**Chapitre 3**

**Vers un modèle d’apprentissage réflexif.**

**Recueil de traces d’apprentissage**

**formulées dans les *log books* des stagiaires en médecine**

En faculté de médecine de Liège, les étudiants de 3e master parcourent différents lieux de formation clinique pour intégrer des apprentissages au sein des départements de spécialisations médicales. Depuis l’année académique 2008-2009, un dispositif pédagogique réflexif (Vierset, Frenay, Bédard & Giet*,* sous presse)est installé au département de Gynécologie-Obstétrique (G-O) pour accompagner les apprentissages des stagiaires lors de leur parcours clinique. La question posée dans cet article est la suivante : comment se manifeste la posture réflexive dans les *log books* des stagiaires et quelles formes prend-elle dans les traces formulées par les stagiaires ? Autrement dit : que nous disent les traces récoltées à ce propos ?

La Méthodologie de la Théorisation Enracinée (MTE) (Corbin & Strauss, 2014 ; Glaser, 1965, 1978, 1992 ; Glaser & Strauss, 1967/2010 ; Guillemette, 2006b ; Guillemette & Luckerhoff, 2012) propose une analyse compréhensive et interprétative des données. Les données (dans ce cas, écrits des stagiaires) sont soumises, les unes après les autres, à une circularité d’analyses multiples afin d’identifier les liens conceptuels qui se construisent entre elles tout en les comparant progressivement les unes aux autres. Ce processus permettra l’émergence de catégorie(s) conceptuelle(s), à la fois ancrée(s) dans le vécu des acteurs de terrain et *théorisable(s)* (Glaser, 1965) dans le sens où elles s’organisent petit à petit en une théorie émergeant des données recueillies. Le résultat est présenté sous la forme d’un schéma modélisant les postures réflexives adoptées par les stagiaires.

|  |
| --- |
| Vierset, V. & Guillemette, F. Vers une posture réflexive. Recueil de traces d’apprentissage formulées dans les *log books* des stagiaires en médecine. Article proposé pour publication à la revue *Approches Inductives* en janvier 2015. Sous presse. |

1. **Introduction**

La formation clinique des stagiaires au département de Gynécologie-Obstétrique (G‑O) de l’université de Liège constitue le centre du projet pédagogique mis en place avec les stagiaires de 3e master et les médecins qui les accompagnent. Car, bien que la formation théorique soit organisée majoritairement sous la forme d’Apprentissage Par Problème (APP ; *PBL, Problem Based Learning)*,et d’Apprentissage du Raisonnement Clinique (ARC), le transfert des apprentissages n’est pas organisé sur le parcours des stages des étudiants. Ceux-ci éprouvent des difficultés à mobiliser leurs acquis et à les organiser sur un terrain pratique. Or, par essence, les stages cliniques correspondent potentiellement au lieu de résurgence optimal des savoirs acquis et de leur mobilisation dans une logique de développement des compétences professionnelles. C’est pourquoi, durant l’année académique 2008-2009, un dispositif pédagogique réflexif est mis en place sur le parcours des stages G‑O. Sa finalité est d’accompagner les apprentissages des stagiaires *externes* le plus souvent accompagnés de médecins *internes*, nommés aussi *assistants* ou *résidents* selon les contextes d’apprentissage. Ce dispositif réflexif (Vierset, Frenay, Bédard & Giet, sous presse) est organisé selon sept modalités pédagogiques :

1. Formulation de livrets pédagogiques destinés aux stagiaires des quatre sites de stages G‑O de la faculté de médecine de Liège : Livret 1 « Informations pratiques » et Livret 2 « Compétences et évaluations » ;
2. Organisation et animation d’ateliers fondés sur l’analyse d’incidents critiquesrencontrés par les stagiaires lors d’un de leurs vécus en situation professionnelle : Ateliers d’Apprentissage de la Communication Clinique (ACC) et Ateliers de Partage Réflexif ou de Pratique Réflexive (APR). Ce nouveau type d’atelier invite les stagiaires à entrer en questionnement et en positionnement au sujet des situations cliniques qu’ils ont vécues[[1]](#footnote-1) ;
3. Installation d’un outil d’apprentissage et d’accompagnement réflexifs : *log book* (carnet de route ou journal de bord) dans lequel les stagiaires formulent trois cas cliniques qu’ils ont rencontrés lors du stage en faisant référence aux capacités à développer pour exercer la profession, telles que l’ARC, l’ACC et l’APR, formulées dans le référentiel de compétences ;
4. Organisation d’un processus d’auto-évaluation/co-évaluation/auto-régulation : fiches d’auto-évaluation présentant des items connus tant par les stagiaires que par les accompagnateurs afin d’évoluer ensemble vers les *learning outcomes* formulés dans le référentiel de compétences ;
5. Accompagnement des accompagnateurs : l’accompagnement des apprentissages des stagiaires est le plus souvent assumé par des jeunes médecins (assistants, internes ou résidents) qui ne bénéficient pas pour autant d’une formation ou d’un accompagnement pédagogique facilitant l’exercice de cette fonction pédagogique. Néanmoins, ces accompagnateurs se retrouvent lors de séances de travail pédagogique nommées *Midis pédagogiques* afin de clarifier ensemble cette fonction qui leur a été proposée dès l’installation du dispositif en 2008-2009. L’objectif de ces réunions est d’optimiser l’organisation pédagogique du dispositif tout en les sensibilisant à l’adoption d’une posture davantage tournée vers les apprentissages des stagiaires ;
6. Planification des postes de travail au sein du service G‑O avec un système de rotation, semaine après semaine, afin que chaque stagiaire ait l’occasion de rencontrer les différentes réalités du terrain G‑O ;
7. Utilisation d’un référentiel de compétences précisant les *learning outcomes* d’année en année, de la 1re à la 4e année de master, pour ce qui concerne les stages G‑O. Ce référentiel, nommé Guide d’Apprentissage et d’Accompagnement (GAA), a été construit avant l’implantation du dispositif (2008-2009), lors de l’analyse des besoins de la profession en partenariat avec les acteurs de terrains (Vierset, De Ketele, Foidart & Nisolle, 2010).

Ces modalités sont toutes intégrées les unes aux autres dans le but d’engager les acteurs de la relation pédagogique dans l’adoption d’une posture réflexive, porteuse du transfert des apprentissages (section I, chapitre 1) et de (trans)formation des savoirs (cognitifs, socio-cognitifs et affectifs-relationnels) toujours renouvelés, sinon à renouveler.

1. **Problématique**

Bien que les stagiaires adhèrent à ce nouveau dispositif de manière exponentielle d’année en année, nous nous posons la question des postures réflexives qu’ils adoptent. La posture réflexive étant une posture de base facilitant la création de nouveaux apprentissages transférables à des situations inédites, il est essentiel d’identifier ces traces réflexives sur un parcours d’apprentissage. Notre questionnement porte donc sur les effets engendrés par le dispositif à l’égard de l’adoption d’une posture réflexive par les acteurs pédagogiques. Dans le cadre du dispositif réflexif qui a été organisé pour accueillir plus d’une centaine de stagiaires de 3e master par année académique, il a été proposé à chacun de construire un *log book* (modalité 4). Les stagiaires ont rédigé un *log book* lors de leur stage d’un mois effectué sur leur terrain clinique d’accueil. La recherche présentée dans cet article est focalisée sur l’analyse des traces réflexives relevées dans cet outil, investi très différemment par les stagiaires, pour trouver des réponses à notre questionnement. Le principal point d’appui communiqué aux stagiaires pour rédiger ce *log book* est de suivre le processus DQRpA (Vierset, Frenay, Bédard & Giet*,* sous presse) inspiré des phases du processus réflexif d’explicitationproposé par Kolb (1984)[[2]](#footnote-2) :

* Description de l’*Expérience* (prise en charge d’une patiente par un médecin), D ;
* Questionnement et *Explicitation* lors du processus de conscientisation à propos de l’observation de cette prise en charge, à propos des attitudes prises, à propos des représentations, à propos des ressentis évoqués par les acteurs en présence c’est-à dire, tout au moins, le médecin, la patiente et le stagiaire (qu’est-ce que je me suis dit à ce moment là ? Qu’est-ce qui se passe pour moi ? Quelles sont mes croyances à ce sujet ?), Q ;
* Recherche, positionnement et *Explication* en référence à des ressources fiables (bibliographiques et/ou humaines), acquisition de savoirs avec positionnement argumenté vis-à-vis de la prise en charge, Rp ;
* Identification des Acquis à investir dans l’action future, *Expérimentation*,en vue de l’amélioration de son efficacité, A.

Les stagiaires ont le choix de la chronologie de la présentation du processus. Toutefois, tous les points DQRpA doivent être présentés en tenant compte d’un niveau de lisibilité facilitant le travail du lecteur. Les objectifs de la réalisation de cet outil *log book* concernent la mise en conscience des savoirs, des attitudes, des stratégies et des émotions par le questionnement réflexif afin de faciliter les transferts des apprentissages (re)construits lors des situations vécues formulées par les stagiaires. Ils peuvent se référer à une grille d’auto-évaluation d’Apprentissage de la Pratique Réflexive (APR) fondée sur les items DQRpA. Cette grille est présentée en annexe 1 : « Grille d’auto-évaluation APR »[[3]](#footnote-3) .

