



La réflexivité de l'infirmier en institution hospitalière: Quelle réalité?

Céline PIERROT
Master 2 Pédagogie des sciences de la santé
2020-2021

Supervision par le Pr Emmanuel TRIBY
(Université de Strasbourg)

Justification du choix de la revue

M'intéressant à la pratique réflexive en formation continue depuis de nombreuses années, et ayant une expérience en tant qu'animateur d'APP (Analyse de pratique professionnelle), ce mémoire a été l'opportunité d'étudier cette question : Comment la pratique réflexive s'inscrit-elle dans le quotidien infirmier en institution?

Ce mémoire est élaboré en partant de concepts combinant les sciences de l'éducation, de la santé et la sociologie. Une note de philosophie englobe l'ensemble permettant d'ouvrir des pistes de réflexions.

C'est pour cette raison que nous avons choisi de soumettre ce travail de recherche à la revue « Recherche en soins infirmiers » parce que cette revue est ouverte à l'interdisciplinarité et favorise le débat épistémologique sur les concepts en santé. Conjuguer les sciences infirmières et les sciences de l'éducation a été un travail passionnant tant les concepts de chaque discipline peuvent se croiser et aussi se compléter.

Les consignes de rédaction de cette revue sont les suivantes:

- Texte doit être sous format Word doit respecter les points suivants la police Times New Roman, 12 points avec simple interligne, justifié et paginé. Toutes les lignes du texte doivent être numérotées (fonction Word: mise en page > numéros de lignes > continu).
N.B : Pour cette présentation, le choix a été fait de ne pas numéroter les lignes pour faciliter et rendre plus agréable la lecture des correcteurs et du jury.
- La longueur du texte (titre, résumé, figures, tableaux, références et annexes compris) ne doit pas excéder 25 pages ou 100 000 caractères espaces compris, le nombre de références ne doit pas excéder 50 citations.
- Les numéros de un à dix doivent être écrits en toutes lettres, sauf s'ils sont utilisés comme une unité de mesure ou dans les figures et tableaux
- Les sigles et acronymes : formuler l'intitulé in extenso lors de la première apparition dans le texte avec le sigle ou l'acronyme entre parenthèses. Si plusieurs lettres servent à composer l'acronyme, seule la première lettre du premier mot est en majuscule. Exemples : Haute autorité de santé (HAS)
- Ne pas utiliser les caractères gras ou soulignés dans le texte, ne pas utiliser les en-têtes et les pieds de page
- Seuls, les mots en latin ou dans une langue étrangère (autre que le français). Les citations ainsi que les mots et expressions à mettre en relief sont placés entre guillemets.

Ressources « Instructeurs aux auteurs », ARSI :

: https://asso-arsi.fr/images/Doc_PJ/Revue/RSI_128_Instructions-avril_2017.pdf

Remerciements:

- Au Pr Emmanuel Triby pour sa supervision et son soutien
- A Pr T. Pelaccia ainsi que tous les formateurs du CFRPS pour leur accompagnement lors de mon parcours. d'apprentissage
- A tous mes amis de ce Master 2 et l'esprit d'équipe porté par tous.
- Aux cinq infirmières qui se sont rendues disponibles pour participer aux entretiens.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Informations droit et liberté

CNIL: Dossier enregistré au registre des traitements de l'université, consultable sur <https://cil.unistra.fr/registre.html#proc-552>

Avis du comité d'éthique pour la recherche (CER)

Résultat de l'examen éthique de ce projet de recherche approuvé le 31 Mai 2021
Sous le numéro d'accréditation : Unistra/CER/2021-17

La réflexivité de l'infirmier en institution hospitalière: Quelle réalité?

Introduction

Problématique

L'Hôpital et l'infirmier

La gouvernance hospitalière
Une pratique infirmière en évolution
L'institution hospitalière

La réflexivité et la formation infirmière

Réflexivité et impact sur les soignants
La réflexivité, un terme polysémique
Réflexivité et socioconstructivisme
L'engagement cognitif et la capacité réflexive
Vers la question de recherche

Méthodologie et résultats de la recherche

Méthode

Résultats

Discussion

Conclusion

La réflexivité de l'infirmier en institution hospitalière: quelle réalité?

Céline PIERROT M.Sc, FFCadre formatrice, Institut de Formation en Soins Infirmiers, Centre Hospitalier Saint-Charles, Saint-Dié-Des-Vosges, France.

Superviseur: Emmanuel Tribby, Ph.Sc, Professeur en sciences de l'éducation, LISEC Université de Strasbourg, France.

Résumé

Introduction: Cet article est basé sur une recherche exploratoire visant à comprendre comment la réflexivité s'inscrit dans le quotidien infirmier en institution hospitalière.

Contexte: Le dernier référentiel de 2009 de la formation initiale infirmière inscrit la réflexivité comme composante nécessaire à la professionnalisation de l'infirmier. Vecteur d'apprentissage, elle permet au futur infirmier de développer son professionnalisme et un esprit critique permettant d'améliorer leur pratique et de l'ajuster à la prise en soin singulière de chaque personne. Cependant, cette réflexivité semble complexe à mettre en œuvre dans le quotidien infirmier en institution.

Objectif: Cette étude consiste à explorer et analyser les raisons pour lesquels il paraît difficile d'intégrer la pratique réflexive dans le quotidien infirmier en institution.

Méthode: Etude qualitative multicentrique menée auprès de cinq infirmières diplômées d'état, ayant une expérience en institution hospitalière. Entretiens semi-dirigés permettant d'explorer la perception de la place de la réflexivité dans leur quotidien.

Résultats: Les infirmières rapportent une pratique collaborative complexe avec des résistances liées aux traits de personnalité de leurs collègues, des chefs de service et des médecins. Il semble difficile pour elles d'être authentiques et d'affirmer leurs propres valeurs. L'autonomie des infirmières et leur capacité réflexive sont altérées en raison de la pression quotidienne qui empêche le recul nécessaire pour penser et réfléchir.

Mots-clés: Réflexivité infirmière, institution hospitalière, autonomie, dynamique motivationnelle, domination.

Abstract

The reflexivity of nurses at hospital: what reality?

Introduction: This article is based on an exploratory research to understand how reflexivity is inscribed in the daily life of nurses at hospital.

Background : Since 2004, reflexivity has been a key element for the professionalization of nurses. It is now considered a significant component of medical education and practice. Learning vector, it allows the future nurse to develop his professionalism and a critical mind which allows to adjust the singularity of the care.

However, reflexive practice does not seem easy for nurses in their daily lives at hospital.

Objective: The objective of this study consists in exploring and analyzing why it is difficult to implement reflexivity for nurses in their daily professional lives ?

Method: This qualitative multicentric research is based on semi-structured interviews that will allow to collect and analyze nurses' perceptions of their reflexivity in healthcare institutions. Five nurses who qualified after 2009 and work at hospital were interviewed.

Results: The nurses report a complex collaborative practice with resistance linked to the personality traits of their colleagues, department managers, and doctors. It seems difficult for them to be authentic and assert their own values. The autonomy of nurses and their reflective capacity is altered due to daily pressure which prevents the necessary distance to think and reflect.

Keywords: Nurse's reflexivity, hospital institution, autonomy, motivational dynamics, domination.

Introduction

Le référentiel du 31 Juillet 2009 (1) modifié, relatif au diplôme d'Etat infirmier a pour objet de professionnaliser l'étudiant en le conduisant progressivement vers l'acquisition de compétences. Il y est écrit que ce dernier est amené à «devenir un praticien autonome, responsable et réflexif»(1), en ce sens qu'il est capable à l'issue de ce cursus, d'analyser toute situation de santé, de prendre des décisions en lien avec son rôle et de pouvoir mener des interventions seul ou dans une équipe pluri-professionnelle.

La validation de la compétence 7 de ce référentiel (1) identifie le futur professionnel comme étant capable d'analyser sa pratique professionnelle en vue de l'améliorer. L'entraînement réflexif est avancé comme une exigence de la formation permettant à l'étudiant d'établir des liens entre savoirs et actions, c'est-à-dire d'intégrer de multiples savoirs dans l'objectif de construire ses compétences. Il lui permet d'autre part d'acquérir une posture réflexive indispensable à la profession.

