

Journée scientifique HECVSanté 2006

Transdisciplinarité : mythes et réalités"

Actes

Tables des matières

LA TRANSDISCIPLINARITE - GENESE, FINALITE ET ENJEUX* <i>Basarab Nicolescu</i>	3
ENJEUX DE LA COLLABORATION ENTRE GROUPES SOCIOPROFESSIONNELS PERÇUS COMME DIFFERENTS <i>Carine Layat Burn</i>	12
HANDICAP, FAMILLE ET LESION CEREBRALE. LA TRANSDISCIPLINARITE AU SERVICE D'UNE APPROCHE NEURO-SYSTEMIQUE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT : DU SYMPTOME AU SENS PATIENT, FAMILLE ET INSTITUTION <i>Christian Belio(1) , Jean-Marc Destailats(2), Jean-Michel Mazaux (3)</i>	17
LA MEDIATION : UNE CONTRIBUTION AU PROCESSUS DE CONSTRUCTION DE LA TRANSDISCIPLINARITE <i>Achille Grosvernier</i>	30
LE PHENOMENE DE CHRONICITE ET L'APPROCHE TRANSDISCIPLINAIRE : L'EXEMPLE DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE <i>Chantal Montreuil</i>	38
TRANSDISCIPLINARITE & SECRET PROFESSIONNEL <i>Christian Hänni</i>	41
TRANSDISCIPLINARITE, ENTRE MYTHE ET REALITES : LA SANTE COMMUNAUTAIRE <i>Claudine Badoux</i>	43
MANAGEMENT ET TRANSDISCIPLINARITE : DE L'UTILITE DE NOUVEAUX PARADIGMES ? <i>Hélène Brioschi Levi, Ana Maria Lagos, Sylvie Favre Truffer, Corinne Stadelmann Diaw</i>	51
LA TRANSDISCIPLINARITE : UNE CONDITION PREALABLE A LA PRATIQUE DES SOINS PALLIATIFS <i>Michel Pétermann</i>	60
COLLABORATION ENTRE DISCIPLINES : FAVORISER LES RELATIONS INTERPROFESSIONNELLES CONSTRUCTIVES <i>Carine Layat, Patricia Perrenoud</i>	66
ENTRE ETHIQUE ET GESTION D'EQUIPE: ENTRE ETHIQUE ET GESTION D'EQUIPE: QUELS FREINS A LA TRANSDISCIPLINARITE ? <i>Sébastien Kessler</i>	71
PERSONNES ET SYSTEMES SOIGNANTS : UN REGARD ETHIQUE (UN PEU) CRITIQUE SUR LA TRANSDISCIPLINARITE <i>Thierry Collaud</i>	80

LA TRANSDISCIPLINARITE - GENESE, FINALITE ET ENJEUX*

Basarab Nicolescu

Permettez-moi de commencer par quelques considérations sur ce que nous appelons « Réalité ».

Si nous parlons aujourd'hui de "réenchantement du monde" cela signifie qu'il y a un "désenchantement du monde", célèbre expression introduite par Max Weber et qui figure comme titre d'un livre connu, de Marcel Gauchet¹.

Le désenchantement du monde est le résultat de *l'idéologie scientiste* qui est apparue pourtant comme une idéologie d'avant-garde, qui a connu un extraordinaire essor au XIX^e siècle et qui a profondément changé notre vision de la Réalité. Les conséquences du scientisme ont été et sont encore considérables, sur tous les plans de la vie individuelle et sociale². Selon le scientisme, une connaissance digne de ce nom ne peut être que scientifique, objective. La seule réalité digne de ce nom est, bien entendu, la réalité objective, régie par des lois objectives. Toute connaissance autre que scientifique est repoussée dans l'enfer de la subjectivité, tolérée tout au plus en tant qu'ornement ou rejetée avec mépris en tant que fantasme, illusion, régression, produit de l'imagination. Au fond, au delà de l'immense espoir qu'il a soulevé, le scientisme nous a légué une idée persistante et tenace : celle de *l'existence d'un seul niveau de Réalité*, où il ne peut y avoir ni vie, ni liberté, ni création de nouveauté. Il s'ensuit toutes sortes de "mort" et de "fin" : la mort de Dieu, la mort de l'homme, la mort de la Nature, la fin des idéologies, la fin de l'Histoire et demain, peut-être, la fin de la science et la fin des religions.

Comment sommes-nous arrivés à cette situation ?

Le scientisme n'est pas la science. Il est une idéologie qui s'appuie d'une manière arbitraire sur la physique classique.

La science moderne est fondée sur l'idée d'une séparation totale entre le sujet-connaissseur et la Réalité, supposée être complètement *indépendante* du sujet qui l'observe. Mais, en même temps, la science moderne se donnait trois postulats fondamentaux, qui prolongeaient, à un degré suprême, sur le plan de la raison, la quête de lois et de l'ordre :

1. L'existence des lois universelles, de caractère mathématique.
2. La découverte de ces lois par l'expérience scientifique.
3. La reproductibilité parfaite des données expérimentales.

* Conférence à la Journée scientifique de la HECVSanté 2006 « La transdisciplinarité : entre mythes et réalités », Lausanne, 19 octobre 2006.

¹ Marcel Gauchet, *Le désenchantement du monde. Une histoire politique de la religion*, Paris, Gallimard, 1985.

² Basarab Nicolescu, *Nous, la particule et le monde*, Le Mail, Paris, 1985. 2^e édition : Le Rocher, Monaco, Collection « Transdisciplinarité », 2002.

Les succès extraordinaires de la physique classique, de Galilée, Kepler et Newton jusqu'à Einstein, ont confirmé la justesse de ces trois postulats. En même temps, ils ont contribué à l'instauration d'un paradigme de *simplicité*, qui est devenu prédominant au seuil du 19^e siècle.

La physique classique est fondée sur l'idée de *continuité*, en accord avec l'évidence fournie par les organes des sens : on ne peut pas passer d'un point à l'autre de l'espace et du temps sans passer par tous les points intermédiaires.

L'idée de continuité est intimement liée à un concept-clé de la physique classique : *la causalité locale*. Tout phénomène physique pouvait être compris par un enchaînement continu de causes et d'effets : à chaque cause à un point donné correspond un effet à un point infiniment proche et à chaque effet à un point donné correspond une cause à un point infiniment proche.

Le concept de *déterminisme* est central dans la physique classique. Les équations de la physique classique sont telles que, si on connaît les positions et les vitesses des objets physiques à un moment donné, on peut prédire leurs positions et leurs vitesses à n'importe quel autre moment du temps. Les états physiques étant des fonctions de positions et de vitesses, il en résulte que si l'on précise les conditions initiales (l'état physique à un moment donné du temps) on peut prédire *complètement* l'état physique à n'importe quel autre moment donné du temps.

L'objectivité de la physique classique est fondamentalement liée à la connaissance d'un objet évoluant dans le temps à une dimension et dans l'espace à trois dimensions.

Le scientisme s'empare de cette objectivité, résultat d'un réalisme classique aujourd'hui dépassé.

Le grand événement qui a pulvérisé les fondements du scientisme est la révolution quantique, qui s'est produite en explorant le monde de l'infiniment petit et infiniment bref.

La mécanique quantique est en rupture totale avec la mécanique classique.

Selon la découverte de Planck, l'énergie a une structure discrète, discontinue. La *discontinuité* signifie qu'entre deux points il n'y a rien, ni objets, ni atomes, ni molécules, ni particules, juste *rien*. Et même le mot « rien » est de trop.

Une quantité physique *a*, selon la mécanique quantique, plusieurs valeurs possibles, affectées de probabilités bien déterminées. Mais dans une mesure expérimentale on obtient, bien évidemment, un *seul* résultat pour la quantité physique en question. Cette abolition brusque de la pluralité des valeurs possibles d'une « observable » physique, par l'acte de mesure, avait une nature obscure, mais elle indiquait clairement l'existence d'un nouveau type de causalité.

Sept décennies après la naissance de la mécanique quantique, la nature de ce nouveau type de causalité a été éclaircie grâce à un résultat théorique rigoureux - le théorème de Bell - et à des expériences d'une grande précision. Un nouveau concept faisait ainsi son entrée dans la physique : *la non-séparabilité*. Les entités quantiques continuent d'interagir quel que soit leur éloignement. Un nouveau type de causalité apparaît ainsi - une *causalité globale* qui concerne le système de toutes les entités physiques, dans leur ensemble.

Les entités quantiques - les *quants* - sont à la fois corpuscules et ondes ou, plus précisément, ils ne sont ni particules ni ondes.

Les célèbres relations de Heisenberg montrent, sans aucune ambiguïté, qu'il est impossible de localiser un quanton dans un point précis de l'espace et dans un point précis du temps. Autrement dit, il est impossible d'assigner une trajectoire bien déterminée à une particule quantique. *L'indéterminisme* régnant à l'échelle quantique est un indéterminisme constitutif, fondamental, irréductible qui ne signifie nullement hasard ou imprécision.

Les soi-disant *paradoxes quantiques* (comme, par exemple, le fameux paradoxe du " chat de Schrödinger ") sont de faux paradoxes, car ils révèlent des contradictions exclusivement par rapport au langage naturel, ordinaire, qui est celui du réalisme classique ; ils cessent d'être des paradoxes quand le langage propre à la mécanique quantique est utilisé.

L'objet classique est localisé dans l'espace-temps tandis que l'objet quantique n'est pas localisé dans l'espace-temps. Il évolue dans un espace mathématique abstrait, régi par l'algèbre des opérateurs et non pas par l'algèbre des nombres. L'espace-temps nous apparaît ainsi comme une construction anthropomorphe.

La vraie question est l'incompatibilité entre le réalisme classique et le réalisme quantique, incompatibilité que j'ai analysée en détail dans mon livre *Nous, la particule et le monde*³.

La révolution quantique nous montre que nous devons changer radicalement notre conception de la réalité si nous voulons survivre, car il est bien évident que notre conception de la réalité détermine la vie sociale et individuelle et aussi la politique et l'économie.

Pour beaucoup de chercheurs, la transdisciplinarité, fondée sur le réalisme quantique, est aujourd'hui une voie de réenchantement du monde par l'interaction entre tous les domaines de la connaissance. *La transdisciplinarité* concerne, comme le préfixe "trans" l'indique, ce qui est à la fois *entre* les disciplines, à *travers* les différentes disciplines et *au delà* de toute discipline. Sa finalité est *la compréhension du monde présent*, dont un des impératifs est l'unité de la connaissance⁴.

Le mot "monde" doit être précisé, car il y a beaucoup d'acceptions de ce mot. Dans la terminologie transdisciplinaire, le mot "monde" signifie à la fois l'univers intérieur de l'homme, l'univers extérieur et l'interaction entre ces deux univers.

Le mot « transdisciplinarité » a été inventé en 1970 par Jean Piaget lors du colloque de l'OCDE *L'interdisciplinarité, problèmes d'enseignement et de recherche dans les universités*, qui a eu lieu à Nice⁵. « Enfin, à l'étape des relations interdisciplinaires, - écrit Piaget - on peut espérer voir succéder une étape supérieure qui serait « transdisciplinaire », qui ne se contenterait pas d'atteindre des interactions ou réciprocitys entre recherches spécialisées, mais situerait ces liaisons à l'intérieur d'un système total sans frontières stables

³ Basarab Nicolescu, *Nous, la particule et le monde*, op. cit.

⁴ Basarab Nicolescu. *La transdisciplinarité*, manifeste, Monaco, Le Rocher, Collection « Transdisciplinarité », 1996.

