
**Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires
méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire : Niveau de réflexivité atteint lors
des débriefings cliniques par les soignants de maison de repos: étude qualitative**

Auteur : Daigneux, Sarah

Promoteur(s) : 13641; Dancot, Jacinthe

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en gestion des institutions de soins

Année académique : 2022-2023

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/16955>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

**Niveau de réflexivité atteint lors
des débriefings cliniques par les soignants
de maison de repos : étude qualitative**

Mémoire présenté par **Daigneux Sarah**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en gestion des institutions de soins et des maisons de repos

Année académique 2022-2023

**Niveau de réflexivité atteint lors
des débriefings cliniques par les soignants
de maison de repos : étude qualitative**

Promoteur : **Dr. Servotte Jean-Christophe**



Co-Promoteur: **Dr. Dancot Jacinthe**



Mémoire présenté par **Daigneux Sarah**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en gestion des institutions de soins et des maisons de repos

Année académique 2022-2023

Remerciement

Je tiens à remercier tout d'abord mes promoteurs, la Docteure Jacinthe Dancot et le Docteur Jean-Christophe Servotte, qui m'ont permis tout au long de ce travail de développer mes connaissances et ma réflexivité, à mon rythme, avec beaucoup de bienveillance et de pédagogie. Leur expertise dans leur domaine respectif m'a offert une ouverture à d'autres thématiques, ainsi qu'à l'acquisition de nouvelles compétences utiles dans ma vie professionnelle.

Je remercie la direction et l'équipe du deuxième étage de La Kan, sans qui cette étude n'aurait pas pu avoir lieu. Leur professionnalisme et leur dévouement à leurs résidents ont été un baume au cœur au vu des conditions actuelles dans lesquelles les soins de santé se trouvent. Je tiens également à remercier Madame Jacqueline Daigneux, ma marraine, qui a réalisé de nombreuses relectures et corrections orthographiques, ô combien fastidieuses étant donné ma dyslexie/dysorthographe.

Enfin, mes remerciements, et pas des moindres, vont à mes proches, Evelyne Daigneux, Alain Lambotte, mes parents, Pierre Billen, mon compagnon, Myriam Ernotte et Bertrand Ernst mes amis, qui m'ont soutenue émotionnellement mais pas seulement : ils m'ont permis de nombreux échanges et ont été mes garde-fous durant ce mémoire.

Table des matières

Préambule	1
Introduction	2
<i>Objectif principal de l'étude</i>	7
<i>Objectifs secondaires de l'étude</i>	7
Matériel et méthodes	8
<i>Type d'étude</i>	8
<i>Population cible</i>	8
<i>Les critères d'exclusion de la population</i>	8
<i>Population étudiée accessible</i>	9
<i>Échantillonnage</i>	9
<i>Formation</i>	9
<i>Paramètres observés</i>	9
<i>Collecte des données</i>	10
<i>Outils de collecte des données</i>	11
<i>Planification de la collecte des données</i>	11
<i>Traitement des données</i>	12
<i>Méthode d'analyses</i>	12
<i>Critères de qualité (approche qualitative)</i>	14
<i>Composition de l'équipe de recherche, promoteurs de l'étude et origine des financements de l'étude</i>	15
Aspects réglementaires	16
<i>Comité d'Éthique</i>	16
<i>Vie privée et protection des données</i>	16
<i>Information et consentement</i>	17
Résultats	17
<i>Données sociodémographiques</i>	17
<i>Participation à l'étude</i>	18
<i>Les thèmes principaux abordés lors des débriefings cliniques</i>	19
<i>Les événements inhabituels survenus avant les débriefings cliniques</i>	19
<i>La triangulation</i>	20
<i>Questions de relance posées par le débriefeur novice</i>	20
<i>Exemples de niveaux de réflexivité verbalisés lors du débriefing clinique par les soignants de maison de repos</i>	21
<i>Relevés des niveaux de réflexivité et de processus réflexifs de Derobertsmasure et Dehon atteints pour les groupes lors des débriefings cliniques sur l'ensemble du corpus</i>	22
<i>Relevés des niveaux de réflexivité et de processus réflexifs de Derobertsmasure et Dehon atteints pour les participants lors des débriefings cliniques sur l'ensemble du corpus</i>	24

Discussion	28
<i>Confrontation avec les données de la littérature</i>	<i>28</i>
<i>Les limites et biais</i>	<i>31</i>
Perspectives	33
Conclusion	33
Bibliographie	34
Annexe 1 : Tableau support du débriefing clinique	37
Annexe 2 : Questionnaire socio-démographique	38
Annexe 3 : Demande d'avis au comité d'éthique et réponse.....	39
Annexe 4 : Formulaire de consentement pour l'utilisation de données à caractère personnel dans le cadre d'un travail de fin d'étude	45

Liste des figures :

<i>Figure 1 : Schéma synthétique des concepts des niveaux de réflexivité atteints lors des débriefings cliniques par les soignants de maison de repos.....</i>	<i>6</i>
<i>Figure 2 : La planification de l'étude par modèle de Gantt Chart</i>	<i>11</i>
<i>Figure 3 : Pourcentage de verbalisation des niveaux de processus réflexifs de Derobertmasure et Dehon au cours d'un même débriefing clinique en fonction des niveaux de processus réflexifs de Derobertmasure et Dehon.</i>	<i>22</i>
<i>Figure 4 : Pourcentage de verbalisation du niveau 1 de la démarche réflexive de Derobertmasure et Dehon au cours d'un même débriefing clinique en fonction des processus réflexifs de Derobertmasure et Dehon verbalisés.</i>	<i>22</i>
<i>Figure 5 : Pourcentage de verbalisation du niveau 2 de la démarche réflexive de Derobertmasure et Dehon au cours d'un même débriefing clinique en fonction des processus réflexifs de Derobertmasure et Dehon verbalisés.</i>	<i>23</i>
<i>Figure 6 : Pourcentage de verbalisation du niveau 3 de la démarche réflexive de Derobertmasure et Dehon au cours d'un même débriefing clinique en fonction des processus réflexifs de Derobertmasure et Dehon verbalisés.</i>	<i>23</i>
<i>Figure 7 : Pourcentage de sujets ayant verbalisé les niveaux de processus réflexifs de Derobertmasure et Dehon en fonction des niveaux de processus réflexifs de Derobertmasure et Dehon.....</i>	<i>24</i>
<i>Figure 8 : Pourcentage de verbalisation du niveau 1 de la démarche réflexive de Derobertmasure et Dehon par sujet sur l'ensemble des débriefings cliniques en fonction des processus réflexifs de Derobertmasure et Dehon verbalisés.....</i>	<i>25</i>
<i>Figure 9 : Pourcentage de verbalisation du niveau 2 de la démarche réflexive de Derobertmasure et Dehon par sujet sur l'ensemble des débriefings cliniques en fonction des processus réflexifs de Derobertmasure et Dehon verbalisés.....</i>	<i>25</i>
<i>Figure 10 : Pourcentage de verbalisation du niveau 3 de la démarche réflexive de Derobertmasure et Dehon par sujet sur l'ensemble des débriefings cliniques en fonction des processus réflexifs de Derobertmasure et Dehon verbalisés.....</i>	<i>26</i>

Liste des tableaux :

<i>Tableau 1 : Exemples de verbatims pour les consensus lors de la triangulation.....</i>	<i>20</i>
<i>Tableau 2 : Exemples de questions de relance posées par le débriefeur novice.</i>	<i>20</i>
<i>Tableau 3 : Exemples de verbatims de niveau 1 de réflexivité verbalisés lors du débriefing clinique par le soignant.....</i>	<i>21</i>
<i>Tableau 4 : Exemples de verbatims de niveau 2 de réflexivité verbalisés lors du débriefing clinique par le soignant.....</i>	<i>21</i>
<i>Tableau 5 : Exemples de verbatims de niveau 3 de réflexivité verbalisés lors du débriefing clinique par le soignant.....</i>	<i>21</i>
<i>Tableau 6 : Exemples de problématique/solution.....</i>	<i>24</i>
<i>Tableau 7: Individus ayant verbalisé les niveaux de processus réflexifs de Derobertmasure et Dehon en fonction du temps de travail contractuel.....</i>	<i>26</i>
<i>Tableau 8: Individus ayant verbalisé les niveaux de processus réflexifs de Derobertmasure et Dehon en fonction des formations complémentaires.</i>	<i>26</i>
<i>Tableau 9: Individus ayant verbalisé les niveaux de processus réflexifs de Derobertmasure et Dehon en fonction de l'ancienneté des individu.....</i>	<i>27</i>
<i>Tableau 10 : Individus ayant verbalisé les niveaux de processus réflexifs de Derobertmasure et Dehon en fonction de la profession.</i>	<i>28</i>

Liste des abréviations :

MRS : Maison de repos et de soin

N° : numéro

N° debrief clin. : Numéro de débriefing clinique

Nb : nombre d'individus

Nb Niv : nombre d'individus niveau

% Niv : Pourcentage d'individus niveau

Résumé

Problème examiné : Les soignants de maison de repos et de soins sont confrontés à des retours d'hospitalisation rapides et à une population pluripathologique. Ces institutions sont soumises à une obligation de soins de qualité et de rentabilité. Les soignants, afin de devenir experts, se forment de façon continue. Néanmoins, ils ne peuvent tendre vers leur expertise du domaine que s'ils réalisent une démarche réflexive de leurs pratiques afin d'en tirer un apprentissage qu'ils pourront mettre en place par la suite. Cette étude vise à analyser le dialogue (verbal) qui se crée durant le débriefing clinique de l'équipe soignante, afin d'observer le niveau de processus réflexif atteint par chacun des participants, à travers le modèle de Derobertmeasure et Dehon.

Population étudiée : Une des équipes soignantes de la résidence la Kan. Elle se compose de 18 soignants (infirmiers, aides-soignants et étudiants), employés liés par un contrat de travail avec l'institution, diplômés ou non, travaillant actuellement dans les soins.

Méthode envisagée : L'étude envisagée est une étude qualitative descriptive. Les soignants ont réalisé 22 débriefings cliniques sur une période de 7 semaines. Les données socio-démographiques ont été collectées via un questionnaire avant les débriefings cliniques. Les débriefings cliniques réalisés par les soignants ont permis de rassembler le corpus d'où ont été extraits les niveaux de réflexivité et les processus réflexifs verbalisés. Les retranscriptions des enregistrements des débriefings cliniques ont été analysées suivant le modèle de Derobertmeasure et Dehon.

Éléments clés de l'analyse critique : Cette étude présente une tendance favorable au modèle des niveaux et des processus réflexifs de Derobertmeasure et Dehon en utilisant l'angle du débriefing clinique. Les soignants ont verbalisé les niveaux de réflexivité ainsi que différents processus de réflexivité. Ceci permet d'observer une démarche réflexive de la part des soignants à différents niveaux de réflexivité.

Mots clés : réflexivité, processus réflexifs, infirmier, aide-soignant, débriefing clinique, maison de repos et de soins

Abstract

Problem studied : The nurses and nursing assistants in nursing homes are confronted with rapid returns from hospitalizations and a multi-pathological population. These institutions are subject to an obligation of care quality and profitability. The nurses and nursing assistants, in order to become experts, undergo continuous training. However, they can only become experts in their field if they take a reflective approach to their practices in order to learn from them and implement them later. This study aims to analyse the (verbal) dialogue that takes place during the clinical debriefing of the care teams, in order to observe the level of reflective process achieved by each of the participants, through the model of Derobertmeasure and Dehon.

Population : One of the care teams of the residence "La Kan". It consists of 18 care workers (nurses, nursing assistants and students), with or without diplomas, employed under a contract of employment with the institution.

Method : The proposed study employs a descriptive qualitative approach. The nurses and the nursing assistants conducted 22 clinical debriefings over a period of 7 weeks. Socio-demographic data were collected via a questionnaire prior to the clinical debriefings. The clinical debriefs conducted by the nurses and nursing assistants enabled the collection of the corpus from which the levels of reflexivity and verbalised reflexive processes were extracted. The transcripts of the recordings of the clinical debriefings were analysed according to the model of Derobertmeasure and Dehon.

Key elements of the critical analysis : This study shows a trend towards Derobertmeasure and Dehon's model of reflexivity levels and processes using the clinical debriefing angle. The nurses and nursing assistants verbalised the levels of reflexivity as well as different processes of reflexivity. This allows us to observe a reflective approach on the part of the nurses and nursing assistants at different levels of reflexivity.

Keywords : reflexivity, reflective processes, nurse, nursing assistants, clinical debriefing, nursing home

Préambule

Mon master en santé publique, finalité gestion des institutions de soins et des maisons de repos, a été réalisé à la suite de mes études d'infirmière, tout en travaillant à temps plein sur le terrain en maison de repos et de soins. A la suite de ces années d'expérience acquise en parallèle de mon mémoire, j'ai pu observer les différents modes de pensée de réflexivité des soignants sur leur pratique et les mettre en relation avec les cadres théoriques exposés lors du master. Il a été également possible pour moi de discuter avec les différentes hiérarchies avec lesquelles j'ai collaboré. Ce qui ressortait de ces entretiens était, entre autres, le coût financier qu'engendraient la formation et les développements de projets au sein des infrastructures. La pertinence auprès du personnel de soins et son adhésion n'étaient pas toujours présentes et causaient une perte de temps et de ressources pour les institutions.

Suite à ce constat et aux différentes lectures que j'ai réalisées, certaines questions ont commencé à germer, telles que : « Que se passe-t-il dans la tête des soignants par rapport à leur pratique ? Qu'est-ce qui découle de ce questionnement ? »

A l'heure de la course à la qualité, l'adhésion des soignants aux changements en lien direct avec les besoins de terrain représente à mes yeux une clef du développement des soins, de la pratique professionnelle et de la sécurité des patients, ainsi que des soignants.

J'ai observé mes lieux de travail et, ensuite, je me suis plongée dans la littérature. J'ai pu ainsi constater une absence à la fois d'action sur le terrain et de recherche à ce sujet. Il en est ressorti une question : « Pourquoi cette partie de la population n'était-elle pas étudiée davantage ? »

La population âgée et pluripathologique augmente au sein de la population, par conséquent les besoins en maison de repos et la demande de soins de plus en plus poussés également. Alors que l'on rentre dans une ère où les maisons de repos sont, avant tout, les maisons de résidents et plus uniquement des lieux de soins, l'adaptation des soignants à ce changement est essentiel.

C'est pourquoi ce travail portera sur le questionnement relatif à la réflexivité du soignant pour améliorer l'ensemble de sa pratique.

Introduction

En tant que lieux de soins, les maisons de repos (et de soins) MR(S) et les gestionnaires de ces institutions sont soumis à une obligation de qualité. La qualité des soins va de la compétence d'un professionnel à la qualité globale du système de santé. Elle prend également en compte les valeurs et la place de l'individu qui en réalise l'évaluation. La qualité des soins peut donc être approchée de différentes façons : en distinguant les différentes dimensions qualitatives, en relevant les différents points de vue selon l'observateur et en étudiant les principaux problèmes de qualité des soins rencontrés (1).

