
Les soins palliatifs comme espace d'apprentissage d'une pratique sociale

Congrès international AREF 2007 (Actualité de la Recherche en Education et en Formation)

Elisabeth Noël-Hureaux

EXPERICE — EA 3971

Université Paris 13 Santé, Médecine, Biologie Humaine

74 rue Marcel Cachin

F-93017 BOBIGNY

e.noel@wanadoo.fr

RÉSUMÉ. Les champs de la santé et de la formation se croisent au cœur d'un environnement qui s'est complexifié et les actions de formation continue des professionnels se doivent donc de faire évoluer, voire modifier les dispositifs d'apprentissage. Dans ce contexte, il s'agit d'analyser l'application de la théorie des communautés de pratiques à travers un cas précis, celui d'un établissement hospitalier spécialisé en soins palliatifs de la région parisienne, d'autant que peu de données empiriques existent à ce jour.

Deux axes sont étudiés :

- les fondements qui expliquent la constitution d'une communauté de pratique,
- les dynamiques, c'est-à-dire les forces qui entrent en jeu pour faire fonctionner ce système, la façon dont elles se combinent, selon quels processus et selon quelles lois.

MOTS-CLÉS : pratique sociale, apprentissage, formation-action, communautés de pratique

1. Introduction

En tant que chercheur associé à EXPERICE (Centre de recherche Interuniversitaire Expérience, Ressources Culturelles, Education), nous avons choisi comme axe de réflexion les pratiques sociales comme espace d'apprentissage. Il s'agit d'analyser comment les acteurs agissent sur certaines de leurs pratiques pour y mettre en oeuvre les potentiels d'apprentissage et par là même faire émerger de nouveaux dispositifs de formation.

Dans cette communication, nous aborderons comment suite à une session de formation continue¹ sur une méthode d'organisation d'écrits professionnels, une communauté de pratique s'est constituée autour d'une redéfinition de la prise en charge en soins palliatifs², dans un établissement hospitalier parisien.

Notre objectif est de répondre à la question : Quels dispositifs d'apprentissage ont pu être repérés dans cette expérience spécifique et comment les réinvestir en formation d'adultes. En effet, nous défendons la thèse que tout apprentissage s'effectue sur un mode interactif et individualisé d'où l'importance de la prise en compte du système dans leur construction .

¹ Nous utiliserons la définition de Jacques Ardoino (1963) in *Propos actuels sur l'éducation, Contribution à l'éducation des adultes* et reprise par F. F. Laot et P. Olry (2005) in *Education et Formation des adultes, Histoire et recherches : une action de formation s'inscrit dans une perspective centrée sur la personne, sur la relation, sur le groupe, sur l'organisation et enfin sur l'institution.*

² Pendant des siècles les soins aux mourants ne relèvent que du domaine du spirituel et donc ne concernent pas le domaine médical. Par conséquent il ne s'agit pas de soins palliatifs mais de soins de base relevant du rôle des infirmières. Dans la société, le changement des mentalités sera introduit par P. Verspieren, P. Viansson-Ponté et L. Schwartzberg. Le terme d'« accompagnement » d'abord introduit dans le langage infirmier en 1967 par dame Cicely Saunders fondatrice du Saint Christopher's hospice de Londres sera employé à partir des années soixante-dix et désignera les soins palliatifs, l'autonomie de la personne dans la satisfaction de ses besoins et le refus de l'acharnement thérapeutique. Dès 1978, des médecins proposent des consultations de soins palliatifs mais le concept de soins palliatifs a été progressivement défini en droit français au travers de la circulaire du 26 août 1986 relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale : « La mission des soignants est de mettre en œuvre tous les moyens existants pour soigner et accompagner les malades jusqu'à la fin de leur vie ». En 1999, l'article L.1111-4 du code de la Santé Publique, réaffirme : « Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. »

2. La problématique.

Pour exemple, à l'hôpital, les actions de formation³ figurant dans le plan de formation et donc à l'initiative des établissements hospitaliers ont pour but de maintenir ou de parfaire la qualification professionnelle des agents hospitaliers publics et d'assurer leur adaptation à l'évolution des techniques et des conditions de travail. Ces actions permettant d'interroger les pratiques professionnelles sont non seulement considérées comme un facteur de motivation individuelle mais aussi de développement organisationnel. Dans le cadre qui nous intéresse, les infirmières et les aides-soignantes nous ont alertée en tant que consultant sur la notion de soins dans une unité de soins palliatifs d'autant que le travail de soignant fait partie des métiers de l'humain en ce sens qu'il confronte l'individu à des situations sociales et personnelles multiples exigeant une démarche particulière de pensée, une éthique de l'action ainsi qu'une formation spécifique.