⁵ Jean Piaget, *L'épistémologie des relations interdisciplinaires*, in *L'interdisciplinarité - Problèmes d'enseignement et de recherche dans les universités*, OCDE, Paris, 1972, comptes-rendus d'un colloque qui a eu lieu à Nice en 1970.

entre les disciplines. Cette description est certainement vague et ambiguë, mais elle a le mérite historique d'avoir attiré l'attention sur un nouveau mode de connaissance, lié à la fluctuation des frontières disciplinaires. Aussi, elle n'inclut pas l'acception « au-delà des disciplines » que j'ai introduite quinze ans plus tard⁶.

Pendant quinze ans, la transdisciplinarité a été en sommeil. Ensuite elle s'est développée lentement jusqu'en 1996, date après laquelle nous assistons à une véritable accélération de ce développement. Il y a aujourd'hui un besoin évident de transdisciplinarité qui se traduit par la publication de nombreux livres et revues transdisciplinaires dans plusieurs pays, par l'organisation de nombreux colloques et congrès nationaux et internationaux, par la soutenance de thèses de doctorat à caractère transdisciplinaire, par l'application de la transdisciplinarité à de nombreux domaines de la connaissance et de l'action sociale d'une extrême variété⁷. L'explication de ce mouvement accéléré est, d'une part, l'existence d'une méthodologie de la transdisciplinarité, que j'ai formulée, en 1996, dans mon manifeste *La transdisciplinarité*⁸ et, d'autre part, la concordance entre la transdisciplinarité et l'époque que nous vivons, avec ses multiples défis.

Aussi paradoxal que cela puisse paraître, c'est la science moderne qui contient en elle le germe du renouveau. La transdisciplinarité capte ce germe en le transformant en arbre de connaissance.

Le concept clé de la transdisciplinarité est celui de *niveau de Réalité*⁹. L'impact majeur culturel de la révolution quantique est certainement la remise en cause du dogme philosophique contemporain de l'existence d'un seul niveau de Réalité.

Donnons au mot "réalité" son sens à la fois pragmatique et ontologique.

J'entends par Réalité, tout d'abord, ce qui *résiste* à nos expériences, représentations, descriptions, images ou formalisations mathématiques. Il faut donner aussi une dimension ontologique à la notion de Réalité, dans la mesure où la Nature participe de l'être du monde.

J'entends par *niveau de Réalité*, concept que j'ai introduit en 1985¹⁰ un ensemble de systèmes invariant à l'action d'un nombre de lois générales : par exemple, les entités quantiques soumises aux lois quantiques, lesquelles sont en rupture radicale avec les lois du monde macrophysique. C'est dire que deux niveaux de Réalité sont *différents* si, en passant de l'un à l'autre, il y a rupture des lois et rupture des concepts fondamentaux (comme, par exemple, la causalité locale du monde classique par rapport à la causalité globale du monde quantique). L'existence des niveaux de Réalité différents a été affirmée par différentes traditions et civilisations, mais cette affirmation était fondée soit sur des dogmes religieux soit sur l'exploration de l'univers intérieur.

L'émergence d'au moins trois niveaux de Réalité différents dans l'étude des systèmes naturels - le niveau macrophysique, le niveau microphysique et le cyber-espace-temps (auxquels il convient d'ajouter un quatrième

⁶ Basarab Nicolescu, *Nous, la particule et le monde*, op. cit.

⁷ Basarab Nicolescu, « Transdisciplinarity – past, present and future », in *Moving Worldviews – Reshaping sciences, policies and practices for endogenous sustainable development*, edited by Bertus Haverkort and Coen Reijntjes, ETC/Compas Editions, Leusden, Holland, 2006, PDF file available from <http://www.compasnet.org>

⁸ Basarab Nicolescu, *La transdisciplinarité*, manifeste, op. cit.

⁹ Basarab Nicolescu, *Nous, la particule et le monde*, op. cit.

¹⁰ Basarab Nicolescu, *idem*.

niveau, pour l'instant purement théorique, celui des supercordes, considéré par les physiciens comme la texture ultime de l'univers), est un événement important dans l'histoire de la connaissance. Elle peut nous conduire à repenser notre vie individuelle et sociale, à donner une nouvelle lecture aux connaissances anciennes, à explorer autrement la connaissance de nous-mêmes, ici et maintenant.

Ainsi, dans le domaine des systèmes sociaux, nous pouvons distinguer les niveaux suivants : niveau individuel, niveau des communautés géographiques et historiques (famille, nation), niveau planétaire, niveau des communautés dans le cyber-espace-temps et niveau cosmique.

En présence de plusieurs niveaux de Réalité, l'espace entre les disciplines et au delà des disciplines est plein d'information, comme le vide quantique est plein de toutes les potentialités : de la particule quantique aux galaxies, du quark aux éléments lourds qui conditionnent l'apparition de la vie dans l'Univers.

L'unité reliant tous les niveaux de Réalité, si elle existe, doit nécessairement être une *unité complexe et ouverte*. C'est ainsi que nous comprenons aujourd'hui l'ancien principe d'interdépendance universelle. En fait, une vaste *autoconsistance* semble régir l'évolution de l'univers, de l'infiniment petit à l'infiniment grand, de l'infiniment bref à l'infiniment long.

Il y a, certes, une cohérence de l'ensemble des niveaux de Réalité, mais cette cohérence est *orientée* : une flèche est associée à toute transmission de l'information d'un niveau à l'autre. Pour qu'il y ait une unité ouverte, il faut considérer que l'ensemble des niveaux de Réalité se prolonge par une *zone de non-résistance* à nos expériences, représentations, descriptions, images ou formalisations mathématiques. La non-résistance de cette zone de transparence absolue est due, tout simplement, aux limitations de notre corps et de nos organes des sens, quels que soient les instruments de mesure qui prolongent ces organes des sens.

L'ensemble des niveaux de Réalité et sa zone complémentaire de non-résistance constituent l'*Objet* transdisciplinaire.

Les niveaux de Réalité peuvent être explorés grâce à l'existence en nous des différents niveaux de perception.

L'ensemble des niveaux de perception et sa zone complémentaire de non-résistance constituent le *Sujet* transdisciplinaire.

La connaissance n'est ni extérieure, ni intérieure : elle est à *la fois* extérieure et intérieure. L'étude de l'Univers et l'étude de l'être humain se soutiennent l'une l'autre. Le vécu et l'expérience de soi-même ont autant de valeur cognitive que la connaissance scientifique.

La zone de non-résistance joue le rôle du *Tiers Caché*, qui permet l'unification, dans leur différence, du Sujet transdisciplinaire et de l'Objet transdisciplinaire. Elle permet et demande *l'interaction* entre le Sujet et l'Objet. La zone de transparence correspond au *sacré*, c'est-à-dire à *ce qui ne se soumet à aucune rationalisation*. Il convient de se rappeler la distinction importante faite par Edgar Morin entre *rationnel* et *rationalisation*¹¹. Le sacré est rationnel, mais il n'est pas rationalisable. Le sacré ne s'oppose pas à la raison : *dans la mesure où il assure l'harmonie entre le Sujet et l'Objet, le sacré fait partie intégrante de la nouvelle rationalité*.

¹¹ Edgar Morin, *La méthode III - La connaissance de la connaissance*, Paris, Seuil, 1986.

Le sacré est *ce qui relie*. Il n'est pas, par lui-même, l'attribut d'une religion ou d'une autre : "*Le sacré n'implique pas la croyance en Dieu, en des dieux ou des esprits. C'est ... l'expérience d'une réalité et la source de la conscience d'exister dans le monde*" - écrit Mircea Eliade¹². Le sacré étant tout d'abord une *expérience*, il se traduit par un sentiment, celui de la présence du *Nous*, de ce qui relie les êtres et les choses et, par conséquent, il induit dans les tréfonds de l'être humain *le respect absolu* des altérités unies par la vie commune sur une seule et même Terre. Le sacré, en tant qu'expérience d'un réel irréductible, est effectivement l'élément essentiel dans la structure de la conscience et non pas un simple stade dans l'histoire de la conscience.

Ce fait me semble important dans le domaine de la santé et, tout particulièrement dans l'accompagnement des mourants. En reconnaissant le rôle de notre mort dans notre vie, nous découvrons des dimensions insoupçonnées de la vie elle-même. L'accompagnement des mourants ne peut faire l'économie d'une recherche transdisciplinaire dans la mesure où la compréhension du monde présent passe par la compréhension du sens de notre vie et du sens de notre mort en ce monde qui est nôtre. Je me permets de vous signaler qu'une thèse de doctorat a été soutenue en 2000, à l'Université de Montréal, par Diane Laflamme¹³, qui, forte de son expérience dans l'accompagnement des mourants, a réuni, dans ses considérations, l'éthique formulée par Paul Ricoeur avec ma méthodologie transdisciplinaire.

La Réalité englobe et le Sujet et l'Objet et le Tiers Caché, qui sont les trois facettes d'une seule et même Réalité. Sans une de ces trois facettes, la Réalité n'est plus réelle, mais une fantasmagorie destructive.

Le problème Sujet / Objet a été au centre de la réflexion philosophique des pères fondateurs de la mécanique quantique. Pauli, Heisenberg et Bohr, comme Husserl, Heidegger et Cassirer, ont réfuté l'axiome fondamental de la métaphysique moderne : la séparation totale entre le Sujet et l'Objet. La partition binaire {Sujet, Objet}, qui définit la métaphysique moderne, est remplacée, dans l'approche transdisciplinaire, par la partition ternaire {Sujet, Objet, Tiers Caché}. Le troisième terme, le Tiers Caché, n'est réductible ni à l'Objet ni au Sujet.

C'est précisément ce nouveau rapport entre Sujet et Objet qui pourrait permettre, à long terme, une conversion de la technoscience et l'émergence d'un nouveau système de santé centré sur la personne humaine.

L'unité ouverte entre l'Objet transdisciplinaire et le Sujet transdisciplinaire se traduit par l'orientation cohérente du flux d'information qui traverse les niveaux de Réalité et du flux de conscience qui traverse les niveaux de perception. Cette orientation cohérente donne un nouveau sens à *la verticalité de l'être humain dans le monde*. C'est cette verticalité qui constitue, dans la vision transdisciplinaire, le fondement de tout projet social viable.

La traversée des niveaux de Réalité peut s'opérer grâce à une nouvelle logique, une logique quantique, celle du tiers inclus, qui nous dit *qu'il existe un troisième terme T qui est à la fois A et non-A*. Ce tiers inclus est

¹² Mircea Eliade, *L'épreuve du labyrinthe*, entretiens avec Claude-Henri Rocquet, Rocher, Collection « Transdisciplinarité », Monaco, 2006.

¹³ Diane Laflamme, *Observation de second degré et regard transdisciplinaire appliqués à un exercice d'attestation de la capacité éthique*, thèse de doctorat en sciences humaines appliquées, Université de Montréal, Montréal, Canada, 2000, 184 pages.

inscrit au cœur même de la physique quantique par le postulat fondamental de superposition des états quantiques.

Si l'on reste à un seul niveau de Réalité, toute manifestation apparaît comme une lutte entre deux éléments contradictoires (exemple : onde A et corpuscule non-A). Le troisième dynamisme, celui de l'état T, s'exerce à un autre niveau de Réalité, où ce qui apparaît comme désuni (onde ou corpuscule) est en fait uni (quanton), et ce qui apparaît contradictoire est perçu comme non-contradictoire. La logique du tiers inclus est une logique de la complexité et même, peut-être, sa logique privilégiée dans la mesure où elle permet de traverser, d'une manière cohérente, les différents domaines de la connaissance. La transdisciplinarité est véritablement une *connaissance du tiers*.

