



# La visite médicale en pratique hospitalière: entre soins et apprentissage

Rev Med Suisse 2013; 9: 2013-6

**D. Gachoud**  
**M. Monti**  
**G. Waeber**  
**R. Bonvin**

Drs David Gachoud, Raphaël Bonvin et Matteo Monti  
Pr Gérard Waeber  
Unité pédagogique (DG, RB, MM)  
Service de médecine interne (DG, MM, GW)  
CHUV, 1011 Lausanne  
david.gachoud@chuv.ch  
matteo.monti@chuv.ch  
gerard.waeber@chuv.ch  
raphael.bonvin@unil.ch

## Conducting ward rounds: a balance between care and teaching

Every day, hospital doctors spend time at conducting ward rounds. Rounds are a core clinical activity during which doctors interact with patients, synthesise a whole set of information and make many decisions. In addition, rounds can become a crucial teaching moment, when a trainee gets supervised by an attending physician. However, literature on the topic of rounds is scarce. This paper summarizes the results of the few key studies focusing on ward rounds. The results are presented in four sections, each one being dedicated to one of the round stakeholders: the trainee or resident, the trainer, the patient and the nurse. An emphasis is put on ward rounds involving both a trainee and a trainer, since such rounds always mean striking a balance between care and teaching.

Le clinicien en pratique hospitalière dédie chaque jour un temps important à la visite des patients. La visite est une activité centrale pendant laquelle il synthétise tout un volume d'informations et prend de nombreuses décisions. Pourtant, la littérature sur le sujet reste pauvre, donnant à cette activité une fausse impression de banalité. De plus, lorsque la visite est supervisée par un médecin aîné, elle devient un moment-clé d'enseignement. Cet article offre une synthèse des études principales portant sur la visite médicale. Elle s'articule autour des protagonistes présents: médecins et infirmières, sans oublier le patient, à l'heure où la médecine se veut centrée sur ce dernier. Un accent particulier est mis sur la visite médicale supervisée et l'équilibre à atteindre entre les dimensions de soins et d'enseignement.

## INTRODUCTION

Si l'on considère le temps que les cliniciens consacrent quotidiennement à la visite des patients hospitalisés,<sup>1</sup> la littérature sur ce thème reste pauvre. La visite médicale attire peu l'attention des chercheurs.<sup>2</sup> Pourtant, c'est une activité centrale pendant laquelle les médecins synthétisent tout un volume d'informations – cliniques et paracliniques – et prennent de nombreuses décisions. Lorsque la visite implique un médecin en formation avec son superviseur, elle n'est plus seulement dédiée aux soins mais aussi à l'enseignement. L'équilibre entre ces deux dimensions est alors indispensable.

Cet article propose d'apporter un peu d'éclairage sur la visite médicale, en offrant une synthèse des études principales traitant du sujet. La plupart de ces études sont issues de disciplines généralistes comme la médecine interne et la pédiatrie. Cette synthèse s'articule autour des protagonistes présents pendant la visite: médecins en formation, médecins superviseurs, infirmières, sans oublier les patients, à l'heure où la médecine se veut centrée sur les besoins de ces derniers.

## VISITE MÉDICALE CONDUITE PAR LE MÉDECIN EN FORMATION

Dans le système suisse de formation postgraduée, les visites des patients hospitalisés dans les hôpitaux publics sont majoritairement assurées par des médecins en formation. Il est attendu que – une fois diplômé – le jeune médecin devienne rapidement autonome pour conduire la visite médicale<sup>3</sup> et qu'il se réfère à son superviseur (chef de clinique ou médecin-cadre) pour les décisions plus importantes. Cela étant, la visite médicale est un exercice qui exige du jeune médecin un ensemble de qualités: connaissances médicales, compétences cliniques (anamnèse et status ciblés), compétences de communication avec le patient et de collaboration avec les collègues, capacité d'organisation et de gestion du temps et professionnalisme.<sup>4</sup> Il y a donc une inévitable courbe d'apprentissage dans la maîtrise de cet exercice et il n'est pas rare que des lacunes dans les qualités requises soient révélées au moment de la visite.