En premier lieu, pour tout un chacun évoquer une unité de soins palliatifs, c'est se représenter un lieu qui accueille des personnes « en fin de vie ». Or, elles constatent aujourd'hui que leur métier change suite à une modification de repères : par exemple pour elles les soins palliatifs sont un type de soin non invasif qui permet « un bien mourir », alors qu'aujourd'hui cela peut aussi s'étendre à « un mieux vivre » puisque 10% des personnes, peuvent retourner à leur domicile. Cela a des conséquences non seulement sur la personne malade mais aussi sur son entourage et sur les professionnels eux-mêmes. Dès lors les questions qui se posent en session de formation continue concernent tant des situations de type expérientielle comme l'implication subjective de sa propre finitude ou l'accompagnement à un questionnement existentiel que des situations liées au milieu professionnel comme la confrontation d'échanges et des savoirs.

En partant de données empiriques, recueillies et enregistrées lors de sessions de formation ou suite à un échange de courriels, il s'agit donc dans cette communication de clarifier les modes de travail et de collaboration dans le cadre de situations d'apprentissage en invoquant l'idée que l'instauration d'une communauté de pratique, outre les spécificités de sa constitution, favorise une construction des savoirs différente de celle de l'analyse des pratiques professionnelles. Les communautés de pratique se définissent comme « des groupes de personnes qui partagent une préoccupation, un ensemble de problèmes, ou une passion à propos d'un sujet, et qui approfondissent leurs connaissances et expertise dans ce domaine en interagissant de manière régulière » (Wenger et al 2002 : 4). Il s'agit selon ces auteurs de comprendre l'acquisition de savoirs théoriques ou pratiques en terme de participation à des groupes sociaux appelés communautés de pratique. Ainsi, la

³ Loi n° 71-575 du 16 juillet 1971 modifiée, portant organisation de la formation professionnelle continue dans le cadre de l'éducation permanente. J.O. du 17.08.1971 et plus récemment loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.

pratique relèverait du « faire », dans ses dimensions à la fois historiques et sociales, et dans sa capacité à structurer et à donner une signification aux actions (Morin, 1977) : et même si la pratique produit des théories, elle reste une pratique. Ce concept de pratique inclut à la fois le champ de l'explicite (le langage, les outils, les documents, les symboles, les procédures, les règles que les différentes pratiques rendent explicites), et le registre du tacite (Nonaka, 1991) (relations implicites, connaissances compilées, conventions, hypothèses, etc...). Pour Wenger (1998), la pratique relève du « faire » dans ses dimensions à la fois historiques et sociales, et dans sa capacité à structurer et à donner une signification aux actions.

Nous proposons de montrer comment une communauté de pratique, née volontairement dans une équipe de soin à l'hôpital a dépassé la notion d'un consensus faible pour développer une dynamique synergique avec des impacts internes (identitaires) et externes (institutionnels).

3. La pratique de formation-action

Dans le cadre de la formation des adultes, le lien et la cohérence entre méthodes, contenus et finalités facilitent l'apprentissage tout particulièrement dans les situations où les apprenants peuvent utiliser leurs connaissances et expériences antérieures.

Une brève présentation du lieu aidera à la compréhension de notre exposé de la formation action. L'hôpital Vert, fondé dans les années 20, est une structure de 72 lits, située dans Paris, ayant pour vocation l'accompagnement des personnes en fin de vie. C'est le premier endroit où a été menée une politique d'accompagnement des personnes souffrant essentiellement de cancers à un stade terminal, ceci, en étroite collaboration avec les établissements de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. Les objectifs des personnels qui y travaillent sont de privilégier le soulagement des douleurs et des symptômes physiques, d'être attentifs aux souffrances psychologiques, d'assurer une écoute et un soutien auprès des familles et de l'entourage, d'accueillir les préoccupations spirituelles et enfin d'aider à la résolution des difficultés sociales.