**3. Objectifs de recherche**

Le premier objectif (Objectif de recherche 1) de cette présente recherche est d’identifier les différentes formes données par les stagiaires à leur posture réflexive. Autrement dit, la question posée se résume ainsi : « sous quelle(s) forme(s) se manifeste la pratique réflexive chez les stagiaires ? » Le deuxième objectif (Objectif de recherche 2), lié au premier, concerne le transfert des ressources acquises lors des ateliers (ACC, APR) organisés lors des stages G‑O (ou lors des cours organisés dans le cadre de la faculté). Autrement dit, la question posée se résume ainsi : « les ressources discutées, construites et/ou conceptualisées avec les stagiaires dans un cadre théorique *in vitro* (en dehors de la réalité clinique)sont-elles mobilisées sur le terrain de pratique clinique *in vivo* (sur le terrain clinique) ? »

1. **Analyse des traces formulées dans les *log books* des stagiaires**

Les traces réflexives concernent ce que le stagiaire a observé, ressenti, pensé et/ou appris lors de la situation clinique qu’il a observée et à laquelle il a eu l’occasion de participer. Les stagiaires de 3e master ne pouvant pas encore gérer cliniquement les situations qu’ils rencontrent, cette pratique réflexive liée à une *observation participante* ([Malinowski](http://fr.wikipedia.org/wiki/Bronislaw_Malinowski), 1926 ; Winkin, 1981) constitue le premier stade d’apprentissage de la réflexivité précédant le stade d’une pratique réflexive à propos de leurs propres actions cliniques. Car, comme le soulignent Martin, Doudin, Pons et Lafortune (2004, p. 42) à propos du travail de prise de conscience des enseignants et des élèves :

«Il devrait être plus aisé d’engendrer des prises de conscience portant sur les interactions sociales que sur les fonctionnements cognitifs. Dans cette optique, on demandera d’abord à des élèves d’essayer de prendre conscience de ce qui s’est passé dans un travail de groupe avant de les interroger sur leur propre fonctionnement cognitif [social et affectif]. Enfin, il serait également plus simple de stimuler d’abord la prise de conscience du fonctionnement cognitif ou de la pratique professionnelle d’autrui avant de réfléchir à son propre fonctionnement. Ainsi, il conviendrait de procéder à l’analyse et à la prise de conscience de la pratique professionnelle des collègues de l’enseignant [de l’apprenant] avant de s’attarder à la sienne propre […] Nous pouvons donc imaginer une gradation de la manière d’intervenir dans la formation initiale ou continue des enseignants [des médecins], plus particulièrement en ce qui concerne l’analyse de leur pratique. »

Ainsi, cet article présente une analyse qualitative de traces réflexives relatives à l’observation de situations cliniques vécues par les stagiaires de 3e master sur le terrain clinique de G‑O pour ce qui concerne la prise en charge des patientes par des médecins (médecins G‑O et/ou internes). Ces traces sont formulées par les stagiaires dans leur *log book*, outil intégratif de l’APR (Apprentissage de la Pratique Réflexive) en ce qui concerne l’ARC (Apprentissage du Raisonnement Clinique) et l’ACC (Apprentissage de la Communication Clinique) du stagiaire.

Si nous avons insisté sur l’intégration de ces deux capacités (ARC et ACC) dans la construction du *log book*, c’est parce qu’elles constituent deux capacités intégratives de la compétence « Gérer une situation clinique » formulée dans le référentiel de compétences. N’étant pas médecin nous ne sommes pas rentrée dans l’analyse des traces réflexives de l’ARC, ni dans l’analyse de l’élaboration progressive des liens entre ARC et ACC. Par contre, ayant été organisatrice et co-animatrice des ateliers d’ACC, leur analyse et leur transcription étaient plus proches de nos compétences pour nous permettre de réaliser ce travail de recherche. II devenait alors évident qu’il fallait isoler les traces réflexives d’ARC de celles d’ACC pour faciliter l’analyse de ces dernières.

Ainsi, avant d’élaborer notre recherche proprement dite, nous avons réalisé un tri entre les données concernant l’ACC et les données concernant l’ARC de soixante *log books* rédigés par les stagiaires accueillis sur les terrains cliniques G‑O durant l’année 2013-2014. Ce tri entre l’ACC et l’ARC constitue une étape préliminaire à la recherche MTE. Cette recherche se focalise donc uniquement sur les traces réflexives liées à la communication clinique (ACC) construite lors de la relation médecin-patiente en G‑O, observée et formulée par les stagiaires dans leur *log book*. La pratique réflexive soutenant le transfert des apprentissages, nous nous sommes parallèlement intéressée aux ressources théoriques relatives à l’ACC qui ont été mobilisées par les stagiaires lors de leur analyse de la situation clinique.

Une récente recherche (Derobertmasure & Dehon, 2012) destinée à évaluer les traces de réflexivité d’un futur enseignant en formation a été organisée en utilisant des logiciels d’analyse textuelle (*In vivo*, QDA, etc.). Les phases successives du processus réflexif ont été identifiées au sein des *rapports réflexifs* réalisés par des stagiaires, en partant de la description pour construire une conceptualisation relative à une situation vécue en passant par le questionnement et par la proposition de solutions alternatives. Cette recherche a été construite à partir d’une grille de codage construite en fonction de la littérature développant le sujet de la réflexivité. Nous avons été tentée de procéder de la même manière en fondant notre analyse sur le processus réflexif tel que nous l’avons proposé aux stagiaires. Les phases DQRpA auraient été considérées alors comme grille de codage. Toutefois, la MTE favorisant une liberté face aux modèles pré-établis tout en laissant émerger le vécu des acteurs, s’accorde mieux, à notre avis, avec les notions de pratique réflexive, de conscientisation et de subjectivation des savoirs (au sens large du terme). C’est pourquoi cette recherche est réalisée par MTE. Au fur et à mesure du processus de recherche par MTE des catégories vont émerger des données recueillies. Nous présentons dans les lignes qui suivent leur processus d’émergence ainsi que les ressources théoriques que nous avons mobilisées *a posteriori* pour*,* qu’au terme de l’analyse, nous puissions proposer une modélisation des données.

**4.1 Émergence d’une première catégorie : « Acteurs inscrits dans une situation clinique »**

Après plusieurs lectures des traces d’ACC dans soixante *log books*, nous en avons choisi dix en fonction de leurs différents apports et de leurs limites lors d’un premier codage[[4]](#footnote-4). Ces dix textes porteurs de traces réflexives relatives aux ACC ont été lus et relus plusieurs fois également. Les lectures répétées de ces *log books* nous ont guidée vers la distinction des propos relevant du médecin en charge de la situation clinique (et de son entourage), des propos de la patiente (et de son entourage) et des propos des stagiaires. Certains d’entre eux ont choisi d’écrire à propos des trois acteurs inscrits dans la relation, y compris d’eux-mêmes, au moment de l’action c’est-à-dire lors de l’observation de la situation à gérer par le médecin. D’autres stagiaires ne s’incluent pas dans la situation observée. D’autres encore évoquent préférentiellement la relation entre le médecin et la patiente en parlant peu de la patiente sinon pas du tout. Ce premier compte rendu de codage nous invite à établir un lien avec un concept émergeant également lors des ateliers ACC : le principe de *résonance.*

Le principe systémique de *résonance*, tel qu’il est abordé par Elkaïm (1989), nous est apparu comme une ressource à investir d’emblée dans cette analyse, comme nous le faisons lors d’un exercice proposé dans un des ateliers d’ACC[[5]](#footnote-5). Un modèle qui résonne dans une école, un hôpital, une famille ou dans n'importe quelle autre institution s'appelle un *isomorphisme.* Pour comprendre le concept d’isomorphisme, intimement lié aux *résonances* d’attitudes d’un individu à un autre ou d’une structure à une autre, ou encore d’un système à un autre, nous faisons appel aux concepts utilisés en analyse systémique (Benoît, Malarewicz, Beaujean, Colas & Kannas, 1988, p. 2) : « Le terme d'isomorphisme désigne d'abord un concept mathématique selon lequel, lorsque deux structures peuvent être superposées de manière isomorphique, à chaque élément d'une structure correspond un élément de l'autre structure, en ce sens que chacun des éléments joue le même rôle dans leurs structures respectives*.* »

Schröd (2004) rappelle que cette notion d’isomorphisme a été transposée en thérapie familiale, en lien avec le fonctionnement des intervenants et des institutions. Dans ce sens, l'isomorphisme ne constitue pas une correspondance d'élément à élément, mais une correspondance de relations se créant à l'intérieur d’un même système constitué de plusieurs individus. En milieu hospitalier, la construction de l'isomorphisme s'appuie sur les informations (actes, dires, pensées, émotions et sensations) que livrent progressivement le patient et son entourage, lesquelles entrent en résonance avec les informations communiquées par l’intervenant thérapeutique, par les infirmières, et vice-versa[[6]](#footnote-6).

