

## L'ÉCRITURE DE LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE METTRE DES MOTS SUR DES GESTES

PIERRE DOMINICÉ\*

### Résumé

Les professionnels des soins infirmiers n'ont guère l'occasion de formaliser le savoir qui sert de référence à leur pratique hospitalière. Dans le cadre d'une démarche de recherche-formation, une méthode d'échanges épistolaires proposée par des chercheurs à des spécialistes en soins infirmiers permet à ceux-ci un travail d'écriture de leur pratique et d'analyse réflexive des textes qu'ils ont produits, menée en commun avec les chercheurs. Le savoir tacite, le plus souvent fait d'évocations orales limitées au quotidien de la collaboration hospitalière, prend forme théorique. Plusieurs notions clés se dégagent des récits présentés dans la correspondance. Le partage de l'expérience pratique, travaillée dans l'écriture, conduit à identifier les principaux savoirs soignants qui guident l'activité du groupe d'infirmières exerçant une fonction de consultante de soins en qualité de spécialiste clinique. Cette démarche a abouti à la publication d'un ouvrage qui a pour intention d'élargir la recherche à d'autres interlocuteurs.

### Abstract

In the professional world of medical practice, the "tacit knowledge" which characterizes the clinical work of nurses has not often been the source of theoretical frameworks. In the context of a research and training scheme, some researchers have proposed nursing professionals a method consisting in exchanging letters about their practice. The written letters are used as clinical narratives, leading to a reflexive analysis of some of the main theoretical themes coming out of their practice. In order to act as consultants in their various specialized fields, the nurses need to identify a frame of reference.

41

\* - Pierre Dominicé, Université de Genève.

*The book which has been published on the basis of this research is a contribution to this identification of knowledge. The will to publish the results is also an invitation to an open dialogue centered on ways to construct or formalize tacit knowledge in the helping professions.*

## Identifier des savoirs spécifiques

Toute personne occupant une fonction de cadre a le souci d'assurer l'avenir professionnel de ses collaborateurs. La directrice des soins infirmiers de l'hôpital universitaire de Genève, en développant des postes d'infirmières spécialistes cliniques, exerçant un travail de consultante auprès des services de soins, était parfaitement consciente de la nécessité de défendre ce statut novateur et fragile. Les infirmières spécialistes cliniques (ISC), qui sont fréquemment d'anciennes infirmières de soins et parfois, d'anciennes responsables de service, ont un cahier des charges de spécialiste travaillant dans un secteur d'activité médicale inscrit dans l'organisation hospitalière, comme, par exemple, les maladies cardio-vasculaires ou la stomathérapie. Ce cahier des charges peut également être défini à partir de domaines cliniques en voie de constitution, tels que ceux de la douleur ou de l'image corporelle. Il s'agit, pour les spécialistes cliniques, d'exercer un rôle d'experte en soins infirmiers dans un champ clinique déterminé, en réponse aux besoins d'une population spécifique de patients. Ce statut requiert également des infirmières spécialistes cliniques qu'elles dispensent des prestations de soins hautement qualifiés dans le cadre d'une consultation spécialisée ou dans des situations de soins complexes, qu'elles élaborent et réalisent enfin des programmes d'enseignements destinés au patient, à ses proches ainsi qu'aux équipes de soins et autres professionnels. Elles peuvent, en outre, réaliser des programmes de recherche et d'assurance-qualité en soins infirmiers et participer aux recherches entreprises par le corps médical.

42

La directrice des soins infirmiers avait, par ailleurs, la conviction que cet espèce de pratique infirmière pouvait devenir une source d'enrichissement réel pour la profession. Elle jugeait, donc, primordial de valoriser l'expertise de cette nouvelle fonction. Les échos qui lui parvenaient étant avant tout fondés sur des témoignages oraux, elle me sollicita pour me demander de concevoir dans ce nouveau domaine d'activités, une manière de formaliser les savoirs « tacites » que ces praticiennes élaboraient au quotidien. Elle se rendait parfaitement compte de l'ampleur et de la complexité de la tâche qu'elle me confiait. Personnellement, j'ai vu dans sa demande une occasion d'approfondir le problème de la construction et de la portée du savoir clinique dans les professions d'aide. Des recherches précédentes, inspirées des travaux d'histoire de vie, m'avaient permis, en effet, de comprendre la puissance du récit et la place que celui-ci pouvait occuper dans un travail d'analyse de pratique. Je me suis donc lancé dans une aventure qui s'est révélée passionnante et dont je voudrais, dans cet article, souligner l'intérêt et la signification.

