulaire professionnel produit, par « l'écart de compétence médicale », non seulement une « incompréhension réciproque » (Boltanski, 1971, Sayad, 1999, Cicourel, 2002) mais aussi une mise en exergue du positionnement social. Au vu de nos observations, ce dernier est ici fortement lié à cet agencement dual perçu par certains patients : professionnels d'un côté, profanes de l'autre. Le pouvoir symbolique du jargon médical semble bel et bien présent et participerait à une moindre (inter)activité des patients. Cette perspective semble ici bien présente, malgré certaines négociations, nous le verrons plus bas. A propos du point de vue du corps médical, ce médecin cadre nous dit :

*« Je crois, notre objectif n'est pas d'employer des mots médicaux, ça, c'est pour nous. C'est de faire le patient comprendre. Par rapport à cet aspect, je crois le fait de faire IN OUT ne change pas. On doit surtout faire que le patient comprenne et pas employer un vocabulaire qu'il arrive à comprendre ».*  
#MC\_00:09:42-7#

Pour lui, il importe que le patient accède à la compréhension lexicale, quel que soit la forme de *grande visite*. Toutefois, comme l'a montré l'analyse les précédents extraits, même si une partie des interactions en IN se fait dans un langage accessible au patient – comme nous l'avons d'ailleurs vu plus haut - cela ne serait pas suffisant, le langage utilisé dans les interactions entre professionnels en IN participant à une mise à l'écart des profanes, par le pouvoir qu'il représente.

Aussi, une double forme de difficile accessibilité est même observable avec certains patients, comme ici :

*Patient: « ...Ah, bon moi je ne parle pas bien non plus français mais il y en a deux-trois qui ne comprennent rien du tout. Ils parlent du Kosovo, c'est pas [incomp]. Enfin, c'est. Pis, moi, quand elle me l'a dit hier, j'ai dit pas de problème! »*

*SB: « Et puis, lorsqu'ils parlent en langage médical, est-ce que vous arrivez? »*

*Patient: « En partie oui, en partie non. Je n'ai pas fait d'études [rires]. Non, non, mais en général, j'arrive à comprendre, c'est pas. S'il y a quelque chose, même si c'est difficile, vous arrivez à comprendre qu'est-ce que c'est. Ici, faut bien comprendre. Bon, quand ils parlent entre eux, vous pouvez pas entendre bien et vous arrivez pas trop à comprendre. Mais je ne veux pas comprendre la médecine, les paroles qu'ils disent impossibles ». #00:07:08-5# Forme IN*

En effet, les patients allophones sont soumis non seulement à la difficile compréhension du jargon médical mais aussi de la langue française. La forme IN confronte directement le patient au vocabulaire - francophone et professionnel - qui en devient alors doublement « étranger ».

Enfin, si nous nous souvenons de l'analyse de la *grande visite* comme un rite d'initiation, participant à une mise à l'écart de ceux qui n'en sont pas, c'est-à-dire ceux qui ne sont pas (encore) médecins, nous pouvons dire que l'usage d'un vocabulaire médical, professionnel, en est un levier important. Par sa difficile appréhension, il révèle ceux qui en sont exclus, les patients! Par cette « illégitimité », ces derniers se placent alors dans une situation d'une relative passivité. Aussi, Strauss montrant que les patients négocient des informations et des privilèges afin d'obtenir une meilleure compréhension de leur maladie (Adam et Herzlich, 89), nous pouvons dire que cette relative passivité induite par une forme de pouvoir du jargon médical utilisé devant le patient ne facilite pas la compréhension de la maladie par le patient et ce même si une vulgarisation en langage profane a lieu.

### ***S'exprimer : pouvoir et oser***

Nous avons vu certains freins à l'expression du patient liés d'une part au fait de ne pas « pouvoir » et d'autre part à celui du sentiment de « ne pas oser ». Nous pensons par exemple au fait de ne pas percevoir d'espace pour le faire, ceux-ci étant fortement délimité, ou encore de ne pas s'en sentir compétent et/ou légitime du fait de l'usage par le corps médical d'un vocabulaire professionnel au pied du lit du patient. Certaines raisons individuelles peuvent bien-entendu croiser ces différentes logiques. « Ne pas oser », selon Fainzang, « recouvre des réalités différentes » : peur de déranger, d'agacer ou avoir l'impression de ne pas avoir assez de temps durant la consultation (Fainzang, 2008 :83). Il paraît dès lors important d'observer quels mécanismes semblent au contraire favoriser un patient (inter)actif, participatif.

Un patient, à propos des échanges avec les médecins, nous dit :

*« Alors là là, non, non, non, j'ai pas peur. C'est pour ça que je me lance beaucoup plus facilement à discuter avec ce genre de médecin que des autres qui sont "collets montés" et puis qui vaut pas la peine [?]. Du reste, je sais pas si vous avez remarqué, les, comme il est sympa aussi ce médecin [le médecin cadre]! [Toujours à propos du médecin cadre] Sa façon d'aborder les gens. Il m'a tout de suite mis à l'aise. C'est pas guindé, c'est pas. Assez sympathique ». #00:01:50-7# Forme OUT*

Cet extrait donne à voir que l'attitude du corps médical, ou tout du moins la manière dont elle est perçue par le patient, participe au fait que ce dernier ose prendre la parole et poser des questions. Avec la modalité OUT, ce patient n'a pas été confronté à la restitution de son histoire et la partie en chambre lui est entièrement consacrée. Aussi, nos observations montrent que le médecin cadre a adopté une posture particulièrement proche du patient - en se mettant littéralement à sa « hauteur » - en s'accroupissant à côté du patient assis sur une chaise. Ainsi, ces dispositifs permettent au patient de se « sentir à l'aise » ou, en d'autres termes, de créer un climat facilitant la prise de parole. Nous avons noté d'autres mécanismes destinés à favoriser la participation du patient:

*Au début de la partie en chambre, le médecin cadre fait un gag au patient.*

*A la fin partie en chambre, gag du patient au médecin cadre (et en entretien, PA me dit qu'il est à l'aise avec ce professeur, pas guindé).*

*Journal de terrain, forme OUT*

Ici, l'humour est réciproquement utilisé par le patient – celui que nous venons d'évoquer et qui se sent particulièrement à l'aise - et le médecin cadre. Nos observations donnent encore à voir une autre forme de logique. Lors d'une visite, un médecin cadre débute l'échange avec un patient en lui demandant s'il est originaire d'un certain canton, le même que lui, en raison de son nom de famille. Revenant sur cette situation en entretien, le médecin cadre explique qu'elle traduit « qu'on ne perd pas de vue qu'on a un lien thérapeutique de confiance avec le patient ». Pour lui, cela permet également de « déstresser » le patient, selon ses termes. Par ce genre de paroles, le médecin cadre tente de « personnaliser » la relation clinique entre le patient et lui, faire du patient un individu à part. Le patient n'est pas qu'un « numéro », qu'un cas ou un dossier. Plus loin encore dans cette logique de lien, un médecin cadre dit à une patiente être atteint du même type de maux qu'elle. Cette fois, ce n'est plus uniquement le patient qui apparaît comme particulièrement « humanisé » mais le médecin devient aussi un humain, avec ses maux. Le rôle professionnel habituellement attribué s'ouvre. Si ces médecins cadres qualifient ces mécanismes comme relevant du « style » ou de la « classe », ils nous rappellent la discussion du psychiatre Métraux sur les paroles échangées, les dons de paroles, et plus particulièrement les « paroles précieuses [qui] dépassent leur valeur d'usage » (Métraux, 2013 :185). En effet, selon Métraux, si les patients offrent des paroles précieuses, les soignants s'en tiennent essentiellement à des paroles monnaies car « ils ne se livrent point personnellement » (Métraux, 2013 :190). De cet échange monnaie contre précieux « transparaît une profonde inégalité » (Métraux, 2013 :190). Selon Caillé, le médecin, « celui qui se tient entre les deux camps opposés [le plan biologique d'une part et les éléments psychiques et sociologiques d'autre part] en vue de favoriser leur alliance et leur pacification, peut être perçu comme un spécialiste de la manipulation des dons » (Caillé, 2003 :334). Dès lors, selon Métraux, il convient pour les soignants de « cesser d'étaler nos compétences, pour montrer à nos vis-à-vis que nous sommes nous-mêmes des êtres parfois souffrants [...] » (Métraux, 2013 :191). Bien évidemment, cette théorisation par un psychiatre - avec la relation particularité de la relation clinique qui va de paire - peut est nuancée par le contexte de notre recherche. D'une part, la relation entre le patient et le médecin cadre n'est pas établie sur le long terme et d'autre part, elle s'inscrit dans un espace où les professionnels présents sont nombreux. Toutefois, elle permet d'inscrire le contenu des échanges dans une dimension de

réciprocité et de penser le registre des paroles pour aller au-delà des paroles monnaies ; sortir d'un discours type en l'adaptant, en se souciant de l'identité de son récepteur (Métraux, 2013 :190). Enfin cette lecture offre encore une autre piste, explicative. Toujours selon Métraux, « le marché, puis l'Etat [...] ont monétarisé ce qui auparavant relevait du lien social : les professionnels conçoivent dès lors leur travail en terme de production» (Métraux, 2013 :182). Avec cette analyse, nous retrouvons la logique d'efficacité discutée plus haut. Ainsi, offrir des paroles précieuses permettrait d'une part un échange au sein d'« une relation de réciprocité », construisant et nourrissant une « alliance » (Métraux, 2013 :184-185, 191) - une alliance dont le don est « l'opérateur par excellence » (Caillé, 2003 :334) - mais aussi, selon nous, une forme de résistance aux logiques d'efficacité.

Ainsi, si certains mécanismes semblent freiner la participation active des patients aux interactions, d'autres, au contraire, semblent la faciliter. Dès lors, ces mécanismes - usage lexical du corps médical, comportement verbal et corporel du corps médical avec le patient - permettent aux acteurs et pour autant qu'ils en jouent dans le sens facilitant la participation du patient, de contourner une vision « déterministe » de la place passive de ce dernier. En effet, ces conditions de négociation favorable aux patients semblent, dans le cadre précis des *grandes visites* qui nous occupe ici, bel et bien en main du corps médical.

