



**HAL**  
open science

## **Autonomie de l'infirmier anesthésiste : un processus réflexif**

Marion Migot

► **To cite this version:**

Marion Migot. Autonomie de l'infirmier anesthésiste : un processus réflexif. Médecine humaine et pathologie. 2024. <dumas-04967730>

**HAL Id: dumas-04967730**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04967730v1>**

Submitted on 26 Feb 2025

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 - Attribution - Non-commercial use - ShareAlike - International License



**ECOLE D'INFIRMIERS ANESTHÉSISTES  
CHU DE MONTPELLIER**

Autonomie de l'infirmier anesthésiste : un processus réflexif

UE 7. Mémoire professionnel  
Semestre 4

Migot Marion  
*Sous la direction de Mr Christophe Chardes*

PROMOTION 2022-2024







**ECOLE D'INFIRMIERS ANESTHÉSISTES  
CHU DE MONTPELLIER**

Autonomie de l'infirmier anesthésiste : un processus réflexif

UE 7. Mémoire professionnel  
Semestre 4

Migot Marion  
*Sous la direction de Mr Christophe Chardes*

PROMOTION 2022-2024



*Merci aux infirmiers anesthésistes qui ont répondu aux entretiens  
Merci aux personnes impliquées dans ce travail de recherche  
Merci à mon directeur de mémoire de m'avoir soutenue dans ce projet*

# SOMMAIRE

<b>TABLES DES ABRÉVIATIONS.....</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
Contexte.....	1
Objet de la recherche.....	2
<b>I- CADRE THEORIQUE.....</b>	<b>4</b>
Définitions.....	4
De la pratique réflexive.....	4
De l'autonomie.....	5
Du subalterne au praticien autonome et réflexif.....	6
Le développement d'une profession.....	6
D'une activité parallèle à une spécialité.....	7
De l'autonomie à l'autonomie contrôlée.....	10
Division du travail ou travail invisible ?.....	10
L'autonomie contrôlée.....	12
La pratique réflexive au service et au soutien de l'autonomie.....	14
Le rôle propre, articulation entre autonomie et pratique réflexive.....	14
S'émanciper.....	17
De la question de départ à la problématique.....	18
<b>II- CADRE EMPIRIQUE.....</b>	<b>21</b>
Méthode et terrain d'investigation.....	21
Matériel et modalités des entretiens.....	23
Implication du chercheur.....	24
Résultats et Analyse.....	26
Présentation de la cohorte.....	26
Au départ, une situation complexe.....	27
La réflexivité nécessaire dans l'acte autonome.....	30
La notion de leadership.....	31
La notion de rôle propre.....	32
La réflexivité contextuelle.....	34
La réflexivité dans l'urgence.....	36
Hors de sa zone de confort.....	37
Discussion.....	39
Vérification des hypothèses.....	39
Avantages et limites.....	39
Perspectives.....	40
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>42</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>43</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>49</b>
Annexe I : Grille d'entretien.....	49
Annexe II : Modèle humaniste de l'UdeM.....	51
Annexe III : Le métaparadigme selon le modèle humaniste de l'UdeM.....	52

# TABLES DES ABRÉVIATIONS

ACR : Arrêt Cardio Respiratoire

AG : Anesthésie Générale

BO : Bloc Opératoire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoire

IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État

IBODE : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'État

IDE : Infirmier Diplômé d'État

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IPA : Infirmiers en Pratique Avancée

MAR : Médecin Anesthésiste Réanimateur

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

# INTRODUCTION

## Contexte

Questionner l'**autonomie** dans la Science Infirmière n'est pas chose aisée; sujette à débats, celle-ci pose problème dans son identification et son application dans le champ de l'anesthésie. Le travail de recherche que je mène vise à en explorer une partie, celle qui fait appel à la **pratique réflexive**. Cette thématique est issue de mes propres questionnements lors des prises en charge péri-opératoires, et notamment lors d'une discussion qui amenait une infirmière anesthésiste (IADE) à évoquer **son autonomie quant à l'injection de morphiniques dans la phase d'entretien d'une anesthésie générale, face à un patient qu'elle estimait douloureux** (l'autonomie était définie à ce moment-là par la professionnelle comme la non-nécessité de recourir au médecin pour injecter le morphinique et en l'absence de protocole). Elle évoquait son action autonome à travers sa compétence, sa réflexion sur la situation, sa collaboration avec le médecin ainsi que son action sous délégation. Autant de termes employés par l'IADE qui renvoient à une forme de consensus tacite dans la stratégie d'anesthésie. En effet, le positionnement de l'infirmière anesthésiste s'exerce entre la prise de décision autonome et l'encadrement de son savoir-faire dans la prescription médicale. Elle observe un ensemble de symptômes, raisonne, agit, et enfin rend compte au médecin anesthésiste-réanimateur (MAR).

Mais alors, quelle est la place de la réflexivité dans ce contexte ? Ne permet-elle pas, en temps normal, de questionner une pratique systématique afin de chercher l'intérêt du patient dans des soins fondés sur la preuve ? De pratiquer selon une balance bénéfice-risque, adaptée et personnalisée à chaque patient ?

Dans quelle mesure cette réflexivité est-elle un levier pour questionner ses habitudes de pratique ? Dans quelle mesure la réflexivité permet-elle de réduire l'écart entre pratique réelle, pratique idéale et pratique prescrite ? de personnaliser les soins ?

La **prise de décision** de l'IADE semble alors être un va-et-vient entre ce qu'il lui est **autorisé** de faire, dans son autonomie, et dans ce qu'elle reste **collaboratrice**, assujettie à l'ordre médical. C'est peut-être ce qui se joue dans cette situation. L'infirmière anesthésiste opère sa réflexion pour l'agir, pour le patient, dans le cadre de sa collaboration avec le médecin, mais sans sa présence immédiate. Son processus décisionnel marque bien la frontière entre l'autonomie (agir seul) et la réflexivité (qui suppose cette prise de décision).

## Objet de la recherche

Aussi, j'ai questionné l'autonomie sous deux formes liées à la réflexivité : d'abord, celle qui fait appel au praticien réflexif, capable de baser sa pratique sur l'expérience et les preuves scientifiques, qui interprète des données cliniques, raisonne et résout un problème. Ensuite, celle qui fait appel à la capacité d'adaptation, de compliance et d'action dans la limite de ce qui est prévu par la loi et la prescription médicale.

Mais alors dans quelle mesure parlerait-t-on d'un consensus sur l'autonomie de l'IADE ? Car, être sous le contrôle exclusif du médecin anesthésiste-réanimateur signifie avoir la réflexivité, dans cette certaine mesure où le pouvoir de décision et d'initiative est délégué. Le problème est posé : **si la réflexivité semble être un outil dans l'autonomisation, la pratique autonome n'est pas nécessairement fondée sur la réflexivité.** La question de départ de ce travail questionne donc :  **dans quelle mesure la réflexivité est-elle contributive dans l'autonomie de l'infirmier anesthésiste ?**

Il apparaît que le concept d'autonomie est traité dans la littérature, mais qu'en est-il lorsqu'il s'agit de le lier à l'*infirmier anesthésiste* ? Au contraire, la pratique réflexive est intégrée depuis peu dans la Science Infirmière et le domaine de l'anesthésie et pourtant elle est inscrite comme une valeur fondamentale dans le savoir-faire et le savoir-être de l'infirmier anesthésiste. Cette recherche se contextualise donc dans ce manque de clarté scientifique et le besoin d'alimenter l'*evidence-based-nursing*. De même, ce travail est issu de mes propres questionnements sur ma pratique et de ma volonté d'agir en pleine conscience et avec maturité dans ma pratique.

Afin de circonscrire l'objet de la recherche, plusieurs questions s'ajoutent au problème de départ :

*-La réflexivité est-elle un soutien au consensus de collaboration-indépendance entre l'infirmier anesthésiste et le médecin anesthésiste-réanimateur ?*

*-La réflexivité permet-elle de construire l'autonomie si celle-ci s'inscrit dans l'expérience ?*

*-L'autonomie est-elle construite sur des représentations que l'infirmier anesthésiste s'en fait ?*

Les deux concepts centraux de cette recherche, autonomie et pratique réflexive, ont leur définition propre, ils sont aussi polysémiques et parfois semblent co-dépendants. L'objet de la recherche démarre par l'éclairage théorique et sémantique nécessaire à leur compréhension et notamment lorsqu'il s'agit de questionner la place de la réflexivité dans l'autonomie, afin de les lier à la pratique de l'infirmier anesthésiste. L'objet de la recherche sera ensuite étudié au travers d'une enquête de terrain par entretiens avec des infirmiers anesthésistes, afin d'explicitier ce phénomène réflexif et les représentations des professionnels.

Ce travail de recherche sera donc présenté en deux parties. D'abord, le cadre théorique permettra d'explorer les concepts d'autonomie et de pratique réflexive, mis en lumière au travers de la profession d'infirmier anesthésiste. Ensuite, le cadre empirique présentera le travail d'enquête mené auprès de 6 infirmiers anesthésistes lors d'entretiens compréhensifs afin d'appuyer le propos. Enfin, après une discussion, la conclusion permettra d'ouvrir des perspectives pour une recherche future.

# I- CADRE THEORIQUE

## Définitions

### De la pratique réflexive

Issue du latin *reflectere*, la réflexivité s'intéresse à ce qui est réflexif, mais aussi ce qui est relatif à la réflexion. La réflexion est l'objet même de cette réflexion. Cela donne la capacité à l'homme de réfléchir sur lui-même, sur ses actions, sur ses pensées. Cela veut dire aussi que l'individu peut analyser ses propres doctrines, ses propres moralités par ce retour de pensée sur lui-même. La pratique réflexive est d'abord ce en quoi l'infirmier va se prendre comme objet de sa réflexion (Perrenoud, 2004; Mann et al., 2006) et l'acte de faire conversation avec une situation. Traduite de l'anglais « *reflective practice* », il s'agit pour le professionnel d'être lui-même l'étude de sa pensée, à travailler la réflexion qui lui reviendrait de son portrait renvoyé sur un miroir. Afin d'entrer en réflexivité avec son propre être, l'infirmier doit prendre conscience (Perrenoud, 2004; Mann et al., 2006; Balas-Chanel, 2012), c'est-à-dire être présent dans sa pensée de manière intentionnelle (Legault, 2004). Balas-Chanel nous explique que cet apprentissage se réalise « *grâce à un retour de la conscience sur elle-même, de manière régulière et volontaire, avec le but de prendre conscience de sa manière d'agir dans les situations professionnelles et formatives* ». Elle est peu testée empiriquement et la littérature scientifique paramédicale reste encore à ce jour succincte sur le sujet (Forneris et Peden-McAlpine, 2007; Dubé, 2015; Vacher, 2011).

La pratique réflexive suppose pourtant une analyse de son propre travail, mais aussi un effort métacognitif qui n'est pas inné chez le soignant (Benner, 1995). En effet, la pratique réflexive s'apprend et se conscientise, semble peu standardisable, et sert à compléter, dans certaines représentations, le rôle prescrit de l'infirmière. Elle est même instrumentalisée, comme un antidote à l'excès de scientisme médical selon Argyris et Schön (cité par Perrenoud, 2004), évoquant le besoin d'émancipation des infirmiers dans leur pratique et leur rôle propre, mais aussi un antidote qui a pour but de ne plus réduire une profession à des tâches dénuées de sens (Lucot-Meunier, 2010). Ainsi, la réflexivité est une pensée intérieure au professionnel, qui semble peu objectivable et peu quantifiable. La pratique réflexive consisterait à « *caractériser la manière dont l'action est organisée, à penser ce qui pousse à l'action, à formaliser ses savoirs pour les rendre lisibles et visibles par tous* » (Lasfargues, 2018). Enfin, selon certains auteurs, il faut voir la pratique réflexive comme une manière d'être et de penser (Benner, 1995; Guerraud, 2004; Perrenoud, 2004), et notamment dans le cadre de l'exercice de l'infirmier, spécialisé en anesthésie.

## De l'autonomie

L'autonomie consiste à se régir selon ses propres lois, et c'est aussi la « *faculté qu'a l'infirmière de prendre des initiatives et des décisions dans le cadre de la connaissance spécifique reconnue par les diplômes requis et les textes officiels qui régissent la profession* » (Magnon et al., 1995). Nous entendrons donc l'autonomie dans ce travail en ce qu'elle est la définition principale du rôle propre de l'infirmière, même s'il faut également la penser présente dans le rôle prescrit comme nous le verrons. En effet, l'autonomie chez l'infirmière anesthésiste est un concept polysémique, inscrit dans l'expérience, dans l'intuitif, dans différents champs disciplinaires, qui relèvent de l'organisation collective autant que de la décision individuelle. Blondeau (1999) nous dit que cette autonomie rend l'infirmière capable de « *porter un jugement clinique* » et ce dans une « *dimension de réflexion et de science* ». Les éléments de bases définissant cette notion sont donc d'abord philosophiques et anciens car « *être autonome implique une relation interdépendante à autrui et suppose une parfaite connaissance de soi. L'autonomie peut se définir comme la capacité d'agir avec réflexion, en toute liberté de choix, mais elle peut-être également simplement physique* » (Foulquie, 1982). L'autonomie semble donc partir d'une forme de réflexivité contributive de l'agir professionnel pour l'infirmier anesthésiste.

Certains auteurs considèrent ce concept comme peu exploré dans le champ de la Sciences Infirmière (Warchol, 2007). Pourtant, les bases de données scientifiques<sup>1</sup> recensent presque 9000 articles traitant du sujet entre les années 2000 et aujourd'hui (et à titre de comparaison la pratique réflexive en recense moins de 2000). C'est sa complexité à la fois législative et sociale qui la rend difficile à circonscrire et encore plus dans le champ de l'anesthésie, où elle sera rapprochée de la *responsabilité*, du *discernement* et de la *compétence*, empreinte de représentations sociales et personnelles, inscrite parfois dans l'institution. D'ailleurs, on pourra questionner le lien entre *agir* selon ses propres lois et *être dépendant* de quelqu'un, ce qui ne semble pas aussi paradoxal ou binaire dans la réalité. En effet, c'est un processus « *par lequel un homme ou un groupe d'homme acquiert ou détermine de lui-même ses propres règles de conduite. La capacité d'autonomie résulte de l'intériorisation de règles et de valeurs, consécutive à un processus de négociation personnelle avec les divers systèmes normatifs d'interdépendance et de contraintes sociales* » (Doron, 1991). L'autonomie est donc inscrite à la fois dans la directive que l'on reçoit d'une personne ou de l'institution, dans l'initiative que l'on prend soi-même, et dans le contrôle qu'elle implique (Noel-Hureaux, 2004), face à l'autre et dans sa propre identité personnelle et professionnelle.

---

<sup>1</sup> Chiffres issus de recherche par mots-clés effectuées par la chercheuse en décembre 2023 sur PubMed

Alors, dans ces définitions complexes et polysémiques, comment l'infirmier anesthésiste s'est-il saisi de ces compétences dans la pratique et dans son identité ? A quoi cela lui sert-il ? Afin d'explorer ces deux concepts de réflexivité et d'autonomie, il faudra revenir sur l'origine et l'histoire professionnelle, montrant comment ils se construisent et s'articulent dans l'agir professionnel.

## Du subalterne au praticien autonome et réflexif

### Le développement d'une profession

Le lien entre réflexivité et autonomie que nous essayons de définir est assis sur des **notions historiques, législatives et contextuelles**, qui nous montrent comment l'infirmier anesthésiste est devenu un praticien réflexif et autonome. En effet, ces qualificatifs apparaissent progressivement à la fois dans les textes régissant la profession, dans la pédagogie et dans une temporalité récente et encore en mouvement à ce jour, montrant le chemin évolutif de la profession.

D'abord, l'anesthésie-réanimation en elle-même devient une spécialité médicale en 1966 (Faure, 2005), ce qui reste récent dans l'histoire de la médecine. Les médecins anesthésistes font eux-même leur place dans le monde de la chirurgie après avoir été sous la responsabilité des chirurgiens. Il faudra noter que c'est en 1964 que les départements d'anesthésie sont créés et que les médecins anesthésistes se soustraient alors de la dépendance des chirurgiens avec la création de leur diplôme en 1965. Leur droit de véto sur la décision chirurgicale est acté en 1979 (Faure, 2010). D'ailleurs en ce temps, la pratique médicale renvoie pour Jaunait (2003) à un « *paternalisme* » et une « *domination sur les patients* », car « *un pronostic grave peut légitimement être dissimulé au malade* » en 1955 et évolue en : « *pour des raisons légitimes que le médecin apprécie en conscience, un malade peut être laissé dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave* » dans les années 1970. La relation médecin-patient est instituée de domination du savoir et de verticalité.

Il est alors possible de questionner par analogie la construction de la relation entre médecin et infirmier anesthésiste. Est-elle sous la même influence ? L'infirmier anesthésiste, à cette époque, est-il aussi assujetti à ce rapport ? Les médecins anesthésistes, eux-même manquant d'autonomie, ont-ils transféré leur histoire sur celle des infirmiers ?

En effet, lorsque l'on revient sur ce chemin historique, nous constatons que l'infirmier anesthésiste mène son propre chemin pour développer son identité et assumer sa pratique. D'ailleurs, il démarre lui-même réellement son existence pratique dans les années 1940 et il

restera qualifié d'« *aide-anesthésiste* » et de « *subalterne* » jusque dans les années 1970 (Faure, 2005) avant les refontes de la profession qui légitiment sa capacité d'agir. Pourtant, la fonction subalterne est d'abord définie factuellement comme la position hiérarchique entre deux personnes. Le qualificatif peut sembler dévalorisant au sens figuré où il aura alors le sens d'*infériorité* et d'*incapacité de prendre une initiative*. Il faudra donc rester prudent quant à l'interprétation de ce terme, en ce qu'il semble amputer la capacité d'autonomie, se rapprocherait alors à ce moment de l'exécutantisme (répondre à une commande sans possibilité de concevoir d'une tâche à accomplir).