Précisons qu'en tant que concepteur-consultante, nous avons été amenée à construire ce dispositif de formation-action et nous avons d'ailleurs conduit en moyenne, une à deux sessions de 4 jours par an. Nous sommes en effet à l'origine de la réponse apportée à la demande de formation de cet établissement qui en 2002 se proposait de mettre en place le dossier patient et de développer les écrits professionnels auprès de tout le personnel soignant. Nous entendons par formation-action non seulement des dispositifs qui regroupent sous le terme d'action, une multitude de terrains, de méthodes, de pratiques et de conduites, mais plus encore une définition et une problématisation de l'objet de formation favorisant une confrontation des points de vue et une vision globale de l'activité dont la finalité est la transformation des pratiques (CRESAS, 2000).

Le dispositif repose sur l'acquisition de connaissances et de capacités directement ancrées sur les pratiques professionnelles, sur la manière d'écrire de façon objective (d'autant qu'autour de la fin de vie et de la mort une forte subjectivité et de nombreux ressentis s'expriment) pour être lu et surtout compris de tous. Le fait que chacun ne partage pas nécessairement le point de vue de son collègue rend nécessaire le développement de compétences collectives nécessaires au bon fonctionnement de l'organisation.

Les particularités de cette formation sont d'une part l'analyse rétroactive, par les participants, des dossiers patients⁴ dans lesquels sont consignés les écrits des équipes soignantes et d'autre part le principe de ne retravailler que les transmissions établies par les aides-soignantes et infirmières utilisées par tous les professionnels de santé pour la continuité des soins aux patients. Les transmissions ciblées⁵ permettent d'exposer les informations de l'équipe soignante en assurant des transmissions écrites à la fois complètes et concises. Elles favorisent le repérage rapide, quotidien ou à posteriori, des événements survenus en cours d'hospitalisation, des actes de soins réalisés et de leurs effets. En cela, elles résultent d'une clinique attentive des soignants.

Ce questionnement permanent et rétroactif amène non seulement à voir mais aussi à penser différemment le soin ; c'est cette formalisation de la pratique qui permet de partager la pratique. Ce qui est donc recherché dans les actions de formation, c'est la capacité des acteurs à analyser des situations, à résoudre des problèmes concrets, à formaliser les compétences implicites produites dans l'action : c'est aussi de les transformer en savoirs communicables. Au travers des écrits professionnels, il s'agit d'amener chacun à retrouver le fil conducteur qui permet de décrire le problème de soin et l'action afin d'accepter le décalage entre le travail prescrit et le travail réalisé et surtout d'exposer et de critiquer sa pratique aux yeux de ses pairs. Ainsi, pour exemple, dans un stage, deux situations cliniques vont être présentées. Dans l'une, les interrogations soulignées par le groupe en formation mettent en avant la question de la sélection des critères dans l'écriture des transmissions ciblées : la cible douleur en tant que problème physique est référencée vingt-huit fois mais n'est jamais reliée à son contexte psychosocial. Dans l'autre, la lecture analytique du dossier de soins fait apparaître la prise en compte de cibles douleurs, anxiété-agitation et leur résolution ainsi que des informations écrites relatives à son histoire.

⁴ Support d'organisation et d'informations médicales et de soins dont le bénéficiaire est le malade. Depuis 2003, suite aux directives de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé il s'agit de dossier patient.

⁵ Elles sont un moyen d'organiser la partie narrative des informations infirmières, en assurant des transmissions écrites à la fois complètes et concises qui permettent de repérer quotidiennement ou à posteriori, et en peu de temps, les événements survenus en cours d'hospitalisation, les actes réalisés et leurs effets. Chaque information consignée est datée et signée pour permettre un suivi chronologique aisé et en identifier l'auteur.

