
La méthodologie Paideia dans la formation en santé

The Paideia methodology in health training

Mariana Dorsa Figueiredo et Gastão Wagner de Sousa Campos

Traducteur : Yvone Soares dos Santos Greis



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/rechercheformation/2609>

DOI : [10.4000/rechercheformation.2609](https://doi.org/10.4000/rechercheformation.2609)

ISSN : 1968-3936

Éditeur

ENS Éditions

Édition imprimée

Date de publication : 30 avril 2016

Pagination : 23-36

ISSN : 0988-1824

Référence électronique

Mariana Dorsa Figueiredo et Gastão Wagner de Sousa Campos, « La méthodologie Paideia dans la formation en santé », *Recherche et formation* [En ligne], 81 | 2016, mis en ligne le 30 avril 2019, consulté le 05 janvier 2021. URL : <http://journals.openedition.org/rechercheformation/2609> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/rechercheformation.2609>

La méthodologie Paideia dans la formation en santé

> Mariana Dorsa Figueiredo

Université de Campinas (UNICAMP, Brésil), faculté des sciences médicales, département de santé collective

> Gastão Wagner de Sousa Campos

Université de Campinas (UNICAMP, Brésil), faculté des sciences médicales, département de santé collective

Traduction portugais-français : Yvone Soares dos Santos Greis

RÉSUMÉ : L'article rend compte d'une recherche-intervention menée dans un cours de formation continue proposé aux professionnels de soins primaires du système de santé brésilien. Le cours a adopté comme référentiel pédagogique le « soutien Paideia », une méthodologie qui associe théorie et pratique, partant des problèmes concrets pour développer la capacité de réflexion et d'action des sujets (Campos, 2000). Le but de la recherche a été d'analyser les effets de l'usage de ce cadre méthodologique sur la formation et la pratique des professionnels, en prenant en compte la subjectivité. À partir de l'analyse d'un cas clinique suivi pendant le cours et des *focus groups*, nous avons identifié le développement de nouvelles connaissances, postures et compétences, essentielles à l'approche de la subjectivité. Les professionnels ont développé leur capacité de la réflexivité critique et une posture plus ouverte à l'écoute et au partage des décisions avec les patients. Ils ont développé des savoirs et des compétences pour le travail interprofessionnel et en équipe, aussi bien que pour la gestion du travail dans le contexte des soins primaires. Nous avons conclu également que l'articulation entre réflexion et intervention peut contribuer à produire des changements chez les sujets, dans leurs pratiques et dans les services de santé.

MOTS-CLÉS : formation professionnelle continue, soutien pédagogique, soins de santé, travail en équipe

1. Introduction

Le Brésil a un système de santé universel, basé sur le droit à l'accès gratuit à tous les niveaux de soins. Les soins de santé primaires sont la structure stratégique pour le développement de l'ensemble du système. Leur rôle est d'accompagner la personne au long de toute la vie et de lui faire accéder, si besoin est, aux soins spécialisés ou à l'hôpital.

Pour intervenir effectivement sur des déterminants psychosociaux de la santé, l'une des directives de la politique de santé brésilienne, spécialement dans le contexte des soins primaires, est inspirée d'une conception de soins appelée « Clinique élargie

et partagée» (Campos, 2000). Cette conception présuppose de : 1) ne pas envisager uniquement la maladie comme objet de travail, mais considérer le sujet dans son existence ; 2) établir, outre la guérison et la prévention, la coconstruction de l'autonomie comme objectif de travail ; 3) établir un diagnostic ne comprenant pas uniquement le savoir clinique et épidémiologique, mais aussi l'histoire et les savoirs du sujet ; 4) définir le travail thérapeutique prenant en compte la complexité biopsychosociale ; 5) construire des rapports basés sur le dialogue, le partage du savoir et du pouvoir, le lien et la responsabilisation ; et 6) travailler en équipe et en réseau.

Cependant, la formation des professionnels de santé est encore ancrée dans le paradigme biomédical, qui privilégie les aspects biologiques et limite l'approche thérapeutique à la guérison et la rémission des symptômes, ce qui est insuffisant pour analyser la complexité des dimensions constitutives des sujets. Il faut donc investir dans des propositions de formation qui apportent une vision plus ample du processus santé-maladie et qui les qualifient soit pour prendre en compte l'univers émotionnel, symbolique et socioculturel des sujets, soit pour comprendre la pratique clinique en tant que pratique interrelationnelle et pour agir sur les flux d'affects entre professionnels et patients.