Le conflit identitaire de l'IADE semble aussi ancien que le développement de l'anesthésie en France et prend surtout racine dans ce conflit même de l'émancipation des médecins anesthésistes-réanimateurs ainsi que dans leur volonté d'évincer la profession de l'*assistant anesthésiste* dans ces années-là. En effet, en 1974 et 1981, un amendement finalement retiré ainsi qu'une demande législative du corps médical tentent de supprimer la fonction et la pratique de l'anesthésie générale de la liste d'acte de l'infirmier anesthésiste.

Finalement, la première école d'infirmier anesthésiste ouvre en 1949 en France. La formation, de courte durée, est axée dans la pratique des soins. L'année 1984 voit la première mission de l'IADE inscrite dans la loi (article 5 bis du décret 84-689 du 17 juillet 1984), réapprouvée jusqu'en 2002 où l'IADE agit *seul* mais pas de manière isolée (article 10 du décret du 11 février 2002). L'infirmier voit son rôle propre arriver en 1993 avec la notion de *prise d'initiative* (article 2 du décret 93-345 du 15 mars 1993) et l'IADE consolide son *exclusivité de fonction* (article 2 décret du 30 août 1988). Si la législation reconnaît désormais les compétences de raisonnement et d'action réfléchie dans le diagnostic infirmier et la pratique des soins, il n'est pourtant pas mentionné encore la notion de praticien réflexif ou d'autonomie en ces termes.

### D'une activité parallèle à une spécialité

Entre 1984 et 2004, il faut surtout noter que l'infirmier anesthésiste est d'abord *habilité*, puis *participe*, ensuite *applique* et enfin *pratique* les techniques d'anesthésie. Ces changements sémantiques visent à circonscrire l'agir et l'aboutissement de la technique, la maîtrise du savoir et du savoir-faire. Paradoxalement, si ces termes voudraient montrer la capacité de l'IADE à être autonome par ses connaissances et cette reconnaissance, on pourra toujours questionner l'absence de termes précis sur l'autonomie.

L'évolution la plus aboutie de la profession est l'accès à l'université en 2002 et 2004 (décret du 11 février 2002 et du 29 juillet 2004), légitimant et réaffirmant l'exclusivité de compétence et l'implication de l'anesthésie dans la recherche en Sciences Infirmières avec la rénovation de la formation, montrant cette capacité de réflexion de l'infirmier anesthésiste comme suffisamment

développée pour mener des enquêtes scientifiques et contribuer à l'*evidence-based-nursing*. On y confirme encore la compétence de diagnostic infirmier et d'action dans son rôle propre mais toujours sans citer le terme d'autonomie. L'inscription en grade Master en 2012 marque l'évolution sociétale de la profession et une reconnaissance intellectuelle. Olivier Bernard qualifie d'ailleurs cette évolution comme une démonstration de « *la capacité réflexive des IADE* » (Bernard, 2018). En effet, on y trouve les notions d'analyse, d'anticipation, d'ajustement de la prise en charge et de la procédure d'anesthésie. L'IADE peut mettre en œuvre des actions correctrices en attendant l'arrivée du médecin (arrêté du 23 juillet 2012).

L'annexe III (arrêté du 23 juillet 2012), référentiel de formation, fait enfin apparaître la mention d'autonomie. Ainsi, l'appellation du **praticien responsable, autonome et réflexif** est actée. Il peut agir seul et en collaboration, analyser les situations et a une capacité critique et de questionnement.

Alors, si l'autonomie et la réflexivité sont bien inscrites aujourd'hui dans les décrets, donnant à l'IADE sa part de responsabilité et de reconnaissance d'une maîtrise technique, peut-on dire qu'il est émancipé de ce statut d'exécutant ? Nous verrons que la question n'est pas si simple à circonscrire. Les dernières actualités montrent par ailleurs que le débat reste ouvert, notamment suite à un rapport rendu par l'Inspection Générale des Affaires Sociales, concernant l'intégration des infirmiers anesthésistes à la pratique avancée (Bohic, 2021), pour laquelle la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) partage son inquiétude quant à « *l'autonomisation et les transferts de responsabilité médicale vers les IADE* » (SFAR, 2022), incompatibles avec la pratique anesthésique. La SFAR préférera parler de délégation de tâches, « *sous le contrôle exclusif d'un MAR* », rappelant le positionnement hiérarchique et spécialisé de l'infirmier anesthésiste.

L'exclusivité de compétence défendue par une partie du corps IADE semble venir de ce contexte culturel et historique, tentant de remettre au centre la subjectivité et la technicité de la pratique infirmière dans l'anesthésie, mais aussi de pointer le professionnel comme étant un sujet, comme s'il disait : « *je désire me concevoir comme un être pensant, voulant, agissant, assumant la responsabilité de ses choix et capable de les justifier en s'appuyant sur sa propre vision des choses* » (Berlin, 1988). L'infirmier anesthésiste fait preuve d'une capacité réflexive et d'un champ d'autonomie, en l'inscrivant dans la législation et dans l'apprentissage, de manière objective et explicite. Finalement, c'est en partant des modifications législatives et du travail culturel fait avec les médecins tout au long de l'histoire que la pratique réflexive et l'autonomie s'ancrent dans la définition même du métier aujourd'hui, mais complexifiant les fondements de ces deux compétences pour lesquelles il n'est pas toujours aisé de comprendre le lien.

D'autre part, la profession d'infirmier anesthésiste est décrite dans le champs de la sociologie comme ayant une « *activité de travail plus ou moins libre, qui implique une formation préalable de niveau universitaire ou assimilé, le maniement d'un art débouchant sur une spécialisation légitimée par une instance supérieure, l'insertion codifiée au sein de communauté de pairs dotés des mêmes compétences, portés par un même idéal de service et obéissant à des règles de fonctionnement communes* » (Marcel, Akoun, Ansart, 1999). La notion de *plus ou moins libre* met en lumière une nuance dans la liberté d'action. Il y a dans cette définition le fond du paradoxe très humain entre désir d'autonomie et obéissance aux règles. Cette définition datant de 1999 est au tournant historique de l'évolution de la profession, du passage du subalterne au praticien réflexif et collaborateur, mais marquant aussi la spécialisation du métier.

Il faudrait chercher plus loin et dans le sens commun pour comprendre ce point de vue. La médecine est souvent considérée comme la pratique d'un art et d'une maîtrise technique. La vision holistique de l'infirmier sur les situations de soin, sa capacité à questionner le sujet pour créer une démarche de soin (soit un raisonnement qui mène à des objectifs, des actions, des résultats et l'évaluation de ces résultats) renvoie à cette idée de Julien Lamy (2007) de « *technique en tant qu'ensemble de procédés et de règles d'action régissant un métier ou une pratique et mis en oeuvre afin d'atteindre un résultat* », d'une « *pratique éclairée par une réflexion sur l'expérience et la technique* » et nécessitant « *habileté* », « *liberté* », « *autonomie personnelle* » et « *rationalité humaine* ». La construction de la réflexivité se fait à la fois dans l'expérience, l'humanité, le savoir-faire, mais aussi ... des règles de fonctionnement. Il serait difficile d'imaginer un monde sans loi même si la question reste très philosophique, et notamment à propos de l'art médical qui suppose à la base des lois de la nature et de la physique. Il s'agit d'en faire acte dans la pensée, ce à quoi Julien Lamy va rajouter qu' « *il y a dans tout art une part de discernement des raisons de son efficacité* ».

Autonomie et réflexivité, deux concepts indissociables donc, et définissant les capacités de l'infirmier anesthésiste à exercer son métier à travers ces deux compétences. Alors, si l'infirmier anesthésiste s'est construit et a assumé sa posture réflexive au fil du temps et des lois, pourrait-on dire qu'elle était déjà à la source du métier, et envisager qu'elle était alors simplement implicite ? En effet, la réflexivité ne semble pas controversée à ce jour, mais plutôt mise en lumière aux yeux de la loi et servant l'apprentissage et l'amélioration de la pratique. L'autonomie quant à elle, semble moins affirmée même si elle est reliée à la compétence technique de l'infirmier anesthésiste et aussi à sa capacité de réflexion pour l'agir. L'implication de ces concepts dans le champ d'exercice de l'IADE pose deux questions : se suffisent-ils à eux-même afin d'élaborer la pratique autonome ? Sont-ils intrinsèques au professionnel et à la personne en plus d'avoir une inscription sociale et sociétale ?

En effet, nous avons vu que l'IADE exerce auprès d'un médecin, sous son contrôle et sous la prescription médicale. D'autre part, d'un point de vue de la personne, n'y a-t-il pas une nécessité de contrôler sa propre pensée afin de réguler sa réflexivité ? Quel impact ce contrôle à la fois social et personnel a-t-il sur l'autonomie et comment ce contrôle s'exerce-t-il lorsqu'il est lié au médecin ? Nous allons dès lors questionner le fonctionnement du binôme infirmier-médecin afin de comprendre l'intérêt de celui-ci dans le développement de la réflexivité. Nous questionnons également comment l'autonomie se définit dans ce binôme grâce à la réflexivité, en l'inscrivant dans le champ de l'autonomie sociale.

## De l'autonomie à l'autonomie contrôlée

### Division du travail ou travail invisible ?

L'infirmier anesthésiste travaille nécessairement avec le médecin anesthésiste dans le cadre de son exercice. Ce travail en binôme fonctionne selon deux concepts : la **collaboration et la coopération**. La coopération consiste à *agir conjointement avec quelqu'un* tandis que la collaboration engage à *travailler avec d'autres à une œuvre commune* (Dameron, 2002).

La SFAR décrit les IADE et les MAR comme de « *proches collaborateurs* » (Alter, 2021) et même de « *binôme indissociable* » (SFAR, 2021). A l'unisson donc, dans l'esprit de partage des tâches. Des études ont montré que la collaboration, laissant l'autonomie à l'infirmier dans sa prise de décision, améliore les relations entre médecins et infirmières (Regan et al., 2016) et en même temps, Myriam Bailly (2023) nous dit que « *les responsabilités, le rôle propre, les compétences, la pratique des autres professionnels sont souvent mal circonscrits, aussi, ces méconnaissances impactent négativement* » la collaboration.

Dans tous les cas, il faut surtout voir que cette relation résulte d'un bon **consensus** entre professionnels (Monteil, 2016) et qu'elle implique un **positionnement** éthique. Les infirmiers anesthésistes ont une expertise en **leadership** et par cette collaboration, ils sont à même d'améliorer la qualité et la sécurité des soins (Bianco, Dudkiewicz, Linette, 2014; Merrick et Duffield, 2014; Richardson et Storr, 2010; Salmond et Echevarria, 2017). Pourtant, Giraud-Rochon (2002) dira qu'être collaborateur en tant qu'infirmier anesthésiste est une forme de déni du travail réel de l'IADE, qu'il considère expert et autonome, le mettant dans l'ombre et le rendant invisible dans ses tâches. Alors, comment questionner le sens réel de l'autonomie dans cette collaboration ?

En effet, cette collaboration implique la recherche d'un consensus, qui s'inscrit dans une opposition entre autonomie et obéissance dans le rapport hiérarchique qu'il n'est pas possible d'omettre. D'ailleurs il ne serait pas possible de parler d'indépendance de l'IADE, car cela supposerait l'absence totale de collaboration. L'intérêt de parler d'*autonomie* et de *rôle propre* permet en fait de circonscrire le rapport collaboratif avec le corps médical mais aussi cette capacité de leadership de l'infirmier anesthésiste. Il est force de proposition et communique avec le médecin pour les prises en charge dans le but commun d'assurer la qualité et la sécurité des soins et de l'anesthésie.

D'un point de vue plus philosophique, ce rapport collaboratif considère que si nous obéissons, c'est que nous ne sommes pas assez autonomes et que si nous sommes autonomes, cela nous dissuade d'obéir pour ensuite revendiquer une émancipation. Monteil (2016) ajoute qu'il existe pourtant des situations dans lesquelles l'une et l'autre vont de pair, notamment dans le cadre de la collaboration qui implique ces rapports hiérarchiques parfois conflictuels, mais nécessaires pour le *travailler ensemble*, et finalement ensemble dans une équipe entière.

A l'inverse, la **coopération** est inscrite dans l'idée d'une **division du travail** entre médecin et infirmier, notamment au travers des protocoles de coopération créés et inscrits dans la loi HPST en 2009, et dans le contexte de pénurie médicale impliquant des *nouveaux défis* pour le système de santé. L'HAS (2021) préconise dès lors que « *par dérogation, les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient* ». Certains auteurs questionnent le sens de la coopération dans ce contexte, parlant d'une illusion d'autonomie voire d'instrumentalisation au regard du contexte général de la santé en France. Le partage des tâches dans ce contexte mérite d'être éclairé afin d'appréhender au plus juste le projet de l'HAS.

En effet, le transfert de tâche supposerait que le travail est **divisé** entre médecin et infirmier, donnant à chacun sa part d'activité dans un souci d'« *évolution de l'exercice professionnel et une extension des champs d'intervention des professions paramédicales* » mais également de « *recentrage des activités médicales sur des missions d'expertise plus complexes rendues possibles par le temps dégagé* » (HAS, 2021). Dans le transfert de tâches, l'IADE se voit confier une activité dans sa totalité, et en porte la responsabilité. Il serait donc pleinement autonome, décidant et réalisant le soin.

Pourtant, lors des refontes des textes législatifs sur la profession IADE, la réponse des médecins a été de mettre la sécurité anesthésique en avant, et donc l'impossibilité pour ceux-ci de concéder un champ de leurs compétences, légitimant de ce fait le principe que « *s'il y a des petites opérations chirurgicales, il n'y a pas de petites anesthésies* » (Baumann, Desmonts, 1979). Ainsi,

on pourrait dire que l'espace de travail commun entre médecin et infirmier anesthésiste divise tant dans les tâches que dans les représentations à des fins de sécurité et de qualité. Il resterait nécessaire que le travail "bien fait" passe par cette **coopération conflictuelle** (Clot, 2021).

Alors, l'autonomie de l'IADE semble être à géométrie variable selon des contextes, des courants de pensées, des pratiques et des lois. Il doit faire face à des injonctions paradoxales entre le travail à mener intimement avec le médecin anesthésiste, et en même temps trouver la place de son travail autonome. D'ailleurs, peut-on réellement parler d'autonomie, lorsque l'on est sous le contrôle exclusif d'un médecin réanimateur ?

### L'autonomie contrôlée

En effet, si l'on questionne le fondement de cette autonomie, elle semble aller de pair avec la fonction hiérarchique que l'IADE entretient avec le médecin-réanimateur à qui il répond dans le cadre de son exercice. Nous l'avons vu, ce binôme indissociable fonctionne nécessairement sur cette relation asymétrique, nécessaire et bénéfique. Alors, l'IADE exerçant dans son autonomie, n'est-il pas simplement ancré dans ce désir d'indépendance, parce qu'il est *justement* assujéti à une forme d'autorité ?

Ce complexe renvoie à l'idée d'un pouvoir exercé de manière paradoxale sur une unité autonome, idée développée dans le concept de l'**autonomie contrôlée** (Appay, 1993) et illustrant cette relation si particulière. L'idée d'autonomie, cette capacité de l'individu à décider de manière indépendante, est étroitement en lien avec celle du pouvoir, donnant naissance à ce paradoxe (Appay, 2005), dont l'injonction en double-contrainte est basée sur la force décisionnelle et le principe d'une "prescription souple" qui oblige la coopération de l'IADE, et ce malgré le contrôle sur sa décision. Les représentations qu'il se fait de son autonomie ne sont-elles pas alors biaisées à cause de ce rapport de force et de domination ? Et lorsque la Haute Autorité de Santé considère la coopération comme un partage de tâche, Béatrice Appay ne pointe-t-elle pas au contraire un rôle interdépendant de domination ? En effet, le manque de clarté sur le rôle de chacun entre l'IADE et le médecin et la spécialisation de l'infirmier en infirmier anesthésiste sont alors des facteurs qui contribuent à l'opacité de ce système de fonctionnement. Le rapport pouvoir-autonomie n'en devient que plus complexe, laissant entendre que finalement, il s'agit d'une stratégie, d'un jeu permettant le maintien de ce même pouvoir. Ce jeu est alors assimilable à une partie d'échec, où toute action réalisée avec un degré d'indépendance est un coup sur l'échiquier. Chaque coup déclenche nécessairement un contrecoup, d'un autre individu, limitant la liberté du premier joueur (Elias, 1969).

Pourtant, l'IADE se construit aujourd'hui au travers du référentiel de formation qui s'axe autour de l'acquisition de compétences hyper techniques et exclusives, la pédagogie étant appuyée en ce sens dans les Instituts de Formations, entraînant une normalisation du désir d'autonomie profond qui anime le sujet.

Cela supposerait que l'IADE intériorise ce rapport de domination et finit par rendre lui-même invisible et tacite le dispositif de contrôle du médecin sur lui et transforme sa quête de savoir et de liberté en quelque chose qu'on peut nommer une force de production: c'est un technicien qui cherche à performer, en quête d'acquiescer des gestes indépendamment des médecins parce qu'il est un personnel hyper spécialisé (abord veineux, diagnostic infirmier, droit de prescription, compétences exclusives, connaissances pointues). Il crée et entretient lui-même ce consensus d'acceptation domination-autonomie, et de ce qui le pousse à vouloir être autonome, à la fois de part sa personne et à la fois de part son identité infirmière. D'un autre côté, il y a beaucoup de littérature sur le rôle collaboratif avec le médecin et sa construction, son sens et ses bénéfices pour les infirmiers anesthésistes. Et sans ce lien d'assujettissement, il n'y aurait peut-être pas même cette force qui le pousse à grandir dans sa pratique et dans ses revendications à titre de personne puis de professionnel.