### ***Des formes de négociations***

Nous l'avons déjà évoquée, la perspective de l'ordre négocié de Strauss - bien que ne niant pas le poids du médecin qui dispose d'informations de part ses compétences techniques (Adam et Herlich, 2013 : 89) - considère le patient comme un individu acteur et négociateur. C'est cela que nous allons interroger ici. Observons tout d'abord cet extrait où une patiente nous dit à propos de son expérience d'un cancer vécue quelques années auparavant :

*« Et bien je ne la regrette en rien, parce que ça montre que on peut toujours discuter, toujours influencer et que moi, je peux aussi éventuellement changer d'avis. C'est aussi faisable, ça c'est clair! Mais quand on ne tient pas compte de ce que vous dites, vous n'avez pas envie de changer d'avis. On vous traite un peu à la légère » #00:22:38-5# Forme IN*

Pour l'analyse en terme de négociation, la rencontre est à envisager comme "ouverte", chacun pouvant en influencer le déroulement (Adam et Herlich, 2013 : 89) et c'est ce que donne à voir cet extrait. En effet, selon la patiente, la discussion est possible et chacun - corps médical ou patient - peut changer d'avis. D'ailleurs, c'est une des trois caractéristiques de la négociation selon Strauss. Ainsi, la négociation est tout d'abord un « processus de marchandage dans lequel aucun individu n'a, *a priori*, la suprématie définitive » (Adam et Herzlich, 2013 : 88). Ensuite, « l'objectif à atteindre n'est pas pré-déterminé mais se constitue dans négociation ». Enfin, « l'accord obtenu et l'ordre qui se met en place sur cette base ne sont jamais définitifs ». La dimension temporelle est ainsi inhérente à tout processus de négociation. Nous pouvons saisir l'importance du vécu du patient dans l'exemple ci-dessous :

*SB: Vous avez justement pu donner beaucoup de détails ce matin.*

*Patient: ouai*

*SB: Oui, voilà, vous êtes, vous vous intéressez beaucoup... ?*

*PA: ... oh bin oui, cela fait bientôt 4 ans que, que, que je cours à droite à gauche. Maintenant encore avec la dialyse, pfff. #00:05:43-8# Forme IN*

Cet exemple qui permet de mieux appréhender l'expression du patient au vu de son expérience diachronique n'est toutefois pas représentatif de nos données. Et c'est bien là toute la difficulté méthodologique de notre travail : nos observations offrent un focus sur un moment précis de la trajectoire du patient, voire de son hospitalisation, à savoir les *grandes visites*. Relevant de la dimension synchronique et non diachronique, nos observations ne révèlent pas la négociation dans la trajectoire du patient. Nos données sont à appréhender comme des photographies ponctuelles de la négociation. Nous nous souvenons en effet de l'importance accordée par Strauss aux deux contextes, le *contexte structurel* et le *contexte de négociation*. Ce dernier comprend huit propriétés, que nous listons dans l'encadré suivant et auxquelles nous tenterons néanmoins de mettre en résonance nos conclusions malgré l'obstacle méthodologique de la dimension temporelle.

*PROPRIETE DE TOUT CONTEXTE DE NEGOCIATION (Strauss, 1992 :260)*

- Le *nombre* de négociateurs, leur *expérience* respective de la négociation et *qui ils représentent*.
- Le rythme des négociations : en une fois, de façon répétée, en séquence, en série, en groupes ou associées à d'autres.
- Le relatif *équilibre de pouvoir* montré par les parties respectives *dans* la négociation même.
- La nature des *enjeux* respectifs dans la négociation.
- La *visibilité* des transactions pour les autres, c'est-à-dire leur caractère public ou privé.
- Le *nombre* et la *complexité* des questions négociées.
- *L'évidence de la légitimité* du découpage des questions.
- Les *options* permettant d'éviter de rejeter la négociation, c'est-à-dire les modes d'action alternatifs ou disponibles ».

Aussi, dans les parties précédentes de notre travail, nos observations, bien que montrant un déroulement fortement mené par le corps médical - rythme des différents « moments » et usages lexicaux - donnent à voir des conditions semblant « ouvrir » la porte à des échanges. Ci-dessous, nous allons voir quelles formes prennent ces interactions, plus précisément en quoi les patients négocient.

Ces quelques éléments théoriques mais aussi méthodologiques propres à la négociation posés, nous pouvons revenir à nos sources primaires. A propos de sa posture générale au sein des échanges, observons les propos de cette patiente issue du domaine des soins.

*Patiente : « [...] oui, je suis une râleuse, je suis pas facile à soigner, je veux qu'on me renseigne correctement et je veux qu'on tienne compte de mon avis! Et c'est ça que je reproche à l'hôpital! »  
#00:08:48-6# Forme IN*

Celle-ci reconnaît entrer facilement en négociation avec le corps médical et elle qualifie cette posture plutôt négativement. Aussi, ses propos rappellent deux domaines de négociation des patients relevés par Strauss : la négociation d'informations (« je veux qu'on me renseigne correctement ») et la négociations de privilèges (« je veux qu'on tienne compte de mon avis! ») (Adam et Herzlich, 2013 :89).

## Etre entendu

Selon nous, être entendu relève d'un premier pas vers la négociation. Dès lors, observons en quoi les patients semblent entendus.

*Médecin Cadre demande à la patiente de raconter événement passé de son suivi par médecin ambulatoire.*

*[...]*

*Médecin Cadre à la patiente "je vous comprends"*

*[...]*

*A la fin de la grande visite, Médecin Cadre dit qu'il a « compris » (ce qui dérange la patiente) et que c'est sur cela qu'ils vont travailler.*

*Journal de terrain, forme IN*

Différents éléments de cette observation permettent de saisir le contexte de cette écoute. La patiente est resituée dans « sa » trajectoire – car c'est bien elle ici qui restitue son histoire – puis sa plainte est « entendue » et considérée comme telle par le médecin cadre. A la fin de la *grande visite*, le médecin cadre confirme ce sur quoi la patiente a été entendue et sera aidée à l'avenir. Le médecin cadre s'assure avoir compris la requête de la patiente dans sa trajectoire de soin. Cette situation paraît « exemplaire » d'une concordance de la plainte du patient et des soins à venir. Cette même patiente relève lors de notre entretien la différence entre le fait que ses paroles soient entendues sur le moment et qu'elles soient retenues sur le long terme. Aussi, pour elle, l'usage de l'ordinateur comme outil permettant de prendre note serait perçu comme une « garantie » que sa parole soit « enregistrée », prise en compte. Ainsi, pour elle, un certain usage de *Soarian* participerait au sentiment d'être bien entendu.

## Un patient « compliant » ?

Durant nos observations, nous avons souvent relevé l'usage du terme « compliant » par le corps médical en désignant un patient. La *compliance* est, dans l'usage courant, l'observance ou l'adhérence d'un traitement, d'une prescription médicale. Dans les écrits sociologiques, la *compliance* est généralement analysée en terme d'adaptation et de normativité (Carriburu et Ménoret, 2012 : 101) et si l'analyse en terme de négociation n'y renvoie pas directement, la *compliance* peut y apporter un angle de réflexion intéressant. En effet, si nous cherchons à voir en quoi un patient est « compliant », nous comprendrons mieux en quoi ces deux axes d'analyse ne sont pas si éloignés.

*Patient n'est pas présent dans sa chambre (dialyse)*

*Médecin Assistant dit à plusieurs reprises que le patient est compliant avec les soins, l'hôpital.*

*[...]*

*MA explique que le patient n'a rien contre le milieu médical. Il « s'inquiète de sa santé » ; « bonne collaboration », « négociations possibles ».*

*Journal de terrain, forme OUT*

Les propos de ce médecin assistant montrent en quoi, pour lui, un patient « compliant » n'est pas forcément un patient passif, mais un patient ouvert au milieu médical, avec qui le dialogue est possible afin de tendre vers la visée du corps médical. Une attention aux définitions de la *non-compliance* est éclairante. Si, selon Carriburu et Ménoret qui s'appuient sur Strauss (1975), Peyrot (1987) et Schneider et Conrad (1983), la *non-compliance* est une forme de déviance du point de vue médical, du point de vue du patient, la *non-compliance* n'est pas une « attitude délibérément en opposition avec les médecins et la médecine. Il s'agit

bien souvent d'une recherche d'autonomie dans la gestion quotidienne non seulement des symptômes de la maladie mais aussi des désagréments liés aux traitements » (Carriburu et Ménoret, 2012 :102). Dès lors, nous pouvons dire que les propos de ce médecin assistant s'inscrivent dans la perspective habituellement constatée par les différents auteurs, c'est-à-dire qu'un patient « compliant » est un patient qui n'est pas en opposition avec la médecine. Toujours du point de vue médical, un étudiant nous dit à propos du cas précis d'une patiente qui demandait à retourner à la maison :

*« Moi j'ai l'impression que ceux qui ont des demandes comme ça ils ont aussi une volonté de bien faire les choses, de bien prendre les traitements, d'être compliants pour justement atteindre leur but et de, de rentrer chez elle [...] ». #ETU\_00:13:39-5#*

Ici, nous retrouvons l'idée forte relevée par la littérature selon laquelle la normalisation [tout comme la *compliance*] « est toujours une bonne chose et les familles, comme les malades chroniques, doivent être encouragés et aidés pour atteindre une existence normalisée » (Carriburu et Ménoret, 2012 :102). Ainsi pensé, un patient *compliant* est un « bon patient », mais ce bon patient n'est pas forcément le patient passif qui ne s'informe pas ou ne négocie pas. Selon Carle, c'est en 1976, avec des publications de Sackett et Haynes que la notion de *compliance* a commencé à intéresser le monde médical. En effet, selon Carle, ce dernier a longtemps fait référence à leur définition : la *compliance* est « le degré de correspondance entre le comportement d'un patient et les recommandations du médecin (Sackett et Haynes, 1976 :12) (Carle, 2013 :140). Dès lors, nous comprenons la perspective qui consiste à penser le comportement du patient en référence aux recommandations, aux volontés du corps médical. Une perspective qui participe à un « nouveau mode de pensée au sein de la profession médicale, qui teinte encore la relation de la médecin/patient ». Ainsi, selon Lerner cité par Carle, « parler de *compliance* au traitement renvoie [...] au point de vue des médecins dont le rôle consiste à ramener vers la norme les individus ne s'y conformant pas » (Carle, 2013 :140). La notion tend ainsi, selon Carle, à être éliminée dans son usage francophone car elle renvoie à « une idée de soumission aux ordres des prescripteurs médicaux ». L'adhésion et l'observance renvoient alors à des fins différentes. L'adhésion qualifie l'« adéquation des perceptions du patient aux perceptions du médecin » alors que l'observance correspond à l'« adéquation des pratiques de prise des traitements aux indications médicales ».

Information, soin et projet au cœur des négociations

L'exemple de cette *grande visite* est exemplaire des différents types de négociations observées plus généralement :

*La Patiente exprime vite son souhait de rentrer à la maison. Elle reviendra dessus à plusieurs reprises et gagnera la négociation sur le temps à rester ici pour réfléchir et faire examens. Elle donne comme arguments : rendez-vous chez médecin, mangera mieux à la maison.*

*[...]*

*Patiente demande des précisions sur les examens qu'ils vont faire (« investigations») et sur l'origine de l'infection si elle n'est pas liée opération hanche.*

*[...]*

*Lorsque tout le monde ressort, patiente négocie les médicaments en disant au Médecin Assistant et Chef de clinique que la fièvre est stable alors qu'elle n'a rien repris, bonne nouvelle (a arrêté [nom du contre-douleur], me le dira aussi ensuite en entretien)*

*Journal de terrain, forme IN*

Ici, trois types de négociations sont réunis durant une seule *grande visite*. Ces négociations sont à chaque fois initiées par la patiente elle-même issue du monde professionnel des soins cliniques. Il est intéressant de noter que pour la question des médicaments, la patiente informe qu'elle a stoppé la médication et le fait furtivement et en aparté dans un moment de transition pour le corps médical à la fin du moment en chambre. Ne sont alors présents que les deux médecins qu'elle voit au quotidien, à savoir le médecin assistant et le chef de clinique. Des situations de négociation, cette patiente dira d'ailleurs en entretien :

*Patiente: « Alors, euh, dans certaines situations, c'est difficile de négocier parce que j'ai le sentiment qu'il y a une petite perte de pouvoir si on veut maintenir notre vouloir, on leur vole une prise de pouvoir ».*

*[...]*

*Patiente : « Mon avis à moi? Ce matin? Il [le médecin cadre] a bien compris que j'ai envie de rentrer à la maison! [rires], ça s'est pas rentré dans l'oreille d'un sourd! [en riant]. Mais bon, je lui ai octroyé 24 heures, je suis quand même gentille? » #00:23:06-7# Forme IN*

Celle-ci a une perception de la relation en terme de pouvoir et sa manière de négocier semblent s'inscrire dans une logique stratégique bien consciente. Elle négocie tantôt en aparté tantôt en donnant en échange - du temps supplémentaire contre le droit de rentrer à la maison. Méthodologiquement, Strauss note deux types de négociations, rappelons-le, la « négociation d'information » et la « négociation de privilèges ». Quant à nous, nous prenons le parti d'observer les négociations selon une autre catégorisation issue de notre terrain. En effet et selon nous, entrer dans les négociations par les thèmes de *l'information à propos de la situation présente, des soins actuels ou à court terme* (examens, traitements, médication) et du *projet à moyen ou long terme* (après l'hospitalisation) permet de rendre compte des négociations instaurées par les patients mais aussi par le corps médical.