Cet article décrit une recherche-intervention menée dans un cours de formation continue, proposé aux professionnels de soins primaires du système de santé brésilien. Le cours a adopté comme référentiel pédagogique la méthodologie de soutien Paideia (Campos, 2000) – qui sera définie dans ce qui suit. Le but de la recherche était d'analyser les effets de l'usage de ce cadre méthodologique sur la formation et la pratique des professionnels, surtout en ce qui concerne la prise en compte de la subjectivité dans la relation clinique.

Ce travail de recherche s'inscrit au carrefour des domaines de la gestion en santé publique, de la psychanalyse et des sciences de l'éducation. Du côté de la gestion en santé publique, les principes utilisés sont ceux de la cogestion, les déterminants psychosociaux de la santé et le travail interprofessionnel. De la psychanalyse de Freud (1975) et de Winnicott (1975), on adopte la conception de sujet régi par des désirs et des motivations inconscientes, et l'inconscient, à son tour, en tant qu'historique et social, constitué dans les premières interactions familiales, mais aussi inscrit dans une société et une culture données. La subjectivité, ainsi, serait un produit de la relation entre le monde intérieur et le monde social, ce qui marque le caractère unique dans la formation de l'individu et la construction collective de valeurs partagées dans la dimension culturelle. Du côté des sciences de l'éducation, on s'approche du constructivisme social de Vygotsky (1988), en considérant l'interaction sociale comme moteur de l'apprentissage et en soulignant le rôle actif de l'enseignant dans le développement du potentiel d'apprentissage des étudiants.

2. Le soutien Paideia : formation comme pratique, pratique comme formation

La formation des professionnels de santé au Brésil est basée sur le modèle d'éducation positiviste, qui tend à fragmenter la connaissance et à limiter les processus d'enseignement-apprentissage à la transmission du savoir d'un sujet qui le détient à un autre qui doit le retenir et le répéter.

La consolidation des politiques publiques qui assurent la citoyenneté exige un autre modèle d'éducation, qui motive le développement de la critique et encourage la créativité du sujet pour que celui-ci reconnaisse le caractère changeant de la réalité et essaie de la transformer. En outre, le travail en santé se réalise à travers les rapports entre les personnes. Par conséquent, la vision de monde, la posture éthique et politique, aussi bien que les affects du professionnel se manifestent lors de ses interventions (Oury, 1991). Il s'agit donc d'éléments à prendre en compte, tout comme les aspects technico-scientifiques, dans la formation. En considérant le contexte d'inégalité sociale du pays, le développement du système de santé brésilien dépend de professionnels ayant des compétences techniques, mais également éthiques, politiques et relationnelles, dotés de capacité critique et de sensibilité pour réfléchir sur la vie et la société et, finalement, pour agir dans des contextes complexes et marqués par l'incertitude. Il s'agit ainsi de reconnaître la dimension politique de la clinique (Benevides, 2005).

Pour atteindre ce but, la formation en santé devrait associer théorie et pratique, étude et intervention, partant des problèmes concrets pour développer la capacité de réflexion et d'action des sujets. Comme référentiel pédagogique à ce modèle de formation, nous proposons la méthodologie Paideia, un réseau conceptuel et opérationnel développé par Campos (2000) pour le travail avec des collectifs. Il s'agit d'un dispositif d'analyse des pratiques, toujours rare dans la formation médicale et paramédicale au Brésil, soit en formation initiale soit en formation continue.

À travers la mise en place de groupes de discussion sur la pratique, le but de la méthodologie Paideia est de développer la capacité des professionnels pour analyser des situations complexes, prendre des décisions et agir sur la réalité. En même temps, elle vise à interférer sur le contexte institutionnel des services de santé, en rendant effectifs la cogestion et le modèle de la «Clinique élargie et partagée». Ainsi, la méthodologie Paideia conçoit la formation en santé en tant que dispositif de production de changements simultanés chez les sujets, dans leurs pratiques et dans les services de santé.

La mise en pratique du soutien Paideia doit s'inscrire dans un espace collectif, avec des rencontres périodiques animées par un « appuyeur ». L'appuyeur contribue à la construction d'un *setting* protégé, en permettant que les personnes partagent leurs expériences et difficultés.

Le terme « appuyeur » cherche à renforcer la notion de soutien, mais aussi celle d'impulsion vers le mouvement. L'appuyeur soutient la construction du collectif, rendant

plus facile la réflexion, mais il procure à la fois de nouveaux concepts et des ressources menant le groupe à atteindre ses objectifs. Son travail est d'aider le groupe à analyser ses difficultés en s'engageant à passer de l'analyse et de la critique à l'intervention sur la réalité. Cependant, loin d'imposer ces propositions, il les met en débat afin que le groupe en fasse la cogestion.