Les soignants (comprenant dans ce travail les infirmiers et les aides-soignants) sont confrontés aujourd'hui à des retours d'hospitalisation plus rapides et à une population atteinte de pathologies multiples et vivant plus longtemps au sein de sa MR(S). Les services de santé pour les aînés subissent des changements rapides liés à une demande de soins de santé rentables, mais sûrs et de haute qualité (2). L'influence déterminante des soignants sur la qualité des soins est mise en avant : « ils jouent un rôle important et de premier plan dans l'amélioration des résultats de santé » (3). Grâce à la réflexion critique, les soignants acquièrent un contrôle conscient sur la qualité des soins (4). En particulier, Way suggère que « ... l'auto-réflexion est fondamentale pour démontrer la compétence et évaluer la performance » (5).

Afin d'améliorer la qualité de sa pratique de soins, le soignant doit donc mettre en œuvre une démarche d'auto-réflexion. Par cette perpétuelle remise en question, le professionnel soignant peut influencer l'ensemble du système de santé tant au niveau qualitatif que financier.

A notre connaissance, peu d'études¹ ont abordé la démarche réflexive du personnel soignant au sein des institutions pour seniors. Il existe donc un manque de connaissances de l'influence de la démarche réflexive du soignant sur la qualité des soins en maison de repos.

¹ L'étudiante chercheuse a réalisé des recherches sur (1) Medline avec une combinaison des mesh : quality of health care , nursing homes Metacognition , nurses, hospitals. (2) Scopus et CAIRN avec les combinaisons de mots : Nurses , hospitals , reflexivity, Metacognition, quality of health care, reflective approach. nursing homes. Pour CAIRN, une alternative en français a été également cherchée.

Les études qui portent sur la démarche réflexive du soignant sont réalisées, plutôt, en milieu hospitalier (6). Il en ressort que les soignants, en milieux hospitaliers, expriment un manque de temps pour réaliser une démarche réflexive dans l'action. Leur démarche réflexive leur demande une analyse rétrograde de leurs actions (7).

De manière générale, les études sont centrées sur la démarche réflexive des soignants par rapport à un outil managérial ou un outil d'analyse (ex. : la transmission ciblée), et non uniquement sur un accès à la démarche réflexive du soignant au quotidien. En outre, le terme « démarche réflexive » peut, selon les auteurs, avoir des connotations et définitions différentes voire être appelée « approche réflexive » en cas de traduction littérale de l'anglais, « *reflective approach* ».

Une étude réalisée par Lechasseur et al. en 2011 a montré l'importance du développement de pensée critique chez les étudiants soignants et aussi durant la formation continue des soignants diplômés (8). L'étudiant qui développe sa pensée critique serait ainsi assujéti à son propre rôle d'étudiant. Sa démarche réflexive porterait donc sur son rôle d'étudiant apprenant son futur métier. Quant à l'infirmier diplômé, sa démarche réflexive porte sur son rôle en tant que professionnel de la santé. Néanmoins, Lechasseur et al. concluent que les compétences d'un (futur) professionnel ne peuvent se développer que s'il tire des leçons de ses expériences professionnelles. Cette étude rejoint les conclusions tirées par Benner en 1995. À terme, grâce à une démarche réflexive, l'infirmier pourra développer un savoir expérientiel et tendre vers l'expertise (9).

Il semble dès lors intéressant d'examiner davantage la façon dont les soignants mettent en œuvre une démarche réflexive dans leur pratique quotidienne, au vu : 1. de l'exigence de qualité des soins présente dans les MR(S), 2. de l'importance des infirmiers et de leur auto-réflexion pour cette qualité des soins, 3. du peu de connaissances sur la démarche réflexive des soignants qui y travaillent.

La démarche réflexive peut être expliquée par la notion de la réflexivité développée par Schön. Il est important de développer cette notion, car ce concept décrit les processus mentaux des professionnels lors de leur pratique.

La réflexivité consiste à repenser et à reconstruire mentalement ses expériences. Pour cela, il faut une attitude d'ouverture et de curiosité sur ses propres expériences. Le soignant doit observer, avec une certaine prise de distance, ses choix d'actions, son processus d'apprentissage, sa démarche de prise de décision, le développement de ses pensées et idées, ainsi que son processus de création (10). Cette observation lui permet de réaliser une réflexion sur sa pratique, s'il le juge nécessaire. Schön estime que ce processus de réflexion en cours d'action, lors d'une situation inhabituelle, pendant sa pratique et sur l'action, constitue « l'art des praticiens » (11). Les problèmes que le soignant rencontre ne peuvent pas être résolus uniquement par une simple application de connaissances guidées par la rationalité technique. La réflexion dans l'action est divisée en quatre phases : la prise de conscience du problème, la structuration du problème (rechercher les différentes variables du problème), la restructuration du problème (démarche d'analyse des différentes variables du problème) et enfin l'expérimentation de solutions, au moment même, en vue de résoudre ce problème (12) (figure 1).

De 1977 à nos jours, la littérature relève l'existence de plusieurs modèles de la réflexivité. Derobertmasure et Dehon ont réalisé une synthèse de ces nombreux modèles et en ont fait ressortir trois niveaux de processus réflexifs. Leur modèle a été développé pour décrire la pratique réflexive des enseignants et a été illustré par un cas concret chez une future enseignante (13).

Les trois niveaux de processus réflexifs du modèle de Derobertmeasure et Dehon sont :

(13) (figure 1)

- Le niveau I correspond au processus réflexif « de base ». Ce niveau comprend, comme processus réflexifs, le fait « de narrer / décrire sa pratique », « se questionner », « prendre conscience » et « pointer ses difficultés / ses problèmes ». Ce niveau est dit « de base » car il est élémentaire pour mettre en place une pratique réflexive
- Le niveau II correspond à la détermination des éléments jugés importants par l'individu par rapport à une norme (explicite ou non), un modèle ou une intention. Ce niveau comprend, comme processus réflexifs, le fait de « légitimer sa pratique selon une préférence, une tradition », « légitimer sa pratique en fonction d'arguments contextuels », « légitimer sa pratique en fonction d'arguments pédagogiques, contextuels ou éthiques », « intentionnaliser sa pratique », « évaluer sa pratique », « diagnostiquer ». Il y a une prise de distance de l'individu par rapport à sa propre pratique.
- Le niveau III correspond à une expérience prochaine, hypothétique ou concrète. Ce niveau comprend, comme processus réflexifs, le fait de : « proposer une ou des alternatives à sa pratique », « explorer une ou des alternatives à sa pratique », « théoriser ».

Un processus de réflexivité est nécessaire pour améliorer la qualité des soins. Le processus de réflexivité engendre de nouvelles connaissances et compétences professionnelles. Il y a développement de l'expertise. Afin de pouvoir susciter les processus réflexifs chez les soignants, sans risque de déstabiliser le soignant en le suivant dans son environnement de travail, comme le ferait un évaluateur externe, sans forcément lui permettre de prendre le temps qui lui est nécessaire pour réaliser ses propres processus réflexifs, la mise en place de débriefings cliniques semble être une approche intéressante.

Le débriefing clinique paraît utile pour le développement de la réflexivité du soignant et de ce qu'il peut mettre en place pour tendre vers l'expertise dans son domaine. Le débriefing clinique consiste en une discussion d'apprentissage guidée (de 10-25min), de façon répétée, entre les participants, ici les soignants. Il vise à explorer et à comprendre les liens entre les événements, les actions, les processus de pensée et de sentiment des participants,

afin d'en transférer les comportements d'apprentissage dans la pratique clinique (14) (15). Il est recommandé de ne pas se limiter à l'apprentissage de l'échec, mais de les étendre à l'apprentissage du succès (14). Le débriefing clinique permet une forme d'apprentissage à faible coût (14). Il permet également aux responsables d'institutions d'encourager les soignants dans un changement collaboratif (16), de promouvoir une culture d'apprentissage continu et d'amélioration dans les soins aux patients (17) (figure 1).

Une étude de 2021 a été réalisée par Servotte dans un service d'Urgence, lors de la crise de la COVID-19, portant sur un nouvel outil : le débriefing clinique à distance. Les études portant sur le débriefing clinique sont actuellement sur un terrain en majorité hospitalier. Néanmoins, des enseignements peuvent en être tirés afin de les appliquer aux MR(S). Lors de l'étude de 2021, la méthode d'analyse Discover phase « plus /delta » a été utilisée. Cette méthode a été choisie principalement parce que le débrieur était extérieur à l'équipe clinique et n'était pas présent sur le poste pour observer l'activité (15). La méthode plus/delta est facile d'utilisation et possède une structure qui permet d'aborder les éléments aussi bien positifs que négatifs c'est-à-dire "ce qui s'est bien passé" et "ce qui aurait pu être mieux pendant notre prise en charge du patient" (18).

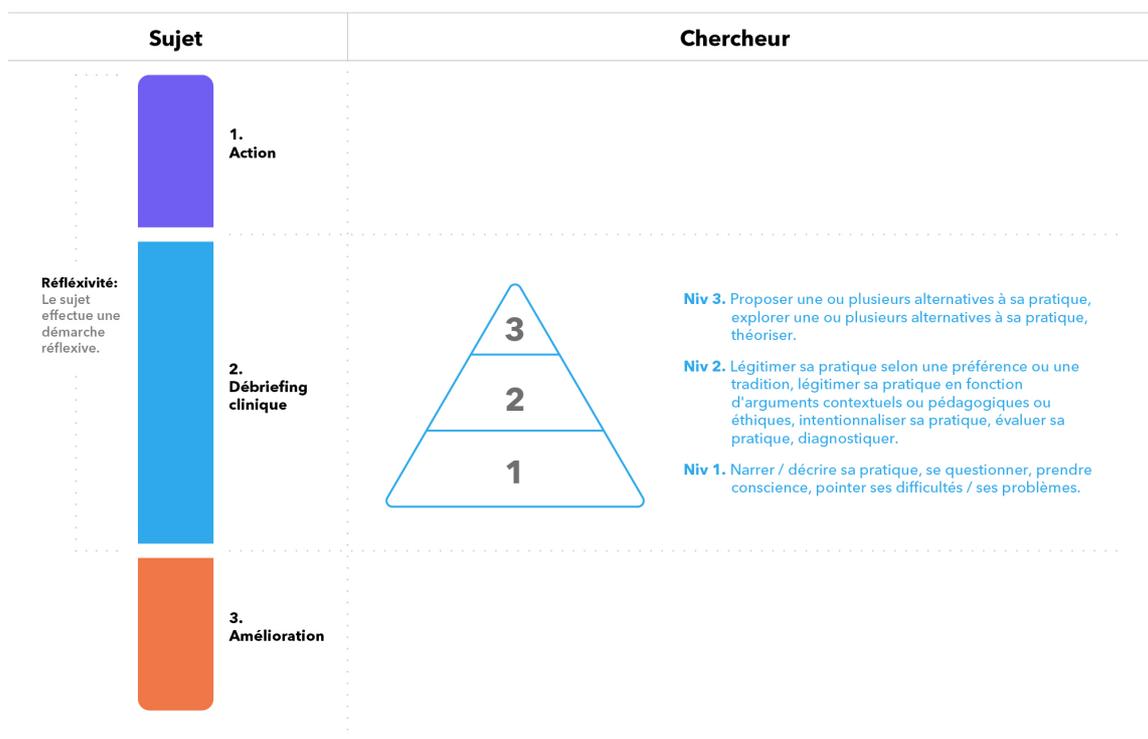


Figure 1 : Schéma synthétique des concepts des niveaux de réflexivité atteints lors des débriefings cliniques par les soignants de maison de repos

Au vu des éléments développés précédemment, il émerge que le gestionnaire des maisons de repos a comme intérêt d'améliorer la qualité au sein de sa MR(S). Pour cela, il a été démontré que les soignants, entre autres, étaient un facteur important influençant la qualité des soins. Le soignant doit donc tendre vers l'expertise de son domaine. Afin de devenir expert, le soignant se forme de façon continue et est influencé par ses années d'expérience. Néanmoins, il ne peut prétendre tendre vers son expertise du domaine que s'il réalise une démarche réflexive de sa pratique afin d'en tirer un apprentissage à mettre en place par la suite .

L'angle d'approche permettant l'observation de la démarche réflexive réalisée par le soignant des maisons de repos sur sa propre pratique, à travers le débriefing clinique, afin de relever les processus réflexifs du modèle de Derobertmeasure et Dehon, est une piste intéressante à explorer. Non seulement il a été peu relevé dans la littérature existante par rapport au terrain des maisons de repos, mais aussi il est centré sur les individus et leur vécu dans les situations auxquelles ils doivent faire face. La question qui découle des enseignements obtenus grâce à la littérature est : ***Quel est le niveau de réflexivité atteint lors des débriefings cliniques par les soignants de maison de repos ?***

Objectif principal de l'étude

Cette étude vise à analyser le dialogue (verbal) qui se crée durant le débriefing clinique de l'équipe soignante en maison de repos, afin d'observer le niveau de processus réflexif atteint par chacun des participants à travers le modèle de Derobertmeasure et Dehon.

Objectifs secondaires de l'étude

- Décrire l'influence d'autres facteurs contextuels sur l'évolution du niveau de réflexivité atteint.
- Voir si le modèle de Derobertmeasure et Dehon, sur les trois niveaux de processus réflexifs, est pertinent pour les soignants en maison de repos dans le contexte des débriefings cliniques .

Matériel et méthodes

Type d'étude

L'étude envisagée est une étude **qualitative descriptive** (19).

Population cible

Cette étude se déroule en région francophone. Le nombre de maisons de repos de la Wallonie francophone est de 595 institutions (20). Pour la région Bruxelles-Capitale, ce nombre de MR(S) s'élève à 138 institutions (sans distinction linguistique) (21).

Les critères d'exclusion de la population

- Les individus **ne travaillant pas dans les soins** dans le service (exemple: cadres). Ce critère est instauré suite à la volonté d'étudier seulement le personnel de terrain.
- Le personnel **paramédical et les médecins traitants**. Le personnel paramédical, étant occupé durant les débriefings cliniques pour les activités (d'occupation) des résidents, n'a pas été repris pour cette étude. Les médecins traitants, étant présents de façon ponctuelle et ne sachant pas se libérer non plus, ont été également exclus de l'étude.
- Les individus **ne maîtrisant pas la langue française** dans l'équipe soignante . Cela pour éviter tout biais linguistique.
- Les individus à **la retraite ou en arrêt de maladie ou de grossesse** dans l'équipe soignante. Cette étude porte sur une « photographie » des phénomènes, actuellement en cours.
- Les étudiants **non encore diplômés, en stage**. Cette étude porte sur « le professionnel » qui travaille sur le terrain, lié par un contrat de travail avec la maison de repos et non l'apprenti qui vient réaliser un stage dans le service.

Population étudiée accessible

La maison de repos choisie pour l'étude est la résidence la Kan Aubel, le service du 2^{ème} étage. Cette maison a été choisie suite à l'intérêt qu'a suscité le projet auprès de la direction et du service du 2^{ème} étage. L'étudiante chercheuse travaille également dans cette institution, dans le service du cantou, au rez-de-chaussée. Pour des raisons de pertinence de l'étude, le service dans lequel l'étudiante chercheuse travaille n'a pas été retenu, au contraire du 2^{ème} étage, au vu de l'étude de type qualitatif et du risque de biais.