Après plusieurs stages de formation sur le thème des transmissions ciblées, il s'avère que la méthode de travail est connue de l'ensemble des soignants mais qu'elle est appliquée de façon incomplète. Tel est le constat effectué de façon institutionnelle. C'est pourquoi, à la dernière session de formation, les huit participants ont décidé d'écarter le travail sur la forme des écrits au profit d'un travail sur le sens du soin. Les raisons évoquées concernaient la nécessité de partager les représentations et les connaissances du travail en unités de soins palliatifs afin de mettre au point une terminologie et une démarche commune. Il va sans dire que dans cette situation les acteurs du lieu de soins ont échangé leur savoir de façon réfléchie quoique spontanée puisque, par définition, il s'agissait de « dire sa pratique » et que la session de formation a été une opportunité de taille pour favoriser les échanges. Dans un premier temps, les participantes ont traité du réel effort de communication à faire auprès des familles pour travailler cette notion d'accompagnement : cette notion écarte la catégorisation réductrice de « soins palliatifs », puisque le constat est qu'il y a de plus en plus de patients qui retournent à leur domicile grâce au développement des réseaux⁶ de soins. Elles ont aussi rappelé que dans un service de soins palliatifs, les besoins physiologiques sont à prendre en compte comme dans tout autre service de soins. Ils peuvent même être prédominants et ne peuvent être occultés par les besoins de sécurité, d'appartenance, de réalisation de soi et d'épanouissement : « *Dans le médiateur sur le palliatif, la toilette n'existe pas, le malade ne mange pas non plus et il n'a pas d'entourage. C'est une appropriation, un flou artistique (une construction), on n'est pas dans la réalité⁷* ». Enfin il a été nécessaire de constater qu'il y a peu de temps pour accompagner les patients dans le bilan qu'ils font de leur vie et que chaque histoire individuelle de patient croise l'histoire individuelle de soignant. Sans cesse est à interroger le « qu'est-ce qu'ils veulent nous dire » pour continuer à travailler, à avancer dans son propre cheminement, parfois difficilement partagé au sein d'une équipe.

Les participantes ont alors questionné la définition du « mourir », ou du « juste moment de venir », puisque selon elles l'orientation vers une unité de soins palliatifs reste un paramètre fluctuant et délicat dans la décision médicale et dans l'observation des infirmières et des aides-soignantes. L'expression des soignants oscille entre « cette personne vient trop tôt » et « elle est juste venue là pour mourir⁸. » et les stagiaires se remémorent alors en lien avec leur pratique professionnelle quotidienne, la charge émotionnelle relative à la perplexité occasionnée par certaines prise en charge.

⁶ Le terme de réseau est emprunté à la théorie des organisations et on retrouve une notion de statut juridique, par extension, il permet de recueillir, traiter et diffuser une information destinée à des personnes intéressées ou concernées par cette information.

⁷ Expressions diffusées dans le cadre d'une session de formation continue.

⁸ *ibid.*

4. Les étapes de la construction de la communauté de pratiques

Suite à une session de formation continue un groupe composé de Marie (infirmière générale), Michèle (infirmière) et de Jocelyne (aide-soignante) a souhaité rendre compte de sa pratique des transmissions ciblées appliquée aux soins palliatifs en l'envisageant sous l'angle d'une publication.

L'écriture de l'article a débuté dès le 14 septembre 2004, c'est-à-dire dès la fin de la formation et s'est achevée avec sa validation en mai 2005. Une première réunion a eu lieu qui a défini les règles de fonctionnement suivantes : une démarche volontaire au cours de laquelle tous les membres se déclaraient motivés et libres de poursuivre ou non leurs échanges. Jocelyne, depuis 20 ans dans l'institution, travaillait dans la même équipe que Marie arrivée 2 ans plus tôt avec une forte expérience de soignante « relationnelle » et Michèle nouvelle depuis quelques mois, ayant une expérience en cancérologie. En échangeant entre elles, c'est tout naturellement que l'idée leur est venue d'écrire sur leur pratique de soignantes et donc de produire des connaissances orientées vers leurs pairs (Lave et Wenger, 1990 ; Brown et Duguid, 1991). Il s'agit d'apprendre aux autres, transmettre l'expérience, c'est sur ce mode que vont se construire les échanges tout au long de la production de l'article. C'est cette production de significations qui est au cœur de l'analyse des pratiques .