Dans un sens contraire, on pourrait supposer qu'il ne s'agit pas de déni mais d'une crainte de la perte de l'autonomie acquise au fil du temps, une crainte de la disparition de la spécialité infirmier anesthésiste. L'IADE est comme Ulysse dans son bateau face aux sirènes: il veut entendre leur chant, mais pas se faire emporter par elles. Il demande à se faire attacher au mât par ses marins pour résister à la tentation de plonger à l'appel des sirènes, perdant ainsi son autonomie décisionnelle. La tentation est trop forte alors il se contraint lui-même à immobiliser son corps par peur de mourir. L'autonomie individuelle n'est pas niée, pas réfutée, mais même plutôt encouragée, tout en laissant part à l'exploitation de ce désir par le contrôle total de celle-ci (Jouan, 2012), illustrant bien ce paradoxe.

Alors, l'autonomie de l'IADE est un concept complexe, lié aux représentations médicales et paramédicales, fluctuant **entre partage et division de tâches**. La proximité de l'infirmier anesthésiste avec le médical implique « *un coût, celui d'une limitation de l'autonomie professionnelle* » (Longchamp et al., 2018) ou implique « *ordre négocié* » entre infirmières et médecins plus qu'une domination pour d'autres auteurs (Liberati, 2017). Finalement, la partie autonome du métier d'infirmier anesthésiste est peu conceptualisée (Giraud-Rochon, 2002) et source de conflits. C'est dans l'élaboration du rôle propre de l'infirmier, centré sur une approche globale de la personne, que l'on trouve souvent une réponse à la construction de l'autonomie, élevant ainsi la compétence et mettant en valeur la capacité décisionnelle et réflexive infirmière. On y oppose le rôle prescrit, plus technique, relevant de la prescription médicale, là où l'infirmier

anesthésiste performe en savoir-faire. Pourtant, le développement des tâches sur délégation médicale imputée à l'infirmier anesthésiste ne sont-elles pas ce qui éloigne du rôle propre infirmier (Jouanneau, 2023) ? Alors, de quoi parle-t-on avec le rôle propre de l'IADE ? Quel rôle a-t-il à jouer dans l'autonomie de l'IADE ? Comment dépasser la binarité de la technique et l'autonomie acquise par le rôle propre et comment l'utiliser ? Est-il emprunt de réflexivité et constitutif de la pratique de l'IADE ?

## La pratique réflexive au service et au soutien de l'autonomie

### Le rôle propre, articulation entre autonomie et pratique réflexive

Afin de pallier au conflit et au manque de concept dans le rôle propre et prescrit de l'infirmier, les modèles de soins, ou les métaparadigmes, ont fait office de fil conducteur pour circonscrire et clarifier l'activité de la Science Infirmière depuis les années 90. Deux grands modèles (entre autres) s'opposent dans leur conceptualisation (Lecocq, Jouteau-Neves, 2015) : d'un côté le paradigme de *l'intégration* (faire avec), représenté par l'école des besoins et Virginia Henderson et de l'autre côté le paradigme de *transformation* (être avec), représenté par l'école de l'être humain unitaire avec notamment Martha Rogers et Rosemarie Rizzo Parse et par l'école du caring avec le **modèle humaniste** (Annexe II) de l'UdeM (Université de Montréal) représenté par Chantal Cara (2016).

Outre les multiples recherches qui montrent leur efficacité autant en gestion des ressources humaines (moins de turn-over), de qualité au travail (prises en charge qualitatives, moins d'événements indésirables), d'efficacité et de satisfaction des infirmières, ces modèles permettent d'acquérir des compétences en les inscrivant dans une **identité professionnelle** très forte et soulignant la construction du rôle propre et du rôle prescrit comme une véritable **articulation d'autonomie et de réflexivité**.

On remarquera pourtant que la plupart des écoles (d'infirmières) aujourd'hui s'appuient sur le modèle du *besoin* de Virginia Henderson, modèle d'intégration et d'autonomie dans la pratique, hiérarchisant les soins selon des besoins physiologiques. Patricia Benner y présente par exemple son propre modèle, de novice à expert. Ces modèles sont aujourd'hui considérés comme philosophiques et non scientifiques pour certains auteurs (Altmann, 2007) et ne manquent pas de montrer que le manque d'une vision holistique n'encourage pas l'infirmier à écouter sa pratique. La pratique réflexive y joue peu son rôle, le rôle propre et l'application du rôle prescrit restent assez factuels et objectifs. Par ailleurs, d'autres auteurs pointent le manque d'implication des infirmières à fonder la pratique sur la preuve dans ces modèles, freinant l'avancée de la Science Infirmière (Missi, 2018).

Plus moderne, le modèle humaniste (UdeM, Université de Montréal) travaille de son côté les « *fondements de la philosophie humaniste laquelle privilégie des valeurs de respect, de dignité humaine, de reconnaissance de l'intégrité et de la liberté de choix* » (Cara, 2015) et en particulier sur l'utilisation de pratique réflexive à des fins de compétences. En outre, le paradigme de transformation demande à l'infirmier de *penser* le soin. L'outil privilégié reste la démarche de soin, alliant raisonnement clinique et réflexivité, et marquant l'utilisation d'un savoir propre. La pratique réflexive y est définie comme un « *processus de développement individuel et collectif qui amène les infirmières à analyser, synthétiser, intégrer et enrichir l'expérience acquise et les connaissances en sciences infirmières* » (Girard et al., 2005). L'infirmier anesthésiste possède donc ce rôle de praticien réflexif à la source de sa compétence infirmière et paramédicale, dans son rôle propre. En se rapprochant de compétences et d'un savoir médical, peut-on encore dire que ce rôle propre a encore une pertinence au bloc opératoire (Jouanneau, 2023) ? Qu'est-ce qui dans le travail de l'IADE, relève encore du rôle propre ? Quel lien faire entre l'infirmier anesthésiste et les métaparadigmes ? Comment parler de réflexivité ou d'autonomie, si le rôle propre de l'infirmier anesthésiste est si conflictuel dans sa définition même ?

Peu de recherches et de littérature traitent foncièrement de la question du rôle propre de l'infirmier anesthésiste. Il faudra attendre les années 1990 pour voir émerger les premières définitions du rôle propre attribuant l'autonomie à l'infirmière, et ce rôle sera réaffirmé continuellement dans le temps à la recherche d'une affirmation concrète de celui-ci: « *La profession d'infirmière n'a réellement d'avenir comme profession autonome que dans la mesure où elle se réappropriera pleinement ce qui est de son champ propre d'intervention* » (Amouroux, 2011).

François Giraud-Rochon (2002) évoque « *le diagnostic infirmier en anesthésie* » comme « *un processus mis en œuvre par le professionnel de santé lorsqu'il choisit, dans son champ de compétence, la stratégie et la modalité de prise en charge les plus appropriées aux patients* ». Ce diagnostic IADE est alors considéré comme une action relevant du rôle propre, soit de son rôle autonome, permettant à l'infirmier anesthésiste de « *circonscrire lui-même les actions qu'il juge de sa compétence ou de décider de s'en remettre au MAR* ». Et s'il est en capacité d'émettre un jugement, il a nécessairement une réflexivité, celle-ci étant nécessaire au raisonnement, mais demande aussi que la capacité de prendre des décisions adéquates requiert une pratique réflexive et d'excellentes compétences en raisonnement clinique (Audétat, Laurin, 2005; Coudray, Gay, 2009).

Le métaparadigme de l'UdeM montre bien cette corrélation entre analyse (traiter des données et les mettre en lien), réflexion (déduction et réflexivité), argumentation et intuition, impliquant la pratique réflexive comme élément contributif à la compétence et à l'agir infirmier, et

notamment dans le cadre de l'infirmier anesthésiste, une approfondissement de cette capacité à des fins de perfectionnement.

Giraud-Rochon (2002) ajoute que **l'autonomie** exige, en effet, un investissement en termes de **positionnement**, de **décision** et d'argumentation de ses choix, et nécessite de prendre la responsabilité de **penser** par soi-même. Cette démarche est souvent implicite, et ne se simplifie pas à la résolution de problèmes, mais relève d'un processus intellectuel pour cet auteur, et parfois même ce processus de diagnostic est considéré comme un art intellectuel. Rappelons que l'arrêté du 31 juillet 2009 précise même que « *l'entraînement réflexif est une exigence de la formation* » et que les professionnels sont « *exercés au raisonnement clinique et à la réflexion critique* ». La « *réflexivité est constitutive des pratiques* » affirme Couturier, (2000) et en même temps, « *il y a un urgent besoin d'études empiriques pour valider l'influence d'une PR [pratique réflexive] profonde sur la pratique professionnelle de l'infirmière* » (Tucotte, 2012). Nous faisons donc face à ce paradigme autant qu'à cette injonction paradoxale entre autonomie et réflexivité ...

Le rôle propre introduit donc responsabilité, initiative, autonomie (on en revient au *praticien responsable, autonome et réflexif* qui définit l'IADE). Il est caractérisé par une approche relationnelle des soins et par une prise en compte des besoins au quotidien de la personne soignée. Ce rôle propre n'apparaît pas toujours comme un savoir pratique, plutôt comme une compétence supplémentaire et non spécifique (Elisabeth Noël-Hureau, 2004). Pour appuyer ces dires, il faut rappeler que le décret de notre profession parle bien de compétences définies, et non d'une liste d'actes définie, d'où l'appellation "décret de missions".

En effet, l'IADE n'applique pas un protocole comme les infirmiers non spécialisés mais une **stratégie d'anesthésie** dans le cadre de ses missions. Le **protocole** est un énoncé d'actions précises à effectuer de manière chronologique (une prescription anticipée par exemple) alors que la **stratégie** est l'ensemble d'orientations et de consignes en vue d'atteindre un but et cela fait la différence dans l'application du rôle propre.

La stratégie repose sur le choix d'une technique et des conditions de mise en œuvre, sous le contrôle, soit une forme de supervision, surveillance et vérification. C'est une reconnaissance d'autonomie, médicalement supervisée. L'IADE ne semble pas dans la validation préalable du médecin à tout geste. Si l'IADE était toujours inscrit dans des protocoles, il n'y aurait pas cette notion d'analyse clinique et d'autonomie, alors que l'ajustement de la stratégie permet de dire que c'est un professionnel qui travaille en autonomie selon ses propres règles et qu'il fait donc appel à sa capacité à réfléchir. Lorsque l'on se questionne sur l'existence d'un rôle propre de l'IADE, il y aurait alors une forme d'autonomie spécifique à l'exercice de l'anesthésie.

D'ailleurs, quand l'IADE gère une anesthésie (anesthésie générale en ventilation spontanée par exemple), il exerce dans le cadre d'une **délégation de tâches** (Alter, 2021) dans

certaines établissements qui régulent cette pratique sous protocole. Une délégation « désigne l'action par laquelle le **médecin confie à un autre professionnel** de santé la réalisation d'une tâche ou d'un acte de soin (...) La délégation comprend l'idée de **supervision**. La responsabilité du délégant (le médecin) reste engagée du fait de la décision de déléguer, la responsabilité du délégué (le professionnel non médical) est engagée dans la réalisation de l'acte » (HAS, 2008).

L'infirmier anesthésiste trouve donc des ressources dans la réflexivité, instrument de résilience et d'amélioration de sa pratique, servant de distance professionnelle et d'outil à l'autonomie. L'autonomie est un concept polysémique et les infirmiers anesthésistes l'inscrivent dans une dimension sociale, liée aux représentations, à la loi et à la compétence. Elle sort du simple débat qui oppose médecin et infirmier pour parler d'un travail *ensemble* dans le domaine de l'anesthésie. Pour aller plus loin, peut-on ensuite affirmer que la réflexivité est un mode d'apprentissage de l'autonomie ? Est-elle une manière de renforcer l'identité ? D'accroître son émancipation en passant d'infirmier à infirmier anesthésiste ?

## S'émanciper

La pratique réflexive est généralement reconnue comme un moyen de développer des stratégies d'adaptation et des compétences en résolution de problèmes, de développer la capacité à exercer une profession à la fois complexe et dynamique, et sert à l'appréciation des connaissances professionnelles et de l'expérience. Aussi, cela rappelle l'apprentissage autonome. Elle réside en une activité d'apprentissage en aidant à faire des choix éclairés, où l'infirmier anesthésiste œuvre pour son propre savoir. Descartes (1925) en parlait déjà dans Discours de la Méthode en ces termes : il est nécessaire d'apprendre pour réfléchir. Il s'agit d'une boucle, dont Feller (2011) résume l'idée en « *une tentative pour se comprendre soi-même par l'auto-réflexion, et en orientant son action pour se rendre libre et indépendant* ». Pour devenir responsable, autonome et réflexif, l'IADE s'inscrit donc dans cette **injonction paradoxale** que nous avons soulignée entre pouvoir et sujet, en prenant des décisions, seul, ou en collaboration. Cette méthode d'apprentissage ne serait-elle pas finalement le reflet de l'émancipation ? L'émancipation est-elle un but inconscient, une quête de perfection à atteindre afin de valoriser cette réflexivité constitutive de l'autonomie de l'IADE ?

En effet les apprentissages de l'infirmier anesthésiste se font dans la situation clinique et loin d'une émancipation du médecin. L'émancipation démarre surtout lorsque l'autoformation devient existentielle et identitaire pour le professionnel. L'IADE traverse l'acte de se former soi-même, impliquant une "*trans-formation*", de soi au savoir. Il faut ensuite rappeler que

l'émancipation par le travail est un moyen de donner du sens à l'existence (Gomez, 2016). La réflexion menée par l'infirmier anesthésiste a donc un sens en ce que la réflexivité construit l'autonomie dans la recherche de cette émancipation.

Au fond, l'infirmier spécialisé en anesthésie s'émancipe dans un savoir multi référentiel, s'intéressant à « *l'étonnante variété des circonstances qui font progresser les sciences en brisant l'isolement des disciplines* » (Morin, 1994). Il étudie aussi bien les sciences humaines, techniques, liées à la médecine, pédagogiques, sociétales, ... et les sciences infirmières. Sa quête de reconnaissance n'est donc pas nécessairement une interface binaire entre lui et le médecin, mais peut-être aussi une façon d'inscrire cette manière de penser (Descombes, 1996) autour de lui. C'est ce qui rendrait confuse la différence entre quête d'autonomie professionnelle, personnelle et identitaire avec l'émancipation. Il s'agit alors de conscientiser cette pratique réflexive afin d'éviter de rendre la démarche d'"*apprenti-sage*" hermétique.

## De la question de départ à la problématique

Au cours de ce travail théorique, nous avons exploré les dimensions de réflexivité et d'autonomie au travers de différentes idéologies, apportant un éclairage à la question de départ : **dans quelle mesure la réflexivité est-elle contributive dans l'autonomie de l'infirmier anesthésiste ?**

D'abord, la **pratique réflexive** est un concept ancien, peu exploré dans la Science Infirmière mais indispensable à l'acquisition du savoir et des compétences. L'**autonomie** quant à elle est polysémique et difficile à circonscrire dans le champ de l'anesthésie. En fait, ces deux concepts sont étroitement liés par l'histoire de la médecine et de l'évolution des infirmiers anesthésistes qui défendent cette autonomie à travers leur capacité de réflexivité, mise en lumière au gré des textes législatifs au cours du temps. La réflexivité mène l'infirmier anesthésiste à analyser et ajuster sa prise en charge seul, passant d'un assistant à un professionnel autonome et réflexif, dont les termes sont enfin mis côte à côte en 2012. La réflexivité est explicitée au fil des recherches scientifiques et se place comme constitutive de la pratique autonome malgré l'injonction paradoxale de l'**autonomie contrôlée**, normalisant ce rapport entre désir d'autonomie et crainte de la perdre.

L'infirmier anesthésiste peut exploiter son autonomie en **collaboration** avec le médecin anesthésiste-réanimateur, c'est-à-dire dans le partage des tâches, le consensus, le positionnement et le leadership, mais suppose un travail de l'ombre pour l'IADE.

Ensuite, ce dernier peut travailler dans la **coopération**, supposant une responsabilité accrue du fait de son autonomie, dans un transfert d'activité, dans l'autonomie, et peut être perçue comme une instrumentalisation ou une coopération conflictuelle par division du travail et des responsabilités.

Dans les deux cas, la réflexivité construit ces positionnements. D'une part, dans l'effort de comprendre le lien inextricable et le **consensus de domination** qui lie un médecin et un infirmier dans la pratique anesthésique. D'autre part, dans ce que l'IADE interprètera de son travail réel, son rôle propre et prescrit à des fins d'émancipation.

Aussi, le cadre théorique aura montré la dimension **sociale** qui construit le binôme MAR-IADE, utilisant la compétence transversale de réflexivité comme outil de construction de l'autonomie. La notion de **rôle propre** a sa part à jouer dans cette étude : l'UdeM rappelle qu'aux fondements de la Science Infirmière, le rôle propre équivaut à l'autonomie, et dans la prise de décision. Ensuite, l'infirmier anesthésiste applique une stratégie d'anesthésie lui permettant des libertés en étant réflexif. Certains auteurs questionnent cependant la pertinence de ce rôle propre au sein des bloc opératoires.

La réflexivité au sens qu'elle est porteuse de liberté apporte la pratique autonome, mais pas toujours de manière émancipatrice car relève d'une certaine obligation dans les pratiques. En fait, pour s'autonomiser et être émancipatrice, il faudrait élargir le cadre de la réflexivité en l'inscrivant dans un contexte social, personnel, d'apprentissage, de confrontation à l'autre tant qu'il co-construit un espace de travail ainsi que dans l'identité.