Dans la vision transdisciplinaire, *la pluralité complexe et l'unité ouverte sont deux facettes d'une seule et même Réalité*. La structure de l'ensemble des niveaux de Réalité est une structure complexe : chaque niveau est ce qu'il est parce que tous les autres niveaux existent à la fois.

Les niveaux de Réalité et de perception, le tiers inclus et la complexité définissent la transdisciplinarité. Ils induisent un isomorphisme entre les différents domaines de la connaissance, déterminant ainsi une structure fractale de la Réalité. Ces trois piliers de la connaissance transdisciplinaire sont donc la source des *valeurs* nouvelles.

Dans l'analyse des problèmes concrets, l'outil central est le ternaire axial : niveaux de Réalité, niveaux de perception et niveaux de tiers inclus. Ce ternaire nous permet de définir d'autres ternaires de niveaux, extrêmement utiles dans la solution du problème considéré. Nous pouvons ainsi définir les ternaires suivants :

niveaux de confusion – niveaux d'interprétation – niveaux de langage;
 niveaux d'organisation – niveaux de structuration – niveaux d'intégration ;
 niveau physique – niveau biologique – niveau psychique ;
 niveaux d'ignorance – niveaux d'intelligence – niveaux de contemplation ;
 niveaux d'objectivité – niveaux de subjectivité – niveaux de complexité ;
 niveaux de connaissance – niveaux de compréhension – niveaux d'être ;
 niveaux de matérialité – niveaux de spiritualité – niveaux de non-dualité.

Un nouveau *Principe de Relativité* émerge de la coexistence entre la pluralité complexe et l'unité ouverte : *aucun niveau de Réalité ne constitue un lieu privilégié d'où l'on puisse comprendre tous les autres niveaux de Réalité*. Ce Principe de Relativité est fondateur d'un nouveau regard sur la culture, la religion, la politique, l'art, l'éducation, la santé, la vie sociale. Et lorsque notre regard sur le monde change, le monde change.

Il y a actuellement deux versions de la transdisciplinarité : une version « forte », que j'ai analysée dans la présente conférence, et une version « molle », représentée, par exemple, par les travaux de Michael Gibbons¹⁴ and Helga Nowotny¹⁵ et par le Congrès de Zürich, qui a eu lieu en 2000¹⁶. Cette dernière version ne comporte

¹⁴ Michael Gibbons, Camille Limoges, Helga Nowotny, Simon Schwartzman, Peter Scott and Martin Trow (ed.). *The New Production of Knowledge*, London, Thousand Oaks, New Delhi, SAGE, 1994.

¹⁵ Helga Nowotny, "The Potential of Transdisciplinarity":

<http://www.interdisciplines.org/interdisciplinaritypapers/5>

aucune méthodologie. Elle est concernée exclusivement sur la résolution des problèmes science-technologie-société. Elle n'exclut pas l'acception « au-delà des disciplines » qu'elle réduit à la seule dimension sociale. La personne humaine, dans sa singularité, manque totalement dans cette approche. La seule finalité de cette version molle de la transdisciplinarité est de produire une « meilleure science ». Les dérives mécanistes de cette version tronquée de la transdisciplinarité sont évidentes, dans la mesure où la personne humaine est inévitablement conçue en tant qu'Objet.

Il y a actuellement certaines applications de la méthodologie transdisciplinaire dans le domaine de la santé. L'être humain ne peut pas se réduire à un ensemble des nombres, codes, fichiers électroniques, procédures et protocoles et il ne peut pas être soumis à une éthique de procédure. Les équipes transdisciplinaires agissant dans le domaine de la santé peuvent conduire à une meilleure qualité des soins du corps, du mental et du psychisme. Mais leur réussite est conditionnée par une condition préalable : la formation transdisciplinaire des membres de ces équipes.

Des expériences intéressantes ont été effectuées au Québec, où l'Institut pour la Recherche sur la Santé du Canada (IRSC) aide de telles initiatives.

Je peux ainsi mentionner les activités de l'équipe transdisciplinaire du Professeur Patrick Loisel¹⁷, de l'Université de Sherbrooke, spécialisé dans les domaines des handicaps de travail qui affectent plus d'un million de Canadiens par an. Je peux aussi mentionner les activités de l'équipe transdisciplinaire du Professeur Daniel Boisvert¹⁸, de l'Université du Québec à Trois Rivières, agissant dans le domaine des déficiences intellectuelles, qui affectent plus d'un million de québécois et de français.

En conclusion, les mythes et les réalités de la transdisciplinarité sont interconnectés, si, par « mythes » nous entendons sa méthodologie dans son entièreté et par « réalités » nous entendons les dures contraintes économiques d'un système centré sur *homo economicus*.

Science et conscience se soutiennent l'une l'autre. La science sans conscience est la ruine de l'être humain, mais la conscience sans science est aussi sa ruine.

La responsabilité de l'autotranscendance - *notre* responsabilité - est le tiers inclus qui unit science et conscience. *L'homo sui transcendentalis* est en train de naître. Il n'est pas un quelconque « homme nouveau »

¹⁶ Julie Thompson Klein, Walter Grossenbacher-Mansuy, Rudolf Häberli, Alain Bill, Ronald W. Scholz and Myrtha Welti (ed.). *Transdisciplinarity : Joint Problem Solving among Science, Technology, and Society - An Effective Way for Managing Complexity*, Basel - Boston – Berlin, Birkhäuser Verlag, 2001.

¹⁷ Patrick Loisel, Marie-José Durant, Renée-Louise Franche, Michael Sullivan and Pierre Cote, « L'enseignement transdisciplinaire d'une problématique multidimensionnelle – Le diplôme de 3^e cycle en prévention d'incapacités au travail », *Rencontres Transdisciplinaires* N° 18 – Expériences d'éducation transdisciplinaires, March 2005

<http://nicol.club.fr/ciret/bulletin/b18/b18c6.htm>

¹⁸ Daniel Boisvert, Germain Couture, Sylvie Tetreault and Suzanne Vincent, « Transdisciplinarité et interventions socio-sanitaires - Réflexion dans le domaine de la déficience intellectuelle au Québec, *Rencontres Transdisciplinaires* N° 18 - Expériences d'éducation transdisciplinaires, March 2005

<http://nicol.club.fr/ciret/bulletin/b18/b18c6.htm>

mais un homme qui naît à nouveau. Cette nouvelle naissance est une potentialité inscrite dans notre propre être. Personne et rien ne peuvent nous obliger à évoluer. Nous avons le choix entre évoluer ou disparaître. Notre évolution est une *autotranscendance*. C'est tout le problème du rapport entre l'éveil individuel et l'éveil collectif qui est au centre de notre évolution possible. Et l'évolution aujourd'hui ne peut être que celui de la conscience. Créer les conditions de l'actualisation de cette évolution devient ainsi une responsabilité politique. Le mot "révolution" n'est pas vidé de son sens par l'échec de la révolution sociale. La révolution aujourd'hui ne peut être qu'une révolution de l'intelligence, transformant notre vie individuelle et sociale en un *acte esthétique autant qu'éthique*, l'acte de dévoilement de la dimension poétique de l'existence.

Remerciements. Je voudrais remercier vivement Monsieur Thierry Borloz pour l'invitation à cette Journée qui promet d'être si intéressante et dont le titre a été, pour moi, très stimulant.

Basarab NICOLESCU

Enjeux de la collaboration entre groupes socio-professionnels perçus comme différents

Carine Layat Burn

La situation de travail entre individus appartenant à différents groupes professionnels se trouve de plus en plus au centre de la réflexion des chercheurs dans le domaine de la santé. Dans ce domaine, il est reconnu que la collaboration interprofessionnelle influence non seulement la qualité des soins aux patients, mais également l'efficacité des collaborateurs de santé et la qualité de leur communication.

Issues de ces recherches et des expériences professionnelles des acteurs de santé, il existe de multiples définitions de la collaboration interprofessionnelle. En référence à ce que proposent Goudreau et Dion (2005), trois conceptualisations de la collaboration interprofessionnelle relèvent l'importance de la communication professionnelle.

La première est issue de l'expérience de deux professionnels de la santé : un médecin de famille et une infirmière qui collaborent depuis près de 20 ans en médecine générale. La collaboration interprofessionnelle est définie comme un processus de communication et de prise de décision qui favorisent la synergie des intervenants au niveau des connaissances et compétences (individuelles et collectives) (Way, Jones, Baskerville & Busing ; 2000).

Lockhart-Wood (2000) s'exprime sur la collaboration interprofessionnelle dans le cadre de la collaboration entre médecins et infirmiers. Elle est définie comme un processus lié à la communication, qui est souhaitée s'établir dans un rapport d'égal à égal et dans le respect mutuel afin de répondre aux besoins du patient et de donner une information pertinente partagée.

Finalement, la collaboration interprofessionnelle proposée par Henneman, Lee et Cohen (1995) correspond à une description des caractéristiques liées à la collaboration interprofessionnelle.

Cette collaboration est constituée de plusieurs variables :

- la concertation,
- la participation volontaire,
- la planification de prise de décision partagée,
- le travail d'équipe,
- le partage d'expertise,
- la responsabilité partagée,
- le pouvoir partagé,
- une relation non-hiérarchique entre collaborateurs.

De ces définitions, nous relevons plusieurs aspects. Tout d'abord, la participation respective des professionnels aux soins. Les auteurs la conceptualisent comme devant se développer dans un rapport entre individus qui correspondent à un statut dans la communication qui soit d'égal à égal.

Ces définitions relèvent la nécessité également de briser les contraintes habituelles de la collaboration interprofessionnelle comme la hiérarchie entre les groupes professionnels pour tendre vers la mutualité et atteindre le statut d'égal à égal souhaité. De plus, la valorisation de cette participation mutuelle ressortant de ces conceptualisations pourrait être un des moteurs de changement pour tendre vers la complémentarité entre les différents professionnels et l'égalité de statut.

Finalement, l'aspect de processus et de dynamique des relations entre groupes professionnels se retrouve au cœur de toutes ces définitions. Il rappelle que la collaboration interprofessionnelle n'est pas un acquis mais un travail de longue haleine faisant appel, d'une part, à certaines compétences communicationnelles et, d'autre part, des compétences en rapport avec la dynamique intergroupe.

Si on fait un détour par les recherches qui étudient la relation interprofessionnelle, on constate un décalage entre les définitions de la collaboration interprofessionnelle et la réalité du monde professionnel.

Dans la revue de la littérature de Goudreau et al. (2005), les études sur la relation interprofessionnelle dans le domaine des relations entre médecin et infirmier relèvent plusieurs dimensions où des différences, des décalages voire des oppositions entre professionnels de différents domaines de la santé se manifestent.

L'étude de Coeling et Wilcox (1994) relève la différence des attentes dans la communication entre les acteurs professionnels. Les résultats de cette étude montrent que les médecins attendent une transmission d'informations précises et concises, nécessaires à leur démarche clinique. De leur côté, les infirmiers mettent l'accent, non sur ces aspects communicationnels, mais davantage sur des aspects relationnels où le personnel infirmier relève une volonté d'établir une relation d'égal à égal.

Dans une étude de Ross, Rink et Furne (2000), les auteurs rapportent que la communication interprofessionnelle entre médecins et infirmiers s'effectue sur un mode de communication qualifié de non systématique en plus de sa fréquence peu rapprochée. Selon les auteurs, le cadre organisationnel du travail expliquerait en partie ce constat.