L'équipe soignante de la résidence la Kan Aubel (le service du 2^{ème} étage) se compose de 18 personnes dont 4 infirmiers, 10 aides-soignants et 4 étudiants (sous contrat de travail) : employés liés par un contrat de travail avec l'institution, diplômés ou non (étudiants employés à l'année) , travaillant actuellement dans les soins uniquement.

Échantillonnage

L'échantillon est basé sur le volontariat. La demande a été faite à toutes les personnes de la population accessible. Tous les soignants volontaires ont été gardés et, par commodité, avec les soignants présents les jours de débriefing.

Formation

T0 : L'étudiante chercheuse a été formée, préalablement à l'étude, au débriefing clinique (par l'un de ses promoteurs, Dr Servotte J-C, instructeur en débriefing clinique et utilisateur régulier des débriefings).

T1 : L'équipe soignante a été formée au débriefing clinique (par l'étudiante chercheuse). Cette formation a duré 1h30 et a été divisée en deux parties, l'une théorique et l'une de mise en pratique par groupe. L'équipe soignante disposait d'un support adapté à l'étude (annexe 1) basé sur le DISCOVER PHASE : tableau support du débriefing clinique (22).

Paramètres observés

- Les données socio-démographiques reprenant : la profession du soignant, les années d'ancienneté dans la profession soignante, les formations complémentaires, le part-temps contractuel et la position du sujet autour de la table lors du débriefing clinique
- Le niveau de réflexivité atteint lors du débriefing clinique par le soignant de maison de repos, à travers une analyse des enregistrements des débriefings cliniques retranscrits et des processus relevés dans le modèle de Derobertmeasure et Dehon

- Les facteurs contextuels susceptibles d'influencer l'évolution du niveau de réflexivité atteint : les événements inhabituels survenus durant la pause, le nombre de débriefings cliniques réalisés par chaque sujet, la composition des groupes de débriefing, la dynamique de groupe, l'expérience du débriefeur et les thèmes principaux abordés lors des débriefings cliniques en parallèle du modèle DOLL de Paquay et Ghuysen (23)

Collecte des données

La collecte des données se déroule en deux temps :

T2 : L'équipe soignante a réalisé son débriefing clinique en équipe en présence de l'étudiante chercheuse (afin de lancer le projet) , après sa pause de travail, pendant 1 semaine à raison de 3 fois semaine , via un enregistrement vidéo et son et il y a eu une collecte des données sociodémographiques (Questionnaire en Annexe 2).

T3 : L'équipe soignante de la résidence la Kan Aubel (le service du 2 ème étage) a réalisé son débriefing clinique en équipe (sans la présence de l'étudiante chercheuse), après sa pause de travail, pendant 6 semaines à raison de 3 fois semaine, via un enregistrement vidéo et son et il y a eu une collecte des données sociodémographiques (Questionnaire en Annexe 2).

- L'ensemble des débriefings cliniques réalisés au T2 et T3 a été enregistré afin de permettre l'installation d'une routine au sein de l'équipe.
- Après discussion avec l'équipe, le moment le plus opportun pour réaliser les débriefings cliniques a été lors de sa pause de 10h, après la réalisation des toilettes du matin, l'administration des traitements et les appels urgents au médecin traitant. Le personnel du matin est généralement composé de 5 personnes dont l'une finit sa pause à 10h30, 1 à 2 personnes à 13h, enfin les personnes restantes finissent entre 15h et 16h.

Traitement des données

T4 : Les 22 enregistrements (données audio et vidéo) ont été retranscrits par écrit par l'étudiante chercheuse dans un document word. Les données sociodémographiques permettant le rôle des sujets dans les débriefings cliniques, afin d'identifier qui parle, les quatre variables d'intérêt sociodémographique ont été reprises dans un fichier excel afin de pouvoir, le cas échéant, pseudo anonymiser, à l'aide d'une numérotique, les retranscriptions écrites. Les retranscriptions ont été relues en parallèle de l'écoute des enregistrements afin de vérifier si l'ensemble des retranscriptions était bien identique aux enregistrements.

T5 : Les retranscriptions ont été analysées afin d'observer le niveau de réflexivité atteint lors du débriefing clinique par les soignants de maison de repos.

- Les T4 et T5 ont été mis en place de façon transversale, afin de permettre à l'étudiante chercheuse de retranscrire au fur et à mesure. Les données sont recueillies sur la totalité des enregistrements qui auront été réalisés.

Méthode d'analyses

L'analyse des données récoltées a été réalisée au fur et à mesure de l'étude.

- Suite aux débriefings cliniques réalisés par les soignants aux T2 et T3, les niveaux de réflexivité et les processus relevés dans le modèle de Derobertmeasure et Dehon atteints lors du débriefing clinique, ont été réalisés, à travers une analyse des corpus de débriefings cliniques. D'abord, l'étudiante chercheuse seule s'est appuyée sur un code couleur (rose pour le niveau 1 , bleu pour le niveau 2 et vert pour le niveau 3) et a identifié chaque processus. Ensuite, l'étudiante chercheuse a demandé à deux infirmières, à une aide-soignante (toutes trois dans les soins, pour avoir un regard de personnes étant à différents moments de leur carrière) et à un ingénieur (pour permettre un recul sur le sujet, une personne extérieure à la profession) de réaliser une triangulation supplémentaire des processus relevés sur les enregistrements N°2 ,11, 22 , sans avoir pris connaissance des analyses réalisées par l'étudiante chercheuse. Les débriefings N° 2, 11, 22 ont été choisis de façon aléatoire afin d'avoir trois temps dans l'étude (début, milieu et fin). Cette triangulation a eu pour but de récolter des visions différentes et d'examiner si les processus relevés sont identiques dans ces différentes visions. En cas de dissensus, les personnes participant à la triangulation ont exprimé leur point de vue sur la façon dont elles

interprétaient les verbatims. Elles se sont mises d'accord sur la classification des verbatims, après avoir entendu les arguments des différents participants. Cette triangulation a pour objectif de mener à des accords sur la classification des verbatims et permettre une augmentation de la fiabilité de cette classification et de l'analyse du corpus.

- Une analyse mettant en parallèle : les contextes des débriefings cliniques (l'environnement, les conditions dans lesquelles se déroule le débriefing) , les données sociodémographiques , ainsi que la différence entre les sujets pris individuellement ou l'ensemble du groupe et les niveaux de réflexivité atteints de même que les processus relevés dans les corpus en lien avec le modèle de Derobertmeasure et Dehon.

La mise en parallèle a été réalisée à travers deux tableaux principaux : ces tableaux ont permis de regrouper l'ensemble des données collectées afin d'avoir une vue globale des interactions entre les différentes données.

Le premier reprenant chaque débriefing individuellement, en parallèle

- des événements inhabituels survenus lors de la matinée de travail
- du nombre de sujets participant
- du nombre d'aides -soignants présents durant le débriefing
- du nombre d'infirmiers présents durant le débriefing
- du nombre d'étudiants présents durant le débriefing
- des niveaux de réflexivité ainsi que des processus de réflexivité atteints par le groupe.

Le deuxième reprenant chaque sujet de l'étude individuellement, en parallèle

- du nombre de débriefings cliniques réalisés
- des événements inhabituels survenus lors de la matinée de travail pour chaque débriefing clinique réalisé par les sujets
- du métier du sujet
- de l'ancienneté du sujet
- des formations complémentaires validées par le sujet
- du part-temps de travail pour le sujet par semaine

Critères de qualité (approche qualitative)

Les critères de qualité utilisés sont ceux proposés par Malterud (25).

La pertinence de la question de recherche est ciblée sur le but de cette étude. En effet, cette étude porte sur les niveaux de réflexivité atteints lors du débriefing clinique par les soignants de maison de repos. Les objectifs secondaires tentent de décrire l'influence d'autres variables contextuelles sur l'évolution du niveau de réflexivité atteint et de voir si le modèle de Derobertmasure et Dehon sur les trois niveaux de processus réflexifs est pertinent pour les soignants en maison de repos.

La pertinence des résultats de cette étude est assurée tout d'abord par une récolte des données à partir d'une structure de débriefing clinique, le « DISCOVER-PHASE » (15), ensuite par un enregistrement vidéo et audio des débriefings cliniques retranscrits et réécoutés une seconde fois afin de permettre d'en limiter les erreurs de retranscription. L'analyse des résultats se fait en parallèle du cadre théorique du modèle de Derobertmasure et Dehon sur les niveaux de réflexivité et les processus réflexifs pour chaque sujet mais aussi pour le groupe réalisant les débriefings. Enfin, une triangulation de trois des débriefings cliniques a été réalisée, afin de faire ressortir du corpus les éléments répondant à la question de recherche. Prendre en compte les dissensus, à travers une discussion entre les différents participants de la triangulation, mène à un accord pour la classification des niveaux des processus réflexifs et permet une cohérence dans l'analyse.

La réflexivité, au sein de cette étude, est développée à travers une mise en lumière du contexte actuel au sein de l'institution type de maison de repos (et soins), mais également par rapport au chercheur lui-même qui se retrouve dans un procédé dynamique de réflexivité par rapport à l'évolution de sa recherche et aux réponses qu'il recueille dans un contexte donné. Pour augmenter cette réflexivité, l'étudiante chercheuse a tenu un journal de bord (afin de relever ses propres pensées), elle a pris en compte dans son analyse le fait qu'elle soit infirmière elle-même de profession, son propre bagage, ainsi que le fait qu'elle soit novice dans le domaine des débriefings cliniques et elle s'est entretenue avec ses promoteurs (afin de prendre du recul sur les éléments relevés) . Ce qui en est ressorti a été retransmis dans la discussion.

La validité de cette étude est tout d'abord relevée par la question de recherche portant sur les discussions des niveaux de réflexivité atteints lors des débriefings cliniques des sujets. La méthode qualitative descriptive est donc tout à fait appropriée. S'y ajoute la mise en relation des éléments observés lors de l'étude et du cadre théorique. Enfin, il ne faut pas oublier dans la discussion que les débriefeurs de cette étude sont des novices et que, par conséquent, les questions de relance qui sont posées durant le débriefing ainsi que l'attitude du débriefeur novice, ont pu influencer le débriefing clinique de l'équipe de soignants. Une triangulation de trois des débriefings cliniques par 4 personnes extérieures a également été réalisée afin de renforcer la validité de l'étude.

La transférabilité des résultats n'est pas valable pour l'ensemble des maisons de repos en général, mais est propre à l'institution étudiée d'abord. Les résultats pourraient différer en fonction du contexte de l'étude, des débriefeurs (novices ou experts) et de l'équipe débriefée.

Composition de l'équipe de recherche, promoteurs de l'étude et origine des financements de l'étude

L'équipe de recherche est composée de :

- Docteur Servotte Jean-Christophe (infirmier, PhD santé publique, Gestionnaire de projets de recherche, Maître-assistant, Formateur en simulation – NaSim Département Paramédical)
- Docteure Dancot Jacinthe (infirmière, PhD santé publique, Maître de conférence en Faculté de Médecine Département des sciences de la Santé publique ULiège)
- Madame Daigneux Sarah (infirmière, étudiante de Master en Sciences de la Santé Publique – ULiège).

La réalisation de cette étude n'a pas nécessité de financement extérieur.

Aspects réglementaires

Comité d'Éthique

L'étude n'entre pas dans le cadre de la Loi du 7 MAI 2004. - Loi relative aux expérimentations sur la personne humaine. L'avis du comité d'Éthique n'est, a priori, pas nécessaire pour ce point. Néanmoins, au vu de la méthode de collecte des données et de la loi du 5 septembre 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel, le Collège des Enseignants du Master en Sciences de la Santé Publique a examiné la nécessité d'obtenir l'aval du Comité d'Éthique ; de plus, si à la suite des résultats obtenus, il semble intéressant de publier ce travail, cet aval préalable est utile (Annexe 3). Le Comité d'Éthique hospitalo-facultaire universitaire de Liège n'a pas émis d'objection à la réalisation de cette étude.

Vie privée et protection des données

Cette étude contient des données vidéo et sonores permettant l'identification des répondants.

Étape 1 : Récolte des données vidéo et sonores via l'enregistrement des débriefings cliniques réalisés par l'équipe de soin. Le stockage des données a été effectué de manière à garantir leur sécurité : les données collectées du fichier sont protégées par un mot de passe , codées (par le programme intégré au mac) et conservées sur un disque dur externe lui-même protégé par un autre mot de passe.

Étape 2 : Les enregistrements des débriefings cliniques sont retranscrits et pseudonymisés – avec conservation séparée de la table de correspondance liant code et identité des répondants. Les données relatives au patient, qui peuvent être échangées au cours du débriefing clinique, sont également pseudonymisées – avec conservation séparée de la table de correspondance liant code et identité des patients, de telle sorte qu'aucun élément ne puisse permettre l'identification de l'identité des individus présents directement ou indirectement dans cette étude.

Le stockage des données est effectué de manière à garantir leur sécurité : les données collectées du fichier sont protégées par un mot de passe , codées (par le programme intégré au mac) et conservées sur un disque dur externe lui-même protégé par un autre mot de passe. Pour des raisons académiques, l'étudiante chercheuse est dans l'obligation de garder les enregistrements vidéo et vocaux jusqu'à la défense de ce mémoire.

Étape 3 : Rédaction du mémoire au moyen des réponses désormais pseudonymisées.

Étape 4 : Les données seront effacées au terme de l'étude et de la défense du mémoire.

A tout moment, le sujet peut retirer ce qu'il désire de l'étude et demander la suppression de ses données, dans le cadre du respect du RGPD.

Information et consentement

L'obtention du consentement relève de l'aspect volontaire du recrutement. En préambule des débriefings cliniques, sont repris l'objectif de la démarche et l'assurance de l'anonymat des répondants et des données récoltées. Ce formulaire d'information, de consentement et de cession de droit à l'image sera fourni avant le questionnaire et avant les débriefings cliniques (Annexe 4).

Résultats

Données sociodémographiques

L'étude a été réalisée sur dix-huit sujets. Le groupe de sujets était constitué de quatre infirmières, un étudiant infirmier diplômé, dix aides-soignantes et trois étudiants aides-soignants non diplômés. Afin de garantir une pseudonymisation des sujets et au vu de risques d'identification par recoupements, les données seront comptabilisées sous forme de nombre de sujets et non identifiables par un code sujet reliant les données sociodémographiques aux verbatims dans ce mémoire.

Dix des sujets avaient plus de cinq ans d'ancienneté, trois sujets avaient entre trois et cinq ans d'ancienneté et cinq sujets avaient moins de deux ans d'ancienneté, sur ces cinq sujets trois étaient des étudiants. Les infirmières font toutes un temps plein contractuel. Les aides-soignantes, quant à elles, varient entre mi-temps contractuels et un trois-quart temps contractuel. Pour les aides-soignantes, l'ancienneté dans les soins n'influence pas leur temps de travail contractuel.

La majorité des infirmiers n'ont pas de formation complémentaire, excepté un sujet (infirmier) qui est aide-comptable et un sujet (étudiant infirmier diplômé) qui a une spécialisation Siamu. Exceptées les étudiantes aides-soignantes et 3 sujets aides-soignants, l'ensemble des aides-soignants a une formation complémentaire d'aide-soignant (150h). Cette formation augmente la possibilité pour les aides-soignants de prester des actes délégués par les infirmiers. Deux sujets ont un contrat d'aide-soignant mais sont diplômés en tant qu'éducatrice A2 pour la première et éducatrice A1 spécialisée pour la deuxième. Les étudiants n'ont pas de temps de contrat de travail fixe mais sont présents en fonction de leur possibilité.

