

**Les enjeux de l'apprentissage médical à l'hôpital**  
**Une étude de cas dans un service d'anesthésie**

**Mathilde Bourrier**  
**avec la collaboration de**  
**Sami Coll**

**Préface de Jean Peneff**

**Manuscrit pour les éditions Médecine et Hygiène**

**Septembre 2010**



## Sommaire

<b>Sommaire .....</b>	<b>3</b>
<b>Préface.....</b>	<b>7</b>
1. Le parti pris de la précision .....	8
2. Pour une sociologie des patients .....	9
<b>Remerciements .....</b>	<b>11</b>
<b>Avant-propos .....</b>	<b>13</b>
<b>Chapitre 1 : Introduction .....</b>	<b>15</b>
1. Transmettre un geste à l'hôpital sous les yeux d'un patient éveillé .....	18
2. Objectif général de l'étude.....	20
3. Questions de départ .....	21
4. Données contextuelles.....	21
5. La technique anesthésique retenue pour l'étude : le bloc axillaire (BA) .....	22
6. Dans quel cas pratique-t-on un bloc axillaire ?.....	23
<b>Chapitre 2 : La construction des hypothèses de travail .....</b>	<b>25</b>
1. Etat de la question .....	25
2. Nos hypothèses de travail.....	35
<b>Chapitre 3 : Le dispositif de recherche .....</b>	<b>39</b>
1. Questions de médecins, réponses de sociologues .....	39
2. Méthode et dispositif de recherche.....	43
<b>Chapitre 4 : Description du corpus de données .....</b>	<b>49</b>
1. Nombre de blocs axillaires observés et répartition des observations .....	49
2. Âge, genre et histoire pathologique des patients.....	51
3. Durée d'un bloc axillaire .....	51
4. Reprises de bloc .....	53
5. Entretiens « à chaud » et approfondis .....	54
6. Conclusion.....	54
<b>Chapitre 5 : Une description ethnographique de la salle .....</b>	<b>55</b>
1. Description matérielle et spatiale .....	55
2. Une salle polyvalente .....	60
3. L'atmosphère.....	61
4. La salle vue par les acteurs.....	63
5. Flux .....	64
6. Exceptions .....	65
7. Conclusion.....	67
<b>Chapitre 6 : Qu'est-ce qu'être médecin formateur, apprenant ou patient ?.....</b>	<b>69</b>

1. Etre un médecin formateur .....	69
2. Etre un apprenant .....	70
3. Etre un patient .....	72
4. Les autres acteurs .....	74
5. Conclusion.....	79
<b>Chapitre 7 : Les étapes de la technique du bloc axillaire .....</b>	<b>81</b>
1. De la consultation au seuil du lit du patient .....	82
2. La préparation du patient pour le bloc axillaire .....	84
3. L'endormissement des nerfs.....	85
4. Tester le bloc avant le départ pour la chirurgie .....	88
5. La chirurgie.....	90
6. Les retours.....	91
7. Conclusion.....	91
<b>Chapitre 8 : Communiquer avec les patients : l'art de détendre .....</b>	<b>93</b>
1. La communication envers les patients : une première évaluation.....	94
2. Nature de la communication vers le patient .....	96
3. Présentation de soi, situation d'apprentissage et transparence.....	97
4. La plaisanterie au cœur de la communication instituée avec le patient .....	101
5. La douleur, l'inconfort, ou l'expression du mal-être.....	103
6. Les explications au patient, demandées ou données .....	105
7. Conclusion.....	105
<b>Chapitre 9 : La communication entre anesthésistes : l'art de la retenue.....</b>	<b>107</b>
1. Place réduite de la plaisanterie .....	108
2. Expliquer : une voie à sens unique.....	108
3. L'exemple du passage de main : utilisation d'un langage codé .....	109
4. Lorsque moins de précautions sont prises.....	110
5. Le feedback du médecin formateur à l'apprenant .....	111
6. Conclusion.....	112
<b>Chapitre 10 : Les attitudes croisées des patients et des médecins .....</b>	<b>115</b>
1. Les attitudes des patients.....	115
2. Les attitudes des apprenants.....	118
3. Les attitudes du médecin formateur .....	120
4. Conclusion.....	122
<b>Chapitre 11 : Qu'est-ce qu'être un « bon » médecin formateur, un « bon » apprenant, un « bon » patient ? .....</b>	<b>123</b>
1. Qu'est-ce qu'un « bon » médecin formateur? .....	123
2. Qu'est-ce qu'un « bon » apprenant?.....	128
3. Un « bon » patient, c'est quoi finalement?.....	134
4. Conclusion : Jeux de rôles.....	137

<b>Chapitre 12 : La durée du bloc axillaire et ses facteurs .....</b>	<b>139</b>
1. Description des variables .....	140
2. La progression des internes .....	152
3. Conclusion.....	161
<b>Chapitre 13 : Les controverses du bloc axillaire.....</b>	<b>163</b>
1. Une pratique assez stabilisée : face à un genre .....	165
2. Des controverses qui témoignent de styles différents .....	168
3. Conclusion.....	171
<b>Conclusion.....</b>	<b>173</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>177</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>180</b>



## Préface

Jean Peneff

Mathilde Bourrier récidive dans les terrains difficiles. Après le nucléaire, elle propose ici une plongée dans le monde de la médecine. Entreprise risquée, peu engageante pour les sociologues amateurs des sentiers battus et des terrains balisés. Car derrière la grande visibilité extérieure, la prééminence quotidienne du débat au sujet de l'hôpital ou de la santé, la médecine et les soins sont un monde clos, obscur au profane, étrange pour l'enquêteur qui, exhorté sans cesse à aller l'étudier, n'en reçoit pas les moyens ou les permissions, encore moins l'autorisation à assister aux prises de décision, aux opérations, aux rites de passage de savoirs, sauf depuis son lit si d'aventure il doit y séjourner. En général, le malade n'a ni l'envie ni les compétences pour suivre ces interactions. C'est pourquoi le plus souvent il s'en détourne ou s'en remet aux schémas de routine. On ne trouvera rien de cela dans ce livre mais bien au contraire, le goût du risque de terrain, l'esprit d'entreprise du travail collectif, le sens de l'innovation, attributs de tous ceux qui attachent de l'importance aux activités étudiées au « naturel », qui privilégient le contact direct dans une quasi-expérimentation. Bref ceux qui préfèrent la mise à l'épreuve des idées plutôt que les idées toutes faites, aimeront ce livre, ne serait-ce que parce qu'il parle d'enseignement à des novices. Problème essentiel de toute société : la transmission du savoir et des pratiques en acte aux jeunes moins expérimentés.

Ce livre innove d'une autre façon en se plaçant aux confins de trois disciplines : la sociologie, la psychologie de l'apprentissage et l'ethnologie. Et comme il abolit les barrières ou les standards méthodologiques, puisque le terrain est spécial, Mathilde Bourrier et son équipe improvisent, combinent un hybride d'observations internes, d'entretiens officiels ou de conversations, de quête d'informations. En général, les sociologues trouvent ce qu'ils cherchent, confirmant leurs postulats, leurs convictions théoriques à travers leurs résultats publiés; ce n'est pas le cas de l'observation participante qui avance en terre inconnue où l'on trouve surtout ce que l'on ne cherche pas. C'est la condition de la créativité et de l'invention pour de nouvelles explications. Pour quelqu'un qui prône la liberté des chercheurs hors de moules trop formateurs, qui privilégie l'indépendance d'esprit, c'est un plaisir de préfacer un tel texte.