Nous envisageons dans cette recherche la question de la *résonance* (de représentations, d’attentes, de besoins, d’émotions, etc.) que la relation induit tant chez la patiente que chez le médecin, voire chez le stagiaire. Qu’il soit psychologue, psycho-pédagogue, assistant social, médecin ou toute personne ayant une profession intimement liée à la relation professionnelle avec un individu ou avec un groupe d’individus, le processus de *résonance* (Elkaïm, 1989) peut être identifié. Dans ce cadre d’analyse de traces réflexives, le repérage de ce processus de *résonance* dans la relation médecin-patiente est une piste qui se dessine lors des premières lectures des *log books*.

Nous décidons alors d’organiser les situations formulées dans les dix *log books* des stagiaires selon une structure commune dans laquelle vont s’inscrire les trois acteurs de la relation. Cette structure proposée pour soutenir la conceptualisation est une structure dont nous nous servions pour conceptualiser le principe de *résonance* lors des ateliers ACC. Cette structure est présentée en annexe 3 : « Structure de Carte Conceptuelle (CC) construite en tant qu’outil pédagogique pour interagir avec les stagiaires lors des ACC au sujet du principe de résonance » (Vierset & Fohn, 2011).

Dans cette structure, vont apparaître le stagiaire, le plus souvent en observation participative, le médecin, acteur agissant et, enfin, la patiente, actrice s’il en est de la relation thérapeutique en construction lors d’une consultation clinique. Cette structure rendue commune aux dix premières situations cliniques formulées dans les *log books* constitue le compte rendu de ce premier codage. La catégorie émergente est nommée « Acteurs inscrits dans une situation clinique ». Elle est constituée de trois dimensions représentant les réactions-attitudes des trois acteurs de la situation clinique : la patiente, le médecin et le stagiaire. Chaque situation clinique analysée est envisagée selon la structure commune proposée. Dix cartes conceptuelles sont ainsi construites, une par situation choisie dans des *log books.* Un exemple est proposé en annexe 4 : « Exemple de Carte Conceptuelle (CC) construite à partir d’une situation clinique formulée par un stagiaire dans son *log book*».

* 1. **Émergence d’une deuxième catégorie** : **« Posture réflexive »**

Tout en alimentant la structure commune selon la première catégorie émergente définie jusqu’ici, s’extrait progressivement une autre catégorie émergente[[7]](#footnote-7). En effet, il apparaît de plus en plus clairement que le processus réflexif s’inscrit dans les traces analysées. Le codage des traces se réalise alors selon une logique réflexive impliquant les trois acteurs entrant en résonance dans la relation. Voici les *verbatim* formulés par un stagiaire pour une situation qu’il a vécue et restructurée, selon son processus réflexif :

* Description de l’Expérience (mes émotions et mes réactions, les réactions et émotions que j’observe chez la patiente, les émotions et réactions que j’observe chez le médecin) : « Moi, j’étais interpellé par la situation. La patiente d’origine italienne était assez exubérante. Elle criait et semblait avoir très mal. Elle présentait des signes tangibles de douleur. »Quant à lui,« le médecin paraissait très énervé et frustré devant le manque d’indices cliniques » ;
* Questionnement et Explicitation (ce que je me dis dans ma tête) : « Je me demande si le ressenti de la patiente n’a pas été perturbé par la dubitation que nous éprouvions à son égard. Je me demande si dire à la patiente "je ne sais pas ce que vous avez" et reconnaître ne pas avoir la réponse à tout est si compliqué et rabaissant pour le médecin. »
* Recherche, positionnement et Explication (en référence, dans ce cas-ci, à ce que le médecin m’en a dit, en tant que personne-ressource) : « Il est difficile de ne pas étiqueter les patients. Le sentiment d’impuissance devant un cas comme celui-ci peut nous irriter et nous amener à perdre patience. »
* Identification des Acquis et non-acquis et Expérimentation (ce que j’ai appris, comment je me positionne et ce que je retiens pour ma pratique future) : « Ce cas m’a permis d’apprendre qu’il ne faut pas juger trop vite les patients. Je pense que pour gérer la frustration que nous pose ce genre de cas, il faut avant tout garder son calme, et ce même devant le sentiment d’impuissance que nous inspire ce genre de situation. »

Au niveau des ressources bibliographiques, bien que les recherches à propos de la communication clinique (ACC) restent rarement évoquées, les stagiaires commencent à se documenter de ce côté-là lorsqu’ils veulent approfondir le sujet. Toutefois, ce point reste le plus souvent négligé (à la différence du raisonnement clinique (ARC) qui croule sous les propositions de références bibliographiques). Dans leur *log book*, les stagiaires formulent généralement, mais non systématiquement, ce qu’ils ont appris soit aux ateliers d’ACC, soit au cours de psychologie clinique de 1re master auquel ils ont participé en faculté, soit aux ressources humaines rencontrées sur le terrain clinique (médecins, infirmières, psychologue, etc.) qu’ils ont questionnées à ce sujet.C’est pourquoi, la phase d’explication formulée dans les CC identifie, soit « ce que le médecin en disait », soit « ce que j’ai retenu des ateliers d’ACC », soit « ce que j’ai retenu du cours de 1re master », soit, bien que trop rarement, une référence bibliographique plus précise abordant le sujet de la relation médecin-patient ou tout autre sujet abordant la communication, comme par exemple, l’analyse transactionnelle (Berne, 1977), l’écoute active (Gordon, 1967), etc.

Nous tenons à préciser que, dans le cadre de ce dispositif, les entretiens réflexifs ainsi que les écrits récoltés dans les *log books* évoquent la pratique réflexive comme faisant partie du moment de décontextualisation de l’action. Or, initialement, la réflexivité évoque la réflexion *in action* (Schön, 1983/1994). Ce qui est essentiel à comprendre, selon Schön, c’est que cette réflexion porte, non sur la réflexion après l’action (Décontextualisation) mais sur la réflexion pendant ou dans l’action *hic et nunc,* même si cela se réalise *après coup,* tel un *flashback* (Contextualisation)*.* Saint-Arnaud (2001, p. 19) ajoute : « L’objectif ultime de la praxéologie [et de la pratique réflexive] est de former des praticiens capables de s’auto-réguler rapidement dans l’action […]. Par ailleurs, l’apprentissage de cette compétence est facilité lorsqu’on se donne le temps de découvrir, *après coup*, les mécanismes que l’on a utilisés plus ou moins consciemment dans une intervention. » Autrement dit, dans le cadre de rédaction du *log book,* le moment d’*explicitation* devrait, selon Schön (1983/1994), Kolb (1984), Vermersch (2011) et Saint-Arnaud (2001), maintenir l’acteur dans le moment présent de la contextualisation de l’action, car c’est ce moment qui contient l’essence de la posture réflexive : la mise en conscience. Cependant, comme le souligne Vermersch (2011, p. 59) :

«Il ne s’agit pas de privilégier de manière absolue une position de parole au détriment de l’autre, ce serait absurde. Mais, plus de rétablir l’équilibre entre ces deux points de vue complémentaires. Il me semble important de voir la valeur des deux positions, et encore plus l’intérêt de la flexibilité qui permet, selon les besoins et les buts, de passer d’une pensée formelle décontextualisée [désincarnée] à une pensée incarnée [contextualisée]. »

À ce niveau, au fur et à mesure des lectures des *log books,* nous identifions l’utilisation de plusieurs temps de conjugaison, allant du présent à l’imparfait en passant par le passé composé, et ce dans la formulation d’une même situation clinique. Or, la conjugaison au présent (Vermersch, 2011) indique l’importance d’être présent à soi-même lors de l’expérience tout autant que lors de l’évocation de l’expérience en *flashback.* Cet approfondissement de la posture réflexive n’a pas pu être ni soulevé, ni investi au sein du dispositif installé.

En les relisant encore, nous voyons que certains étudiants parlent, soit en « nous » (« nous », membres d’une communauté de médecins), soit en « je » (« je », individuel professionnel), soit en « il » ou « elle » (le médecin/la médecine), soit en « on/il » (impersonnel). Nous choisissons de nommer cette catégorie émergente, « posture réflexive»en référence à Vermersch (2011) qui suggère l’utilisation du « Je » lors de la phase d’explication pour mieux fournir l’occasion au stagiaire d’exprimer sa subjectivité.

* 1. **Sélection de la catégorie centrale : « Posture réflexive »**

À présent, nous proposons de dire comment nous avons pu définir, à partir du recueil de données, cette catégorie en tant que catégorie centrale. Comme nous le verrons ci-dessous, au fur et à mesure de la recherche ont émergé quatre axes indicateurs de réflexivité : indicateur d’engagement personnel (axe 1), indicateur de subjectivation des savoirs (axe 2), indicateur de projection dans la professionnalité future (axe 3) et indicateur de prise de position personnelle par rapport à celle qu’a prise le médecin en charge de la situation clinique (axe 4). Ainsi, après avoir identifié ces quatre axes, nous décidons que cette catégorie « Posture réflexive » constituera la catégorie centrale[[8]](#footnote-8) émergeant des vécus des stagiaires en réponse à notre question de recherche concernant l’analyse les traces réflexives formulées par les stagiaires. Nous développons maintenant chaque axe, un après l’autre.