A propos des demandes d'information, nous avons noté très peu de questions des patients à propos de ce qu'ils ont, de leur situation actuelle. Toutefois, un patient formule une demande bien précise, qui apparaît *a priori* comme une demande d'information :

*Le Patient négocie l'accès à gastro entérologue à deux reprises:*

*PA : j'aimerais discuter avec le gastro si c'est possible*

*Médecin Cadre : [...] D'autres questions ?*

*PA : oui, j'aimerais discuter avec gastro*

*Chef de clinique: ce serait plutôt diététicienne [...]*

*PA : oui, si je sors, que je sache ce que je peux manger.*

*Journal de terrain, forme IN*

Le patient souhaite voir un médecin spécialiste. Finalement, une autre solution sera proposée, celle de rencontrer une diététicienne. Au vu de la réponse du patient, la situation semble avoir trouvé un compromis satisfaisant pour tous. Mais en entretien, ce patient nous dira :

*« Qu'est-ce qui a, qu'est-ce qui va pas, comment il faut faire, comment il faut, je sais pas, des choses, voilà. C'est pour ça que j'ai dit encore, eee, c'était possible de parler avec le gastro. Qu'est-ce qu'il me disait le gastro. Qu'est-ce qu'il pense lui aussi. Qu'est-ce que j'ai, pourquoi? eeee, il se remet, il se rétablit, il se rétablit pas. Ou je dois faire tout le temps attention, je sais pas, je sais pas quoi ».*  
*#00:05:28-4# Forme IN*

Nous comprenons alors sa crainte d'une mauvaise appréhension de ses antécédents médicaux par l'équipe du service. Il semble ainsi que, lors de la *grande visite*, le patient n'ait pas pu exprimer les logiques inhérentes à sa demande. La solution négociée ne répondrait dès lors pas à son attente. Si sa demande initiale ne semble relever que de l'information, en réalité, le patient requiert l'avis d'un autre médecin, demande qui relèverait alors également du « privilège », pour reprendre la classification de Strauss et des soins actuels selon les nôtres.

A propos des négociations autour de la dimension des soins actuels ou à court terme, nous pouvons observer cet extrait :

*Lorsque le Médecin Cadre lui demande comment elle se sent, la Patiente dit vouloir sortir, elle dit qu'elle aimerait ne pas être attachée.*

*Patiente négocie le fait d'être détachée.*

*PA : « j'aimerais pas être attachée »*

*MC à PA : « on vous a expliqué pourquoi vous êtes attachée ? »*

*PA : « Non »*

*MC à PA « on a essayé de vous expliquer. Il y a des petits problèmes de mémoire. Vous avez eu une nuit agitée. Vous auriez pu enlever le traitement »*

*PA : « vous pouvez me détacher ? »*

*MC à PA : « l'infirmière arrive »*

*PA : « vous pouvez me détacher ? »*

*Etudiant va chercher infirmière*

*Médecin Assistant : « mais je crois qu'on peut la détacher »*

*Quand MC lui demande ensuite si elle a des questions, la PA redemande à être détachée:*

*PA : « vous pouvez me détacher ? »*

*MC à PA « l'infirmière va venir »*

*PA : Parce que si vous dites "oui tout de suite", c'est dans deux heures »*

*Chef de clinique : « j'essaie »*

*MC à PA : « On est allé chercher l'infirmière »*

*ETU : « oui, elle arrive »*

*Ils arrivent à la détacher*

*Journal de terrain, forme OUT*

Ici, la patiente demande un privilège, être détachée. Nous voyons comment le corps médical s'organise pour répondre favorablement à sa requête. La patiente, tout au long de ce moment, continue et formule plusieurs fois la même phrase, jusqu'au moment où elle est détachée. D'ailleurs, elle mentionne la temporalité comme argument. Ainsi, sa requête porte sur le fait d'être détachée immédiatement. Un autre extrait porte sur la requête d'un patient à propos des soins actuels, ici la médication:

*Médecin Cadre au Patient qui ne veut pas du médicament générique : "oui, c'est bien de verbaliser, mais je vais vous dire, c'est kif kif".*

*Journal de terrain, forme OUT*

Le patient n'adhère pas au traitement proposé. Il verbalise alors une demande à laquelle il ne sera pas répondu favorablement, le médecin cadre usant d'un argument qui fait ici autorité, le point de vue dit biomédical. L'argument du médecin cadre clôt la négociation et le patient se voit ainsi signifier une situation d'observance. A propos de cette inadéquation entre les perceptions du patient et celles du corps médical, Carle cite Fainzang. Ainsi, nous dit-elle, « les comportements des patients sont souvent considérés comme irrationnels du point de vue médical parce qu'ils échappent aux directives médicales, mais ils n'en ont pas moins leur

propre rationalité dans la mesure où ils obéissent à d'autres logiques liées à la perception que le patient a de sa maladie et de l'efficacité de son traitement » (Fainzang 2001a in Carle, 2013 : 141). Dès lors, nous pouvons dire que la logique du patient, le poussant à sa requête, n'a pas pu être atteinte. La négociation n'a pas abouti à une solution satisfaisante pour les deux parties. Observons encore une situation de la dimension des soins mais où la requête émane du corps médical :

*[Le corps médical a discuté au lit de la patiente à propos d'une biopsie qui devrait être faite].*  
Médecin Cadre : « vous avez compris la proposition ? Quel serait le prochain pas ? »  
Patiente : « le prochain pas : moi j'appelle mon médecin, il me donne EXIT et puis voilà »  
MC : « la proposition c'est de voir d'où vient ce cancer ».  
Médecin chef de clinique : « Mais Mme [nom de famille], vous vous souvenez comment on a trouvé ce cancer ? »  
[...]  
Journal de terrain, forme OUT

Ici, nous nous retrouvons à nouveau face à ce que Fainzang note à propos des différentes rationalités. Tout comme dans l'extrait précédent, la logique de la patiente face à sa situation, à savoir qu'elle souhaite mourir plutôt que déterminer ce qu'elle a, n'est pas questionnée. La rationalité médicale semble à nouveau faire autorité.

Enfin, nous notons un certain nombre de négociations qui portent sur les projets:

*Chef de clinique : « mais Mme [non de famille], vous avez envie de retourner à la maison ? ».*  
*La Patiente dit qu'elle aimerait y retourner dans une semaine ou deux.[...].*  
*CDC : « des gens nous disent qu'ils aimeraient aller dans un EMS ».*  
*PA, fort : « oh non, ça va pas ! »*  
Journal de terrain, forme OUT

Ici, le projet est initié par le corps médical, sous forme de questions à la patiente. La patiente fait part de son souhait. Le chef de clinique suggère alors une solution différente, qui ne plaît pas à la patiente. La patiente n'entrera pas plus en négociation et le projet ne sera pas rediscuté ici. Dans un autre cas, la patiente réagit différemment :

*Médecin Cadre lui demande en espagnol ce que c'est le projet.*  
*PA : le projet ?*  
*MCC : on pensait à Lavaux. C'est bien Lavaux !*  
*PA dit (français et espagnol) que : oui, c'est bien Lavaux, le personnel est gentil, il y a le lac.*  
*CDC : Oui la famille aussi [est contente]*  
Journal de terrain, forme OUT

La patiente agrée le projet proposé positivement par le corps médical. Le corps médical ajoute un avis tiers à la négociation, celui de la famille, pour confirmer le choix. Nous avons en effet pu noter durant nos observations que l'avis de la famille, dans les différents choix de soin ou de projet, n'est pas forcément en accord avec celui du patient. Toutefois, cet avis tiers ne peut être que « reporté » lors des *grandes visites* qui n'accueillent en général pas les visiteurs. Nous comprenons néanmoins que les *grandes visites* n'apparaissent pas comme le moment qui est *de facto* dédié à la décision du projet.

Ainsi, nous pouvons dire que les acteurs, patients et corps médical, négocient autour de trois grandes dimensions qui sont l'information, les soins actuels ou à court terme et le projet à moyen ou long terme. Les négociations peuvent être initiées tant par le corps médical que les patients mais les logiques de groupes semblent néanmoins respectées : devant le patient, le corps médical a la même finalité. La négociation est privée ou publique, son audience dépendant du type de chambre, dès lors, c'est l'usage du jargon médical qui est en jeu pour des questions de confidentialités, nous le verrons plus bas. Par contre, si nous revenons aux deux types de négociation de Strauss, notre analyse met en lumière que les négociation relèvent peu de l'information et se concentrent plus sur les privilèges. De manière générale, les patients semblent négocier sur des dimensions qui leur sont accessibles en tant que profanes – elles l'étaient pour nous aussi – et cela renvoie à l'usage du jargon médical qui ne facilite pas les interactions des patients.

Aussi, nous avons noté un certain nombre de situations où la rationalité médicale semble faire autorité dans la négociation. Dans ces cas-ci, la rationalité du patient n'est pas entendue et par conséquent n'est pas être prise en compte dans la négociation qui mènera à une décision. Ces cas-là, ainsi que les négociations initiées par le corps médical, renvoient à l'idée de « compliance » du point de vue médical. Autrement dit, un patient qui n'est pas passif, certes, mais qu'il convient de faire tendre vers la « norme ». Une norme qui semble être finalement l'enjeu de la négociation pour le corps médical lorsque celle-ci concerne les soins actuels ou à moyen terme. Dans ces cas là, la finalité à atteindre paraît prédéterminée à la négociation.

Enfin, la trajectoire et la rationalité du patient sont des éléments importants pour saisir les requêtes de ce dernier, nous l'avons vu. Cela rappelle sans conteste la hiérarchisation des problèmes du patient évoquée par un médecin cadre.

*« Donc, le gain [lié au fait que le patiente entende dans la forme IN] il est là, d'être sûr que le patient a bien compris qu'on a nous très bien compris son problème, de bien comprendre la hiérarchisation du problème parce que parfois, la hiérarchisation du problème elle est liée médicale mais un coup il peut dire mais "ça c'est pour moi très important" mais pour le PA, c'est peut-être pas important du tout ».*  
#MC\_00:13:35-3#

Il est question de l'appréhension du point de vue du patient sur son ou ses problèmes par le corps médical. Nous pouvons dès lors dire que la forme IN faciliterait certainement une négociation qui tendrait vers une décision partagée. Toutefois, nous avons également vu que l'usage du jargon médical dans la chambre ne facilite pas l'expression du patient. Dès lors, afin d'atteindre une meilleur appréhension du patient par le corps médical dans sa trajectoire, ses logiques d'action et ce par une meilleur expression de ce dernier, le corps médical devrait faire usage d'un vocabulaire particulièrement accessible au profane dans la chambre.