De quoi s'agit-il ? D'un cas d'apprentissage, « sur le tas », dans une spécialité un peu à part l'anesthésie. C'est tout ! S'écrieront certains. C'est beaucoup et cela débouche sur la réflexion de l'enseignement médical en général et sur la nécessaire collaboration entre générations de praticiens, à des stades différents de savoir pratique. C'est un énorme enjeu. D'abord l'enseignement de la médecine est le plus long qui soit (plus de temps que pour former un ingénieur). Tous les médecins ont été longuement des élèves. Très vite, à la Faculté, en amphis, ils sont mis à la tâche, au « sale boulot », au chevet du patient pour des actes routiniers. Sans cette connaissance basique, pas de perfectionnement plus tard. On sait que les premières années de médecine bruissent des échos de stages, de placement auprès d'un patron, de recherche d'un tuteur, des mises à l'épreuve qui s'en suivent.

Donc on va examiner les péripéties de l'apprentissage d'une spécialité complémentaire de celle de la chirurgie, le métier noble par excellence, auquel est rattaché l'anesthésiste,

professionnel. Ces deux corporations s'entendent bien mais ne s'aiment pas trop. Mais tel n'est pas le sujet; on va ici apprendre un geste innovant, en même temps que le principe organisateur de rapports plus coopératifs avec le patient afin de le remettre debout, rendu à la vie civile plus vite, ce qui veut dire alléger le protocole d'opération et sa longueur. Ce sont des étudiants plutôt chevronnés qui vont se trouver associés à cette formation sophistiquée à travers un acte pas très répandu dans les hôpitaux, qui consiste à préférer l'anesthésie locale à la générale, trop intrusive, trop lourde à gérer en post opératoire.

On devine les dilemmes économiques du progrès qui se cachent derrière. A-t-on raison ou tort de raccourcir les délais d'hospitalisation, de libérer des blocs opératoires ou des lits par un turn over accéléré ? Vu les enjeux financiers de l'entretien des lieux de chirurgie, des lits de réveil, les médecins et les managers ont certainement raison de chercher des ratios de rendement. Il ne s'agit pas d'un détail mais le progrès de l'anesthésie est aiguë par d'autres contraintes, plus techniques et humaines. Une anesthésie plus légère est moins risquée, plus rapide en récupération, et rend paradoxalement le malade actif, coopérant, ce qui est favorable à sa guérison.

On voit là toutes les raisons d'initier les jeunes médecins à ces nouvelles techniques. De les éduquer en général à la mise en scène opératoire. Il faut le faire à travers des procédures standardisées qui puissent être homogènes et comparables, pour ne pas avantager tel ou tel selon son formateur ou son stage. On devine les questions en cascade : comment organiser cet enseignement au pied du lit à la suite de l'ampleur de l'apprentissage de masse en amphithéâtre. Par quoi commencer, quel genre de services peut-on demander aux novices ? Qui sera responsable in fine ? La question de la reproduction des savoirs s'invite à la table des responsabilités. Les tentatives d'amélioration de la transmission des connaissances sont pesées par les enseignants et par les doyens de facultés. Et donc derrière la connaissance in vivo d'un geste, c'est toute la question de la formation que pose cette étude.

## **1. Le parti pris de la précision**

Décrire scrupuleusement, minutieusement, tout en limitant les détails pour ne pas se laisser déborder par des généralités devant l'immensité des données à trier, n'est pas toujours évident. Mathilde Bourrier le réussit. Elle isole d'abord dans l'anesthésie, un acte complet (la préparation à l'opération) et elle scrute jusqu'à le démultiplier un geste typique, un acte sur la main ou le bras. On est dans le monde de la médecine qui triomphe grâce à ses techniques évolutives. L'auteur choisit de commencer au plus près, un petit geste qui n'est pas séparé d'un ensemble d'opérations. Un acte est fait toujours en fonction d'autres actes : tout se tient. Les premiers chapitres sont donc un recensement des questions que se posent les acteurs, parmi lesquels les patients ont leur place puisque on leur demande leur collaboration. Mathilde Bourrier part du terrain avec le souci de reproduire la part objective des procédures et des protocoles strictement codifiés. On louera la clarté de la présentation de l'opération qui ne refoule pas l'intrusion de l'aléa, l'irruption des personnes avec leurs caractères d'hommes et de femmes singuliers, leurs relations personnelles.

On constatera que la technicité manuelle autant que les jugements diagnostiques relèvent du talent individuel. Chaque acteur a son style d'intervention, sa préférence pour tel patient, sa confiance en ses compétences ou ses doutes. On est dans le domaine des particularités que le sociologue doit rendre au mieux. Bien sûr, tous les cas ne sont pas couverts dans une étude, le sociologue n'est pas redevable à son lecteur de tout ce qui se passe ; l'exhaustivité est un leurre. Il suffit de dire que les chercheurs ici réunis nous ramènent à ce qui est intéressant, utile à savoir pour nous et font le choix d'une certaine

cohérence dans la logique descriptive, ce qui convainc le lecteur qui devient un spectateur motivé.

La description factuelle implique également de renouveler la manière d'aborder la question de la qualification qui a été toujours délicate à définir, sauf formellement par décision diplômante. A côté des compétences scientifiques ou savoirs abstraits que le sociologue ne peut juger, ce dernier met néanmoins en évidence l'habileté, le doigté, la sûreté de la main pour la piqûre du bloc axillaire ; et il pose en quelque sorte la question du comment enseigner ce qui est diffus : un tour de main, un savoir faire, la maîtrise de soi, le sens de l'évaluation du patient, tout comme l'anticipation des problèmes de l'anesthésie. Il faut ajouter l'enseignement de l'inconnaissable : la « forme » du moment comme pour un sportif dont on attend une performance. On est dans le domaine de l'art médical, car c'est avant tout un art une fois que les savoirs fondamentaux ont été acquis et validés. Ce livre est donc pour nous un instrument qui sert à voir toutes ces interactions sur un simple acte sur le bras, mais ce bras est gros de leçons à tirer sur la complexité des décisions à prendre en chirurgie et en médecine en général. L'avenir de la sociologie est dans les mains de chercheurs qui ne veulent pas rester vagues ou trop abstraits.

## **2. Pour une sociologie des patients**

Comme chaque anesthésiste a son flair, sa main pour piquer, son talent pour déceler des complications, chaque patient a sa singularité et nous rentrons dans un profit de l'observation : voir les structures générales (ici la clientèle, les habitudes de cet hôpital) et saisir à la fois les caractéristiques de chaque demandeur. Les soignés apparaissent rarement dans les études médicales et dans les livres de sociologie. Ou alors on les traite à part comme s'ils existaient en dehors de l'action, des choix faits à leur sujet ou des présélections hospitalières. La vision du patient, celle du bon « client » par le personnel est symétrique de la perception de l'opération et de ses acteurs par le patient lui-même. On entre dans un domaine sous-estimé : les jugements des malades, les expressions différentielle de la douleur, des sensations morbides, des malaises, manifestations si divergentes des usagers. Les attentes du soigné entrent en compte dans l'humeur dialogique (la parole compte beaucoup en anesthésie, comme aux urgences, où il faut apprendre les circonstances de la venue, juger beaucoup de choses en peu de temps auprès du demandeur). Pour celui qui doit endormir ou atténuer la sensation d'un membre, c'est un domaine un peu impénétrable, inquiétant que cette variabilité des modes d'expression de ses sensations. Le praticien considère que c'est là l'imprévisible de l'opération et il se fie à son expérience pour cataloguer le moral ou le psychisme du patient sous l'effet de stress. Une autre forme de la subjectivité du patient intervient qui désappointe le praticien : c'est celle de la satisfaction après coup et son sentiment de l'opération, réussie ou non. Soulignons que 40% des opérés sont des « revenants », c'est-à-dire ceux qui, eux ou l'entourage penseront peut-être qu'ils sont insatisfaits et mécontents de l'opération précédente. Or, l'étude de Mathilde Bourrier nous apporte des indications sur ces comportements. Bien sûr, ce n'était pas l'objectif de l'enquête mais c'est le propre du terrain d'apporter des matériaux inédits.