L'existence de tensions, voire d'oppositions entre groupes professionnels est encore relatée. Ces tensions engendrent des contraintes et ont divers effets sur les acteurs de la relation professionnelle. Notamment, le personnel infirmier montre par sa stratégie de communication, une attitude et des comportements de soumission à l'autorité (Hojat & al., 2001).

Par ailleurs, l'étude de Hojat et al. (2001) montre une opposition entre le corps professionnel des médecins et celui des infirmiers sur l'autonomie des professionnels. Selon cette recherche, l'autonomie professionnelle entre en contradiction directe avec la hiérarchie médecin-infirmier perçue par ces deux groupes professionnels. Plus particulièrement, cette hiérarchie est liée selon la perception des médecins à, notamment :

- la différence du niveau d'éducation,
- le style communicationnel,
- le statut professionnel.

Si l'on plonge dans le monde de la psychologie sociale qui étudie la dynamique et les relations des groupes sociaux, nous pourrions poser l'hypothèse que la hiérarchisation des rôles professionnels est en partie liée au pouvoir et aux relations intergroupes. En effet, les groupes s'attribuent et se comparent sur certaines caractéristiques (par exemple, le degré d'éducation ou encore le statut professionnel) comme celles observées dans les études susmentionnées.

Ces caractéristiques attribuées aux membres de l'autre groupe (couramment appelé l'exo-groupe) rigidifient la représentation qu'on se fait de l'Autre et influence les relations qu'un professionnel peut entretenir avec les membres de l'autre groupe professionnel.

Divers courants de la psychologie sociale, tous de type expérimental, ont étudié ce qui constituent les mécanismes fondamentaux et universaux des dynamiques intergroupes. Ces recherches ne sont pas spécifiquement effectuées dans un contexte de rencontre entre différents professionnels, mais elles peuvent constituer des pistes pour comprendre et réfléchir sur les dynamiques entre groupes professionnels.

Plusieurs études ont permis de mettre en évidence que, même sans mettre en compétition des individus, l'attribution de personnes dans deux groupes différents suffit à déclencher chez l'individu des évaluations plus favorables par rapport à son groupe. Par exemple, être classé parmi les bleus ou les verts suffit à se sentir appartenir à un groupe et à favoriser son groupe au détriment d'un autre groupe (Rabbie & Horowitz, 1969). Ainsi, le sentiment d'appartenance groupale que l'individu développe, même dans des situations de caractérisations minimales, suffit à adopter une attitude conséquente à son sentiment d'appartenance.

Néanmoins, une question qui se pose consiste à savoir si cette attitude va agir sur le comportement de l'individu. Autrement dit, une catégorisation arbitraire, du type appartenir au groupe « bleu » ou « vert », suffit-elle à l'individu pour agir défavorablement à l'égard d'un autre groupe ?

Quelques éléments de réponses se trouvent dans des études de type expérimental.

L'étude de Sherif (1966) dans une colonie de vacances montrent des résultats probants. Dans cette étude, les chercheurs ont classé arbitrairement des enfants dans deux groupes. Les individus des deux groupes agissent rapidement en adoptant des comportements qualifiés d'anti-exo-groupe, par exemple en dessinant des graffitis à caractère « négatif » sur les membres de l'autre groupe.

Une autre étude (Tajfel, 1974) montre que, sans se connaître, des individus classés arbitrairement dans un groupe (sur la base d'une catégorisation à pile ou face) et qui ne sont jamais entrés en interaction sociale, montrent un sentiment d'appartenance à un groupe. De plus, les membres de ce groupe sont reconnus pour discriminer les membres de l'autre groupe par ses actions. Ce dernier mécanisme est qualifié par les chercheurs de biais pro-endogroupe.

Ce résultat a été répliqué dans de multiples études. En faisant varier des paramètres tels que l'âge, le sexe, la culture, l'appartenance socio-économique des groupe constitués, le biais pro-endogroupe est visible. Aucune de ces variables n'a agi sur les résultats. Ainsi, un groupe va privilégier dans ses actions son propre groupe quelle que soit l'activité à effectuer (distribuer des points sur la base d'une matrice, de l'argent, des congés supplémentaires, etc.)

Le pouvoir statutaire d'un groupe ou encore le nombre d'individus dans un groupe a un impact particulier sur la dynamique inter-groupe. Les individus appartenant à un groupe dont

le statut est plus haut et / ou majoritaire vont adopter des attitudes et des comportements anti-exo-groupe tout en étant le plus discriminatoire possible vis-à-vis des membres de l'autre groupe. Autrement dit, le pouvoir absolu rend le comportement d'un groupe particulièrement discriminatoire. Un groupe dominant l'est également beaucoup plus que le groupe dominé.

Au vu de ces faits scientifiques issus pour la majorité de laboratoires des psychologues sociaux, une question reste en suspend. Elle concerne la manière favoriser les « bonnes » relations entre groupes.

Il existe une multitude d'approches pour tenter de favoriser les relations entre groupes différents. Elles ont toutes des avantages et des limites. Nous évoquerons deux approches. La première est connue sous le nom de la théorie du contact intergroupe. En résumé, c'est une approche qui se compose de trois éléments principaux :

1. elle préconise un contact soutenu entre membres des différents groupes,
2. elle préconise un contact orienté vers l'atteinte d'un but commun,
3. Le contact intergroupe doit être soutenu par un appui officiel des autorités.

Les multiples études menées avec des groupes inégaux en statut et pouvoir, ont montré que cette approche n'obtient pas les résultats escomptés. Les études observent une consolidation des attitudes et comportements négatifs qui existaient déjà entre les groupes.

Une autre théorie vise la recherche de buts communs et de coopération. Cette autre approche montre quelques résultats prometteurs en laboratoire pour faciliter les « bonnes » relations entre membres de groupes différents. En effet, la coopération intergroupe pour l'atteinte d'un but commun peut atténuer les attitudes négatives d'un groupe et la discrimination dans l'action de la part des membres des différents groupes.

De multiples études de laboratoire ont été effectuées. L'étude de Ryen et Kahn (1975) contenait deux étapes. Premièrement, les chercheurs installaient soit un climat de compétition, soit de coopération entre groupes qui n'ont pas eu précédemment de rapports sociaux. Deuxièmement, les chercheurs définissaient un but commun à atteindre et créaient à nouveau soit un climat de compétition, soit un climat de coopération. Les résultats montrent que les résultats dépendent beaucoup du climat installé lors de la première phase. Comme résultat principal, nous noterons que la mise en compétition de ces groupes lors de la première phase se soldait par un échec et des attitudes moins favorables à l'égard de l'autre groupe.

En conclusion, nous n'oublions pas de noter que le décalage entre, d'une part, la conceptualisation et la réalité pratique et, d'autre part, entre la recherche de laboratoire et la vie pratique, est indéniable. Néanmoins, si les défis dans le domaine de la collaboration interprofessionnelle sont multiples, l'apport des sciences humaines, telle que la psychologie sociale, est non sans intérêt et ceci à deux niveaux. Le premier niveau concerne les professionnels qui « subissent », quelle que soit leur profession, la collaboration interprofessionnelle. La connaissance est un premier élément pour occasionner une éventuelle prise de conscience. Le deuxième niveau est relié à la formation des professionnels quel que soit leur horizon. Des programmes structurés intégrant l'acquisition des connaissances (le « quoi »), le développement de compétences (le « comment ») et l'acquisition à un travail réflexif sur le sujet (travail sur les perceptions et le vécu), sont des notions-clés que nous pensons importantes à un début de communication interprofessionnelle qui soit plus équitable.

Bibliographie

- Coeling, H. V. & Wilcox, J. R. (1994). Steps to collaboration. *Journal of Nursing Care Quality*, 14, 63-74.
- Goudreau, J. & Dion, H. (2005). La collaboration médecin-infirmière. In C. Richard & M.-T. Lussier (Eds.), *La communication professionnelle en santé* (pp. 559-579). Montréal: Erpi.
- Henneman, E. A., Lee, J. L. et Cohen, J. I. (1995). Collaboration : A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 21., 103-109.
- Hojat, M., Nasca, T. J., Cohen, J. M., Fields, S. K., Rattner, S. L., Griffiths, D. & al. (2001). Attitudes toward physician-nurse collaboration: A cross-cultural study of male and female physicians and nurses in the United States and Mexico. *Nurse Researcher*, 50, 123-128.
- Lockhart-Wood, K. (2000). Collaboration between nurses and doctors in clinical practice. *British Journal of Nursing*, 9, 276-280.
- Rabbie, J. M. & Horowitz, M. (1969). Arousal of ingroup-outgroup bias by chance win or loss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 13, 269-277.
- Ross, F., Rink, E. & Furne, A. (2000). Integration or pragmatic coalition? An evaluation of nursing teams in primary care. *Journal of Interprofessional Care*, 14, 259-267
- Ryen, A. H. & Kahn, A. (1975). Effects of intergroup orientation on group attitudes and proxemic behaviours. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 302-310.
- Sherif, M. (1966). *Group conflict and cooperation : Their social psychology*. New-York : Wiley.
- Tajfel, H. (1974). Social identity and intergroup behaviour. *Social Science Information*, 13, 65-93.
- Way, D., Jones, L., Baskerville, B. & Busing, N. (2001). Primary health care services provided by nurse practitioners and family physicians in shared practice. *Journal de l'association médicale canadienne*, 165, , 1210-1214.

Handicap, famille et lésion cérébrale. La transdisciplinarité au service d'une approche neuro-systémique des troubles du comportement : du symptôme au sens Patient, famille et Institution

Christian Belio(1) , Jean-Marc Destailhats(2), Jean-Michel Mazaux (3),

1 IFE Bordeaux, CHF (Consultation Handicap et Famille, Service MPR, Hôpital Tastet Girard, Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux 33076 Bordeaux Cedex) et EA 4136, Université Victor Segalen Bordeaux 2.

2 CHG, Service psychiatrique Jonzac, CHF, (Service MPR, Hôpital Tastet Girard, Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux) et EA 487, Université Victor Segalen Bordeaux 2.

3 Service MPR, (Hôpital Tastet Girard, Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux) et EA 4136, Université Victor Segalen Bordeaux 2.

Résumé : les troubles du comportement des patients cérébro-lésés, peuvent être lus avec deux points de vue différents. L'un neurologique, classique ou la connaissance de la biochimie du cerveau prévaut à toute action thérapeutique. L'autre relationnel prend en compte tout autant le comportement du patient que celui de l'entourage qui lui donne un sens. La complexité des situations rencontrées implique l'intégration et l'utilisation simultanée pour les thérapeutes du paradigme réductionniste et systémique.

Loin de s'exclure ces deux approches pour peu qu'elles soient intégrées ouvrent à la possibilité d'un accompagnement thérapeutique que nous qualifions de transdisciplinaire, parce qu'il n'emprunte à aucune discipline en particulier.

Mots clefs : lésion cérébrale, troubles du comportement, approche systémique, , transdisciplinarité, ergothérapie, handicap.

Avertissement au lecteur :

Ce texte est une version remaniée d'une présentation orale présentée à l'occasion de la conférence organisée par le HECV Santé de Lausanne sur le thème de la transdisciplinarité. L'invité principal était Mr Basarab Nicolescu, (auteur de La transdisciplinarité : manifeste). Ce fut un honneur que de rencontrer Mr Nicolescu, et un plaisir de proposer à propos du handicap une réflexion en deux temps autour de cette notion. Nous avons convenu que Mr Nicolescu ferait la présentation du thème et que nous en tenterions la transposition en deux temps, tout d'abord, lors de la conférence plénière du matin puis lors de l'atelier « pratique » de l'après midi.