Une fois devenu professionnel, l'infirmier peut poursuivre l'évolution de ses apprentissages et son émancipation de part une posture réflexive au quotidien et lors de son développement professionnel continu.

En effet, ce métier aux multiples facettes demande des compétences techniques, relationnelles, cliniques et éthiques afin de prodiguer des soins individualisés en s'adaptant toujours à la réalité du patient et/ou de ses proches, selon le lieu de soin. La réflexivité devient alors un élément clef de la pratique professionnelle permettant à l'infirmier d'ajuster ses actions, ne pas s'inscrire dans des actes protocolaires et routiniers.

En s'engageant dans une pratique réflexive régulière, seul ou en équipe, l'infirmier entretient sa curiosité, développe le partenariat avec ses pairs et au-delà avec l'équipe pluri-professionnelle. Il apprend à co-construire des projets de soins individualisés, au plus près des attentes du patient.

Mon expérience de 13 ans comme infirmière dans une équipe mobile de soins palliatifs a été un moment fort où la pratique réflexive s'avérait incontournable dans le quotidien tant les situations singulières et complexes nécessitent une attention et une remise en question. Le travail interdisciplinaire et pluri professionnel inhérent à cette spécialisation ne peut se réaliser qu'à travers un travail de partenariat et collaboration. Gallé Gaudin (2) explique que la pratique en soins palliatifs ne peut se faire qu'à travers un travail de partenariat pluridisciplinaire et une réflexivité en équipe.

Pourtant, cette réflexivité décrite dans différents ouvrages, prônée et même idéalisée, semble avoir peine à s'inscrire dans le quotidien infirmier en institution. Effectivement ce constat part

de mon expérience d'infirmière, qui au détour de mes interventions en service, m'ont permis d'observer et d'entendre qu'il n'était pas aisé de mettre en place une réflexivité au quotidien. Le manque de temps était mis en avant par les professionnels et semblait être l'élément responsable à cette difficulté.

Il a semblé propice, alors, d'élaborer un travail de recherche et de saisir cette opportunité pour aller au-delà des apparences. Ce manque de temps est-il le seul frein à la pratique réflexive ? Y a-t-il d'autres éléments qui empêcheraient la réflexivité de s'inscrire dans le quotidien infirmier en institution ?

Ce travail de recherche a pour enjeu de définir la réflexivité et les concepts qui y sous tendent, de comprendre quels sont les conditions de mise en œuvre pour l'infirmier en institution hospitalière, quels en sont les freins. *In fine*, envisager d'aider les futurs professionnels à mobiliser cette réflexivité dans leur quotidien en institution.

Cet article se décline en deux grandes parties: Une, exposant la problématique et la génération d'hypothèses à partir d'une revue de littérature. La seconde présente les résultats de cette recherche élaborée à travers une méthodologie qualitative, permettant d'explorer les perceptions d'infirmiers à travers des entretiens semi-dirigés.

Problématique

Evoquer la réflexivité dans les premières parties de cet article avait été pensé et rédigé en ce sens dans un premier temps. Mais pour évoluer d'une manière plus logique dans cette problématique, nous avons fait le choix d'exposer en premier lieu les recherches et concepts qui sous tendent l'hôpital pour évoluer vers les concepts de réflexivité. Cette articulation nous a permis d'aboutir à une question spécifique, ciblant ce travail de recherche.

L'hôpital et l'infirmier

L'hôpital a depuis toujours été un lieu d'accueil et de soins prodigués à toute personne de milieux sociaux différents. Il a connu ces dernières décennies un engouement pour le développement des formations continues permettant aux professionnels de santé de développer des compétences au-delà de leur formation initiale

Dans ce même, l'évolution de la technologie, ainsi que l'évolution des pathologies chroniques, graves et évolutives ont fait émerger deux exigences opposées: celle de développer le travail en pluri professionnalité et celle de réfléchir à la notion d'économie liée aux dépenses engagées par la l'hyper technicité des soins et la rémunération de ce personnel (3).

Les situations rencontrées dans les services hospitaliers sont de plus en plus complexes et nécessitent du temps, des réflexions éthiques partagées, des prises de décisions qui ne peuvent se faire sans la collaboration et une réflexion partagée sur ses valeurs, ses compétences et un questionnement sur sa pratique. L'infirmier est au cœur de cette dynamique, par la place centrale qu'il occupe au sein d'une équipe, du fait de sa fonction spécifique de coordination (1)

De ce fait, le monde hospitalier est un lieu de socialisation, de construction de savoir entre les différents acteurs qui y travaillent quotidiennement. L'apprentissage collaboratif (4) y a toute

sa place dans le quotidien et nécessite une volonté commune de partager en développant des espaces propices à la parole et aux échanges constructifs(4).

Ces espaces semblent pouvoir s'être développés ces dernières années dans certains secteurs mais sont ils propices aux échanges et à l'expression? La gouvernance hospitalière permet elle un développement de ces espaces?

La gouvernance hospitalière

Le système hospitalier a subi de grands changements impactant la pratique professionnelle des soignants. La mise en place de la tarification à l'acte, en 2005, a eu un fort impact sur les pratiques en centre hospitalier. Cette tarification, nommée «T2A», a obligé les hôpitaux à produire de l'activité pour gagner plus (5). Seuls les actes techniques sont identifiés, les temps de relation et de réflexions ne sont pas comptés et rémunérés. Grimaldi explique que «la T2A fait pencher la balance du côté de la gestion comptable et du quantitatif» (6).

En parallèle, les instituts de formation paramédicaux forment des soignants à la pratique réflexive. L'arrivée sur les terrains de stage est, pour eux, l'occasion de découvrir une réalité quelquefois éprouvante. Tribby et Patroucheva avancent que «l'alternance fonctionne le plus souvent de façon dissociative dans une gouvernance des stages qui reste tendu entre le pôle du centre de formation et celui de l'entreprise» (7).

Ce qui devait se révéler comme une continuité entre le lieu de formation et de stage, apparaît plus complexe qu'idéal. En effet l'environnement hospitalier, lieu de production, est parfois peu propice à l'apprentissage par expérience, l'étudiant se retrouvant face à un quotidien l'obligeant à être lui aussi productif.

De surcroit, malgré une évolution de la profession infirmière ces dernières années, le rôle propre et l'autonomie qui s'y raccroche, semble bien fragile.

Une pratique infirmière en évolution

Les conditions de travail de l'infirmier ont beaucoup évolué ces dernières décennies. En 1978, le code de la santé publique identifie une autonomie dans les soins. La profession infirmière cherche à s'émanciper et se voit attribuer un rôle propre lui permettant de se construire une identité professionnelle au-delà du rôle sur prescription. Le premier décret du 12 Mai 1981, révisé en 1984, liste les actes que peuvent réaliser l'infirmier (8).

Forte de 40 ans de pratique, l'infirmière a pu se saisir d'une pratique bien différente du modèle d'infirmière religieuse qui semble loin, mais à la fois si prêt lorsque l'on entend encore le mot «dévouement» et «vocation». Cette représentation du métier existe dans d'autres pays de l'Europe, comme le décrivent certains auteurs de thèses ou d'articles.

Selon Noel-Hureaux (9), «les infirmières maintiennent inconsciemment un sentiment de sécurité sur une pratique ancrée, dans une autonomie professionnelle davantage centrée sur le rôle délégué. C'est le modèle de l'exécutante qui réalise des tâches dépendantes des contraintes et selon des logiques qui ne lui permettent pas de travailler autrement qu'en ayant une autonomie subordonnée à celle des médecins» (9).

Il nous a paru nécessaire d'explorer d'autre part, en quoi le système institutionnel pouvait impacter la pratique infirmière. Que découvre-t-on à travers les recensions d'écrit, qu'apprenons nous aussi sur l'institution?

L'institution hospitalière

Bourgeon (10) affirme que l'hôpital est un espace violent et hiérarchisé où les jeux de pouvoirs se mettent en scène à travers le soin. Il explique que «la division du travail entraîne, lorsque la productivité augmente, une distribution de tâches». Il évoque également le fait que les progrès médicaux ont multiplié d'une manière significative les tâches techniques imposant une délégation de tâches aux infirmières qui ont elles-mêmes déléguées aux aides-soignantes. Ces tâches, à chaque fois déléguées, sont les « moins nobles et moins valorisantes » impactant la reconnaissance des subordonnés.