Et il y a plus que cela dans cet ouvrage, telles les relations croisées, les rapports professionnels, le point de vue des acteurs, soignants et soignés qui donnent une trame de jugements mutuels, utiles à transférer à d'autres secteurs médicaux où l'évaluation psychologique joue un rôle important dans le résultat et dans le moral de l'opéré.

Qu'en tireront les médecins ? Je pense qu'ils n'auront pas la réaction habituelle de déception face à la sociologie : « Tout ça on le savait déjà ! » Non pas qu'ils se mettraient à réfléchir sur la complexité de leur métier, une évidence pour eux, mais parce que

beaucoup de choses qui leur paraissaient évidentes leur apparaîtront plus compliquées que les hyper-spécialistes ne le pensaient. D'autre part, ils se rappelleront qu'ils ont été élèves et qu'il est difficile d'être un apprenti, dans des situations non pas chaotiques mais mouvantes au sein de la compétition entre générations montantes. Qu'ils se souviennent, avec humilité, qu'ils sont encore et toujours des élèves, y compris les plus titrés (conférence de consensus, formation continue, évaluation par les pairs). S'ils prennent le temps de lire avec attention, ils s'apercevront que ce qui machinal pour eux est incertain pour d'autres et ils manifesteront une meilleure confraternité avec les débutants qu'ils ont été et sont tous devant de nouveaux cas ou de nouvelles méthodes.

Que retiendront les patients ? Probablement la difficulté à juger un médecin qu'il soit néophyte ou chevronné ? Que la justice, si on l'appelle, ne peut rien résoudre, car l'acte est peu évaluable sauf guerre d'experts et que l'on devrait réduire la guerre d'experts et d'avocats. Ce regard extérieur que porte le sociologue de terrain offre le recul réflexif, la sérénité de jugement, jamais totale mais améliorable. C'est tout cela que nous restitue l'ouvrage de Mathilde Bourrier en partant d'un seul cas. Un cas peut être exemplaire s'il fournit le récit d'un moment de vie et de travail à l'hôpital et quand c'est fait intelligemment avec une grande richesse de données. Ce petit plus qu'apporte la sociologie et que Mathilde Bourrier et son équipe ont réussi au-delà des espérances et des doutes qui les habitaient certainement au début d'un terrain. Ce que nous connaissons tous puisque nous aussi, nous « opérons » à chaud sur le tissu social qui nous résiste et qui reste opaque malgré nos efforts. Et maintenant place à l'étude!

## Remerciements

L'enquête sur laquelle est basé ce livre a bénéficié de l'aide précieuse, diligente et compétente de nombre de personnes. Nous souhaitons remercier toute l'équipe d'anesthésie du bloc opératoire de chirurgie ambulatoire aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), et en particulier les Drs Alain Forster et Adriana Wolff. Leurs collaborations décisives et bienveillantes ont permis à l'étude de progresser de façon efficace. Le Dr. Georges Savoldelli fut un guide incomparable, se plaçant à l'interface de nos questionnements et de ceux de l'hôpital. Son écoute nous a permis d'avancer là où parfois nous piétinions. Que soit ici remercié l'ensemble des internes, des chefs de cliniques et des infirmiers qui ont accepté que nous les observions durant ces phases d'apprentissage. Nous avons également une pensée pour les patients, qui en donnant leurs consentements ont permis tout simplement que l'étude se fasse. Au-delà de leurs consentements écrits, la gentillesse avec laquelle ils ont répondu à nos questions dans un moment peu agréable, doit être ici soulignée. Enfin, nous souhaitons remercier le Professeur François Clergue, à l'origine des échanges entre le département de sociologie et le département d'anesthésiologie et de soins intensifs, dont la grande ouverture d'esprit a permis d'avancer en confiance dans cette étude. Nous souhaitons également remercier les membres du fond « qualité des soins » du Service Qualité des Soins des HUG, qui a soutenu financièrement une partie de ce projet.

Ce livre est issu d'une recherche menée pendant une année universitaire en 2007-2008 dans le cadre de l'un des deux ateliers de recherche offerts chaque année en master de sociologie à l'université de Genève, que j'ai encadré avec l'aide de Sami Coll, alors assistant au département de sociologie. Cette année-là trois étudiants de master y ont participé : Frédéric Minner, Victoria Pais Demarco et Maxime Rebourg. Ils ont contribué à la collecte des données, à l'interprétation des résultats et à l'écriture du rapport de recherche en juin 2008. Pour ce livre, les chapitres auxquels ils ont plus particulièrement contribué, fournissant une première version, sont identifiés en note de bas de page, au début des chapitres concernés. Seuls les chapitres 7 et 12 écrits par Frédéric Minner lui ont été attribués en tant qu'auteur, car l'ultime version reste proche de la première. De façon à veiller à la cohérence de l'écriture et la correspondance avec les autres chapitres, j'ai dans un second temps et à des degrés divers repris le manuscrit.

Les scènes d'apprentissage que nous relatons dans ce livre ne se sont pas déroulées dans un huis-clos confortable. En effet, si l'apprenant s'exerce devant son médecin formateur, premier témoin de ses essais, il le fait également, en présence d'un patient éveillé, plus ou moins à même de juger de son habileté. Le patient est donc le second témoin de cet apprentissage. Pour la circonstance, l'apprenant a également accepté le regard novice du sociologue, son troisième témoin privilégié. Ce dernier, à plus d'un titre, découvrait les difficultés de l'observation en milieu hospitalier. Ainsi l'étudiant sociologue, à l'instar de l'assistant en anesthésiologie, était également là pour apprendre les arcanes de son métier : regarder, observer minutieusement, prendre en note, savoir se placer, se déplacer, se rendre invisible parfois et adopter une contenance. Ainsi, ce thème de l'apprentissage croisait les expériences quotidiennes de nombre des acteurs de cette étude, médecins comme sociologues. Raison pour laquelle, il a rendu cette étude riche et insolite. Qu'ils soient tous ici une nouvelle fois collectivement remerciés pour leur confiance.

Toutes les imperfections et inexactitudes qui demeurent dans ce texte sont de notre responsabilité. Elles ne sauraient en aucune façon engager les hôpitaux universitaires de Genève.



## Avant-propos

L'objectif de ce livre est de proposer une plongée dans le monde peu connu de l'apprentissage des médecins, en l'occurrence des anesthésistes. Tandis que l'univers de la médecine fait l'objet de nombreuses analyses, paradoxalement l'enseignement de la clinique reste obscur, en particulier au regard des sciences sociales. Nos médecins nous passionnent, nos hôpitaux également, pourtant on connaît mal comment on devient médecin *pratiquement*. Comment fait-on face les premières fois ? Comment apprend-on aux autres et des autres ? Comment réalise-t-on un geste invasif pour la première fois sur un patient éveillé ? C'est à ces questions que la présente monographie cherche à répondre.

Ce livre se compose de 13 chapitres. Les trois premiers (chapitre 1 à chapitre 3) forment une partie introductive, visant à ancrer la présente recherche dans une riche tradition d'enquêtes menées à l'hôpital (chapitre 1), à tirer les enseignements principaux d'une littérature plus spécifique sur l'apprentissage des médecins, afin de nourrir nos premières interrogations (chapitre 2) et à présenter comment l'étude a été conçue, au travers d'un dispositif d'enquête combinant « observations directes », entretiens « à chaud » et entretiens approfondis (chapitre 3).

