



# APPROCHE ETHNOGRAPHIQUE EN MILIEU DE SOINS ET DE FORMATION EN SOINS : ENJEUX ET PERSPECTIVES

EXAMEN DE CONTRÔLE DES CONNAISSANCES DANS LE CADRE DU PHD EN SCIENCES  
BIOMÉDICALES, MENTION EDUCATION MÉDICALE

04.02.2025

ROBIN LÜCHINGER

# PLAN DE LA PRÉSENTATION

- L'approche ethnographique dans les méthodes qualitatives
- L'observation et l'observation en milieu clinique
- La réflexivité

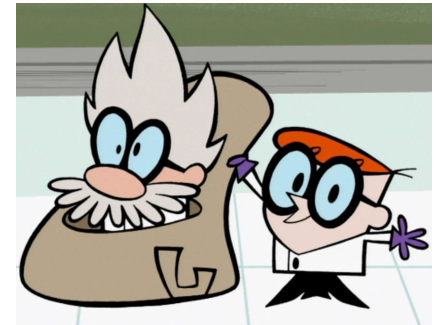
WEB PAPER  
AMEE GUIDE  
Ethnography in qualitative educational  
research: AMEE Guide No. 80  
SCOTT REEVES<sup>1</sup>, JENNIFER PELLER<sup>2</sup>, JOANNE GOLDMAN<sup>2</sup> & SIMON KITTO<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>University of California, USA, <sup>2</sup>University of Toronto, Canada

# LES MÉTHODES QUALITATIVES

## Influences sur le «filtre» du chercheur

- Perspectives disciplinaires générales et traditions de recherche
- Orientations théoriques et méthodologiques
- Parcours et intérêts du chercheur

Attention: influences pas toujours explicites dans la conceptualisation ou présentation d'un problème



# LES MÉTHODES QUALITATIVES

Approche analytique	Discipline associée	Objet	Objectif
Ethnographie	Anthropologie	Culture (idées, normes et valeurs communes qui donnent un sens au monde)	Comprendre le sens des événements et des comportements sociaux dans un contexte spécifique
Phénoménologie, herméneutiques	Psychologie	Expériences vécues des individus	Chercher les points communs d'une expérience vécue. L'objectif fondamental est d'arriver à une description de la nature du phénomène particulier
Grounded theory, interactionnisme symbolique	Sociologie	Relations sociales	Développer des théories explicatives des phénomènes et processus sociaux. Comprendre comment les interactions sociales sont comprises et interprétées par les participants
Analyse de discours, ethnographie de la communication	Sociolinguistique	Communication et conversations	Comprendre la communication dans son contexte social, comment le sens est créé et communiqué

# L'APPROCHE ETHNOGRAPHIQUE

Etude des interactions sociales et la culture des groupes (sociétés, communautés, organisations, équipes).

Il s'agit de développer une description étoffée d'une culture ou d'un groupe dans un environnement «naturel».

= Qu'est-ce qu'il se passe *ici*?



# L'APPROCHE ETHNOGRAPHIQUE



## Caractéristiques

1. Sur le terrain, dans le quotidien
2. Documentation diverse et observation
3. Collecte de données non-structurée
  - Pas de plan de recherche fixe et détaillé
  - Analyse inductive
4. Echelle réduite pour une étude en profondeur
5. Interprétation des significations, fonctions et conséquences (reléguer le quantitatif)

# L'APPROCHE ETHNOGRAPHIQUE

## Outils

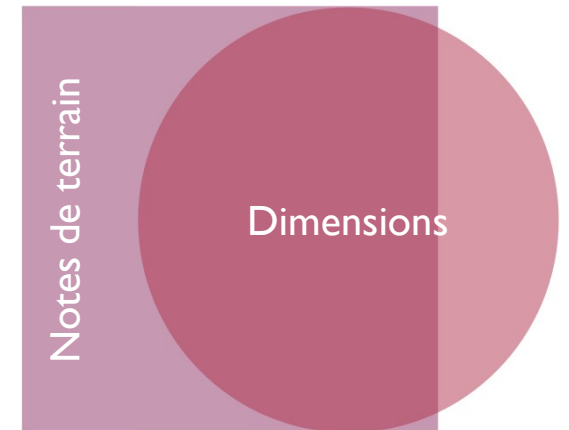
- Observation participante
  - Observation non participante
  - Shadowing
- Interviews approfondis
- Histoires de vie
- Documentations
- Triangulation