Rencontrer la directrice des soins infirmiers et discuter avec elle de sa demande ne voulait évident pas dire que le groupe des professionnelles concernées allait approuver son projet. De fortes réticences se sont manifestées dès la première réunion. Les universitaires sont, pour les infirmières, des gens de pouvoir qui sont assimilés aux médecins et n'ont donc guère l'habitude de défendre leur cause. Le climat hospitalier est, de plus, régi par le respect des hiérarchies, et les réticences auxquelles je me suis heurté tenaient, pour les infirmières, en grande partie, au fait de se mettre au service d'un projet qui n'était pas le leur. Des heures de discussion, et, parfois d'affrontement, ont été nécessaires pour prouver notre bonne foi. Nous avons convenu de procéder, dans un premier temps, à une phase exploratoire qui devait nous conduire à une identification plus précise des thèmes sur lesquels pouvait porter un travail de recherche. Nous étions, alors, trois chercheurs issus de la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, deux étudiants avancés de niveau post-licence, auxquels j'avais demandé si le projet les intéressait, en vue du travail qu'ils avaient à rédiger dans un cours partant sur les « démarches de recherche en formation d'adultes ». Brunella Colombelli était docteur en biologie et Benoît Michel, diplômé en psychologie clinique. Tous deux avaient travaillé pendant plusieurs années dans leur domaine professionnel, mais, tout comme moi, ils ignoraient le quotidien de l'hôpital, sinon pour l'avoir connu en tant que malade.

Suite à la suggestion de l'adjoite de la directrice des soins infirmiers, nous avons tous trois commencé par un temps d'observation de plusieurs demi-journées, en accompagnant en blouse blanche, dans son service, l'une des infirmières spécialistes cliniques. Ces temps passés au concret de l'activité hospitalière nous ont grandement aidé à saisir les enjeux de cette nouvelle orientation professionnelle. Ils nous ont permis, suite aux divers entretiens qui ont suivi les temps d'observation, de discuter personnellement avec chaque spécialiste clinique, d'explicitier nos intentions et de clarifier l'objet général de la recherche envisagée. Les réunions de l'ensemble des membres du groupe, au cours desquelles étaient restituées nos observations, ont également contribué à créer un climat de confiance qui a rendu possible le contrat de recherche auquel nous sommes parvenus après plusieurs mois de tâtonnement. Une recherche centrée sur l'activité de professionnels engagés dans un contexte institutionnel aussi codifié que le contexte hospitalier exige nécessairement un préalable de concertation. L'objet de recherche proposé par un supérieur hiérarchique ne peut être imposé aux collaborateurs concernés. Pour s'impliquer dans un projet, ceux-ci doivent en comprendre le sens et la portée institutionnelle. Ils ont, en outre, besoin de savoir à quoi ils s'engagent en termes de temps et à quoi va aboutir le travail auquel ils vont donner beaucoup d'énergie. Les questions, les réticences, les méfiances, qui ont fait l'objet d'échanges nombreux, au cours de ces premiers mois, constituent sans doute une garantie indispensable à la réalisation d'une telle recherche.