La deuxième partie propose une perspective descriptive au travers des chapitres 4 à 7. Le chapitre 4 entame une première analyse du corpus de données, le chapitre 5 offre une description de la salle d'induction dans laquelle nous avons observé 61 scènes d'apprentissage durant un peu plus de 3 mois ; le chapitre 6 présente les acteurs principaux de ces scènes, médecins formateurs, apprenants, patients et infirmiers, dans leurs rôles formels comme dans leurs activités quotidiennes au bloc opératoire de chirurgie ambulatoire. Enfin, le chapitre 7 propose une description fine du processus du bloc axillaire, afin d'en repérer les principales étapes et points cruciaux.

La troisième et dernière partie (chapitres 8 à 13) présente trois éclairages distincts et complémentaires sur l'apprentissage du bloc axillaire. Les chapitres 8 et 9 investiguent la question de la communication durant les phases d'apprentissage : celle s'établissant entre médecins et patients et celle instituée entre médecins. Le chapitre 10 propose une typologie des différents acteurs engagés dans ces processus de communication. Le chapitre 11 s'intéresse à ce que représente pour les acteurs un « bon » médecin formateur, un « bon » apprenant et un « bon » patient ? Il permet de confronter les points de vue et souligne les attentes réciproques des acteurs et leurs déceptions potentielles. Après avoir dûment constaté que la durée des blocs axillaires varie grandement, le chapitre 12 revient sur les raisons pouvant expliquer une si grande variance. Après analyse, quatre variables, que sont l'anatomie du bras, le degré de coopération du patient, le degré d'expérience de l'apprenant et le style de *teaching* (plus ou moins directif) permettent d'expliquer la durée des blocs axillaires.

Enfin, en conclusion, le chapitre 13 propose une interprétation des controverses rencontrées autour de l'exercice de cette pratique anesthésique. Il permet de replacer les enjeux de l'apprentissage des techniques, lorsque celui-ci se place au cœur de la vitalité d'une pratique de métier, l'anesthésie. Les concepts de *genre* et de *style*<sup>1</sup> empruntés à la

---

<sup>1</sup> En clinique de l'activité, le *genre* social d'un métier comprend toutes les obligations, les règles et les répertoires d'action que les professionnels sont tenus de respecter. Par opposition, le *style* d'un métier désigne toutes les formes d'appropriation personnelles qu'ils développent de manière à enrichir le *genre* social de leur activité (CLOT et FAÏTA, 2000).

psychologie du travail aident ici à comprendre la dynamique propre de cette activité d'enseignement et son rôle dans la constitution robuste du métier d'anesthésiste.

## Chapitre 1 : Introduction

« Notre apprentissage professionnel... c'est ça depuis des siècles [...] L'apprentissage professionnel n'est pas une réelle branche universitaire. La médecine c'est quelque chose d'assez pratique, cela ne s'apprend pas uniquement dans les livres »  
(Sandra<sup>2</sup>, interne, entretien exploratoire, 25 juin 2007)

En nous intéressant en sociologues à des activités de soin, dans un hôpital universitaire, nous nous inscrivons dans une riche tradition. Un certain nombre de figures tutélaires de la sociologie, en particulier celles issues de l'école de Chicago, se sont penchées sur le monde médical. Erving Goffman publie en 1961 son étude de l'hôpital psychiatrique de Sainte Elizabeth<sup>3</sup>. Howard Becker, Blanche Geer, Everett C. Hughes et Anselm Strauss, publient la même année *Boys in White, Student Culture in Medical School*, au cœur de l'hôpital universitaire du Kansas<sup>4</sup>. Eliot Freidson avec *The Profession of Medicine* en 1970<sup>5</sup> crée, pourrait-on dire, la « sociologie des professions ». On peut sans risque affirmer que la sociologie, dans ses méthodes comme dans la manière de traiter de certains sujets — la maladie, la mort, la déviance, la stigmatisation, la constitution des professions, l'observation de mondes organisés clos — a largement emprunté à la sociologie médicale.

Le courant de l'interactionnisme symbolique, par exemple, doit énormément aux travaux de Goffman et à sa manière d'avoir abordé la construction des liens, des rôles sociaux (ou leur destruction) au ras des interactions et des pratiques les plus banales de la vie quotidienne. Il propose de lire l'organisation du social au travers des bribes de conversation échangées et de tous les actes en présence produits, en situation de face à face. C'est en s'attachant à ces scènes de la vie quotidienne, en l'occurrence dans un « asile de fous », que Goffman nous initie à la manière dont l'institution imprime irrémédiablement sa marque sur des individus sans cesse plus désindividualisés. En cela, l'asile est bien une institution totale : elle dévêt, elle humilie parfois, elle dresse les corps et les esprits, elle réclame de la participation mais aussi de la soumission, de la discipline, elle imprime un contrôle direct comme indirect. Aujourd'hui encore, l'école, la prison, la maison de retraite, mais également l'hôpital agissent sur les individus et les corps. Les analyses de Michel Foucault nous aident toujours à penser les influences de ces logiques institutionnelles, qu'il a contribué à démasquer mais qui sont toujours à l'œuvre, insidieusement ou non<sup>6</sup>.

Ces premiers grands textes ont inspiré de nombreux travaux en sociologie médicale, sociologie du travail ou sociologie des professions. Il serait vain de tenter de les citer tous, mais au passage voici quelques incontournables, qui ont enrichi notablement notre propre introduction au milieu hospitalier. Il en est ainsi par exemple de l'ouvrage de Charles Bosk,

---

<sup>2</sup> Tous les prénoms sont fictifs afin de rendre anonymes les acteurs observés.

<sup>3</sup> GOFFMAN, 1961.

<sup>4</sup> BECKER, GEER, HUGHES et STRAUSS, 1961.

<sup>5</sup> FREIDSON, 1970.

<sup>6</sup> FOUCAULT, 1975.

*Forgive and Remember, Managing Medical Failure*<sup>7</sup> dont la catégorisation des erreurs en erreur dite « technique », erreur de « jugement », erreur « normative » ou erreur « quasi-normative » offre une perspective sur la pratique médicale et sur les justifications acceptables des erreurs sans doute peu égalée encore aujourd'hui; ou de celui de Jean Peneff, avec *L'hôpital en urgence*<sup>8</sup>, et *Les malades des urgences*<sup>9</sup> proposant une entrée par le regard du brancardier, dont il endossera le rôle durant son enquête participante. Ce dernier nous initie aux raisons qui, selon lui, devraient naturellement conduire le sociologue à préférer l'observation participante dans ce type de milieu professionnel — choix pour lequel nous n'avons pas opté. Nous y reviendrons.

Depuis lors, l'hôpital n'a cessé d'être objet d'attention et les angles d'approche se sont multipliés : Les métiers, les professions<sup>10</sup>, les transformations des pratiques professionnelles liées aux sauts technologiques, les enjeux organisationnels, gestionnaires et managériaux<sup>11</sup> ; les réformes de l'hôpital et des systèmes de soins<sup>12</sup> en général, les réflexions cognitives sur le jugement clinique<sup>13</sup>, les relations entre médecins et patients<sup>14</sup>, les coopérations professionnelles à l'hôpital<sup>15</sup> ou encore la culture carabine<sup>16</sup> et son lien fonctionnel avec la formation du médecin, ou la gestion de la mort à l'hôpital<sup>17</sup>. A ceci s'ajoutent les nouvelles préoccupations de qualité et de sécurité des soins à l'hôpital, qui ont été amplifiées par l'impact du rapport de *l'American Institute of Medicine*<sup>18</sup>. Enfin, toutes les études et enquêtes cherchant à noter, auditer, évaluer les performances des hôpitaux se développent sans cesse davantage, accentuant les exigences de résultats des structures hospitalières. En Suisse, l'étude de Comparis<sup>19</sup>, concernant le degré de satisfaction des patients, en est un bon exemple.

