



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

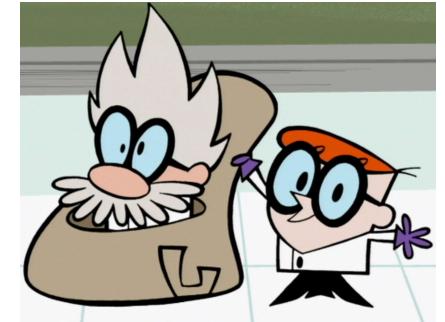
Ethnography in qualitative educational
research: AMEE Guide No. 80

SCOTT REEVES¹, JENNIFER PELLER², JOANNE GOLDMAN² & SIMON KITTO²
¹University of California, USA, ²University 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

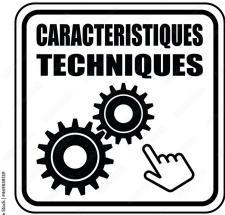
Etude des interactions sociales et la culture des groupes (sociétés, communautés, organisations, équipes).

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



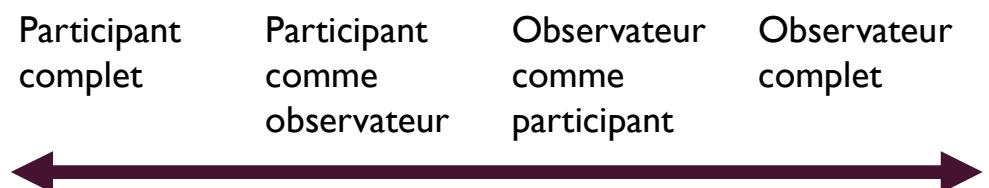
Caractéristiques

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

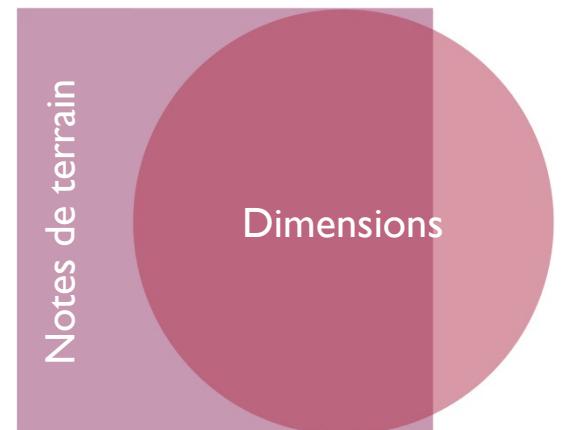
- Observation participante
 - Observation non participante
 - Shadowing
- Interviews approfondis
- Histoires de vie
- Documentations
- Triangulation