### ***La confidentialité, un enjeu pour tous ?***

Si nous nous souvenons du contexte historique, un médecin cadre expliquait la préférence des plus jeunes médecins et des infirmiers pour la forme OUT pour des raisons notamment de respect de la confidentialité.

*« Il y a toutes sortes de discours aussi que ce sont intégrés pour dire que c'est mieux de faire la visite à l'extérieur, de la part des assistants et des infirmiers, comme quoi ils disent c'est une Q de confidentialité, on peut pas parler dans une chambre à 5, de pathologie stigmatisante comme ça et notre rôle, c'est de dire, ça c'est c'est un peu une excuse parce que on peut garder la confidentialité [...] ». #MC\_00:11:14-6#*

Selon lui, cette préférence serait même le produit de discours intégrés. Pour lui, un moyen d'y remédier est l'usage du jargon médical qu'il propose pour les « pathologies stigmatisantes ». Historiquement selon Vincent Barras et à propos des premières maladies « taboues », « lorsque les médecins en parlaient, ils s'entretenaient en latin pour que personne ne comprenne » (Entretien de Barras par Bürge, 2015 :55). L'usage d'un langage inaccessible au profane semble une pratique belle et bien ancrée. Nous nous souvenons des enjeux de compréhension liés à l'usage du jargon. Ce médecin cadre effectue d'ailleurs lui-même le lien entre les deux dimensions :

*« [...] Donc, là, la priorité dans une chambre à 5, c'est de garder la confidentialité. C'est différent dans une chambre seule. Quand on est dans une grande visite dans une chambre seule, on n'a pas de problème de confidentialité et pis on peut effectivement euh, utiliser des mots clairs et pis s'assurer que le patient a compris [...] » #MC\_00:15:45- 5#*

Ainsi, résoudre la question de la confidentialité, comme il le propose, par l'usage de jargon n'est pas sans effet collatéraux. En effet, souvenons-nous, l'usage du jargon, par sa difficile compréhension par le patient concerné, produit une difficulté pour ce dernier à participer aux dialogues avec le corps médical. Aussi, lorsque nous interrogeons un patient suite à l'évocation d'une pathologie dite stigmatisante – une consommation d'alcool considérée comme excessive - en *grande visite* en chambre commune, celui-ci nous dit ne pas être dérangé par le fait que sa pathologie soit évoquée en chambre, contrairement à certains discours du corps médical. Ce même médecin cadre évoque la préférence des plus jeunes pour la forme OUT des *grandes visites* afin de préserver cet anonymat. Les entretiens montrent que pour les jeunes médecins, le couloir ne représente pas non plus une situation préservant l'anonymat. D'ailleurs, lors d'une conversation entre professionnels dans le couloir, nous avons noté de la situation suivante :

*Une patiente passe dans couloir avec un soignant.  
Elle nous dit: "bonjour, j'écoute pas, je passe"  
Journal de terrain, forme OUT*

Finalement, tous, médecins jeunes ou âgés et patients et contrairement à ce que pensent certains médecins expérimentés, semblent s'accorder sur l'idée que le couloir ne représente pas une alternative favorable au respect de la confidentialité. En guise de solution, un jeune médecin note toutefois que l'usage du jargon dans le couloir ainsi que le fait de ne pas insister sur le nom du patient permet de tendre vers un anonymat.

Ainsi, l'usage du jargon et le fait de ne pas insister sur le nom du patient pourraient contribuer à une meilleure confidentialité pour les *grandes visites* OUT. Aussi, le matin, c'est-à-dire lorsque les *grandes visites* ont lieu, le couloir est généralement préservé des visiteurs. La forme OUT apparaît dès lors comme la plus à même de préserver l'anonymat, bien qu'elle ne

satisfasse pas réellement le corps médical. Par ailleurs, la forme IN semble convenir à ceux qui sont directement concernés par cet anonymat, les patients.

### En conclusion : un patient à l'activité délimitée

Les *grandes visites* permettent de saisir le patient dans une dimension temporelle. Une bonne compréhension de son expérience de patient permet de mieux appréhender sa trajectoire de soin, ses négociations à court, moyen et long terme. Le corps médical rend compte de son histoire, par le récit élaboré par le médecin assistant, pour construire son identité de patient. Néanmoins pour que la réappropriation du récit par le corps médical résonne au mieux avec l'histoire vécue par le patient, la forme IN - qui permet de les « confronter » - serait préférable.

Si cette identité de patient ne relève pas du réductionnisme informationnel, telle que pourrait le laisser supposer l'apparition du dossier patient informatisé, c'est par l'importance accordée à la posture et réflexion clinique par le corps médical dans son ensemble. En effet, confronter les données au patient, à sa corporalité mais aussi ses paroles apparaît pour tous comme nécessaire. Lorsque les médecins plus « jeunes » disent préférer la forme OUT, ce n'est pas pour éviter le dialogue avec le patient, mais pour protéger la relation dialogique de l'« ordinateur », cet outil pour eux indispensable mais dérangeant la relation. Au contraire, pour les plus « expérimentés », qui ont connu une clinique non informatisée, les données informatisées n'apparaissent pas comme nécessaires. Dès lors, pouvant faire sans, il ne leur apparaît pas comme utile de chercher à en préserver la relation avec le patient. C'est dans cette compréhension de la nécessité ou non de recourir aux données informatisées qu'il convient de comprendre la divergence entre les médecins les plus jeunes et les plus expérimentés autour des deux formes de *grandes visites*. Aussi, si la dimension de la confidentialité avait été envisagée comme piste explicative de cette divergence, notre analyse ne permet pas de la désigner comme relevante, tous s'accordant - là encore - autour de l'idée que ni la forme IN ni la forme OUT ne satisfont au respect de la confidentialité.

Enfin, à propos de la participation du patient, certains mécanismes semblent la favoriser, tels l'usage unique d'un langage profane et/ou une attitude verbale et corporelle du médecin proche du patient. Néanmoins, nous constatons que l'espace dévolu à la parole du patient reste relativement délimité de manière asymétrique, par le corps médical. En effet, du patient n'est souvent attendu qu'un rôle de correcteur du récit. D'ailleurs, lorsque le corps médical parle de patient « compliant », ce dernier est à comprendre comme un patient ouvert à dialoguer avec le corps médical. Ce dialogue a pour finalité de faire tendre le patient vers le point de vue médical, vers une « normalisation ». Le patient, bien que tourné vers la volonté du corps médical n'est pas passif. Si la forme IN permet une meilleure appréhension de l'expérience du patient, le vocabulaire utilisé par le corps médical se révèle souvent peu compréhensible par le profane et participent à donner à voir un moment « entre professionnels ». Ces mécanismes agissent comme une forme de « pouvoir », instituant une séparation entre profanes et professionnels et freinant la participation du patient à la clinique.

Au contraire, la forme OUT a l'avantage de proposer un moment en chambre un espace dédié particulièrement au dialogue, un dialogue entre le médecin et le patient fait de vocabulaire accessible au profane. Quant aux négociations, initiées par le patient ou le corps médical, elles concernent trois dimensions, à savoir l'information, les soins actuels ou à court terme et le projet à moyen ou long terme. La forme des *grandes visites* ne semble pas avoir d'influence sur le contenu de la négociation mais semble plutôt participer au fait d'oser initier ou non une négociation, de se sentir légitime à participer aux échanges.

## 6. POUR CONCLURE

## 6.1 SYNTHÈSE

*« La médecine n'est pas toute entière guerre ou exploitation. Elle est aussi un dialogue, un pas de deux, une recherche de signification, l'application de techniques simples qui sauvent des vies et allègent la souffrance, un rêve enfin, technologique et complexe, d'immortalité »  
(Good, 1998 : 142)*

Au moment de conclure ce travail, nous choisissons cette citation de Byron Good. En effet, elle donne à voir la complexité des mécanismes en jeu dans la pratique clinique de la médecine. Aussi, ayant déjà synthétisé de manière traditionnelle chacune des dimensions de ce travail, elle nous permet d'effectuer une synthèse originale.

« Guerre ou exploitation » dit Good. Des termes forts *a priori*. Au-delà de la violence qu'ils véhiculent - et qui n'a jamais eu sa place sur ce terrain - ils peuvent toutefois faire écho à différents mécanismes ou logiques mis en lumière par notre analyse. Des mécanismes de résistance tout d'abord. Ainsi, nous avons montré des résistances collectives à une forme ou une autre de *grande visite*. Cette divergence de groupes révèle une catégorisation qui dépasse les frontières de l'institutionnelle : d'une part, les plus jeunes médecins et d'autre part, les médecins les plus expérimentés. Aussi, elle fait écho à la conception informationnelle de chacun de ces groupes. Si pour les plus jeunes l'usage du dossier patient informatisé paraît nécessaire et allant de soi, pour les plus expérimentés, il met en danger la clinique en constituant pour eux « une dérive » vers la télémédecine. Puis, nous avons montré des résistances du corps médical aux demandes profanes, touchant par exemple à la dimension des soins à court ou moyen terme mais aussi des résistances des profanes à des visées médicales. Elles prennent toutes place dans un contexte plus général de négociation. Ainsi, les négociations - si elles ont lieu dans un espace de pouvoir - peuvent être faites de désaccords, de résistances, mais aussi de « compliance ». En effet, nous avons montré qu'il est souvent attendu du patient - alors plus ou moins « compliant » - qu'il se conforme au point de vue biomédical. D'ailleurs, l'usage du jargon médical - par le pouvoir qu'il représente - ne favorise pas la participation du patient aux échanges. Au contraire, en instituant une différence entre profane et professionnel, il semble limiter l'activité des patients. Une autre forme de pouvoir est mise en lumière avec la hiérarchisation pyramidale des professionnels. Les approches pédagogiques sont généralement à l'initiative des plus expérimentés et le partage de connaissances et des compétences en dépend alors. Les plus expérimentés restent alors maîtres (!) de la décision de transmettre leur savoir. Enfin, une forme de pouvoir sexué peut se lire dans les attentes de certains patients. Ceux-ci soit veulent un médecin qui appartienne au genre masculin, soit peinent à imaginer que les professionnelles femmes puissent être des médecins. Aussi, l'« exploitation » peut se lire dans le travail du patient, dans ce qui est projeté sur lui. Le terrain montre que lorsque le patient contribue à la réélaboration de son histoire, son rôle reste fortement limité à celui de correcteur, laissant alors le pouvoir de construire son identité de patient au corps médical. Ainsi pensé, le « travail » du patient est peu reconnu. Enfin, nous avons montré que certains aspects d'une

transmission top down des apprentissages, telles les questions des médecins cadres aux apprenants ou l'évaluation informative, relève de la surveillance.