Bien évidemment, accompagnant ces travaux, des interrogations sur les accès à ce monde hospitalier ont occupé une grande place. Certains des auteurs précités dans cette introduction décrivent souvent les conditions dans lesquelles ils ont eu accès à leurs terrains d'enquête. Ils nous renseignent sur la situation du chercheur en sociologie ou en anthropologie évoluant dans le monde des soignants et des patients. Marie-Christine Pouchelle parle « d'ethnologie flottante » pour qualifier son engagement auprès des acteurs sans se départir de son indépendance<sup>20</sup>. Peneff apporte des éclairages intéressants, même si nous savons peu de choses sur les modalités concrètes de la négociation de son statut de brancardier dans le service des urgences de l'hôpital surnommé Grand-Ouest. De la même manière, la négociation du statut d'« athletic director » par Goffman à l'hôpital Sainte Elizabeth nous reste obscure.

Il n'y a pas en sociologie, à la différence par exemple de la psychologie du travail, de préalable obligatoire concernant la volonté de réforme des acteurs concernés par l'étude avant d'engager une enquête. En particulier, cela signifie que le recours aux sociologues peut se faire indépendamment d'une volonté de réforme. Les sociologues peuvent

---

<sup>7</sup> BOSK, 1979.

<sup>8</sup> PENEFF, 1992.

<sup>9</sup> PENEFF, 2000.

<sup>10</sup> VEGA, 2000.

<sup>11</sup> AMOUROUS, 2004 ; SAINSAULIEU, 2003 ; SLIWKA, 2007 ; BINST, 1990.

<sup>12</sup> DE KERSVADOUE, 2004.

<sup>13</sup> MONTGOMERY, 2006.

<sup>14</sup> FAINZANG, 2006.

<sup>15</sup> GROSJEAN et LACOSTE, 1999.

<sup>16</sup> GODEAU, 2007.

<sup>17</sup> PAILLET, 2007.

<sup>18</sup> AAVV, 1999.

<sup>19</sup> <http://www.comparis.ch>, rubrique « Santé », puis « Hôpitaux » (22 décembre 2009).

<sup>20</sup> POUCHELLE, 2008.

explorer un terrain sans qu'une demande spécifique de changement organisationnel ne soit manifeste. Cependant, dans le cas présent, il y avait une demande explicite du département d'anesthésiologie concernant l'amélioration de la communication entre médecins juniors et seniors d'un côté et vis-à-vis du patient de l'autre. Nous y reviendrons. Les modalités de ces « entrées sur le terrain » et les différences de stratégies en fonction des problématiques de recherche et des théories les sous-tendant justifieraient à elles seules un développement conséquent qui n'entre cependant pas dans le propos de ce livre<sup>21</sup>.

Tous ces travaux participent d'une littérature dynamique au confluent de l'anthropologie, de l'ethnographie, de la gestion et de la sociologie. Ils forment un arrière-pays très construit à notre enquête et constituent une dette intellectuelle certaine. Paradoxalement, si le monde médical a fait l'objet d'études nombreuses, il n'en est pas de même des modalités de l'apprentissage à l'hôpital, notre thème d'enquête.

Etonnamment, nous avons trouvé peu de références sociologiques abordant frontalement la question de l'apprentissage à l'hôpital ou, pour être plus précis, la formation des internes, encore appelés assistants, en spécialité médicale ou chirurgicale. A l'exception des livres de Becker *et al.* et Bosk<sup>22</sup>, déjà anciens, peu de textes se sont intéressés à ce processus central dans le fonctionnement des hôpitaux universitaires notamment. Les internes (ou d'ailleurs les étudiants infirmiers ou aides-soignants) font partie du personnel des hôpitaux universitaires. Ils exercent de façon plus ou moins supervisée et selon leur degré d'avancement dans la spécialité et dans les procédures afférentes des soins. Ils sont donc juridiquement responsables, avant d'être tout à fait formés, qualifiés ou habilités. Ils apparaissent sur la scène publique à la faveur de grèves et de mouvements de mécontentement, parfois retentissants. Les internes en grève, et c'est tout l'hôpital qui s'arrête. C'est d'ailleurs sur la question du « burn out » et des conditions de travail des internes que des travaux existent<sup>23</sup>. Pour autant, des recherches en sociologie du travail concernant les activités des jeunes médecins hospitaliers en formation sont rares.

On peut envisager le thème de l'apprentissage de plusieurs manières, car il engage plusieurs logiques à la fois : des logiques de socialisation intense, comme le livre d'Emmanuelle Godeau les décrit s'agissant des rituels de salles de garde des internes français (*Baptême, Enterrement Tonus* et autres *Revue*) ; des logiques culturelles à la fois de l'hôpital lui-même, de la spécialité médicale considérée (la culture des anesthésistes n'est pas la même que celle des chirurgiens, ainsi peut-on penser que la manière de *devenir* chirurgien diffère de la manière de *devenir* anesthésiste), des logiques cognitives très fines (comment apprend-on des gestes invasifs sur des patients non endormis ? comment transmet-on ses connaissances professionnelles?). Car il y a bien sûr deux faces à nos interrogations sur l'apprentissage, celle de l'acquisition de toute une série de gestes, pratiques, habiletés, tours de main, compétences, savoir-être, valeurs, *hard and soft skills* et celle de leur transmission par des professionnels plus expérimentés à de jeunes médecins en formation, les internes, les assistants.

L'ergonomie cognitive, qui s'est par exemple déjà intéressée à l'apprentissage des pilotes de chasse<sup>24</sup>, ne semble pas s'être penchée sur l'apprentissage des anesthésistes. C'est auprès de la psychologie que nous avons trouvé le plus d'inspiration, notamment auprès de cliniciens de l'activité, qui s'interrogent depuis longtemps déjà sur la transmission des

---

<sup>21</sup> BOURRIER, 2009a.

<sup>22</sup> BECKER *et al.*, 1961; BOSK, 1979.

<sup>23</sup> NYSSSEN, HANSEZ, BAELE, LAMY et DE KEYSER, 2003.

<sup>24</sup> AMALBERTI, 1996.

gestes professionnels au sein des métiers et de façon liée à la dynamique de l'évolution de ces mêmes métiers<sup>25</sup>. En l'occurrence, nous avons eu accès à une étude consacrée à la chirurgie cardiaque, dirigée par Katia Kostulski<sup>26</sup>, intitulée « Etude de la diversité des pratiques et des ressources chirurgicales, l'activité chirurgicale entre travail et métier : la question de la transmission du geste professionnel ». D'entrée de jeu, ces chercheurs préviennent : « *Nous considérons les gestes professionnels comme des produits de la coopération, comme une condensation de l'activité collective. Le geste professionnel du chirurgien sous-tend la collaboration, la coopération, les sous-entendus, les implicites, les routines de métier* »<sup>27</sup>. Pour les cliniciens de l'activité, il n'y a pas de geste sans collectif. Les questions auxquelles cette équipe en particulier a cherché à répondre sont les suivantes : « Comment les internes sont-ils concrètement mis en situation d'apprentissage ? Comment la transmission de ces « gestes » peut-elle s'effectuer ? Comment ces « gestes », qui semblent étrangers à soi, peuvent se transformer en ressources pour réaliser une action ? Est-ce que l'acte de transmission a un effet sur celui qui transmet ? Comment ce geste qui n'appartient pas à l'interne peut-il devenir un geste pour lui ? »<sup>28</sup>.

Ces questions sont proches des nôtres. Mais outre la méthodologie d'enquête — la réalisation d'autoconfrontations croisées et d'un film — qui diffère, c'est le cadre dans lequel ces questions sont posées qui se distingue grandement du nôtre. En effet, la transmission des gestes de métier en chirurgie cardiaque n'inclut pas un patient éveillé, témoin de la scène de bout en bout, comme c'est le cas dans notre étude.