L'observation formelle de visites médicales<sup>2,5</sup> montre des styles de visite différents selon les médecins-assistants. Ainsi, pendant la visite, le temps consacré à la collecte d'informations cliniques peut varier d'un facteur deux entre certains médecins-assistants.<sup>5</sup> Dans une étude portant sur 47 journées d'observation, la moitié des patients vus pendant la visite n'étaient pas du tout examinés.<sup>2</sup> Ces résultats devraient inciter les superviseurs à formuler auprès des médecins en formation certaines exigences quant au déroulement de la visite. Si des difficultés émergent pendant la visite du médecin-assistant, le superviseur devra cerner plus précisément la nature du problème, ce qui correspond à poser un *diagnostic pédagogique*. Ceci implique souvent d'accompagner le médecin-assistant pendant la visite, afin d'offrir un *feedback* spécifique et des conseils adaptés. Sans qu'il s'agisse d'une solution miracle, une *checklist* d'évaluation de la visite médicale a été développée et peut être utilisée pour mieux identifier le problème.<sup>6</sup>

## VISITE MÉDICALE ET SUPERVISEUR

La majorité des études disponibles concernent un type de visite : celle qui est supervisée par un médecin aîné (*attending round*). Transposé au contexte suisse, ce médecin aîné correspond soit à un chef de clinique, soit à un médecin-cadre. Les modalités de supervision de la visite diffèrent. Ainsi, le superviseur peut choisir de voir l'ensemble des patients de l'unité. Le superviseur peut aussi cibler la visite sur certains patients seulement.

Lorsque la visite médicale est supervisée, elle impose un équilibre entre la dimension de soins aux patients et celle d'enseignement. A noter que cette deuxième dimension associe souvent : a) l'amélioration des compétences cliniques du médecin en formation (volet «apprentissage») et b) l'évaluation de ce dernier (volet «évaluation»)<sup>3</sup>.

C'est au superviseur de garantir l'équilibre entre ces différentes dimensions, en appréciant à la fois les besoins des patients et de son équipe. Cela étant, il y a – dans la visite – des activités très propices à la combinaison de ces deux dimensions. Par exemple, la discussion d'un cas complexe peut permettre au superviseur d'illustrer son raisonnement clinique, pour autant qu'il réfléchisse sur le cas à voix haute. Un autre exemple est le modèle que représente le superviseur. Ainsi, ce dernier pourra profiter de la visite pour démontrer ses compétences de communication. Dans le volet «évaluation» de l'enseignement, le superviseur peut prendre une posture plus passive et observer le médecin en formation effectuer un status ciblé, tel un status neurologique chez un patient récemment victime d'un AVC.

Les études conduites sur les visites médicales supervisées ont pour but principal d'identifier les caractéristiques d'une bonne supervision.<sup>2,4,7-11</sup> Outre l'équilibre sus-décrit, les éléments principaux d'une bonne supervision sont résumés dans le **tableau 1**.

La limite de cette littérature est de reposer sur des enquêtes de satisfaction, où classiquement on demande aux médecins en formation d'identifier les superviseurs qu'ils jugent meilleurs pédagogues. Ensuite, la pratique de ces superviseurs est analysée par le chercheur. Or, satisfaction n'égal pas toujours apprentissage. Dans son étude,<sup>12</sup> Walton

### Tableau 1. Les dix caractéristiques d'une bonne supervision pendant la visite médicale<sup>2,4,7-11</sup>

- Créer un climat d'apprentissage «sûr», où l'équipe médico-infirmière se sent à l'aise de participer et d'interagir avec le superviseur
- Trouver un bon équilibre entre interactivité et transmission de son savoir
- Transmettre un nombre limité de messages-clés, ancrés sur un/des cas concrets
- Stimuler l'interactivité en posant des questions pédagogiquement efficaces
  - D'une manière générale, privilégier des questions qui favorisent la discussion plutôt que des questions fermées qui testent des connaissances précises. Dès lors, se méfier des questions de type juste ou faux, ou des questions pour lesquelles il n'y a qu'une réponse possible
- Favoriser la participation de toutes les personnes présentes, qu'elles soient étudiantes ou diplômées, issues de la profession médicale ou non
- Réfléchir à voix haute pour démontrer et partager son raisonnement clinique
- Lutter contre l'atrophie des compétences cliniques : démontrer soi-même des parties ciblées de l'anamnèse et de l'examen clinique ; mettre en évidence des signes cliniques
- Enseigner par l'exemple en agissant comme un modèle, par exemple dans la relation au patient
- Combiner les différents formats d'enseignement susmentionnés
- Répéter les messages-clés à la fin de chaque cas ou à la fin de la visite
  - Laisser du temps pour des questions

a démontré que les médecins en formation appréciaient une approche centrée sur l'enseignant, où un savoir est transmis à une audience passive. Ceci n'est pas retrouvé dans d'autres travaux<sup>11</sup> et va clairement à l'encontre de concepts pédagogiques reconnus aujourd'hui. Idéalement, il faudrait aller au-delà de la satisfaction et mesurer l'apprentissage effectif qui résulte d'une visite supervisée ; ceci est en pratique très difficile à réaliser.