Ces glissements de tâches se sont déroulés insidieusement dans le temps, sans que nous puissions en prendre réellement conscience. Cette délégation impacte le rôle propre et le pouvoir d'agir de chaque subordonné. Par exemple, l'infirmier, effectuant plus de gestes techniques, délègue les soins d'hygiène aux aides-soignants qui expriment n'avoir plus assez de temps pour parler avec les patients ou pouvoir se rendre aux réunions d'équipe.

C'est en poursuivant plus loin cette réflexion sur «le» ou «les pouvoirs» que les recensions d'écrits nous conduisent vers la théorie de Foucault. Ce dernier met en avant la manière dont les pouvoirs s'articulent aux sujets et aux savoirs ou à des formes de «vérités» dans nos sociétés occidentales, au sein de divers domaines d'expérience et à différentes époques. Il évoque les dispositifs et la présence de micro-pouvoirs au sein des institutions (11).

Pour lui, le pouvoir existe sous une forme implicite et ne se situe pas qu'au niveau des grandes institutions mais aussi localement. Il amène ainsi la soumission de l'apprenant à travers ce lien de pouvoir dans toutes les institutions et les dispositifs.

Bourdieu nous éclaire sur sa perception de la domination: il nous apprend que «les acteurs subissent la domination qui s'exerce à leur insu, et ils contribuent ainsi à son exercice» (12). Il évoque les contraintes douces et dissimulées, contrairement à la violence physique et verbale. Il mentionne la présence d'une violence symbolique plus sournoise et travestie.

Les structures de domination seraient selon Boltanski (12) «le produit d'un travail de reproduction auquel concourt les institutions pour faire apparaître comme naturel les relations de dominations».

D'un point de vue sociologique, Boltanski mentionne une différence entre le pouvoir qui est visible et la domination plus implicite qui doit être «dévoilée». Pour lui, «le travail sociologique de dévoilement de dénaturalisation des relations sociales contribue ainsi à la possibilité d'une émancipation par rapport à ces structures de dominations»(12).

Cette domination peut se retrouver à plusieurs niveaux. Concernant les liens hiérarchiques, l'infirmier se situe, dans un service hospitalier, sous l'ordre du cadre de santé et du médecin. Ce lien de domination, influencée par la position hiérarchique, paraît comme naturel.

Il peut s'ajouter à cela la domination de genre. Szerdahelyi et Ottogalli-Mazzacavallo font référence à Scott: «le genre signifie le système qui associe non seulement un sexe à des qualités puis à des rôles, mais aussi le sexe à des positions sociales [...]. Le genre devient, dans cette acception, un élément constitutif des rapports sociaux fondés sur des différences perçues entre les sexes et une façon première de signifier des rapports de pouvoirs» (13).

Cet auteur ajoute que la notion de genre est « une question ouverte qu'il faut apprendre à poser dans un contexte donné ». En repérant les « jeux » de domination qui s'inscrivent au sein d'une équipe, peut-être pourrions-nous percevoir le « lieu » des dominations de chacun des acteurs, hommes ou femmes, qui en voulant contrôler « leur espace social » exerce une relation de domination de l'un sur l'autre (Exemple: espace social masculin/médecin- Féminin/infirmière).

Par ailleurs, nous pourrions nous poser la question d'une forme de domination implicite des anciens professionnels exerçant dans le service. Cette « domination des anciens » dits « expérimentés » pourrait-elle influencer l'infirmier novice et le contraindre à agir malgré lui, contrairement à ses valeurs, dans une forme de soumission ?

Enfin, chaque individu possède un caractère qui lui est propre. Travailler en équipe induit de collaborer aussi avec les caractères de chacun. Chaque personne, quelle que soit sa position hiérarchique, pourrait en fonction de son caractère, se révéler être dominant ou dominé selon le contexte.

Nous nous sommes alors posé cette question: Comment la réflexivité peut-elle alors s'inscrire dans le quotidien infirmier ?

La réflexivité et la formation infirmière

Le paradigme de l'apprentissage nous conduit à repenser la formation autrement: Il ne s'agit plus de saupoudrer des connaissances théoriques mais d'inciter les futurs infirmiers à devenir acteurs de leurs apprentissages. La réflexivité s'inscrit dans cette démarche au cœur même de la formation initiale des infirmiers.

Durant son cursus en institut de formation initiale l'étudiant infirmier, accompagné par le formateur, s'exerce à devenir un praticien réflexif. Balas-Chanel nous explique que cet apprentissage se réalise « grâce à un retour de la conscience sur elle-même, de manière régulière et volontaire, avec le but de prendre conscience de sa manière d'agir dans les situations professionnelles et formatives ». (14)

La réflexivité en IFSI (Institut de formation en soins infirmiers), selon le référentiel de formation, se déroule lors d'APP (Analyses de pratiques professionnelles) et d'entretiens d'explicitations. Le portfolio est utilisé comme support de rédaction et d'explicitations de situations vécues par l'étudiant. Il évolue dans ses apprentissages au regard d'un travail réflexif continu.

Il devrait donc, à l'issue de ces trois années de formation, avoir développé une disposition à la réflexivité et engager une posture réflexive dans son quotidien de soignant. Mais nous n'avons pas la preuve.

Outre le fait que la réflexivité apparaît comme élément incontournable de l'identité professionnelle, elle présente d'autres atouts.

Réflexivité et impact sur les soignants

La littérature ne permet pas de démontrer l'impact positif de la réflexivité sur les apprentissages. Néanmoins, les études réalisées portent principalement sur le degré de satisfaction des apprenants et nous montrent le bien fondé de la réflexivité au-delà de la formation initiale. Des études, citées par NGuyen et Raymond-Carrier (15), ont prouvé que la pratique réflexive

supervisée, chez des étudiants en médecine, permettait de diminuer le stress et augmentait le bien être, tout en développant l'identité professionnelle. D'autres recherches ont mis en exergue une amélioration des habilités techniques, un accroissement de l'humanisme des soignants ainsi qu'un développement de l'empathie (15). Dubé en 2012 (16) évoque un développement de l'introspection, l'ouverture aux autres et de l'analyse critique des infirmiers grâce à la pratique réflexive.

Mais qu'entend-on par pratique réflexive, qu'est ce que la réflexivité?

La réflexivité, un terme polysémique

Aborder la notion de réflexivité est complexe du fait d'une littérature abondante à ce sujet. Beaucoup de chercheurs et auteurs mentionnent ce terme polysémique dans de nombreux écrits, avec des approches multiples.

Bien que ce terme apparaisse depuis quelques décennies dans les sciences de l'éducation, puis plus récemment dans les sciences de la santé, la réflexivité ne date pas de notre siècle. Nous apprenons par Masciotra (18) que l'approche de la réflexivité en formation existe déjà chez les philosophes comme Socrate, Platon et Aristote. Socrate évoque la réflexivité à travers l'art de questionner et de dialoguer avec autrui. Il pratique ce que l'on nomme la dialectique, l'art de questionner et de se questionner pour raisonner. Il aime enseigner et marcher en même temps. Il avance des similitudes entre la marche à pied et la démarche réflexive. Cette métaphore de la marche à pied évoque la notion de rythme, lenteur, silence, chemin et le fait d'avancer.

Nous ne pouvons évoquer la réflexivité sans mentionner Dewey (1933), Argyris (1995), Kolb (1984) Schön (1994,2005), Vermesch (1994) et Perrenoud (2001). (15, 18, 19,20).

Schön en élaborant le concept de la réflexion dans et sur l'action, a mis en évidence la nécessité d'une prise de recul et de temps pour réfléchir sur l'action passée.

Perrenoud dans cette même idée exprime que «toute action est située, on ne peut la décrire et encore moins la comprendre sans s'arrêter, parfois longuement, à la situation à laquelle elle prétend répondre» (19)

Balas Chanel (2013) nous éclaire sur la PR en mentionnant: «elle consiste à apprendre des expériences vécues [...] par un retour de la conscience sur elle-même, de manière régulière et volontaire». Elle ajoute une nécessité que la personne prenne conscience de sa façon « d'agir et de réagir dans des situations professionnelles ou formatives». (14).