Mais la médecine est aussi « dialogue », « pas de deux » et « recherche de signification » pour reprendre les mots de Good. Tout d'abord, si nous avons évoqué les négociations en terme de pouvoir, notre analyse montre avant tout en quoi la relation clinique est faite de dialogues partagés entre le corps médical et le patient. Ces négociations concernent l'information à propos de la situation présente, des soins actuels ou à court terme et du projet à moyen ou long terme. Il s'agit pour tous d'arriver à une décision commune. Aussi, si la participation du patient dans la réélaboration de son histoire est limitée, une place pour la hiérarchisation de « son » problème, la recherche de sens est bel et bien offerte dans les négociations qui entourent la réflexion clinique. D'ailleurs, la réflexion clinique est en elle-même dialogue. Un dialogue entre le corps médical et le patient, un « pas de deux » qui confronte le médecin au patient, sa corporalité, sa dimension informationnelle et ses paroles. Un espace d'échanges cliniques que les plus jeunes médecins tiennent à préserver de ce qu'il leur apparaît comme le nécessaire usage du dossier patient informatisé. En d'autres termes, sans corporalité, la télémédecine serait engagée ; sans confrontation directe et dialogue, le risque de séparation spatiale et conceptuelle du corps biologique du corps social se profile. Mais la médecine est aussi un dialogue entre professionnels et ce tout particulièrement dans le contexte des *grandes visites*. En effet, la réflexion clinique tient une place centrale - au cœur des différents domaines des apprentissages, autrement dit les savoirs, savoir-faire et savoir-être - dans la formation des plus jeunes médecins. Une approche pédagogique clinique est plus particulièrement visibilisée par les acteurs professionnels lors de ces *grandes visites* en opposition aux savoirs théoriques : le « rôle modèle » du médecin cadre. C'est-à-dire, la transmission *in situ* de savoir-être - pensés comme « exemplaires » - à la relation avec le patient ; des savoir-être plus ou moins producteurs d'échanges. Aussi, lorsque les médecins cadres transmettent connaissances et compétences aux apprenants, ils partagent leur savoir (au sens large) et dès lors une forme de pouvoir. Par ailleurs, une approche que nous qualifions de bottom up - les questions initiées par les apprenants - trouve sa place dans cet environnement et constitue en ce sens une ouverture aux apprenants. Enfin, si les formes de *grandes visites* ne trouvent pas une préférence commune au corps médical, la demande même de cette recherche montre en quoi la compréhension des représentations des uns et des autres, acteurs individuels ou collectifs, est en marche.

Finalement, quid de la guerre, quid du dialogue? Quid de l'exploitation, quid des échanges participatifs? Quid du pouvoir, quid du partage ? Nous rejoignons là Good qui postule que la pratique de la médecine n'est pas toute entière un dispositif de pouvoir ou de surveillance. Elle n'est pas non plus à lire à la lumière de catégories dichotomiques. Les frontières sont fines et perméables. Les résistances et les dialogues à l'œuvre participent aux échanges. Notre analyse a montré en quoi les mécanismes en place dans les différentes formes de *grandes visites* y tendent.

Ainsi, la forme IN donne à voir au patient la réélaboration de son histoire. Cette apparente inclusion permet une construction partagée de son identité de patient. Aussi, selon les représentations des médecins expérimentés, la forme IN semble plus appropriée afin de ne pas tendre vers un éloignement spatial du patient, mécanisme qu'ils reprochent à la forme OUT. Par contre, nous constatons que l'usage du jargon médical est fréquent au lit du patient, d'une part pour des raisons de confidentialité en chambre commune et d'autre part lors de la discussion et réélaboration de son histoire par le corps médical. Non seulement cette pratique donne à voir au patient un espace limité aux seuls professionnels mais aussi institue une division entre ceux qui sont professionnels et ceux qui ne le sont pas. Le patient se sent alors peu légitime à participer. Du point de vue de la formation, les différentes approches pédagogiques peuvent y être appliquées et les différentes compétences en terme de savoir, savoir-faire et savoir-être visés. Par un temps conséquent passé au lit du patient, elle permet néanmoins particulièrement d'atteindre les dimensions des savoir-faire et savoir-être.

Quant à la forme OUT, elle a l'avantage de ne pas user du jargon médical en présence du patient mais de le réserver aux discussions entre professionnels - histoire du patient et savoirs théoriques - qui ont lieu dans le couloir. En effet, comme souligné plus haut, notre analyse a montré que les patients participent plus facilement aux échanges lorsque un vocabulaire profane, uniquement, est utilisé en leur présence. Aussi, avec ce moment dans le couloir consacré au dialogue entre professionnels, la forme OUT donne à voir un moment en chambre incluant particulièrement le patient. Pédagogiquement, la forme OUT permet elle aussi d'appliquer les différentes approches et d'atteindre tous les domaines de compétences. Toutefois, l'exercice aux savoirs théoriques est particulièrement facilité par le moment entre professionnels dans le couloir. Enfin, la forme OUT représente pour les jeunes médecins aux représentations plus « technocentrées » - le progrès va de soi - un moyen de préserver une relation clinique avec le patient qui ne soit pas gênée par le recours au dossier patient informatisé.

Enfin, la forme dite « IN IN » permet de visiter un plus grand nombre de patients. Dès lors, elle permet d'atteindre une connaissance quantitative des cas de l'unité par le médecin cadre mais aussi des objectifs de formation en permettant aux apprenants d'accéder à une variété de « cas » plus élevée. Toutefois, par l'absence d'un espace de discussion entre professionnels dans le couloir, elle ne facilite pas les questions des apprenants et n'offre pas la possibilité d'affiner, d'expliquer ou de remédier à un élément discuté au lit du patient. Aussi, elle présente les mêmes limites que la forme IN à propos du jargon médical.

Finalement, nous pouvons dire que chaque forme de *grande visite* présente des pertinences et des limites variant en fonction des objectifs vers lesquels chaque acteur, individuel ou collectif, souhaite tendre. Tantôt relevant du soin, tantôt de la pédagogie, ceux-ci trouvent leur place dans cet espace clinique et social particulier mais relevant du global que sont les *grandes visites*. Un espace fait d'une multiplicité d'acteurs, de pratiques et de discours où aucun rôle unique de patient ou de médecin n'existe, pas même un seul « rôle modèle ».

## 6.2 LIMITES ET PERSPECTIVES

*"Aujourd'hui, la médecine générale a su acquérir une nouvelle légitimité et se doter des moyens pour répondre aux défis qui lui sont posés. Sensibilisation à la relation soignante, enseignement de la communication médecin-patient, de l'approche centrée sur le patient, et plus récemment, de l'impact - trop longtemps ignoré - des déterminants sociaux et économiques de la santé » (Besson, 2012 :27).*

Notre recherche comporte des limites que nous souhaitons relever et penser en terme de perspectives. Nous percevons une première limite à ce travail dans le champ des acteurs concernés. En effet, notre recherche se concentre essentiellement sur le corps médical, touche dans une moindre mesure les patients et n'est pas étendue aux autres soignants. Nous en voyons deux raisons. D'une part, nous l'avons vu, les patients du service de médecine interne sont non seulement âgés mais aussi souvent atteints de co-morbidité, situation double agissant comme une forme plurielle de pouvoir – un pouvoir générationnel et un pouvoir en terme d'attente thérapeutique - assignant les patients dans une position de « soumission » peu favorable à la négociation. Dès lors, il serait intéressant d'étendre une étude de ce type à des patients d'une part appartenant à d'autres catégories générationnelles et d'autre part atteints par une pathologie singulière ; des patients alors plus à même d'interagir de par leur condition physique mais aussi de par leurs valeurs, leurs perceptions de la relation au corps médical. D'autre part, hormis le corps médical, les soignants ont peu participé aux *grandes visites* et nous n'avons pas pu ou su nouer une relation de confiance nécessaire à la réalisation des entretiens. Entrer sur le terrain par le travail soignant permettrait certainement d'approcher les logiques qui lui sont propres et comprendre les raisons de cette faible présence durant le dispositif des *grandes visites*. Une deuxième limite est selon nous la dimension de participation des patients qui n'a pas été abordée sous l'angle des « droits du patient ». En effet, les nouveaux impératifs liés aux droits des patients agissent sur la manière de penser la relation clinique, notamment le droit à l'information et le consentement libre et éclairé. En pensant la décision dans une voie qui tend vers une décision partagée, la responsabilité des uns et des autres se voit ainsi redéfinie. Cette dimension n'est pas sans effet sur les formes de *grandes visites*. La forme IN s'inscrit elle aussi dans cette mouvance globale, certainement. D'ailleurs, les questions posées par les professionnels lors de la restitution de ce travail - et présentées en introduction - sont le miroir de l'impact de ces changements sur la manière de penser la relation clinique. Dès lors, il convient peut-être de penser comment faire discuter ces nouvelles injonctions et une participation optimale du patient. De toute évidence, la solution pour le patient ne se trouve pas - dans ce contexte précis de recherche - dans le fait de tout voir, tout entendre, démarche *a priori* tentante. Enfin, une troisième limite peut être vue, selon nous, dans l'instantané que représentent les *grandes visites* dans la formation des étudiants et des médecins assistants. La formation des étudiants, par ailleurs elle aussi traversée par ces changements globaux, leur offre des axes nouveaux de réflexion. Elle intègre désormais les dimensions relationnelles de la pratique médicale. Les *grandes visites* doivent être pensées

dans ces réélaborations pédagogiques afin de sortir des schémas traditionnels, « old school », parfois évoqués.

Ainsi, notre recherche offre matière à débattre aux requérants. En donnant à voir la manière dont l'environnement agit sur le local, il s'agirait de ne plus penser les formes de *grandes visites* en tant que telles mais de réfléchir au cadre plus général, au contexte de globalisation et aux changements locaux inhérents dans lesquels elles s'insèrent. Autrement dit, s'ouvrir à une démarche réflexive en pensant les enjeux et finalités qui les constituent. Avec un usage des nouvelles technologies en médecine qui s'accroît, nous pouvons réfléchir comment former les étudiants, médecins de demain, et penser la relation de la pratique de la médecine à l'informationnelle ensemble. Ensuite, il conviendrait de s'arrêter sur les fondements de la relation aux patients, c'est-à-dire dépasser un intérêt tourné vers la place du dialogue entre professionnels pour s'intéresser au contenu et au contenant même des échanges. Plus généralement encore, nous pourrions interroger vers quoi nous souhaitons tendre, des négociations absolues, aboutissant alors à une décision partagée et un partage des responsabilités ou une relation où chacun prend les responsabilités qui lui sont propres, celles de patient et celles de médecin, en proposant, en explicitant, en entendant et en comprenant l'Autre. Les réponses à ces questions ne sont pas dans les mains de l'anthropologue mais des acteurs concernés dès lors qu'ils atteignent - par notre démarche pluridisciplinaire - les pratiques, les discours et les interactions du terrain local dans un contexte global.