Participation à l'étude

L'étude s'est déroulée sur 22 débriefings cliniques répartis sur 7 semaines, à raison de trois fois semaine. Les débriefings cliniques ont une durée comprise entre 10 et 19 min chacun. Le nombre de participants par débriefing clinique varie entre 4 et 5 personnes (aides-soignants et infirmières), dans 11 débriefings cliniques, il y avait la présence de 1 ou 2 étudiants.

Toutes les infirmières ont participé à minimum 4 débriefings cliniques. Un des sujets (infirmière) a la plus grande participation à hauteur de 19 débriefings cliniques. A chaque débriefing clinique, 1 infirmière au moins était présente, le nombre pouvant aller jusqu'à 3 infirmières par débriefing clinique au maximum.

Tous les aides-soignants ont une participation minimale d'au moins 2 fois au débriefing clinique. Un sujet a participé à 9 débriefings cliniques. A chaque débriefing clinique, au moins 1 aide-soignante était présente, le nombre pouvant aller jusqu'à 3 aides-soignantes par débriefing au maximum.

Toutes les étudiantes confondues (infirmières et aides-soignantes) ont participé au moins 1 fois au débriefing clinique. Un sujet (infirmière SIAMU) a la plus haute participation, chez les étudiants, à raison de 4 débriefings cliniques. Un sujet (étudiant aide-soignant) a la participation la plus basse de l'étude, à raison d'1 débriefing clinique. Il n'y avait pas de présence d'étudiants dans 11 débriefings cliniques.

Les thèmes principaux abordés lors des débriefings cliniques

Les thèmes principaux ont été regroupés en 6 grandes catégories : le patient, les individus, l'organisation interne de l'unité, les procédures, l'environnement de travail, les autres unités « hospitalières » de l'établissement. Comme le suggère le modèle DOLL de Paquay et Ghuysen (23), dans ces grandes catégories ont été relevées, durant les débriefings cliniques, des sous-catégories :

- Le patient (dans 22 débriefings cliniques) : la famille, l'autonomie, la compréhension, la mobilité, la contention, les besoins mentaux, physiques et psychiques du résident, l'impact du changement, la sociabilisation, la désorientation, l'alimentation.
- Les individus (les soignants) (dans 13 débriefings cliniques): la santé mentale, physique et psychique des soignants et les interactions entre les soignants du service.
- l'organisation interne de l'unité (dans 19 débriefings cliniques): l'adaptation de l'organisation personnelle de chaque soignant, l'organisation du service, l'organisation personnelle, l'administration du service , l'information, l'écolage, les salaires, le personnel et les étudiants.
- les procédures (dans 10 débriefings cliniques): la manutention, la planification, l'évaluation et la technique.
- l'environnement de travail (dans 11 débriefings cliniques): les sonnettes, l'adaptation des chambres des patients en fonction de leur état.
- les autres unités « hospitalières » de l'établissement (dans 4 débriefings cliniques): la prise en charge extérieure, les interactions entre les différentes professions concernant les soins et les diagnostics des résidents.

Les événements inhabituels survenus avant les débriefings cliniques

Les événements inhabituels ont été relevés par l'équipe lors de 8 débriefings cliniques (36%). Ils reprennent : le comportement d'un résident positivement inhabituel, changement d'organisation dans le service, adaptation de l'organisation pour le rendez-vous d'un résident, décès d'un résident, adaptation de l'organisation pour un événement dans l'établissement, un ou plusieurs résidents en moins pour les toilettes, une seule infirmière pour la maison de repos. Lors de l'étude, au niveau du débriefing clinique n° 15, une réorganisation du personnel a été réalisée (un professionnel de soins a été retiré le matin). Lors des débriefings cliniques 20 et 21, les groupes n'ont pas verbalisé les niveaux 2 du modèle de Derobertmeasure et

Dehon. Les événements inhabituels survenus étaient : le décès d'un résident, l'adaptation de l'organisation pour un événement dans l'établissement, plusieurs résidents en moins pour les toilettes.

La triangulation

Les effets de la triangulation sur les 3 textes de débriefings cliniques ont montré que les différents participants de la triangulation se rejoignent majoritairement sur la classification des niveaux du modèle de Derobertmeasure et Dehon. Mais la précision des processus choisis pour chaque verbatim pouvait varier en fonction de la sensibilité de chacun, entre intentionnaliser sa pratique et légitimer sa pratique selon une préférence, une tradition. Afin de trancher dans les choix des processus réflexifs, les dissensus ont été discutés entre les différentes personnes participant à la triangulation. Suite aux arguments de chacun, le processus de réflexivité d'intentionnaliser sa pratique partait du soignant lui-même au contraire de légitimer sa pratique selon une préférence, une tradition, qui partait davantage d'un contexte, d'un environnement dans lequel le sujet évolue (tableau 1).

Processus	Sujet	N° debrief clin.	N° verbatims	Exemples
Légitimer sa pratique selon une préférence, une tradition	5	8	015	«Et j'en ai parlé à la réunion car je ne savais pas qu'on l'écrivait et donc je le prends comme un plus en me disant que voilà au moins, il y a une information. J'ai demandé qui avait un souci à la base pour noter.»
Intentionnaliser sa pratique	14	6	125	«Non, je pense qu'il y a un souci dans la façon de le mettre au lit, Il faut faire tout en douceur chez lui.»

Tableau 1 : Exemples de verbatims pour les consensus lors de la triangulation.

Questions de relance posées par le débriefeur novice

La majorité des questions de relance portait sur : pourquoi ?, comment ?, quel est votre avis ?. Une partie des questions posées était fermée dans un premier temps et puis, une seconde question demandait un complément d'information (tableau 2).

Type de questions	Sujet	N° debrief clin.	N° verbatims	Exemples
Pourquoi ?	2	1	011	«Elle a dit pourquoi elle s'était levée plus tôt ?»
Comment ?	5	2	019	«Qu'est-ce que tu crois qui l'a aidé à ce que ça se passe bien ?»
Une demande d'avis	5	5	096	«Et tu as l'impression que c'est mieux ?»
Question fermée suivie d'une question ouverte	5	13	034	«Tu trouves que je la décris mal ? Ou tu la vois autrement ?»

Tableau 2 : Exemples de questions de relance posées par le débriefeur novice.

Exemples de niveaux de réflexivité verbalisés lors du débriefing clinique par les soignants de maison de repos

Analyse des enregistrements, du débriefing clinique retranscrit et des processus relevés dans le modèle de Derobertmeasure et Dehon (13) (tableau 3) (tableau 4) (tableau 5)

Niveau 1				
Processus	Sujet	N° debrief clin.	N° verbatims	Exemples
Narrer/ Décrire sa pratique	9	11	045	« Et bien ce matin, j'avais plein de choses qui n'étaient pas préparées. C'était les mêmes vêtements que hier, il y avait du nouveau mais ceux de hier étaient toujours là »
Questionner	5	11	018	« Est-ce que N savait qu'elle allait l'envoyer aussi au C parce qu'il manquait des infos ».
Prendre conscience	5	2	097	« Madame B, je pense qu'elle a tout de même sonné longtemps ce matin. »
Pointer ses difficultés/ ses problèmes	6	2	057	« Parce que même quand tu enlèves, tu vois pour aller à la toilette qu'elle a mis ses jambes, tu dois tenir les jambes et enlever le tabouret, je n'y arrive jamais ... »

Tableau 3 : Exemples de verbatims de niveau 1 de réflexivité verbalisés lors du débriefing clinique par le soignant

Niveau 2				
Processus	Sujet	N° debrief clin.	N° verbatims	Exemples
Légitimer sa pratique selon une préférence, une tradition	9	11	057	« Moi, je pense que c'est dimanche d'office et en semaine suivant le cas . Par exemple les chaussettes et les chemisettes, je change quasi tous les jours. »
Légitimer sa pratique en fonction d'argument contextuel	5	2	018	« Non, il faut lui proposer et c'est au moment même qu' il décide. Mais au moment même, parfois après ça ne se passe pas bien, mais là aujourd'hui ça s'est vraiment très bien passé . »
Légitimer sa pratique en fonction d'argument pédagogique, contextuel ou éthique	9	22	025	«J'ai appris qu'il fallait couper puis soigner l'infection après, parce que si tu ne fais pas cela, si tu soignes l'infection avant, tu ne soignes jamais en profondeur, tu comprends ? »
Intentionnaliser sa pratique	6	2	102	« Tantôt, j'ai été chez madame K et j'ai coupé la sonnette et je lui ai dit qu'on arrivait. »
Évaluer sa pratique	6	2	034	«Je suis passée , tu vois , j'avais mis la sonnette près d'elle : « Si vous avez besoin, vous appuyez » et je lui ai dit de sonner mais elle n'a pas compris . C'est pour cela que je l'ai mise à la salle où on la verra beaucoup plus.
Diagnostiquer	9	22	019	« Puis le soigner tous les jours car le problème, c'est que c'est un ongle incarné, ça va revenir. »

Tableau 4 : Exemples de verbatims de niveau 2 de réflexivité verbalisés lors du débriefing clinique par le soignant

Niveau 3				
Processus	Sujet	N° debrief clin.	N° verbatims	Exemples
Proposer une ou des alternatives à sa pratique	5	2	122	« ce qu'on pourrait dire c'est que quand celle du fond voit qu'elle ne s'en sort pas, elle appelle les autres, on peut essayer ça. »
Explorer une ou des alternatives à sa pratique	2	22	029	« Peut- être, si les enfants sont là quand la pédicure vient, sera-t-il plus coopératif. »
Théoriser	4	2	053	« Dans le lit donc . Si on compte avec elle et au moment où elle essaye, on prend la jambe pour la remettre normalement . L'autre devrait pouvoir suivre. »

Tableau 5 : Exemples de verbatims de niveau 3 de réflexivité verbalisés lors du débriefing clinique par le soignant

Relevés des niveaux de réflexivité et de processus réflexifs de Derobertmasure et Dehon atteints pour les groupes lors des débriefings cliniques sur l'ensemble du corpus

Les sujets ensemble ont exprimé verbalement le niveau 1 lors de tous les débriefings cliniques. Le niveau 2 a été exprimé verbalement lors de 19 débriefings cliniques. Le niveau 3 a été exprimé verbalement lors de 21 débriefings cliniques (figure 3).

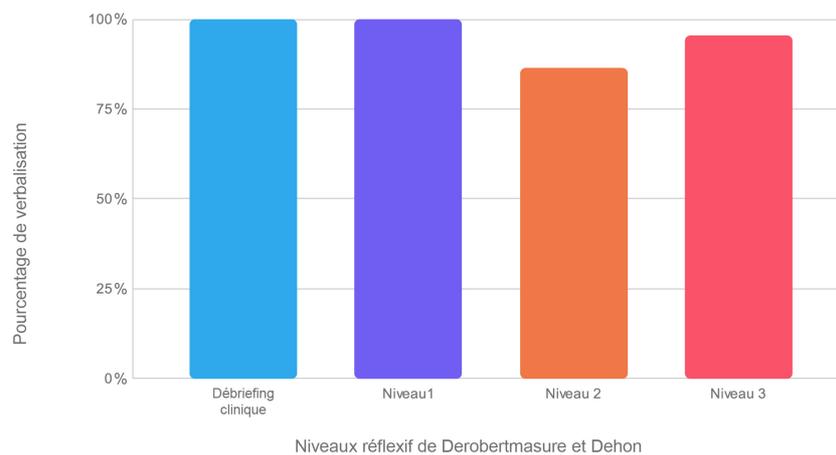


Figure 3 : Pourcentage de verbalisation des niveaux de processus réflexifs de Derobertmasure et Dehon au cours d'un même débriefing clinique en fonction des niveaux de processus réflexifs de Derobertmasure et Dehon.

Le niveau 1 a été verbalisé dans 22 débriefings cliniques.

Lors des 22 débriefings cliniques, les processus réflexifs relevés et verbalisés, au cours d'un même débriefing clinique, ont été de façon décroissante : prendre conscience, pointer ses difficultés/ ses problèmes, questionner, narrer/ décrire sa pratique (figure 4).

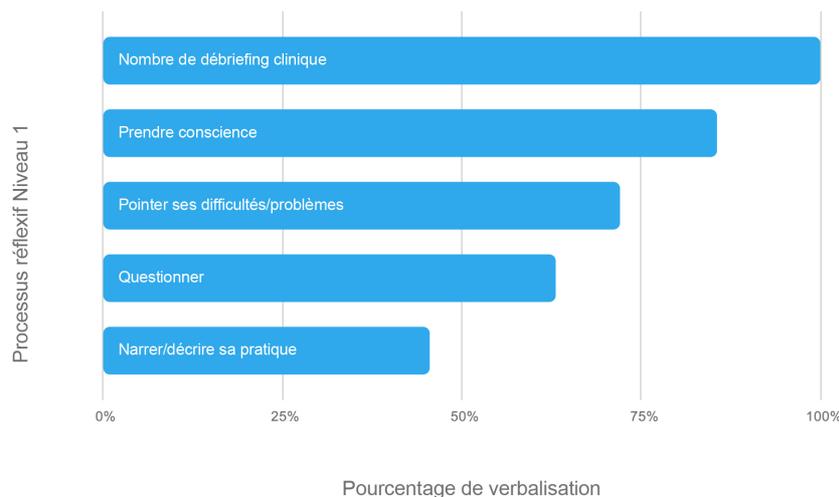


Figure 4 : Pourcentage de verbalisation du niveau 1 de la démarche réflexive de Derobertmasure et Dehon au cours d'un même débriefing clinique en fonction des processus réflexifs de Derobertmasure et Dehon verbalisés.

Le niveau 2 a été verbalisé dans 19 débriefings cliniques.

Lors des 22 débriefings cliniques, les processus réflexifs relevés et verbalisés au cours d'un même debriefing clinique ont été de façon décroissante : légitimer sa pratique en fonction d'arguments contextuels, évaluer sa pratique, intentionnaliser sa pratique, légitimer sa pratique selon une préférence, une tradition, légitimer sa pratique en fonction d'arguments pédagogiques, contextuels ou éthiques, diagnostiquer (figure 5).

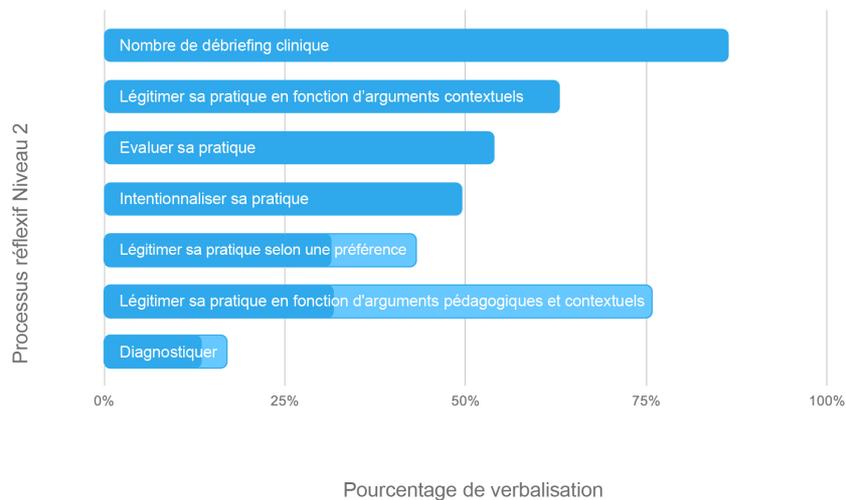


Figure 5 : Pourcentage de verbalisation du niveau 2 de la démarche réflexive de Derobertmeasure et Dehon au cours d'un même débriefing clinique en fonction des processus réflexifs de Derobertmeasure et Dehon verbalisés.