L'APPROCHE ETHNOGRAPHIQUE

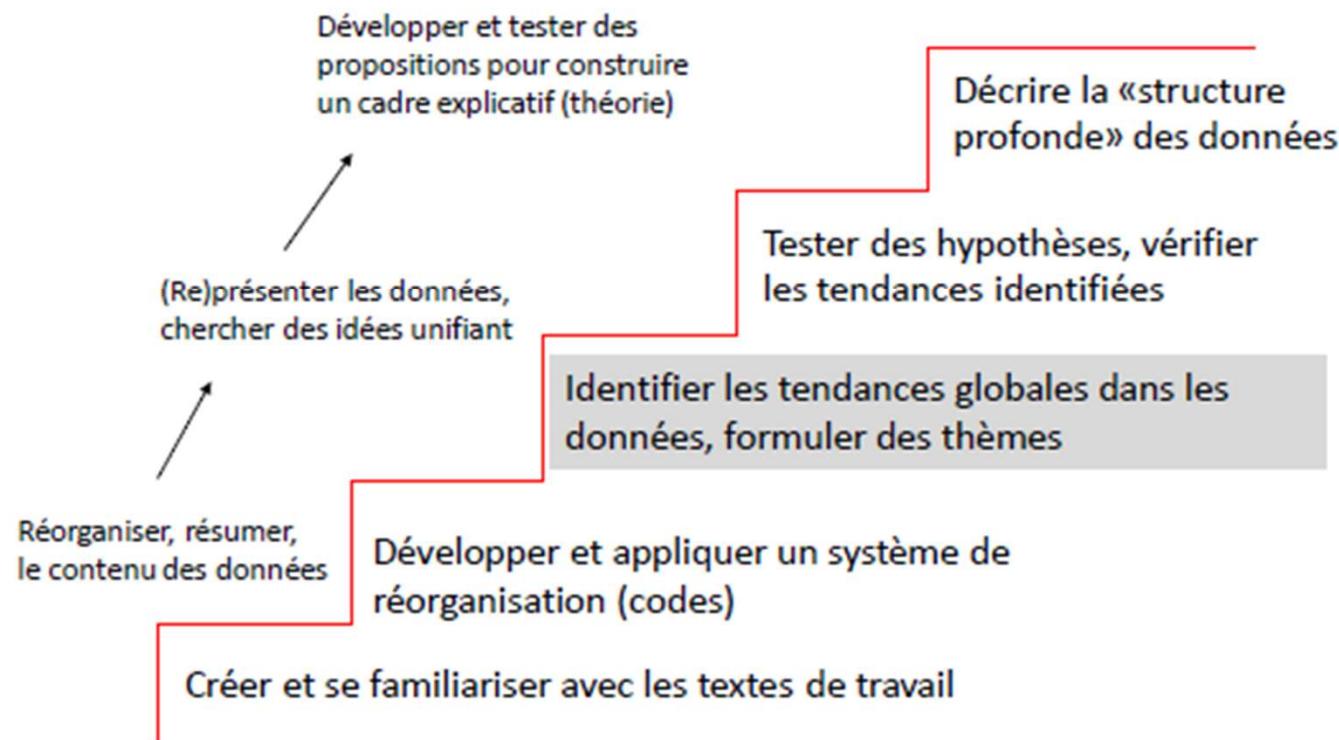
Analyse

- 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

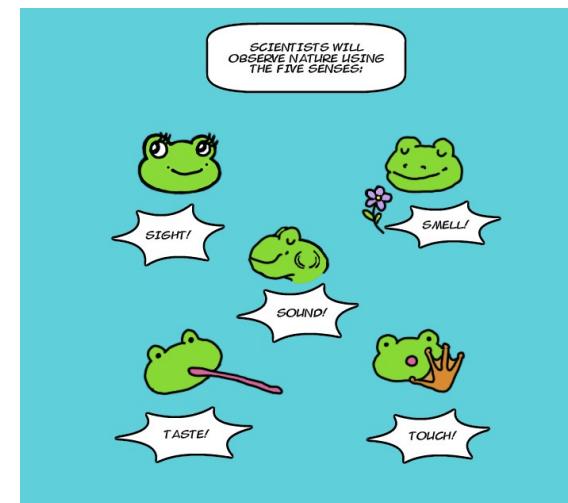
«L'observation permet de rendre l'ordinaire extraordinaire et de rendre le monde de tous les jours problématique.» (Dixon-Woods, 2003)

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

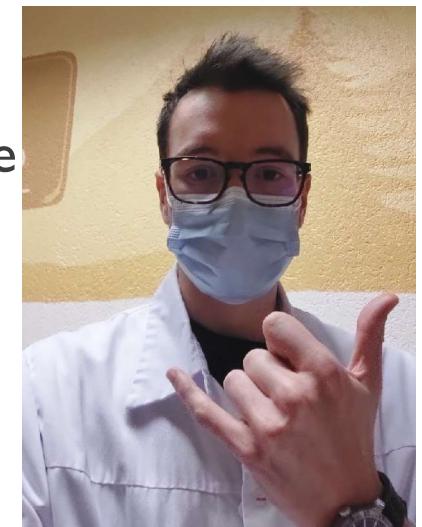
Tout cela en sachant que le chercheur est un «outsider».



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?*

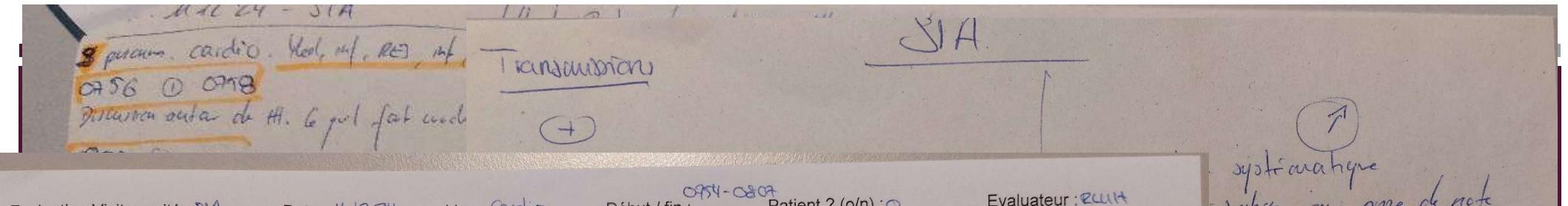


L'OBSERVATION (EN MILIEU CLINIQUE)

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.