## 7. BIBLIOGRAPHIE

## 7.1 SOURCES PRIMAIRES

- Observations participantes, notes manuscrites et transcriptions
- Entretiens compréhensifs, enregistrements et retranscriptions
- Site internet du service de médecine interne CHUV, [http://www.chuv.ch/medecine-interne/mia\\_home.htm](http://www.chuv.ch/medecine-interne/mia_home.htm), consulté le 17 avril 2014

## 7.2 LITTERATURE SECONDAIRE

### Ouvrages et articles de revue

- Adam Ph., Herzlich C., 2007 (1994), *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris : Armand Colin
- Augé M., 1998, *Pour une anthropologie des mondes contemporains*, Paris : Flammarion
- Baszanger I., 1986, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, XXVII, pp. 3-27
- Beaud S., Weber F., 2010 (1997), *Guide de l'enquête de terrain*, Paris : La Découverte
- Bégué-Simon A.-M., 2006, « Anthropologie et médecine. Pour mieux comprendre le patient », *Médecine*, pp. 325-327
- Besson M., « Sociologie et médecine : ensemble sur les terrains de la complexité », *Société Suisse de Sociologie : Bulletin*, 142, pp. 27-29
- Bourdieu P., 2001, *Langage et pouvoir symbolique*, Paris : Editions du Seuil
- Bourdieu P., 1982, « Les rites comme actes d'institution », *Actes de la recherche en sciences sociales*. Vol. 43, pp. 58-63
- Bourque R., Thuderoz C., 2011, *Sociologie de la négociation*. Nouvelle édition, avec étude de cas. Rennes : Presses Universitaires de Rennes
- Bürge C., 2015, « Docteur j'ai honte. Je suis malade », in *In Vivo Magazine*, Lausanne : CHUV
- Burton-Jeangros C., 2005, « Quelles relations entre les médecins généralistes et leurs patients ? » *Primary Care*. Vol 5, n°37, pp. 752-754
- Caillé A., 2003, « Le don, la maladie et la déshumanisation de la médecine », *Revue du MAUSS*, no 21, p. 330-335. DOI : 10.3917/rdm.021.0330
- Carré D., Lacroix J.-G. (dir), 2001, *La santé et les autoroutes de l'information. La greffe informatique*, Paris, l'Harmattan.
- Carle M.-E., 2013, « Logiques divergentes et confrontations des savoirs. Quelle place pour la rationalité des patients ? (note de recherche) », *Anthropologie et sociétés*, vol. 37, no3, pp. 139-156
- Carricaburu D., Ménoret M., 2010 (2004), *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*. Paris : Armand Colin

- Cefaï, D., 2009, « Codifier l'engagement ethnographique? Remarques sur le consentement éclairé, les codes d'éthique et les comités d'éthique », in *L'Engagement ethnographique*, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, pp. 495-512.
- Coulmont B., 2011, *Sociologie des prénoms*, Paris : La Découverte
- Cullati S. 2012, « MICS. Une expérience lausannoise d'intégration des sciences humaines et sociales en médecine », *Société Suisse de Sociologie : Bulletin*, 142, pp. 21-23
- Darmon M., 2005, « Le psychiatre, la sociologue et la boulangère », *Genèses*, No. 58, pp. 98-112
- Debluë F., 2015, *Lyrisme et dissonance*, Chavannes-près-Renens : Editions Empreintes
- Desclaux A., Sarradon-Eck A., 2008, « Introduction au dossier "L'éthique en anthropologie de la santé : conflits, pratiques, valeur heuristique" », *ethnographiques.org*, [en ligne]. <http://www.ethnographiques.org/2008/Desclaux,Sarradon-Eck.html> (consulté le 29 mai 2015)
- Delas J.-P., Milly B., (2009, premières éditions 199, 2005), *Histoire des pensées sociologiques*, Paris : Armand Colin
- Detrez C., 2002, *La construction sociale du corps*, Paris : Editions du Seuil
- Fainzang S. 2013, « Champ-contrechamp : La relation médecin-malade entre anciennes et nouvelles normes », *Anthropologie et sociétés*, vol. 37, no3, pp. 83-97
- Fainzang S., 2006, *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris : PUF
- Fainzang S., 1989, *Pour une anthropologie de la maladie en France, Un regard africaniste*. Paris : EHESS
- Fassin D., 2008, « L'éthique, au-delà de la règle. Réflexions autour d'une enquête ethnographique sur les pratiques de soins en Afrique du Sud », *Sociétés contemporaines*, n°71, pp. 117-135
- Ferréol G. (dir.), 2004 (1991), *Dictionnaire de sociologie*, Paris : Armand Colin
- Fortin S., 2013, « Conflits et reconnaissance dans l'espace social de la clinique. Les pratiques cliniques en contexte pluraliste », *Anthropologie et sociétés*, vol. 37, no3, pp. 179-200
- Fortin, S., Maynard S., 2012. « Progrès de la médecine, progrès technologiques et pratiques cliniques : les soignants se racontent », *Anthropologie et santé*, no.5. disponible en ligne sur : [anthropologiesante.revues.org/1015](http://anthropologiesante.revues.org/1015).
- Foucault M., 2012 (1963), *La naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris : PUF
- Foucault, M., 1996, *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*, Paris : Gallimard
- Gachoud D. et al., 2013, « La visite médicale en pratique hospitalière : entre soins et apprentissage », *Revue Médicale Suisse*, 9:2013-6
- Gallenga G., 2008, « L'empathie inversée au coeur de la relation ethnographique », *Journal des anthropologues* Vol. 114-115, pp. 145-161, disponible en ligne sur <http://jda.revues.org/319>

- Genest S., Saillant F. (dir.), 2006. *Anthropologie médicale : ancrages locaux, défis globaux*, Paris : Ed. Economica
- Good B., 1998, *Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalités et vécu*. Les empêcheurs de tourner en rond. Le Plessis-Robinson : Institut Synthélabo
- Guillebaud J.-C., 2008, *Le commencement d'un monde : vers une modernité*, Paris, Seuil
- Hoarau H., 2000, « Y a-t-il de l'anthropophage dans l'anthropologue ? Perception et rôle de l'anthropologue au coeur des structures de soins », *Face à face* [En ligne], 2 :1-6, <http://faceaface.revues.org/547> (consulté le 15 juillet 2014)
- Hudelson, P., 2008 (2002), « Que peut apporter l'anthropologie médicale à la pratique de la médecine? », *santé conjugée*, 46, pp.35-39
- Kaufmann J.-C., 2007, *L'entretien compréhensif*, Paris : Armand Colin.
- Kiefer B., 2014, « La déshumanisation au cœur de la médecine », *Revue Médicale Suisse*, 10 :1528
- Kilani M., 1994, « Du terrain au texte », *Communications*, No. 58, pp. 45-60.
- Kilani M., 2009 (édition précédente 1989, *Introduction à l'Anthropologie*, Lausanne : Payot), *Anthropologie. Du local au global*, Paris : Armand Colin
- Lafontaine C., 2004, *L'empire cybernétique*, Paris: Seuil
- Lapeyre N., Le Feuvre N., 2005, « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *Revue française des affaires sociales*, n°1, pp.59-81.
- Laprise E., Loignon C., 2013, « Le travail ethnographique en contexte médical », *Revue du CREMIS*, Vol 6 no 1.
- Le Breton D., 2013a (1990), *Anthropologie du corps et modernité*, Paris : PUF
- Le Breton D., 2013b, *L'adieu au corps*, Paris : Editions Métailié
- Maestrutti M., 2011, *Imaginaire des nanotechnologies. Mythes et fictions de l'infiniment petit*, Paris : Vuibert
- Marzano M. (dir.), 2010 (2007), *Dictionnaire du corps*, Paris :PUF
- Massé R., 2004, « Débat – L'anthropologie médicale, quels acquis, quels horizons ? », *Bulletin Amades* [En ligne], n°58, mis en ligne le 06 février 2009, consulté le 02 novembre 2014. URL : <http://amades.revues.org/582>
- Massé R., 2006, « Les sciences humaines et les enjeux contemporains de la santé ». In Académie suisse des sciences humaines et sociales (ed.) *Médecine et sciences humaines. Sciences humaines et médecine : formation et collaboration*, Berne : Éditions de l'Académie suisse des sciences humaines et sociales, pp. 93-103,
- Massé R., 2007, « La troisième voie en anthropologie de la santé : pour une réflexivité constructive », in Olivier Leservoiesier et Laurent Vidal (dir.), *L'anthropologie face à ses objets. Nouveaux contextes ethnographiques*, Paris : Éditions des Archives contemporaines, pp. 267-281
- Massé, R., 2010, « Les nouveaux défis pour l'anthropologie de la santé », *Anthropologie et santé*, vol.1.

- Mayère A. *et al.*, 2012, « “Zéro papier” et “pense-bêtes” à l'aune de l'informatisation du dossier de soins », *Revue d'anthropologie des connaissances*, Vol. 6, n° 1, p. 115-139. DOI : 10.3917/rac.015.0154
- Métraux J.-C., 2013, *La migration comme métaphore*, Paris : La Dispute
- Müller B., 2006, « Archives orales et entretiens ethnographiques. Un débat entre Florence Descamps et Florence Weber, animé par Bertrand Müller », *Genèses*, no 62, p. 93-109
- Olivier de Sardan J.-P., 1995, « La politique du terrain », *Enquête*, n° 1, disponible en ligne sur <http://enquête.revues.org/263>
- Olivier de Sardan J.-P., 2008, *La rigueur du qualitatif : les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. *Anthropologie prospective* 3, Louvain-la-Neuve : Academia Bruylant
- Panese F., 2012, « MICS. Une expérience lausannoise d'intégration des sciences humaines et sociales en médecine », *Société Suisse de Sociologie : Bulletin*, 142, pp. 10-13
- Paroz S., Dorthe G., 2013, « Sciences humaines et sociales à la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne et au Centre hospitalier universitaire vaudois : état des lieux et perspectives », Rapport mandaté par le Décanat de la FBM, consulté le 18 août 2014 sur [http://redirectwww.chuv.ch/getnews-attach?url=content-01.05-92.2014\\_08\\_48.pdf](http://redirectwww.chuv.ch/getnews-attach?url=content-01.05-92.2014_08_48.pdf)
- Pommier E., 2012, « La médecine à l'épreuve des techniques », in *Hans Jonas et le Principe Responsabilité*, Presses Universitaires de France, p. 93-115. URL : [www.cairn.info/hans-jonas-et-le-principe-responsabilite--9782130591443-page-93.htm](http://www.cairn.info/hans-jonas-et-le-principe-responsabilite--9782130591443-page-93.htm).
- Pouchelle M.-C., 2003, *L'hôpital corps et âme. Essais d'anthropologie hospitalière*, Paris : Editions Selin Arlan
- Pouchelle M.-C., 2010, « Situations ethnographiques à l'hôpital. Elle vient voir si on a un os dans le nez... », *Recherche en soins infirmiers*, Vol. 4 N° 103, p. 4-19.
- Rossi I., 1997, *Corps et chamanisme. Essai sur le pluralisme médical*, Paris, Armand Colin
- Rossi, I., 2005, « Médicalisation de la vie, enjeux de société », in Collectif, *Eloge de l'altérité. Défis de société : 12 regards sur la santé, la famille, le travail*, Fribourg, Ed. de l'Hèbe, pp. 19-31.
- Rossi, I., 2006, « La médecine à l'épreuve du social », in *Médecine et sciences humaines. Sciences humaines en médecine: formation et collaboration*. Colloque des 4 et 5 mai 2006. Académie suisse des sciences humaines et sociales, Berne, pp. 47-53.
- Rossi I., 2008, « Médicalisation du mal-être, migration et société », *Revue des Sciences Sociales Éthique et santé*, n° 39, pp. 60-69
- Rossi I. *et al.*, 2008b, « L'éthique à l'épreuve d'une anthropologie en milieu palliatif : de l'insertion à la restitution », *ethnographiques.org*, [en ligne]. <http://www.ethnographiques.org/2008/Rossi,et-al.html>
- Rossi, I., 2009, « L'accompagnement en médecine. Anthropologie d'une nécessité paradoxale », *Pensée plurielle* 3 (n° 22), pp. 111-122

- Rossi, I., 2014, « Penser la diversité par les transitions de la santé mentale », *Alterstice*, 4(2), pp.39-48.
- Saint-Marc D., 2011, *La formation des médecins. Sociologie des études médicales*, Paris : L'Harmattan
- Sarradon-Eck A., 2008, « Médecin et anthropologue, médecin contre anthropologue : dilemmes éthiques pour ethnographes en situation clinique », *ethnographiques.org*, Numéro 17, disponible en ligne sur <http://www.ethnographiques.org/2008/> Sarradon-Eck (consulté le 25.08.2014)
- Segalen M., 2009 (1998), *Rites et rituels contemporains*, Paris : Armand Colin
- Strauss A., 1992, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*. Textes réunis et présentés par Baszanger I., Paris : Editions L'Harmattan.
- Syburra, T., Genoni M., 2008, « Application de la télémédecine en Suisse », *Revue Médicale Suisse*, 4 :2652-6
- Zaffran M., 2014, *Le patient et le médecin*, Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal
- Zonabend, F., 1994, « De l'objet et de sa restitution en anthropologie », *Gradhiva*, No. 16, pp. 3-14.