Le niveau 3 a été verbalisé dans 21 débriefings cliniques.

Lors des 22 débriefings cliniques, les processus réflexifs relevés et verbalisés au cours d'un même débriefing clinique ont été de façon décroissante : proposer une ou des alternatives à sa pratique, explorer une ou des alternatives à sa pratique et théoriser (figure 6).

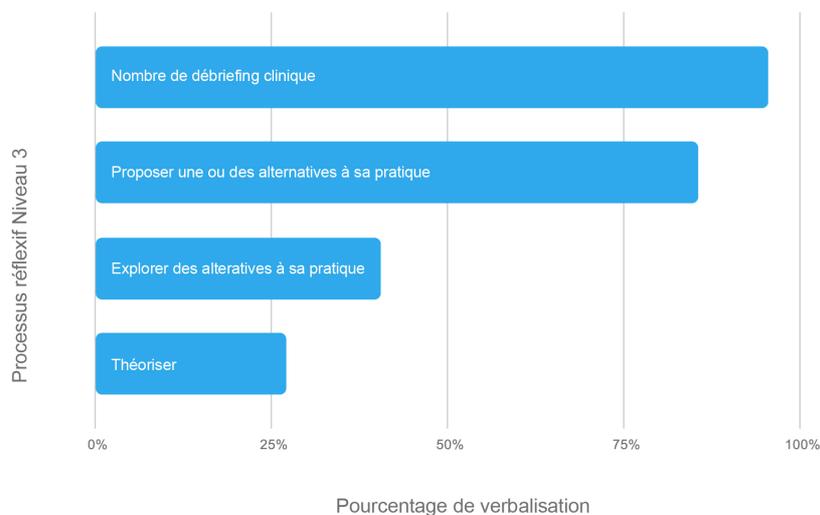


Figure 6 : Pourcentage de verbalisation du niveau 3 de la démarche réflexive de Derobertmeasure et Dehon au cours d'un même débriefing clinique en fonction des processus réflexifs de Derobertmeasure et Dehon verbalisés.

Solutions trouvées aux problématiques

Les solutions trouvées (niveau 3 du modèle de Derobertmasure et Dehon) aux problématiques (niveau 1 du modèle de Derobertmasure et Dehon) n'ont pas toujours été émises par le sujet qui exprime son problème. Exemples ci-dessous (tableau 6) :

Problématique (niveau 1)				Solution (niveau 3)	
N° verbatims	Exemples	Sujet	N° debrief clin.	N° verbatims	Exemples
034	« Je me suis fait un peu mal au dos avec madame A, parce qu'elle voulait que je lui prenne ses deux jambes à la fois pour la coucher dans le lit. »	3	1	062	« Et proposer une jambe à la fois pour nous soulager. »

Tableau 6 : Exemples de problématique/solution

Relevés des niveaux de réflexivité et de processus réflexifs de Derobertmasure et Dehon atteints pour les participants lors des débriefings cliniques sur l'ensemble du corpus

La verbalisation des niveaux de processus réflexif du modèle de Derobertmasure et Dehon, pour les 18 sujets de l'étude, ont été : pour le niveau 1, verbalisé par 16 sujets, pour le niveau 2, verbalisé par 13 sujets et pour le niveau 3, verbalisé par 10 sujets (figure 7).

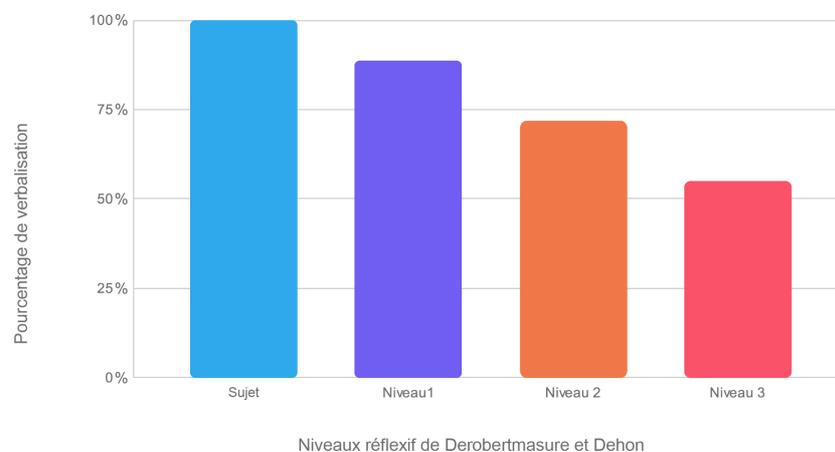


Figure 7 : Pourcentage de sujets ayant verbalisé les niveaux de processus réflexifs de Derobertmasure et Dehon en fonction des niveaux de processus réflexifs de Derobertmasure et Dehon.

Le niveau 1 a été verbalisé par 16 sujets dans l'ensemble de 22 débriefings cliniques.

Lors des 22 débriefings cliniques, les processus réflexifs verbalisés au cours de l'ensemble des débriefings cliniques ont été, de façon décroissante : prendre conscience, questionner, pointer ses difficultés/ ses problèmes, narrer/ décrire sa pratique (figure 8).

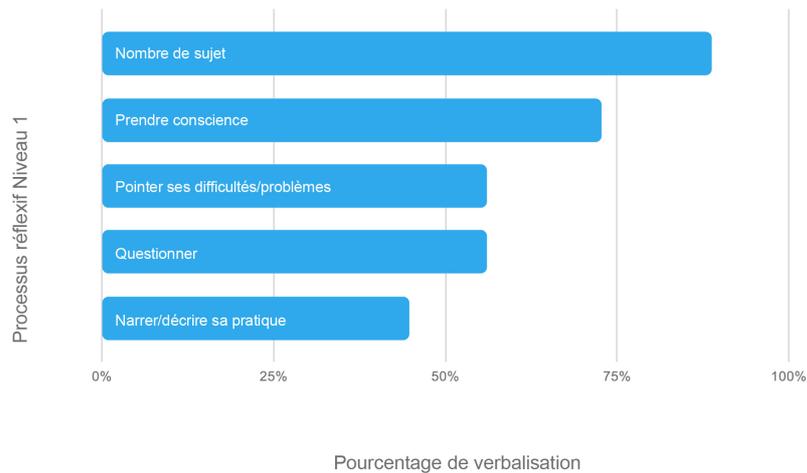


Figure 8 : Pourcentage de verbalisation du niveau 1 de la démarche réflexive de Derobertmeasure et Dehon par sujet sur l'ensemble des débriefings cliniques en fonction des processus réflexifs de Derobertmeasure et Dehon verbalisés

Le niveau 2 a été verbalisé par 13 sujets dans l'ensemble de 22 débriefings cliniques.

Lors des 22 débriefings cliniques, les processus réflexifs verbalisés au cours de l'ensemble des débriefings cliniques ont été, de façon décroissante : légitimer sa pratique en fonction d'arguments contextuels, évaluer sa pratique, intentionnaliser sa pratique, légitimer sa pratique selon une préférence, une tradition, légitimer sa pratique en fonction d'arguments pédagogiques, contextuels ou éthiques, diagnostiquer (figure 9).

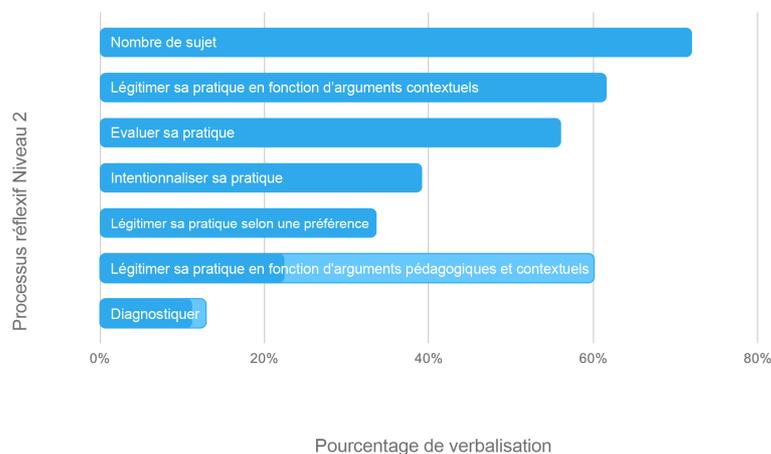


Figure 9 : Pourcentage de verbalisation du niveau 2 de la démarche réflexive de Derobertmeasure et Dehon par sujet sur l'ensemble des débriefings cliniques en fonction des processus réflexifs de Derobertmeasure et Dehon verbalisés.

Le niveau 3 a été verbalisé par 10 sujets dans l'ensemble de 22 débriefings cliniques.

Lors des 22 débriefings cliniques, les processus réflexifs verbalisés au cours de l'ensemble des débriefings cliniques ont été, de façon décroissante : proposer une ou des alternatives à sa pratique, explorer une ou des alternatives à sa pratique, théoriser (figure 10).

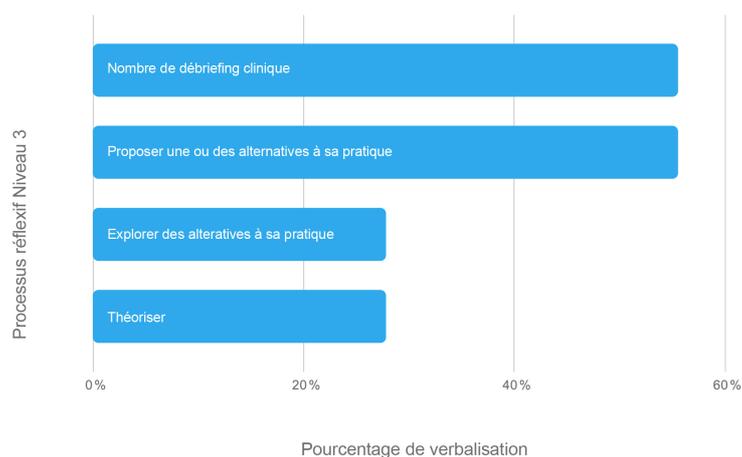


Figure 10 : Pourcentage de verbalisation du niveau 3 de la démarche réflexive de Derobertmasure et Dehon par sujet sur l'ensemble des débriefings cliniques en fonction des processus réflexifs de Derobertmasure et Dehon verbalisés

Par rapport au temps de travail de la personne :

Plus la personne a un temps de travail contractuel élevé, plus elle a participé à des débriefings cliniques différents et plus son niveau de réflexivité verbalisée est élevée en comparaison des plus petits temps de travail contractuels (tableau 7).

Temps de travail contractuel fixe	Nb d'individus	Nb Niv 1	% Niv 1	Nb Niv 2	% Niv 2	Nb Niv 3	% Niv 3
Temps plein	4	4	100%	3	75%	3	75%
¾ Temps	5	5	100%	4	80%	5	100%
½ Temps	5	5	100%	5	100%	1	20%
0 Temps	4	2	50%	1	25%	1	25%

Tableau 7: Individus ayant verbalisé les niveaux de processus réflexifs de Derobertmasure et Dehon en fonction du temps de travail contractuel.

Par rapport aux formations complémentaires de la personne :

Les deux sujets avec un diplôme d'éducateur ainsi que le sujet infirmier avec un diplôme d'aide-comptable n'ont pas verbalisé le niveau 3 de réflexivité. La majorité des aides-soignantes, ayant fait la formation complémentaire pour les aides-soignants, ont verbalisé l'ensemble des niveaux (tableau 8).

Temps de travail contractuel fixe	Nb d'individus	Nb Niv 1	% Niv 1	Nb Niv 2	% Niv 2	Nb Niv 3	% Niv 3
Sans formation complémentaire	7	5	71%	3	43%	3	43%
Formation complémentaire pour les aides soignants	7	7	100%	6	86%	6	86%
Educateur A1 spécialisé	1	1	100%	1	100%	0	0%
Educateur A2	1	1	100%	1	100%	0	0%
Infirmière SIAMU	1	1	100%	1	100%	1	100%
Aide Comptable	1	1	100%	1	100%	0	0%

Tableau 8: Individus ayant verbalisé les niveaux de processus réflexifs de Derobertmasure et Dehon en fonction des formations complémentaires.

Par rapport à l'ancienneté de la personne :

Les sujets avec moins de 2 ans d'expérience ont tendance à moins exprimer le niveau 3 du modèle de Derobertmeasure et Dehon. Les 5 sujets avec moins de 2 ans d'ancienneté comprennent 4 étudiants (tableau 9).

Ancienneté	Nb d'individus	Nb Niv 1	% Niv 1	Nb Niv 2	% Niv 2	Nb Niv 3	% Niv 3
> 5ans	10	10	100%	8	80%	7	70%
Entre 3-5 ans	3	3	100%	2	67%	2	67%
< 2ans	5	3	60%	3	60%	1	20%

Tableau 9: Individus ayant verbalisé les niveaux de processus réflexifs de Derobertmeasure et Dehon en fonction de l'ancienneté des individus

Par rapport au métier de la personne :

Pour les 4 infirmiers : 2 sujets ont verbalisé l'ensemble de niveaux de réflexivité de Derobertmeasure et Dehon. Seul 1 sujet n'a pas verbalisé le niveau 2 mais bien le niveau 3. Sur les 4 sujets infirmiers, 1 sujet a verbalisé les niveaux 1 et 2 mais pas le niveau 3 de réflexivité de Derobertmeasure et Dehon (tableau 10). Les infirmiers qui n'ont pas verbalisé l'ensemble des niveaux de réflexivité de Derobertmeasure et Dehon avaient participé entre 4 et 6 fois aux débriefings cliniques. Ceux qui ont verbalisé l'ensemble des niveaux avaient participé entre 9 et 19 fois aux débriefings cliniques.

Pour les 10 aides-soignants : 5 sujets ont verbalisé l'ensemble des niveaux de réflexivité de Derobertmeasure et Dehon. Seul 1 sujet n'a pas verbalisé le niveau 2 mais bien le niveau 3.

Sur les 10 sujets aides-soignants, 4 sujets ont verbalisé les niveaux 1 et 2 mais pas le niveau 3 de réflexivité de Derobertmeasure et Dehon (tableau 10). Les aides-soignantes qui n'ont pas verbalisé l'ensemble des niveaux de réflexivité de Derobertmeasure et Dehon avaient participé entre 2 et 5 fois aux débriefings cliniques. Celles qui ont verbalisé l'ensemble des niveaux avaient participé entre 5 et 9 fois aux débriefings cliniques.