* + 1. **Axe 1 : « Indicateur d’engagement personnel »**

Ainsi avons-nous pu identifier un premier axe (cf. figure 1) émergent. Nous le nommons « Indicateurd’engagement personnel » du stagiaire dans le questionnement au sujet de la situation clinique. Selon ce que nous avons pu retirer des données, cet axe se développe selon quatre seuils. Le premier seuil correspond à une très grande implication et/ou à une intégration précoce dans le corps médical lorsque le stagiaire s’y identifie en utilisant le « nous » en tant que faisant partie d’une communauté de praticiens (1). Le deuxième seuil correspond à l’utilisation d’un « je » en tant que médecin (2). Le troisième seuil correspond à un éloignement de l’individu moins directement concerné par la situation ; c’est « la médecine » qui est concernée (3). Le quatrième seuil correspond à l’utilisation de formules impersonnelles, *toutes faites* (4). Les *verbatim* ci-dessous proviennent de *log book* différents :

1. «*…que nous éprouvions à son égard*»,«*…la frustration que nous pose ce genre de cas…*» et «*…ce sentiment d’impuissance que nous inspire ce genre de situation.*»
2. «*Je ne savais que faire devant le désespoir de cette jeune femme*… »,«*J’ai été choquée de voir la préparation du bébé mort.*»
3. «*À travers le suivi de cette personne, j’ai réalisé à quel point le versant humain et communicationnel de la médecine est important.*»,«*Je me suis rendu compte de l’implication émotionnelle qu’un médecin pouvait avoir avec un patient.*»
4. «*J’ai appris qu’il fallait rester critique aux informations données par le patient.*»

À la recherche de repères théoriques, nous faisons appel une fois encore à Vermersch (2011, p. 62) qui rappelle que :

« La position de parole "formelle" s’accompagnera de généralisation : chaque fois que je fais, en général, la plupart du temps, jamais […] mais aussi de nominalisation c‘est-à-dire tous les mots abstraits qui renvoient à un sens idéal : la liberté, l’intérêt, la méthodologie [la médecine]. Ces indicateurs montrent que le sujet ne s’exprime pas au sujet d’un vécu spécifique, mais qu’il est au niveau d’une classe de tâches. Inversement, la prise de parole incarnée [posture réflexive] se manifestera sous la forme d’un vocabulaire spécifique, descriptif, concret, relié à des connotations sensorielles. Il semble aussi que lorsque l’évocation est fortement présente, le sujet verbalise facilement au présent, en prenant la parole de manière directe (présence de "je"). »

De plus, à ce propos, Jorro et De Ketele (2011, p. 9) rappellent que : « Non seulement, il est possible d’imaginer un cheminement de l’acteur au point de vue de l’incorporation de compétences mais aussi une affirmation de soi dans ses modes d’action [et de réflexion]. » L’utilisation du « je » nous apparaît, dans ce cas, comme synonyme d’une affirmation de soi dans ses modes de réflexion.

* + 1. **Axe 2 : « Indicateur de subjectivation des savoirs »**

Il a été possible d’identifier un deuxième axe (cf. schéma 2) émergeant des données. Nous le nommons « Indicateurs de subjectivation des savoirs ». Cet axe se développe selon quatre seuils. Le premier seuil correspond à une très grande capacité de subjectivation des savoirs tout en tenant compte des principes déontologiques de la communauté de praticiens dans laquelle le stagiaire s’inscrit (1). Le deuxième seuil correspond à la mise en conscience de ses croyances personnelles (2). Le troisième seuil correspond à l’intention de n’envisager que la subjectivité du patient (3). Le quatrième seuil correspond à une formulation généralisante et impersonnelle (4) :

1. « *J’ai appris à me détacher de nos propres principes pour pouvoir entendre ce que la patiente nous dit d’elle et de sa vie*. »
2. « *Cette situation m’a fait comprendre que la relation médecin-malade ne se résume pas à devoir gérer les émotions de son patient. Il est tout aussi important de savoir contrôler mes propres émotions.* », « *J’ai parfois difficile de dépasser mes a priori négatifs*. »
3. «*Il est important de prendre en compte la subjectivité du patient*»
4. «*On doit prendre en compte l’aspect relationnel avec le patient.*»

Lors de notre recherche théorique sur ce sujet, nous faisons appel au propos de Vanhulle (2009, p. 246) : «Nous ne prétendons pas qu’elle [l’écriture réflexive] soit le mode de subjectivation par excellence. Mais, elle peut être explorée comme un véritable instrument de co-construction de soi et des objets : 1. Dans la mesure où elle est de la pensée en train de se forger et de se transformer au fil de la mise en discours (d’une idée, d’une réaction, d’une expérience, d’un espoir, d’un sentiment, d’un rien ou d’un trop-plein). 2. Dans la mesure où elle consiste à mobiliser sans cesse le langage avec ses caractéristiques, ses mécanismes, ses codes et ses ressources. » L’exercice de subjectivation des savoirs se situe dans les formes que les stagiaires donnent à ce qu’ils ont appris. Ces formes varient en fonction de chaque individu, en fonction de son rythme, en fonction du sens qu’il y trouve, en fonction de sa motivation à s’y engager, des enjeux sous-jacents qui tracent ses développements écrits et de son potentiel de remise en question de ses savoirs, de ses croyances, de ses actes et de ses attitudes.

Nous remarquons que ces deux premiers axes qui émergent dans chaque *log book* sont intimement liés. À ce propos, Vanhulle (2009, p. 247) souligne*:* «Un fait remarquable est que les étudiants qui investissent le plus dans l’écriture réflexive et qui, ce faisant, vont plus loin dans la transformation des significations, sont ceux qui s’engagent le plus dans les dispositifs et prennent dès lors le plus les tensions en charge. » Après l’analyse des dix premiers *log books*, nous vérifions la récurrence de ces deux axes sur cinq autres *log books*. Nous pouvons alors conclure que les deux axes qui émergent s’articulent au sein de la même catégorie centrale nommée « Posture réflexive ». La catégorie émergente sélectionnée se révèle selon deux axes de codage qui évoluent de manière concomitante : l’axe indicateur d’engagement personnel et l’axe indicateur de subjectivation des savoirs.

* + 1. **Axe 3 : « Indicateur de prise de position personnelle »**

Un troisième axe (cf. schéma 3) est identifié lors des lectures des *log books* : l’axe « Indicateur de prise de position personnelle par rapport au positionnement du médecin ». Cet axe se compose de quatre seuils qui renseignent sur le comment les stagiaires disent qu’ils sont d’accord, ou pas, avec le médecin en charge de la situation clinique. Certains stagiaires, soit formulent une position différente de celle qu’a prise le médecin, allant ainsi à l’encontre de la manière dont il l’a gérée, soit confirment la position prise par le médecin (1). D’autres stagiaires s’associent au médecin pour discuter leur prise de position (2). Le troisième seuil correspond à un questionnement mais sans formuler de prise de positon (3). Le quatrième seuil correspond à un vide de formulation à ce sujet (4) :

1. «*Je trouve que dire à la jeune fille ce que le médecin a dit est discutable alors qu’elle vivait très mal cette annonce*»et«*Je pense que la prise en charge par le médecin était adéquate. En effet, des recherches que j’ai faites avec d’autres intervenants, il en ressort…*»
2. «*Je pense que l’interne, et moi-même, aurions dû prendre plus de temps pour expliquer à la patiente sa pathologie.*»
3. «*Je me pose encore des questions au sujet de la position asymétrique* [paternaliste], *comme l’a prise le médecin, à prendre avec une patiente dans le but de lui faire prendre conscience de l’importance du suivi thérapeutique.*»
4. Pas de prise de position formulée. Pas de questionnement.

Il n’était pas facile pour le stagiaire de faire cet exercice car les prises de position, surtout par écrit, ne lui sont pas familières, et encore moins lorsqu’il s’agit de formuler ses questionnements à propos de l’action d’un médecin qui l’accompagne. Il serait bien trop téméraire pour lui de s’engager dans cette voie réflexive s’il n’a pas pu précédemment interagir avec le médecin pour échanger leurs questionnements au sujet de la situation clinique formulée dans son *log book*. Dans le cas contraire, ses questionnements pourraient être perçus par le médecin comme un jugement ou comme une critique, surtout si ce dernier n’a pas adopté lui-même une posture réflexive vis-vis des questions du stagiaire. Et, si une relation de partenariat entre les deux acteurs se reconnaissant mutuellement engagés dans l’interaction professionnelle qu’ils vivent *hic et nunc*, chacun ayant sa place au sein de la résolution d’un problème, facilite le processus réflexif (Vierset, sous presse), il n’est pas dit qu’à l’heure actuelle, ce soit le type de relation pédagogique le plus couramment proposé aux stagiaires. En effet, Jorro et De Ketele (2011, p. 14) précisent : « Les stagiaires énoncent à quel point la traversée des contextes [différents lieux de stages cliniques] les expose à des modes différenciés de reconnaissance. Dans tel lieu, ils se sentent reconnus et ont le sentiment de pouvoir s’accomplir. Dans d’autres lieux, le régime d’invisibilité les fragilise : ils ne se sentent pas à leur place. […] La variabilité du processus de reconnaissance s’énonce sur le mode de la difficulté. La capacité des stagiaires à faire face à ces sphères de reconnaissance constitue une expérience vive du processus de professionnalisation. »