En ce sens, la combinaison entre la *demande* du groupe et les *offres* de l'appuieur représente la caractéristique fondamentale du soutien Paideia. La notion d'offre s'appuie sur le constructivisme social de Vygotsky (1988). Pour cet auteur, en plus de créer un environnement protégé qui incite à la réflexion et à la construction des connaissances par l'étudiant, l'enseignant doit l'aider à surmonter les impasses dans les débats, en apportant des contre-exemples et des nouveaux concepts.

L'accent sur l'offre cherche à aider le groupe à se confronter à ce qui est différent et, par conséquent, à exercer sa capacité de gestion. Donc, on travaille soit à partir des demandes du groupe, soit à partir d'autres thèmes apportés par l'appuieur, comme des protocoles, des théories, des directrices institutionnelles et cliniques. La valorisation de l'offre vise à stimuler le groupe à se prononcer sur les finalités de son travail et à recomposer désirs, intérêts et projets.

La dynamique des rencontres s'appuie sur la stratégie de discussion de cas réels suivis par les professionnels, afin de les motiver à discuter leurs pratiques. À chaque rencontre, on analyse un cas et on définit les tâches que le groupe devra développer. La tâche peut consister dans la quête d'informations ou s'étendre à un projet structuré, impliquant plusieurs acteurs et la modification d'une certaine situation. Donc, lors de la rencontre suivante, le groupe évalue le résultat des actions et refait le plan d'intervention.

Nous utilisons ici le terme de cas dans la perspective clinique développée par la psychanalyse. Le récit d'un cas n'est pas le reflet fidèle d'un événement, mais une histoire reformulée à partir de la subjectivité du professionnel, on parle ainsi d'une *construction du cas*, au sens freudien. Outre les aspects techniques, c'est le rapport clinique qu'on met en évidence, les affects et les conflits qui s'y établissent et la manière dont l'équipe s'organise pour résoudre les problèmes.

Cette stratégie de formation centrée sur la discussion de cas a été développée par Balint (1988), qui proposait l'analyse du rapport entre médecins et patients et des aspects inconscients qui influençaient l'évolution de la maladie et du traitement. Dans le soutien Paideia, la stratégie a été élargie selon trois dimensions.

Tout d'abord, on a élargi la compréhension de ce qui se caractérise en tant que «cas». Dans le soutien Paideia, outre le débat sur des cas cliniques, on inclut des cas de santé collective et institutionnels (problèmes communautaires, situations d'ordre gestionnaire). Le deuxième sens de cet élargissement concerne le rôle actif de l'appuieur lorsqu'il apporte des propositions. Balint travaillait sur ce qui était apporté par le récit des cas, par rapport aux implications psychologiques dans la clinique. Dans le soutien Paideia, l'appuieur offre des éléments d'analyse et des conceptions théoriques

sur la santé, le travail en équipe et l'organisation du système de santé. La troisième dimension met l'accent sur l'action. Chaque cas est discuté pour comprendre la situation et aussi les thèmes qui émergent. Cependant, ensuite, il faut qu'un ensemble de propositions soit élaboré. Donc, plus qu'un exercice de réflexion, le cas est un défi que le professionnel devra mettre en pratique, évaluant les progrès et les difficultés.

Tels les groupes opératifs de Pichon-Rivière (1985), dans le soutien Paideia, le savoir se rapproche du faire, permettant qu'à partir de l'action les sujets analysent et modifient, par une prise de distance, eux-mêmes et leurs formes d'action. Le mouvement de reprise de l'analyse à partir de la réalisation des interventions permet de créer une diversité d'interprétations, de modifier en conséquence les sens déjà cristallisés et d'affirmer les possibilités de reconstruction de la réalité.

3. Méthodologie de la recherche : le soutien Paideia dans un processus de formation en santé

La recherche a été menée dans le contexte du « Cours de formation continue en santé de la famille : Gestion des soins primaires » offert par la Faculté des sciences médicales de l'Université de Campinas (UNICAMP) à 80 professionnels (médecins et infirmiers) des soins primaires de la ville de Campinas (état de São Paulo).

Quatre groupes d'environ 20 étudiants ont été constitués. Chaque groupe a été suivi par deux appuieurs : l'un d'entre eux était formé en médecine et l'autre en psychanalyse, au-delà d'être expérimentés dans le domaine de la santé publique. Le cours s'est déroulé pendant une période de 18 mois, les rencontres hebdomadaires ayant une durée de 4 heures. Le contenu du cours a englobé les aspects cliniques des soins primaires (santé des femmes, des enfants, des adultes et des personnes âgées, santé mentale et bucco-dentaire) et les questions liées à la santé publique et l'organisation du système de santé (processus santé-maladie-intervention, modèle de la Clinique élargie et partagée, dispositifs de cogestion, territoire, réseaux de santé, travail interprofessionnel et d'équipe).