Pour les 4 étudiants : 2 sujets n'ont pas verbalisé d'élément pouvant être relatif aux niveaux de réflexivité et de processus réflexifs de Derobertmeasure et Dehon. Seul 1 sujet, étudiant infirmier, a verbalisé tous les niveaux de réflexivité de Derobertmeasure et Dehon (tableau 10). Les 2 étudiants qui n'ont pas verbalisé de niveaux de réflexivité de Derobertmeasure et Dehon avaient participé 1 fois et 3 fois aux débriefings clinique. Une étudiante qui avait verbalisé le niveau 1 de réflexivité de Derobertmeasure et Dehon avait participé 3 fois. L'étudiant infirmier

qui a verbalisé l'ensemble des niveaux de réflexivité de Derobertmeasure et Dehon avait participé à 4 débriefings cliniques.

Profession	Nb d'individus	Nb Niv 1	% Niv 1	Nb Niv 2	% Niv 2	Nb Niv 3	% Niv 3
Infirmier	4	4	100%	3	75%	3	75%
Aide soignant	10	10	100%	9	90%	4	40%
Etudiant	4	2	50%	1	25%	1	25%

Tableau 10 : Individus ayant verbalisé les niveaux de processus réflexifs de Derobertmeasure et Dehon en fonction de la profession.

Discussion

Confrontation avec les données de la littérature

L'objectif principal de cette étude visait à analyser le dialogue (verbal) qui se crée durant le débriefing clinique de l'équipe soignante en maison de repos, afin d'observer le niveau de processus réflexif atteint par chacun des participants à travers le modèle de Derobertmeasure et Dehon.

Tout d'abord, il est intéressant d'observer l'impact de la réflexivité d'équipe. En effet, le niveau 1 de réflexivité atteint par le sujet seul est de 89% (dû aux 2 étudiants qui n'ont pas parlé lors des débriefings cliniques) mais de 100% lorsque l'on considère le groupe dans son ensemble. Le concept de réflexivité d'équipe a déjà été démontré dans la littérature : la compétence collective et la performance d'une équipe de soignants passaient par une réflexion individuelle mais aussi collective (26).

Grâce aux débriefings cliniques, les problèmes soulevés régulièrement par certains individus ont trouvé leur solution à travers la discussion de groupe. Cela montre donc que la solution émane d'un autre membre du groupe et non de l'individu lui-même (26).

Ensuite, comme démontré dans le modèle de Derobertmeasure et Dehon (13), le niveau de réflexivité numéro 1 est un prérequis pour atteindre les niveaux supérieurs. En ce qui concerne le sujet, l'acquisition des niveaux supérieurs commence par les niveaux de réflexivité inférieurs. Lorsque l'on considère les participants de façon individuelle, on remarque que 89% ont verbalisé le niveau 1 de réflexivité. Cette observation rejoint les propos de Presseau, Miron et Martineau sur l'importance de la description dans la pratique réflexive (27).

En ce qui concerne le niveau 2 de réflexivité verbalisé à 72% par les sujets et le niveau 3 de réflexivité verbalisé à 55 % par les sujets, on peut observer une tendance à la décroissance

des sujets verbalisant ces niveaux de réflexivité. Mais lorsque l'on prend en compte le groupe, on observe que le niveau de réflexivité numéro 2 est verbalisé moins souvent (86 %) au cours des débriefings cliniques que le niveau de réflexivité numéro 3 (96%). L'hypothèse suivante pourrait être émise : les sujets se sont axés sur la discussion du problème et sa solution, sans passer par une prise de distance de ce problème, dans le but inconscient de légitimer leur pratique. Cette hypothèse peut s'expliquer par l'objectif du débriefing clinique et les questions posées dans le scripte plus/delta (annexe 1) en lui-même qui consiste à guider la réflexion sur l'action et transférer les compétences d'apprentissage dans la pratique (15).

L'un des objectifs secondaires de cette étude visait à décrire l'influence d'autres facteurs contextuels sur l'évolution du niveau de réflexivité atteint.

En premier lieu, le type de questions de relance émises par le débriefeur a montré que ce dernier était novice et a donc eu une influence sur le niveau de réflexivité du soignant au cours du débriefing. Cette observation rejoint la conclusion de Seelandt (14) sur le fait que les réponses sont induites par les questions posées par le débriefeur.

Ensuite, les événements inhabituels, survenus en amont du débriefing clinique, ne semblent pas avoir influencé le niveau de réflexivité verbalisé par les soignants. Ils ont néanmoins influencé les thèmes abordés. Comme le montre, par exemple, lors du débriefing clinique numéro 15, la modification majeure de l'organisation du personnel de soin pour les matins. On observe, dans ce cas, que les thématiques de débriefing clinique portent sur l'adaptation du personnel et des équipes à leurs nouvelles conditions de travail. Ceci rejoint l'intérêt du débriefing clinique, comme Galland et al. le soulignent, les événements cliniques permettent de discuter des lacunes, des performances et des comportements qui sont directement liés aux soins (28). De plus, les thèmes principaux abordés lors des débriefings cliniques rejoignent le modèle DOLL de Paquay et Ghuysen, bien que ce dernier ait été développé sur un site hospitalier (23).

Il est également intéressant de relever les paramètres socio-démographiques tel que le temps de travail qui a influencé le nombre de débriefings cliniques réalisés et ainsi la possibilité pour les sujets de verbaliser davantage de niveaux de réflexivité.

En ce qui concerne les professions, proportionnellement au nombre de sujets par catégorie de métier, les infirmiers ont tendance à verbaliser les 3 niveaux de réflexivité de

Derobertmeasure et Dehon. Ils verbalisent moins le niveau 2 de réflexivité de Derobertmeasure et Dehon que les aides-soignantes. Mais le niveau 3 de réflexivité de Derobertmeasure et Dehon est davantage exprimé chez les infirmiers. L'hypothèse émise pour expliquer la variation des niveaux de réflexivité de Derobertmeasure et Dehon verbalisés par les infirmiers et les aides-soignantes serait la différence entre la formation qu'ils ont eue pour l'obtention de leur diplôme respectif ainsi que l'angle d'approche de la profession.

Les étudiants, quant à eux, n'ont pas pu tous verbaliser les niveaux 2 et 3 de réflexivité de Derobertmeasure et Dehon. On pourrait supposer qu'au vu de leur statut d'étudiant et au fait qu'ils soient novices, ils n'ont pas encore acquis les compétences suffisantes pour prendre du recul sur leur pratique afin de tendre vers l'expertise (9). Deux étudiants n'ont verbalisé aucun niveau de réflexivité de Derobertmeasure et Dehon. Cela pourrait être lié, selon Dancot et al., à la dynamique de l'estime de soi développée chez l'étudiant en apprentissage. En effet, les étudiants se perçoivent comme novices dans le domaine des soins. Leurs relations avec les équipes soignantes ont une certaine importance pour eux (29). On peut également émettre l'hypothèse, suivant Lechasseur et al., que la pensée critique de l'étudiant est moins développée que chez le professionnel de santé (8).

Pour les formations complémentaires, la seule tendance qui peut être observée, au vu des résultats, est que les deux éducateurs engagés comme aides-soignants n'ont pas verbalisé le niveau 3 de réflexivité de Derobertmeasure et Dehon. L'hypothèse émise suite à cette observation relève du fait que ces deux sujets n'ont pas une profession de base d'aide-soignant et qu'ils n'ont donc pas été formés à une réflexion sur cette profession.

En ce qui concerne le fait de suivre une formation complémentaire ou pas, les données ne sont pas suffisantes. On ne peut donc pas émettre de tendance sur ce paramètre étant donné le petit échantillonnage qui ne permet pas une généralisation.

Si l'on prend en compte les années d'ancienneté, on observe que le taux de sujets ayant verbalisé les 3 niveaux de réflexivité de Derobertmeasure et Dehon est plus élevé chez ceux qui ont plus de 5 ans d'ancienneté, contrairement aux sujets qui ont moins de 2 ans d'ancienneté, surtout pour le niveau 3 de réflexivité de Derobertmeasure et Dehon. Cela rejoint les conclusions de Benner qui remarque que les années d'expérience du terrain font partie des facteurs influençant le sujet à tendre vers son expertise (9).

Le deuxième objectif secondaire de cette étude visait à voir si le modèle de Derobertmeasure et Dehon, sur les trois niveaux de processus réflexifs, était pertinent pour les soignants en maison de repos dans le contexte des débriefings cliniques. L'ensemble du modèle semble pertinent. Les niveaux de réflexivité décrits par Derobertmeasure et Dehon sont adaptés au milieu des soignants. Certains processus réflexifs, tels que : Niveau 2 « Diagnostiquer », Niveau 2 « Légitimer sa pratique en fonction d'arguments pédagogiques, contextuels ou éthiques » et Niveau 3 « Théoriser » ont peu été verbalisés par les sujets soignants. Ces trois processus réflexifs rejoignent les constats de Derobertmeasure et Dehon sur les processus réflexifs non mis en œuvre par l'enseignant (13). Il faut également garder à l'esprit que, le débriefeur clinique étant novice, l'influence des questions peut expliquer ce phénomène (14). Il est également ressorti que les soignants mettaient parfois en avant des choses qui s'étaient bien passées mais qui pouvaient être améliorées pour augmenter leur efficacité. On peut supposer que ce phénomène est à relier au contenu du « Tableau support du débriefing clinique » (annexe 1) (15) qui demandait au participant du débriefing clinique « ce qui a fonctionné ». Cet aspect positif des processus réflexifs a été peu étayé dans le modèle de Derobertmeasure et Dehon. (13)

Les limites et biais

Pendant la collecte des données :

L'étude ne s'est pas déroulée dans le service où l'étudiante chercheuse travaille, pour éviter tout le biais de désirabilité sociale et ainsi permettre au répondant d'être à l'aise et de ne pas avoir peur du jugement d'une collègue (30).

Afin d'éviter des biais de compréhension de la langue, que ce soit de la part du sujet ou de l'étudiante chercheuse, seuls les sujets francophones ont été inclus. Cette étude se limite donc dans son interprétation à la partie francophone du pays.

Les biais de sélection de type volontariat ont été envisagés par l'étudiante chercheuse mais, durant la collecte des données, les soignants du service présents les matins de débriefing clinique y ont participé dans leur ensemble.

Les biais de non-réponse, comme par exemple pour les 2 étudiantes, ont été pris en compte et ont fait l'objet d'une réflexion afin de tenter d'en expliquer la raison.

Les biais d'information et de désirabilité, liés à la peur des sujets concernant les conséquences qu'auraient pu avoir leurs dires durant le débriefing clinique, ont été considérés. Il a été demandé, avant chaque débriefing clinique, que les sujets soient le plus honnêtes possible, sans jugement vis-à-vis des autres sujets. Une pseudoanonymisation des réponses au débriefing clinique a été réalisée afin que chaque sujet puisse parler librement sans peur de conséquence vis-à-vis de sa hiérarchie.

Les biais dus à l'impact que les débriefeurs novices ont sur le déroulement du débriefing clinique ont pu influencer les directions que les débriefings cliniques ont pris. Pour cela, un relevé des questions de relance posées par les débriefeurs a été réalisé et pris en compte dans l'analyse.

Pendant le traitement des données

Une retranscription dactylographiée de chacun des enregistrements a été réalisée. Ensuite, l'étudiante chercheuse a réécouté et a révisonné chaque enregistrement afin de vérifier que l'intégralité a bien été dactylographiée. L'étudiante chercheuse n'étant pas formée à l'analyse du non verbal, l'étude n'a porté que sur la verbalisation des sujets ou leur silence.

Afin d'éviter les biais de perception durant la classification des niveaux de réflexivité et des processus du modèle de Derobertmeasure et Dehon, une triangulation par des investigateurs (30) a été faite sur trois des débriefings cliniques.

Les limites de cette étude portent tout d'abord sur le fait que les sujets inclus sont pris dans un contexte particulier et que, par conséquence, les résultats qui seront obtenus, suite à l'analyse des données récoltées, ne seront pas forcément applicables dans d'autres contextes. Cette étude qualitative est répliquable mais ses résultats ne seront pas généralisables car ils peuvent varier sur les détails des éléments recueillis et sur la façon dont le débriefing clinique se déroule. Enfin, cette étude a lieu dans un cadre académique et, par conséquence, une durée maximale est imposée.

Perspectives

Au vu des éléments étudiés, il serait intéressant de poursuivre la démarche combinant le modèle de Derobertmeasure et Dehon et le débriefing clinique. La présence d'un drébriefeur expert permettrait un meilleur éclairage sur le niveau de réflexivité atteint par les sujets, une fois supprimé le biais qu'engendre le débriefeur novice.

Cette étude semble également profitable pour les gestionnaires de maison de repos car elle met en lumière l'importance des mécanismes de réflexivité des soignants après leur temps de travail. De cette plus value, il serait également intéressant d'apprécier l'efficacité d'une telle pratique. Afin de promouvoir l'implantation de la valorisation de la démarche réflexive, il serait souhaitable de l'envisager en tant que formation mais aussi d'évaluer le temps à mettre à disposition des soignants pour la réaliser.

Au niveau de la santé publique, la valorisation de la réflexivité du soignant pourrait avoir un impact bénéfique sur la qualité des soins en maison de repos et cette réflexivité pourrait être davantage explorée.

Conclusion

Cette étude est répliquable par sa méthode mais ses résultats ne sont pas généralisables au vu du petit échantillonnage et de ses spécificités. Néanmoins, l'outil qu'est le débriefing clinique, jumelé au modèle de la réflexivité de Derobertmeasure et Dehon, semble prometteur. Cela permet une analyse de la verbalisation des niveaux et processus réflexifs.

Cette étude nous montre également les prémices de démarche réflexive des soignants en maison de repos.

Bibliographie

1. Hurlimann C. Les principes généraux de la qualité. Approche conceptuelle de la qualité des soins. ADSP. 2001 juin;35:23.
2. Finnbakk E, Wangensteen S, Skovdahl K, Fagerström L. The Professional Nurse Self-Assessment Scale: Psychometric testing in Norwegian long term and home care contexts. BMC Nurs. 2015; 14(1):1–13.
3. Koeniger-Donohue R, Hawkins JW. The future of nursing and health care: Through the looking glass 2030. J Am Acad Nurse Pract. 2010;22(5):233–5.
4. Cowan DT, Jenifer Wilson-Barnett D, Norman IJ, Murrells T. Measuring nursing competence: Development of a self-assessment tool for general nurses across Europe. Int J Nurs Stud. 2008;45(6):902–913.
5. Way R, Assessing clinical competence. Emergency Nurse. 2002;(9):30–34.
6. Wiig S, Ree E, Johannessen T, Strømme T, Storm M, Aase I, et al. Improving quality and safety in nursing homes and home care: the study protocol of a mixed-methods research design to implement a leadership intervention. BMJ Open [Internet]. 2018 Mar 1;8(3):e020933. [consulté le 20 mars 2022]. Disponible à l'adresse <http://bmjopen.bmj.com/content/8/3/e020933.abstract>.
7. Ripoche S. Transmissions ciblées : entre les objectifs visés par ce modèle et la réalité des pratiques, où situer la démarche réflexive de l'infirmière ?. Recherche en soins infirmiers. 2012;3(110):113-121.
8. Lechasseur K, Lazure G, Guilbert L. Knowledge mobilized by a critical thinking process deployed by nursing students in practical care situations: a qualitative study. Journal of advanced nursing. 2011;67(9):1930-1940.
9. Benner P. De novice à expert . Excellence en soins infirmiers. Paris: inter edition; 1995. 17-37.
10. Lafortune L. L'accompagnement et l'évaluation de la réflexivité en santé. [en ligne]. 2015. [consulté le 14 mars 2021]. Disponible à l'adresse <https://univ.scholarvox.com/book/88828692>
11. Holmberg-Laurency C. La réflexivité, un élément-clé de la professionnalisation infirmière. 2019;3(14):125-141.