Le **tableau 2** illustre les obstacles que peut rencontrer un superviseur,<sup>9-11,13-15</sup> avec quelques pistes pour les surmonter.

## VISITE ET PATIENT

Une variable essentielle à considérer est la place attribuée au patient et le temps passé auprès de lui pendant la visite. Or, il y a aujourd'hui des «forces centrifuges» qui repoussent les cliniciens loin du patient, alors que les soins devraient justement se centrer sur lui.<sup>1</sup> Ces forces sont les pressions constantes mises sur le temps des cliniciens et les avancées technologiques qui font du dossier médical informatisé et des nombreux examens paracliniques un pôle d'attraction puissant. L'attention du médecin se détourne des informations à collecter au lit du malade.

Une possibilité de lutter contre ces forces centrifuges est de présenter et discuter les cas des patients en leur présence, la visite se faisant alors en intégralité au lit du malade. Peu d'études ont comparé cette façon de faire avec le format classique, où le cas est discuté dans le couloir avant d'entrer dans la chambre.<sup>16-20</sup> Trois études contrôlées,<sup>18-20</sup> dont l'une également randomisée,<sup>18</sup> ont montré que les patients étaient significativement plus satisfaits lorsque la présentation et discussion de cas sont effectuées en leur présence. D'autres avantages de la visite en intégralité au lit du malade ont été suggérés mais pas clairement démontrés.<sup>1,19</sup> Il semble notamment que les patients



**Tableau 2. Obstacles à l'apprentissage pendant la visite médicale supervisée<sup>9-11,13-15</sup>**

Obstacles à l'apprentissage	Quelques pistes aux superviseurs pour surmonter ces obstacles
<p>Double objectif de la visite</p> <p>On distingue:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. objectif de soins ou de service: assurer les soins aux patients en revoyant les cas du service</li> <li>2. objectif d'enseignement: apprentissage et évaluation</li> </ol>	<p>Au début d'une rotation: en tant que superviseur, expliciter ses propres attentes à l'égard de la visite; s'informer aussi des attentes des médecins en formation et de leurs objectifs de carrière</p> <p>Combiner deux objectifs dans une même «activité»: par exemple, dans la résolution d'un cas médicalement complexe, réfléchir à voix haute pour illustrer le raisonnement clinique</p>
<p>Pression de temps: réduction de la durée de séjour hospitalier – besoin accru de documentation clinique</p>	<p>S'assurer d'une bonne organisation des visites supervisées – début ponctuel – planifier le nombre de patients à voir et définir un intervalle de temps</p>
<p>Participants à la visite se trouvant à différents niveaux de formation</p>	<p>Varié le niveau de difficulté des questions</p> <p>Demander aux personnes moins avancées de participer à la présentation d'un cas durant la visite</p>
<p>Dominance d'un modèle d'enseignement transmissif: manque d'interactivité</p>	<p>Veiller à un bon équilibre des formats d'enseignement utilisés</p>
<p>Attentes à l'égard du superviseur en termes de connaissances et d'expertise de contenu et envie des médecins-assistants de discuter certains points précis</p> <p>Ceci peut mettre le superviseur en difficulté, s'il est confronté à un domaine qu'il ne maîtrise pas suffisamment (Thin-Ice Syndrom)</p>	<p>En tant que superviseur, reconnaître ses lacunes et démontrer comment avancer néanmoins dans la résolution d'un problème (problem-solving skills)</p> <p>Reconnaître ses lacunes et proposer de rediscuter du cas ensemble, après s'être documenté (et le faire vraiment)</p> <p>Se documenter au préalable sur une pathologie dont on n'a pas l'expertise et dont on anticipe la discussion (l'enseignement est reconnu comme un bon moyen de se tenir à jour)</p>
<p>Manque de feedback des superviseurs aux médecins assistants</p>	<p>Problème connu de l'enseignement en milieu clinique. Acquisition des techniques de feedback par les superviseurs. Observer davantage le médecin en formation, pour être en mesure de donner un feedback spécifique et utile</p>

comprennent mieux leur maladie et qu'ils peuvent davantage participer à la prise de décision. Les patients sont aussi susceptibles de corriger ou compléter des éléments d'anamnèse pendant la visite. Sur un plan purement pédagogique, faire la visite en intégralité au lit du malade donne un message clair: *medicine is something done with the patient, not to the patient*.<sup>1</sup>