* + 1. **Axe 4 : « Indicateur de projection dans la profession future »**

À la (re)lecture des *log books*, un quatrième axe (cf. schéma 4) s’ajoute à la catégorie émergente. Cet axe 4 est nommé « Indicateur de projection dans la professionnalité future ». Tant les « je devrais faire » et « j’aurais dû faire » peuvent être considérés comme des *vœux pieux*, tant la conjugaison des verbes au futur « je ferai » et « je proposerai » peuvent s’inscrire dans un futur professionnel. Cet axe se développe selon quatre seuils. Le premier seuil correspond à une grande capacité de projection dans le futur (1). Le deuxième seuil identifie clairement une position dans le présent, à dépasser dans l’avenir (2). Le troisième seuil correspond à ceux qui se questionnent sur leurs possibilités dans l’avenir (3). Le quatrième seuil correspond aux stagiaires qui restent dans des propos de grande généralité (4) :

1. «*Ce cas me permettra de mesurer avec plus de facilité la balance des bénéfices/risques de chacune de mes décisions dans ma pratique médicale future*», «*Cette situation m’a permis de vivre une situation réelle (pathologie vue au cours d’endocrinologie mais pas en situation de grossesse) qui me permettra à l’avenir de communiquer de façon optimale avec mes confrères et de garantir la meilleure prise en charge de mes patientes*»et«*À l’ avenir, je resterai aux côtés de la maman.*»
2. «*Il faut réussir à garder une certaine distance affective tout en cherchant le bien-être de la patiente par l’empathie. Je ne pense pas avoir assez de maturité pour gérer actuellement ce genre de situation et dépasser cette dualité.*»
3. «*je ne sais pas si j’aurais son répondant.*»
4. «*Je pense avoir encore beaucoup à apprendre en la matière.*»

Selon Vassileff (1997, p. 45) : « La projection [dans la professionnalité] exprime la démarche de l'individu qui donne du sens à ses pensées et à ses actes à partir de ses propres conceptions. C'est cette démarche, expression du désir, qui fonde l'autonomie et qu'il convient en premier lieu de développer chez les formés [les apprenants]. » Ainsi, les stagiaires, en se projetant dans le futur professionnel à partir d’une situation clinique qu’ils ont analysée, construisent précocement leur manière de s’y engager ou de chercher à s’engager dans une communauté de praticiens.

1. **Modélisation de la posture réflexive adoptée par les stagiaires**

Pour indiquer la profondeur, voire la progression, de l’ancrage de la posture réflexive chez le stagiaire, nous proposons quatre schémas de forme pyramidale, un pour chaque axe. Ces figures 1, 2, 3 et 4 représentent les quatre axes émergeant des données du vécu des acteurs de terrain selon différents seuils de pratique réflexive. Ces quatre axes s’articulent au sein de la catégorie centrale émergente nommée « Posture réflexive ».

La modélisation proposée rend compte de plusieurs éléments nourrissant la réflexivité tant sur le plan de l’engagement dans l’action (axe 1) et sur le plan de la subjectivation des savoirs (axe 2) que sur le plan de la projection dans la professionnalité future (axe 3) et sur le plan de la prise de position personnelle (axe 4). Comme nous l’avons déjà évoqué, une méthode de recherche qui travaillerait à partir de modèles d’analyse pré-inscrits ou pré-existants à la recherche ne peut pas apporter de modèle neuf puisqu’ils pré-existent déjà à la recherche. C’est pourquoi nous avons décidé de choisir une approche inductive telle que la MTE. Ainsi, la MTE permet de ne pas confirmer une phrase deVanhulle (2009, p. 243) : «En abordant nos analyses de cas, nous savions déjà que les processus énonciatifs, ou les manières dont les sujets se construisent peu ou prou à travers leur discours, ne seraient pas à proprement parler "modélisables" […] Sans doute peut-on décrire et expliquer des activités de subjectivation dans la mesure où l’on pratique une méthode permettant de déceler leur orientation, leur mouvement (Bronckart & Friedrich (1999, p. 52). » Dans ce cas, nous pouvons dire que la MTE a permis de rendre les données recueillies modélisables.

Figure 1. AXE 1. Seuils et indicateurs d’engagement personnel dans la gestion de l’action

Figure 2. AXE 2. Seuils et indicateurs de subjectivation des savoirs dans la gestion de l’action

Figure 3. AXE 3. Seuils et indicateurs de prise de position personnelle dans la gestion de l’action

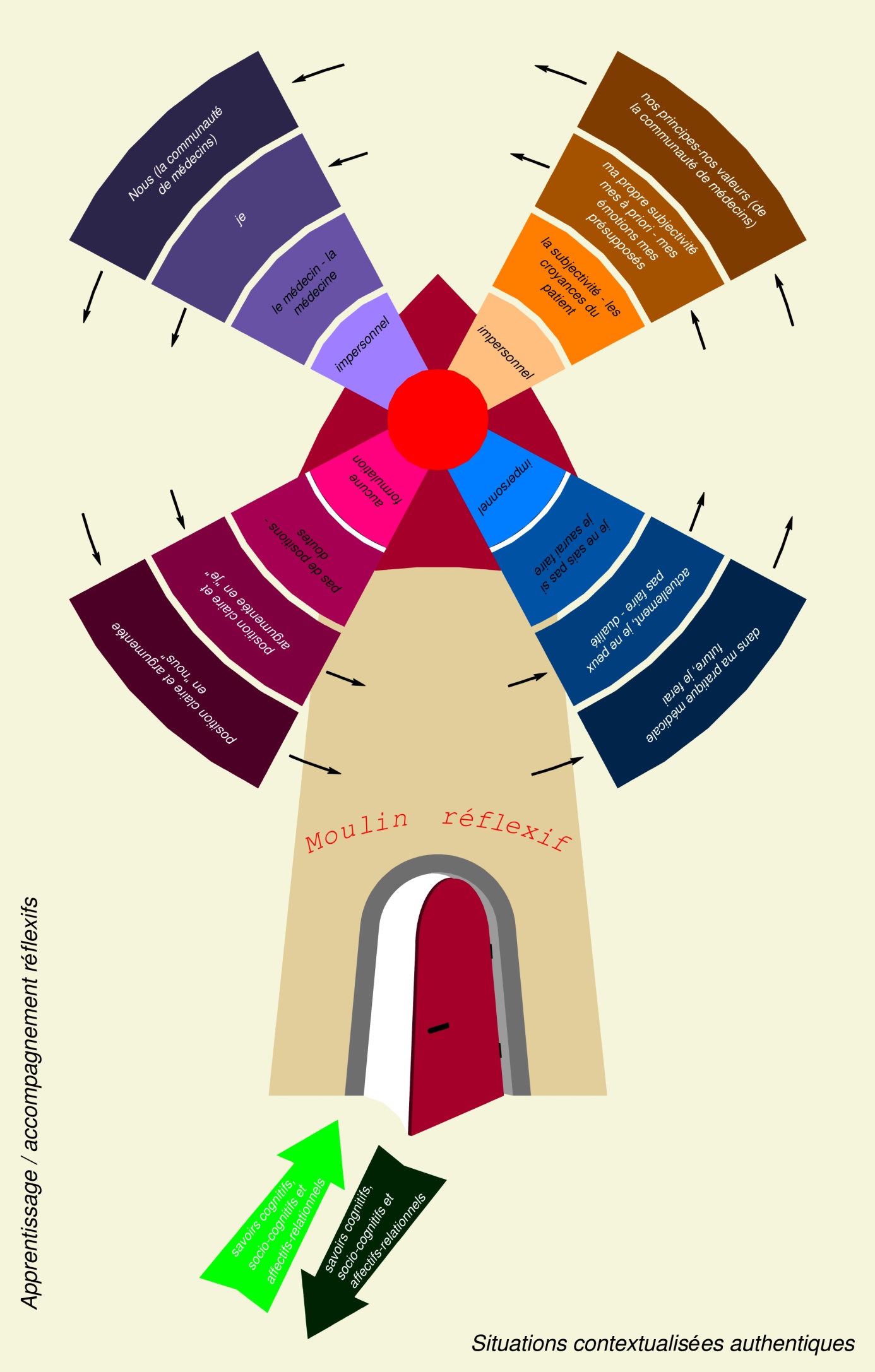
Figure 4. AXE 4. Seuils et indicateurs de projection dans le futur professionnel lors de la gestion d’une action présentant un dégré de similarité plus ou moins éloigné

En résumé, cette recherche aboutit à une modélisation de la pratique réflexive articulée autour de quatre axes émergents chacun proposant quatre seuils de réflexivité :

* axe 1 : Indicateur d’engagement personnel : formulation en un « nous » faisant partie d’une communauté de médecins (1), formulation en « je » (2), formulation distanciée en invoquant ce que dit « la médecine » (3), formulation impersonnelle (4) ;
* axe 2 : Indicateur de subjectivaation des savoirs : évocation de « nos valeurs » en tant que valeurs de la communauté de médecins (1), évocation de « sa propre subjectivité » (2), évocation de la « subjectivité du patient » (3), évocation impersonnelle (4) ;
* axe 3 : Indication de prise de position : prise de position claire et argumentée en un « nous » faisant partie d’une communauté de médecins (1), prise de position claire et argumentée en « je » (2), pas de prise de position, expression de doutes (3), pas de formulation à ce sujet (4) ;
* axe 4 : Indicateur de projection dans la profession future : « Je ferai » (1), « actuellement je ne peux pas faire » (2), « je ne sais pas si je saurai faire » (3), formulation impersonnelle (4).