Après cette première phase d'observation et d'entretiens individuels, suivis de temps de synthèse avec l'ensemble du groupe, la démarche de récit de pratique a pu commencer. Un financement de recherche avait été obtenu auprès du Fonds national de la recherche scientifique. Une disponibilité de quelques heures par mois avait été attribuée aux membres du groupe, composé de neuf infirmières et un infirmier, et qui couvrait un faisceau de spécialités cliniques, correspondant à des domaines médicaux comme la diabétologie, la dermatologie ou la néphrologie, ou concernant plus spécifiquement le champ infirmier comme la stomathérapie, la toxico-dépendance ou l'atteinte de l'image corporelle. La crainte éprouvée par l'ensemble des membres du groupe, face à la mise en forme écrite des récits portant sur leur pratique, m'a conduit à suggérer une formule d'échange s'inspirant de la correspondance. Les trois chercheurs ont ainsi rédigé, en vue des trois étapes de la recherche, des lettres servant d'impulsion à un dialogue écrit qui prenait la forme de « lettres-réponse » rédigées par chacun à l'intention du groupe. Cette première écriture était suivie de lettres complémentaires, envoyées intentionnellement à l'un ou l'autre, en réponse à certains points du contenu de sa lettre. Cette formule de réseau d'écriture, qui aurait pu, quelques années plus tard, bénéficier du support informatique du « forum », a donné lieu à tout un corpus d'écrits, travaillés à la fois par le groupe et par les chercheurs, et longuement discutés lors de séances mensuelles d'analyse des textes de synthèse produits. Il s'agit d'une démarche qui associe recherche et formation et au cours de laquelle les praticiens impliqués apprennent à travailler un matériel de recherche. Celui-ci était composé, dans le cas des infirmières spécialistes cliniques, de documents reflétant l'analyse qu'elles avaient effectuées sur leur pratique et auxquels elles réfléchissaient à l'aide d'un apport conceptuel fourni par l'équipe de recherche et centré sur les thématiques récurrentes. Ces thématiques constituaient des axes de réflexion qui synthétisaient les idées rassemblées dans les lettres et fournissaient la base sur laquelle pouvait être envisagée la formalisation. Le regroupement effectué dans le texte final reprend les trois pôles de réflexion proposés dans la correspondance, à savoir, soi-même, en tant que soignant, la relation aux patients et la collaboration au sein de l'organisation hospitalière. L'ouvrage publié chez Seli Arslan en 2000, intitulé *La pratique des infirmières spécialistes cliniques : identifier des savoirs de référence*, est structuré en fonction de ces trois pôles.

## Faire de la pratique une recherche

Pour les infirmières hospitalières, la recherche conduit, le plus souvent, à des conclusions prescriptives, visant une amélioration des techniques de soins. La recherche proprement scientifique est réservée aux travaux de laboratoire et à l'activité scientifique des médecins. Faire des gestes de la pratique une occasion de réflexion pouvant conduire à une clarification théorique n'était pas courant. Donner à la réflexion une priorité dans la démarche de recherche ne l'était pas non plus. Les membres du

groupe ont dû apprendre à donner un espace social à des questions très souvent réservées à une réflexion personnelle ou au dialogue lié à un temps de collaboration étroite. Socialiser sa pratique réclame aussi d'avoir le courage de le faire, c'est-à-dire de trouver dans le groupe un lieu de confiance qui autorise l'aveu de découragements, d'explorations incertaines, d'opposition avec tel ou tel supérieur, membre du corps médical.

Les échanges réguliers de correspondance réclamaient également une discipline d'écriture qui exigeait qu'un temps suffisant soit pris pour formuler sa pensée. Les séances régulières de groupe demandaient non seulement d'y être présent, mais un travail non négligeable de lecture et de préparation. Participer à un sous-groupe chargé d'approfondir un thème retenu comme central exigeait, de même, de nouvelles disponibilités. Le temps alloué par la décharge partielle à l'investissement requis par la recherche s'est donc révélé insuffisant. Les contributions personnelles ont souvent été réduites le soir ou le week-end. Seul l'intérêt éprouvé dans les discussions de groupe et l'attachement progressif au groupe, dû à la qualité du dialogue qui s'y instaurait, ont permis que cet investissement ait lieu. Les trois membres du groupe de recherche, tout en étant très soucieux de nourrir les temps de rencontre de groupe et de sous-groupe ont craint, à plusieurs reprises, que l'engagement demandé soit excessif et que l'un ou l'autre, - ce qui a été le cas pour une des membres du groupe -, se décourage. Limitée par un financement prévu sur deux ans, la recherche s'est finalement prolongée à un rythme moins soutenu durant cinq ans. Nous tenions à assurer, par la publication finale d'un ouvrage, une socialisation du savoir produit par la recherche à l'intention des milieux professionnels concernés par la relation d'aide, notamment ceux qui travaillent dans le champ des soins infirmiers. Dans les derniers mois, les rencontres ont évidemment été infiniment plus espacées et seuls les volontaires sont restés vraiment actifs. La version finale du texte finalement publié a été effectuée par un petit groupe de trois rédacteurs, signataires de l'ouvrage.