Le terme de ce cadre théorique, complété par deux entretiens exploratoires, amène cette étude à répondre aux premières questions posées par l'objet de recherche. La réflexivité, outil de la pratique autonome, est fondée sur la compétence infirmière. Cependant, en naviguant entre collaboration et coopération sociale dans la spécialisation d'infirmier anesthésiste, cette réflexivité ne s'inscrit pas dans une autonomie totale. Cette réflexivité s'inscrit dans le raisonnement, l'agir et le leadership, socle du rôle propre, puis dans la stratégie d'anesthésie posée par le médecin anesthésiste réanimateur.

En ce sens, la problématique prend forme et se précise :

**La réflexivité est-elle nécessairement un outil de construction de l'autonomie de l'infirmier anesthésiste ?**

Les hypothèses qui tenteront de répondre à cette questions sont les suivantes :

*-La réflexivité n'est pas un outil indispensable pour construire l'autonomie de l'infirmier anesthésiste. Elle s'inscrit d'abord dans un espace collaboratif de travail, interprofessionnel et contrôlé. Aussi, l'autonomie n'est pas la finalité de la réflexivité.*

*-La réflexivité est nécessaire pour construire l'autonomie car réside dans le rôle propre infirmier. Elle permet d'aborder des situations et des décisions complexes et d'agir avec leadership, dans une autonomie construite dans l'expérience.*

Afin de poursuivre cette étude, il semble qu'explorer les situations cliniques vécues permettrait d'une part d'extraire une **description narrative et explicitée** de l'utilisation de la pratique réflexive dans l'acte autonome, et d'autre part, à des fins scientifique, d'**enrichir le modèle de l'UdeM**, métaparadigme infirmier mettant la réflexivité au centre des pratiques propres à l'infirmier.

## II- CADRE EMPIRIQUE

L'objet de recherche est de savoir si la réflexivité est nécessairement un outil de construction de l'autonomie de l'IADE, questionné par deux hypothèses (*la réflexivité n'est pas un outil indispensable pour construire l'autonomie de l'infirmier anesthésiste et la réflexivité est nécessaire pour construire l'autonomie car réside dans le rôle propre infirmier*).

### Méthode et terrain d'investigation

L'enquête s'inscrit dans les sciences humaines et sociales, aussi elle relève d'une recherche **qualitative** et sera menée par **des entretiens avec le chercheur**. En effet, le sujet de recherche demande d'explorer le « *sens que les acteurs donnent à leurs pratiques* » (Blanchet, 2007) et aux événements dont ils sont les témoins actifs, afin d'extérioriser les systèmes de valeurs et les repères normatifs à partir desquels ils s'orientent et se déterminent (Blanchet, Gotman, 1992). Le sujet de ce mémoire explore les voies de la réflexivité mais aussi l'autonomie au travers des représentations personnelles et sociales. L'entretien semble donc être une méthode adaptée pour explorer la problématique. De même, l'exploration de la pensée et de la réflexivité demande une gymnastique d'esprit afin de l'explicitier. L'analyse de l'autonomie, pas seulement dans son acception personnelle, mais aussi dans une dimension sociale, peut être révélée plus précisément grâce à l'**entretien compréhensif**, permettant de « *saisir les processus sociaux* », « *d'un savoir social incorporé par les individus* » (Kaufmann, 2016).

Kaufmann (2016) et Fugier (2010) expliquent en effet que l'avantage de l'entretien compréhensif est d'engager une conversation réflexive chez la personne interrogée, d'autant que l'on considère cette personne comme possédant un savoir précieux, et étant inscrit dans une « *une subjectivité autonome* » (Matthey, 2005). La méthode choisie est donc motivée par le besoin de faire verbaliser la pratique réflexive et de tenter d'en extraire comment elle sert l'autonomie et sa construction.

L'enquête s'inscrit donc dans cette **démarche compréhensive, herméneutique** et non interventionnelle, non intrusive. Elle aura pour but d'éclairer et d'explicitier un thème qui relève de l'informel, de l'intuitif, de l'inné. Elle sera également empreinte du **courant phénoménologique** (comprendre un phénomène et le rendre explicite), où le chercheur reconnaît et travaille sa propre implication dans son sujet de recherche, et analyse le discours selon une méthode précise (Ribau, 2005).

Kaufmann (2016) explique par ailleurs que dans la démarche compréhensive, les hypothèses de recherche sont tirées de l'observation et de l'expérience et que celles-ci se construisent en même temps que les entretiens se font. Il s'agit d'une mouvance pour le chercheur qui tâtonne au fur et à mesure que son objet de recherche se précise. Dans la présente recherche, des entretiens exploratoires ont guidé les prémices des hypothèses et le cadre théorique. Ensuite, les entretiens empiriques démarrent et permettent d'affiner les hypothèses. Elles s'affirment au fur et à mesure des entretiens et se révèlent d'un savoir issu de l'expérience. Cela demande cependant au chercheur d'être attentif à ce que les hypothèses soient justes, objectives et mises à distance car à risque d'interprétations abusives.

La **population d'étude** concerne un échantillon de **6 infirmiers anesthésistes diplômés d'état** et se fait selon le principe de **saturation** de l'entretien compréhensif (Kaufmann, 2016), volontaires, n'ayant pas connaissance du sujet de la recherche, disponibles pour les entretiens dans le temps imparti pour la confection de la présente recherche (soit entre décembre 2023 et juin 2024). Pour limiter les biais, les IADE recrutés n'ont pas de lien direct et personnel avec la chercheuse. Le recrutement est effectué via les cadres de santé des services de soin et également via contacts personnels pour aider à la mise en relation avec les sujets recherchés.

Certains facteurs qui influencent la réflexivité et l'autonomie posent question dans **l'inclusion des profils interrogés** : L'IADE étant un professionnel ayant un minimum d'expérience infirmière obligatoire, le recrutement ne peut pas trouver de profil de jeunes diplômés n'ayant pas eu de formations complémentaires ou vierge d'expérience en scripts cliniques. Aussi, le recrutement reste simplement attentif à sélectionner des profils en tenant compte qu'ils ont *probablement* déjà une base de formation réflexive issue de l'expérience, qu'ils ont déjà encadrés et tutorés, et suivi des formations continues et des analyses de pratique. Il est difficile d'établir des critères de sélection en ce sens, aussi l'inclusion concerne un profil de professionnel ayant plusieurs années d'expérience (pratique inférieure à 5 ans et supérieure à 5 ans en suivant la théorie de Benner sur les novices et les expérimentés) afin d'y chercher un sens sur le développement de la réflexivité et la posture dans l'autonomie selon l'expérience et la répétitions de scripts cliniques vécus en première intention.

Le lieu et le type d'exercice n'est pas une condition (bloc, pré-hospitalier, réanimation, spécialité médicale ou chirurgicale) car la réflexivité et l'autonomie sont explorées de manière globale et inhérente à l'individu et non pas selon un type d'exercice particulier, d'autant que la recherche ne cible pas ce type de critères comme des facteurs d'influence. De même, la question de l'intérim et du poste fixe ne pourrait être un argument de sélection strict mais plutôt étudié

comme un facteur social. L'échantillon devra pour autant comporter des professionnels exerçant dans le secteur privé et public en tenant compte que les pratiques et le rapport hiérarchique n'y sont pas les mêmes et qu'ils méritent d'être comparés dans leur dimension sociale pour l'IADE.

La population étudiée est donc issue de toutes spécialités de l'anesthésie, provenant de tous types d'établissements, avec la recherche d'une expérience novice ou experte, avec des profils exerçant en secteur privé et public.

## Matériel et modalités des entretiens

Les entretiens sont réalisés soit par téléphone, soit en rendez-vous en présentiel selon la disponibilité et l'emplacement géographique de chacun, dans la limite temporelle fixée par les dates universitaires inhérentes à la formation de la chercheuse. Dans tous les cas, les entretiens sont enregistrés sur microphone et retranscrits dans des verbatims. Les supports matériels sont l'ordinateur pour l'enregistrement, un cahier et un stylo pour suivre l'entretien et prendre des notes pour les relances. La durée des entretiens souhaitée est de 30 à 50 minutes. Ceux-ci démarrent par des explications justifiant l'anonymat, l'enregistrement sonore et la sécurisation des données, le non jugement, l'intérêt que le chercheur a pour son sujet et la personne interrogée, le droit à l'arrêt et l'annulation de l'entretien.

Pour aider au bon déroulement de l'échange, les entretiens en visuel impliquent une disposition physique de la chercheuse et de l'interviewé en évitant le face-à-face et une distance physique trop proche (<50cm) ou trop éloignée (>1mètre).

L'**entretien compréhensif** doit pouvoir déclencher une complicité nécessaire à la libération de la parole. Aussi, la discussion informelle est utilisée pour lancer le dialogue et la mise en confiance (en particulier lorsque les deux personnes ne se sont jamais rencontrées, ou que l'entretien se fait par téléphone sans visuel).

La **grille d'entretien** (présentée en annexe I) est construite suite à une phase de test constituée de 2 entretiens exploratoires. Elle comprend une question principale qui déclenche le début de l'entretien et des sous-questions par thèmes pour guider les relances verbales. L'entretien démarre toujours avec la première question partant d'une situation clinique pour laquelle il est laissé un temps de réflexion. L'entretien est clôturé tacitement lorsque le contenu semble satisfaisant pour les deux interlocuteurs. La grille n'est pas utilisée en temps réel conformément à la méthodologie de l'entretien compréhensif.

L'**analyse des résultats** sera effectuée à l'aide d'un répertoire de mots-clés issus des thèmes abordés par les professionnels interrogés avec une analyse croisée des entretiens. L'analyse comprend donc des mots-clés communs aux entretiens ou des mots-clés isolés, des éléments du discours infirmant ou non les hypothèses, des éléments de contradictions observés dans les discours, et par extraction des thématiques dégagées par la saturation des données.

L'importance d'utiliser un modèle reproductible pour l'enquête et l'analyse est primordiale dans la mesure où « *les chercheuses en soins infirmiers [...] s'intéressent peu à cet exercice de reproductibilité qui pourtant, reste l'un des mécanismes essentiels qui rapprochent la science de la «vérité»* » et où les « *études sont peu reproduites, et les résultats sont souvent considérés comme des «vérités inamovibles»* » (Missi, 2018). Aussi, ce travail s'attachera à analyser la matière selon les études scientifiques qui ont permis à l'UdeM de créer le métaparadigme infirmier et définir un rôle propre (disponible en annexes II et III).

Quelques **limites** à l'enquête sont attendues : Ne pas cibler la population plus en détail est un risque à la fiabilité des résultats mais à remettre dans un contexte de travail de recherche qui reste une initiation et qui au contraire ouvrirait des portes pour une sélection d'un plus grand échantillon, ou permettrait de révéler des critères à explorer en particulier pour une poursuite du travail.

Le risque de l'entretien compréhensif lorsque le chercheur n'est pas habitué à pratiquer cette méthode est de se perdre dans la discussion et de manquer des éléments importants. Même avec un grille d'entretien, il y a un risque de perte d'informations si le chercheur ne sait pas quelle question poser pour expliciter les concepts tacites évoqués par les personnes interrogées. La liste de questions de relance par thématique est une aide précieuse mais reste toutefois imprécise et subjective du fait de l'inexpérience de la chercheuse dans cette méthode.

La dernière limite est dans l'interprétation des propos dont il faut se défendre en restant neutre et à distance mais il est difficile d'empêcher ce phénomène lorsque le chercheur est impliqué dans son objet de recherche. Le classement par mots-clés permet d'éviter ces biais. La relecture des verbatims dans le temps permet une prise de recul.

## Implication du chercheur

En effet, la première étape pour limiter son implication dans la méthode de recherche est d'adopter « **une posture de questionnement**, ce qui implique d'abandonner une posture fondée sur des opinions arrêtées et non interrogées c'est à dire : se distancier de ses croyances et de ses opinions, être à l'écoute de l'autre, prendre en compte les différents points de vue et les mettre en lien » (livret mémoire de l'Institut de Formation aux Métier de la Santé de Montpellier).

D'autant que dans le cadre d'une recherche et de l'entretien qualitatif, « *des relations se développent entre chercheurs et acteurs qui ne sont pas exemptes de projets manipulateurs, eux-mêmes générateurs de tensions* » (Château Terrisse, 2016). L'implication du chercheur pose cette question éthique de l'influence sur l'opinion à laquelle il faut être attentif, que cette influence soit à l'initiative du chercheur ou de la personne interrogée. Pour répondre à ce constat, l'éthique du chercheur « *passé par le respect des acteurs et par un questionnement permanent autour des conséquences de sa recherche sur les acteurs* » (Bold, 2012).

Finalement, il faudra voir cette recherche comme un **processus, un pèlerinage, un passage, une épreuve** (De Lavergne, 2007) demandant une prise de recul nécessaire au bon déroulement des entretiens qualitatifs avec les personnes interrogées car « *le chercheur a des illusions sur ses relations aux répondants, leur authenticité et leur sincérité, ce qui peut avoir un impact sur la qualité de l'interprétation* » (Château Terrisse, 2016). En adoptant une posture de distanciation, « *la recherche est alors un art de la rencontre* » (Château Terrisse, 2016), dans lequel s'épanouit le chercheur qui revisite son sujet en permanence et met en lumière la précieuse pensée de ses interviewés.

## Résultats et Analyse

### Présentation de la cohorte

La cohorte est composée de 6 IADE donc 6 entretiens compréhensifs qui durent entre 35 et 50 minutes, menés en visuel ou par téléphone. Les infirmiers anesthésistes interrogés, renommés de manière anonyme, ont des profils variés :

	Jeanne	Marie	Natacha	Laure	Marc	Thomas
Sexe, âge	Femme, 57 ans	Femme, 38 ans	Femme, 41 ans	Femme, 38 ans	Homme, 40 ans	Homme, 42 ans
IADE depuis ...	2005 (18 ans)	2019 (4 ans)	2016 (7 ans)	2016 (7 ans)	2014 (9 ans)	2016 (7 ans)
Secteur d'activité actuel	Public Bloc opératoire	Public Bloc opératoire	Public Bloc opératoire	Public Bloc opératoire	Privé, vacataire, bloc opératoire multidisciplinaire	Privé, fixe, bloc opératoire, multidisciplinaire
Expériences connues depuis diplôme IADE	Bloc gynécologique	Bloc gynécologique	Bloc gynécologique puis tête et cou	Bloc cardio thoracique et vasculaire	Pluri spécialités Public puis privé	Bloc gynécologique puis pluri spécialités
Expérience avant IADE	Médecine interne, réanimation	Réanimation	Réanimation	Réanimation	Pompier volontaire, soins généraux, réanimation	Réanimation
Modalités de l'entretien	Face à face	Téléphone	Face à face	Téléphone	Téléphone	Téléphone
Durée de l'entretien	40 minutes	50 minutes	45 minutes	40 minutes	35 minutes	35 minutes
Situation choisie	Urgence	Urgence	Urgence	Conflit	Ethique	Urgence

L'échantillon exerce dans le service public à 70%, et à 30% dans le secteur privé. Le nombre d'années d'expérience clinique est varié (entre 4 et 18 ans) et uniforme dans le secteur d'activité (exercice en bloc opératoire uniquement, un seul profil a une expérience infirmier sapeur-pompier volontaire en plus de son activité d'IADE). La moitié de l'échantillon a travaillé dans une seule spécialité chirurgicale depuis leur diplôme d'IADE, l'autre moitié a connu au moins deux spécialités, et sont tous issus des services de réanimation où ils exerçaient avant la formation d'IADE.

La saturation des données est observée dès le quatrième entretien et a permis d'élaborer de manière plus précise les hypothèses de recherche.

Au départ, une situation complexe...

Les situations racontées à partir de la première question de l'entretien, posée de manière identique (*"Est-ce que tu as une situation en tête que tu as vécue et qui t'a parue compliquée à résoudre ?"*), révèlent différentes problématiques et sont résumées dans le tableau ci-dessous. Ces situations concernent :

-soit une **situation d'urgence** anesthésique au bloc opératoire, évoquée par 4 infirmiers anesthésistes : Jeanne, Marie, Natacha, Thomas.

-soit une **situation de conflit**, évoquée par Laure.

-soit une **situation éthique dans l'urgence**, évoquée par Marc.

Jeanne	Situation d'urgence au bloc opératoire : arrêt cardiaque chez une parturiente en cours de césarienne non urgente. Le médecin anesthésiste injecte en intraveineux à deux reprises 50 gammas de néosynéphrine. Jeanne tend l'atropine au médecin après la deuxième injection lorsqu'elle identifie une bradycardie qu'elle impute à un surdosage. S'en suit la gestion de l'ACR.
Marie	Situation d'urgence au bloc opératoire : défaillance multiviscérale suite à une hémorragie massive chez une femme à deux heures d'une césarienne programmée. Situation de stress violent pour Marie qui ne connaît pas la patiente, déroulement rapide de la situation d'urgence vitale qu'on lui confie, 20 personnes en salle d'intervention. Marie "exécute" les ordres.
Natacha	Situation d'urgence au bloc opératoire lors d'une astreinte: Hypotension massive et hypovolémie sur hématome sous-arachnoïdien avec impossibilité d'établir la cause clinique ou matérielle. Le binôme médecin-infirmier anesthésiste cherche la cause du problème. Les pertes sanguines sont découvertes après déchampage opératoire.
Laure	Conflit en salle d'intervention entre l'infirmière anesthésiste et le chirurgien sur l'installation opératoire du patient sur l'exérèse d'un nodule pulmonaire. Face à la demande du chirurgien d'opérer les deux poumons (un seul prévu initialement, avec patient déjà intubé-ventilé), l'IADE se positionne fermement. Le médecin anesthésiste est présent mais n'intervient pas.
Marc	Questionnement éthique sur les propos d'un réanimateur suite à la prise en charge urgente d'un accident de la voie publique chez un motard de 37 ans. Le réanimateur évoque sa satisfaction d'avoir posé une ECMO en 25 minutes. L'IADE, parlant du pronostic sombre du patient, se demande s'il y a uniquement le geste technique qui satisfait le médecin.
Thomas	Situation d'urgence au bloc opératoire lors d'une coelioscopie pour hernie hiatale, survenue d'un emphysème nécessitant l'arrêt de la chirurgie, et la pose d'un drain thoracique. L'IADE, seul, appelle le médecin après démarche clinique (variations hémodynamique, inefficacité des amines, constat de l'emphysème et auscultation). Évoque la difficulté de prendre des décisions dans l'urgence.