Dans cette exploration de l'apprentissage à l'hôpital, nous avons rencontré, grâce à nos interlocuteurs hospitaliers, la branche de l'éducation médicale, qui bien évidemment s'intéresse à l'apprentissage sous l'angle des techniques, des performances et de l'amélioration des compétences. Il paraît logique que la formation des médecins intéresse directement la médecine et qu'elle produise des travaux publiés dans des revues de médecine, même si nous avons appris que cette spécialité éducative était assez marginale. Nous y reviendrons dans le chapitre 2, lorsque l'on s'approchera plus près du champ des anesthésistes.

Dans la seconde partie de cette introduction, nous présenterons nos objectifs, nos hypothèses et la manière dont nous avons abordé ce terrain. Ainsi la partie qui suit, puis le chapitre 3 viseront à donner le cadre sociologique, institutionnel, organisationnel dans lequel nous avons fonctionné. Conscients que notre étude est limitée, nous tenons à présenter les détails du cadre négocié avec nos interlocuteurs hospitaliers.

## **1. Transmettre un geste à l'hôpital sous les yeux d'un patient éveillé**

L'hôpital universitaire présente la caractéristique suivante : il est à la fois centre de soins et lieu de formation pour les médecins (et les autres personnels soignants). Ce qui semblait jusqu'à présent n'avoir jamais présenté de problème pourrait changer. Du moins c'est sous cet angle que nos interlocuteurs hospitaliers ont présenté leur intérêt pour une enquête sociologique se centrant sur l'apprentissage au lit d'un malade éveillé, parfaitement conscient.

---

<sup>25</sup> CLOT, 1999.

<sup>26</sup> Chaire de Psychologie du travail du Conservatoire National des Arts et Métiers, Centre de Recherche sur le Travail et le Développement, Equipe Clinique de l'activité.

<sup>27</sup> KOSTULSKI *et al.*, juin 2007, p. 5.

<sup>28</sup> KOSTULSKI *et al.*, juin 2007, p. 6.

Comment devons-nous comprendre cette préoccupation ? Est-elle à mettre en lien, comme certains de nos interlocuteurs l'ont fait, avec une montée des droits des malades, et une augmentation des exigences de consentement écrit ? Ces nouvelles exigences devant amener les médecins hospitaliers à réinterroger leurs pratiques de façon à ne pas tomber bêtement sous le coup de reproches pouvant conduire à des plaintes : une spirale de la « judiciarisation » des soins que beaucoup redoutent. Ainsi, outre l'immense littérature interrogeant les rapports entre médecins et patients et leurs nécessaires évolutions<sup>29</sup>, se pourrait-il que le modèle de la transmission des connaissances et des compétences dans un hôpital universitaire soit à son tour touché par ces nouvelles préoccupations juridiques ? Se pourrait-il que ce que l'on a coutume d'appeler la « médecine défensive », née aux Etats-Unis à la fin des années 70 et qui incite les médecins à la surprotection de leurs arrières<sup>30</sup> bouleverse d'une manière ou d'une autre l'enseignement dispensé dans les hôpitaux ? Et si oui, comment ? Comment le statut d'hôpital universitaire, lieu de maîtrise et de formation tout à la fois, est-il perçu et compris par les patients et les concitoyens aujourd'hui ? Certains des patients que nous avons interrogés nous ont dit très vite, que dans la mesure où il s'agit d'un hôpital universitaire, il leur paraissait normal d'y rencontrer de jeunes soignants en formation. En revanche, d'autres semblaient ne pas avoir conscience de cette réalité. Est-ce que, par exemple, les malades devraient être dûment informés de la situation d'apprentissage dans laquelle se trouvent certains de leurs soignants, médecins, infirmiers, aides-soignants ? Devraient-ils signer un consentement ? Qu'est-ce que les différents protagonistes, médecins, soignants comme patients, auraient à y gagner ?

Notre étude ne s'est pas donné exclusivement comme but de répondre à cette question. Ce sont les modalités concrètes d'apprentissage d'une technique en particulier, celle du bloc axillaire, qui ont été analysées. Si nous allons évidemment tenter de généraliser le propos, nous sommes conscients de la diversité des pratiques professionnelles et disciplinaires au sein de l'hôpital devant toujours inciter à la prudence. Néanmoins, il est indéniable que pour les médecins que nous avons observés et avec lesquels nous nous sommes entretenus, les choses ont changé et désormais il vaut mieux les dire que les cacher, même si, comme nous le verrons, ce n'est pas si facile dans la pratique quotidienne. La question est bien, que dire ? Et avec quelles implications ? Ainsi, les stratégies de présentation de soi adoptées par un binôme « Apprenant-Médecin formateur » auprès d'un patient, sur lesquelles nous reviendrons, découvrent tout un monde de sous-entendus qui traduisent bien les ambivalences de la situation.

De façon parallèle, est-ce que la relative opacité pour le patient des modalités de cet apprentissage n'opère pas aussi pour les apprenants ? En d'autres termes, est-ce que le relatif flou dans lequel les pratiques de transmission sont instituées à l'hôpital n'aboutit pas à rendre cette partie essentielle du travail « transmettre », « apprendre à apprendre », « acquérir des connaissances et se perfectionner » invisible aux yeux de tous, tellement cette activité est tacite ? C'est ce que suggère ce chef de clinique lorsqu'il nous déclare : « *Pendant les deux premières années (de l'internat), c'est structuré, après c'est le no man's land !* » Finalement, cet apprentissage clinique à l'hôpital pour être ancestral n'en est-il pas moins largement implicite ? « *Notre apprentissage professionnel, c'est ça depuis des siècles* », affirme une interne, et précisant : « *L'apprentissage professionnel n'est pas une réelle branche universitaire. La médecine c'est quelque chose d'assez pratique, cela ne s'apprend pas uniquement dans les livres.* » (Sandra, interne, *entretien exploratoire*, 25 juin 07) Par là, nous ne voulons pas sous-entendre que des programmes d'acquisitions de

---

<sup>29</sup> Un chapitre de livre très complet nous a servi de guide et de première introduction à la problématique, face à l'ampleur de la littérature récente sur le sujet : Cf. ZOPPI et EPSTEIN, 2001.

<sup>30</sup> BARBOT et FILLION, 2006.

connaissance à la fois théoriques et cliniques n'existent pas. Nous ne voulons pas dire que la formation des internes se fait uniquement sur le tas, sans qu'un cadre ne fixe calendrier, objectifs et performances. Nous souhaitons uniquement interroger la manière dont cet apprentissage se fait dans la réalité quotidienne d'un service.

De façon symétrique, pour les médecins-cadres<sup>31</sup>, ceux qui sont donc chargés de transmettre, il semble que cette partie de leurs fonctions soit largement laissée à leur discrétion : « *En devenant cadre, je ne sais pas si on tient compte de cette capacité à savoir transmettre, apprendre à apprendre on nous l'apprend pas* » et précisant « *Une fois que l'on est à un certain niveau de maîtrise, on doit faire cette transmission vers les plus jeunes...mais ce teaching c'est en fait une demande tacite du département...Il y en a, on voit bien qu'ils ne veulent pas encadrer. Cela demande du temps et une remise en question chaque fois que l'on enseigne.* » (Madeleine, médecin cadre, entretien exploratoire, 26 juin 07)

Les médecins, juniors comme seniors, semblent préoccupés par cette relative imprécision. Alors qu'ils semblaient accepter ces approximations par le passé, désormais ils les interrogent de façon assez critique. Apprendre, ça s'apprend ! Transmettre aussi ! Comment, c'est toute la question.