Ces éléments, brièvement évoqués, ne sont pas à négliger. Une telle recherche, pour se réaliser, requiert un ensemble de conditions. Sans le mandat de la directrice et l'appui de son adjointe, qui ont donné l'impulsion initiale de la recherche et ont permis l'attribution d'une décharge de quelques heures mensuelles ainsi qu'un appui financier et logistique et sans le financement accordé par le Fonds national de la recherche scientifique, la démarche, telle qu'elle a pris forme, n'aurait pas été possible. Les thèmes travaillés étaient, par ailleurs, considérés par les membres du groupe comme fondamentaux. Les infirmières spécialistes cliniques se reconnaissaient dans les enjeux retenus lors des discussions, et l'ont souvent souligné. A mon sens, la dimension identitaire des problèmes abordés dans la recherche s'est révélée essentielle. La recherche ne pouvait pas garantir aux membres du groupe un statut professionnel qu'ils considéraient comme précaire. Ils en étaient conscients. Mais elle

allait valoriser le maintien de leur fonction, en indiquer la portée au niveau hospitalier et, sur un plan personnel, renforcer le sens de leur engagement professionnel.

L'animation des discussions en groupe a toujours donné lieu à une préparation importante au sein de l'équipe de recherche. Nous étions soucieux de l'expression de chacun et avons parfois provoqué le commentaire des plus silencieux en les invitant à s'exprimer. Les discussions de groupe ont toutes été intégrées dans le matériel de recherche. Tous les échanges étaient, en effet, enregistrés et ont, par la suite, été retranscrits. Dans le travail d'analyse des textes produits, ceux qui provenaient des séances de groupe ont servi de complément aux lettres issues de la correspondance. L'ouvrage mentionne ainsi des extraits de discussion qui viennent illustrer le propos de l'un ou l'autre. A nouveau, dans les textes discutés en groupe et qui ont souvent servi de base à ceux qui se trouvent dans la publication, nous avons été attentifs, en tant que chercheur, à respecter la diversité des modes d'expression et d'écriture en évitant de donner à certains, qui s'exprimaient parfois plus clairement, le monopole du récit. Cette discipline de l'interlocution m'apparaît également comme une des conditions de réussite de la recherche. Solliciter la parole de l'autre réclame que cette parole soit respectée dans tous les modes de restitution utilisés.

La pratique d'histoire de vie m'avait préparé à l'usage du récit. J'en connaissais la puissance d'évocation et la portée réflexive. J'ai retrouvé l'effet d'écho dans le récit de pratique offert par les infirmières spécialistes cliniques. Le propos n'est jamais banal parce que les faits évoqués, les cas présentés, les morceaux d'échange rapportés résonnent avec force comme révélateurs des enjeux de la pratique. Ce qui est partagé, a la consistance de l'expérience vécue, et l'écriture y ajoute le poids de la réflexion. Les mots trouvés sont choisis pour dire les gestes quotidiens et, parmi ces gestes, dévoiler la constance d'une pratique.