La question de départ de l'entretien orientait vers la complexité de la situation vécue afin de déclencher et d'identifier la réflexivité. Il s'agit bien de **situations complexes** à résoudre pour ces IADE interpellés par ce qu'ils ont vécu. En effet, ils partent d'un "problème" (les 6 IADE utilisent ce terme) et d'un "point de départ" (Marie), de quelque chose qui "choque" (Marie et Marc) ou qui "altère la sécurité" (Marie, qui parle d'une "situation potentiellement dangereuse" et Marc d'une "situation périlleuse"). Parfois, cette situation est aussi "compliquée" (Marie) ou "complexe" (Natacha et Marc) voire un "cataclysme" pour Marc. Et parfois, le problème est juste identifié par d'autres mots plus implicites (Natacha parle du "truc" qui la dérange).

Cette situation nécessite une **résolution de problème** et des **actions** : "on devait trouver la solution" (Jeanne). Natacha, face à une hypotension réfractaire aux amines sans cause apparente, évoque ne pas avoir "réglé la situation" ni le "pourquoi de la question" face à un facteur "inconnu". Thomas raconte bien qu'il ne "comprend pas ce qu'il se passe", il "commence à chercher" et se pose "plein de questions" pour "éliminer toutes les causes simples" face aux symptômes qu'il observe. Il énonce également les étapes d'un raisonnement : "on doit collecter les informations, les traiter et sortir l'attitude à avoir et quelle prise en charge on doit avoir". Quant à Marc, il évoque également l'acte de "se raisonner" dans sa situation éthique, soulignant l'utilisation réflexive dans la situation d'éthique.

Ces marqueurs narratifs retracent en premier lieu, dans une situation problème, un **raisonnement clinique infirmier inscrit dans l'action et la régulation du processus de réflexion**. La manière d'énoncer la situation à partir d'un problème, proche de l'analyse de pratique, permet d'engager une réflexion chez l'interviewé. Ces marqueurs sont visibles dans tous les entretiens sans exception, révélant que dans la recherche d'une solution, la réflexivité est présente et soutient l'action de l'IADE, nous le verrons plus tard.

Ensuite, les **situations choisies** par les professionnels relèvent de l'urgence, posant la question d'assimiler la **situation complexe à la situation d'urgence vécue par le soignant**. Il n'y avait pas de consigne sur le choix du problème et c'est un étonnement dans l'analyse de ces résultats. Nous verrons que ce choix a un sens dans l'autonomie de l'IADE.

Laure est la seule qui choisit une situation de conflit entre personnes sans notion d'urgence et Marc aborde sa situation urgente sous forme de questionnement éthique. Cela souligne l'usage de réflexivité dans des situations qui peuvent être complexes à n'importe quel moment, Marc évoquant par exemple être interpellé par la question du rapport à l'autre: "les situations compliquées à résoudre pour moi c'est quand il y a des **conflits interpersonnels**".

Les six entretiens partent donc d'un dénominateur commun, cette situation urgente nécessitant la mise en place d'actions. La saturation rapide des entretiens a permis d'identifier rapidement des mots-clés, classés par thèmes décrits dans le schéma ci-dessous et permettant de dégager les réponses aux hypothèses de l'objet de recherche.

Nous aborderons comment la réflexivité est **de la plus nécessaire à la moins nécessaire dans l'acte autonome** pour les IADE interrogés:

D'une part, la situation clinique implique le déclenchement de la pratique réflexive. Celle-ci permet d'agir de manière autonome, mais aussi d'impliquer un leadership et son rôle propre infirmier.

D'autre part, l'influence de la pratique réflexive s'exerce pour l'autonomie de l'IADE. Elle tend à s'effacer lorsque le médecin est impliqué (il s'agit de la collaboration), voire à s'abolir lorsque l'IADE laisse le relais à ses réflexes (il s'agit de la sortie de la "zone de confort").

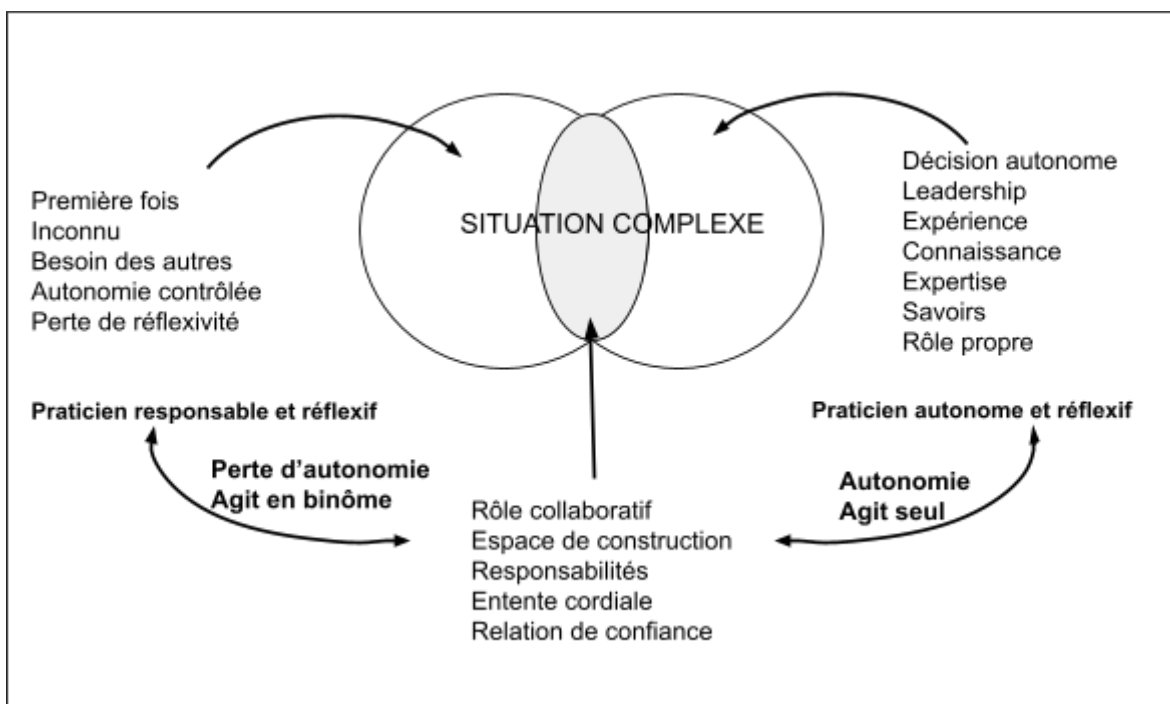


Figure 1 : Récapitulatif des mots-clés et des concepts à partir des entretiens compréhensifs et de la théorie

## La réflexivité nécessaire dans l'acte autonome

Le champ sémantique de la réflexivité est utilisé tout au long des discours par tous les infirmiers anesthésistes interrogés et notamment lorsqu'il s'agit de narrer la situation et d'évoquer comment la recherche de solution implique la réflexivité. Les termes empruntés à la pratique réflexive sont variés : ils apparaissent 25 fois au total (réflexion, 9 fois, réfléchir, 13 fois, réflexivité, 3 fois). L'utilisation majoritaire du verbe réfléchir peut être liée aux situations choisies dans lesquelles les personnes interrogées sont actrices et non passives.

La réflexivité est visible et vécue d'abord **dans la situation tous les professionnels** : "je me suis dit", "on a réfléchi" (Jeanne), "j'observe", "je me dis" (Natacha), "je me revoie", "j'ai compris que", "remettre en question", "je me demande" (Marie), "sur le coup" (Laure), "je me dis", "sur le moment" (Marc, Marie, Thomas), "j'en viens à me dire", (Thomas).

Il s'agit de "faire des liens" (Laure), et de se parler à soi-même : "je fais un débrief dans ma tête de ce que j'ai fait, rapidement" et "je me demande à ce moment là qu'est-ce que je peux faire pour être efficace dans cette situation" (Marie), "tu te poses plein de questions" (Thomas).

Elle passe également par les actes logiques dédiés **au raisonnement clinique** : "Je fais les algorithmes dans ma tête qui peuvent induire un problème. Ça fait un déclic dans ma tête" (Laure) et Thomas évoque la finalité de ce raisonnement : "on doit prendre des décisions" en "collectant" des informations, en les "traitant" et en déduisant la "prise en charge" à avoir. On retrouve également dans la narration des situations les **connecteurs logiques de la pensée** observés dans tous les entretiens : "donc", "parce que", "du coup", "dans un but de" faisant appel à la résolution du problème.

Thomas raconte étape par étape ses gestes cliniques (observer, ausculter, gérer la posologie de la noradrénaline, utiliser du proclive, faire un remplissage, faire arrêter la chirurgie), décrivant ainsi trouver le problème au fur et à mesure des hypothèses qu'il fait dans sa tête. Natacha procède de la même façon à la vérification de ses posologies de noradrénaline et "fait le tour" de son patient point par point. Natacha et Marie parlent de prise d'initiative, là où **on ne leur demande pas d'agir spécifiquement**. Ces IADE, en évoquant l'acte de prendre des décisions, font écho à la capacité de jugement, et de la prise de décision autonome (Giraud-Rochon, 2002, Couturier, 2000, Audétat et Laurin, 2005).

Cette réflexivité dans les gestes permet donc aux professionnels d'agir en **autonomie** : Thomas établit la cause du problème clinique seul et raconte : "au début on se retrouve seul et on doit prendre les décisions nous-même" et "on est seul du début à la fin". De même, Marie prend des initiatives dans sa situation d'urgence vitale et évoque qu'elle n'a "pas eu besoin de MAR"

pour la guider sur gestion des voies aériennes de sa patiente. Natacha raconte également qu'il y a "plein de choses" qu'elle fait seule sans médecin et cite notamment l'usage pharmacologique (posologie, concentration, administration).

Les professionnels utilisent leur savoir-faire et leur savoir-être, développés à l'aide de la pratique réflexive et du raisonnement comme le précise le modèle de l'UdeM (Cara, 2016), à des fins d'assurer la continuité des soins et d'agir avec professionnalisme, et ce en étant autonomes, et seuls dans l'action.

### La notion de leadership

L'autonomie renvoie, d'un autre côté, à exercer un **leadership** clinique dans la pratique, assimilant cette qualité à un fondement du savoir-être infirmier selon l'UdeM (Cara, 2016). Cette thématique est abordée à plusieurs reprises par les IADE interrogés et notamment lorsqu'ils sont **seuls**. Laure argumentait sa prise en charge auprès du chirurgien en étant "toute seule" également, mettant en lumière la compétence relationnelle acquise par la réflexivité toujours selon le modèle de l'UdeM, mais aussi sa capacité d'être leader et force de proposition lorsque cela est important et sécuritaire pour le professionnel.

En effet, dans le cas où le leadership est exercé par l'IADE, il peut s'imposer comme pour Laure qui évoque sa prise de leadership comme: "on a pas le choix". Il s'agit d'un leadership conscient, nécessitant une réflexion sur la position opératoire dans le cas de Laure, et se prend en l'absence du médecin (elle ajoute : "moi j'ai agi comme ça parce que je savais que je n'aurais aucun soutien").

La notion de leadership est assimilée à celle de **positionnement dans l'autonomie**. Rappelons que Giraud-Rochon (2002) précise que l'**autonomie** exige un **positionnement**, une **décision** argumentée, et nécessite de prendre la responsabilité de **penser** par soi-même, tel le cas de Laura qui dit de sa propre attitude face au chirurgien : "je me positionne direct" ou Natacha qui assume ses actes : "je suis sûre de ce que je fais".

D'autres IADE évoquent cette prise de position : Jeanne dit "je me suis positionnée auprès des anesthésistes" pour changer les pratiques suite à sa situation, et "je me positionne parce que j'ai de la bouteille", utilisant son expérience comme leadership et l'absence du médecin comme un tremplin d'autonomie : "si je n'ai pas d'anesthésiste, je fais comme je veux aussi".

Cette pratique autonome représentée par l'action en dehors d'une présence médicale est prépondérante dans les entretiens. Les termes *autonome* et *autonomie* sont cités 25 fois dans les entretiens. Au contraire de Laure qui subit sa place isolée, Marc "revendique l'autonomie" et précise "on nous apporte les outils pour construire notre autonomie", comme Jeanne : "je suis

autonome sur ça parce que j'ai appris et j'ai acquis" marquant aussi l'expérience et la connaissance comme vecteur de leadership et de pratique autonome.

### La notion de rôle propre

L'autonomie et la compétence de leadership, empreinte de réflexivité, semble prendre racine dans le rôle propre infirmier pourtant décrit comme compétence transversale (Noel-Hureaux, 2004). Les IADE interrogés ne sont pas tous en accord sur son application, mettant en lumière l'injonction paradoxale observée dans le cadre théorique : l'acte autonome est à géométrie variable selon les **représentations** des professionnels sur leur champs de pratique et de compétence :

#### *A propos du "rôle propre" dans les entretiens, extraits :*

Marc	- "on est assistant plutôt qu'un rôle d'infirmier à qui on dit fais ci fais ça" - "c'est toi IADE par la lecture discriminante de la stratégie d'anesthésie qui choisit la stratégie d'anesthésie"
Jeanne	- "on est toujours infirmier", "on a fait une spécialité" - "l'IADE a fait une spécialité par apprentissage de connaissances supplémentaires" - "l'IADE a le même rôle propre et prescrit que l'infirmière, avec plus de connaissances"
Laure	- "je suis infirmière d'abord et spécialisée après" - "il y a du savoir être et l'infirmière elle l'a" - "je ne me suis jamais vue comme assistante médicale"
Natacha	- "je suis IADE et après infirmière", "j'ai changé de métier entre-temps" - "ma base elle est quand même infirmière, mais, je rajoute dessus mon expertise IADE" - "je reste pas infirmière", "si je suis qu'infirmière, je suis qu'une simple exécutante" - "mon expertise IADE va en premier avec mes compétences que j'ai acquises dans ma gestuelle et dans ma réflexion" - "mon rôle propre d'IADE c'est quand je n'ai pas de médecin avec moi, et que je travaille en autonomie c'est-à-dire qu'il faut que je réfléchisse sans médecin sur ce que je dois faire dans l'immédiat", "alors que mon rôle sur prescription, c'est dès le départ avec la VPA"
Thomas	- "on travaille par rapport au décret qui régit la profession c'est à dire que le MAR établit une stratégie d'anesthésie et après nous on doit mettre en œuvre ce qu'il faut pour pouvoir mettre en œuvre cette stratégie" - "on a la liberté de faire l'anesthésie avec les produits qu'on veut et comme on le veut sauf si l'anesthésiste l'a précisé dans la consultation" - "on a une autonomie, un rôle plus important. Je trouve que avant, j'avais un rôle sur prescription, là maintenant j'ai une autonomie et sous protocole quoi. Sous la responsabilité de l'anesthésiste, mais en ayant ma part d'autonomie qui est assez grande" - "mon I de IADE c'est un prolongement de l'IADE, c'est une suite. Pour la réflexion je dirais que c'est un rôle qu'on doit avoir"
Marie	- "l'IADE a toujours son rôle propre" - "le rôle IADE c'est une spécialité mais y'a infirmier dans IADE" - "je prends des initiatives, je peux remettre en question la parole du MAR pour la sécurité du patient, c'est mon rôle propre de faire ça. Tout se complète en fait, rôle propre, rôle prescrit, autonomie. C'est pas des cases opposées"

Les IADE interrogés semblent s'accorder sur la notion du praticien responsable, autonome et réflexif : il faut réfléchir, avoir des connaissances et assurer la sécurité du patient. Cela permet d'agir seul, sans médecin, parfois dans le rôle propre, car « *afin d'aménager des zones d'autonomie qui agissent intentionnellement, en ayant compris les enjeux des décisions qu'ils prennent, il ne peut y avoir d'autonomie sans responsabilité* » (Warhol, 2012).

Les divergences résident entre la **définition du protocole et de la stratégie d'anesthésie**, or nous avons vu qu'à la différence du protocole, la stratégie laisse l'autonomie à l'IADE car nécessite une analyse clinique qu'il a acquis par la pratique réflexive. Mais, Marc se décrit comme assistant là où Marie, Laure et Jeanne parlent du rôle infirmier d'abord dans l'application des gestes. Au contraire, Natacha se décrit d'abord comme IADE. La lecture de la stratégie d'anesthésie est vue comme l'application du rôle prescrit pour Natacha, mais pour Marie il s'agit d'un tout.

Ces écarts ne mettent pas à l'épreuve la finalité de la réflexivité pour l'acte autonome. En revanche ils mettent en lumière la difficulté de **circonscrire** cette autonomie et le rôle de l'IADE lorsqu'il doit apprendre à agir seul, dans un « *exercice solitaire* » accroissant son « *pouvoir de décision* » (El Haïk-Wagner, 2023). La lecture discriminante de la stratégie d'anesthésie ne semble pas avoir une place bien définie entre rôle autonome infirmier et prescription. D'ailleurs, il a fallu un temps de réflexion à Natacha à la question de savoir si le recrutement alvéolaire était un acte sur prescription ou non, illustrant les frontières floues de l'acte autonome.