## **2. Objectif général de l'étude**

L'étude, telle qu'elle a été discutée et négociée avec nos interlocuteurs des hôpitaux universitaires de Genève durant le premier semestre 2007, devait permettre d'identifier les conditions d'une « bonne » relation entre enseignant/apprenant, au chevet d'un patient éveillé et conscient. « Bonne » non pas au sens de « meilleure » mais d'« adéquate ». L'une des conditions de cet apprentissage est qu'il faut à tout prix ne pas effrayer le patient. Deux problématiques ont été étudiées en même temps : d'un côté, la relation induite par le compagnonnage entre l'anesthésiste en formation et son médecin formateur, de l'autre la dynamique de la « conversation » — au sens d'interaction sociale — entre ce binôme et le patient. Les deux problèmes sont reliés, mais ils comportent des dynamiques qui sont au départ séparées. L'objectif est donc de prendre en compte le plus de variables possibles et de mesurer leur impact à la fois sur la confiance et la situation du patient et sur la situation d'apprentissage elle-même. Il s'agit là d'interactions sociales structurellement problématiques, où les choses ne vont pas de soi.

Il va sans dire qu'il y a une « histoire » à cette situation d'apprentissage au lit du malade. L'apprenant n'entre pas vierge de toutes constructions théoriques comme pratiques dans les phases d'apprentissage. La socialisation technique, théorique et professionnelle a démarré bien avant et elle se poursuivra après ces phases de « mise à l'épreuve ». Elle influence les modalités mêmes de cet apprentissage. La même chose vaut pour le médecin formateur, qui a peu à peu construit son style de transmission et qui actionne des stéréotypes propres à son éthos professionnel. De son côté, le malade n'en est souvent pas à sa première interaction avec le corps médical. Nous avons même pu remarquer que certains d'entre eux en sont non seulement à leur 6<sup>ème</sup> ou 10<sup>ème</sup> opération chirurgicale sérieuse, mais qu'au sein de notre échantillon de 61 patients, 40% d'entre eux avaient déjà subi une intervention sous anesthésie locorégionale. On peut considérer qu'ils avaient un minimum de familiarité avec la technique.

---

<sup>31</sup> On appelle médecins-cadres, les médecins-adjoints et les chefs de clinique, dont certains sont fixes ou en rotation. Dans le reste du texte, on réservera l'appellation de médecin-cadre à ceux qui sont fixes.

Néanmoins notre stratégie a consisté à privilégier ces moments d'épreuve « in situ », comme s'ils étaient la quintessence même de l'apprentissage. C'est un pari. En effet, est-ce que cela a un sens de ne regarder que des situations d'apprentissage, par ailleurs provoquées par le dispositif même de l'enquête, puisque préalablement à nos observations, le patient devait avoir donné son consentement écrit ? C'est là sans nul doute un biais sur lequel nous reviendrons, mais qui n'influence pas de façon radicale nos analyses. Nous développerons plus longuement les modalités concrètes du dispositif d'enquête au chapitre 3.

### **3. Questions de départ**

La formation clinique pratique se fait de plusieurs manières, notamment en utilisant la vidéo, la simulation et l'entraînement sur mannequin, mais pour l'essentiel elle repose sur le « compagnonnage ». Autrement dit, elle implique une formation « sur le tas », en plaçant l'« apprenant », en situation d'effectuer un geste, qu'il a peu, voire jamais pratiqué, sur un patient, qui ne sait pas toujours jusqu'à quel point l'apprenant est novice ou pas et ce sous la supervision d'un formateur, plus ou moins expert du domaine, un « médecin formateur ».

De surcroît, les techniques médicales ambulatoires et les techniques d'anesthésie locorégionales, en particulier, ont sensiblement modifié la relation au malade, dans la mesure où l'endormissement total, par anesthésie générale<sup>32</sup>, n'est pas toujours systématiquement requis au profit de l'anesthésie locorégionale. En d'autres termes, devoir prendre en charge un malade conscient, devant « participer » autant que « subir », est désormais fréquent. Le patient est donc un acteur de sa propre intervention, il fait partie du système de soins. Il participe au « théâtre des opérations ».

Comme on a pu le présenter plus haut, il apparaît que la montée des droits des malades, et par conséquent la nécessité d'informer de la façon la plus complète possible des conditions entourant l'activité médicale pratiquée sur le malade, pose un certain nombre de questions concrètes aux services de soin : Que dire au malade ? Comment le dire ? Qui doit dire quoi ? Comment standardiser un minimum l'information donnée au patient, tant du point de vue du contenu, que de la forme ? sont des questions récurrentes, qui n'ont pas encore de réponse totalement satisfaisante chez les médecins. Nous avons donc cherché dans un premier temps à établir une forme de « réalité » sociale de ces situations d'apprentissage et de faire un inventaire aussi précis que possible de leur déploiement.

Un troisième élément découle naturellement des deux premiers : il s'agit de la qualité même des conditions d'apprentissage. En d'autres termes, il paraît probable que face à une modification des facteurs sociétaux, la manière d'apprendre comme celle de transmettre sont affectées en conséquence. Cette transmission des savoir-faire et habiletés, autant que des savoir-être et valeurs ne fait pas l'objet dans la littérature médicale ou sociologique d'une investigation poussée. Pourtant, on peut faire l'hypothèse que c'est de la combinaison entre des apprentissages techniques, des tours de main, et une attention toute particulière aux conditions entourant la pratique du geste, que dépend sa qualité, comme son enseignement fiable.

### **4. Données contextuelles**

#### *Les hôpitaux universitaires de Genève*

---

<sup>32</sup> L'anesthésie générale est utilisée dans deux tiers des cas, un tiers étant donc réservé à l'anesthésie locorégionale. On peut ajouter que dans l'institution où l'étude se déroulait, l'anesthésie locorégionale est préférée à l'anesthésie générale quand elle est possible.

L'hôpital au sein duquel nous avons enquêté est un hôpital universitaire suisse. Il s'agit de l'hôpital principal du canton de Genève. En 2007, date du début de l'enquête, les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), qui incluent divers établissements et sites, emploient 8471 collaborateurs, ont comptabilisé 724'692 journées d'hospitalisation, 2096 lits en service à un taux d'occupation de 95%, 24'476 opérations chirurgicales et 3963 naissances. Le bassin de population drainé est d'un demi-million de personnes, mais, pour certaines procédures médicales de pointe comme les greffes d'organes, la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie, la cardiologie ou la radiologie interventionnelle, les HUG servent de centre de référence régional pour un bassin encore plus large (franco-suisse).

### *Le Bloc Opératoire de Chirurgie Ambulatoire (Bocha)*

Le Bocha, lieu de l'enquête, réalise un peu moins de 2000 actes anesthésiques par an avec une légère surreprésentation des patients sur les patientes. Il s'agit essentiellement de chirurgie ambulatoire. Plusieurs types de chirurgie sont pratiqués : chirurgie de la main, chirurgie orthopédique (du genou), chirurgie plastique et reconstructive ainsi que d'autres actes chirurgicaux « mineurs ». En matière d'anesthésie, on y pratique aussi bien de l'anesthésie locorégionale que de l'anesthésie générale, avec une surreprésentation de la locorégionale.

Au Bocha, le personnel d'anesthésie est composé généralement de 4 médecins anesthésistes (dont un en formation), de 2 infirmiers anesthésistes (dont un en formation également) et de 2 à 3 infirmières de salle de réveil.

## **5. La technique anesthésique retenue pour l'étude : le bloc axillaire (BA)**

La technique retenue est celle du bloc du plexus nerveux axillaire ou bloc axillaire (BA). Il s'agit d'une anesthésie locorégionale appelée encore « anesthésie locale de tout le bras ». Cette anesthésie est pratiquée dans la salle d'anesthésie du bloc opératoire et non pas dans la salle d'opération elle-même. La salle où nos observations de situations d'apprentissage ont été réalisées est une salle polyvalente. Elle est à la fois une salle de réveil et une salle d'induction des blocs axillaires. L'anesthésie par bloc axillaire est pratiquée environ 45 minutes avant l'intervention chirurgicale et elle met environ 20 minutes pour être efficace. Son effet dure de 8 à 10 heures et se prolonge au-delà de l'opération chirurgicale. C'est là l'un des grands avantages de la technique. Elle permet, nous ont expliqué les médecins, de limiter la prise d'antidouleurs morphiniques, notamment, post-chirurgie et ainsi assure un meilleur confort pour le patient après son opération.