Sur le plan des désavantages, un seul a pu être démontré de manière significative dans une étude randomisée contrôlée: les médecins assistants se sentent moins à l'aise pour poser et répondre aux questions, en cas de visite faite intégralement au lit du malade.<sup>18</sup> D'autres résultats vont dans le sens d'une moindre satisfaction des médecins en formation.<sup>14,17,19,21</sup> Une interprétation possible de ces résultats pourrait être une forme d'inconfort lié au changement de pratique. Quant aux désavantages pour les patients, le niveau d'évidence est très modeste. L'utilisation de jargon pourrait poser problème et être source d'anxiété.<sup>1,22</sup> De plus, il faut être prudent lors de la discussion de données sensibles et savoir préserver la confidentialité. Enfin, il faut veiller à une réelle inclusion du patient dans la démarche et à ne pas l'objectifier.<sup>16</sup> Le **tableau 3** suggère quelques pistes pour remédier à ces désavantages et conduire – dans de bonnes conditions – la visite en intégralité au lit du patient.

## VISITE ET INFIRMIÈRE

La littérature *médicale* fait peu de place à l'infirmière pendant la visite,<sup>6</sup> alors que toute une littérature issue des sciences sociales s'intéresse aux interactions entre médecins et infirmières.<sup>23,24</sup> Force est de constater que cette littéra-

ture pénètre peu le milieu des médecins. Néanmoins, on ne saurait qu'insister sur l'importance de la collaboration avec l'infirmière pendant la visite médicale. De par le temps qu'elle passe avec le patient, l'infirmière développe un rapport privilégié avec lui<sup>25</sup> et accède à des informations précieuses. Une communication efficace permet l'échange

**Tableau 3. Stratégies pour limiter les inconvénients d'une visite conduite en intégralité au lit du malade**

### Avant la visite

En tant que médecin de référence, être au clair sur ce que le patient sait déjà, afin d'éviter qu'il apprenne des éléments essentiels pendant la présentation de cas

Au besoin, vérifier l'état des connaissances du patient au début de la visite

### Au début de la visite

Prévenir le patient de la démarche, l'avertir que des termes médicaux seront utilisés et qu'il pourra poser des questions

### Pendant la visite

- Rassurer le patient par rapport à l'incertitude qui pourrait caractériser sa situation
- Être très prudent lorsqu'un diagnostic différentiel est évoqué et inclut des diagnostics lourds tels qu'une possible néoplasie. Demander avant au patient s'il a une idée de son diagnostic ou s'il a des craintes particulières
- Veiller à la confidentialité vis-à-vis du patient, par rapport aux voisins de chambre: en particulier, faire preuve de discrétion avec les diagnostics dont les patients affectés sont stigmatisés par notre société (addictions; certaines pathologies psychiatriques; infection par le VIH) Ces diagnostics peuvent justifier l'utilisation de synonymes inconnus du grand public ou de paraphrases

### Au terme de la visite

En fin de visite, demander au patient s'il a encore des questions ou s'il a besoin d'un résumé de sa situation



des informations obtenues par chacune des parties. Par ailleurs, l'infirmière va mettre en œuvre toute une série de mesures décidées pendant la visite. On peut bien sûr regretter les rotations aussi fréquentes qu'inévitables du personnel infirmier et la perte d'informations qui peut en résulter.

## CONCLUSION

La visite médicale est un moment-clé dans la prise en charge des patients hospitalisés. En effet, la visite fait partie intégrante du *processus de soins*. Il est essentiel d'examiner les étapes de ce processus complexe et d'en comprendre les déterminants car c'est au cœur de ce processus que le clinicien va décider de bon nombre d'actions diagnostiques et thérapeutiques. En plus de la relation au patient, la visite médicale est l'occasion d'enrichir la pratique clinique par l'échange de connaissances entre médecins en formation, médecins aînés et infirmières. ■

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêt en relation avec cet article.

## Implications pratiques

- La visite médicale est une activité cruciale où nombre de décisions importantes sont prises. La visite requiert du médecin en formation un ensemble de connaissances et compétences. Le superviseur doit être en mesure d'identifier d'éventuelles lacunes (c'est-à-dire poser un diagnostic pédagogique) et offrir ainsi un *feedback* spécifique
- La visite médicale supervisée exige un équilibre entre les dimensions de soins aux patients et d'enseignement. Certaines activités permettent de combiner efficacement ces deux dimensions
- Il est possible de conduire la visite médicale en intégralité au lit du patient, ce qui permet d'adopter une attitude plus inclusive du patient et davantage centrée sur ce dernier