Les situations évoquées par les IADE interrogés portaient d'une situation urgente anesthésique. La notion d'autonomie est mise à l'épreuve dans ce contexte où le médecin est présent, comme le précise Marie, "l'IADE peut compléter mais n'a pas la compétence de leader dans cette situation". L'acte urgent peut être un biais à circonscrire autant la réflexivité que l'autonomie de l'infirmier anesthésiste. Le médecin, en effet, en plus d'être présent, peut aussi être le leader dans la situation d'urgence ou il prend sa place de prescripteur. Marie illustre cette idée : elle garde des réflexes mais est "automate" et ne "réfléchit plus", elle suit le leadership médical. A la différence du positionnement de l'IADE dans son propre leadership, celui-ci peut devenir "un commandement comme à l'armée" lorsque c'est le médecin qui l'exerce, passant d'un leadership subit à un leadership nécessaire quand le médecin prend le *pouvoir* : "Il faut aussi un leadership en tant qu'IADE, tu te retournes vers ce leadership et ça te permet d'utiliser ton mode automate".

Cela suppose plusieurs questionnements. La réflexivité, comme nous l'avons vu, construit l'autonomie de l'IADE lorsqu'il agit seul, dans son rôle propre, et dans l'application de la stratégie d'anesthésie. « *L'autonomie peut se définir comme la capacité d'agir avec réflexion, en toute liberté de choix, mais elle peut-être également simplement physique* » (Warchol, 2012). Pourtant,

le professionnel de l'anesthésie n'est jamais seul au sens physique car travaille sous la responsabilité d'un médecin et notamment dans l'urgence. Il y a une nécessité de collaborer avec le médecin qui est la figure décisionnaire lorsque cela l'implique. Nous questionnons dès lors la possibilité que la réflexivité s'efface, laissant une autonomie variable et pouvant traduire ce qui dans les représentations des IADE, est inscrit sous cette discordance sur l'application du rôle propre et la perte d'autonomie.

### La réflexivité contextuelle

Les acteurs dans la situation sont exclusivement l'équipe de la salle d'opération : le chirurgien, les infirmières de bloc opératoire, les aides-soignantes. Le cadre de santé est impliqué dans 2 situations (Marie, Laure). Parfois même, il s'agit de "tout le monde" (dans le cas de Jeanne qui relate un silence avec une équipe tournée vers elle et le scope marquant l'arrêt cardiaque. Marie utilise la même expression) ou d'un "**un travail d'équipe**" (Natacha). L'**interprofessionnalité** entre donc en compte dans la narration des situations complexes, Marie en parle en terme d' "interdisciplinaire". C'est d'ailleurs une des compétences à acquérir dans le modèle de l'UdeM: « *collaborer avec les équipes professionnelles* » (Cara, 2016).

Toutes les situations impliquent également la présence de l'IADE, acteur de sa situation, et la présence d'un médecin anesthésiste réanimateur, qui lui, n'est pas nécessairement acteur de la situation (exemple de Laure avec un médecin présent mais passif). Les IADE utilisent tous à plusieurs reprises le terme "**on**" en parlant du binôme médecin-IADE, que celui-ci soit présent ou non par ailleurs. Dans tous les cas, l'expression du binôme est employée à plusieurs reprises dans les entretiens.

Les infirmiers anesthésistes interrogés contextualisent d'eux-même le rôle de l'IADE et le rôle du MAR dans leur situation, explicitant les actions de chacun. Le choix de parler de situation d'urgence soulève une question centrale : le besoin du médecin lorsque la situation dépasse l'autonomie de l'IADE. Paradoxalement, la situation de conflit de Laure amène l'IADE à parler de son autonomie mais parce que justement le médecin présent ne soutient pas l'IADE.

Pourtant, « *la présence d'autrui, comme partenaire d'interaction potentiel ou actuel, qui me conduit à effectuer un retour réflexif sur mon action et m'institue comme sujet doté d'une raison d'agir susceptible d'être justifiée dans une discussion rationnelle avec autrui. Dans cette perspective, c'est bien le fait de l'interaction qui est à l'origine d'une autonomie conçue comme examen réflexif* » (Renault, 2009). La réflexivité semble construire l'autonomie aussi lorsque l'IADE travaille en binôme avec le médecin. Nous en parlons en termes de collaboration : "on propose mais c'est lui qui prend les décisions" (Thomas).

Il y a une forme de paradoxe dans ce rapport au médecin, qui permet à l'IADE d'agir seul mais aussi avec le médecin, **deux autonomies différentes**. Jeanne précise : "je n'aime pas ne pas avoir de médecin avec moi" et de manière contradictoire raconte "si je n'ai pas d'anesthésiste, je fais comme je veux". Marie parle de "son" médecin et dit : "si j'étais en difficulté, un médecin m'aurait aidé". Thomas explique travailler seul sur une base de confiance: "on travaille en autonomie complète et on engage leur responsabilité". Laure se sent autonome parce qu'un médecin lui fait confiance.

Il y a donc une **pratique autonome** en ce que la collaboration est basée sur la **confiance mutuelle**, permettant à l'IADE d'agir seul. Jeanne pointe que ses actions sont basées sur le binôme, l'habitude de travailler avec une autre personne. Natacha insiste sur le fait de connaître son équipe et son médecin.

D'autre part, la réflexivité rend autonome parce que ce binôme médecin-infirmier anesthésiste existe. Natacha raconte : "quand on vit des urgences ensemble, on a tendance à en reparler. Et c'est marrant parce qu'elle a une certaine vision des choses et moi j'en ai une autre. Mais dans le fond propre on s'y retrouve toujours". La réflexivité est donc du ressort de l'équipe, est un **système régulateur de la collaboration**, voire un **espace de travail** construisant l'autonomie allouée à l'IADE, basé sur cette confiance mutuelle.

La réflexivité agit alors également **à posteriori de la situation** : Jeanne et Natacha racontent qu'elles ont reparlé après la situation avec l'anesthésiste, tout comme Laure revient sur sa situation avec les infirmières de bloc opératoire après coup. Natacha va jusqu'à quelques jours après contacter les réanimateurs qui prennent en charge sa patiente. Marie dit aussi "j'en ai reparlé de tout ça" tout comme Marc qui parle de sa situation à plusieurs collègues à posteriori pour avoir leur avis.

Laura dit "tu prends le recul après". Mais c'est aussi parce que cette situation peut faire réfléchir trop longuement comme Marie le dit "j'ai eu du mal à décrocher", ou pour chercher la cause d'un problème qu'on a eu du mal à identifier ou résoudre : Natacha raconte : "a posteriori on s'est rendu compte..." et Jeanne évoque la finalité d'avoir repris la situation après coup : "on a changé les pratiques". Cette réflexivité sert aussi l'apprentissage pour Marc : "il faut prendre du recul, le but c'est d'analyser sa pratique et de comprendre les stratégies". Cette réflexivité à posteriori marque la volonté d'apprendre et de réajuster sa pratique. Elle participe à renforcer les liens médecin-IADE et construit cette relation de confiance. Un des objectifs du modèle de l'Udem est de développer et actualiser la compétence par la réflexivité, ce que nous pouvons appuyer par le devoir professionnel de maintien à jour des connaissances imputées aux règles de la profession d'infirmier, en plus de travailler en équipe.

Warchol (2012) reprend les quatre attributs de l'autonomie dans le champs sociologique et qui correspond à ce que nous venons de voir :

**Décider pour soi** : il s'agit de la réflexivité de l'infirmier anesthésiste, capable d'émettre un jugement et une pensée critique

**Maîtriser son environnement** : l'expertise, les savoirs de l'infirmier anesthésiste pour son autonomie en l'absence du médecin

**En état de conscience** : l'infirmier anesthésiste est acteur de sa réflexivité, et s'en sert pour agir seul ou agir avec le médecin dans son champs de compétence

**Gérer ses dépendances** : l'infirmier anesthésiste travaille en binôme avec le médecin sur une confiance mutuelle et réciproque, et sait appeler en situation urgente

Nous avons vu que la réflexivité aide à construire l'autonomie dans la pratique isolée et dans la pratique collaborative de l'infirmier anesthésiste : « *Suivant un tel modèle, l'autonomie ne peut plus relever d'un simple exercice des compétences réflexives et de la mobilisation d'une structure affective appropriée, mais elle suppose bien plutôt un processus d'autotransformation de l'action sociale* » (Renault, 2009). En effet, l'autonomie est appareillée de la pratique réflexive dans un espace construit avec le médecin. Elle semble prédominante lorsque l'IADE agit seul, et partagée lorsque le binôme agit conjointement, laissant place à l'autonomie contrôlée.

Pourtant, elle tend pourtant à s'effacer dans le contexte de l'urgence où le rôle médical assure la responsabilité des décisions, passage de la pratique autonome à la pratique exécutive questionnant la perte de réflexivité dans l'autonomie.

### La réflexivité dans l'urgence

Il semble que les gestes autonomes soient parfois dénués de réflexion dans le sens où les pratiques sont instinctives selon les infirmiers anesthésistes interrogés : Jeanne explique qu'il y a "un pont qui se crée un jour instinctivement, et il n'y a plus de réflexion", "tu n'as plus besoin de réfléchir, ça se fait naturellement". La réflexivité **est instinctive** et parfois semble **disparaître**. Il s'agit de l'apparition de gestes réflexes, notamment dans le cadre de la situation urgente. Jeanne rajoute "j'ai fait instinctivement", "par instinct de survie" et précise bien "tu as des réflexes". Marie confirme cette hypothèse en précisant que face à l'urgence, "il n'y a pas de réflexivité". Elle décrit pour sa part une perte d'autonomie, en expliquant : "je me suis mis en mode automate" et "j'ai à peine eu le temps de réfléchir dans cette situation".

L'action par automatisme et les réflexes semble liée au contexte urgent, mais aussi au contexte où cette situation implique aussi le leadership médical qui dirige les actions. L'autonomie se retrouve **dénuée de sa réflexivité** dans ce moment particulier où Marie applique dans un but,

“je n’ai fait qu’obéir dans un but de sauver la vie”. Laure confirme ce propos : “c’était automatique, tu sais des choses et tu fais mais tu sais pas pourquoi, tu réagis et tu fais d’abord”.

En revenant sur la notion de temporalité avec les IADE interrogés, on observe que celui-ci découle de manière différente : “tu réfléchis à la millième de seconde” (Laure), et en même temps Jeanne pointe que sa situation a “défilé image par image, séquence par séquence” comme pour Thomas : “alors y’a une sensation de temps ralenti”. Marie évoque quand même “j’ai à peine eu le temps de réfléchir dans cette situation “ même si “ça s’est joué en trois, quatre minutes” (Marie). Cette idée de réflexivité qui disparaît avait été décrite dans un entretien exploratoire où l’infirmier anesthésiste parlait d’un état de sidération et d’incapacité à prendre une décision, tout en ayant vécu ce moment de 5 secondes comme un temps infini. Couplé à cette temporalité perturbée, les infirmiers anesthésistes passent par les **sensations émotionnelles** : “Je me suis sentie débordée” (Marie), “le silence était stressant” (Jeanne) lorsque l’ECG est plat, “on se sent un peu seul” pour décider (Thomas) ou même “j’étais en baisse de vigilance après tout ça” et “j’ai vécu ça comme un échec” pour Marc à la fin de sa situation.

L’impact de ces sensations montre que la réflexivité tend à disparaître de la surface, mais montre surtout l’inscription de *moments* de l’expérience en scripts, construisant la banque de données clinique de l’IADE. A partir d’émotions, de ressentis et de représentations, le professionnel a la sensation que sa pensée lui échappe pour prendre des décisions éclairées, d’où cette impression de perte de réflexivité, et par conséquent, la sensation de perte d’autonomie voire d’échec. Si ce phénomène n’est pas encore éclairci par la science en général, cette sensation laisse quand même la place à questionner la perte de réflexivité dans ces moments décrits par les professionnels.

### Hors de sa zone de confort

Une des thématiques abordée spontanément par différents infirmiers anesthésistes et expliquant la **perte de réflexivité est liée à la perte de la “zone de confort”**. Elle apparaît comme un point de départ de la complexité des situations mais aussi comme une zone d’ombre réflexive. Marie raconte : “Je n’étais plus en zone de confort mais en zone de danger”, et face à une première fois et un début de carrière, elle automatise par débordement physique et émotionnel. La zone de confort semble directement en lien avec les expériences vécues pour la **première fois** par les infirmiers anesthésistes. Lorsque l’on pose la question “*C’est la première fois que tu vivais ça ?*” à Laure, elle répond : “Comme ça oui, que je sois en total désaccord avec un chirurgien et que je l’exprime oui”.

D’un autre côté, certains infirmiers anesthésistes ayant vécu plusieurs fois la même situation sortent aussi de la zone de confort. Natacha affirme : “Là je suis complètement sortie

d'une zone de confort" mais a déjà vécu à plusieurs reprises la situation. Jeanne et Thomas ont également fait face plusieurs fois à leur situation.

Jeanne de son côté, n'identifie pas cette sortie de zone de confort: "ce n'est pas la première fois. ça arrive fréquemment". Jeanne rajoute : "sans habitudes et connaissance de l'équipe, difficile d'être dans le confort et l'argumentation". Elle explique d'ailleurs simplement tendre une seringue d'atropine au médecin, sans communication entre les deux. Le geste réflexe était tacite, ne nécessitant pas de réflexion.

Il semble alors difficile de faire un lien entre la première expérience vécue et la sensation de sortie de sa zone de confort. En revanche, on pourrait faire un lien entre les années d'expérience et l'accumulation de scripts cliniques. Marie évoque : "je n'avais qu'un an et demi d'expérience et c'était ma première situation comme ça", or Jeanne accumule 18 ans d'exercice et vit régulièrement cette situation. Dans les deux cas, la part d'autonomie est conservée en ce que les gestes réflexes prennent le dessus sur la réflexivité. Somme toute, **la réflexivité tend à disparaître dans un contexte d'urgence, transformant l'autonomie en automatisme**. Ce phénomène est pointé par certains professionnels comme étant un moment de sortie de zone de confort.

## Discussion

### Vérification des hypothèses

Les hypothèses élaborées tentent de répondre à la question : la réflexivité est-elle nécessairement un outil de construction de l'autonomie de l'IADE ?

La première hypothèse était que *la réflexivité n'est pas un outil indispensable pour construire l'autonomie de l'infirmier anesthésiste*. La littérature montrait que l'autonomie se construit dans la collaboration et la coopération, le partage des tâches. La réflexivité n'est pas indispensable dans la pratique autonome lorsqu'elle est contrôlée par la prescription. Les entretiens ont montré qu'en plus de cela, le contexte de l'urgence n'implique pas nécessairement une réflexivité pour agir, car l'infirmier anesthésiste utilise des automatismes. De plus, la sortie de la zone de confort implique le recours au médecin afin de résoudre les situations. Aussi, l'autonomie est impactée lorsqu'elle n'est pas la finalité de la réflexivité.

La deuxième hypothèse était que *la réflexivité est nécessaire pour construire l'autonomie car réside dans le rôle propre infirmier*. La littérature montrait que dans les métaparadigmes, la pratique réflexive constitue le socle du savoir infirmier. La réflexivité permet d'aborder des situations et des décisions complexes et d'agir avec leadership, dans une autonomie construite dans l'expérience. Les entretiens montrent que ces propos sont nuancés par des perceptions différentes du rôle propre et de la stratégie d'anesthésie. La réflexivité, si elle est constitutive de la pratique de l'IADE, n'est pas essentiellement une qualité du rôle propre de l'infirmier mais inhérente à la fonction de l'infirmier anesthésiste, rebattant les cartes de la place et du rôle de l'infirmier spécialisé.

### Avantages et limites

L'étude réalisée par entretien compréhensif a pour but d'extraire la pensée et d'explicitier celle-ci. La construction de la grille d'entretien est importante et a montré son efficacité notamment à l'aide de la première question posée. En partant d'une situation problématique, les professionnels interrogés ont pu entrer dans l'analyse de leur pratique rapidement.

L'approche par méta paradigme permet de construire la recherche selon des critères de scientificité. Les conclusions de ce travail apportent un éclairage et une contribution au modèle proposé par l'UdeM concernant la fonction de la pratique réflexive et la place de l'autonomie. L'entretien compréhensif est une méthode reproductible pour extraire les savoirs et mettre en évidence la réflexivité. Il n'existe cependant que de rares modèles et de façon de catégoriser la pratique réflexive. Le choix de catégoriser par mots-clés dans ce travail n'apporte pas de conclusions sur une possible systématisation et méthode d'analyse empirique.

Les biais à la recherche résident en la posture du chercheur qui peut apporter de la subjectivité au propos, et dans la conduite des entretiens, notamment sur l'implication du chercheur dans son objet de recherche : « *lorsque la relance dans l'entretien implique de donner son avis ou de réfuter une théorie* », il peut y avoir un « *défaut de créer une complicité pour libérer la parole* » (Fugier 2010).

Une des limites concerne le choix de la population : les infirmiers anesthésistes sont déjà formés et expérimentés. Leur pratique réflexive est déjà développée et les profils mériteraient d'être plus marqués en années d'expérience (créer un échantillon plus large avec plus de 10 ans d'expérience et moins de 10 ans d'expérience par exemple).

L'étude est multicentrique, avec des infirmiers anesthésistes recrutés dans le service public et dans le service privé : il y a un risque de biais à choisir privé ou public notamment lié au fonctionnement spécifique du privé où les IADE sont employés des médecins. Si cette thématique n'est pas abordée dans ce travail, cela serait à réfléchir pour une poursuite de l'étude.

## Perspectives

Aussi, en terme de poursuite de l'étude, plusieurs préconisations sont à prendre en compte afin de travailler sur les zones d'incertitudes qui résident d'une part dans la complexité du phénomène étudié et d'autre part dans la subjectivité des professionnels concernant le sujet de cette étude.

D'abord, sur la question de la méthodologie, une enquête observationnelle permettrait d'apporter d'autres critères scientifiques et de compléter ceux déjà observés pour comprendre l'autonomie selon des critères observables et factuels.

Ensuite et plus axée sur la pratique réflexive, une étude passant par l'écrit (journal de bord, récit, analyse de pratique) permettrait également de compléter des entretiens oraux en laissant une introspection plus approfondie de l'agir, une temporalité différente pour construire le fil de la pensée, et une liberté de parole plus grande. La méthode du journal d'apprentissage par exemple, exploré par plusieurs doctorants québécois en soins infirmiers, a montré son efficacité en termes pédagogiques.