Il existe un site de description intranet (site intranet du service d'anesthésiologie des HUG) et des vidéos « step-by-step » pour se former avant la réalisation effective. Certains apprenants consultent aussi des sites internet et en l'occurrence le site de l'anesthésie locorégionale francophone ([www.alrf.asso.fr](http://www.alrf.asso.fr)). Avant de pratiquer un bloc axillaire, en principe, les médecins anesthésistes en formation reçoivent donc une formation théorique, puis ils observent au moins une fois le geste et assistent un anesthésiste confirmé qui pratique la technique sur des patients<sup>33</sup>. Dans la littérature, on considère généralement qu'il faut avoir réalisé une soixantaine de blocs axillaires pour être à l'aise avec la technique<sup>34</sup>.

---

<sup>33</sup> Pour notre information, nous avons aussi regardé ces vidéos et consulté « Quel apprentissage de l'anesthésie locorégionale ? » par RIPART *et al.*, 2004.

<sup>34</sup> Cf. KONRAD, SCHÜPFER, WIETLISBACH et GERBER, 1998.

Les HUG sont un centre de référence en matière de bloc axillaire. C'est le Dr Alain Forster qui est à l'origine du développement de cette technique anesthésique à Genève. D'autres centres hospitaliers suisses ne le pratiquent quasiment pas. Ce service attire donc un nombre important de médecins voulant se former à ce type d'anesthésie. Cette technique a environ une trentaine d'années d'existence. Tout au début, les stimulateurs électriques n'existaient pas et on pratiquait des blocs axillaires sans stimulation (en se basant sur les sensations de paresthésie des patients). C'est peu à peu que la technique a été enrichie. Elle est désormais assez stabilisée<sup>35</sup>, même si, comme nous allons le voir, cela n'empêche pas une diversité des pratiques, témoignant de la vitalité de la technique et plus généralement de l'anesthésie elle-même. Les psychologues cliniciens de l'activité nous ont rendus sensibles au fait que ces pratiques diversifiées, pour autant qu'elles soient assumées et objets de débats, même si ces derniers sont partiellement implicites, témoignent de la vitalité d'un métier. Elles démontrent également la capacité du métier à évoluer en se transformant de l'intérieur<sup>36</sup>. Ainsi, la transmission des gestes de métier est un enjeu non seulement à court terme, mais également à long terme. Elle ne concerne pas seulement la formation des plus jeunes, mais le futur du métier tout entier.

## 6. Dans quel cas pratique-t-on un bloc axillaire ?

Les blocs axillaires que nous avons vu pratiquer sont réalisés dans le cadre de chirurgie élektive (donc programmée) distale du membre supérieur, en particulier pour opérer doigts, main, poignet, ou coude. Parmi les contre-indications importantes du bloc axillaire figure le refus du patient de subir l'intervention sous anesthésie locorégionale, si, bien évidemment, son état permet une anesthésie générale. Il existe en effet des cas où le bloc axillaire est de loin préférable à toute autre procédure.

On nous a rapporté à plusieurs reprises, sans pouvoir le vérifier, que les anesthésies locorégionales et les blocs axillaires en particulier sont à l'origine d'un certain nombre de plaintes à l'hôpital<sup>37</sup>. La procédure du bloc axillaire peut en effet durer assez longtemps – nous serons à même dans le corps de l'étude de donner des données typiques – et s'assurer que le patient est en mesure de bien supporter la procédure, physiquement comme psychologiquement, est une donnée importante pour les médecins. De plus, compte tenu du fait que la collaboration du patient est requise tout au long de l'anesthésie, par le biais de questions régulières posées par les médecins anesthésistes sur la manifestation d'éventuels symptômes indiquant une possible intoxication, les patients sont peu, voire pas « pré-médiqués », de façon à ce qu'ils soient à même de répondre de façon « fiable » (mot employé par les médecins eux-mêmes) et que leurs sens ne soient pas altérés. Dès lors, la gestion de leur angoisse, stress et inconfort ne peut pas uniquement être traitée de façon médicamenteuse. Les médecins utilisent néanmoins comme on va le voir un analgésique puissant, de la famille des opiacés agissant sur la douleur, le *Fentanyl*<sup>®</sup> pour l'essentiel, pour accompagner ou soutenir le patient, mais le moins possible. Au Bocha, on préfère ne pas donner de sédatifs, de type benzodiazépines (ex : *Midazolam*<sup>®</sup>). Ces médicaments puissants ont la particularité de rendre les patients

---

<sup>35</sup> Une potentielle évolution pourrait venir de l'utilisation de l'échographie, ou de l'imagerie médicale de façon à améliorer la location des nerfs : « [...] Le faire avec l'échographie, le faire avec l'imagerie...on en a parlé...bon, ça c'est un apprentissage qui prend déjà un certain temps, autant laisser les gens beaucoup plus jeunes, etc. Mais ça si j'avais 10 ans de moins, je me mettrais à ça. Mais maintenant moi ce que je fais avec le BA n'est plus amené à subir de changements profonds [...] L'imagerie ça marchera ou cela ne marchera pas, est-ce que ce sera supérieur comme technique. C'est ce que l'on est en train d'évaluer. » (Médecin formateur, Jean, *entretien approfondi*, 9 avril 2008)

<sup>36</sup> CLOT, 1999.

<sup>37</sup> Il serait intéressant en contrepoint et complément de notre étude de pouvoir analyser ces plaintes et ainsi de comprendre si des facteurs liés à la situation d'apprentissage peuvent en expliquer certains motifs.

amnésiques, ce qui n'est pas indiqué, car durant toute l'intervention, ils doivent pouvoir interagir et comprendre les recommandations qui leur sont données (rendez-vous ultérieurs, précautions à prendre...). Les patients sont admis en ambulatoire et doivent donc pouvoir rentrer chez eux le soir et prendre toutes les dispositions concernant leur guérison. Dès lors, on comprend que cette procédure, si elle est devenue assez commune et ne présente que peu de risques, comprend une dimension communicationnelle avec le patient très importante. Nous y reviendrons en détail.

Le risque chirurgical des opérations du membre supérieur en ambulatoire est considéré comme faible. Cependant, du point de vue anesthésique, même si le bloc axillaire est une technique sûre et peu risquée, certaines complications peuvent survenir. La complication la plus fréquente est une anesthésie locale insuffisante, qui nécessite donc de pratiquer une anesthésie générale pour pouvoir effectuer l'intervention chirurgicale. D'après les chiffres circulant dans le service, le recours à l'anesthésie générale après échec du bloc survient dans à peu près 2% des cas. Cantonnés à la salle de réveil et d'induction, nous avons rarement été informés de l'échec *in fine* des blocs axillaires. Nous ne sommes donc pas à même d'infirmer ou de corroborer ces données. Plus rarement, au moment où l'on effectue le bloc axillaire, il peut survenir une intoxication aux médicaments anesthésiques locaux qui peut provoquer des crises convulsives et des troubles du rythme et/ou défaillance cardiaque. Ce type d'intoxication peut survenir suite à l'injection intraveineuse de l'anesthésique local. Dans ce cas, l'intoxication peut être majeure et doit tout de suite être maîtrisée. Enfin, des complications nerveuses secondaires à l'anesthésie sont possibles, elles ne sont en général pas détectées immédiatement et sont beaucoup plus rares. Les patients vus en consultation pré-anesthésique sont informés des risques de la technique.