# L'APPROCHE ETHNOGRAPHIQUE

## Analyse

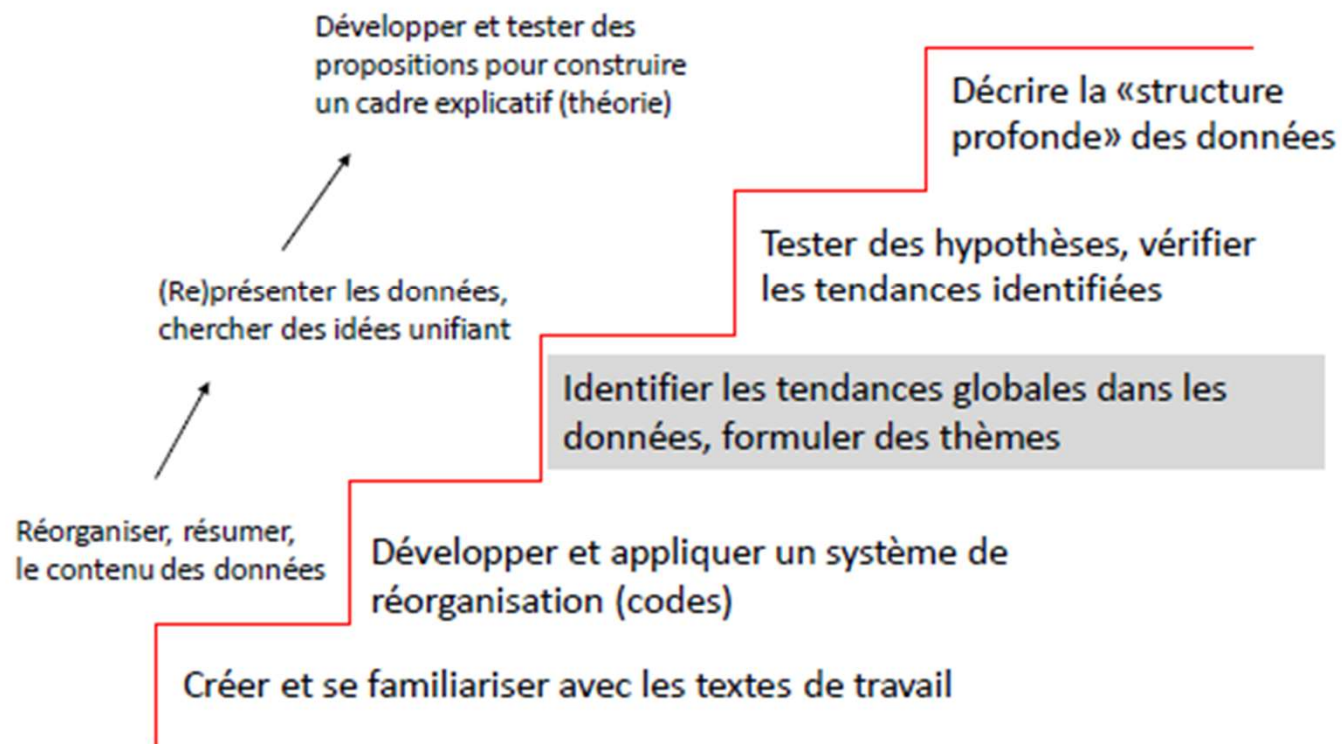
- Processus itératif et non structuré
- Description – Analyse – Interprétation
  - Dimensions «observables»
  - Notes de terrain
- Nouvelles technologies (Ethnograph, Nvivo, The Observer, ...)