C'est à partir de notre expérience clinique que cette conférence a pu être construite. Le lecteur ne retrouvera pas dans les lignes qui suivent le parcours argumentaire utilisé pour le colloque. Le texte ci-après est donc la mise en forme conceptuelle de notre travail au quotidien avec les patients handicapés et les familles.

I/ Introduction

L'approche mise en œuvre lors du traitement des troubles du comportement s'appuie sur une pratique clinique qui prend naissance dans la mise en place, avec Jean Marc Destailhats d'une consultation pluridisciplinaire « Handicap et Famille ». Cette

consultation a été rendue possible grâce à l'aide et le soutien du Professeur Jean-Michel MAZAUX, dans le service MPR du CHU de Bordeaux, (Mazaux J.M, Destailats J.M. 15). Le travail réalisé dans cette consultation prend sa source épistémologique dans une approche neuro-systémique qui associe la prise en compte des dimensions neurologiques lésionnelles et cognitives, les théories de la communication (Watzlawick, P. 20) et les théories systémiques. Ces dernières nous ont permis concevoir le lien (l'interaction) entre le patient, l'entourage familial et l'entourage institutionnel (du patient), à savoir les équipes de soin.

Ce qui permet la rencontre entre une équipe de soin et les familles est toujours une difficulté rencontrée autour du handicap cognitif et une de ses manifestations que les familles, mais aussi bon nombre de thérapeutes nomment « trouble du comportement ».

L'aspect polysémique du trouble du comportement renvoie à une complexité très supérieure à la définition simpliste de « trouble » que représente le phénomène pour le patient, les équipes et l'entourage. Dans cette consultation, telle qu'elle est recommandée par la circulaire DHOS du 18 juin 2004 (UEROS) et qui réunit le patient et sa famille, peuvent co-exister deux abords :

- l'abord du patient, comme tout abord individuel, ouvre sur le réductionnisme analytique,
- -celui de la famille et des équipes de soin, du couple, de l'entourage ouvre, lui sur la systémique ou la science des systèmes (Le Moigne JL, 11,12).

Ce sont des épistémologies qui orientent différemment le regard, construisent de façon non équivalente l'action de l'intervenant et la compréhension de ce qui est observé à l'occasion de cette rencontre. Le travail consiste donc à étendre et complexifier notre regard, dans un processus de compréhension préalable à tout traitement, pour associer l'impact émotionnel, relationnel, comportemental des lésions et des séquelles cognitives prenant aussi en compte, les « rétro-actions » des équipes soignantes et de la famille qui y sont confrontés (Lezak M, 13,14, Morin E. 16).

Il s'y surajoute la dimension de l'histoire du lien et de la relation que le patient peut entretenir avec ses proches, et dans laquelle les comportements sont décodés tout autrement par les protagonistes de cette relation, en faisant référence à leur parcours personnel, individuel et collectif. La méthodologie mise en œuvre dans cette pratique, ne correspond pas à un programme de formation initiale, (tels que définis dans les professions « para médicales » du champ sanitaire) mais a en commun dans son épistémologie un certain nombre des préoccupations de soignants et de travailleurs sociaux.

Il n'est pas de notre propos dans ce texte dont la paternité théorique revient à Jean-Marc Destailats (Destailats JM, Belio C. 8), de développer (seulement !) une approche méthodologique d'un entretien systémique avec les familles (la boîte à outils souvent réclamée par les jeunes praticiens) mais de poser les fondements théoriques de notre pratique à partir d'un problème issu de la clinique neurologique que rencontrent invariablement les équipes de soin.

Ce que nous avons présenté de manière théorique en conférence plénière a été développé lors de l'atelier pratique sous la forme d'un atelier où les participants sont invités à questionner leurs propres pratiques par rapport à ce qui est montré (film vidéo). C'est ainsi que nous faisons travailler les étudiants de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Bordeaux.

Ce travail « d'analyse de pratiques » est réalisé à l'occasion de chaque retour de stage et l'étudiant est invité à présenter une situation clinique « problème ». Cette présentation clinique et les raisonnements développés en groupe lui servent à se familiariser avec le mode de pensée systémique. Celui-ci doit l'aider à percevoir et dépasser les limites imposées par l'organisation du travail (Crozier, M, Friedberg E, 7). Ce travail de « transgression » est nécessaire afin d'accéder à la vision et à la compréhension transdisciplinaire que nous impose le travail sur le « handicap ».

L'éthique du soin ainsi perçue il devient plus aisé pour l'étudiant de s'impliquer dans l'accompagnement thérapeutique des patients et des familles et de prendre la mesure de leurs trajectoires de vie.

II/ L'évaluation systémique du « trouble du comportement » : cum prehendere et explicare

A/Les principes généraux et le contexte

Dans l'analyse systémique des troubles du comportement et leur évaluation, il est très important comme dans une métaphore de la photographie, d'agrandir la focale pour élargir le champ du regard. C'est ce que sous-tend « cum prehendere » en latin . On doit « prendre avec » tout ce qui va autour du phénomène trouble du comportement. Le but de cette démarche est d'embrasser dans l'évaluation tous les différents aspects qui le sous-tendent. En effet, il est très rare que le patient cérébro-lésé, du fait de l'anosognosie, fasse lui-même une demande pour ce type de difficulté, dont il aurait suffisamment conscience pour vouloir s'engager dans un processus thérapeutique personnel. C'est ainsi que la plupart des demandes de soin qui concernent des difficultés comportementales, s'effectuent par des tiers (Lezak, M. 13,14). Ces tiers sont la famille ou les équipes soignantes. Cela se traduit généralement par des demandes d'avis auprès de spécialistes, médecins MPR, neurologues, psychiatres, qui peuvent être à l'origine d'un essai de prise en charge thérapeutique de ces troubles.

Les soignants confrontés à cette demande doivent rester très attentifs au contexte dans lequel s'inscrit cette demande (Robert Neuburger 19). Par exemple, c'est ainsi que le médecin pourrait voir les choses au travers des éléments du dossier qu'il connaît, à savoir l'aspect lésionnel et les conséquences cognitives, alors que l'aide-soignant lui, aurait des informations issues de la famille qui les engageront différemment dans la compréhension du trouble tel qu'il est observé. Cette multiplicité des avis peut être prise en compte dans une réunion d'équipe. On voit bien là l'utilité d'intégrer une lecture plurifactorielle dans différents niveaux de pertinence pour construire ensuite l'action thérapeutique. Le paradigme systémique s'oppose au paradigme réductionniste. Le paradigme réductionniste est unicausal, monofactoriel, unidimensionnel. Le paradigme systémique est multicausal, plurifactoriel, pluridimensionnel. Dès lors, il nous a semblé utile d'avoir, pour respecter ces aspects complexes du comportement d'avoir une approche que nous avons appelé neuro-systémique.

B/ La théorie des trois portes

L'intervenant doit pour cela construire un travail de réflexion qui prend la forme de ce que nous appelons **la théorie des trois portes**. Ce travail repose sur une recherche d'informations dans trois directions et trois niveaux logiques différents. L'ambition de cette démarche est de tenter une décentration du point de vue de l'intervenant de manière à percevoir la difficulté depuis le point de vue de la famille, de l'institution ou du patient. Ces tentatives, dans notre méthodologie, portent le nom **d'hypothèses** qui sont confrontées à la falsification. C'est par des questions lors de la recherche d'informations que se vérifient ou s'infirment les hypothèses. Elles essaient de rendre compte de l'explication du comportement ou de la compréhension des processus relationnels dans lequel il s'inscrit. Puisque la demande associe le patient, la famille et l'institution, il convient de faire des hypothèses qui permettront d'entamer ensuite une démarche thérapeutique dans chacune des directions ainsi relevées. Il existe une porte institutionnelle, une porte individuelle, et une porte familiale qui ouvrent sur des chemins thérapeutiques que nous développerons ultérieurement. L'avantage pour nous de cette théorie des trois portes est d'organiser la réflexion, en se servant de la focalisation traditionnelle qui est extrêmement fréquente chez les soignants dans leur conception du trouble du comportement.

1/La porte individuelle

C'est la porte qui place le patient au centre du regard de la recherche des informations pour l'explication et la compréhension. Dans la porte individuelle, doivent se retrouver toutes les informations et hypothèses qui concernent ce qui peut être rapporté du trouble du comportement à la personne du patient. C'est ainsi que dans l'évaluation individuelle du patient, il y aura une place pour l'évaluation dont rend compte le mot latin « explicare ». « Explicare » sous entend le fait de déplier, de « creuser » pour mettre à jour des causes internes aux troubles du comportement. Dans le cas de patients cérébro-lésés, la porte individuelle explore trois dimensions.

a) La dimension neurologique et séquentielle.

Il n'est pas pour but de développer ici cette dimension fondamentale. L'ensemble des troubles du comportement s'inscrit dans l'existence de lésions cérébrales qui ponctuent de façon nouvelle l'évolution de la personne. Dès lors, l'impact de ces lésions sur le comportement ne peut être ni sous-estimé, ni négligé. Les notions cliniques de profondeur du coma, de durée du coma, de topographie lésionnelle, d'images (scanner, IRM et autres) nous informent sur la gravité des lésions et la puissance des dérèglements qu'elles peuvent entraîner (Mazaux JM, Destailats JM. 15). Cela peut aussi servir de support à la compréhension de ce qu'a pu vivre d'une part le patient, mais aussi son entourage confronté à une telle proximité avec la mort, dont rend compte la gravité du tableau initial.

b) La dimension neuropsychologique de la cognition.

Il est devenu maintenant très clair pour tous que les perturbations des fonctions cognitives rendent aussi compte des erreurs d'appréciation par le patient lui-même des situations complexes auxquelles il est confronté et des limitations que lui imposent les séquelles et les altérations de son système de traitement de l'information. Dès lors, tous

les comportements en terme d'inhibition ou à l'inverse d'explosion avec troubles de l'humeur, auto et hétéro agressivité, colères brusques et inappropriées, irritabilité, violence, renvoient à des dysfonctionnements cognitifs spécifiques, à un dyscontrôle des émotions, à une non pertinence de l'analyse de la situation. C'est à ce titre là que lorsque nous recevons dans la consultation les familles, les patients ont au préalable réalisé un bilan neuropsychologique complet afin de mieux connaître ces dimensions et se représenter les difficultés que cela entraîne pour eux .

c) Le parcours de vie antérieur.

Il est très important de recueillir auprès du patient un récit de son parcours de vie antérieur, pour autant qu'il peut en faire état, de manière à repérer dans ce récit quels ont été les éléments douloureux, marquants, structurants, qui peuvent orienter vers une idée de la personnalité antérieure, telle qu'elle peut être perçue au travers de ses choix de vie, de l'orientation qu'il a donné à son existence, et des motivations qui s'y rattachent. Toutes les dimensions relationnelles d'engagement et de rupture affective, de carence, de perte, peuvent témoigner d'un niveau de souffrance individuel dont l'existence peut prendre la forme de troubles du comportement qui les expriment. Le patient, dans la dimension individuelle, est aussi membre d'une dimension systémique puisque le patient n'est pas hors de la famille (Destailats JM., Belio C. 8). Dans **ce lien entre l'identité et l'appartenance**, (Belio C., Destailats JM. 4) se construisent les répercussions sur le système familial de ces troubles, tout autant que les répercussions sur le patient des dynamiques familiales en cours. Cette circularité renvoie à la boucle entre l'identité et l'appartenance (C Belio 4 - 5). Cette évaluation du récit de vie individuel ouvre donc sur la compréhension des processus d'individuation, d'identification et d'identité qui étaient à l'œuvre auparavant et qui vont être à nouveau sollicités à travers le parcours de rééducation et de réadaptation du patient cérébro-lésé. Il y a là toute une source de réminiscences, de résurgences, de réactualisations d'épisodes du passé avec les conflits qui s'y rattachent.