Ces rencontres n'ont justifié d'aucune rémunération et se sont effectuées soit de visu, soit par Internet. Cependant pour des raisons de commodités pour tous, le site de l'hôpital était utilisé, chacun ayant admis que toute critique est à prendre en compte et à retravailler si besoin est. Marie s'est proposée pour prendre le rôle de facilitateur dans la mesure où elle avait déjà écrit un article et qu'elle connaissait les exigences des revues professionnelles ; elle était aussi la mieux placée pour faire le lien entre Michèle, Jocelyne et nous-mêmes.

Au total plus de 30 courriels ont été échangés. De nombreuses rencontres des personnes de cette même institution ont eu lieu pour des raisons pratiques sur le site et nous y avons participé à quatre reprises. D'autres personnes de l'institution (directeur, médecins, bénévoles) ont été sollicitées par Marie, pour leur expertise en matière de connaissance de l'institution. De fait un partage des connaissances sur la pratique s'est établi, aucun des participants n'ayant ni les mêmes connaissances, ni le même rôle auprès des patients d'unités de soins palliatifs. En effet Jocelyne en tant qu'aide-soignante va être plus à même de s'enquérir du confort et du bien-être au travers des actes de la vie quotidienne tels le lever, la toilette, l'alimentation alors que Michèle, l'infirmière va s'attarder sur l'expression de la douleur, les demandes et les attentes des malades et de leur entourage et faire le lien avec l'équipe soignante. Quant à Marie l'infirmière générale son rôle est d'insister sur les écrits et leur pertinence permettant de suivre la continuité des soins et de transmettre les difficultés que l'équipe peut rencontrer dans les prises en charge.

Au travers de la présentation de cet article, nous illustrons la thèse de Wenger, selon laquelle au sein de toute organisation, des acteurs échangent leur savoir sans même que « l'entreprise » en soit consciente. Ainsi a-t-il fallu passer par l'écriture

de la pratique pour que après lecture de l'article, l'institution modifie son regard sur l'évolution des soins palliatifs. En effet, les rédactrices de l'article ont montré que même en unité de soins palliatifs il était nécessaire de s'interroger sur la prise en compte de la douleur, d'autant que par définition ces services ont une étiquette d'expertise en matière de gestion de la douleur. Aujourd'hui elles participent toutes à une mise en réflexion de leurs collègues lorsqu'une douleur perdure. De ce fait, la conception même du savoir a été transformée, voire même son statut puisque le médecin n'est plus le seul reconnu pour soulager la douleur et les infirmières par les signes cliniques qu'elles restituent de façon orale ou écrite sont elles aussi impliquées dans la responsabilité des décisions médicales. Cette expérience montre que l'apprentissage est un phénomène social parce qu'il passe par la confrontation des idées entre les individus d'un même lieu n'ayant pas les mêmes logiques professionnelles. Il se manifeste principalement dans les interactions des personnes engagées dans une pratique commune.

Si nous affirmons que le savoir a été modifié dans cette communauté de pratique, c'est que les soignantes ont arrêté de dire qu'elles savaient ce qu'était le soin palliatif. Elles en ont certes une représentation et un vécu mais grâce à leurs transmissions elle se sont rendues compte que la forme de la pratique qu'elles avaient construite ne correspondait plus à leur philosophie du soin palliatif. Elles ont accepté le fait que si elles ne prenaient en compte que l'aspect physique de la douleur, il devenait impossible d'accompagner la personne au mourir. C'est cette stratification de la connaissance inscrite dans le rôle de chacun qui a disparu au profit de l'acceptation que chaque professionnel a un savoir spécifique du palliatif qui peut s'enrichir de la conception différente des autres et évoluer sans le cadre de la formation ou de l'institution. Il s'agit d'apprendre aux autres et des autres, de transmettre l'expérience : c'est sur ce mode que se construisent les échanges et c'est sans aucun doute ce qui s'est passé tout au long de la production de l'article.