Evaluation Visite, unité : SIA Date : 11.12.24 Lieu : Cardio Début / fin : 0754 - 0807 Patient ? (o/n) : o Evaluateur : RUELT

LIGHTNING REPORT

Rapport des observations en milieu clinique

Soins intensifs adulte

Du 03.12 au 18.12.2024

PROJET TeamSTEPPS®
COLLABORATION & COMMUNICATION
INTERPROFESSIONNELLES

Résumé des observations

Nombre d'Unités: 3 - 7 séances d'observation

Observations:

- Transmissions soignantes: 5 séances d'observation, 17 cas cliniques
- Transmissions médicales: 3 séances d'observation, 17 cas cliniques
- Visites médico-soignantes: 3 séances d'observation, 16 cas cliniques

Transmissions soignantes

Nombre d'Unités: 3 - 7 séances d'observation

Transmissions: 11 cas sur 5 séances
Moyenne de temps de transmission: 13.90 min (ET 11.57 min)

Transmissions soignantes

Nombre d'Unités: 3 - 7 séances d'observation

Transmissions: 17 cas sur 1 séances
Moyenne de temps de transmission: 1.29 min (ET 0.91 min)

Transmissions médicales (garde)

Nombre d'Unités: 3 - 7 séances d'observation

Transmissions: 17 cas sur 1 séances
Moyenne de temps de transmission: 1.56 min (ET 0.91 min)

Visites médico-soignantes

Nombre d'Unités: 3 - 7 séances d'observation

Visites: 1 avec chef de clinique (CSC)

Temps moyen (min) : 27.30

- Concernant 5 patients, 4 professionnels de la santé
- Neuro: 8 patients, 8 (tous 18) professionnels de la santé
- Temps moyen (min) : 41.34, ET 10.21
- Poly: 3 patients, 4 professionnels de la santé

Visites médico-soignantes

Nombre d'Unités: 3 - 7 séances d'observation

Visites: 1 avec chef de clinique (CSC)

Temps moyen (min) : 27.30

- Concernant 5 patients, 4 professionnels de la santé
- Neuro: 8 patients, 8 (tous 18) professionnels de la santé
- Temps moyen (min) : 41.34, ET 10.21
- Poly: 3 patients, 4 professionnels de la santé

Point fort

- Structure systématique des transmissions par problème/soin et système de bilan permet un fonctionnement efficace. Cela facilite la communication et le partage d'informations et favorise l'engagement de l'équipe dans la transmission.
- Utilisation systématique de CPI pour effectuer les transmissions. Cela donne la richesse du contexte avec les informations nécessaires pour une transmission efficace et complète.
- Intervention mise à profit. Il y a de nombreuses occasions d'intervenir et d'agir dans les transmissions. Cela peut aider le patient à prendre des décisions éclairées et à améliorer son état de santé.
- Communication mise à profit. Il y a de nombreuses occasions de communiquer et d'échanger des informations avec le patient pour prendre des décisions éclairées et améliorer son état de santé.
- Préprofessionnelle. L'ensemble des transmissions est pris très au sérieux et l'attention est portée à chaque échange impliquant l'engagement total de l'équipe qui du patient en récolte la pleine des transmissions.

Point d'amélioration

- Structure systématique des transmissions augmentée. C'est donné le brouillon des transmissions pour les soins intensifs. Cela peut aider à préparer et à prioriser l'échange et à proposer une systématique de présentation des informations pour faciliter la prise de décision.
- Utilisation systématique de CPI pour effectuer les transmissions. Cela offre une structure pour faciliter la réflexion, les étapes de transmission et l'engagement des équipes. Cela peut aider à améliorer la qualité et l'efficacité des transmissions.
- Intervention mise à profit. Il y a de nombreuses occasions d'intervenir et d'agir dans les transmissions. Cela peut aider le patient à prendre des décisions éclairées et à améliorer son état de santé.
- Communication mise à profit. Il y a de nombreuses occasions de communiquer et d'échanger des informations avec le patient pour prendre des décisions éclairées et améliorer son état de santé.
- Préprofessionnelle. L'ensemble des transmissions est pris très au sérieux et l'attention est portée à chaque échange impliquant l'engagement total de l'équipe qui du patient en récolte la pleine des transmissions.

Point fort

- Suivi des informations. On retrouve dans la visite les informations nécessaires pour la transmission soignante et médicale.
- Coordination pré-évale et brief qui permettent d'assurer une transmission efficace et complète. Cela facilite la communication et l'échange d'informations et d'instructions plus nécessaires (petite visite) et déclencher ou clarifier les responsabilités (grande visite).
- Q: Ques et A: Aide à la transmission. L'ensemble de l'information et les questions. On s'acharne directement aux personnes concernées et non à l'ensemble de l'équipe. Cela facilite la compréhension des actes et objectifs.
- Structures de brief (je effectue, petite visite) avec stat et suivi des informations et les questions. Cela facilite l'intégration du patient dans l'échange et la prise de décision.