2/ La porte familiale

Dans la consultation « Handicap et Famille », nous essayons de passer du trouble lésionnel au trouble familial en réalisant ce que nous appelons micro anthropologie du lien. Les fondements théoriques sont basés bien entendu sur une épistémologie de réalisme phénoménologique (Le Moigne JL. 11, 12). Nous faisons donc le choix d'une méthodologie constructiviste pour un travail sur cette micro anthropologie du lien (Caillé Ph. 6).

« Qu'on ne s'étonne pas de me voir, contrairement à nos habitudes, mettre toujours en parallèle l'état morbide du malade et les préoccupations de son entourage. Ces deux termes sont solidaires et on aurait une notion erronée de la maladie en bornant l'examen au malade. Du moment qu'il intervient un élément moral dont l'existence est ici hors de doute, le milieu où vit le malade exerce une influence qu'il serait également regrettable d'omettre ou de méconnaître. » Lasègue – 1873.

Devant cette porte, il convient d'essayer de formuler des hypothèses sur ce que le trouble du comportement peut signifier d'une difficulté familiale. Les indications qui nous sont adressées dans la consultation servent de support aux hypothèses familiales. Ces indications concernent régulièrement les souffrances des patients et les souffrances

des familles, mais aussi les troubles du comportement, les conflits familiaux, les conflits entre institutions et patients, et les conflits entre familles et institutions. Ces deux derniers conflits seront abordés dans l'hypothèse institutionnelle. Parmi nos objectifs face à ces demandes, l'information sur les troubles, l'évaluation systémique des difficultés et le suivi systémique familial, voire la thérapie familiale systémique, nous conduisent à porter un regard sur les conséquences du trouble du comportement sur la famille, mais aussi sur la dynamique en cours dans la famille qui peut expliquer les troubles du comportement.

Le système familial organise une co-évolution des individus qui le constituent, et il a une fonction structurante interne qui se confond avec son existence même. Chacun s'attend ainsi aux comportements relationnels des membres de la famille, où chaque situation a déjà été vécue plusieurs fois et a fait émerger une certaine régularité des réactions des uns et des autres. Cela crée une modélisation, qui assure un ordre relationnel qui lui-même crée une stabilité, une prévisibilité dont bénéficient ses membres. Cette prévisibilité facilite les échanges et la communication. En fait, ce qui fait la famille, c'est l'idée de la famille (Pohier).

Cette évolution collective et individuelle des membres de la famille, en co-construction au fil du temps, fait apparaître chez chacun d'entre eux une représentation du fonctionnement de la famille et de la relation. C'est ce que nous appelons **le modèle**. (Mugnier JP. 17). Chaque famille est unique et originale, et par conséquent a sa propre idée de la famille, son propre modèle. Le traumatisme crânien vient perturber cette organisation du système, ses représentations partagées, il met en crise le modèle. Les hypothèses de la porte familiale partent à la recherche du modèle passé et actuel et de leurs conséquences sur la famille. La pathologie, le handicap deviennent cet événement « fondateur » et déstabilisent le modèle relationnel antérieur. Les familles s'adaptent tant bien que mal face à cette nouvelle réalité. Les stratégies qu'elles adoptent (Mugnier JP. 18), plus ou moins volontairement construisent souvent une souffrance supplémentaire dont pâtissent tous les membres y compris le blessé. Celui-ci prend alors parfois la place toute désignée de bouc-émissaire. Ce phénomène de « bouc-émisserisation » est emprunté à René Girard (Girard R. 9, 10), avec l'éviction de la victime permet de diminuer la tension et la violence générées par une situation qui échappe au contrôle des protagonistes. Nous rencontrons souvent ce phénomène à l'œuvre dans les groupes humains tout autant pour les familles que pour les équipes de soin.

3/ La porte institutionnelle

Un des protagonistes le plus souvent méconnu et oublié des troubles du comportement est l'équipe, car l'équipe et l'institution jouent bien-sûr un rôle déterminant dans la genèse des troubles du comportement qu'il convient d'évaluer. En systémique, cette hypothèse est basée sur le fait que l'observateur n'est pas conçu comme extérieur à l'objet qu'il observe. Il faut donc l'intégrer dans la définition et la constitution des problèmes.

C'est ce que la systémique appelle le **tiers inclus**. Dès lors que nous sommes confrontés en tant que membres d'une institution à un trouble du comportement, nous ne pouvons évacuer le fait que nous y ayons une part de responsabilité, et qu'il convient d'analyser notre place dans sa survenue. Dans la porte institutionnelle, une des

hypothèses qui peut être explorée pour le patient comme pour la famille, est celle de la crise hétéro-référentielle (Mazaux JM, Destailats JM 15).

On doit aussi penser l'institution comme un facteur de handicap. En effet, l'institution est tout autant dans le handicap du patient et de sa famille, que dans leur solution. Elle peut être à l'origine de la survenue de la difficulté comportementale des patients, soit par son attitude avec le patient, soit par sa relation avec la famille (dont une des répercussions observable sera le comportement de patient). Les hypothèses qui en découlent imposeront des ajustements de la part de l'équipe qui contribueront au traitement du trouble.

III/ Le traitement : du symptôme au sens

A / Les fondements

1/ L'hypothèse intégrative méta-systémique

Au terme de l'évaluation par la « méthodologie des trois portes » nous tentons d'inscrire le trouble du comportement dans le contexte de la demande. Ce contexte met en relation trois dimensions différentes : le système institutionnel, la dimension individuelle et le système familial. Ce contexte est **méta-systémique**, un système de systèmes. C'est cette complexité qui rend compte de la polysémie du trouble du comportement. Les hypothèses formulées pour évaluer comment la famille, l'institution et le patient concourent à l'apparition du trouble du comportement s'articulent dans une **hypothèse intégrative**, qui doit être cohérente avec chacun des niveaux de pertinence émergeant du recueil d'informations passant par les trois portes.

Il existe une porosité, une perméabilité, entre la famille et l'équipe, liée au fait que le patient, situé entre les deux, rejoue dans chacun des contextes les difficultés qu'il éprouve dans l'une et l'autre, ainsi qu'à l'intérieur de lui-même.

Le symptôme trouble du comportement est l'expression de tout ceci. Il est une représentation, de type théâtral et non pas iconique, de la réalité perçue par le patient. Cette réalité, pour lui et son entourage, ouvre sur l'histoire passée et sur la poursuite de cette histoire. Elle prend donc un sens qui pourrait échapper à l'équipe si l'intervenant systémique ne s'en préoccupait pas comme étant au premier rang de la compréhension du trouble du comportement.

2/ La position d'allié thérapeutique

Une des caractéristiques de l'épistémologie systémique découle du tiers inclus. Comme l'observateur est dans ce qu'il observe il ne peut prétendre à la neutralité, même bienveillante. Bien au contraire, la notion systémique d'engagement est au centre du positionnement du thérapeute. Cet engagement est aussi une démarche de construction du sens à l'intérieur de la relation.

a) avec le patient

L'allié thérapeutique doit établir avec le patient une réelle alliance, non pas sur la technicité rééducative dont il est porteur, mais par la relation qui sert de support aux soins qu'on va leur proposer. Cette relation implique un abord respectueux de la personne qui est en face de nous et de son histoire, et impose de ne pas se limiter à une réification du patient, où il se résume dans sa séquelle et son déficit que l'on prend en charge. Tous ces éléments apporteront perspective, profondeur et épaisseur à la rencontre que nous faisons avec ces patients blessés, qui nous apparaîtront dès lors comme des êtres humains en proie à la souffrance et à la menace que la maladie fait peser sur eux et leur parcours de vie. C'est là que se bâtit un effet psychothérapeutique avéré de la rééducation, qui ne passe pas par la psychothérapie.

b) avec l'équipe et la famille

L'intervenant systémique dans cette position d'allié thérapeutique devra au niveau de l'équipe, comme au niveau de la famille, tendre à ouvrir la compréhension des protagonistes sur le sens des troubles du comportement afin d'éviter que ceux-ci ne servent de support aux processus de « bouc-émissarisation » (Girard R. 9, 10) qui sont toujours à l'œuvre dans les équipes et les familles confrontées à la violence, à l'incompréhension ou à la confusion. Dans ces deux systèmes il doit être le porteur d'interrogations qui décentrent le point de vue, pour faire entendre les différentes dimensions qui peuvent sous-tendre le trouble.

c) De l'allié thérapeutique à l'alliance thérapeutique avec la famille

Le thérapeute construit avec le patient et la famille une position d'explorateur, de « chercheur de sens », « d'anthropologue du sens » (Bateson G. 2, 3) qui doit aider les protagonistes de cette relation à clarifier leurs positions, leur compréhension des termes employés pour décrire ce qui fait problème pour eux. Cette position « d'ambassadeur de l'équipe » de soin, de « traducteur » est ce que nous appelons l'allié thérapeutique. L'alliance thérapeutique fait référence avec le projet qui en découle à cette clarification et à la compréhension du problème tel qu'ils le vivent au moment de la rencontre avec le système de soin et son « émissaire/allié thérapeutique ».

3) Une micro anthropologie du lien

C'est bien donc leur histoire, leur singularité, leurs particularités qu'il nous faut découvrir.

Leur vie est unique, les valeurs attachées à leur histoire sont aussi celles de leur familles d'origine tout autant que leur invention/intégration propre. Chaque couple est unique dans son histoire, mais recèle les valeurs fusionnées, transformées, des familles d'origine et des histoires qui les ont précédées. Sans parler de mythe familial, le couple, la famille que nous rencontrons, englobent plusieurs histoires enchevêtrées. Pour

reprendre E. Morin, (Morin E. 16) leur « tout » est plus que la somme des parties qui le composent, et la « partie » bien plus que la fraction du tout.

B/ Les historiens et les cartographes : le traitement méta-systémique des troubles du comportement

1/ Les cartographes : la carte et le territoire

a) une autre carte est proposée : l'information sur les troubles

- au niveau individuel
- au niveau familial
- au niveau institutionnel.

La confrontation des différents points de vue fait apparaître une complexité qui place le patient, la famille mais aussi les soignants dans une position de doute. Personne n'a raison mais tous ont raison ensemble. Cette nouvelle compréhension permet à chacun de percevoir les similitudes et les différences des points de vue.

Qui parlerait encore d'agressivité du patient quand on perçoit ensemble l'erreur cognitive sous-jacente ?

b) le brouillage des cartes familiales

Bien sûr, cette information pour objectivante qu'elle soit est confrontée à l'histoire de la relation. Globalement, la famille a un problème. La solution au problème qu'elle se pose est comme dans les mathématiques dépendant de la manière dont celui-ci est posé. Le problème représente pour la famille une crise. Dès lors nous nous attachons à comprendre autant le problème posé que la manière dont la famille le pose, c'est à dire la crise qu'ils traversent suivant leur définition.

C'est ce que nous appelons la crise auto-référentielle.