Les membres d'une communauté de pratique cherchent essentiellement à développer leurs compétences dans la pratique considérée : « Ce questionnement permanent de retour sur les soins amène non seulement à voir mais aussi à penser différemment le soin et c'est cette formalisation de la pratique que nous pouvons alors partager. » (Benouaich et al, 2005) C'est pourquoi les communautés de pratiques semblent être facilitatrices de la transmission de savoirs tacites, basés sur l'expérience et les savoirs explicites acquis par la formation, sachant que la circulation de cette information peut servir de base au perfectionnement professionnel et à la résolution des problèmes dans l'action : « Comment faire pour que le « prendre soin » du patient et de sa famille soit retransmis avec une écriture fidèle et sans jugement ? » (Benouaich et al, 2005)

Dans cet article, les soignantes rédactrices nous montrent bien que la partie explicite codifiable n'est qu'une partie du savoir utilisé puisqu'elles présentent les soins palliatifs comme étant des soins tant techniques que relationnels. Elles expriment à juste titre la difficulté qui est la leur d'évaluer l'état d'un malade à son arrivée en unité de soins palliatifs.

La compréhension et la gestion des savoirs non codifiables amènent Lave et Wenger (1991) à définir les communautés de pratique dans une approche mettant l'accent sur la nature relationnelle et sociale de la connaissance. La nature de la connaissance est décrite comme un double processus de participation et de réification. La participation permet d'alimenter la communauté, de confronter l'expérience des membres. Ainsi à la fin de l'article, les soignantes rédactrices ont mis une adresse électronique car elles ont demandé aux futurs lecteurs de réagir à leurs propos. Quant à la réification, c'est l'objectivation de nouveaux concepts, de nouveaux savoirs qui viennent enrichir le « patrimoine ». Ici en l'occurrence, les représentations des soins palliatifs et plus encore du soulagement de la douleur.

Cette conception de la connaissance entre compétences et expériences, amène Wenger et al (2002) à faire la promotion des communautés de pratique comme stratégie de développement et de gestion du « capital savoir », un capital qui n'est pas comme les autres, une ressource qui constitue le socle de la capacité à évoluer de l'institution. Nous constatons deux particularités majeures : la première est la difficulté de mettre en mots l'activité soignante et la seconde concerne l'apprentissage sur les soins palliatifs comme séjour de transition en vue d'un retour à domicile ou d'un projet de réorientation.

5. Mises en perspective des liens théoriques entre pratique de formation et apprentissage dans une communauté de pratique

Nous avons choisi de répondre à deux questions fondamentales en matière de construction de pratique sociale à savoir : en quoi cette communication éclaire-t-elle la question de la formation ? et son pendant : quelles relations entre apprentissage et communauté en ce qui concerne l'informel ?

Nicolas Michinov (2003), s'est intéressé aux situations d'apprentissage dans les communautés de pratique⁹. Il a repéré l'importance des **rôles périphériques** qui traduisent la progression d'un statut de novice à un statut d'expert¹⁰ et qui permettent le développement de compétences nécessaires à la résolution de problèmes en équipe, ici « *le partage d'une connaissance du travail en unités de soins palliatifs.* » (Benouaich et al, 2005) C'est pourquoi les communautés de pratiques semblent être facilitatrices de la transmission de savoirs tacites, basés sur l'expérience et les savoirs explicites acquis par la formation, sachant que la circulation de cette information peut servir de base au perfectionnement professionnel et à la résolution des problèmes dans l'action.

⁹ Les communautés de pratique trouvent leurs origines dans le constructivisme qui repose sur la notion de réflexivité, la construction de la connaissance par les interactions et l'importance de la culture dans l'apprentissage.

¹⁰ Nous empruntons ici à P. Benner sa définition : « L'expert agit à partir d'une compréhension profonde de la situation globale. »

L'exemple choisi nous semble être singulier parce qu'il montre que l'apprentissage et l'activité de soin sont tributaires d'un contexte donné et que les actes d'enseigner, d'apprendre et de travailler ne sont jamais socialement isolés. Nous l'avons vu ici, la mort est un fait social qui est inhérent à chacun d'entre nous et qui en l'occurrence rencontre la proximité de l'approche de la mort des autres. L'apprentissage est soumis à une participation avec les autres et par conséquent modifie la perception de ce que nous sommes puisqu'il transforme notre capacité à interagir avec les autres dans l'environnement. Il est entendu que, chacune des soignantes ayant sa propre conception du soin en palliatif au regard de ses valeurs et de ses convictions, il y a pu avoir déconstruction du savoir.