# L'APPROCHE ETHNOGRAPHIQUE

## L'échelle de l'abstraction analytique



# L'OBSERVATION

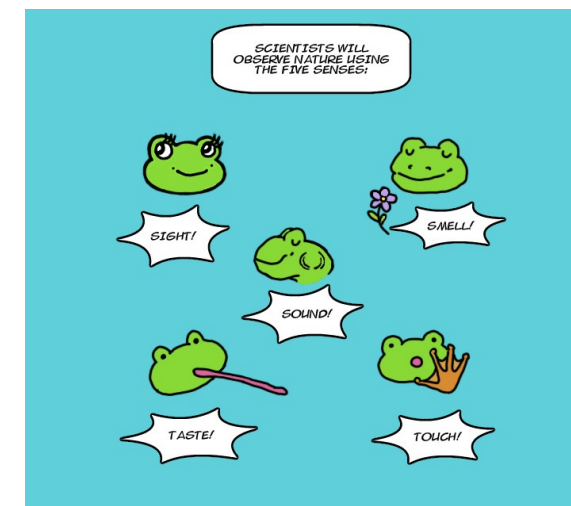
«L'observation permet de rendre l'ordinaire extraordinaire et de rendre le monde de tous les jours problématique.» (Dixon-Woods, 2003)

# L'OBSERVATION

= Construire des données sans l'intermédiaire d'un document ou d'un témoignage.

- Appréhender les comportements non-verbaux
- Appréhender les dimensions normatives des comportements
- Confronter ce que les gens disent qu'ils font à ce qu'ils font réellement
- Voir l'organisation spatiale des activités, des personnes et des objets

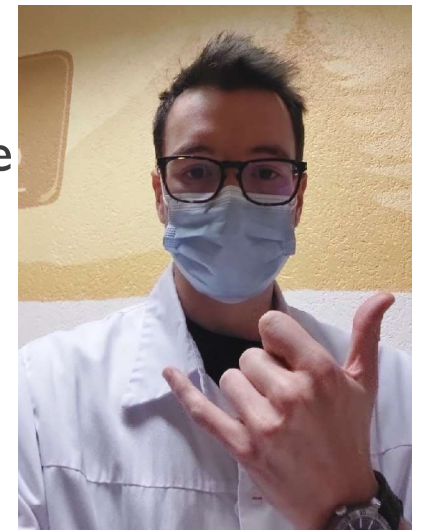
Tout cela en sachant que le chercheur est un «outsider».



# L'OBSERVATION (EN MILIEU CLINIQUE)

## L'entrée sur le terrain

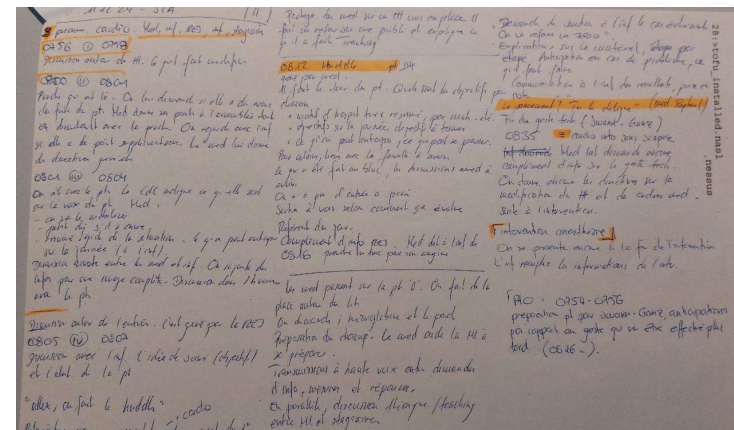
- Prendre contact avec les personnes-clés qui vont nous permettre de s'immiscer sur le terrain
- Consigner les premières réactions
- Être prêt à répondre à la question *Qui es-tu, que fais-tu là?*



# L'OBSERVATION (EN MILIEU CLINIQUE)

## Les notes de terrain

- Observer, c'est (d)écrire
- Précision et rigueur
- Types de notes




Les notes de terrain accompagnent la réflexion du chercheur dans l'exploration des dimensions d'un phénomène. C'est la base pour l'analyse ultérieure.