La partie de la recherche consacrée à la relation, de même qu'ultérieurement celle centrée sur l'organisation, ont nécessité, en plus de la correspondance, de disposer de l'appui de cas présentés oralement au groupe et choisis en raison de leur capacité d'illustration des thèmes évoqués. Lors de l'approfondissement de l'axe d'analyse portant sur l'organisation, l'évocation de difficultés, bien ou mal résolues, identifiées à l'occasion de la présentation de cas, a permis de mieux saisir les dynamiques interprofessionnelles à l'intérieur desquelles s'inscrivent l'activité de spécialiste clinique. Le récit ne comportait donc plus uniquement un échange épistolaire, mais également une restitution réfléchie de la pratique analysée ultérieurement en groupe. Pour les chercheurs, les observations qui s'étaient avérées extrêmement utiles en début de recherche, ont été reprises au moment du travail d'analyse de la pratique relationnelle. En plus de cette phase nouvelle d'observation, les échanges réguliers, prolongés sur plusieurs années, ont indéniablement facilité la compréhension des récits de pratique présentés par les infirmières.

## Production de savoir et production scientifique

Comme le précise l'ouvrage mentionné, dans son introduction, le savoir spécifique aux infirmières spécialistes cliniques, est un savoir contextualisé, un savoir circonstanciel, un savoir personnalisé. Il importe de savoir si le traitement convient au malade, de découvrir comment il le vit, quelles en sont « les répercussions sur sa vie et ses proches ». Même si le monde médical a tendance à ne valoriser, en tant que connaissance, que la connaissance scientifique, plusieurs travaux récents de sciences humaines mettent bien en évidence l'intérêt d'autres registres de la connaissance, en attribuant, notamment, une pluralité de significations à la notion de savoir. Connaissance et savoir sont, dans cet article, distingués, précisément pour montrer leur complémentarité en situation hospitalière. La connaissance scientifique, présente dans le savoir du diagnostic médical, s'articule à l'expertise clinique du savoir des soins. « Il importe de ne pas dissocier ces catégories de savoir en les hiérarchisant. Tout patient souffre de maladie en même temps que d'être malade ou d'être jugé comme tel. Prendre soin de sa souffrance requiert en conséquence une diversité de traitements et de soins. » (extrait d'une lettre d'une des participante, publiée dans l'ouvrage)

Les sciences de l'éducation, pour penser les modalités didactiques de l'apprentissage et de la transmission de connaissances, ont eu recours à une pluralité de sources disciplinaires. La formation des adultes a été confrontée à la nécessité d'élargir encore le champ de références théoriques en regard desquelles la connaissance est produite. L'approche clinique a permis de justifier la production d'un savoir élaboré dans le creuset de l'action, que celle-ci soit sociale, sanitaire ou pédagogique. En quittant le seul espace du laboratoire pour entrer dans d'autres usages de production théorique, le savoir a pu tirer parti de l'expérience des acteurs directs et respecter les caractéristiques circonstancielles et locales de son usage. Comme plusieurs auteurs l'ont souligné, notamment G. Malglaive ou J.-M. van den Maren, le savoir peut être, selon sa destination, scientifique ou pratique, appliqué ou technique, théorique, procédural ou stratégique. Le savoir du faire a été distingué du savoir de l'être, même si, dans le concret du geste, il est reconnu que ce savoir intervienne sous forme d'alliage, fabriqué en prenant appui sur un ensemble d'ingrédients ou de composantes. Le savoir peut être aussi comparé à un métabolisme qui réclame maturation et, par conséquent, s'inscrit dans la durée. Savoir ce que l'on sait avoir appris nécessite, en fin de compte, un recours au temps long de l'histoire de vie, comme nous l'avons montré dans nos travaux biographiques (Dominicé et al., 1999).

Plusieurs infirmières spécialistes cliniques admettent que le savoir provenant de leurs références théoriques sont complémentaires au savoir résultant de la médecine scientifique. Parce que leur cahier des charges leur donne le temps d'accompagner les patients auprès desquels leur expertise est sollicitée, les spécialistes cliniques restaurent des dimensions de savoir que la surcharge quotidienne que connaissent les