Dans le quotidien infirmier, la pratique réflexive fait référence à l'adoption d'une approche réfléchie sur sa pratique et peut apparaître dans différents moments de la journée. Elle peut concerner l'infirmier qui réalise une introspection en solitaire ou qui s'engage dans un dialogue critique avec ses collègues. Elle peut être mise en œuvre occasionnellement de manière informelle ou dans des temps plus formalisés lors de réunions d'équipe, de staffs, d'APP ou de supervision.

La mise en œuvre de la réflexivité, et de l'esprit critique constructif qu'elle suscite, est loin d'être naturelle. Elle demande un effort personnel, un travail sur soi, et une connaissance de soi, pour effectuer une analyse sur son travail au sein d'un système (15).

Nguyen en 2014 rédige sa thèse «What is reflection?» Il élabore une définition de la réflexivité permettant de mettre en évidence un modèle intrinsèque et toute l'implication qu'elle sus-

cite: « la réflexivité est le processus qui consiste à s'engager dans des interactions attentives, critiques, exploratives avec ses pensées et ses actions, et leurs cadres conceptuels sous-jacents, en visant à changer ces différentes composantes et en examinant le changement ». (15, 20)

Cette définition met principalement en évidence les processus que la personne met en place dans la réflexivité, contrairement aux modèles plus extrinsèques qui en explique les contenus et les attendus. En cela il semble pertinent de nommer ici les composantes que NGuyen développe:

La composante «pensée-action» constitue l'objet de base et le départ de la réflexivité. Elle repose sur l'objet de réflexion. C'est le moment où le professionnel accepte de s'engager dans un processus réflexif. Elle demande une capacité de distanciation avec la pratique.

La composante «des cadres conceptuels sous-jacents» englobent les schèmes et les scripts qui sous-tendent la manière d'agir et de penser. C'est en explorant les habitudes, les valeurs, les représentations souvent implicites et inconscients que la réflexivité permettra d'accéder à la part d'inconscient.

A la composante «attentive, critique, explorative et itérative» s'ajoute la manière de réfléchir. Le processus ne se situe pas dans une pensée habituelle, la réflexion se développe et évolue cognitivement pour devenir réflexivité.

Cette troisième composante met en exergue la nécessité, d'une disponibilité temporelle et psychique, d'un espace de partage et d'un engagement personnel.

Cet engagement permet, pour l'infirmier, de co-construire des apprentissages en équipe. C'est dans cette perspective que s'inscrit le socioconstructivisme.

Réflexivité et socioconstructivisme

Cette approche socioconstructiviste, qualifiée par Lafortune, de « réflexive-interactive » nécessite «la coordination d'efforts collectifs, des discussions qui mènent à des prises de décisions collectives et des interventions concertées» (17). Analyser sa pratique seul ou en groupe nécessite de tenir compte de soi, des autres et de l'environnement dans lequel se construit ces interactions.

Pour l'infirmier, cela va nécessiter une prise de conscience individuelle et la volonté de vouloir s'engager, dans un processus de collaboration et d'attention de l'autre pour tenir compte des compétences de chacun, et ainsi co-construire de nouveaux apprentissages.

Sans cette volonté individuelle, l'engagement cognitif nécessaire à la réflexivité ne peut se faire.

L'engagement cognitif et la capacité réflexive

Poteau et Pelaccia mettent en avant le fait que «motivation, implication et apprentissage sont intimement liés», ainsi que «les interactions entre le comportement d'une personne, ses caractéristiques individuelles et son environnement»(22).

Viau décrit l'engagement cognitif comme «un degré d'effort mental que l'élève déploie lors de l'exécution d'une activité pédagogique». Il avance que l'apprenant ne doit pas avoir uni-

quement l'intention de s'investir, mais qu'il est tenu de le mettre en action. Pour cela il identifie la place de la motivation intrinsèque et élabore le processus de la dynamique motivationnelle (23).

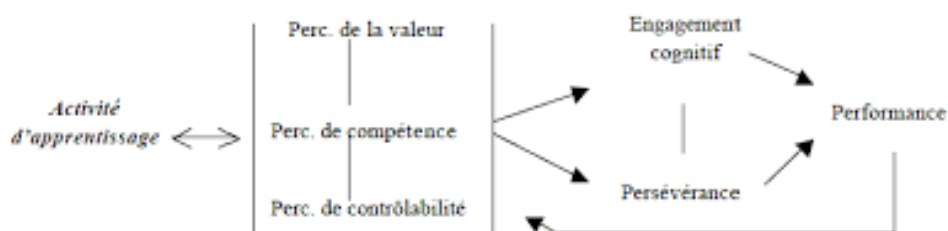


Schéma de La dynamique motivationnelle selon Viau (24)

Selon lui, «La dynamique motivationnelle se forge autour de perceptions relatives à trois composantes: «la perception de la valeur de la tâche», «la perception de compétence», et «la perception de contrôlabilité». Ces trois composantes engagées permettront de développer l'engagement cognitif, la persévérance et la performance. (22,23)

Deux composantes retiennent notre attention:

La composante de «perception de la valeur de la tâche» évoque la nécessité de comprendre en quoi la réflexivité s'avère essentielle dans la pratique infirmière. Pour se faire, nous pensons que l'infirmier doit avoir une expérience positive de sa pratique réflexive en IFSI afin qu'il puisse comprendre en quoi cela peut l'aider dans son quotidien en tant que professionnel. Holmberg-Laurency (26) a réalisé une étude à ce sujet et a exploré les perceptions des étudiants de leur pratique réflexive en IFSI. Cette étude rapporte que les étudiants ne comprennent pas toujours le sens de la PR en début de cursus, la perception de la valeur de la tâche se construit avec le temps et les connaissances théoriques acquises.

La composante de «perception de contrôlabilité» introduite par Deci et Ryan en 1987, (25) renvoie à la notion d'espace et liberté.

Dans cette perspective, l'infirmier en service hospitalier, ne pourra engager une réflexivité et être en capacité de construire une posture réflexive solide et durable que s'il perçoit un espace libre, ouvert à la parole et à la mise en débat.

Vers la question de recherche

Nous avons donc exploré à travers ce cadre conceptuel, la particularité du monde institutionnel perçu comme un lieu de dominations. En choisissant d'utiliser le mot domination plutôt que le mot pouvoir, nous induisons ici l'idée de ce qui n'apparaît pas explicitement.

Nous avons, à travers les concepts de la réflexivité, mis en évidence la nécessité d'un engagement cognitif pour lequel la mise en œuvre de la dynamique motivationnelle s'avère indispensable et oblige à un espace de contrôlabilité suffisant.

Cette réflexivité, pour être déclenchée, nécessite donc un espace de liberté et d'autonomie, et ne peut exister que dans un espace social sans contrainte (dans une perspective idéaliste) ou sans trop de contrainte (dans une perspective plus réaliste).

Nous pourrions donc en déduire que plus les dominations sont importantes, moins la personne se sent libre de s'exprimer, de penser, de réfléchir et d'apprendre.
Ce qui nous amène vers cette question spécifique:

Les liens de dominations en milieu hospitalier impactent-ils l'autonomie de l'infirmier et par conséquent sa capacité réflexive?

Méthodologie et résultats de la recherche

Méthode de recherche

La méthodologie adoptée est qualitative et multicentrique. Elle est axée sur l'exploration de la perception qu'ont les infirmiers sur leur pratique réflexive dans leur quotidien en institution.

Les infirmiers recrutés devaient avoir été sensibilisés à la réflexivité, c'est-à-dire formés avec le dernier référentiel de 2009. D'autre part ils devaient avoir deux années d'expérience en institution hospitalière, temps jugé suffisant pour pouvoir témoigner de leurs expériences.

Le mode de recrutement s'est réalisé via le réseau professionnel et les réseaux sociaux afin d'envisager une étude multicentrique, nationale et éloignée d'une institution de proximité. Cela dans le but de faciliter l'expression et le lien de confiance entre les interviewés et le chercheur associé.