Transmission

(+)

SIA


  
 système analogique
   
 échantillonnage par prise de note
   
 l'ordinateur traite les échantillons

Evaluateur : RLUH

 HUG  
Hochschule  
Universität  
Gießen
 PROJET TeamSTEPS  
COLLABORATION & COMMUNICATION  
www.projet-teamsteps.com HUG  
Hilary  
University  
Glasgow  
 PROJET TeamSTEPPS  
COLLABORATION & COMMUNICATION  
www.projetteamstepps.com **HUG**  
Hippocampus  
University  
Geneva  
 **PROJET TeamSTEPPS®**  
COLLABORATION & COMMUNICATION  
WITH STANDARD & KNOWLEDGE © 2014 **HUG** Highgate University  
Golf Course  
 **PROJET TeamSTEPS**  
COLLABORATION & COMMUNICATION  
www.projetteamsteps.org.uk HUG  
Hilgraeve University  
Centre  
 PROJET TeamSTEPS  
COLLABORATION & COMMUNICATION  
www.projetteamsteps.ca | 1-877-333-3333

## 6

## 7

## 8

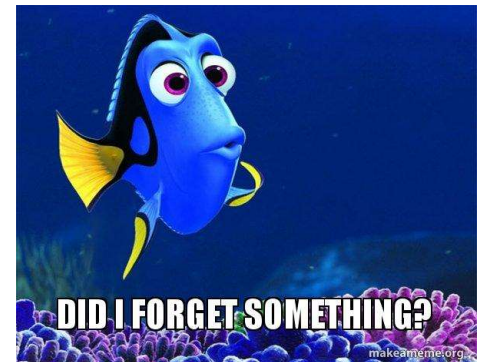
Gr patient 3	Pré-discussion (o/n)	<input type="checkbox"/>	Durée 1'	Gr patient 4	Pré-discussion (o/n)	<input type="checkbox"/>	Durée 3'
Participants	Remarques			Participants	Remarques		
Gr patient 5	Pré-discussion (o/n)	<input type="checkbox"/>	Durée 2'	Gr patient	Pré-discussion (o/n)	<input type="checkbox"/>	Durée
Participants	Remarques			Participants	Remarques		
Gr patient	Pré-discussion (o/n)	<input type="checkbox"/>	Durée	Gr patient	Pré-discussion (o/n)	<input type="checkbox"/>	Durée
Participants	Remarques			Participants	Remarques		
Gr patient	Pré-discussion (o/n)	<input type="checkbox"/>	Durée	Gr patient	Pré-discussion (o/n)	<input type="checkbox"/>	Durée
Participants	Remarques			Participants	Remarques		
Gr patient	Pré-discussion (o/n)	<input type="checkbox"/>	Durée	Gr patient	Pré-discussion (o/n)	<input type="checkbox"/>	Durée
Participants	Remarques			Participants	Remarques		



# L'OBSERVATION

## La sortie du terrain

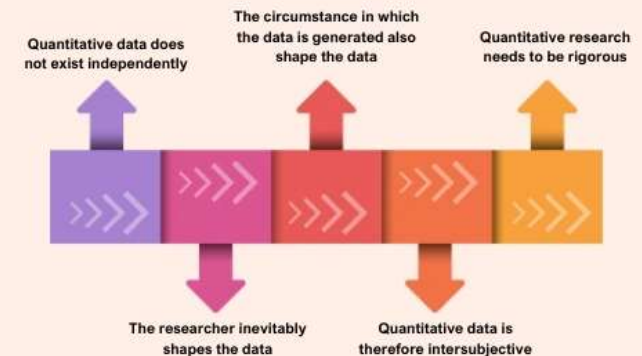
- On est passé partout et on a exploité toutes les possibilités d'observation.
- On se sent «chez soi».
- On répond oui aux questions suivantes:
  - ✓ Le sens que les individus donnent à leurs actions nous est-il compréhensible?
  - ✓ Les activités ou manières de faire sont-elles compréhensibles?
  - ✓ Toutes les dimensions et caractéristiques du phénomène sont-elles mise en lumière?