Si nous lions ces quatre axes sous la forme d’un moulin à vent fonctionnant avec quatre ailes catalysant le processus de pratique réflexive (figure 5), nous pouvons continuer de nous adosser à cette métaphore jusqu’à dire que plus l’envergure des ailes (axes de réflexivité) et plus le vent seront présents (apprentissage/accompagnement réflexifs en ordonnée et situations d’apprentissage contextualisées authentiques en abscisse), plus la posture réflexive (le cercle rouge au centre) activera la réorganisation et la transformation – le transfert – des connaissances (flèches vertes qui entrent et sortent du moulin) d’une situation connue (vert clair) à une situation inconnue que l’étudiant est en train de vivre (vert foncé), tout en s’incarnant dans une *professionnalité émergente*, que Jorro et De Ketele (2011, p. 9) définissent ainsi :

« La professionnalité émergente suppose une "première construction d’un soi professionnel" pour des stagiaires se destinant en formation initiale vers le monde du travail. Elle renvoie également à la "construction renouvelée d’un soi professionnel" pour les acteurs qui ont déjà une expérience. Il ressort de ces deux situations que la professionnalité émergente pourrait être entendue comme la caractéristique de tout professionnel cherchant à se développer professionnellement, voire à se perfectionner tout au long de son activité professionnelle et faisant l’expérience de tâtonnements qui conduisent à des restructurations du soi professionnel. […] Le fait d’attribuer un caractère professionnel à l’activité d’un stagiaire revient à identifier des savoirs en cours de construction ou déjà incorporés qui demandent encore d’être reliés à d’autres composantes identitaires, sociales et institutionnelles. » Ainsi, nous pouvons dire que le processus réflexif a émergé chez les stagiaires selon ce qu’ils étaient prêts à en faire, par tâtonnements et selon les seuils qu’ils ont décidé (consciemment ou non) de franchir.



savoirs cognitifs, socio-cognitifs et affectifs-relationnels réorganisés et/ou transformés pour savoir-pouvoir cré-agir à la situations qui se présente *hic et nunc*

Figure 5 : Modélisation de la posture réflexive adoptée

par les stagiaires en médecine G-O (3e master)

1. **Discussion des résultats**

Bien que les stagiaires adhèrent au dispositif réflexif de manière exponentielle d’année en année, nous nous sommes posé la question des postures réflexives qu’ils adoptent. La posture réflexive étant une posture de base facilitant la création de nouveaux apprentissages transférables à des situations inédites, il est essentiel d’identifier ces traces réflexives sur un parcours d’apprentissage tel que celui des stages. Notre questionnement porte sur les effets engendrés par le dispositif à l’égard de la posture réflexive, envisagée comme une des compétences à développer durant le stage G‑O. La construction du *log book* représente une des modalités installées dans le cadre du dispositif réflexif au niveau des stagiaires de 3e master accueillis sur plusieurs terrains cliniques de G‑O. Ainsi, tous les stagiaires ont un *log book* à réaliser lors de leur stage effectué lors de leur passage d’un mois sur un terrain clinique de G‑O.

La recherche présentée dans cet article se focalise sur l’analyse des écrits de cet outil investi très différemment par les stagiaires, afin de trouver des réponses à notre questionnement : sous quelle(s) forme(s) se manifeste la pratique réflexive chez les stagiaires ? Le premier objectif de cette présente recherche est donc d’identifier les différentes formes données par les stagiaires à leur posture réflexive (Objectif de recherche 1). Le deuxième objectif, lié au premier, concerne le transfert des ressources acquises, soit lors des ateliers organisés dans le cadre des stages G‑O, soit lors des cours communiqués en faculté (Objectif de recherche 2). Autrement dit, les ressources discutées, construites et/ou conceptualisées avec les stagiaires dans un cadre théorique *in vitro* (en dehors de la réalité clinique)sont-elles mobilisées sur le terrain de pratique clinique *in vivo* (sur un terrain pratique) ?

Cette recherche aboutissant à cette modélisation répond au premier objectif (Objectif de recherche 1). En effet, celle-ci provient du fait que les stagiaires ont fait preuve de réflexivité sous différentes formes, chacun ayant développé son *log book* selon des seuils de réflexivité qui sont spécifiques à leur état de progression, allant de la formulation impersonnelle d’une situation clinique à la prise de position vis-à-vis de l’action gérée par un interne. Ce transfert a pu s’organiser grâce à la contextualisation des apprentissages, aux Ateliers (ACC et APR) organisés sur le lieu de stages et à l’accompagnement individuel que nous avons pu proposer (toujours en lien avec les ateliers) où nous leur proposions d’approfondir leur questionnement à propos de leur manière d’envisager la relation thérapeutique avec les patientes en rapport avec des situations qu’ils avaient vécues. Les problèmes mal définis rencontrés dans une structure hospitalière (situation cible), c'est-à-dire possédant un haut niveau de discrimination avec la situation d’apprentissage apprise au cours (situation source) exerce le processus de transfert créatif mais pour que ce processus s’enclenche, il est essentiel que l’accompagnateur intervienne pour le rendre conscient aux yeux du stagiaire (Tardif, 1999) lors d’un entretien réflexif (en tant que miroir réfléchissant le processus d’apprentissage du stagiaire).

Des écrits scientifiques sur le sujet de la modélisation de la pratique réflexive nous informent sur l’existence de deux modèles proposant des niveaux de réflexivité. Le premier modèle est celui de Van Manen (1977). Il distingue trois niveaux de réflexivité : *technical reflection – practical reflection – critical reflection.* Le premier niveau représente les moyens réflexifs mis en œuvre par l’apprenant pour atteindre les objectifs fixés dans l’action. Le deuxième niveau représente l’engagement de l’apprenant vis-à-vis du développement d’une pratique personnalisée intégrant ses croyances, ses convictions et ses valeurs personnelles (Peters *et al*., 2005, cité par Derobertmasure, 2012). Le troisième niveau représente le questionnement de l’apprenant sur le statut et les influences exercées sur sa profession au sujet de l’éthique liée aux actions réalisées et au sujet des finalités de l’éducation (Derobertmasure, 2012). Si des écrits réflexifs formulés par des enseignants en formation ont été analysés dans le cadre d’une analyse de contenu fondée sur ces trois niveaux (Hatton & Smith, 1995), il n’existe pas, à notre connaissance, d’études réalisées à partir de l’analyse de traces réflexives formulées par des médecins en formation.

La modélisation proposée devrait pouvoir guider les apprenants lors de leurs exercices réflexifs tout en les soutenant lors de l’adoption de cette posture réflexive, non coutumière dans notre université. Une prochaine étape de travail pourrait s’organiser autour de l’initiation des stagiaires (et des accompagnateurs) à la posture réflexive selon Vermersch (2011). Cette posture réflexive plus spécifique n’apparaît que très rarement dans les *log books* analysés, car cette position non spontanée, formulée en « je » et investie d’une conjugaison au présent, comme s’ils (re)vivaient l’action en *flashback,* leur est encore, pour la plupart d’entre eux, inconnue.

Cela étant dit, le dispositif réflexif mis en place en 2008-2009 est toujours un projet en progression. Les stagiaires ont participé habilement aux nombreux changements qui étaient proposés, dont la réalisation d’un travail écrit pendant le stage (*log book)*. En plus de suivre des étapes du processus réflexif (DQRpA), qu’ils n’avaient pas l’habitude de suivre, il leur était demandé de prendre position vis-à-vis de la prise en charge d’une patiente par un superviseur, le plus souvent, médecin interne. Ce travail représentait déjà à lui seul un *challenge* pour les stagiaires. Nous pensons que ce n’était pas le moment de leur en demander plus. Nous avons préféré ne pas prendre le risque des les voir abandonner à cause d’une trop grande amplitude du changement installé. De plus, étant seule pour organiser, planifier et gérer le dispositif réflexif, il n’a pas été possible dans ce contexte de travail G‑O d’organiser une formation à la pratique réflexive. En plus et dans le même temps, ayant réalisé ce travail selon leurs stratégies, leurs ressentis et leurs besoins personnels *hic et nunc*, nous y voyions une recherche du sens qu’ils ont pu donner à la construction de cette *œuvre*, chacun, selon son rythme, selon sa perception, tout en tenant compte du contexte de travail et des acteurs y agissant.

C’était un défi, car l’émergence du potentiel réflexif pré-existant en chaque stagiaire relevait d’une gageure au début de l’installation du *log book* tant ils semblaient insécurisés par ce que nous leur demandions de réaliser. En groupe, les ateliers ACC et APR (incidents critiques qu’ils ont proposés eux-mêmes) leur ont donné l’occasion d’évoquer et de discuter des pistes de travail. Par la suite, l’accompagnement individualisé fondé sur le travail qu’ils étaient en train de réaliser s’identifiait à un entretien d’explication et de questionnements semi-directifs pour qu’ils questionnement eux-mêmes non seulement leurs incertitudes mais aussi leurs certitudes au sujet des situations cliniques évoquées dans leur *log book*.