Le travail de recherche a été présenté au comité d'éthique de l'université Strasbourg avec un retour positif permettant de débiter l'étude.

Un échantillon raisonné de cinq infirmières, a été constitué. Les entretiens semi-dirigés duraient de 45 à 60 minutes et ont été réalisés, en visioconférence, à l'aide d'un guide d'entretien explorant quatre points principaux: Le vécu de la pratique réflexive en IFSI, la place de la réflexivité dans leur quotidien en institution, le sentiment d'autonomie dans leur fonction, les liens qu'ils entretiennent avec l'équipe pluri-professionnelle de proximité (Annexe)

Ces entretiens ont été ensuite écoutés puis retranscrits au fur et à mesure, anonymisés et identifiés chronologiquement par A, B, C, D, E.

La retranscription systématique a permis de réajuster le guide d'entretien par deux fois.

Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 4	Entretien 5
A 49ans F(Femme) Diplômée en 2017 3 ans d'expérience en institution CHU et CHG : Médecine, soins palliatifs, chirurgie	B 30 ans F Diplômée en 2012 9 ans d'expérience en institution Médecine, EHPAD, SSR	C 30 ans F Diplômée en 6 ans d'expérience Médecine, SSR	D 24 ans F Diplômée en 2018 3 ans d'expérience Psychiatrie	E 32 ans F Diplômée en 2012 10 ans d'expérience en institution, CHU Chirurgie vasculaire

A la fin du cinquième entretien retranscrits, il a été jugé que les données étaient suffisantes et permettaient d'élaborer des réponses en lien avec la question spécifique.

Un codage des données a donc été effectué, en réalisant un tableau permettant d'organiser les témoignages des infirmières. Chaque thème a été ensuite repris, faisant apparaître les résultats de cette étude.

Résultats

Vécu de la réflexivité en IFSI

Selon les expériences de ces 5 infirmières, les souvenirs de pratique sont relatés uniquement sous forme d'APP en binôme avec le formateur ou en groupe, en retour de stage.

Elles sont vécues comme une contrainte : « au début je n'ai pas vu beaucoup d'intérêt et je ne comprenais pas le sens de ce qui nous était demandé [...] je ne comprenais pas toujours le pourquoi du comment » (D).

Nous entendons dans trois témoignages que plus les années passent en IFSI plus la pratique réflexive prend du sens. Une infirmière rapporte qu'au fur et à mesure et avec le temps, elle comprend ce qui est attendu. Elle met du sens aux APP et dit « trouver cela très constructif » (D). Deux participantes ont réalisé leurs études à l'FSI après avoir travaillé ou fait des études, elles évoquent leur parcours et expérience les ayant amenés à saisir rapidement ce qui était attendu des APP.

Une autre donne du sens d'emblée à cette réflexivité, elle met en avant sa personnalité et le fait de s'être toujours questionnée sur sa pratique « j'ai toujours été comme ça ».

Le bénéfice des APP est mis en avant : « ce temps était pour moi important par ce que c'est un moment que l'on consacre, un moment d'introspection, d'analyse, on pouvait mettre des mots sur notre ressenti. » (D).

L'ouverture et la sensibilisation au travail pluri professionnel est avancée comme un avantage de l'APP avec un partage riche avec les « pairs-étudiants, les formateurs voire les intervenants extérieurs » (D).

La PR permet de se sentir mieux pour une participante « en accord avec soi-même, avec les autres ».

La bienveillance est avancée comme déclencheur et moteur de la réflexivité. Une infirmière témoigne de son expérience à l'étranger pendant ses études. La bienveillance des professionnels, perçue dans ce stage, a déclenché chez elle un désir de respect et une certaine ouverture : « c'est vraiment là que je me suis questionnée et je suis arrivée avec une pratique réflexive bienveillante ».

Cette même infirmière évoque la place centrale du formateur qui, par sa posture, assure la confidentialité et le non jugement et peut aider l'étudiant à expliciter sa pratique en toute confiance.

Certains étudiants, avaient des difficultés à expliciter leurs situations, lors des APP, par crainte que les formateurs et les pairs étudiants ne portent un jugement négatif sur leurs pratiques et leurs témoignages. Même si cette infirmière se remémore le fait de ne pas avoir eu de difficultés lors des APP en IFSI, elle rapporte que « le pas est difficile à franchir » et qu'« il n'était pas facile et de montrer une part de sa fragilité avec ses pairs » (C)

La crainte d'une forme de sanction peut être entendue : « Heureusement ce n'est pas elle qui m'a noté car je lui avais dit que je n'étais pas trop d'accord ! » (C)

Certaines participantes soulignent un décalage et un manque de pratique réflexive sur les terrains de stage avec une charge de travail qui empêche les infirmiers de prendre du temps et de se poser avec les étudiants. .

Des ordres peuvent être donnés sans explication « c'est prescrit alors tu donnes! »(D).

La pratique réflexive dans le quotidien infirmier en institution

Perception de la réflexivité lors de l'arrivée en institution

La réflexivité représente 50% du travail infirmier pour une infirmière: «on travaille avec des humains». Mais les débuts professionnels peuvent être vécus comme très difficiles comme, elle nous confie : « quand je suis arrivée en tant que professionnel, la descente aux enfers, je pleurais tous les soirs, j'avais l'impression que le métier d'étudiante et d'infirmière, ce n'était pas le même travail».

Cette-ci relate dans ses propos qu'elle n'était plus maîtresse d'elle-même, et devait subir les remarques des collègues. Elle ne réussissait plus à prendre du recul sur sa pratique. Elle se représentait, d'autre part, pouvoir être formée lors de sa prise de fonction mais dit «avoir appris à l'arrache, sur le tas». Pour elle l'institution «n'est pas propice à la réflexivité car ce n'est déjà plus propice à la formation».

A son arrivée dans le service, une autre témoigne de l'obligation de faire ses preuves avec un sentiment d'avoir été surveillée dans ses débuts en service (B).

Il est rapporté par plusieurs une difficulté de mise en œuvre de la pratique réflexive au début de la prise de fonction. (C et D). Cela vient avec le temps et « selon les expériences de chacun » (C).

D'autre part il semblerait plus facile d'après les différents propos, de réaliser une pratique réflexive pour des apprentissages techniques ou un questionnement sur les soins. Interroger sa pratique relationnelle et éthique semble plus complexe, moins palpable «parce que on ne peut pas mettre le doigt dessus, ou les mots sur ce que l'on vient de vivre [...] il faut comprendre ses mécanismes et ce n'est pas évident» (C).

Temps de partage en équipe : Du formel à l'informel

L'apprentissage en équipe est avancé comme une évidence pour ces infirmières avec la nécessité de partager avec tous les professionnels médicaux et paramédicaux et les générations différentes : «Les connaissances viennent de partout et on met en place une réflexivité naturellement»(A)

L'expérience des plus anciens peut être vécue comme une aide pour les «plus novices» (A-B) Elle peut être cependant un frein et créer des résistances liées à la remise en question «de pratiques qui se font depuis plusieurs années»(B). Cela peut impacter la réflexivité et limiter les échanges.

La notion de liberté est avancée comme propice : «Plus on a de liberté, plus on a de le temps de se remettre en question parce qu'on ne peut compter sur personne pour le faire»(C).

Les différentes déclarations montrent l'existence ou non de temps et espaces formalisés:

Dans certains services, les temps communs de partage et discussion existent peu ou prou. Les équipes se croisent et n'ont aucune possibilité d'échanger sur la prise en soins des patients et sur leur pratique. Même les temps de transmissions qui pourraient se révéler être un temps ensemble peut disparaître: « les aides soignantes ne participent pas aux transmissions du matin parce que elles sont longues, et en plus elles ont l'impression de perdre du temps».

Pendant la visite du médecin, qui peut être brève, le temps est compté et nécessite des stratégies pour échanger: «j'utilise des mots qui auront un impact dans la prise en soins [...] il y a une façon d'amener»(B).

Les staffs, mentionnés par ces infirmières, sont des temps de concertations censés aborder la prise en soins singulière des patients. C'est au détour de ces temps de concertation que certains professionnels réussissent à mettre en œuvre une pratique réflexive, mais nous allons découvrir qu'ils sont vécus de façons différentes selon les secteurs et les infirmières interrogées.