-La crise auto-référentielle

Le traitement s'attache ici à traiter les hypothèses issues de la porte familiale

La lésion cérébrale bouleverse la tentative de stabilité que constitue l'évolution d'un système familial, et peu à peu leur avenir semble mis en difficulté par la mise en doute du modèle de la relation. Cette crise auto-référentielle peut rendre compte des troubles du comportement que l'on observe à travers l'abord individuel du patient. Il peut montrer ainsi comment la crise familiale est particulièrement intense et se manifeste chez lui par ses perturbations émotionnelles et comportementales. Le doute sur le devenir de chacun des membres à l'intérieur du système est lié à la remise en cause pour chacun d'entre eux des règles relationnelles (aussi bien dans les contenus que dans les formes de la relation) qui les unissent. Il en découle une souffrance individuelle et collective, touchant chaque personne et chacun de leurs sous systèmes d'appartenance. La lésion cérébrale attaque le lien du fait du risque vital encouru par le blessé et menace de faire disparaître ce lien et tout ce qu'il apporte aux protagonistes du système. Elle menace ensuite, et durablement (par la transformation liée aux séquelles cognitives et comportementales), les équilibres antérieurs et les projets (individuels et collectifs) de chacun. L'incertitude pour tous est pour longtemps accrue car l'évolution et la récupération sur plusieurs mois et plusieurs années réalimentent le « compte épargne espoir » d'un retour à l'état antérieur. Le retour à l'état antérieur serait la solution qui

permettrait de supprimer le problème dans une causalité linéaire familiale : « Rendez-nous le comme avant et ainsi nous n'aurons plus de problème, tout pourra continuer comme nous l'avions prévu auparavant ». Dans le même temps, la permanence durable des déficits et l'impact des séquelles sur la relation rappellent à chacun des membres que le système est devenu différent aux yeux de tous les protagonistes. Il y a donc un conflit cognitif entre les deux représentations, celles issues du passé et celles rencontrées dans le présent avec un grand flou sur le devenir de ce modèle. Le compte épargne espoir reflète la tendance à la stabilité de tout ordre symbolique. Les séquelles apportent la dimension du désordre, de la nécessaire transformation de cet ancien modèle. C'est une façon positive de rappeler que les modèles se transforment souvent par des crises. De cette tension portée sur le modèle du système, naît la confusion, le doute, la souffrance de ses membres, et la crise familiale trahit la peur engendrée par cette plus grande complexité et cette plus grande incertitude. Quand la carte ne correspond plus au territoire, tout le monde se sent fragilisé, perdu ou désorienté.

La crise que traverse la famille à l'occasion du drame du traumatisme crânien est un doute sur sa compétence. Dans cette situation où elle se sent dépassée, la famille demande de l'aide et une intervention à un tiers supposé savoir. En systémique, l'intervenant doit donc laisser de côté sa pseudo compétence et découvrir le savoir spécifique de chaque famille face aux catastrophes. Si la difficulté à se transformer entraîne trop de souffrances, le système rencontre une incapacité interne qui peut se transformer en handicap pour la famille. Il faut alors lui proposer une aide thérapeutique pour éviter que la lésion cérébrale, le traumatisme crânien ne produisent un handicap familial.

L'intervenant doit donc rencontrer la famille au travers de questions les concernant, même si la famille semble lui poser beaucoup de questions comme s'il détenait la solution. C'est donc pour respecter la famille et sa compétence que l'intervenant entre dans ce questionnement. Les questions entraînent la famille dans un processus de résolution de la crise par une transformation de leur modèle. Au travers de cette rencontre avec l'intervenant, le système familial redécouvre sa propre compétence (Ausloos G. 1). Cette confiance dans leur compétence est un des axes thérapeutiques du soin systémique.

-la crise hétéro-référentielle

Le traitement de cette crise la conséquence des hypothèses de la porte institutionnelle. C'est la crise, venant de l'extérieur, qui met en doute la famille et ses membres (dont le patient), face à leur modèle. Cette crise est induite par la confrontation de leur groupe d'appartenance (Belio C, Destailats JM 4) avec des institutions soignantes, qui sont des groupes d'inclusion. Dans les groupes dits d'inclusion, la relation est imposée au sujet, mais il n'est pas visé personnellement, d'où une tendance à la réification du sujet. C'est ainsi qu'on considérera en institution qu'on s'occupe de traumatisés crâniens, de cérébrolésés, et beaucoup moins de personnes ou, en tout cas, insuffisamment aux yeux de certaines familles ou de certains patients.

Il peut y avoir aussi une disqualification de la famille dans ses actes et son modèle spécifique par l'institution et les soignants, ce qui accroît les doutes de la famille et la souffrance qui découlent du sentiment de son incompétence face à la crise qu'elle traverse (Ausloos G. 1, Caillé Ph. 6). C'est ainsi que lorsqu'on leur déclare qu'ils ne font pas bien, qu'ils ne savent pas s'y prendre, ou que nous avons l'air d'avoir beaucoup

de réponses qu'eux-mêmes ignorent sur les façons de faire et de procéder avec le blessé, on aggrave chez eux le sentiment de « brouillage des cartes ».

La crise vient aussi du fait que nous pouvons avoir des attitudes de certitudes soignantes face aux familles, certitudes bien-sûr, qui peuvent dissimuler nos doutes quant à l'évolution et à la solution des troubles du comportement. Certaines peuvent les concevoir comme une offense et une blessure dévalorisante, qui fera rentrer la confrontation entre le système soignant et le système familial dans les disqualifications réciproques qui prennent alors la forme du « **jeu de la patate chaude** ».

Au sein de l'équipe, chaque acteur de l'institution peut se trouver mis en tension par les demandes des familles ou leur insatisfaction face aux résultats du soin. Dès lors, le « jeu de la patate chaude » pour le soignant devient la tentative d'évacuation du doute que fait peser sur nos modèles théoriques, nos compétences et notre « toute puissance », leur confrontation à nos limites et à la souffrance des patients et des familles.

Le jeu de la patate chaude est le signe pathognomonique que l'équipe est dans une crise hétéro-référentielle.

La crise que traverse la famille à l'occasion du drame de la lésion cérébrale, est un doute sur sa compétence. Dans cette situation où elle se sent dépassée, la famille demande l'aide d'un tiers supposé savoir. L'intervenant engagé dans ce processus doit donc prendre en compte sa place et celle de l'institution dans la construction de chaque difficulté que rencontre le patient pour ne pas accroître le sentiment erroné d'incompétence sur son devenir qu'a la famille. Ainsi, l'intervenant ne contribuera pas à la souffrance déjà présente dans la famille (qui vit déjà sa crise auto-référentielle), en les engageant dans cette crise hétéro-référentielle telle que nous la décrivons. En systémique, l'intervenant doit donc laisser de côté sa pseudo compétence et découvrir la souffrance des familles dans la catastrophe, mais aussi leur savoir et leur compétence (Ausloos G. 1).

L'aspect très positif et dynamique du traitement systémique de la crise hétéro-référentielle à l'origine du trouble du comportement, est lié au fait que sa solution repose toujours sur nous et sur notre capacité à changer notre façon de faire pour nous adapter à eux et leurs difficultés.

Si les lésions ne changent pas, si la famille est dans l'incapacité de changer, sommes nous vraiment bloqués par les troubles du comportement ? Quel nouveau système thérapeutique pouvons nous tenter de créer ? Comprendre leur problème pour agir sur nous et modifier ainsi l'appréhension qu'ils ont de leur problème.

c) la carte systémique du patient

Le patient doit lui même gérer sa propre histoire, dépendante de son réseau relationnel. Il possède en lui-même toute l'histoire de la relation. En ce sens il représente une fractale, une partie du système familial. Cependant les lésions cérébrales, que nous tâchons toujours d'évaluer le plus précisément possible empêchent parfois de percevoir ce que l'entourage voit et pense de leur difficultés.

Deux conceptions, deux visions du monde différentes. Celle de la famille qui perçoit la différence entre le modèle d'avant et le nouveau. C'est un réel travail de découverte, d'apprentissage, d'appropriation que doit se livrer le thérapeute avec le patient. Les relations sont décortiquées, explicitées, chaque erreur est repérée, analysée, commentée, expérimentée. La limite de cette carte, sa frontière est représentée par la lésion, mais

nous gardons toujours en tête que si la lésion a sa place, (elle doit avoir sa place mais seulement sa place) il convient avec le patient et la famille de la décrire pour la circonscrire au plus juste.

2/ Les historiens et la micro anthropologie du lien

Les thérapeutes sont dans une position d'historiens ou « d'historographes », chargés de vérifier et de réécrire avec la famille et le patient l'histoire de leur relation. C'est à Gregory Bateson que nous empruntons cette idée d'une micro-anthropologie du lien (Bateson G. 2,3). Leur expérience du problème actuel est représenté par la somme des expériences, des problèmes rencontrés tout au long de leur vie. C'est cette compétence là qu'il leur faut mettre à jour.

La force du lien, tissé jour après jour, année après année assure la permanence relationnelle, la stabilité du lien crée par le système d'appartenance. La famille crée du lien et à travers le lien, la stabilité dont bénéficie tous ses membres.

Le handicap, le trouble du comportement viennent perturber la carte.

Le territoire a changé du fait de la lésion. La carte doit être redéfinie. Chacun redéfinit ses positions, ses atouts comme ses faiblesses. Ses valeurs sont interrogées, critiquées sous le nouvel éclairage du handicap. L'histoire se réécrit, le handicap y laisse sa trace et c'est au thérapeute d'aider la famille à écrire le projet de ce qu'elle va vivre sans lui.

L'humilité, la compassion, le questionnement naïf comme les interrogations critiques sont les outils autant que les valeurs du thérapeute.

IV / Conclusion :

A ce niveau de la réflexion, qui pourrait encore parler d'ergothérapie, de limites professionnelles, de clivages corporatistes, de définitions d'actes professionnels autrement qu'en fonction des besoins et des nécessités du soin.

La pensée du handicap est une pensée transdisciplinaire, qui échappe à tout enfermement conceptuel. Elle implique une redéfinition autre qu'une définition réductionniste du soin (centrée sur la pathologie) en même temps qu'elle ne peut y échapper.

L'ergothérapie comme synthèse transdisciplinaire centrée sur le handicap a besoin de se transformer pour suivre ses vrais valeurs qui sont celles du soin, de l'accompagnement, de l'accomplissement, du respect, de l'engagement, du courage et de la loyauté.

Nous pensons qu'il convient pour suivre l'évolution du soin dispensé pour les personnes handicapées de toujours en penser les limites de ce que nous faisons pour les dépasser et chercher ce qui a du sens pour la personne et la famille. Travailler à la transformation de notre pensée afin de penser notre métier de soignant (l'ergothérapie mais aussi les professions les plus proches de ces fondements épistémologiques) comme une synthèse transdisciplinaire nécessitée par une vision juste du handicap qui prenne en compte la pathologie, certes, la personne handicapée et la famille (handicapée) mais aussi l'histoire de la relation et le sens qu'elle recèle.