12. Schön D-A. *The Reflexive Practitioner: How Professionals Think in Action*. New York: Basic Books Inc; 1983. 21-107.
13. Derobertmeasure A, Dehon A. Double lecture de l'action : des gestes professionnels à la rétroaction. *Revue Phronesis*, Institut de recherche sur les pratiques éducatives;2012 Sep. 47p. Report NO.: HAL Id: hal-00730969.
14. Seelandt JC, Walker K, Kolbe M. "A debriefer must be neutral" and other debriefing myths: a systemic inquiry-based qualitative study of taken-for-granted beliefs about clinical post-event debriefing. *Adv Simul*. 2021;6(1):1–15.
15. Servotte J-C, Welch-Horan TB, Mullan P, Piazza J, Ghuysen A, Szyld D. Development and implementation of an end-of-shift clinical debriefing method for emergency departments during COVID-19. *Adv Simul*. 2020;5(1) :2-9.
16. Diaz-Navarro C, Leon-Castelao E, Hadfield A, Pierce S, Szyld D. Clinical debriefing: TALK© to learn and improve together in healthcare environments. *Trends Anaesth Crit Care*. 2021;40:4–8.
17. Stafford JL, Leon-Castelao E, Klein Ikkink AJ, Qvindesland SA, Garcia-Font M, Szyld D, Diaz-Navarro C. Clinical debriefing during the COVID-19 pandemic: hurdles and opportunities for healthcare teams. *Adv Simul*. 2021;6(1):6–11.
18. Mullan PC, Wuestner E, Kerr TD, Christopher DP, Patel B. Implementation of an In Situ Qualitative Debriefing Tool for Resuscitations. *Resuscitation*. 2013;84(7):946–51.
19. Fortin MF, Gagnon J. *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal: Chenelière éducation; 2016.
20. Wallonie familles santé handicap aviq. Liste des maisons de repos (incl. maisons de repos et de soins et courts séjours), résidences-services, et centres d'accueil (incl. centres de soins de jour. [en ligne]. 2015. [consulté le 19 avril 2021]. Disponible à l'adresse <http://sante.wallonie.be/?q=node/4494>.
21. Iriscare. maisons de repos et de soins (mrs). Liste des fournisseurs MR-MRS [en ligne]. 2019. [consulté le 19 avril 2021]. Disponible à l'adresse <https://www.iriscare.brussels/fr/professionnels/seniors/maisons-de-repos-et-de-soins-mrs/>.
22. Szyld D, Servotte JC, Welch-Horan T, Mullan PC. DISCOVER PHASE (Debriefing In Situ COVID-19 to Encourage Reflection and Plus-Delta in Healthcare After Shifts End) : Tableau support du débriefing clinique. 2020.

23. Paquay M, Dubois N, Diep AN, Graas G, Sassel T, Piazza J, Servotte J-C, Ghuysen A. "Debriefing and Organizational Lessons Learned" (DOLL): A Qualitative Study to Develop a Classification Framework for Reporting Clinical Debriefing Results. *Frontiers in medicine*. 2022;9(882326):2-4.
24. Dreyfus SE. A Five-Stage Model of the Mental Activities Involved in Directed Skill Acquisition February. the Air Force Office of Scientific Research and University of California. 1980; ORC80(2):1-16.
25. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The lancet*. 2001;358:483-485.
26. Jan B, Schmutz PhD, Walter J. Promoting Learning and Patient Care Through Shared Reflection: A Conceptual Framework for Team Reflexivity in Health Care. *Academic Medicine*. 2017;92(11):1555-1561.
27. Presseau A, Frenay M. Transfert des apprentissages. Comprendre pour mieux intervenir. Canada : Distribution de livres univers, les Presses de l'université Laval ;2004 :287p.
28. Galland j, Jaffrelot M, Sanges S, Fournier JP, Jouquan J, Chiniara G, Rivière E. Initiation au débriefing pour les internistes : état des connaissances et mise en pratique pour transformer des situations cliniques réelles ou simulées en moments d'apprentissage. *La Revue de médecine interne*. 2020;41:536-543.
29. Dancot J, Pétré B, Voz B, Detroz P, Gagnayre R, Triffaux JM, Guillaume M. Self-esteem and learning dynamics in nursing students: An existential-phenomenological study *Nursing*. *Nursingopen Wiley*. 2022;00:1-40.
30. Bloor M, Fiona W. *Keywords in Qualitative Methods. A Vocabulary of Research Concepts*. London: SAGE Publications Ltd; 2006.19-22,170p.

Annexe 1 : Tableau support du débriefing clinique

Tableau support du débriefing clinique		
Renseignements généraux	Structure du débriefing et suggestions de phrases	Notes du débriefing et modèle de rapport
<p>1. Date :</p> <p>2. Pause : Matin / Après-midi / Nuit</p> <p>3. Service : 2^{ème}</p> <p>4. Membres présents :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aide-soignante + nombre <input type="checkbox"/> Infirmier(s) + nombre <input type="checkbox"/> Etudiant + nombre <p>5. Facilitateur(s) du débriefing ID :</p> <p>6. Secrétaire : ID :</p> <p>7. Gardien du temps : ID :</p> <p>8. Événements inhabituelles survenu</p>	<p>1. INTRODUCTION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Merci d'être présent à ce débriefing, qui dure généralement 10-15 minutes. Je serai là après si quelqu'un veut parler plus longuement. Nous devrions terminer avant : ____h • Nous faisons un débriefing en équipe afin d'améliorer nos processus et nos résultats pour les patients et les membres de notre équipe. Le débriefing peut fournir des enseignements, des possibilités d'amélioration de la qualité et des occasions de traiter les émotions. Ce n'est pas une séance de blâme, et tout le monde est encouragé à y participer. Tout ce qui est discuté en rapport avec le patient est privilégié et confidentiel afin d'améliorer la qualité et la sécurité. Nous sommes légalement protégés de toute responsabilité. • J'aimerais maintenant discuter avec vous de votre ressenti ou de vos réflexions à propos de la pause, de ce qu'il pense qui a bien fonctionné et de ce qui pourrait être fait différemment à l'avenir. <p>2. REACTIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inviter à partager les émotions ou les premières réactions. « Comment allez-vous? • Écouter, confirmer et valider. Ne pas approfondir davantage <p>3. DISCUSSION</p> <ul style="list-style-type: none"> • PLUS : Inciter à la réflexion et au partage de ce qui a fonctionné pendant la pause de travail "Qu'est-ce qui a bien fonctionné pour nous aider à atteindre nos objectifs pendant la pause ? "Qu'est-ce qui a réussi ?" (document à droite, n°3) • DELTA : "Que pourrions-nous faire différemment pour offrir de meilleurs soins à nos patients et aux membres de notre équipe à l'avenir ? "Suggestions d'amélioration..." "Comment pouvons-nous résoudre le problème ?" (document à droite, n°4) • INNOVATIONS : "Quelles autres innovations et améliorations sont apparues aujourd'hui ?" (document à droite, n°5) <p>4. CLOTURE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inviter l'équipe à exprimer ce qui ne l'a pas encore été • Résumer les principales actions et les enseignements tirés • Remercier chacun de sa participation 	<p>1. Heure du début du débriefing :</p> <p>2. Réactions, contexte et événements inhabituelles survenu (documenter si nécessaire ou ne rien indiquer):</p> <p>3. Commentaires PLUS :</p> <p>3. Commentaires DELTA sur ce qui aurait pu être fait différemment ou amélioré (ajouter les solutions potentielles si possible) :</p> <p>4. IDEES INNOVANTES (points d'actions et principaux enseignements) :</p> <p>5. Heure de fin du débriefing :</p>

Ce tableau se base sur DISCOVER PHASE (Debriefing In Situ COVID-19 to Encourage Reflection and Plus-Delta in Healthcare After Shifts End) Ce document a été créé par Demian Szold, JC Servotte, Thomas Welch-Horan et Paul C. Mullan. Adapté pour les maisons de repos dans le cadre d'une Étude Qualitative sur le niveau de réflexivité atteint lors des débriefings cliniques par les soignants de maison de repos par Daigneux Sarah.

Annexe 2 : Questionnaire socio-démographique

1. Vous êtes...

- Aide-soignant
- Infirmier
- Etudiant infirmier
- Etudiant aide-soignant

2. Depuis combien de temps exercez-vous la profession de soignant?

- <2 ans
- Entre 2–3 ans
- Entre 3-5 ans
- >5 ans

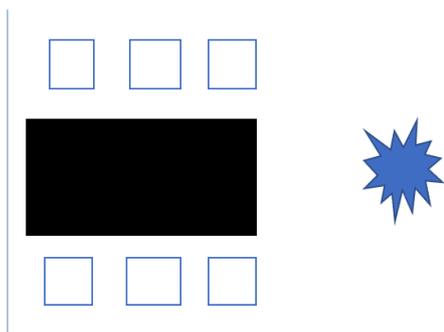
3. Avez-vous une formation certifiante, une qualification, une spécialisation complémentaire ou master?

- Oui
 - Non
- Si oui, laquelle/lesquelles ?

4. Quel temps de travail contrat avez-vous ?

- 0 pour les étudiants
- $\frac{1}{5}$ temps
- $\frac{1}{4}$ temps
- $\frac{1}{2}$ temps
- $\frac{3}{4}$ temps
- temps plein

5. Position à table



Annexe 3 : Demande d'avis au comité d'éthique et réponse

Demande d'avis au Comité d'Ethique dans le cadre des mémoires des étudiants du Master en Sciences de la Santé publique

(Version finale acceptée par le Comité d'Ethique en date du 06 octobre 2016)

Ce formulaire de demande d'avis doit être complété et envoyé par courriel à mssp@uliege.be. Si l'avis d'un Comité d'Ethique a déjà été obtenu concernant le projet de recherche, merci de joindre l'avis reçu au présent formulaire.

1. Etudiant-e (prénom, nom, adresse courriel) : **DAIGNEUX SARAH** sarah.daigneux@student.uliege.be

2. Finalité spécialisée : **gestion des institutions de soin et des maisons de repos**

3. Année académique : **2021-2022**

4. Titre du mémoire : **Etude qualitative du niveau de réflexivité atteint lors des débriefings cliniques par les soignants de maisons de repos.**

5. Nom du Service ou nom du Département dont dépend la réalisation du mémoire : **Département de Santé publique de l'université de Liège.**

6. Nom du/de la Professeur-e responsable du Service énoncé ci-dessus ou nom du/de la Président-e de Département :

DONNEAU Anne-Françoise, Présidente du département de Santé publique

7. Promoteur-trice-s (titre, prénom, nom, fonction, adresse courriel, institution) :

a. **Monsieur Servotte Jean-Christophe (Gestionnaire de projets de recherche, Maître-assistant, Formateur en simulation – NaSim Département Paramédical) jean-christophe.servotte@henallux.be**

b. **Madame Dancot Jacinthe (Maître de conférence en Faculté de Médecine Département des sciences de la santé uliege) jacinthe.dancot@uliege.be**

8. Résumé de l'étude

a. Objectifs

Cette étude vise à analyser le dialogue (verbal) qui se crée durant le débriefing clinique de l'équipe soignante en maison de repos, afin d'observer le niveau de processus réflexif atteint par chacun des participants à travers le modèle de Derobertmeasure et Dehon.

Objectif principal de l'étude:

Décrire les niveaux de réflexivité atteints lors du débriefing clinique par les soignants de maison de repos.

Objectifs secondaires de l'étude :

- Décrire l'influence du temps sur l'évolution du niveau de réflexivité atteint.
- Décrire l'influence d'autres variables contextuelles sur l'évolution du niveau de réflexivité atteint.
- Voir si le modèle de Derobertmeasure et Dehon sur les trois niveaux de processus réflexif est pertinent pour les soignants en maison de repos.

b. Protocole de recherche (design, sujets, instruments, etc.) (+/- 500 mots)

Cette étude est de type qualitatif descriptif, avec comme population l'équipe soignante (infirmières et aides-soignantes) de la résidence la Kan Aubel, service du 2ème étage : diplômés, travaillant actuellement dans les soins uniquement.

- T0 : l'étudiante chercheuse sera formée préalablement au débriefing clinique (par l'un de ses promoteurs, Servotte J-C)
- T1 : l'équipe soignante est formée au débriefing clinique (par l'étudiante chercheuse) + collecte des données sociodémographiques
- T2 : l'équipe soignante de la résidence la Kan Aubel, service du 2ème étage, réalise son débriefing clinique en équipe en présence de l'étudiante chercheuse (afin de lancer le projet), après sa pause de travail, pendant 1 semaine à raison de 2-3 fois semaine, via un enregistrement vidéo et son
- T3 : L'équipe soignante de la résidence la Kan Aubel, service du 2ème étage, réalise son débriefing clinique en équipe (sans la présence de l'étudiante chercheuse), après sa pause de travail, pendant 9 semaines à raison de 2-3 fois semaine, via un enregistrement vidéo et son
- T4 : Les enregistrements sont retranscrits par écrit par l'étudiante chercheuse

- T5 : Les retranscriptions sont analysées afin d'observer les niveaux de réflexivité atteints lors du débriefing clinique par les soignants de maison de repos.

Les paramètres étudiés sont :

- Les données socio-démographiques seront relevées via un questionnaire avant les débriefings cliniques durant le T1. Les données récoltées porteront sur : le prénom, la profession, les années d'ancienneté, les formations complémentaires, le part-temps de travail.
- Le niveau de réflexivité atteint lors du débriefing clinique par le soignant de maison de repos, à travers une analyse des enregistrements du débriefing clinique retranscrit et des processus relevés dans le modèle de Derobertmeasure et Dehon.

Cette étude contient des données vidéo et sonores permettant l'identification des répondants.

- Étape 1 : récolte des données vidéo et sonores via l'enregistrement des débriefings cliniques réalisés par l'équipe de soin. Le stockage des données sera effectué de manière à garantir leur sécurité : les données collectées du fichier seront protégées par un mot de passe , codées (par le programme intégré au mac) et conservées sur un disque dur externe lui-même protégé par un autre mot de passe. Pour des raisons académiques, l'étudiante chercheuse est dans l'obligation de garder les enregistrements vidéo et vocaux jusqu'à la défense de ce mémoire.
- Étape 2 : Les enregistrements des débriefings cliniques seront retranscrits et pseudonymisés – avec conservation séparée de la table de correspondance liant code et identité des répondants. Les données relatives au patient qui pourraient être échangées au cours du débriefing clinique seront également pseudonymisées, de telle sorte qu'aucun élément ne puisse permettre l'identification de l'identité des individus présents.
- Étape 3 : Rédaction du TFE au moyen des réponses désormais pseudonymisées.
- Étape 4 : Les données seront effacées au terme de l'étude et de la défense du mémoire.