Dans le cadre de la formation, les participants parce qu'il « savent » les soins palliatifs, ont été amenés à « *déconstruire le discours ambiant sur les SP avec ce que nous ont montré les patients* »¹¹, en utilisant la réflexivité¹² comme façon de « s'entraîner à réfléchir sur son action », ce que confirme le courant d'analyse des pratiques professionnelles (Blanchard-Laville, 1998) en insistant sur l'explicitation des pratiques professionnelles. Pour eux alors, les soins palliatifs se définissent par le fait que les patients doivent être pris en charge tant sur le plan physique que psychologique, et que le relationnel est incontournable au même titre que le confort qui peut être apporté à la personne en situation d'arrêt de traitement curatif. De fait, les soignantes revendiquent que les soins soient « *actifs* ». La douleur, au-delà d'une sensation objective/ subjective complexe est constituée d'une multitude de facteurs entrant dans la vie de chacun comme un symptôme révélateur, produit et entretenu dans la partie de sa vie la plus intime qui soit et non un objet de débat entre acharnement thérapeutique et euthanasie passive. C'est toute la question de la pratique représentée et de la pratique qui émerge de la réflexion qui est débattue, puisqu'il s'agit de « *déconstruire* » le discours convenu et explicite alors qu'elles constatent qu'à l'exploitation du dossier « *l'inscription du travail réel de l'équipe n'apparaît pas... Des actions de soins ont pourtant eu lieu. Il faudra la parole au sein de l'espace de formation, il faudra l'interrogation des autres, pour que la mémoire du travail non ciblé* »¹³ apparaisse. » Cette mise au jour de la pensée soignante a pu s'exprimer d'une part car le groupe constitué s'est interrogé sur sa pratique et surtout parce qu'il a admis que ce qu'il considérait comme un état de fait ou comme banal était en réalité « *l'activité soignante qui a aidé cette patiente à reconstruire et à cheminer vers de nouvelles perspectives de vie.* » Il y a donc eu modification dans la création du savoir, c'est-à-dire qu'il y a eu passage d'un processus individuel caractérisé par l'attention et l'écoute à un processus collectif questionnant légitimité du savoir.

La partie explicite codifiable n'est qu'une partie du savoir utilisé puisque les soignantes présentent en fait les soins palliatifs comme étant autant des soins

¹¹ Les soignantes l'ont écrit de cette façon dans leur première écriture de l'article.

¹² A savoir, en référence à Garfinkel, « la capacité des agents de à rendre compte eux-même de leurs pratiques antérieurement à toute pratique scientifique. »

¹³ Nous devons plutôt comprendre non répertorié dans les écrits de type transmissions ciblées.

techniques que relationnels faits à un patient, alors qu'elles vont en dire autre chose dans la mesure où elles vont admettre qu'elles sont impliquées dans le sens attribué au « palliatif ». « *Nous savons alors qu'un changement va avoir lieu mais de quelle nature est-il ?* » Ces savoirs d'actions (Barbier, 1996) se comprennent alors comme des échanges d'information, de construction de relations et de partage de savoir-faire. Ces modalités de fonctionnement du groupe vont engendrer des modifications d'apprentissage et de communication dans les rapports entre les acteurs. On assiste dès lors à l'instauration de relations partenariales qui rompent les rapports établis institutionnellement pour créer des relations équilibrées fondées sur l'autorisation à exprimer sa pensée et à la confronter à celle d'autrui. Cette mise en perspective fait de la collaboration une concertation fondée sur la complémentarité des rôles et bouleverse l'organisation du système institutionnel initial. Elle aboutit de fait à la mise en place d'un nouveau contexte d'exercice du métier qui engendre une spirale de partage et de diffusion des pratiques dans une dynamique des apprentissages. Ainsi la nature de ces derniers se trouve inextricablement liée à l'informel des interactions sociales, faisant évoluer le cadre de référence dans le but de capitaliser les expériences.