À chaque rencontre, un étudiant apportait un cas à la discussion et, par la médiation de l'appuieur, le groupe analysait ses multiples dimensions. Avec l'appui des offres théoriques liées à la clinique et à la gestion, le groupe proposait des alternatives d'action que l'étudiant devait adresser à son équipe de travail afin d'élaborer un projet thérapeutique (pour les cas cliniques) ou un projet d'intervention (pour les cas de santé collective ou de gestion) et de concevoir des actions pour les mettre en pratique. Ultérieurement, l'étudiant réexposait le cas et le groupe réfléchissait sur les nouvelles informations et proposait d'autres actions.

Il s'agit d'une recherche-intervention (Rocha et Aguiar, 2003), réalisée par l'un des appuieurs du cours dans le cadre de sa thèse de doctorat¹. Le cadre méthodologique

¹ Les biais possibles de l'implication du chercheur-appuieur-auteur de l'article ont été analysés lors des séances de supervision.

a été basé sur l'herméneutique critique (Ricœur, 1991), qui considère la dialectique entre la pensée critique et la tradition comme condition pour l'interprétation, de sorte que l'interprétation dans la recherche vise non seulement à comprendre, mais aussi à transformer la réalité.

Le but de la recherche était d'analyser les effets de l'usage de la méthodologie Paideia sur la formation et la pratique des étudiants, surtout en ce qui concerne la prise en compte de la subjectivité dans la relation clinique.

Le travail sur le terrain s'est déroulé pendant le développement du cours. Différents outils ont été utilisés pour produire le matériel empirique de la recherche, afin d'établir des connexions entre les discours des sujets et leurs pratiques et étendre la validité des interprétations...

a) Le matériel produit dans le cours :

- Deux séances de *focus groups*² d'évaluation du cours, avec la participation des étudiants ;
- Sélection d'un cas clinique mis en discussion pour approfondir l'analyse sur les interventions³.

b) Le matériel produit spécifiquement pour la recherche :

- Deux nouvelles séances de *focus groups*, cette fois ciblées sur le thème de la subjectivité dans la clinique ;
- Discussion avec l'équipe de santé avec qui travaillait le professionnel responsable du cas sélectionné, pour reprendre l'analyse sur les interventions réalisées.

Pour l'interprétation du matériel empirique, une approche narrative (Ricœur, 1991) a été utilisée, composant un scénario pour attribuer un sens et de la cohérence aux discours des sujets. Les récits ont été interprétés d'après quatre catégories d'analyse : clinique ; gestion et travail en équipe ; gestion de soi ; et méthodologie du cours, lesquelles seront présentées ci-après.

4. Résultats : les constructions de la recherche

4.1. La reconnaissance de la biographie de Dona Ana

Le cas de Dona⁴ Ana a été rapporté par le Dr Arthur⁵, médecin d'un centre de santé. Dona Ana, 75 ans, était mère de douze enfants. Elle souffrait d'hypertension, prenait

2 Le *focus group* est une technique de recherche qualitative qui permet de recueillir des informations sur des perceptions, croyances et attitudes sur un thème, dont la capture est favorisée par l'interaction de groupe (Morgan, 1998).

3 On a choisi l'un des cas qui incarnaient sous une forme plus emblématique le thème de la subjectivité.

4 Forme de traitement respectueux en portugais lorsqu'on utilise le prénom d'une femme.

5 Tous les noms mentionnés dans ce travail sont fictifs.

ses médicaments de façon irrégulière et n'acceptait pas d'être soignée par sa famille. Le Dr Arthur a choisi ce cas car Dona Ana exigeait beaucoup de l'équipe et se plaignait beaucoup (douleurs dans le dos, dans les jambes, migraines, insomnie). Son agressivité contre l'équipe avait entraîné plusieurs conflits.

Le groupe s'est identifié avec la situation : « *nous avons tous une Dona Ana qui frappe à notre porte* ». Pendant la discussion, ils se sont rendu compte que l'équipe de Dr Arthur, qui la classait comme « polyplaintive », ne prenait pas au sérieux ses besoins et la traitait de façon prescriptive. Pourtant Dona Ana voulait être entendue ; derrière ses plaintes, elle cherchait un sens à sa vie. Le groupe s'interrogeait sur l'impuissance ressentie par l'équipe et sur la complexité des cas comprenant des questions psychosociales. Nous avons donc discuté la nécessité d'aborder des multiples plans d'action et l'expectative de la résolution dans le contexte des soins primaires (où le concept de « l'accompagnement » est plus adapté que celui de la « guérison »).

Le groupe a suggéré comme propositions d'intervention : a) comprendre le réseau social de Dona Ana ; b) resserrer les liens de la patiente avec l'équipe ; c) rétablir le contact avec sa famille ; d) découvrir des activités qui lui plaisent.