## Bibliographie

- 1 \* Linfors EW, Neelon FA. Sounding boards. The case of bedside rounds. *N Engl J Med* 1980;303:1230-3.
- 2 Wray NP, Friedland JA, Ashton CM, Scheurich J, Zollo AJ. Characteristics of house staff work rounds on two academic general medicine services. *J Med Educ* 1986;61:893-900.
- 3 Boutros A, Della Ratta RK. Internal medicine program directors' perceptions of resident work rounds. *J Community Health* 1994;194:231-8.
- 4 Tariq M, Motiwala A, Ali SU, et al. The learners' perspective on internal medicine ward rounds: A cross-sectional study. *BMC Med Educ* 2010;10:53.
- 5 Ashton CM, Wray NP, Friedland JA, Zollo AJ, Scheurich JW. The association between residents' work-rounds styles and the process and outcome of medical care. *J Gen Intern Med* 1994;94:208-12.
- 6 Nørgaard K, Ringsted C, Dolmans D. Validation of a checklist to assess ward round performance in internal medicine. *Med Educ* 2004;38:700-7.
- 7 Bharwani AM, Harris GC, Southwick FS. Perspective: A business school view of medical interprofessional rounds: Transforming rounding groups into rounding teams. *Acad Med J Assoc Am Med Coll* 2012;87:1768-71.
- 8 Ways M, Kroenke K, Umali J, Buchwald D. House-staff attitudes about work rounds. *Acad Med J Assoc Am Med Coll* 1996;71:108-9.
- 9 \* Roy B, Castiglioni A, Kraemer R, et al. Using cognitive mapping to define key domains for successful attending rounds. *J Gen Intern Med* 2012;27:1492-8.
- 10 Castiglioni A, Shewchuk RM, Willett LL, Heudebert GR, Centor RM. A pilot study using nominal group technique to assess residents' perceptions of successful attending rounds. *J Gen Intern Med* 2008;23:1060-5.
- 11 McLeod PJ. A successful formula for ward rounds. *CMAJ* 1986;134:902-4.
- 12 Walton JM, Steinert Y. Patterns of interaction during rounds: Implications for work-based learning. *Med Educ* 2010;44:550-8.
- 13 Shulman R, Wilkerson L, Goldman DA. Multiple realities. Teaching rounds in an inpatient pediatric service. *Am J Dis Child* 1992;146:55-60.
- 14 Kroenke K, Simmons JO, Copley JB, Smith C. Attending rounds: A survey of physician attitudes. *J Gen Intern Med* 1990;53:229-33.
- 15 Collins GF. The role of the attending physician in clinical training. *Acad Med Internet* 1978;53:429-31. Cité le 13 nov 2012. Disponible sur: [http://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/1978/05000/The\\_role\\_of\\_the\\_attending\\_physician\\_in\\_clinical.13.aspx](http://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/1978/05000/The_role_of_the_attending_physician_in_clinical.13.aspx)
- 16 \*\* Lehmann LS, Brancati FL, Chen MC, Roter D, Dobs AS. The effect of bedside case presentations on patients' perceptions of their medical care. *N Engl J Med* 1997;336:1150-5.
- 17 Anderson RJ, Cyran E, Schilling L, et al. Outpatient case presentations in the conference room versus examination room: Results from two randomized controlled trials. *Am J Med* 2002;113:657-62.
- 18 Landry MA, Lafrenaye S, Roy MC, Cyr C. A randomized, controlled trial of bedside versus conference-room case presentation in a pediatric intensive care unit. *Pediatrics* 2007;120:275-80.
- 19 Rogers HD, Carline JD, Pauw DS. Examination room presentations in general internal medicine clinic: Patients' and students' perceptions. *Acad Med* 2003;78:945-9.
- 20 Lewis C, Knopf D, Chastain-Lorber K, et al. Patient, parent, and physician perspectives on pediatric oncology rounds. *J Pediatr* 1988;112:378-84.
- 21 Wang-Cheng RM, Barnas GP, Sigmann P, Riendl PA, Young MJ. Bedside case presentations: Why patients like them but learners don't. *J Gen Intern Med* 1989;44:284-7.
- 22 \* Romano J. Patients' attitudes and behavior in ward round teaching. *JAMA* 1941;117:664-7.
- 23 Reeves S, Lewin S. Interprofessional collaboration in the hospital: Strategies and meanings. *J Health Serv Res Policy* 2004;94:218-25.
- 24 Svensson R. The interplay between doctors and nurses – a negotiated order perspective. *Social Health Illn* 1996;183:379-98.
- 25 Gachoud D, Albert M, Kuper A, Stroud L, Reeves S. Meanings and perceptions of patient-centeredness in social work, nursing and medicine: A comparative study. *J Interprof Care* 2012;26:484-90.

\* à lire

\*\* à lire absolument