#### Documents en ligne et sites internet

- Ethique de la recherche en ethnologie. Prise de position de la SSE, 2011, [http://www.seg-sse.ch/pdf/2011-04-11\\_Position\\_Ethique\\_SSE\(FR\).pdf](http://www.seg-sse.ch/pdf/2011-04-11_Position_Ethique_SSE(FR).pdf), consulté le 22 mars 2014
- Loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain, <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20061313/index.html>, consulté le 22 mars 2014
- Site de la Commission cantonale (VD) d'éthique de la recherche sur l'être humain, <http://www.unil.ch/fbm/page36053.html>, consulté le 22 mars 2014
- Article du blog du sociologue Baptiste Coulmont sur la question de l'anonymisation, <http://coulmont.com/blog/2012/10/12/anonymiser-les-enquetes/>, consulté le 28 mars 2014
- Rapport annuel 2012 du CHUV : <http://www.chuv.ch/chuv-ra-2012.pdf>, consulté le 29 mai 2015
- Site internet du Canton de Vaud, Organisation du système de santé : <http://www.vd.ch/themes/sante/organisation/ehealth/la-strategie-vaudoise/>, consulté le 29 mai 2015

## ANNEXES

## ANNEXE 1 : NOTICES BIOGRAPHIQUES DES AUTEURS CITES

Ce travail ayant une portée interdisciplinaire, nous proposons - particulièrement pour nos lecteurs non issus des sciences sociales - une notice biographique des auteurs cités.

**Philippe Adam** est chercheur associé au CERMES (centre de recherche médecine, sciences, santé et société).

**Marc Augé** est anthropologue, directeur d'études à l'EHESS.

**Isabelle Baszanger** est sociologue, directeur de recherche au CNRS, membre du Centre de recherche « Médecine, sciences, santé et société » (CERMES). (<http://www.cairn.info/traite-de-bioethique-2--9782749213064-page-189.htm>)

**Stéphane Beaud** est sociologue et enseigne à l'ENS.

**Begué-Simon Anne-Marie** est médecin, maître de conférence en anthropologie à la Faculté de médecine, Département de santé publique à Rennes.

**Marius Besson** est médecin, chef de clinique au service de premier recours aux HUG.

**Pierre Bourdieu**, sociologue français, à l'origine de la théorie de la reproduction des hiérarchies sociale, du structuralisme constructiviste et du concept d'habitus. Il a notamment dirigé le Centre de sociologie européenne et fut nommé Professeur au Collège de France.

**Reynald Bourque** est Professeur titulaire à l'École de relations industrielles de l'Université de Montréal. Il est responsable de l'enseignement pratique de la négociation collective. (<http://www.hec.ca/cadresetdirigeants/animateurs/reynald.bourque.html>)

**Philippe Breton** est Professeur au Centre universitaire d'enseignement du journalisme (CUEJ) de l'université de Strasbourg. Il s'intéresse à l'anthropologie de la parole et de la communication, entre autre au cyborg. (<http://fre3229.u-strasbg.fr/Breton.htm>)

**Clément Bürge** fait partie de la Rédaction du magazine de vulgarisation médicale *In Vivo Magazine* CHUV.

**Claudine Burton-Jeangros** est Professeur associée à l'UNIGE, Elle s'intéresse à la sociologie de la santé et de la médecine ainsi que la sociologie des risques. (<http://www.unige.ch/sciences-societe/socio/fr/claudineburtonjeangros/>)

**Alain Caillé** est docteur en économie et docteur en sociologie. Il est Professeur de sociologie à l'Université de Paris Ouest Nanterre.

**Marie-Eve Carle** est anthropologue, membre de l'Institut Santé et Société de l'UQAM. (<http://iss.uqam.ca/membres/liste-des-membres/368-carle-marie-eve.html>)

**Dominique Carré** est Professeur des universités en Sciences de l'information et de la communication à l'Université Paris 13. Il a été directeur de l'UFR des Sciences de la communication de 1997 à 2001. (<http://labsic.univ-paris13.fr/index.php/carre-dominique>)

**Danièle Carriburu** est Professeure de sociologie à l'Université de Rouen et spécialiste de la sociologie de la santé et des risques sanitaires. (<http://lisolisa.hypotheses.org/equipe/daniele-carricaburu>).

**Daniel Cefaï** est directeur d'études à l'EHESS, Directeur du CEMS. Ethnographe, il s'intéresse entre autre à la méthodologie de terrain. (<http://cems.ehess.fr/index.php?2528>)

**Baptiste Coulmont** est sociologue, maître de conférence à l'Université Paris 8. (<http://coulmont.com>)

**Stéphane Cullati** est sociologue, collaborateur scientifique aux HUG. Il s'intéresse entre autres aux domaines de la santé et de la médecine. (<http://www.unige.ch/sciences-societe/demog/fr/equipe/stephanecullati/>).

**Muriel Darmon** est sociologue, directrice de recherche CNRS et s'intéresse entre autres aux méthodes qualitatives en sociologie. (<http://cse.ehess.fr/index.php?1528>).

**Alice Desclaux** est d'abord médecin, puis s'oriente vers l'anthropologie. Elle rejoint l'université d'Aix-Marseille au Laboratoire d'Ecologie Humaine et d'Anthropologie de Jean Benoist en 1999. En 2004, elle crée une jeune équipe, le CReCSS (Centre de Recherches Cultures, Santé, Sociétés) et développe des enseignements en anthropologie de la santé en tant que professeure d'anthropologie à l'Université Paul Cézanne d'Aix-Marseille. (<http://www.ethnographiques.org/Desclaux-Alice>).

**Christine Detrez** est sociologue, maître de conférence à l'Ecole Normale Supérieure de Lyon.

**François Debluë** est un poète et prosateur vaudois. Il a enseigné le français dans un gymnase vaudois et a notamment rédigé le poème de la fête des Vignerons de 1999.

**Gabriel Dorte** est philosophe, doctorant à la Faculté des géosciences et de l'environnement de l'Université de Lausanne.

**Sylvie Fainzang** est anthropologue, directrice de recherche, Inserm, membre du Cermes. (<http://sylvie.fainzang.pagesperso-orange.fr>)

**Didier Fassin** est anthropologue, Directeur d'étude à l'EHESS (<http://iris.ehess.fr/index.php?131>). Avant cela, il a été médecin. (<http://bibliobs.nouvelobs.com/essais/20111201.OBS5765/mais-qui-sont-didier-et-eric-fassin.html>)

**Gilles Ferréol** est Professeur de sociologie à l'Université de Franche Comté, spécialisé en méthodologie des sciences sociales.

**Sylvie Fortin** est Professeure agrégée au Département d'anthropologie de l'Université de Montréal.

**Michel Foucault** est un philosophe français (1926-1984).

**David Gachoud** est médecin chef de clinique au Département de médecine interne du CHUV et coordinateur pédagogique et recherche à l'unité pédagogique de la FBM UNIL.

**Jean-Paul Génolini** est maître de conférences à l'université Paul Sabatier Toulouse III.

**Byron Good** est Professeur d'anthropologie au Department of Global Health and Social Medicine de la Harvard Medical School.

**Claudine Herzlich** est sociologue, docteur en psychosociale. Claudine Herzlich a créé le CERMES centre de recherche médecine, science, santé et société. (<http://www.histcnrs.fr/histrecmedcopie/entretiens/herzlich/herzlich-bio.html>)

**Hélène Hoarau** est anthropologue. Elle s'intéresse particulièrement à l'anthropologie de la santé. (<http://www.adcs.cnrs.fr/spip.php?article922>)

**Patricia Hudelson** est anthropologue médicale. Elle est responsable du volet Interprétariat de la consultation transculturelle et interprétariat des HUG.

**Jean-François Hutin** est radiologue à Reims et a écrit plusieurs ouvrages – romans et ouvrages à perspectives historiques - autour de la médecine. ([http://www.editions-glyphe.com/f/index.php?sp=livAut&auteur\\_id=1418](http://www.editions-glyphe.com/f/index.php?sp=livAut&auteur_id=1418)).

**Jean-Claude Kaufmann** est sociologue et écrivain.

**Bertrand Kiefer** est Docteur en médecine de l'Université de Genève, licencié en théologie, rédacteur en chef de la Revue médicale suisse et membre de la commission nationale d'éthique pour la médecine humaine. ([http://www.letemps.ch/Page/Uuid/8379f8d4-3234-11e1-993c-e4b7d5b3efc0/Bertrand\\_Kiefer](http://www.letemps.ch/Page/Uuid/8379f8d4-3234-11e1-993c-e4b7d5b3efc0/Bertrand_Kiefer))

**Marie Ménoret** est sociologue, enseignante-chercheuse à l'Université Paris VIII.

**Serge Maynard** est socio anthropologue. Il est actuellement chargé de recherche au centre universitaire de santé de McGill University à Montréal.

**Mondher Kilani** est anthropologue et Professeur honoraire de la faculté des SSP, UNIL.

**Céline Lafontaine** est Docteur en sociologie, Professeure titulaire à l'université de Montréal. (<http://socio.umontreal.ca/repertoire-departement/vue/lafontaine-celine/>)

**Nathalie Lapeyre** est sociologue, maître de conférences à l'Université Toulouse II.

**Nicky Le Feuvre** est sociologue, Professeur à l'Institut des sciences sociales de la Faculté des sciences sociales et politique de l'Université de Lausanne.

**Elisha Laprise** est anthropologue. Elle est actuellement professionnelle de recherche au Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine, Université de Sherbrooke.

**David Le Breton** est Professeur de sociologie et d'anthropologie à l'université de Strasbourg. Il s'intéresse particulièrement à la thématique du corps. (<http://sspsd.u-strasbg.fr/Le-Breton.html>).

**Christine Loignon** est Professeure au Département de médecine de famille de l'Université de Sherbrooke, chercheuse au Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine.

**Raymond Massé** est anthropologue. Il s'intéresse entre autres à l'anthropologie médicale et aux méthodes de recherche qualitatives. (<http://www.ant.ulaval.ca/?pid=87>).