De plus, un élargissement de l'échantillon en terme numérique et en terme de critères de recrutement serait idéal. En effet, la question de l'expérience est à prendre en compte et à explorer plus amplement. Un plus grand nombre de sujets avec une médiane dans les années de pratique plus marquée pourrait mettre en évidence de nouvelles perspectives sur l'objet de la recherche.

De même, le secteur d'activité semble avoir une influence. Lorsque les professionnels varient leur expérience (lieu géographique, bloc opératoire, pré hospitalier), leur modèles et leur

normes varient également. La question du poste en secteur privé ou public est probablement un critère à prendre en compte, notamment par le rapport à l'employeur pour l'infirmier anesthésiste, qui est directement l'institution hospitalière dans un cas, et directement le médecin anesthésiste dans l'autre. Les rapports sociaux et l'autonomie peuvent être modifiés dans ces circonstances.

Eu égard cette présente recherche et son intérêt pour les Sciences Infirmières, il m'est possible de tirer des perspectives personnelles. En effet, passionnée par le sujet de la pratique réflexive depuis plusieurs années, j'ai pu travailler à partir des modèles écrits de journaux de bords d'apprentissage pour des infirmiers de bloc opératoires croisés avec des entretiens semi-directifs, et travailler des analyses de pratiques issues des portfolios des étudiants infirmiers, à des fins de recherche pédagogiques. Il me semble que la méthode de l'entretien compréhensif, que je ne maîtrisais pas, permet d'aborder de manière complémentaire le sujet. Aussi, si une opportunité me permettait de continuer ce travail, j'aurais plusieurs clés méthodologiques et du recul pour créer un protocole de recherche.

D'autre part, mon investissement dans la pédagogie du raisonnement clinique par la pratique réflexive, complétée par cette recherche, et dans le cadre d'une spécialisation en anesthésie-réanimation-urgence, me permet d'envisager mon futur professionnel d'une nouvelle manière. En effet, à l'aube de mon diplôme, la question me traverse quant à l'utilité pratique de ce travail théorique. D'abord, il s'agit de réfléchir ma posture et mon propre positionnement en tant qu'infirmière anesthésiste. Ensuite, il s'agit de transmettre, dans la pédagogie, des savoirs fiables et issus de la littérature sur la législation, la sociologie, le rôle de l'IADE, à des étudiants qui se poseraient des questions similaires aux miennes, voire de leur donner des clés pour leur apprentissage et leur propre construction identitaire. Enfin, dans ma volonté de poursuivre la recherche infirmière et mon fort intérêt pour l'evidence-based-nursing, ce travail reste un prémice de qu'il me serait possible de poursuivre une fois en poste, ou bien en poursuivant un chemin universitaire doctoral.

## CONCLUSION

La question et l'objet de recherche traitaient de la réflexivité et de l'autonomie dans l'exercice de l'infirmier anesthésiste en posant la question de la nécessité de la pratique réflexive dans l'autonomie de l'IADE.

Nous avons répondu que si la pratique réflexive est un élément essentiel et fondamental dans l'acte autonome, notamment parce qu'elle est l'outil du savoir compétent de l'infirmier, elle n'est cependant pas toujours nécessaire et pas systématiquement liée à la fonction du rôle propre infirmier. Elle dépend de facteurs sociaux et personnels, impliquant des représentations différentes de la pratique autonome, et s'inscrit dans un contexte et dans la prescription souple dans le rôle joué par l'infirmier anesthésiste auprès du médecin anesthésiste-réanimateur.

Cette recherche a l'avantage de contribuer au métaparadigme infirmier, modèles de soins novateurs et modernes, permettant l'avancée des Sciences Infirmières. Dans ses limites, cette étude tend à être poursuivie en utilisant un outil complémentaire à l'entretien compréhensif.

La chercheuse souhaite conclure ces quelques mois d'investigation par le plaisir d'avoir mené cette enquête et l'ouverture de portes intellectuelles pour la suite de son parcours. Après plusieurs années de travail autour du concept de pratique réflexive, la chercheuse évolue encore de surprises en surprises et souhaite poursuivre cette voie de la recherche infirmière.

# BIBLIOGRAPHIE

## Par ordre d'apparition dans le texte : cadre théorique

Perrenoud, P. (2004), "Adosser la pratique réflexive aux sciences sociales, condition de la professionnalisation". *Analyse de pratiques et attitude réflexive en formation*. CRDP de Champagne-Ardenne, p. 11-32.

Mann, K., Gordon, J., MacLeod, A. (2009), "Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review", *Advances in Health Sciences Education*, n°14(4), p. 595-621.

Balas-Chanel A. (2012), "La pratique réflexive une valse à 7 temps", *Expliciter*, n°93, p. 1-15.

Legault, J.-P. (2004), *Former des enseignants réflexifs*. Editions Les Éditions Logiques.

Forneris, S., Peden-MacAlpine, C. (2007), "Evaluation of a reflective learning intervention to improve critical thinking in novice nurses", *Journal of Advanced Nursing*, n°57, p. 410-421.

Dubé, V., Ducharme, F. (2015), "Nursing reflective practice, an empirical literature review", *Journal of Nursing Education and Practice*, n°5.

Vacher, Y. (2011), "La pratique réflexive", *Recherche et formation*, n°66, p. 65-78.

Benner, P. (1995), *De novice à expert, excellence en soins infirmiers*. Éditions Masson.

Lucot-Meunier, M. (2010), Des représentations à la pratique réflexive: pour une co-construction de la professionnalisation. Mémoire de Cadre de Santé, Lille: IFCS.

Lasfargues, S. (2018) La pratique réflexive [En ligne]. Consultable à: <http://www.squadra.fr/1-23987-Formation-Psychopedagogie-.php>

Guerraud, S. (2004). La pratique réflexive: un enjeu déterminant pour les professions paramédicales. Mémoire de Directeur des Soins, Rennes: ENSP.

Magnon, R., Lepesqueux, M., Dechanoz, G. (1995), *Dictionnaire des Soins Infirmiers*. Éditions Amiec recherche, p. 25.

Blondeau, D. (1999), *Ethique et soins infirmiers*, Editions Presses de l'Université de Montréal.

Foulquie, P. (1982), *Dictionnaire de la langue philosophique*, Editions PUF.

Warchol, N. (2007), "La consultation infirmière : un pas vers l'autonomie professionnelle", *Recherche en soins infirmiers*, n°91, p. 76-96.

Doron, R., Paron, F. (1991), *Dictionnaire de psychologie*, Editions PUF.

Noël-Hureaux, E. (2004), "Un concept polysémique : l'autonomie", *Recherche en soins infirmiers*, n°78, p. 59-70.

Faure, Y. (2005). "L'anesthésie française entre reconnaissance et stigmates", *Actes de la recherche en sciences sociales*, p. 156-157.

Faure, Y. (2010), "D'une périlleuse victoire à un triomphe sans gloire : La construction sociale du « risque anesthésique »", *Risque et pratiques médicales*, p. 19-33.

Jaunait, A. (2003), "Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient", *Raisons politiques*, n°11, p.59-79.

Décret n°84-689 du 17 juillet 1984 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

Décret n°93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

Décret n°88-903 du 30 août 1988 modifié créant un diplôme d'état d'infirmier anesthésiste.

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique

Bernard, O. (2018), "Les infirmiers anesthésistes face aux enjeux de la nouvelle professionnalité", *Soins Cadres*, n°27, p. 56-58.

Décret n° 2012-761 du 9 mai 2012 modifiant le décret n° 94-1020 du 23 novembre 1994 fixant les dispositions statutaires communes applicables aux corps des infirmières et infirmiers des services médicaux des administrations de l'Etat

Arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier anesthésiste, annexe III

Bohic, D-N., Josselin, A. (2021), Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé. Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, p. 165. [En ligne] [https://igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-051r-tome\\_1\\_rapport.pdf](https://igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-051r-tome_1_rapport.pdf)

SFAR. (2022). Position de la Sfar sur le dispositif de pratique avancée pour l'anesthésie, La SFAR. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation.

Berlin I. (1988), *Éloge de la liberté*, "Deux conceptions de la liberté", Editions Calmann-Lévy, p. 179.

Marcel J. C., Akoun A., Ansart P. (1999), Dictionnaire de sociologie, p. 424. [www.persee.fr/doc/rfsoc\\_0035-2969\\_2001\\_num\\_42\\_3\\_5376](http://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_2001_num_42_3_5376)

Lamy J. (2007), La médecine aujourd'hui: quelle place pour l'art médical? . DEUG. France.

Dameron, S. (2002), "La dynamique relationnelle au sein d'équipes de conception", *Le travail humain*, n°65, p. 2.

Alter, C. (2021). La SFAR en soutien des IADE - Complément. La SFAR. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. <https://sfar.org/la-sfar-en-soutien-des-iade-complement/>

SFAR. (2021), IADE et Médecins Anesthésistes-Réanimateurs, un binôme indissociable — La SFAR. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation.

Regan S. (2016), "The influence of empowerment, authentic leadership, and professional practice environments on nurses' perceived interprofessional collaboration", *Journal of Nursing Management*, n°24, p. E54-E61.

Bailly M. (2023), "Les compétences collaboratives interprofessionnelles au service de l'apprentissage des étudiants infirmiers : optimisation des scénarisations pour penser autrement la formation initiale" *Médecine humaine et pathologie*. Université Côte d'Azur: Français.

Monteil, P. (2016), "Du management du soin au soin du management: Autorité et pouvoir en management", *Revue française d'éthique appliquée*, n°1, p.71-79.

Bianco, C., Dudkiewicz, P.B., Linette, D. (2014), "Building nurse leader relationships", *Nurse Manage*, n°45, p. 42-48.

Merrick, E., Fry, M., Duffield, C. (2014), "Australian practice nursing: collaboration in context", *J Clin Nurs*. n°23, p. 25-32.

Richardson, A., Storr, J. (2010), "Patient safety: a literature review on the impact of nursing empowerment, leadership and collaboration". *International Nurse Review*. n°57, p. 12-21.

Salmond, S. W., Echevarria, M. (2017), "Healthcare Transformation and Changing Roles for Nursing. Orthopedic nursing", n° 36, p. 12–25.

Giraud-Rochon, F. (2002), "Le diagnostic infirmier en anesthésie". *Soins Cadres*, n°44.

HAS (2021), Protocole de coopération entre professionnels de santé. Haute Autorité de Santé. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_978700/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/c_978700/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante)

Baumann, J., Desmonts, J. M. (1979), L'anesthésie. Editions: PUF.

Clot Y., Bonnefond J. Y., Bonnemain A., Zittoun M. (2021), *Le prix du travail bien fait. La coopération conflictuelle dans les organisations*, Paris La Découverte.

Appay, B. (1993), "Individuel et collectif : Questions à la sociologie du travail et des professions. L'autonomie contrôlée", *Les Cahiers du Genre*, n°6(1), p. 57-92.

Appay B. (2005), *L'autonomie contrôlée. La dictature du succès. Le paradoxe de l'autonomie contrôlée et de la précarisation*, Editions L'Harmattan, p.69-87

Elias, N. (1969), *Moyen Age et procès de civilisation*, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.

Jouan, M. (2012), "L'autonomie, entre aspiration et injonction : un idéal ?", *Vie sociale*, n° 1, p. 41-58. <https://doi.org/10.3917/vsoc.121.0041>

Longchamp, P., Toffel, K., Bühlmann, F. & Tawfik, A. (2018), "L'espace professionnel infirmier : une analyse à partir du cas de la Suisse romande", *Revue française de sociologie*, n° 59, p. 219-258.

Liberati E.G. (2017), "Separating, Replacing, Intersecting. The Influence of Context on the Construction of the Medical-Nursing Boundary", *Social Science & Medicine*, n°172, p. 135-143.

Giraud-Rochon, F. (2002), "Le diagnostic infirmier en anesthésie", *Soins Cadres*, n°44.

- Jouanneau, J. (2023), "L'autonomie professionnelle de l'infirmier anesthésiste". *Sciences du Vivant*.
- Lecocq D., Jouteau-Neves C. (2015), "Les fondamentaux de la discipline infirmière". Publication présentée à la conférence Qualité des soins, qualité de vie: quelle place pour l'expertise dans la pratique infirmière? 13ème Congrès européen des infirmier(e)s clinicien(ne)s consultant(e)s et de pratique avancée. Avignon: France
- Cara, C., (2016). « Le Modèle humaniste des soins infirmiers -UdeM : perspective novatrice et pragmatique », *Recherche en soins infirmiers*, n° 125, p. 20-31
- Altmann, T. K., (2007). "An evaluation of the seminal work of Patricia Benner: Theory or philosophy?" *Contemporary Nurse*, n°25, p. 114–123. <https://doi.org/10.5172/conu.2007.25.1-2.114>
- Missi, P., Dallaire, C. & Giguère, J. (2018). "Science et science infirmière : quels liens, quels enjeux et quelle évolution future pour la discipline infirmière ?". *Recherche en soins infirmiers*, n°134, p. 6-15. <https://doi.org/10.3917/rsi.134.0006>
- Cara C., Roy M., Thibault L., et al. (2015), *Modèle humaniste des soins infirmiers – UdeM. Synopsis du Modèle pour son opérationnalisation*. Université de Montréal.
- Girard, F., Linton, N., Besner, J. (2005), "Professional practice in nursing : a framework", *Nursing leadership*, n°18.
- Amouroux, T. (2011), "Regards et perspectives croisés autour des nouveaux rôles infirmiers", discours lors de l'ouverture des Etats Généraux Infirmiers.
- Audétat, M. C., Laurin, S. (2005), "Supervision du raisonnement clinique: Méthodes et outils pour soutenir et stimuler un raisonnement clinique efficace", *Canadian family physician*, n° 56, p.294-296.
- Coudray, M. A, Gay, C. (2009), *Le défi des compétences : comprendre et mettre en œuvre la réforme des études infirmières*. Editions Elsevier Masson.
- Couturier, Y. (2000), "L'inflation réflexive dans le courant praxéologique : indice de la reconstruction de l'idéologie professionnaliste", *Nouvelles pratiques sociales*, n° 13, p.137–152.
- Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier
- Tucotte, A. (2012), *Processus de facilitation d'une pratique réflexive, de type codéveloppement, auprès d'infirmières pivots en oncologie et son influence sur leur pratique professionnelle*. Thèse de doctorat en Sciences Infirmières.
- Noël-Hureaux, E. (2004), "Un concept polysémique : l'autonomie", *Recherche en soins infirmiers*, n°78, p. 59-70.
- Alter, C. (2021), *La SFAR en soutien des IADE - Complément—La SFAR*. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. <https://sfar.org/la-sfar-en-soutien-des-iade-complement/>
- HAS. (2008). *Délégation, transfert, nouveaux métiers... Comment favoriser les formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé*. Haute Autorité de Santé.
- Descartes, R. (1925), *Discours de la méthode*, Editions Vrin.

Feller, S. (2011), "De la métamorphose comme puissance de la nature humaine", *Acta fabula*, n°1. [En ligne] <http://www.fabula.org/acta/document6097.php>

Gomez, P-Y. (2016), *Intelligence du travail*. Editions Desclée de Brouwer.

Morin, E. (1994), Bulletin Interactif du Centre International de Recherches et Études transdisciplinaires n° 2. Repéré à <https://ciret-transdisciplinarity.org/bulletin/b2c2.php>

Descombes, V. (1996), *Les Institutions du sens*, Editions Minuit, p. 289-296.

### **Par ordre d'apparition dans le texte : cadre empirique**

Blanchet, A., Gotman, A. (2007), Série « L'enquête et ses méthodes » : L'entretien (2e éd. refondue). Paris : Armand Colin.

Blanchet, A., Gotman, A. (1992), *L'enquête et ses méthodes: L'entretien*. Éditions Nathan, p. 27.

Kaufmann, J. (2016), *L'entretien compréhensif*. Paris: Armand Colin, p. 9-11.

Fugier, P. (2010), "Les approches compréhensives et cliniques des entretiens sociologiques". *Revue pluridisciplinaire de sciences humaines et sociales*, n° 11.

Matthey, L. (2005), "Éthique, politique et esthétique du terrain : cinq figures de l'entretien compréhensif", *Cybergeog: European Journal of Geography Epistémologie, Histoire de la Géographie, Didactique*, document 312 DOI : <https://doi.org/10.4000/cybergeog.3426>

Ribau, C., Lasry, J., Bouchard, L., Moutel, G., Hervé, C., Marc-Vergnes, J. (2005), "La phénoménologie : une approche scientifique des expériences vécues", *Recherche en soins infirmiers*, n° 81, p. 21-27.

Missi, P., Dallaire, C., Giguère, J., (2018). "Science et science infirmière : quels liens, quels enjeux et quelle évolution future pour la discipline infirmière ?", *Recherche en soins infirmiers*, n°134, p. 6-15. <https://doi.org/10.3917/rsi.134.0006>

Château Terrisse, P., Codello, P., Béji-Bécheur, A., Jougoux, M., Chevrier, S., Vandangeon-Derumez, I. (2016), Réflexivité et éthique du chercheur dans la conduite d'une recherche-intervention", *La Revue des Sciences de Gestion*, n° 277, p. 45-56.

Bold, C. (2012), *Using narrative in research*. Editions Sage.

De Lavergne. C. (2007), "La posture du praticien-chercheur : un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative", *Recherches qualitatives*, n° 3.

Giraud-Rochon, F. (2002), "Le diagnostic infirmier en anesthésie". *Soins Cadres*, n°44.

Couturier, Y. (2000), "L'inflation réflexive dans le courant praxéologique : indice de la reconstruction de l'idéologie professionnaliste", *Nouvelles pratiques sociales*, n° 13, p.137-152.