Six mois plus tard, le Dr Arthur a réexposé le cas. L'une de ses interventions a produit un grand changement dans la relation avec Dona Ana. Le Dr Arthur s'est rendu chez elle pour une visite « sans prétention », juste pour causer, écouter son histoire de vie et a ainsi réussi à approfondir son diagnostic. Cette intervention, apparemment simple, a contribué à ce que le Dr Arthur assume le rôle de professionnel de référence pour Dona Ana, améliorant son contact avec toute l'équipe.

Le Dr Arthur a également discuté avec les enfants de Dona Ana, cherchant un rapprochement des membres de la famille. Les résultats de ces interventions ont été repérés par l'équipe lors d'autres visites de routine :

« Le mari de sa petite fille lui a repeint les murs et on lui a remplacé quelques meubles. Dona Ana était sereine, elle disait que ce n'était pas nécessaire, mais qu'elle en était reconnaissante et heureuse. Lors d'une autre visite, Dona Ana nous a invités à entrer chez elle et nous a dit qu'elle avait été très touchée par nos efforts. Elle nous a pris dans ses bras au moment de prendre congé » (Dr Arthur).

Le groupe a identifié que l'équipe avait élargi sa capacité de dialoguer, de négocier et de développer la participation de la famille et de la patiente. C'est l'existence d'un espace destiné à l'équipe et les réunions périodiques qui ont permis au Dr Arthur d'apporter ses réflexions faites pendant le cours. Le reste de l'équipe a pu analyser ses propres affects et le besoin de mieux comprendre les demandes de Dona Ana. Sa disposition à écouter et à prendre en compte l'histoire de vie de la patiente lui a permis de mieux l'accueillir et de se sentir plus satisfait de son travail :

« L'équipe est plus tolérante. Nous nous sommes aperçus qu'il faut une écoute et une action moins prescriptive et répressive. L'équipe se sent plus productive et utile. On constate moins d'angoisse et plus de capacité de résolution » (Dr Arthur).

L'équipe du Dr Arthur a eu l'occasion d'apporter son regard sur le suivi du cas :

«C'était l'effet d'action et de réaction : en peu de temps, Dona Ana allait bien mieux. Actuellement, c'est quelqu'un de différent de celle qui nous faisait fuir quand elle se présentait au centre de santé. Et c'est grâce aux discussions qu'on y est parvenu».

«Le Dr Arthur a beaucoup changé. Il disait "je n'aime pas les réunions d'équipe et discuter des cas, je n'ai pas de patience pour cela". Maintenant, il en revient motivé, il nous montre toujours quelque chose qu'on n'arrive pas à voir. Il s'y est engagé et a contaminé l'équipe».

4.2. Les effets du cours

4.2.1. À propos de la clinique : écouter, réfléchir, partager

Nous avons observé que les étudiants ont acquis des compétences essentielles à l'approche de la subjectivité, par exemple...

La capacité de réflexion critique

Les étudiants ont déclaré que beaucoup de leurs interventions s'appuyaient sur des réponses automatiques pour éviter le contact avec l'angoisse. L'offre de médicaments comme un moyen de calmer les demandes non circonscrites à ce qui relève du biologique en est un exemple : *«On croit qu'il faut donner une réponse et une réponse, à notre avis, signifie presque toujours un médicament»*. Un autre exemple : les interventions réglées par des valeurs, des concepts et des désirs du professionnel et non par la demande du patient : *«On essaie d'aider en indiquant une manière de résoudre le problème, mais celle qu'on choisit est la "nôtre". Nous avons besoin d'écouter et de nous ouvrir à ce que l'autre apporte»*.

Les étudiants mentionnaient d'ailleurs que le contact avec les patients peut mobiliser de la «haine» et de la «révolte» et qu'ils ont appris à identifier et à traiter avec ces affects à partir d'un exercice réflexif qui éclaircit la clinique :

«Il n'y a pas de manuel. Il faut réfléchir : "je suis énervé et je ne peux pas rester dans cet état". Chaque fois que le patient réveille en nous de la colère, de la tristesse ou de l'angoisse, nous discutons cela en réunion d'équipe».

La capacité d'écouter

Les récits signalent la compréhension des demandes du patient à travers des ressources qui dépassent la clinique traditionnelle :

«Nous apprenons à voir au-delà de ce qu'il est en train de nous dire, car souvent il se plaint d'une chose et le problème est un autre. Nous faisons ceci lors de nos visites à domicile pour comprendre où il a grandi, sa foi, le milieu dans lequel il vit, sa famille».

Les étudiants ont fait référence à une série d'attitudes *«très simples et discrètes»*, mais qu'il faut constamment rappeler et mettre en pratique :

«Accueillir le patient à la porte, l'installer, ranger son sac, poser le stylo sur le bureau et le regarder dans les yeux. C'est ainsi qu'on se rapproche et qu'on approfondit les rapports».