# LA RÉFLEXIVITÉ

«...La description dépend toujours des perceptions, des inclinaisons, des sensibilités de celui qui décrit. Les chercheurs choisissent ce qu'ils vont décrire et, ce faisant, commencent à le transformer.»  
(Sandelowski, 2000)

## Reflexivity as Rigour





# LA RÉFLEXIVITÉ

## Expliciter sa posture = gage de rigueur méthodologique

- Quel rôle et quelle place ai-je eu sur le terrain?
- Comment ma position a-t-elle évolué et pour quelles raisons?
- Quelles adaptations de l'observation en cours de route et pourquoi?
- Quels sont les informateurs clés, quelles rencontres ont été déterminantes?
- Quelles portes ont été ouvertes et quelles autres fermées?

Mémos observation SIA – décembre 2024

**Matin, réflexions personnelles**

Suivi de la pré-visite avec la MA. Elle est très compétente en communication (responsable pour la formation en *comm*), appris plus tard en discutant avec Méline, elle intègre activement les personnes qui l'accompagnent. Importance des différents moments d'échange même si cela implique qu'il y a beaucoup de monde qui suit le groupe de visite. On prête attention à s'échanger les informations. Entre les transmissions *med* qui mettent en évidence les zones d'ombre et le passage avec les *psy*/*soig*. Quand une info pertinente pour les autres professionnels est mise en évidence, on la partage ouvertement (exemple *hudda* où on interroge directement les soignants concernés quant à leurs connaissances des particularités liées à leur en patient à charge). Ouverture régulière aux questions ou aux remarques pour s'assurer que l'information est partagée et comprise.

Espace de documentation à disposition du personnel des SIA. L'idée est bonne et peut être reprise pour une communication passive autour de TeamSTEPS ; posters et autres checklist peuvent permettre de faciliter la présence de TeamSTEPS pour le personnel dans les premières phases d'implantation et garantir le suivi dans le temps. L'intérêt pour la démarche d'implantation et les outils TeamSTEPS est présente, comme en témoignent certaines discussions que j'ai pu avoir avec des soignants (volonté d'avoir un retour sur les observations).

Importance d'intégrer TeamSTEPS dans les autres projets qualité déployés au sein des SIA : mise en avant du rôle central du côté qualité / suivi de projet « lier avec les problématiques *comm* avec les externes (focalisation graduelle de l'interne à l'externe).

**Après-midi, bureau *inf* pré-transmissions, poly**

Partage des infos entre soignants, il y a déjà eu du roulement chez les patients. Coordination avec et entre les spécialistes, évaluation de l'état du patient et mise commun des informations (patient qui se plaint d'une machine qui le dérange, mais il a très bien dormi avec... discours discordant selon le professionnel de la santé qui s'adresse au patient). On donne les recommandations pratiques sur la suite de prise en charge avec l'*inf* spé. Soutien mutuel entre soignants pour les gestes techniques. Il y a des responsabilités définies. Partage des reques par *tf* directement personnes concernées (« on a fait venir ses affaires depuis les urgences par un transporteur, il devrait bientôt arriver »). C'est relativement calme pour le moment, il s'agit de continuer à surveiller intensivement les patients. Plusieurs discussions en parallèle incluant les autres intervenants externes. On trouve des places dans les autres unités pour les transferts, s'ensuit une transmission rapide de l'information. On fixe les contacts à prendre du côté médical. La relève de l'après-midi prend des notes depuis DPI. On s'installe ensuite pour les transmissions.

**Après-midi, box du secteur, poly**

Dans un box, on entend des soignants discuter. On se coordonne sur les gestes à effectuer à plusieurs tout en incluant le patient. On reprend la « clé du physio » pour effectuer le transfert. L'attention est collective pendant le transfert. On dirige ses collègues si nécessaires. Dès que cela est terminé, les *inf* retournent vers leur box respectif.

**Après-midi, couloir du secteur, poly**

Entrée depuis les urgences. On appelle les soignants pour venir effectuer un transfert d'un lit à un autre. Synthèse de ce qui va se faire par un soignant (synchronisation, *ghagad* mental model). La personne à la tête s'occupe de synchroniser les mouvements de chacun et donne le rythme avec un décompte. On fait le transfert en deux fois à cause du matériel en place sur le patient (intubation et perf). C'est très bien exécuté. On se coordonne en donnant ses propres inputs sur comment procéder, répartition claire des tâches, y compris pour l'installation en chambre.