Les temps formels: entre staffs et supervisions

Quatre infirmières témoignent de l'existence de staffs dans leurs services actuels ou passés: Les expériences sont différentes selon le lieu d'exercice. Par exemple, l'infirmière qui travaille en psychiatrie, raconte qu'il existe des staffs une fois par semaine et relate avoir «des réunions d'équipe où on évoque des prises en soins de patients qui questionnent où nous mettent en difficulté.» Elle ajoute «c'est une équipe très pluri professionnelle et on peut vraiment échanger». De plus, ce service met en place trois fois dans l'année des supervisions d'équipe avec un intervenant extérieur. Elle relate le fait que le cadre du service n'est pas présent dans cette supervision, pour éviter les liens de hiérarchie et faciliter la parole de chacun.

En lien avec cette idée, la psychiatrie est aussi mentionnée à travers d'autre propos. Une infirmière relate, son expérience dans différents secteurs. Pour elle, les lieux comme la psychiatrie et les CMP (Centres médico-psychologiques) sont propices à la parole et l'échange: «ils se posent plus de questions»(A).

Elle met en opposition les services de centres hospitaliers généraux où «tout est programmé, à telle heure c'est la visite, il y a les soins à faire [...] c'est tellement *timé*, qu'il faut qu'on arrive à tout compresser dans le temps imparti». Elle ajoute «il y a beaucoup de choses que les gens ne disent pas» Elle évoque un manque de réunion «quand les cas sont difficiles» et déplore le peu d'espaces de paroles dans les services.

«Ce n'est pas l'hôpital qui nous donne cette arme là» nous témoigne cette autre infirmière (D).

Malgré l'existence de staffs hebdomadaires dans certains services, ceux-ci ne semblent pas répondre aux attentes de certaines, comme il est dit dans cette expression: «Les staffs, pour moi sont purement administratifs, parce que c'est la loi, parce qu'il faut remplir des logiciels. Je pensais que ce serait intéressant parce qu'on aurait le temps de dialoguer et de donner notre avis sur le patient [...] on ne nous laisse pas en placer une [...] on ne parle pas de ce qu'on pense».

Dans ce service de pointe du CHU (Centre Hospitalier Universitaire), cette autre infirmière nous évoque la présence de temps de concertation lors de prise de décision de LATA (Limitation et arrêt des thérapeutiques actives). Tout le monde se réunit pour parler de la situation: professeurs, médecins, infirmiers, aides soignants.

Les temps informels de la PR

Les cinq infirmières relatent des espaces et moments différents pour se questionner sur leur pratique. Nous n'avons pas de preuves du niveau de réflexivité réalisé dans ces temps d'échange.

Ces différents temps se font par exemple «lors d'une pause cigarette» (C) ou lorsque les équipes se croisent dans différents lieux du service. Une participante raconte sa pratique réflexive régulière avec ses collègues au quotidien (D) «Pour la pratique réflexive en binôme c'est régulièrement avec une de mes collègues, c'est à la fin du soin, on se questionne si on éprouve des difficultés»

La réflexivité ne peut pas toujours être réalisée en service «on a tellement de travail, que l'on vit en décalé, on ne se voit même pas le temps de la pause». Cela semble s'inscrire alors individuellement à d'autres moments de la journée voire hors du lieu de travail : dans le trajet de retour, de retour chez soi seul(C), en famille: «j'en ai parlé à ma mère qui est infirmière» (D), ou «avec des anciennes amies d'école» (C).

Autonomie du travail infirmier

Les témoignages de ces infirmières nous démontre que le rôle sur prescription tient une place dominante dans le quotidien infirmier, au détriment du rôle propre.(A,C,E), avec l'impression d'être «l'ombre du médecin»(C). La domination médicale peut être présente parfois « cela m'est arrivé de tomber sur des professeurs 'la grosse tête' un peu comme à l'ancienne école, l'infirmière exécute» (D).

L'infirmière qui travaille en psychiatrie, évoque l'espace de liberté dans son service, et témoigne d'activités majoritairement en lien avec son rôle propre. Elle y décrit des temps de réflexions possibles, des temps d'échanges multiples et une liberté qu'elle n'a pas trouvée lors de son expérience en service hospitalier général.

Dans ce service de pédopsychiatrie, elle y témoigne d'une autonomie dans les soins et dans sa pratique «chacun son rôle dans son coin et on a des moments de partages». Elle ajoute «la pédopsychiatrie, c'est quelque chose de subtil, on travaille vraiment en collaboration avec des tonnes de partenaires, et les parents».

Les mots «pouvoir» et «domination» ne sont prononcé à aucun moment dans les témoignages mais ils apparaissent de manière implicite dans les propos de chaque infirmière. Une infirmière considère la domination comme un sujet tabou.

L'institution lieu de pouvoir

La pression hospitalière

La charge de travail est, à plusieurs reprises, énoncée dans les propos :

Dans ce témoignage cette infirmière nous expose le manque de temps pour s'interroger lors de son travail quotidien, elle compare l'institution à un environnement restreint« je n'avais plus le temps de m'interroger, Je n'étais plus en adéquation avec mes valeurs. Je n'avais même plus le temps de penser [...] pour pouvoir me poser, prendre du recul». Elle évoque l'institution comme un environnement restreint avec l'impression « d'avoir la tête dans le guidon» (C). La charge mentale est exprimée par plusieurs infirmières avec une difficulté de relever la tête, et se distancier.

Nous pouvons voir apparaître des témoignages de fonctionnements différents selon la spécialité médicale. Ceci ne permet en aucun cas de stigmatiser des lieux, mais plutôt d'avoir une perception singulière de la culture de certains services.

Plusieurs infirmières témoignent de la spécificité de certains services et les différences de cultures selon ces services.

Il semblerait y avoir des lieux plus propices à la parole et à l'échange comme cette infirmière qui témoigne de son expérience en réanimation: «je trouve que là, la discussion avec le médecin est plus facile parce que on travaille en binôme avec lui, les soins sont faits à deux avec le médecin, les médecins sont beaucoup là sur place». (D)

Les liens de domination

Le travail pluri professionnel de concertation est avancé par toutes comme une nécessité à leur fonction. Elles expriment néanmoins des difficultés relationnelles liées aux traits de caractères des différents acteurs de proximité.

La relation avec les collègues:

Toutes les infirmières interrogées mettent en avant la singularité de chaque personne et évoque les traits de personnalité « il y en a qui prendront plus de temps sur des choses plus techniques, plus visibles, et ne prendront pas de temps pour cette réflexion [...] il y en a qui ne parlent pas [...], elles sont moins ouvertes d'esprit et plus dans le jugement [...] ce sont des personnes très ritualisées, très carrées».

Même si au départ, l'âge du soignant apparaît dans les propos comme évident, cette notion disparaît au fil de l'entretien: «il y a des jeunes qui arrivent et qui sont déjà comme s'ils étaient de vieux infirmiers, qui ne se remettent pas en question [...] Ça dépend des infirmiers, de leurs expériences, de leur volonté, le fait de se remettre en question ou pas, ce n'est pas une question d'âge»(A), «Il y a des infirmières qui n'étaient pas trop ouvertes à la discussion[...] les anciennes sont parties et une est restée, et elle a complètement changé» (D).

Selon les caractères de ces personnes, les infirmières témoignent de l'impact que peuvent avoir les collègues sur leur pratique voire leur réflexivité:«j'agis en fonction de ce que l'on va penser de moi [...] des infirmières qui sont installées dans ce poste depuis très longtemps [...]. Je vais seulement avoir 30 ans et je pourrais être la fille de ces personnes là [...] je réfléchis à mes arguments» (B).

Une participante témoigne d'une difficulté de débiter en service avec des rapports de force «Certains vont attendre les nouvelles infirmières au tournant». Cela impacte sa pratique «j'ai ressenti le fait de ne pas être toujours moi-même avec certaines personnes» ou «oui parfois cela a bloqué ma réflexivité, pour rentrer dans le moule» (D).