La capacité à partager

Les étudiants ont indiqué la singularisation des interventions et la combinaison entre les demandes des patients et les offres thérapeutiques :

«Parfois, nous faisons une proposition et le patient ne l'apprécie pas. Donc, on essaie de négocier. Nous devons tout aborder, y compris l'aspect biologique, mais si on commence par une autre approche, il nous fait confiance et comprend que nous nous intéressons à lui et pas exclusivement à son hypertension, à son diabète».

Ils ont souligné l'importance de la participation du patient à la mise en place du projet thérapeutique comme facteur décisif dans des interventions, ce qui montre qu'ils reconnaissent la dimension du sujet, chez chaque patient et chez soi-même, comme dimension organisatrice de la clinique :

«Il faut qu'il coopère, contrairement, nous cherchons à lui trouver un emploi, une place à la crèche et, en vérité, le patient ne veut rien de tout cela. Et il faut que nous soyons préparés à entendre qu'il ne veut rien de tout ça. Nous avons tendance à nous indigner, car il n'a pas accepté ce dont nous avons "rêvé" pour lui».

4.2.2. Gestion et travail en équipe : interface gestion-subjectivité

Les étudiants ont remarqué que la théorie sur la gestion les a aidés à identifier les erreurs dans le mode d'organisation du travail. Ils ont prouvé qu'ils s'étaient approprié de ce qui constituait la finalité des soins primaires :

«Si on sait que la visite à domicile est essentielle dans les soins primaires, on n'y renonce pas pour s'occuper d'un patient qui se présente ayant la grippe. Les urgences pourront s'occuper de lui. Mais si j'annule ma visite, est-ce qu'un autre service va la faire? C'est prioritaire pour nous, nous devons y réussir».

On a constaté des progrès dans la constitution du travail en équipe grâce aux interventions des étudiants :

«Nous faisons en sorte que les réunions soient plus axées sur les problèmes. Nous insistons pour que les choses soient présentées en réunion. C'est ainsi que l'équipe se transforme en une vraie équipe».

Les étudiants ont souligné l'importance d'élaborer un projet commun pour que l'équipe puisse s'entendre sur les significations du travail. Ils indiquent qu'il s'agit d'une tâche permanente :

«Lorsque nous adoptons la proposition des soins primaires, cela déclenche bien des choses. Il y a bien sûr des phases pendant lesquelles le personnel perd sa motivation. C'est à ce moment-là que l'équipe doit réagir : "Essayons encore!" C'est un processus».

Ils ont indiqué que cette *fonction de soutien* à la constitution de l'équipe devrait être composée par les instances de gestion. Ils ont aussi souligné le besoin d'un *lieu* et d'un *temps* pour que ce soutien puisse avoir lieu, permettant que le traitement des conflits et des angoisses soit compris comme matériau de travail de l'équipe : *«que ceci se fasse dans un espace légitime et non dans la cuisine, pendant la pause-café, pour que l'équipe prenne des décisions ensemble».*

La question de la surcharge et de l'épuisement des professionnels a été mentionnée, soit concernant le contact avec la souffrance, la pauvreté et la violence, soit quant à la pression d'une demande croissante de patients, incohérente par rapport à la capacité du service. Les étudiants ont défini l'espace collectif comme celui de la production de santé des professionnels eux-mêmes :

«La réalité est très cruelle, tu as comme un couteau sur ta poitrine, tu travailles n'importe comment parce que tu en as déjà un autre qui t'attend à la porte. Il faut de l'espace non seulement pour discuter des cas, mais aussi pour qu'on puisse discuter à propos de nous-mêmes. Nous avons besoin de traiter la souffrance, l'impuissance, c'est ça, la santé du travailleur».

Selon l'évaluation des étudiants, le cours s'est réalisé dans ce sens et a contribué à ce qu'ils puissent s'approprier leur propre travail, ce qui a produit des changements dans la perception de la surcharge et de l'épuisement : *«Le cours a servi comme espace où on pouvait discuter nos angoisses. On attendait ce soutien et nous l'avons quitté fortifiés».*

4.2.3. Gestion de soi : le travail comme œuvre

Outre les changements dans les conceptions et dans les pratiques professionnelles, les récits attestent des effets du cours dans d'autres domaines :

«Nous avons changé dans notre vie personnelle, dans la façon de traiter nos enfants. Nous avons cessé de fragmenter la connaissance, la vie. Beaucoup de choses qu'on demandait aux patients de changer, on devait aussi les changer chez nous».