Conclusion

On est passé ici de l'apprentissage d'une méthode- à savoir les transmissions ciblées- et son application aux écrits infirmiers, à une réflexion sur le sens du soin en palliatif alors que par définition les personnes qui travaillent dans ces services ont des représentations du palliatif certes qui ne sont pas celles de sens commun mais qui sont synonymes de soulagement de la douleur, de prise en compte des attentes des patients. Grâce à la formation d'une part, et d'autre part, à son prolongement par la constitution d'une communauté de pratique, il y a eu une réelle déconstruction des savoirs. Ce qui nous semble spécifique est cette démarche d'engager un processus sur soi au travers du questionnement produit par le dispositif de formation avant de souhaiter le partager et le faire vivre grâce à la collaboration et la négociation dans l'activité de soin. Dans le lieu même de la formation, l'innovation était que la solution aux problèmes se trouvait entre les mains des acteurs immédiats de la relation soignante, ce qui a permis d'ouvrir de nouveaux champs d'apprentissages car la publication de ces connaissances va favoriser l'interactivité et permettre le continuum de la réflexion sur les pratiques en soins palliatifs, tant au niveau des spécialistes que des autres professionnels et même des usagers.

Bibliographie

Acker, F. (2004). Travailler ensemble ? *Soins Cadres*, n°49, p 22-25.

Acker, F. (1991). La fonction de l'infirmière, l'imaginaire nécessaire, *Sciences Sociales et Santé*, vol. IX, n°2, p.123-143.

12 Actualité de la Recherche en Education et en Formation, Strasbourg 2007

Ardoino, J.(1963). Propos actuels sur l'éducation, Contribution à l'éducation des adultes, IAE, Bordeaux, réédité, Gauthier-Villars.

Barbier, J-M. (dir) (1995). *Savoirs théoriques et savoirs d'action*, Paris, PUF.

Beaulieu, G. (2002). Place à l'innovation : la communauté de pratique virtuelle en santé du cœur de l'OIIQ Le Réseau, Dossier spécial : *La pratique infirmière, en quête d'un second souffle*, Volume 14, Numéro 2 , p. 23.

Benouaich, M. Janin-Callot, G. Pedrono, J. Noel-Hureaux, E. (2005). Transmissions ciblées en soins palliatifs : pour mieux prendre soin..., *Soins*, p.27-30.

Blanchard-Laville, C. et Fablet, D. (1998). *Analyser les pratiques professionnelles*. Paris, L'Harmattan.

Brown, J.-S. Duguid, P. (1991). Organizational Learning and Communities of Practice : toward a unified view of working, Learning and innovation, *Organization Science*, Vol. 2, n° 1, p. 40-57.

Carré, P. et Caspar, P. (dir). (1999). *Traité des sciences et des techniques de la formation*. Paris, Dunod.

CRESAS.(2000).On n'enseigne pas tout seul. À la crèche, à l'école, au collège et au lycée. Actes du colloque, Paris, 17-18-19 mai 2001. Paris : INRP.

De Lescure, E. F. Laot, F. Olry, P. (2005). Que sont les formateurs devenus ? *Education Permanente*, n°164.

F. Laot, F. Olry, P. (2005). *Education et Formation des adultes, Histoire et recherches*, Paris, INRP.

Lave, J. Wenger, E. Roy, P. (1991). *Situated learning : Legitimate peripheral participation*, New York, Cambridge University Press.

Marcel ,J.F. & al (2002). Les pratiques comme objet d'analyse, *Revue Française de Pédagogie*, n°138, p.135-170.

Maubant, P. (2004). *Pédagogues et pédagogies en formation des adultes*, Paris, PUF.

Michinov, N. (2003). L'usage des technologies de l'information et de la communication dans l'éducation : Le cas de la coopération à distance, in Toczek-Capelle M.-C. et Martinot D., *Le défi éducatif*, Paris, Armand Colin.

Morin, E. (1977). *La Méthode, La nature de la nature*, tome 1, Paris, Points Seuil.

Niewiadomski, C. (2002). Place des savoirs théoriques, expérimentiels et existentiels dans la formation des professionnels de santé, *Perspective soignante*, vol 14-15, p.200-216.

Nonaka, I. 1991 (1994). A. Dynamic theory of organizational knowledge Creation, *Organization Science*, Vol. 5, n° 1, p.4-37.

Wenger, E. (1998). *Communities of practice. Learning, meaning and identity*, Cambridge, Cambridge University Press.

Wenger, E. McDermott, R. Snyder, W.M. (2002). *Cultivating communities of practice*, Boston, Massachusetts, Harvard Business Scholl Press.