Une témoigne de son arrivée dans le service et se remémore la posture bienveillante des collègues qui lui ont permis de s'ouvrir à la réflexivité: «j'ai très bien été accueilli par les seniors qui ont plus d'expérience que moi et me permettent de me questionner» (D).

Un désir de compréhension, et de non jugement et ce qui pourrait s'apparenter à une «ouverture d'esprit» est avancée comme une nécessité: « ce sont de très bonnes aides soignantes, et elles ont peut être leurs raisons de ne pas vouloir changer leur pratique [...] je cherche leur raison et j'aimerais que l'on fasse cela avec moi» (A)

La relation avec la hiérarchie

La place du cadre semble cruciale, et fédérateur de la parole au sein d'une équipe mais de par ses missions peut être en décalage par rapport à l'équipe: « un cadre qui est dans la répression et le jugement, on aura rien envie de faire, une cadre qui nous fait confiance, on a envi d'être dans la réflexion»(C).

Cette infirmière évoque la sanction: « c'est comme les enfants à l'école, si on fait une bêtise et que l'on se fait taper sur les doigts. Après on n'a pas envie de faire, et on devient bête» et a contrario, « une cadre qui nous fait confiance, on a envie d'être dans la réflexion» (C).

La place du cadre dans les supervisions est remise en cause du fait du lien hiérarchique. Il est à la fois un accompagnateur des équipes mais aussi un évaluateur : «Elle représente la loi et l'autorité et elle nous évalue à la fin de l'année, cela peut couper le franc-parler» (D)

Il est rapporté d'autre part « Si l'infirmière est soumise au cadre et au médecin, elle baisse la tête» (C).

Concernant la relation avec les médecins, celle-ci s'avère plus ou moins facile selon les caractères de ces derniers. Un lien hiérarchique semble d'emblée instauré du fait du rôle prescriptif Il est évoqué une amélioration des liens avec la nouvelle génération des médecins. Le fait de tutoyer les médecins faciliterait les échanges et les liens relationnels (D).

Discussion

Les résultats de cette étude mettent en évidence quatre grands thèmes,

Des souvenirs difficiles de la réflexivité en IFSI en début de cursus avec un manque de compréhension de ce qui était attendu. Cela croise les données d'étude Holmberg-Laurency (26). Cette auteure met en avant le rôle primordial du formateur dans l'accompagnement lors du cursus de professionnalisation. L'expérience vécue en IFSI est importante pour le futur infirmier car c'est à ce moment là qu'il construit son identité professionnelle. S'il a été accompagné de façon bienveillante, lors des ses apprentissages, donc lors des moments réflexifs, il se pourrait qu'il soit plus enclin à développer sa posture réflexive

Le développement de l'esprit critique de l'étudiant et de son ouverture d'esprit se fera à travers la reproduction de ce qu'il aura vécu en formation. Donc plus le formateur sera ouvert à la discussion, à la mise en place du débat, plus le futur professionnel s'ouvrira et développera son esprit critique. La formation initiale a donc un grand rôle à jouer dans cette dynamique.

Une pratique réflexive plus ou moins instaurée selon les secteurs et la hiérarchie:

Les temps formels comme les staffs pourraient ouvrir un champ du possible et un espace de créativité. Développés dans certains services, ils pourraient s'avérer être des moments propices à ces temps réflexifs, mais semblent se développer d'une façon différente selon le lieu d'exercice.

La HAS (Haute autorité de santé) avait édité en Juin 2017 un guide intitulé «Staffs d'une équipe médico-soignante, groupes d'analyse de pratiques (GAP)»(27).

Selon la littérature, peu ou prou de secteur retracent l'existence de ces staffs en tant que tel. Nous avons, à travers le témoignage de D, été témoin de l'existence de ces staffs réguliers dans ce secteur de pédopsychiatrie.

Le rôle sur prescription reste très présent dans le quotidien et représente la majorité de l'activité des infirmières en institution. Les résultats de cette étude mettent en avant des liens de domination et témoignent, de même, du pouvoir institutionnel subi par ses infirmières à l'hôpital. Il offre peu de place, de ce fait, à l'autonomie infirmière.

Il semblerait dans le contexte de ce témoignage en psychiatrie, que moins le rôle prescriptif est présent, plus l'infirmier semble avoir un espace d'autonomie et de liberté. Cette espace de liberté s'enrichit de la présence d'un espace de parole propice à la réflexivité.

L'autonomie infirmière s'avère être peu présente dans certains secteurs:

Des liens de relation et de domination peuvent impacter, comme nous l'avons vu, la liberté de parole, et la mise en débat nécessaire à la réflexivité. La culture inculquée par la hiérarchie médicale ou managériale influence cette possibilité d'ouverture et de dialogue au sein des services. Dumas, Douguet et al. (28) évoquent l'importance de l'ouverture aux autres et à d'espace de socialisation à l'hôpital.

Mais comme nous l'avons perçu dans la définition de la réflexivité, au-delà de cette espace de socialisation, se situe une volonté personnelle d'apprendre de sa pratique avec les autres. Cela demande à la personne de s'ouvrir à la parole de l'autre, d'être à l'écoute en évitant des jugements critiques trop hâtifs.

L'élaboration de ce genre de dispositif semble complexe à mettre en œuvre et demande, une certaine «ouverture d'esprit» de tous, pour développer cette culture propice à la réflexivité.

Il devient alors opportun de se poser cette question: Les étudiants en santé sont ils formés à l'esprit critique et à l'ouverture d'esprit? Et si oui, comment?

Conclusion

Ce travail de recherche met en exergue la complexité du travail en équipe pluri-professionnelle, du socioconstructivisme, et de la place de la parole au sein d'une institution. De nombreux témoignages mettent en évidence le concept de pouvoir institutionnel décrit par Foucault ainsi que les dominations décrites par Bourdieu. Le faible échantillon, ne pouvant être représentatif, il n'a pas été possible d'explorer toutes les dimensions de ces concepts.

Néanmoins, les témoignages de ces infirmières exposent avec authenticité leur quotidien ainsi que la difficile mise en place de la réflexivité à l'hôpital, lié à un espace de parole réduit.

Selon la personnalité des collègues soignants, des cadres, des médecins, la pratique réflexive se met en place de façon plus ou moins aléatoire, à des degrés différents et de manière individuelle et/ou collective.

Ces infirmières ont bien conscience de l'impossibilité de changer les caractères des collègues, de la hiérarchie et de changer l'institution elle-même. Néanmoins leur volonté de comprendre et de faire avec chacun montre qu'en développant un esprit d'ouverture et de non jugement, il est possible d'évoluer et de développer une culture propice à la réflexivité.

Il semblerait, alors, que former tous les professionnels de santé à un esprit critique et une «ouverture d'esprit» lors de leur cursus de professionnalisation permettrait d'inscrire la pratique réflexive avec plus d'évidence et de facilité dans le quotidien en institution.

A nous maintenant, formateurs de promouvoir cette philosophie pour une amélioration de la prise en soins des patients et une qualité de vie des soignants au travail.