**Marina Maestrutti** est « Docteure en Epistémologie, histoire des sciences et des techniques . Maître de conférences en Sociologie à Paris 1 Panthéon-Sorbonne ». (<http://www.univ-paris1.fr/centres-de-recherche/cetcopra/laboratoire/equipe/marina-maestrutti/>)

**Anne Mayère** est Professeure en sciences de l'information et de la communication à l'IUT Paul Sabatier – Université de Toulouse 3. Elle s'intéresse notamment au dossier de soins des patients (<http://www.certop.cnrs.fr/MAYERE-Anne>).

**Marie Ménoret** est sociologue, enseignante-chercheuse à l'Université Paris VIII.

**Métraux Jean-Claude** est psychiatre et psychothérapeute de l'enfant/l'adolescent et chargé de cours à la faculté des SSP de l'Université de Lausanne. Il porte un intérêt particulier pour la thématique des migrations.

**Bertrand Müller** est historien, spécialiste de l'histoire et de l'épistémologie des sciences sociales, il est chargé de cours à l'Université de Genève.

**Jean-Pierre Olivier de Sardan** est anthropologue, Professeur et Directeur d'études à l'EHESS.

**Francesco Panese** est sociologue et anthropologue, Professeur associé à la FBM et dans la Faculté des SSP de l'Université de Lausanne.

**Sophie Paroz** travaille au Département universitaire de médecine et santé communautaires du CHUV.

**Eric Pommier** est Docteur en philosophie et s'intéresse notamment à l'ontologie et à l'éthique de la vie. (<http://corses.shs.univ-paris5.fr/spip.php?article629>)

**Marie-Christine Pouchelle** est anthropologue. Elle s'intéresse à l'hôpital, à ses enjeux de pouvoir et particulièrement à l'espace du bloc opératoire. (<http://www.iiac.cnrs.fr/CentreEdgarMorin/spip.php?article65>).

**Ilario Rossi** est Professeur à l'Université de Lausanne, il enseigne l'anthropologie médicale et de la santé (<http://www.ethnographiques.org/Rossi-Ilario>).

**Francine Saillant** est anthropologue, Professeure au département d'anthropologie de l'Université Laval depuis 1996.

**Serge Genest** est anthropologue, professeur au département d'anthropologie de l'Université Laval.

**David Saint-Marc** est sociologue, membre du LAPSAC (Laboratoire d'Analyse des Problèmes Sociaux et de l'Action Collective) de l'Université Victor Segalen Bordeaux II.

**Aline Sarradon-Eck** a tout d'abord exercé la médecine générale avant de défendre une thèse en anthropologie. (<http://www.ethnographiques.org/Sarradon-Eck-Aline>)

**Martine Segalen** est ethnologue et sociologue, elle est Professeure émérite des Universités.

**Anselm Strauss** (1916-1996) est sociologue.

**Christian Thuderoz** est Professeur de sociologie à l'INSA de Lyon. Il s'intéresse particulièrement aux conflits et aux négociations en entreprises.

**Thomas Syburra** est médecin, spécialiste de la chirurgie cardiaque. Il travaille actuellement aux HUG. (<http://www.ctsnet.org/home/tsyburra>)

**Florence Weber** est anthropologue et sociologue, directrice du Département des sciences sociales de l'École Normale Supérieure.

**Marc Zaffran** est médecin de famille et s'intéresse entre autres à la santé des femmes. Il a été dernièrement chercheur-invité au centre de recherche en éthique de l'Université de Montréal pour un projet portant sur la transmission des valeurs éthiques en médecine. Marc Zaffran est aussi connu sous le pseudonyme de Martin Wincker. (<http://www.lecre.umontreal.ca/chercheur/marc-zaffran/>)

**Françoise Zonabend** est anthropologue. Elle a été Directrice d'études à l'EHESS.

## ANNEXE 2 : PISTES DE REFLEXIONS QUALITATIVES SOULEVEES PAR L'ANALYSE QUANTITATIVES

Nous proposons ici une liste de questions problématiques à visée compréhensive discutée en juin 2014 avec David Gachoud suite à ses résultats préliminaires.

### AXE DES PROFESSIONNELS

- **Confidentialité** : En quoi le respect de la confidentialité est-il important pour les différents professionnels. En quoi relève-t-il d'une socialisation professionnelle ?
- **Apprentissage (ou Formation)** : En quoi un apprentissage est-il considéré comme relevant d'une meilleure « qualité » ? En quoi l'apprentissage prend-il une forme plus ou moins théorique, plus ou moins pratique selon la modalité des *grandes visites* adoptée ? Quelles sont les attentes des différents acteurs (médecins en formation et médecins superviseurs) ? Face aux patients dont ils assurent la prise en charge, comment les professionnels en formation vivent-ils la *grande visite* ?
- **Perspective professionnelle des soins** : En quoi les professionnels se sentent-ils plus libres de s'exprimer dans le couloir ? Quels « cas » leur posent problème ? Mais aussi quels sont les différents objectifs des *grandes visites* perçus par les professionnels ? En quoi la dimension de soin (VS apprentissage) est-elle partie prenante des *grandes visites* ? Comment cette double dimension de « soin » et d'« apprentissage » est-elle perçue par les professionnels ? En quoi cette double dimension est-elle perçue comme problématique ou au contraire réconciliée facilement ?
- **Rapport au patient** : de quelle manière les professionnels considèrent-ils la relation patient-professionnels ? Selon les professionnels, quel rôle doit occuper le patient pendant la *grande visite* ?
- **Différents groupes professionnels et hiérarchiques** : en quoi les perceptions et compréhensions des différents groupes professionnels et hiérarchiques concordent ou au contraire se distancient les uns des autres ? Quelle place pour le corps infirmier dans la *grande visite* ?

### AXES DES PATIENTS

- **Confidentialité** : De quelle manière la confidentialité est-elle perçue par les patients ?
- **Satisfaction** : En quoi un patient est-il (ou non) satisfait de la *grande visite* ?
- **Compréhension générale** : De quelle manière les patients comprennent-ils le contenu général de la *grande visite* ? Comment perçoivent-ils les discussions entre les soignants ? Comment la dimension d'enseignement est-elle perçue par le patient ?
- **Compréhension maladie** : En quoi le mode IN permet-il au patient de mieux saisir les différents aspects de sa maladie ? En quoi la compréhension de la maladie par le patient participe-elle à sa trajectoire thérapeutique ? Quels aspects de leur maladie semblent-ils retenir ? De quelle manière interagissent-ils lors des *grandes visites* à ce propos ?
- **Compréhension des discussions entre professionnels** : En quoi les échanges entre professionnels sont-ils compris par les patients ? A quel type de dimensions les patients réagissent-ils lors des *grandes visites* ?

## ANNEXE 3: LE SERVICE DE MEDECINE INTERNE PRESENTE SES ACTIVITES, SON ORGANISATION ET LES PATHOLOGIES TRAITEES <sup>37</sup>

### ACTIVITE

- 4100 personnes hospitalisées
- Avec presque 190 lits, notre service est l'une des plus grandes entités du CHUV
- Un taux d'occupation des lits très élevé: 93%
- 18'000 appels téléphoniques.

### ORGANISATION DES SOINS

Notre service est composé de plusieurs unités de soins répartis sur plusieurs sites: les 13<sup>e</sup>, 16<sup>e</sup>, 17<sup>e</sup> étages du Bâtiment hospitalier principal, et l'Hôpital Nestlé (au niveau 3).

#### *DEUX UNITES DE SOINS INTERMEDIAIRES*

Ces unités (2 x 7 lits) accueillent les patient-e-s qui ont besoin d'être monitoré-e-s (suivi-e-s) en permanence. Ces derniers sont transféré-e-s en général des urgences ou des soins intensifs. Ils ou elles peuvent aussi être venir d'une autre unité de notre service à la suite d'une décompensation. Ces deux unités de soins continus sont localisées au nord et au sud du 17<sup>e</sup> étage du Bâtiment hospitalier principal.

#### *UNE UNITE DE SOINS AIGUS POUR LES MALADES SENIORS*

Cette unité est située à l'Hôpital Nestlé et sa direction est assurée de manière conjointe entre le Service de médecine interne et le Service de gériatrie.

#### *SIX UNITES DE SOINS AIGUS*

Ces unités sont réparties entre les 13<sup>e</sup>, 16<sup>e</sup> et 17<sup>e</sup> étages du Bâtiment hospitalier principal. Elles fonctionnent toutes selon le même modèle. La répartition des patient-e-s au sein de ces unités se fait en fonction des places disponibles.

#### *UNE UNITE DE LITS D'INVESTIGATION ET DE LITS "INFLAMMATOIRES"*

Cette unité est localisée au 16<sup>e</sup> étage du Bâtiment hospitalier principal.

### PATHOLOGIES TRAITEES

La mission première de notre service est de prendre en charge des patient-e-s souffrant de pathologies multiples (co-morbidités), dont le diagnostic et la stratégie thérapeutique sont souvent complexes.

Ce sont souvent des personnes âgées dont l'un des organes internes dysfonctionne, le plus souvent plusieurs. Ces problèmes viennent parfois s'ajouter à un cancer déjà en cours de traitement ou découvert à cette occasion. L'hospitalisation peut aussi être liée à une infection, à une décompensation respiratoire ou cardiaque, à des troubles métaboliques, de l'équilibre (chutes), de la mémoire, ou encore à des problèmes de dénutrition. L'hospitalisation permet aussi de mener des investigations sur des affections inflammatoires ou complexes, non élucidées.

Le fréquent contexte d'urgence et de complexité médicale nécessite la mobilisation et la coordination de moyens humains importants et la mise en œuvre de procédures diagnostiques et thérapeutiques sophistiquées. Cela implique un travail d'équipe multidisciplinaire et multiprofessionnelle: médecins internistes et d'autres spécialités, infirmières et infirmiers, physiothérapeutes, ergothérapeutes, nutritionnistes, etc., réunis autour du ou de la patient-e.

---

37 Ce tableau est issu de la présentation du service que le MIA propose sur sa page internet.

## ANNEXE 4 : « NOS COLLABORATEURS » CATEGORIES INSTITUTIONNELLES POUR LE GRAND PUBLIC<sup>41</sup>

Le service compte quelque 400 collaboratrices et collaborateurs, qui exercent une dizaine de métiers différents, tous au service des patient-e-s.

### EQUIPE MEDICALE

Médecins cadres (6)

- Un chef de service
- Deux médecins-chefs
- Deux médecins adjoints
- Un médecin associé

Médecins chefs de clinique (21)

- Vingt-et-un chef-fe-s de cliniques réparti-e-s dans les différentes unités

Médecins assistants (40)

- Quarante médecins assistant-e-s supervisé-e-s par les chef-fe-s de clinique

### EQUIPE INFIRMIERE

Infirmières cadres (12)

- Quatre infirmiers chefs de service (ICS)
- Huit infirmiers chef d'unités de soins (ICUS)

Personnel soignant (300)

- Infirmiers-ères diplômés-ées
- Assistants-tes en soins et santé communautaire,
- Aides soignants-tes et d'employés d'hôpital attribués aux soins infirmiers
- Assistantes hôtelières et des météorologues assurent des activités logistiques dans certaines unités.

### EQUIPE DE SUPPORT

Physiothérapeutes

Ergothérapeutes

Personnel administratif

Personnel de maison

Aumôniers

---

<sup>41</sup> Ce tableau est inspiré de la présentation des collaborateurs que le MIA propose sur sa page internet. Les noms des médecins cadres ont été effacés. Les marques de féminisation ou leur absence ont été conservées.