infirmières de soins ne leur permettent même plus d'aborder. Les thèmes de la souffrance et de la mort sont ainsi apparus comme des « impensés » de la pratique hospitalière. C'est la raison pour laquelle, dans beaucoup de lettres, la dimension de la globalité humaine des soins est fréquemment évoquée. « Je me surprends à écrire sur la vie, sur mon rapport à ma maternité alors que ma motivation première de cette lettre était de traiter du thème "face à la mort". Il me semble que ma confrontation à la mort dans des situations professionnelles ou personnelles m'enseigne quelque chose sur la façon d'entrer en relation avec l'autre. Comment ce savoir peut-il se construire et se transférer d'une situation "de mourant" à une situation de "vivant". Je réalise que ces deux étapes de la vie, naissance et mort font partie intégrante de ce savoir de relation. Ces deux polarités, l'amour inconditionnel du parent et ce lien vivant à la mort, sont pour moi complètement intriquées ; elles semblent être aux antipodes mais elle ont la même énergie. Bien souvent, l'évocation de la mort me rappelle la fragilité de la vie et surtout me fait prendre conscience de la finitude dans le sens où la vie n'est pas permanente. Par son effet de surprise, la mort m'oblige à avoir un comportement qui me satisfasse au plus près de mes valeurs. Je dis bien que c'est un état d'esprit vers lequel je tente de m'approcher, mais dont il est difficile de m'imprégner au quotidien. Dans la relation aux autres, cette éthique personnelle vers laquelle la mort me pousse, a un rôle important ; elle devient un élément moteur dans le transfert d'aptitudes et d'habiletés pour tout accompagnement de patients en difficulté dans leur vie. » (extrait d'une lettre, citée dans l'ouvrage)

Vue du côté du patient, la maladie résonne dans des registres autres que ceux de la pathologie. Le patient souffre en découvrant ce qui l'attend ou en réalisant ce à quoi il doit renoncer. Savoir entrer en relation pour partager la solitude de cette souffrance. Savoir quoi dire et quoi faire auprès du patient, lorsque celui-ci ne trouve plus les mots qui le rapprochent d'autrui et n'a plus envie de se charger de lui-même. Savoir, en tant que soignant spécialisé dans l'accompagnement de l'altération corporelle, les limites de l'aide à fournir à un patient qui est, en fin de compte, le seul à pouvoir accepter son handicap. Ces savoirs soignants ne vont jamais de soi. Il faut les construire pour être en mesure d'y faire recours. Il faut les inscrire dans son corps pour éviter d'être maladroit. Il faut pouvoir les mettre en doute face à l'imprévu.

## Un savoir ouvert au débat

Le savoir clinique invite le lecteur à devenir un interlocuteur. Il ne lui impose ni loi, ni principe. Il ouvre des horizons de sens à explorer. Les savoirs identifiés et évoqués dans l'ouvrage final ne constituent pas des vérités à transmettre que les autres soignants ignorent. Les lettres rédigées par les infirmières racontent une forme de savoir clinique qui demeure ouvert, constamment mis en débat et commenté lors des dia-



logues de groupes. C'est à travers un savoir issu du quotidien de l'action que des thèmes sont retenus comme centraux. Ce savoir professionnel présente des hypothèses théoriques, fondées sur une action réfléchie et que d'autres auront à s'approprier pour les vérifier. Il émerge de pratiques spécialisées et novatrices, mais il est aujourd'hui proposé, par l'intermédiaire des publications, qu'il s'agisse du document transitoire, des articles puis de l'ouvrage final, à un public plus large formé d'autres soignants, d'autres acteurs de la relation d'aide et d'autres professionnels des métiers de l'humain. La validité de ce savoir tient à sa force interlocutrice. C'est pourquoi il doit demeurer ouvert et s'enrichir du propos issu de la réflexion de ces autres praticiens. Les infirmières spécialistes cliniques reconnaissent que, dans leur profession, le doute relève d'une compétence. Une de ces infirmières dit ainsi : « Le doute est devenu une nouvelle certitude et douter fait penser et progresser. » Face à la complexité des situations à laquelle ces nombreux praticiens sont confrontés, il est essentiel de mettre en évidence cette fonction réflexive de l'incertitude. Le savoir de la preuve a contribué à fonder des pratiques. Le savoir identifié dans la pratique et porté à la connaissance des milieux professionnels concernés vient, de manière complémentaire, donner sens à une activité sans pour autant prétendre l'imposer comme vérité.