**Après-midi, bureau *inf*, poly**

Remarque d'un soignant comme quoi ils n'auraient pas dû faire la transmission au lit du patient car le patient voisin avait de la visite. Cela pose un problème de confidentialité. Cependant, le bureau *inf* était déjà bien rempli et bruyant. On rigole en disant qu'il faudrait installer des boudoirs mobiles pour effectuer les transmissions au lit du patient.

**Soir, bureau *inf*, poly**

Discussion avec un soignant. Mise en évidence du fonctionnement avant / après, selon sa longue expérience au sein des SIA : selon lui, on a perdu en moments de coordination soignants-médicaux car il n'y a plus de modèle visite et contre-visite. Néanmoins, il y a toujours des moments de *trac*/*choc*, les gens sont très intéressés et investis dans le travail au sein des SIA. Cela peut aussi s'expliquer par la « spécialisation universitaire » des soignants qui est un gros avantage. Ce modèle propre de fonctionnement est valorisé (vs France où ce n'est pas le cas). Il indique qu'au sein des SIA on est toujours observés, positivement car « si tu veux travailler seul, c'est là que tu vas faire des erreurs. On se renforce tout mutuellement en étant attentif au travail de l'autre ». C'est important de connaître les gens et de connaître qui détient quelle information ou connaissance. Les ressources,

# BIBLIOGRAPHIE

- Baker, L. (2006). Observation: A complex research method. *Library Trends*, 55(1), 171-189.
- Berger, R. (2015). Now I see it, now I don't: Researcher's position and reflexivity in qualitative research. *Qualitative Research*, 15(2), 219-234.
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a theory of practice*. Cambridge University Press.
- Cefaï, D. (2006). Chapitre 2. Une perspective pragmatiste sur l'enquête de terrain. In *La méthodologie qualitative: Postures de recherche et travail de terrain* (pp. 33-62). Armand Colin.
- Chamberlayne, P., & Bornat, J. (Eds.). (2004). *Biographical methods and professional practice: An international perspective*. Policy Press.
- Denzin, N. K. (1989). *Interpretive biography*. Sage.
- Denzin, N. K. (2017). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods* (8th ed.). Routledge.
- Dixon-Woods, M. (2003). What can ethnography do for quality and safety in health care? *BMJ Quality & Safety*, 12(5), 326-327.
- Emerson, R. M., Fretz, R. I., & Shaw, L. L. (2011). *Writing ethnographic fieldnotes* (2nd ed.). The University of Chicago Press.
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (2019). *Ethnography: Principles in practice* (4th ed.). Routledge.
- Liangputtong, P., Ezzy, D., et al. (2005). *Qualitative research methods*. Oxford University Press.
- Reeves, S., Peller, J., Goldman, J., et al. (2013). Ethnography in qualitative educational research: AMEE Guide No. 80. *Medical Teacher*, 35(8), e1365-e1379. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2013.818632>
- Rix-Lièvre, G. (2024, November). Etudier l'expérience vécue: Quels défis méthodologiques? Quelles perspectives? Paper presented at the Festival suisse des méthodes qualitatives, Fribourg, Switzerland.
- Russell, B. H., Wutich, A., & Ryan, G. W. (2016). *Analyzing qualitative data: Systematic approaches*. SAGE Publications.
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*, 23(4), 334-340. [https://doi.org/10.1002/1098-240X\(200008\)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/1098-240X(200008)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G)
- Spinnewijn, L., Aarts, J., Verschuur, S., et al. (2020). Knowing what the patient wants: A hospital ethnography studying physician culture in shared decision making in the Netherlands. *BMJ Open*, 10(3), e035779. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035779>
- Spradley, J. P. (1980). *Participant observation*. Holt, Rinehart and Winston.
- van der Geest, S., & Finkler, K. (2004). Hospital ethnography: Introduction. *Social Science & Medicine*, 59(10), 1995-2001. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.02.007>
- Wadsworth, Y. (2016). *Building in research and evaluation: Human inquiry for living systems* (3rd ed.). Routledge.

MERCI POUR VOTRE ATTENTION

QUESTION?