Point d'amélioration

- Organisation temporelle. Les échanges d'informations peuvent être perturbés par l'ordre de visite et les délais concernant le début de visite et la fin de visite. Cela donne l'hypothèse de patient, il pourrait être intéressé d'organiser les visites en fonction de l'ordre de visite et les délais.
- Q: Ques et A: Aide à la transmission. L'ensemble de l'information et les questions. Cela facilite la compréhension des actes et objectifs.
- Q: Ques et A: Aide à la transmission. Cela facilite le passage en chambre afin de s'assurer que les actions sont effectuées et que les informations sont correctes et mises à jour. Cela permet de faire une forme de rétention ou de quétaine de contrôle dans un environnement systématique.
- Q: Ques et A: Aide à la transmission. Cela facilite le passage en chambre afin de s'assurer que les actions sont effectuées et que les informations sont correctes et mises à jour. Cela permet de faire une forme de rétention ou de quétaine de contrôle dans un environnement systématique.

Point fort

- Pré-discussion (o/n) Durée 1' Gr patient 3
- Participants Remarques

Point fort

- Pré-discussion (o/n) Durée 3' Gr patient 4
- Participants Remarques

Point fort

- Pré-discussion (o/n) Durée 2' Gr patient 5
- Participants Remarques

Point fort

- Pré-discussion (o/n) Durée Gr patient
- Participants Remarques

Point fort

- Pré-discussion (o/n) Durée Gr patient
- Participants Remarques

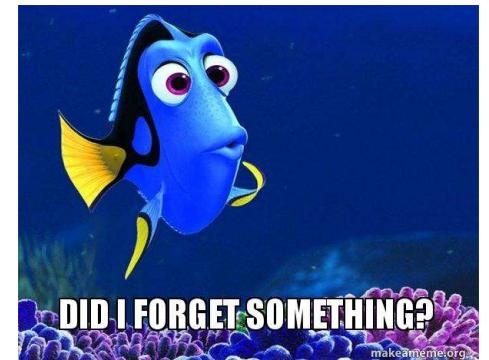
Point fort

- Pré-discussion (o/n) Durée Gr patient
- Participants Remarques

L'OBSERVATION

La sortie du terrain

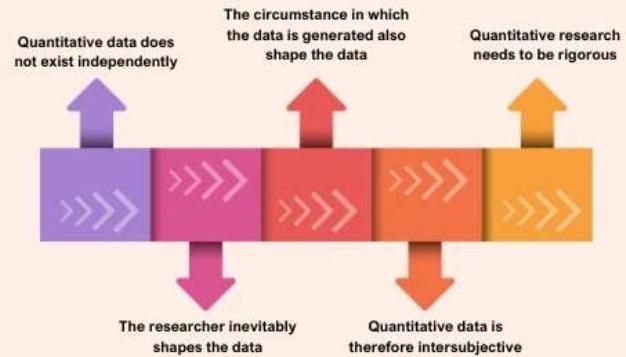
- On est passé partout et on a exploité toutes les possibilités d'observation.
- On se sent «chez soi».
- On répond oui aux questions suivantes:
 - ✓ Le sens que les individus donnent à leurs actions nous est-il compréhensible?
 - ✓ Les activités ou manières de faire sont-elles compréhensibles?
 - ✓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



LA RÉFLEXIVITÉ

«...La description dépend toujours des perceptions, des inclinations, 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

Explicitation de la 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 Hélène), 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 **neurochir**. Quand une info pertinente pour les autres professionnels est mise en évidence, on la partage ouvertement (exemple **huddle** 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 TeamSTEPPS ; posters et autres checklist peuvent permettre de faciliter la présence de TeamSTEPPS 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 TeamSTEPPS est présent, en revanche certaines discussions que j'ai pu avoir avec des soignants (volonté d'avoir un retour sur les observations),

Importance d'intégrer TeamSTEPPS dans les autres projets qualité déployés au sein des SIA : mise avant du rôle central du côté qualité / suivi de projet + lier avec les problématiques **comm** avec les externes (focalisation graduelle de l'intérieur 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 **inf** / **opé**. Soutien mutuel entre soignants pour les gestes avec (**on a des responsabilités différentes** et **on a des règles** par **inf** direction). **opé** concerné (**on a fait, venir ses amis pour les urgences, un transfert**, il devrait bien répondre à ça). C'est relativement calme pour le moment, il s'agit de confirmer 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 **opé**. 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** / **recom** 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, **shaged mental model**). La personne à la tête s'occupe de synchroniser les mouvements de chacun avec 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 patient voisins 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 **transaction**, les gens sont très intéressés et investis dans le travail au sein des SIA. Cela peut aussi s'expliquer par la « spécialisation » progressive des soignants qui est un gros avantage. Ce modèle propre de fonctionnement est valorisé (vs France où ce n'est pas aussi), il indique qu'au sein des SIA on est toujours observé, positivement car « si tu veux travailler seul, c'est là que tu vas faire des erreurs. On se renforce tous 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.
- Liamputpong, 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?