Les étudiants ont également fait référence au développement de compétences et d'habilités relationnelles, dépassant l'acquisition de concepts et de théories :

«Quelques uns parmi nous ont adopté une posture de leader. D'autres qui n'exprimaient jamais leurs opinions participent dorénavant aux discussions. Le cours a intensifié notre action en tant que personnes. Nous avons réussi à voir l'autre et à nous mettre à sa place».

Les récits ont indiqué que le cours a exercé une fonction structurante dans l'identification des étudiants avec leur propre travail et a rajouté une valeur positive au travail de soins primaires, engendrant un sentiment de gratitude et une certaine joie :

«Le cours nous a fortement stimulés et motivés. Quand nous solutionnons un cas ou réussissons à faire de petites choses, nous nous rendons compte que notre travail est important. Le préjugé d'être une équipe qui travaille dans un "petit centre de santé"⁶ a diminué».

La satisfaction professionnelle dépend de la reconnaissance des résultats de leur travail, c'est-à-dire de la valeur de leur *œuvre* personnelle. En encourageant les étudiants à s'engager dans le projet institutionnel des soins primaires, le cours a fonctionné comme un dispositif de désaliénation et de restauration du travail en santé comme *œuvre*.

6 Au Brésil, le travail dans le contexte de soins primaires est très dévalorisé socialement.

4.2.4. Le soutien Paideia comme stratégie de formation : l'expérience dans le collectif

Les récits ont mis en évidence le partage des expériences, l'accent étant mis sur l'association entre connaissance et pratique, procurée par les discussions de cas : « *Quand on voyait comment un collègue s'occupait d'un patient, cela devenait plus facile. Un livre, n'importe qui peut le prendre et lire. Cependant, l'échange que nous faisons avait une fonction qui n'existe nulle part* ». L'espace collectif a permis aux étudiants d'être en relation, d'épurer leur sensibilité et d'élargir leur répertoire analytique et opératif. La diversité des thèmes abordés dans les discussions de cas et l'échange d'expériences ont permis d'élargir la discussion sur le travail de soins primaires et ont contribué au développement de résonances de l'intervention auprès de chaque étudiant dans le processus d'apprentissage du groupe.

L'accent mis sur l'aspect relationnel a été relevé comme un événement qui a favorisé la réflexion sur soi-même : « Nous avons choisi le cas le plus difficile et avec lequel nous nous identifions le plus. Nous avons donc appris au fur et à mesure à traiter avec nos implications ». Par la valorisation de la singularité de l'expérience captée par le regard et par l'écoute du professionnel et de l'équipe, les étudiants ont pu se situer dans la relation, se confrontant à leurs préjugés, leurs angoisses et leurs mécanismes de défense. L'engagement pour assurer un *setting* protégé pour la groupalité a produit un espace perçu comme sécurisé pour supporter les vicissitudes de la pratique, soit les « questions les plus douloureuses, sans peur de la critique ».

5. Remarques finales et conclusion

Les effets du cours se sont situés au niveau de trois dimensions interdépendantes : la connaissance ; les attitudes et postures ; les compétences et habilités.

L'expérience qui consiste à analyser et à discuter la pratique dans un espace collectif a fortement modifié le rapport des étudiants avec la connaissance. Ils ont assumé la position de celui qui construit la connaissance lorsqu'ils ont mis en équation concepts, normes et compréhension du cas singulier, produisant un savoir interdisciplinaire, c'est-à-dire, la *praxis* elle-même de la santé.

Le développement de la capacité réflexive et analytique des étudiants a été important. En reconnaissant la dimension politique de la clinique, ils ont compris les rapports entre modèles de gestion, organisation des services et pratiques de soin, et ont questionné ce qu'ils produisent dans la clinique. Il s'agit ici de l'incorporation de connaissances, mais aussi d'une posture réflexive et critique face au monde et au rôle social du professionnel de santé pour la réduction des inégalités sociales de santé.

Les interventions auprès de Dona Ana ont révélé le développement des compétences et des habilités essentielles pour une clinique sensible à la dimension de la

subjectivité. Le Dr Arthur et son équipe ont modifié le rapport avec la patiente à partir de la compréhension de son histoire apportée par elle-même. Le développement de la capacité à écouter, la suppression des préjugés et la reconnaissance des affects, a permis d'accéder à la souffrance et aux besoins de Dona Ana, cachés sous l'étiquette « polyplaintive ». Considérée comme un sujet, ayant une biographie singulière, des désirs, des potentiels et des limites, l'équipe a pu rétablir un dialogue avec elle et construire un sens pour les propositions thérapeutiques.