A tout moment, le sujet peut retirer ce qu'il désire de l'étude et demander la suppression de ses données, dans le cadre du respect du RGPD et des droits du participant à une recherche.

L'obtention du consentement relève de l'aspect volontaire du recrutement. Il a été obtenu pour la maison de repos concernée, et sera demandé à chaque participant. En préambule des débriefings cliniques, seront repris l'objectif de la démarche et l'assurance de l'anonymat des répondants et des

données récoltées, ainsi que les droits du participant. Ce formulaire d'information, de consentement à la participation et à l'enregistrement sera une condition préalable à la participation.

9. Afin de justifier si l'avis du Comité d'Ethique est requis ou non, merci de répondre par oui ou par non aux questions suivantes :

1. L'étude est-elle destinée à être publiée ? **Oui**
2. L'étude est-elle interventionnelle chez des patients (va-t-on tester l'effet d'une modification de prise en charge ou de traitement dans le futur) ? **Non**
3. L'étude comporte-t-elle une enquête sur des aspects délicats de la vie privée, quelles que soient les personnes interviewées (sexualité, maladie mentale, maladies génétiques, etc...) ? **Non**
4. L'étude comporte-t-elle des interviews de mineurs qui sont potentiellement perturbantes ? **Non**
5. Y a-t-il enquête sur la qualité de vie ou la compliance au traitement de patients traités pour une pathologie spécifique ? **Non**
6. Y a-t-il enquête auprès de patients fragiles (malades ayant des troubles cognitifs, malades en phase terminale, patients déficients mentaux, ...) ? **Non**
7. S'agit-il uniquement de questionnaires adressés à des professionnels de santé sur leur pratique professionnelle, sans caractère délicat (exemples de caractère délicat: antécédents de burn-out, conflits professionnels graves, assuétudes, etc...) ? **Oui**
8. S'agit-il exclusivement d'une enquête sur l'organisation matérielle des soins (organisation d'hôpitaux ou de maisons de repos, trajets de soins, gestion de stocks, gestion des flux de patients, comptabilisation de journées d'hospitalisation, coût des soins, ...) ? **Oui**
9. S'agit-il d'enquêtes auprès de personnes non sélectionnées (enquêtes de rue, etc.) sur des habitudes sportives, alimentaires sans caractère intrusif ? **Non**
10. S'agit-il d'une validation de questionnaire (où l'objet de l'étude est le questionnaire) ? **Non**

Si les réponses aux questions 1 à 6 comportent au minimum un «oui», il apparait probablement que votre étude devra être soumise pour avis au Comité d'Ethique.

Si les réponses aux questions 7 à 10 comportent au minimum un «oui», il apparait probablement que votre étude ne devra pas être soumise pour avis au Comité d'Ethique.

En fonction de l'analyse du présent document, le Collège des Enseignants du Master en Sciences de la Santé publique vous informera de la nécessité ou non de déposer le protocole complet de l'étude à un

Comité d’Ethique, soit le Comité d’Ethique du lieu où la recherche est effectuée soit, à défaut, le Comité d’Ethique Hospitalo-facultaire de Liège.

Le promoteur·trice sollicite l’avis du Comité d’Ethique car :

cette étude rentre dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine.

cette étude est susceptible de rentrer dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine car elle concerne des patients. Le Promoteur attend dès lors l’avis du CE sur l’applicabilité ou non de la loi.

cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine, mais un avis du CE est nécessaire en vue d'une publication.

Date : Nom et signature du promoteur : **Servotte Jean-Christophe**

17/2/2022



Date : Nom et signature du promoteur : **Dancot Jacinthe**

16 février 2022



Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



Sart Tilman, le 22 mars 2022

Monsieur le **Prof. P. GILLET**
Madame **Sarah DAIGNEUX**
Service de **SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE**
CHU B23

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique
Notre réf: 2022/61

"Etude qualitative du niveau de réflexivité atteint lors des débriefings cliniques par les soignants de maisons de repos. "

Protocole : v1

Cher Collègue,

Le Comité d'Ethique constate que votre étude n'entre pas dans le cadre de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Le Comité n'émet pas d'objection à la réalisation de cette étude.

Vous trouverez, sous ce pli, la composition du Comité d'Ethique.

Je vous prie d'agréer, Cher Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Prof. V. SEUTIN
Président du Comité d'Ethique

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE
Président : Professeur V. SEUTIN
Vice-Président : Professeur J. DEMONTY
Secrétaire exécutif : Docteur G. DAENEN
Secrétariat administratif – Coordination scientifique: 04/242.21.58
Mail : ethique@chuliege.be
Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

Annexe 4 : Formulaire de consentement pour l'utilisation de données à caractère personnel dans le cadre d'un travail de fin d'étude

Université de Liège

Formulaire de consentement pour l'utilisation de données à caractère personnel dans le cadre d'un travail de fin d'étude



Etude qualitative du niveau de réflexivité atteint lors des débriefings cliniques par les soignants de maisons de repos.

Cette étude vise à analyser le dialogue (verbal) qui se crée durant le débriefing clinique de l'équipe soignante en maison de repos, afin d'observer le niveau de processus réflexif atteint par chacun des participants à travers le modèle de Derobertmasure et Dehon.

Ce document a pour but de vous fournir toutes les informations nécessaires afin que vous puissiez donner votre accord de participation à cette étude en toute connaissance de cause. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée. Vous resterez totalement libre, après avoir donné votre consentement, de vous retirer de l'étude, sans aucune conséquence pour vous.

Responsable(s) du projet de recherche

Le promoteur de ce travail de fin d'étude est :

a. Monsieur Servotte Jean-Christophe (jean-christophe.servotte@henallux.be)

b. Madame Dancot Jacinthe (jacinthe.dancot@uliege.be)

L'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude est : Daigneux Sarah (sarah.daigneux@student.uliege.be)

Description de l'étude

Cette étude a pour but de décrire les niveaux de réflexivité atteints lors du débriefing clinique par les soignants de maison de repos. Les objectifs secondaires sont de décrire l'influence du temps sur l'évolution du niveau de réflexivité atteint, de décrire l'influence

d'autres variables contextuelles sur l'évolution du niveau de réflexivité atteint, et enfin de voir si le modèle de Derobertmeasure et Dehon sur les trois niveaux de processus réflexif est pertinent pour les soignants en maison de repos.

Elle sera menée, sauf prolongation, jusqu'à la fin de l'année académique **2021-2022**.

Protection des données à caractère personnel

Le ou les responsables du projet prendront toutes les mesures nécessaires pour protéger la confidentialité et la sécurité de vos données à caractère personnel, conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD – UE 2016/679) et à la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel. Le stockage des données sera effectué de manière à garantir leur sécurité : les données collectées du fichier seront protégées par un mot de passe, codées (par le programme intégré au mac) et conservées sur un disque dur externe lui-même protégé par un autre mot de passe. Pour des raisons académiques, l'étudiante chercheuse est dans l'obligation de garder les enregistrements vidéo et vocaux jusqu'à la défense de ce mémoire.

Qui est le responsable du traitement ?

Le Responsable du Traitement est l'Université de Liège, dont le siège est établi Place du 20-Août, 7, B- 4000 Liège, Belgique.

Quelles seront les données collectées ?

Les données récoltées sont :

- **Les données socio-démographiques via un questionnaire au début de l'étude. Les données récoltées porteront sur : le prénom, la profession, les années d'ancienneté, les formations complémentaires, le part-temps de travail divisé.**
- **Le niveau de réflexivité atteint lors du débriefing clinique par le soignant de maison de repos, à travers une analyse des enregistrements du débriefing clinique retranscrit et des processus relevés dans le modèle de Derobertmeasure et Dehon**

À quelle(s) fin(s) ces données seront-elles récoltées ?

Les données à caractère personnel récoltées dans le cadre de cette étude serviront à la réalisation du travail de fin d'étude présenté ci-dessus. Elles pourraient, éventuellement, aussi servir à la publication de ce travail de fin d'étude ou d'articles issus de cette recherche, à la présentation de conférences ou de cours en lien avec cette recherche, et à la réalisation de toute activité permettant la diffusion des résultats scientifiques de cette recherche. **Votre anonymat sera garanti dans les résultats et lors de toute activité de diffusion de ceux-ci. En particulier, votre institution ne sera pas informée des données propres à chaque participant ni du niveau de réflexivité démontré par celui-ci**

Combien de temps et par qui ces données seront-elles conservées ?

Les données à caractère personnel récoltées seront conservées jusqu'à la réalisation et la validation par le jury du travail de fin d'étude présenté ci-dessus. Le cas échéant, la conservation de ces données pourrait être allongée de quelques mois afin de permettre les autres finalités exposées au point 3.

Ces données seront exclusivement conservées par l'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude, sous la direction de son promoteur.

Comment les données seront-elles collectées et protégées durant l'étude ?

- **Étape 1 : Récolte des données vidéo et sonores via l'enregistrement des débriefings cliniques réalisés par l'équipe de soin. Le stockage des données sera effectué de manière à garantir leur sécurité : les données collectées du fichier seront protégées par un mot de passe , codées (par le programme intégré au mac) et conservées sur un disque dur externe lui-même protégé par un autre mot de passe.**
- **Étape 2 : Les enregistrements des débriefings cliniques seront retranscrits et pseudonymisés – avec conservation séparée de la table de correspondance liant code et identité des répondants. Les données relatives au patient, qui pourraient être échangées au cours du débriefing clinique, seront également pseudonymisées, de telle sorte qu'aucun élément ne puisse permettre l'identification de l'identité des individus présents directement dans cette étude.**
- **Étape 3 : Rédaction du TFE au moyen des réponses désormais pseudonymisées.**
- **Étape 4 : Les données seront effacées au terme de l'étude et de la défense du mémoire.**

A tout moment, le sujet peut retirer ce qu'il désire de l'étude et demander la suppression de ses données, dans le cadre du respect du RGPD.

Ces données seront-elles rendues anonymes ou pseudo-anonymes ?

Pseudonymisation signifie que les données ne seront plus liées à un nom ou un prénom mais bien à un code, que seuls l'étudiant et son promoteur peuvent relier à des identités. La table de correspondance est conservée séparément.

En ce qui concerne les répondants

- **le prénom,**
- **la profession par un choix multiple (infirmier / aide-soignante / étudiant infirmier / étudiant aide-soignant),**
- **les années d'ancienneté dans la profession soignante : les moins de 2 ans, entre 2-3 ans, entre 3-5 ans et les plus de 5 ans**
- **Les formations complémentaires : une formation certifiante, une qualification, une spécialisation complémentaire ou un master réalisé en plus du diplôme**
- **Le part-temps de travail divisé en cinq catégories : 1/5 temps, 1/4 temps , 1/2 temps, 3/4 temps, temps plein.**

→ Ces données seront pseudonymisées au moyen d'une table de correspondance conservée séparément.

En ce qui concerne les données, qui pourraient apparaître concernant les patients, l'effacement du nom des patients mais également de tout élément qui permettrait la réidentification ultérieure d'un patient seront réalisés lors de la retranscription des débriefings cliniques.

Qui pourra consulter et utiliser ces données ?

Seul l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude présenté plus haut, son promoteur et éventuellement les membres du jury de mémoire (pour validation de la démarche scientifique) auront accès à ces données à caractère personnel.

Ces données seront-elles transférées hors de l'Université ?

Non, ces données ne feront l'objet d'aucun transfert ni traitement par des tiers. En particulier, aucun résultat identifiable ne sera transmis à l'institution de soins ni à ses membres.

Sur quelle base légale ces données seront-elles récoltées et traitées ?

La collecte et l'utilisation de vos données à caractère personnel reposent sur votre consentement écrit. En consentant à participer à l'étude, vous acceptez que les données personnelles exposées ci-dessus puissent être recueillies et traitées aux fins de recherche telles qu'exposées.

Quels sont les droits dont dispose la personne dont les données sont utilisées ?

Comme le prévoit le RGPD (Art. 15 à 23), chaque personne concernée par le traitement de données peut, en justifiant de son identité, exercer une série de droits :

- obtenir, sans frais, une copie des données à caractère personnel la concernant, faisant l'objet d'un traitement dans le cadre de la présente étude et, le cas échéant, toute information disponible sur leur finalité, leur origine et leur destination
- obtenir, sans frais, la rectification de toute donnée à caractère personnel inexacte la concernant, ainsi qu'obtenir que les données incomplètes soient complétées
- obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, l'effacement de données à caractère personnel la concernant
- obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, la limitation du traitement de données à caractère personnel la concernant
- obtenir, sans frais, la portabilité des données à caractère personnel la concernant et qu'elle a fournies à l'Université, c'est-à-dire recevoir, sans frais, les données dans un format structuré couramment utilisé, à la condition que le traitement soit fondé sur le consentement ou sur un contrat et qu'il soit effectué à l'aide de procédés automatisés
- retirer, sans qu'aucune justification ne soit nécessaire, son consentement. Ce retrait entraîne automatiquement la destruction, par le chercheur, des données à caractère personnel collectées
- introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, contact@apd-gba.be).

Comment exercer ces droits ?

Pour exercer ces droits, vous pouvez vous adresser au Délégué à la protection des données de l'Université, soit par courrier électronique (dpo@uliege.be), soit par lettre datée et signée à l'adresse suivante :

Université de Liège
M. le Délégué à la protection des données,
Bât. B9 Cellule "GDPR",
Quartier Village 3,
Boulevard de Colonster 2,
4000 Liège, Belgique.

Coûts, rémunération et dédommagements

Aucun frais direct lié à votre participation à l'étude ne peut vous être imputé. De même, aucune rémunération ou compensation financière, sous quelle que forme que ce soit, ne vous sera octroyée en échange de votre participation à cette étude.

Retrait du consentement

Vous êtes tout à fait libre de refuser votre consentement dès maintenant, ou de le retirer dans le courant de la recherche, sans aucun préjudice pour vous.

Si vous souhaitez mettre un terme à votre participation à ce projet de recherche, veuillez en informer l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude, dont les coordonnées sont reprises ci-dessus. Ce retrait peut se faire à tout moment, sans qu'une justification ne doive être fournie. Sachez néanmoins que les traitements déjà réalisés sur la base de vos données personnelles ne seront pas remis en cause. Par ailleurs, les données déjà collectées ne seront pas effacées avant la fin de la recherche si cette suppression rendait impossible ou entravait sérieusement la réalisation du projet de recherche. Vous en seriez alors averti.

Questions sur le projet de recherche

Toutes les questions relatives à cette recherche peuvent être adressées à l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude, dont les coordonnées sont reprises ci-dessus.

Je déclare avoir lu et compris les 5 pages de ce présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire signé par les personnes responsables du projet. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet et ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles j'ai reçu une réponse satisfaisante. Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Nom et prénom :

Date :

Signature :

Nous déclarons être responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Nom et prénom du Promoteur : **Monsieur Servotte Jean-Christophe**

Date : **16/02/2022**

Signature :



Nom et prénom du Promoteur : **Madame Dancot Jacinthe**

Date : **16/02/2022**

Signature :



Nom et prénom de l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude : **Daigieux Sarah**

Date : **16/02/2022**

Signature :