À partir du moment où les stagiaires ont pu percevoir le sens que cet outil pouvait avoir au niveau de leur apprentissage, les plaintes concernant ce travail d’écriture « à faire en plus du stage » ont petit à petit disparu. Certains ont pu percevoir l’avantage de savoir sur quoi était fondé l’examen de G‑O. D’autres ont pu percevoir l’avantage d’un travail de questionnement et de recherche à propos de la pratique clinique qu’ils étaient en train de vivre. De la même façon, certains superviseurs et internes ayant observé l’investissement des stagiaires dans ce travail relatif à leurs pratiques, ont pris plus volontiers part aux partages réflexifs avec les stagiaires. Cette prise de conscience du sens de cet outil a facilité les échanges réflexifs entre la majeure partie des acteurs du système, y compris le responsable de département et examinateur des *log books* qui a pu saisir l’occasion d’entamer des discussions avec son équipe médicale à propos des situations cliniques formulées dans l’un au l’autre *log book*. Cette stratégie *bottom up[[9]](#footnote-9)* est nommée dans le cadre de ce projet *percolation réflexive* puisqu’elle remonte des stagiaires vers les internes puis vers les médecins G‑O et enfin vers le responsable du département de G‑O.

Par ailleurs, cet outil est utilisé pour l’examen de G‑O organisé au terme du stage de 3e master. La fiche d’auto-évaluation APR (annexe 1) propose des items correspondant aux différentes phases du processus réflexif DQRpA. Cette fiche présente l’avantage de donner une forme institutionnalisée à la pratique réflexive, encore très peu intégrée à la faculté de médecine de Liège, tout en informant d’une possibilité d’opérationnalisation des processus réflexif, auto-évaluatif et auto-régulatif. Ainsi, le *log book* et la fiche d’auto-évaluation qui l’accompagne permettent de soutenir l’étudiant dans la progression de ses compétences de manière concrète. Cela étant dit, le travail d’un stagiaire activant un processus réflexif en émergence, accompagné par un médecin avec qui il a partagé ses doutes, ses craintes et ses faiblesses ne devrait pas, à notre avis, être évalué dans sa forme définitive par ce même médecin, à moins que celui-ci fasse fi de ce qui a été dit lors du travail d’accompagnement réalisé auparavant, ce qui semble difficile à imaginer. Dans le cas contraire, il nous semble important de rappeler les inconvénients d’être à la fois accompagnateur et examinateur d’un même travail :

1°. Certains stagiaires vont tenter de faire preuve de *désirabilité* face à l’examinateur tout en se montrant sous leur meilleur jour (biais de désirabilité nommé *effet Bradley* [Bradley, 1982]) en lui proposant ce qui devrait *a priori* l’intéresser le plus, c’est-à-dire sa spécificité disciplinaire, et cela aux dépens de leurs propres intérêts socio-professionnels et formatifs (p. ex. : « Qui va faire passer l’examen ? Parce que si c’est un tel, je vais choisir un cas d’obstétrique, si c’est un tel autre je prendrai une chirurgie. ») ;

2°. Dans le même sens, certains *log books* dépassent 20 pages manuscrites (les consignes conseillent neuf pages au maximum pour parler de trois situations cliniques), présentent de belles photos et sont tirés à quatre épingles*[[10]](#footnote-10)*. La rédaction de tels *log books* demande un temps considérable pris au cours du stage. Ce type de travail venant généralement de « bons étudiants » peut impressionner l’examinateur et, de fil en aiguille, devient alors un modèle à suivre pour les stagiaires suivants lors de l’accompagnement d’autres stagiaires. Ce n’est pas le but recherché dans ce cadre. Au contraire, le *log book* est un carnet de bord destiné à y coucher ses pensées personnelles qui émergeraient lors du vécu de l’action, par une mise en mots, comme si le stagiaire revivait la situation, si cela est possible. Cette façon de faire présente des similitudes avec les entretiens de développement personnel, dans le sens où l’individu apprend à gérer les tensions dialectiques qui émergent de la confrontation entre les formes d’apprentissage et de comportement socialement acceptables qu’il a intériorisés (ou non) jusqu’ici. L’émergence d’un autre « je » à ajuster en cohérence avec son discours, avec ses attitudes tout en continuant de se développer par rapport à un cadre professionnel pourrait être une autre façon de formuler l’objectif de ce travail. Car, comme le souligne Vanhulle (2009, p. 246) : « L’écriture réflexive constitue un moyen puissant pour inciter l’étudiant à faire l’expérience du dépassement des tensions. » Il nous semble important de rester vigilant sur ce point. Le *log book* est un travail de rédaction et de réaction *in situ*. C’est un travail de *création* personnelle (Lesne, 1977) et non un travail de *reproduction* de ce que certains stagiaires ont déjà réalisé ;

3°. Une posture réflexive incarnée ne peut être évaluée que dans une proposition formative, car le stagiaire, en formulant sa démarche réflexive, présente des erreurs, des limites (et c’est cela qu’on cherche) qu’il donne à lire à un accompagnateur réflexif censé le soutenir dans le dépassement de ses limites. Il est évident que stratégiquement l’étudiant ne dévoilera pas ses erreurs face à un examinateur qui va lui donner une note d’évaluation, ce que, dans le cas contraire, il pourrait faire avec un accompagnateur.

Pour ce qui concerne le transfert des notions proposées aux ACC (Objectif de recherche 2) – destinés àsensibiliser les stagiaires à la relation médecin-patient – et leur mobilisation dans les *log books,* les cartes conceptuelles (annexes 3 et 4) parlent d’elles-mêmes lorsqu’elles présentent les notions de communication évoquées dans les *log books* sous l’intitulé : « ce dont je me suis souvenu des ateliers d’ACC ». Certaines notions abordées et analysées au cours de ces ateliers (situations cliniques proposées par les stagiaires) sont mobilisées dans les *log books* de manière très concrète, très singulière et très explicative. Les stagiaires évoquent les concepts de processus de deuil (sidération, déni, etc.), d’amortisseurs psychologiques, de verbal et non verbal, de position haute et basse, de position symétrique et complémentaire, de représentations socio-culturelles et individuelles, de valeurs, de croyances, de cultures, d’informations aux patientes, d’agenda du patient, de résonance de comportements et d’émotions dans la relation, d’empathie[[11]](#footnote-11) et de différentiation, de sympathie, de compassion, etc. Des acquis d’ACC ont donc été mobilisés dans les *log books* lors du processus réflexif où les stagiaires se sont engagés.

Cela étant dit, les stagiaires ont investi ce travail chacun à leur manière et avec des intensités différentes. Certains ont posé leur questionnement et positionnement de manière logique et rationnelle sans parler de ce qu’ils ont vécu, tout en rechignant à se dévoiler (« puisqu’on nous le demande »), d’autres ont posé des faits observés sans se positionner tout en les maintenant à une certaine distance d’eux-mêmes et d’autres, enfin, ont choisi de jouer le jeu en approfondissant leur processus d’engagement, de subjectivation des savoirs, de positionnement et de projection dans une professionnalité émergente.

Nous proposons quelques pistes pratiques pour l’ancrage d’une posture réflexive dans un *log book* (carnet de bord, journal de route) :

* habituer les stagiaires (et s’habituer soi-même) à ne plus craindre l’écriture. Les accompagner dans une écriture descriptive, réflexive, à la fois structurée et personnelle ;
* communiquer des pistes qui laissent de la liberté à l’écriture tout en conseillant, si cela est adéquat au contexte, une formulation du vécu en « je » et « au présent»;
* proposer une liste de formulation facilitant l’écriture du travail, tout en suivant le processus DQRpA :
* D : je suis surpris, je ressens, je vis cela comme, je suis interpellé, je suis impressionné, je suis choqué, j’apprécie, j’ai peur, je sens, etc.
* Q : je me dis que, je me demande ce qui m’a poussé à faire ça, je m’interroge, je me pose la question, etc.
* Rp : je trouve que, je pense que, il me semble que, je constate que, je choisis de, je considère que, je propose de faire l’inverse, etc. Ou en formulant sous forme de question : n’est-il pas plus judicieux de… ? Ou en employant des précautions oratoires : c’est, selon moi, de mon avis personnel, mon avis propre, personnellement, etc.
* A : j’ai pu me rendre compte que, cela m’a permis de, je me souviendrai de, je ne manquerai pas de, j’ai appris que, je retiendrai que, etc. Ou avec précisions dans le temps : à l’avenir, dans ma pratique future, dans mon action professionnelle, etc.
* distinguer les aspects formatif et évaluatif. Le *log book* est un outil et non une finalité. L’examen de G‑O pourrait porter sur l’analyse réflexive d’un autre cas clinique que ceux formulés dans le *log book*. Car, à partir du moment où le stagiaire s’est exercé plusieurs fois à la description de l’action, au questionnement, à la recherche, au positionnement, à l’auto-évaluation et à l’auto-régulation de ses apprentissages, on peut imaginer qu’il s’est approprié le processus réflexif tout en mobilisant ses connaissances cliniques ;
* personnaliser notre accompagnement en fonction de l’apprenant. Les formes de subjectivation de l’apprenant varient en fonction de son niveau d’engagement dans la tâche qui lui est proposée. Tous les étudiants ne sont pas intéressés par la relation médecin-patient. Tous les étudiants ne sont pas intéressés par la G‑O. Tous les étudiants ne sont pas intéressés par une conscientisation de leurs attitudes, certains préférant rester dans une perspective d’apprentissage très formalisée, d’autres éprouvant des difficultés à adopter une posture réflexive. Les processus de subjectivation et de conscientisation exigent simultanément un processus d’acceptation de soi qui peut s’avérer difficile mais qui constitue un préalable à une autre construction personnelle et professionnelle. Nous ne pensons pas qu’il faille forcer l’intégration de ce processus car il peut risquer de casser une forme identitaire indispensable à l’apprentissage de l’individu. Nous insistons pour dire que ce processus est progressif, cyclique et très variable d’un individu à l’autre. À nous, accompagnateurs des apprentissages, d’adapter notre accompagnement réflexif, s’il en est.