La stratégie de discussion de cas a permis aux participants de mieux comprendre les rapports thérapeutiques, les relations entre les membres de l'équipe et d'analyser leurs sentiments. La possibilité de partager leurs réflexions et leurs expériences a favorisé la créativité dans les interventions et les liens entre la connaissance et la pratique, donnant du sens au processus d'apprentissage. Suivre ces cas a permis aux étudiants d'exercer leur capacité de dialogue et de négociation, non seulement dans les discussions de groupe, mais aussi dans le développement des propositions de traitement avec les patients et l'équipe.

La méthodologie du cours a permis d'atteindre l'objectif de développement de la capacité d'analyse et d'intervention des étudiants pour la construction de pratiques plus ouvertes et partagées. Les bases de la méthodologie reposent sur les articulations entre théorie et pratique, réflexion et intervention. Cependant, outre la dimension opérative de la méthodologie intégrant pensée et action, sa potentialité est de procurer la construction d'un *sens* aux expériences.

Le soutien Paideia agit sur l'intersection des dimensions analytique, technique et politique, ce qui rappelle une provocation de Freud (1975) qui déclare que la psychanalyse, l'éducation et la politique sont des métiers « impossibles ». Impossibles car incessants, c'est-à-dire qu'à chaque action, il faut les réinventer. Ils dépendent d'ailleurs d'un certain pari, étant donné qu'ils cherchent à produire des changements. La nature de ces métiers (et celui de l'appuyeur) est donc indéterminée et indéterminable.

Castoriadis (1987) a défini l'acte de psychanalyser, d'éduquer et de gouverner comme un activité dont la finalité est de construire l'autonomie. L'auteur attire l'attention sur le fait que dans ces domaines, les processus et les résultats ne sont pas dissociés. L'autonomie est donc le but à atteindre, mais ce n'est qu'à travers son exercice qu'elle devient possible. Les résultats du processus de formation présentés dans ce travail se trouvent donc dans la possibilité du sujet d'exercer son autonomie, de s'interroger quant aux sens reçus de la tradition et de la société et, par conséquent, de pouvoir construire une plus grande capacité d'autonomie pour modifier ses pratiques. Cette disposition à se poser des questions ne se fait pas d'un seul coup, mais doit être travaillée en permanence visant à remettre en question les certitudes qui soutiennent l'existence, le savoir et les façons d'être et d'agir. Une *formation Paideia*, comprenant ses connexions avec la politique, la psychanalyse et l'éducation et dans

son rapport étroit avec la coproduction des sujets réflexifs et intervenants, exige de se réaffirmer quotidiennement.

Mariana Dorsa Figueiredo

madorsa@hotmail.com

Gastão Wagner de Sousa Campos

gastaowagner@mpc.com.br

Bibliographie

- Balint, M. (1998). *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro, Brésil : Livraria Atheneu.
- Benevides, R. (2005). A psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces? *Psicologia & Sociedade*, 17 (2), 21-25.
- Castoriadis, C. (1987). *Encruzilhadas do labirinto*. Rio de Janeiro, Brésil : Paz & Terra.
- Campos, G.W.S. (2000). *Um método para análise e cogestão de coletivos*. São Paulo, Brésil : Hucitec.
- Freud, S. (1975) (première édition : 1937). *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, Brésil : Imago Editora.
- Morgan, D.L. (1998). *The Focus Group Guidebook*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Oury, J. (1991). Itinéraires de formation. *Revue pratique de psychologie et de la vie sociale et d'hygiène mentale*, 1, 42-50.
- Pichon-Rivière, E. (1985). *O processo grupal*. São Paulo, Brésil : Martins Fontes.
- Ricœur, P. (1991). *Temps et récit. Tome I. L'intrigue et le récit historique*. Paris : Seuil.
- Rocha, M.L. et Aguiar, K.F. (2003). Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 23 (4), 64-73.
- Winnicott, D.W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro : Imago.
- Vygotsky, L. (1988). *A formação social da mente : o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. São Paulo : Martins Fontes.

Abstract

The Paideia methodology in health training

ABSTRACT: The article reports an intervention study conducted during a continuing education course for primary health care professionals working in the Brazilian health system. The course adopted as a teaching reference the 'Paideia support', a methodology which combines theory and practice, using concrete problems to develop the subjects' capacity for reflection and action (Campos, 2000). The aim of the study was to analyse the effects of this methodological framework on the training of the professionals involved and on their professional practice, with an emphasis on subjectivity.

From the analysis of a clinical case followed during the course and “focus groups”, we identified the development of new knowledge, skills and stances, which are essential for the subjectivity approach. The professionals developed their critical-reflexivity, their listening skills and their ability to involve patients in the decision-making process. They gained knowledge and skills for use in group and inter-professional work, as well as for the management of work in the context of primary health care. We also concluded that this linkage between reflection and action can help to bring about changes in people, their practices, and also in health services.

KEYWORDS: continuing professional development, curriculum support, health care, team work