Bibliographie

1. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier .Paris : Ministère de la santé et des sports. 2009, [En ligne]
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009.pdf Consulté le 31 janvier 2020.
2. Galle-Gaudin C, Aubry R. Penser la formation aux soins palliatifs: entre repères relationnels et pratique réflexive. Paris : L'Harmattan ; 2015,192p:13-16.
3. Chauveau S. Quelle histoire de l'hôpital aux XXe et XXIe siècles ? Les Tribunes de la sante. 2011; 33(4):81-9.
4. Baudrit A. L'apprentissage collaboratif: plus qu'une méthode collective?. Pédagogies en développement. Bruxelles : De Boeck; 2007. 160 p: 8-9
5. Coz PL. L'exigence éthique et la tarification à l'activité à l'hôpital. Revue de philosophie économique. 2009; 10(1):35-53.
6. Grimaldi A.Timsit J. Hôpital entreprise contre hôpital public. Le monde diplomatique. 2006; 630: 20-22.
7. Triby E. et al. La mise en crise de la formation des soignants par les compétences: la transmission renversée ; Biennale internationale de l'éducation, de la formation et des pratiques professionnelles. Paris, 2012 ; 13. [En ligne]
<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00790598/>. Consulté le 29 Septembre 2020
8. Grenier JM. Ces années qui ont permis l'émancipation des soins infirmiers. Revue de l'infirmière. Elsevier Masson. 2011 ; 174 :14-15
9. Noël-Hureaux E, Un concept polysémique : l'autonomie. Recherche en Soins Infirmiers. 2004; 78: 59-70.
10. Bourgeon D. Dons de temps, dons de vie : les enjeux de pouvoir à l'hôpital. Revue du MAUSS. 2013; 41(1):153-66. [En ligne]
<https://www.cairn.info/revue-du-mauss-2013-1-page-153.htm>. Consulté le 8 Nov. 2020
11. Foucault M. L'ordre du discours: Leçon inaugurale au Collège de France prononcée le 2 décembre 1970. Paris : Gallimard ; 2009. 81 p.
12. Wagner A.C. Domination, *Sociologie*. Les 100 mots de la sociologie. 66-68. [En ligne]
<http://journals.openedition.org/sociologie/2571>. Consulté le 31 octobre 2020
13. Szerdahelyi L. Ottogalli-Mazzacavallo C. Penser l'égalité dans les représentations du métier de Professeur D4PS, enjeux méthodologiques et critiques. L'égalité entre les filles et les garçons, entre les femmes et les hommes dans le système éducatif. 2019 ; 113(4) : 5-8. [En ligne].
<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02199819/document>. Consulté le 8 Nov. 2020.

14. Balas-Chanel A. Introduction. La pratique réflexive: un outil de développement des compétences infirmières. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2013.192p : 6-22.
15. NGuyen QD. Raymond-Carrier S. Un professionnel de santé qui se pose des questions : La réflexivité. In : Pelaccia T, Comment [mieux] former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé? Louvain-la-Neuve: De Boeck supérieur; 2016. 477p :45-62.
16. Dubé V. Développement, mise à l'essai et évaluation d'une intervention de pratique réflexive avec des infirmières œuvrant auprès de personnes âgées hospitalisées. 348.
17. Lafortune L, Dury C. Introduction/ Une démarche réflexive pour la formation en santé: un accompagnement socioconstructiviste. Canada : Presse de l'université du Québec; 2012. p1
18. D.Masciotra, Réflexivité, métacognition et compétence, Vie pédagogie. 2005;134(3): 29-31.
19. Perrenoud P. D'où viennent les savoirs mobilisés dans une analyse de pratiques. F Faculté de psychologie et de sciences de l'éducation Université de Genève. Texte d'une intervention au 3^e symposium des Groupes de Pairs, Société de Médecine Générale ; Paris : 2005. 18p. [En ligne].
https://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2005/2005_14.html
 Consulté le 16 nov. 2020.
20. Nguyen QD, Fernandez N, Karsenti T, Charlin B. What is reflection? A conceptual analysis of major definitions and a proposal of a five-component model. Medical Education. 2014;48(12):1176-89.
21. NGuyen QD. Raymond-Carrier S. Un professionnel de santé qui se pose des questions : La réflexivité. In : Pelaccia T, Comment [mieux] former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé? Louvain-la-Neuve: De Boeck supérieur; 45-62.
22. Poteaux N, Pelaccia T. Motiver les étudiants et les impliquer activement dans leur apprentissage. In : Pelaccia T. Comment [mieux] former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé? Louvain-la-Neuve: De Boeck supérieur; 181-194.
23. Viau R. La motivation en contexte scolaire. 2. éd. Bruxelles: De Boeck; 2009. 217 p. (Pratiques pédagogiques). 195p : 21-67.
24. Viau R, Louis R. Vers une meilleure compréhension de la dynamique motivationnelle des étudiants en contexte scolaire. Canadian Journal of Education / Revue canadienne de l'éducation. 1997;22(2): p146
25. Deci E.L, Ryan R.M. The support of autonomy and the control of behavior. Journal of personality and social psychology, New York, Plenum press. 1987; 53 : 1023-1037.
26. Holmberg-Laurency C. La réflexivité, un élément-clé de la professionnalisation infirmière. Spécificités. 2019; 14(3): 125-41.[En ligne] <https://www.cairn.info/revue-specificites-2019-3-page-125.htm>. Consulté le 3 Oct.2020.

27. Staffs d'une équipe médico-soignante, groupes d'analyse de pratiques. Haute Autorité de Santé. [en ligne] https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807236/en/staffs-d-une-equipe-medico-soignante-groupes-d-analyse-de-pratiques. Consulté le 15 Juillet 2021
28. Dumas M, Douguet F, Fahmi Y. Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ? RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme Entreprise. 2 février 2016; 20, 5(1):45-67.

ANNEXE

Guide d'entretien

Je vous remercie d'accepter cet entretien qui va m'aider à apporter des éléments de réponses à mon travail de recherche.

Celui-ci consiste à explorer à travers des entretiens semi-dirigés vos perceptions sur la pratique réflexive en institution hospitalière. Je vous poserai quelques questions ouvertes auxquelles vous pourrez répondre librement.

Cet entretien est confidentiel, durera environ 1H00 et sera enregistré, si vous êtes d'accord. Cet enregistrement sera détruit dès retranscription. Comme vous le savez, mon travail de recherche a été présenté, pour avis, au comité d'éthique de l'université de Strasbourg avec un retour positif. Les données traitées restent confidentielles et sont protégées.

Cet entretien reste anonyme. Je n'ai pas à connaître le lieu où vous travaillez, ce qui facilitera votre liberté de parole et d'expression.

Pouvez vous m'indiquer tout d'abord :

Votre âge ?.....

L'année de votre diplôme ?.....

Le nombre d'année d'expérience en institution hospitalière.....

Je débute l'enregistrement... (Attente de l'approbation)

Vous êtes infirmière diplômée après 2012, vous avez bénéficié de la formation avec le dernier référentiel de 2009 de formation des infirmiers.

1. **Vous avez construit lors de vos études en IFSI des apprentissages par une pratique réflexive régulière avec vos pairs étudiants et les formateurs. Pourriez-vous me décrire à quel moment se déroulait cette réflexivité et les souvenirs que vous en gardez ?**

formel/informel

APP, lors de l'apprentissage de geste, dans certaine UE... ?

Et en stage comment ces moments réflexifs se déroulaient ?

2. **Quels ont été pour vous, en tant qu'étudiant, les éléments facilitateur à la mise en œuvre d'une réflexivité, et à contrario ceux qui pouvaient la freiner ?**

Lien de confianceliberté de parole.....

Ou Peur de jugement.....

3. **En tant que professionnel, quel intérêt portez-vous à la réflexivité. Pour quelles raisons il vous semble important de mettre en place une réflexivité dans votre quotidien à l'hôpital?**

Remise en question de ma pratique....de nos pratiques

Facilite le travail collaboratif et le travail pluri-professionnel

Développement professionnel continu.....

4. **Lorsque vous avez débuté votre fonction d'infirmière, Quelle place a prise la pratique réflexive dans votre quotidien infirmier à l'hôpital ?**

Seul ?

En équipe ?

A quel moment ? visite ? Staff ? Moment de Pause ?.....

Dans l'environnement hospitalier qui est un champ social avec beaucoup d'interactions entre les soignants, quels sont les éléments qui peuvent pour vous permettre à la réflexivité de s'engager ?

Sentiment d'autonomie, liberté, oser prendre la parole, ouverture d'esprit.....

5. Qu'est ce qui, pour vous peut altérer, empêcher la pratique réflexive en équipe ?

Place de l'autonomie IDE, rôle propre, sur prescription....

6. Considérez-vous que l'hôpital soit un milieu propice la réflexivité et pourquoi ?

Capacité d'agir, temps, les autres, espace de contrôlabilité

7. Exposition la question de recherche

Les liens de domination en milieu hospitalier impactent-t-ils l'autonomie des infirmiers et par conséquent leur capacité réflexive ?

Attente des réactions et réponses de l'interviewé

Fin de l'enregistrement signalé

A nouveau remerciement, et je propose de leur envoyer les résultats de la recherche et je leur rappelle leurs droits de retrait avant le 20 Juin (inscrit sur le formulaire information et consentement)