Audétat, M. C., Laurin, S. (2005), "Supervision du raisonnement clinique: Méthodes et outils pour soutenir et stimuler un raisonnement clinique efficace", *Canadian family physician*, n° 56, p.294-296

Cara, C., (2016). « Le Modèle humaniste des soins infirmiers -UdeM : perspective novatrice et pragmatique », *Recherche en soins infirmiers*, n° 125, p. 20-31

Noël-Hureaux, E. (2004), "Un concept polysémique : l'autonomie", *Recherche en soins infirmiers*, n°78, p. 59-70.

Warchol, N. (2012). *Autonomie*. Dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières: 2ème édition*, p° 87-89. Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers.

Renault, E. (2009). Modèles du social et modèles de l'autonomie. Dans : Marlène Jouan éd., *Comment penser l'autonomie: Entre compétences et dépendances* (p. 253-268). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.

El Haïk-Wagner, N. (2023), "Iade. La vision des élèves sur leur entrée dans le métier." *Soins Cadres*, n°32, p. 47-53.

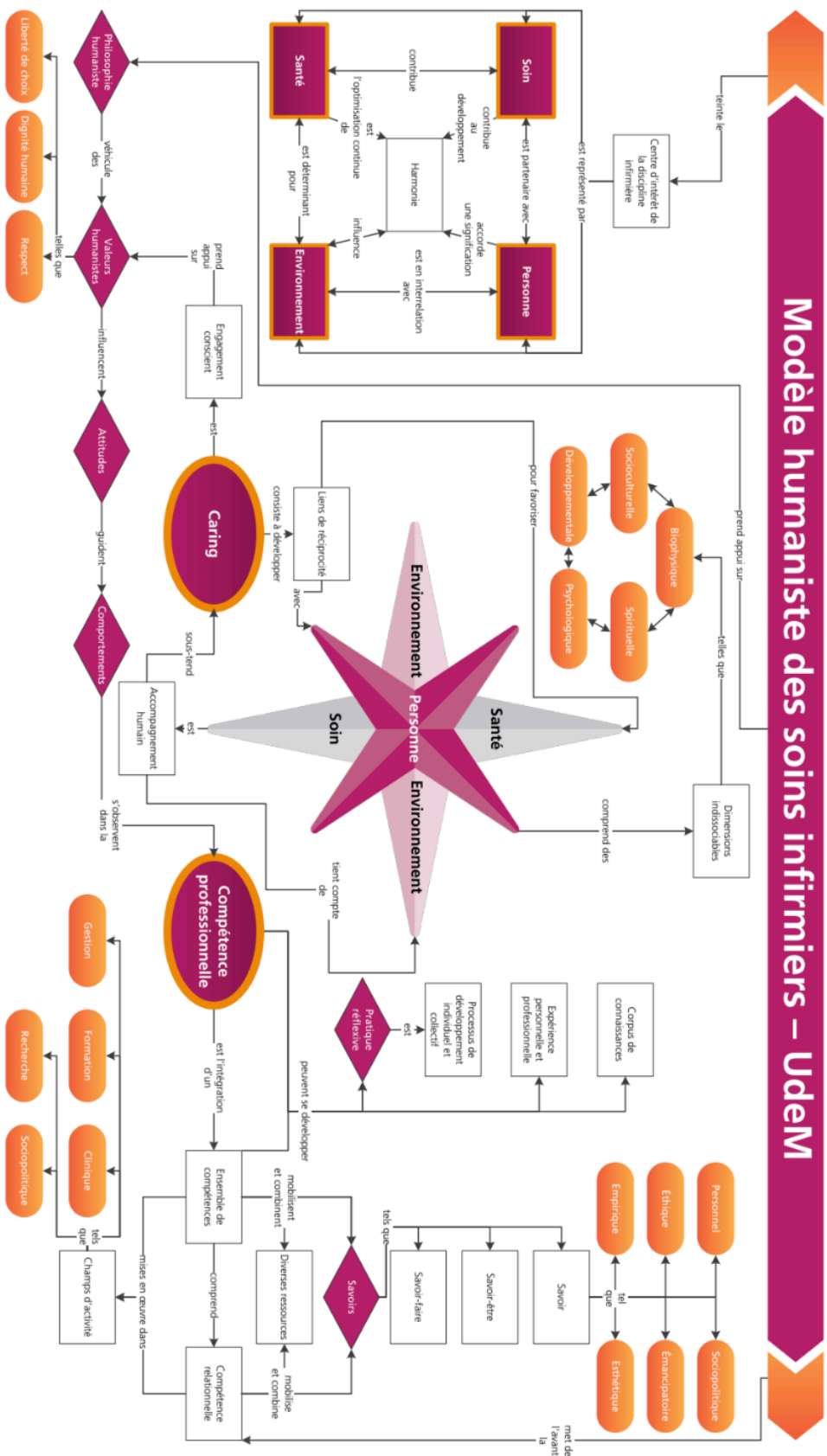
# ANNEXES

## Annexe I : Grille d'entretien

Questions par thème	Eléments recherchés et attendus
<p><b>Identité personnelle et professionnelle</b></p> <p>-Age, sexe            -Ancienneté des diplômes infirmier et infirmier anesthésiste            -Statut (poste fixe ou intérimaire, privé, public, mi-temps, vacations réalisées)            -Cursus professionnel : service ou domaine de spécialité exercé, présents et passés            -Formations ou diplômes annexes            -Tâches annexes au travail (encadrement, recherche, investissement)</p>	<p>Identité professionnelle            Démarche que l'IADE mène dans sa carrière            Réflexion dans le positionnement professionnel            Histoire personnelle, réflexivité personnelle            Sensibilité à la recherche d'autonomie et de perfectionnement            Expérience vécue riche en scripts clinique ou débutant</p>
<p><b>Question de départ de l'entretien :</b></p> <p><b>Est-ce que tu as une situation en tête que tu as vécue et qui t'a parue compliquée à résoudre ?</b></p>	<p>Départ d'une situation problème : mise en route de la réflexivité, se revoir dans l'action, détailler ses gestes            Identifier un problème            Identifier sa place et ses actions dans la situation            Choix de la situation problème</p>
<p><b>Est-ce que c'est la première fois que tu as été confronté à cette situation ?</b>  <b>Avais-tu déjà vécu cette situation ?</b>  <b>Qu'est-ce qui était difficile dans cette situation ?</b></p>	<p>Expérience de première fois ou expérience de la situation et actions/réflexivité en fonction            Répétition de la situation : professionnel plus autonome ?            Appel à l'aide ? Lien avec la réflexivité ?</p>
<p><b>Comment as-tu géré cette situation ?</b>  <b>Quelles ont été tes actions ?</b>  <b>Peux-tu détailler tes actions ?</b>  <b>Peux-tu détailler ta réflexion sur ce point précis ?</b>  <b>Est-ce que tu as réfléchi par étapes ?</b>  <b>As-tu fait appel à quelqu'un pour t'aider ?</b>  <b>L'équipe était présente dans ta situation ?</b></p>	<p>Questions de relances pour affiner la situation et le retour réflexif, si l'IADE a du mal à expliquer sa situation            Lien entre le besoin de réflexivité et la situation complexe            Positionnement de l'IADE dans une situation complexe : autonomie recherchée ou non            Lien avec le médecin et l'équipe            Leadership, posture, positionnement            Actions du rôle propre ou prescrit identifiés            Prise de décision</p>
<p><b>As-tu eu ce même type de problème à résoudre en présence d'un médecin ?</b>  <b>Un médecin t'as aidé dans cette situation ?</b>  <b>As-tu fait un compte-rendu au médecin ?</b>  <b>Un avis médical t'a-t-il aidé ?</b>  <b>Un avis médical t'aurait-il aidé ?</b></p>	<p>Lien avec le médecin prescripteur dans la situation            Besoin ou non, dépendance, indépendance, avis personnel            Actions en autonomie justifiée            Rôle collaboratif            Aide à la prise de décision            Champs de compétence            Réflexivité sociale</p>
<p><b>Être seul était un frein à ta décision ?</b>  <b>Etais-tu gêné par le fait de décider seul ?</b></p>	<p>Environnement social pour la prise de décision            Autonomie et actions : positionnement de l'IADE            Mobilisation de l'équipe, avis personnel sur l'autonomie</p>

<p><b>Considères-tu que tu étais seul pour décider dans cette situation ?</b>  <b>As-tu pris l'initiative des décisions ?</b>  <b>Avec qui as-tu géré cette situation ?</b>  <b>Qui était présent dans ta situation ?</b></p>	<p>Appel à la réflexivité pour décider  Leadership</p>
<p><b>As-tu fait un retour d'expérience sur cette situation ?</b>  <b>As-tu reparlé de cette situation après ?</b></p>	<p>Question ouverte  Retour réflexif  Apprentissages réflexif  Construction de l'expérience  Retour sur l'autonomie et le lien avec le médecin</p>
<p><b>Questions de fin d'entretien pour ouvrir la discussion si besoin et limiter les biais</b></p> <p><b>Quel type de relation tu imagines du binôme MAR / IADE ?</b>  <b>Que dirais-tu du concept de pratique réflexive ?</b>  <b>L'autonomie c'est quoi pour toi ?</b></p> <p><b>As-tu envie de rajouter quelque chose avant de finir cet entretien ?</b></p>	<p>Qualitatifs de la relation au médecin : collaboration, opposition, indépendance, hiérarchique, subordonné, confiance ...</p> <p>Faire des nouveaux liens  Identification des concepts et de leur lien</p>

# Annexe II : Modèle humaniste de l'UdeM



## Annexe III : Le métaparadigme selon le modèle humaniste de l'UdeM

Les objectifs du Modèle ont été clarifiés, c'est-à-dire de :

- 1) concevoir une pratique infirmière basée sur les concepts centraux et les concepts clés de « **Compétence** » et de « **Caring** » ;
- 2) développer et actualiser la compétence professionnelle dans la pratique quotidienne par **la pratique réflexive, l'apprentissage continu**, le mentorat et la collégialité intra et interprofessionnelle ;
- 3) élaborer des interventions dans une perspective de partenariat et dans une **relation basée sur le respect**
- 4) guider le développement d'outils ancrés dans la philosophie humaniste et appuyés par des résultats probants

Quatre concepts : Personne, Santé, Soins, Environnement.

Depuis 2004, la FSI-UdeM offre un programme de formation de niveau baccalauréat basé sur une approche par compétences (APC).

Pour les auteurs du MSHI-UdeM, la profession infirmière s'adresse à des personnes prêtes à acquérir un bagage étoffé de connaissances scientifiques, mais ayant aussi de grandes qualités humanistes pour répondre aux situations de santé de plus en plus complexes de la clientèle, et ce, tout en favorisant leur propre épanouissement professionnel.

Pour ce faire, **huit compétences** sont à acquérir au cours du programme de formation au baccalauréat. Les compétences visées sont :

- 1) agir avec humanisme selon une perspective disciplinaire ;
- 2) exercer un **raisonnement clinique** infirmier ;
- 3) **assurer la continuité des soins** ;
- 4) favoriser une population en santé ;
- 5) traiter toute activité professionnelle et disciplinaire avec rigueur scientifique ;
- 6) **agir avec professionnalisme** ;
- 7) **collaborer dans les équipes** professionnelles ;
- 8) **exercer du leadership clinique** dans la pratique professionnelle infirmière

Le MSHI-UdeM, en cohérence avec l'approche pédagogique de formation privilégiée, a pour premier concept clé la « Compétence ».

D'autre part, il a pour deuxième concept clé le « Caring » en raison de l'importance que la FSI-UdeM lui accorde depuis presque 40 ans.

La **Compétence professionnelle** se développe en se basant à la fois sur l'ensemble des **connaissances et sur l'expérience** (personnelle et professionnelle) de l'infirmière. La Compétence, avec un « C » majuscule, représente l'intégration d'un ensemble de compétences qui s'expriment dans l'action de l'infirmière. Ces compétences correspondent à des **savoir-agir complexes**, lesquels mobilisent et combinent des ressources variées, entre autres des savoirs.

Il existe différents types de savoirs : **le savoir**, qui coïncide aux savoirs infirmiers empirique, personnel, éthique, esthétique, sociopolitique et émancipatoire notamment

utilisés dans la pratique professionnelle ; le **savoir-être**, qui correspond à la façon d'être de l'infirmière ; et le **savoir-faire**, qui illustre entre autres ses habiletés techniques.

Ces trois types de savoirs, étant mobilisés selon les situations rencontrées par l'infirmière et mis en œuvre dans différentes sphères d'activités (clinique, formation, gestion, recherche et sociopolitique) de la profession, **se développent particulièrement à l'aide d'une pratique réflexive**. Pour sa part, la pratique réflexive représente un processus de développement individuel et collectif qui conduit l'infirmière à synthétiser, intégrer et enrichir l'expérience et les connaissances en sciences infirmières qu'elle acquiert

Somme toute, la Compétence professionnelle a pour objectif d'assurer la qualité des soins. Pour ce faire, le Modèle met au premier plan la compétence de **nature « relationnelle »**, **laquelle s'acquiert particulièrement par une pratique réflexive humaniste**.

D'ailleurs, Cara et ses collaborateurs mentionnent que **l'exercice d'un leadership clinique infirmier s'avère tributaire d'une pratique infirmière caractérisée par une Compétence professionnelle, laquelle se veut empreinte de caring, d'engagement et d'imputabilité**.

---

#### **Références :**

Cara C, Gauvin-Lepage J, Lefebvre H, Létourneau D, Alderson M, Larue C et al. Le Modèle humaniste des soins infirmiers - UdeM : perspective novatrice et pragmatique. Rech Soins Infirm. 2016 Jun;(125):20-31

Cara C, O'Reilly L. S'approprier la théorie du Human Caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. Rech Soins Infirm. 2008 Dec;(95):37-45.

Cara C, Roy M, Thibault L, Alderson M, Beauchamp J, Casimir M, et al. Modèle humaniste des soins infirmiers - UdeM [En ligne]. Montréal, Québec: Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal; 2015. [cité le 2 mai 2016].

Disponible: [http://fsi.umontreal.ca/presentation/documents/Depliant-Modele\\_humaniste.pdf](http://fsi.umontreal.ca/presentation/documents/Depliant-Modele_humaniste.pdf)

## **Autonomie de l'infirmier anesthésiste : un processus réflexif**

La réflexivité est un processus central au rôle de l'infirmier anesthésiste. La réflexivité permet l'acquisition du savoir, de l'expertise et de l'émancipation. L'autonomie de l'infirmier anesthésiste, inscrit dans la pratique, fait appel au raisonnement clinique et à la capacité de réflexion personnelle pour l'agir.

Pourtant, une injonction paradoxale entre autonomie contrôlée, collaboration et coopération avec le médecin anesthésiste rendent la conception de la réflexivité et d'autonomie infirmière dans la pratique de l'anesthésie peu ou pas circonscrite. De même, le rôle de la réflexivité dans le développement de l'autonomie est peu étudié dans la littérature.

L'objet de l'étude questionne donc si la réflexivité est nécessairement un outil de construction de l'autonomie de l'infirmier anesthésiste.

L'enquête, qualitative, phénoménologique et multicentrique, est menée auprès de 6 infirmiers anesthésistes par des entretiens compréhensifs.

Les résultats montrent que l'autonomie est variable selon la présence ou l'absence de réflexivité dans la situation de soin complexe, et notamment dans le cadre de l'urgence. La réflexivité n'est pas systématiquement nécessaire à des fins d'autonomie dans ce contexte, car implique des réflexes et une prescription. L'autonomie, lorsqu'elle prête à réfléchir pour l'infirmier anesthésiste, s'inscrit dans le leadership, la lecture de la stratégie d'anesthésie, le positionnement dans l'équipe et avec le médecin. Il s'agit de représentations du rôle propre pour les professionnels.

L'étude apporte un éclairage au métaparadigme de l'Université de Montréal, mettant en valeur la réflexivité dans le rôle propre de l'infirmier anesthésiste. Elle confirme l'utilité de la pratique réflexive pour construire l'autonomie et la compétence, notamment lors de la sortie de la zone de confort dans la situation de soin complexe et urgente.

L'étude pourrait être complétée par une étude observationnelle ou un récit narratif.

**Mots-clés** : autonomie, réflexivité, rôle propre, infirmier anesthésiste

## **Autonomy of the nurse anaesthetist: a reflexive process**

Reflexivity is a central process to the role of the nurse anaesthetist. Reflexivity enables acquisition of knowledge, expertise and emancipation. The autonomy of the nurse anaesthetist, inherent to the practice, calls for clinical reasoning and the capacity for personal reflection in action.

However, a paradoxical injunction between controlled autonomy, collaboration and cooperation with the anesthesiologist makes the reflexivity and autonomy conception in the practice of anesthesia poorly or not well defined. Similarly, the role of reflexivity in the development of autonomy is scarcely studied in the literature.

The study aimed to question whether reflexivity was necessarily a tool for building the autonomy of the nurse anaesthetist.

This qualitative phenomenological multicenter research was conducted through comprehensive interviews with six nurse anaesthetists.

The results showed that autonomy varied according to the presence or absence of reflexivity in the care situation, particularly in the context of emergency. Reflexivity was not systematically necessary for achieving autonomy in this context, since it involved reflexes and a prescription. Autonomy, when thought-provoking for the nurse anaesthetist, was embedded in leadership, understanding the anesthesia strategy, and positioning within the team and with the anesthesiologist. These were representations of the scope of practice for professionals.

The study shedded light on the metaparadigm of the University of Montreal, highlighting reflexivity in the scope of autonomous practice of the nurse anaesthetist. It confirms the utility of reflective practice for building autonomy and competence, particularly when stepping out of the comfort zone in complex and urgent care situations.

The study may be supplemented by an observational study or a narrative story.

**Keywords** : autonomy, reflexivity, scope of practice, nurse anesthetist