1. **Conclusion**

Cet outil *log book* est précieux pour la progression individuelle des acquis d’apprentissage de l’individu, car cette rédaction l’aide à se recentrer sur la situation telle que celui-ci l’a vécue, ce qu’il y a apporté, ce qu’il n’y a pas apporté, ses craintes, ses valeurs et ses attentes. L’apprenant peut aussi décider soit de maintenir la distance qui lui semble la plus appropriée à son état de développement réflexif, soit de dépasser cette limite à son rythme quand il sent que c’est juste pour lui. Nous proposons aux stagiaires, par le travail réflexif du *log book*, de s’exercer à la mise en mots de ce qui est encore pré-conscient chez eux en les invitant à le faire advenir à leur conscience par l’usage de l’écriture réflexive. Car, selon Vanhulle (2009, p. 17) : « Transiter par la pensée verbale, par une mise en mots, constitue une caractéristique centrale de la réflexivité. Parce qu’elle détermine la manière de repenser l’expérience, cette mise en mots est ce qui relie l’expérience à la conscience, et donc, ce qui donne forme à la connaissance. » Ainsi ce travail réflexif par l’écriture cherche-t-il à comprendre et à décoder les non-dits, les non-faits tout en donnant aux stagiaires l’occasion de réguler leurs apprentissages et de faire évoluer leurs actions.

Une démarche inductive telle que nous l’abordons ici, se dessinant pas à pas entre le chercheur et les acteurs du terrain, promet d’aborder l’inconnu, sa complexité potentielle et, comme le soulignent Lavoie et Guillemette (2009), favoriser l’innovation en recherche scientifique, dans le sens où sont mis au jour des éléments jusque-là inconnus. Pour ce qui concerne l’apprenant, la pratique réflexive, tout comme le principe de *résonance*, est un processus consistant à aider quelqu'un à voir ce qu'il ne voit pas, et à s'appuyer précisément sur cette limite[[12]](#footnote-12) pour l'ouvrir à de nouveaux possibles en entamant les processus d’auto-évaluation et d’auto-régulation au quotidien.

Nous ne pouvons pas résister à communiquer quelques phrases, formulées de manière tout à fait spontanée de la part de cinq stagiaires :

* « Ce *log book* est un outil pédagogique qui selon moi permet de nous investir d’une manière qu’on ne retrouve pas dans les autres stages, tout aussi bien avec le personnel médical qu’avec les patients. Il nous pousse à observer, à nous questionner et également à oser aller vers les autres. Étant quelqu’un d’assez inhibé d’une manière générale, l’écriture de ce *log book* m’a encouragée à sortir de ma coquille afin d’aller parler avec les patients, d’apprendre à communiquer avec eux et surtout m’a particulièrement poussée à être attentive à la manière de communiquer – verbale et non verbale – des médecins qui m’entouraient et ainsi à pouvoir m’inspirer pour le futur médecin que je serai. »
* « Ce *log book*, même s’il prend du temps et de l’énergie, nous a permis de nous motiver et de nous investir de manière plus profonde dans ce stage de gynécologie-obstétrique, encore plus que dans les autres stages. Il nous a permis de remettre constamment en question ce qu’on entendait de la part des médecins et patients, de ne pas considérer les choses comme acquises, de ne pas nous reposer sur un matelas confortable. »
* « J’ai choisi de créer cette dernière rubrique pour y exprimer un certain recul vis-à-vis de ce travail. Je me suis énormément investi dans ce travail. J’y ai trouvé un véritable intérêt comme moyen d’approfondir mes connaissances et de perfectionner ma démarche réflexive clinique. J’ai passé beaucoup de temps et d’énergie à réunir des informations en parcourant *Pubmed*, un livre de référence et en participant à un cours du soir donné aux assistants. J’ai essayé de m’interroger sur beaucoup de domaines, non seulement concernant mes cas du *log book*, mais aussi tout au long de mon stage. »
* « D’un point de vue communicationnel, ce cas m’intéressait beaucoup en raisons des difficultés linguistiques et culturelles qu’il présentait. Il s’agit d’une réalité que l’on peut comprendre seulement en situation réelle. »
* « Cela m’a permis de voir, lors de la rédaction de ce *log book*, la théorie d’une autre façon. »

Pour terminer de terminer, juste une piste de questionnement à propos d’une citation de Dessoy (2000), psychologue systémicien à l’université de Liège qui, en parlant d’une institution thérapeutique, nous invite à nous questionner en tant qu’acteur faisant partie d’une institution pédagogique : « Du moins au début du traitement, l'institution n'échappera sans doute jamais à la répétition en ses murs du modèle qui fait vivre et souffrir le patient [l’étudiant]. Mais au lieu de considérer ce phénomène comme un problème funeste, nous aurions intérêt à en accepter l'idée et à repérer activement le processus en train de naître […], à partir de sa reconnaissance, il est possible de construire une nouvelle approche thérapeutique [pédagogique]. »

**Annexe 1.**

**Grille d’auto-évaluation par l’étudiant**

1. Des exemples de situations cliniques proposées par les stagiaires lors des ACC se trouvent en annexe 5. [↑](#footnote-ref-1)
2. Guillemette nomme ce modèle, le modèle des 4 EXs (Vierset & Guillemette, 2014). [↑](#footnote-ref-2)
3. Grille d’auto-évaluation APR (Apprentissage de la Pratique Réflexive) destinée au stagiaire. Elle présente exactement les mêmes items que la grille d’évaluation APR destinée au professeur lors de l’examen G‑O fondé sur la présentation du *log book* par le stagiaire. [↑](#footnote-ref-3)
4. La première phase de codage MTE est nommée *codage ouvert* (Corbin & Strauss, 2014 ; Glaser, 1978). [↑](#footnote-ref-4)
5. Exercice proposé dans les ateliers ACC : lors de cet exercice, nous proposons aux stagiaires de construire un tableau de deux colonnes pour qu’ils y précisent ce en quoi, pour eux, un médecin est un « *bon médecin* » et ce en quoi, pour eux, un patient est un « *bon patient* ». Nous obtenons alors une représentation groupale du médecin et du patient *« idéaux* ». Il apparaît, à chaque atelier, chaque fois différemment formulée, une résonance de comportements perçue comme idéales entre celles du médecin et celles du patient (cf. annexe 2 : « Exemples de résonance proposés par les stagiaires lors des ateliers ACC »). [↑](#footnote-ref-5)
6. Par exemple, Dessoy (1997) insiste sur le fait que c’est la manière dont l’institution répète une partie essentielle de l’organisation familiale qui va maintenir le patient atteint psychologiquement dans son état malade. Il existe alors un processus de reproduction de la structure familiale au sein de la structure thérapeutique. [↑](#footnote-ref-6)
7. Cette phase de codage MTE constitue la phase de *codage axial* (Corbin & Strauss, 2014 ; Glaser, 1978). [↑](#footnote-ref-7)
8. Cette phase de codage MTE constitue la phase de *codage sélectif* (Corbin & Strauss, 2014 ; Glaser, 1978). [↑](#footnote-ref-8)
9. L’approche *topdown* (approche descendante) s’oppose à l’approche *bottom up* (approche ascendante). Cette dernière évoque les stratégies qui se mettent en place pour activer, avec les acteurs directement concernés, les pistes de réalisation d’un projet. [↑](#footnote-ref-9)
10. Très soigné, très apprêté, endimanché. [↑](#footnote-ref-10)
11. Proposition d’une métaphore : Quelqu’un se jette dans un puits. Deux personnes entourent ce puits : un *sympathique* et un *empathique.* Le *sympathique* va s’y jeter aussi pris par un mouvement instinctif d’attraction. L’*empathique* va lui jeter une corde pour le sortir du puits pris dans un mouvement à la fois de compréhension de ce qui se passe pour lui et d’aide pour le secourir. [↑](#footnote-ref-11)
12. ZPD : Zone Proximale de Développement (Vygotski, 1934). [↑](#footnote-ref-12)