Nous pourrions terminer par : Handicap : à la recherche du sens... (Paul Servais)

Bibliographie

- 1 **AUSLOOS, G.** (1995) *La compétence des familles. Temps, chaos et processus.* Erès 1995
- 2 **BATESON, G.** (1972) *Steps to an ecology of mind* New York Balantine
- 3 **BATESON, G.** (1979) *Mind and nature* New York Bantam books
- 4 **BELIO, C. , DESTAILLATS, J.M.** - *Inclusion et appartenance. Ergothérapie en institution et système familial.* In *Expérience en ergothérapie.* N°9 Masson. Paris. 1994. 30-37.
- 5 **BENOIT, J.C.** (1981). *Les doubles liens.* P. U. F.
- 6 **CAILLE, P.** (1991 a). *Familles et thérapeutes.* Paris, E.S.F. Ed., 2e édition
- 7 **CROZIER, M., FRIEDBERG, E.,** (1977) *L'acteur et le système* Paris ED du Seuil
- 8 **DESTAILLATS, J.M. , BELIO, C. :** *L'abord systémique du handicap : plaidoyer pour la prise en compte de la dimension familiale et institutionnelle.* *Expériences en ergothérapie n°5 - douzième série - Sauramps Médical,* 1999 ;148-156.
- 9 **GIRARD, R.** (1972) *La violence et le sacré,* Paris , Grasset
- 10 **GIRARD, R.** (1982) *Le bouc émissaire* Paris, Grasset
- 11 **LE MOIGNE, J.L.** (1994) *Le constructivisme TI : Les fondements,* Paris ESF
- 12 **LE MOIGNE, J.L.** (1995) *Le constructivisme TII : Les épistémologies,* Paris ESF
- 13 **LEZAK, M.D.** (1987). *Psychological implications of traumatic brain damage for the patient's family.* *Rehabilitation Psychology,* 31:241-250.
- 14 **LEZAK, M.D.** (1988). *Brain damage is a family affair.* *Journal of clinical and experimental neuropsychology,* 10(1):111-123.
- 15 **MAZAUX, JM, DESTAILLATS, JM.** *Des troubles cognitifs aux troubles Neuropsychologique des traumatismes crâniens graves de l'adulte.* Paris : Frison-Roche, 1995 ; 223-238. *comportementaux : problèmes d'évaluation.* In : Bergego C & Azouvi P (eds)
- 16 **MORIN, E.** (1992). *Introduction à la pensée complexe.* *Colloque communication et complexité,* E.S.F.
- 17 **MUGNIER, J.P.** (1993) *l'identité virtuelle* Paris, E.S.F.
- 18 **MUGNIER, J.P.** (2002) *Les stratégies de l'indifférence,* Paris, ESF
- 19 **NEUBURGER, R** (2003) *L'autre demande* Paris, Payot poche essai
- 20 **WATZLAWICK, P. HELMICK BEAVIN, J., JACKSON, D.D.** (1967). *Pragmatics of human communication : a study of interactional patterns* *Pathologies and paradoxes ,* New York, Norton

La médiation : une contribution au processus de construction de la transdisciplinarité

Atelier animé par Achille Grosvernier

achille.grosvernier@bluewin.ch

La recension de publications, ainsi que l'analyse de pratique en milieu professionnel relatives au thème des relations disciplinaires fait apparaître une constante : celle d'une grande diversité typologique qu'il conviendrait d'interroger. S'agit-il d'un classique jeu d'opposition entre pairs académiques tentant chacun de son côté d'élaborer de façon complémentaire un ensemble de notions ? Derrière la querelle de définition, où chaque auteur cherche à faire passer sa compréhension du problème, ne se cache-t-il pas une irréductibilité entre sciences de la nature et sciences sociales ? Ou y aurait-il des enjeux plus importants encore ¹ ?

Quoiqu'il en soit, ce consensus sur le thème engendrant des confusions sur les termes a quelque chose de paradoxal en regard de la visée intégrative de l'inter- et de la transdisciplinarité. Que l'objectif soit de travailler ensemble de manière inter- ou transdisciplinaire, un des problèmes nous semble dès lors être comment et à quelles conditions rendre concrètement possible et féconde l'articulation des disciplines.

L'ordonnancement des expressions multidisciplinarité, pluridisciplinarité, interdisciplinarité et transdisciplinarité semble traduire l'idée de graduation vers une certaine intégration des disciplines.

« Dans le cas de la multi- ou de la pluridisciplinarité sont juxtaposés, à propos d'un objet d'étude censé commun, une série de disciplines différentes développant leurs points de vue spécifiques. [...] Si l'on voulait user d'une métaphore qui s'inspirerait des "jeux de langage", on dirait qu'on a affaire, dans ce cas, à une simple coexistence de langages différents, produisant quelque chose comme un Babel scientifique. »

¹ Nous pensons notamment à Foucault qui, dans *"Surveiller et punir"*, montre comment se développent des savoirs disciplinaires en relation avec la transformation des institutions, le savoir médical accompagnant la naissance de la clinique, le savoir psychiatrique transformant la prise en charge asilaire, le savoir criminologique structurant le régime pénitentiaire.

Dans le modèle de recherche transdisciplinaire, on tente d'abandonner les points de vue particuliers de chaque discipline pour produire un savoir autonome d'où résulteraient de nouveaux objets et de nouvelles méthodes. Il s'agit cette fois d'une intégration de disciplines. Pour reprendre une métaphore langagière, on dira qu'on vise, dans ce cas, la construction d'une langue nouvelle et commune, quelque chose comme un espéranto scientifique.

Enfin, dans un modèle interdisciplinaire, la recherche s'opère à partir du champ théorique d'une des disciplines en présence qui développe des problématiques recoupant partiellement celles qu'élabore, de son côté, l'autre discipline. Il s'agit cette fois d'une articulation de savoirs qui entraîne, par approches successives, comme dans un dialogue, des réorganisations partielles des champs théoriques en présence. On pourrait dire que, dans ce cas, on procède à la traduction d'un jeu de langage dans un autre [...] . » ²

De cette typologie succincte, nous retiendrons l'idée de traduction que nous illustrons par le cas ci-dessous.

Le cas "Communauté d'études"

Une communauté d'étude en aménagement du territoire, composée de membres formés à des disciplines diverses : agronomie, architecture, droit, économie, géographie, politologie et sociologie.

Le projet "Campagne-ville : le pas de deux. Enjeux et opportunités des recompositions territoriales" dont le descriptif est le suivant :

« Au cours des dernières décennies, le rapport entre rural et urbain s'est fondamentalement modifié. Sous diverses influences, de nouveaux territoires émergent qui ne peuvent plus être appréhendés à travers une dualité où ville et campagne constitueraient des mondes séparés. Le projet vise à étudier les dynamiques à l'œuvre, de manière à identifier les enjeux récents, à les intégrer dans une réflexion prospective et à esquisser des pistes pour une action publique. L'ambition est d'appréhender les phénomènes dans leur interdépendance et leur complexité. »

Six mois après son lancement, le projet n'a pas avancé. Des investigations menées par la directrice de l'institut, il ressort que la responsable administrative, ingénieure agronome, et la responsable scientifique, sociologue, ne parviennent pas à travailler ensemble et que leurs relations interpersonnelles sont devenues mauvaises. Pour des raisons organisationnelles, il n'est cependant pas envisageable que l'une ou l'autre collaboratrice quitte le projet.

² François OST, L'interdisciplinarité comme principe d'organisation, paradigme théorique et anticipation éthique. L'expérience des Facultés universitaires Saint-Louis (Bruxelles), 1997. Pour Ost – qui est juriste – la transdisciplinarité est une « utopie scientifique » parce qu'elle « déborde en permanence de tous les champs scientifiques connus ». Seule l'interdisciplinarité permet « la constitution d'une recherche réellement "centrée" », tout en étant relativement instable puisqu'elle « peut, à tout moment, verser dans la simple juxtaposition d'approches, comme elle peut également déboucher, en certains points de la recherche, sur des questionnements de nature transdisciplinaire ».

D'un commun accord, mais avec quelques réserves de la part de l'agronome, il est décidé de recourir aux services d'un médiateur.

Les premiers entretiens mettent en évidence l'ampleur des divergences :

ingénieur	médiateur	sociologue
<i>En fait les rôles ne sont pas définis. Et c'est là la source de tous les problèmes.</i>	Comment sont réparties les compétences entre responsable administrative et responsable scientifique ?	<i>Avec une personne ouverte à l'autre, la co-responsabilité ne devrait pas poser de problèmes.</i>
<i>Pour moi, le projet est avant tout un produit qui se réalise sur la base d'un modèle et d'une technique. Ce sont les facteurs techniques appropriés à ce type de projet qui lui donnent son effet structurant. La méthode de projet est une donnée, un acquis. Notre expertise permet d'anticiper les conditions et estimer leur ampleur pour s'assurer un retour sur investissement.</i>	Quels sont vos présupposés méthodologiques respectifs ?	<i>Un projet de recherche est constamment une évaluation critique de la pertinence des problèmes, des questions et des solutions. Le contenu du projet se construit en situation, par tests, essais-erreurs, allers-retours. Ce sont les facteurs sociaux et psychosociaux qui déterminent l'adoption des outils méthodologiques. Leur usage se construit dans le temps par les acteurs. « La méthode c'est le chemin quant on l'a parcouru. »</i>
<i>Je ne suis pas focalisée. Simplement, sans technologie et sans prise en compte des moyens, surtout financiers, il n'y a plus ... pas de recherche scientifique digne de ce nom.</i>	Si je vous dis que l'une d'entre-vous est focalisée moyens et technique et que l'autre est focalisée besoins individuels et collectifs, comment réagissez-vous ?	<i>Je suis constructiviste et pour moi, l'analyse des besoins et l'implication des acteurs permet d'aller à l'encontre du discours techniciste ambiant et borné de ma collègue.</i>

<i>Absolument !</i>	En schématisant, je dirais que pour l'une c'est le projet qui détermine le contexte et les acteurs, alors que pour l'autre, c'est l'inverse, ce sont le contexte et les acteurs qui déterminent le projet.	<i>M'ouais ... c'est un peu trop schématique.</i>
<i>Pas vraiment ! En se laissant noyer dans les errances de ma collègue, on a perdu énormément de temps et on se retrouve en total décalage avec la demande initiale.</i>	Seriez-vous, l'une et l'autre, disposée à envisager une nouvelle approche méthodologique ?	<i>Pourquoi pas, mais il faut partir des besoins particuliers et impliquer les acteurs dans l'élaboration et l'expérimentation.</i>
<i>Que ma collègue me permette d'assumer mes responsabilités administratives à l'égard de l'institution et de notre mandant. Qu'elle accepte d'être cadrée et surtout qu'elle cesse de mélanger vie privée avec vie professionnelle.</i>	Qu'attendez-vous de cette médiation ?	<i>Que ma collègue cesse de m'agresser quand j'exprime un point de vue différent du sien. Je refuse le principe de la soumission passive à une norme comportementale.</i>
<i>Et bien il faudra que notre directrice assume son rôle ...</i>	Et si la médiation ne devait pas aboutir à une solution satisfaisante pour l'une et l'autre ?	<i>et décide qui de nous deux doit quitter le projet.</i>
<i>Ce fut laborieux, mais je peux vivre avec ...</i>	Y a-t-il consensus autour du descriptif de projet ?	<i>A entendre ma collègue, je pense que non ...</i>
<i>C'est l'ambition de ma collègue, moi je suis plus modeste et réaliste.</i>	Je pense tout particulièrement à la dernière phrase : « L'ambition est d'appréhender les phénomènes dans leur interdépendance et leur complexité ».	<i>C'est en effet l'ambition de notre groupe de projet et la raison pour laquelle je me bats afin de faire entendre raison à ma collègue.</i>

<i>On ne peut plus modifier le projet.</i>	Ne pensez-vous pas, l'une et l'autre, qu'un tel objectif nécessiterait une plus grande adéquation entre les intentions du projet et sa gestion ?	<i>Qu'entendez-vous par là ?</i>
<i>Sans moi ...</i>	Lorsque deux personnes issues de disciplines différentes travaillent ensemble, se posent deux types de problèmes : 1) Si les savoirs sont simplement juxtaposés, il en ressort autant d'objets différents que de perspectives à l'oeuvre. 2) Si l'on choisit une discipline dominante, laquelle choisir et comment éviter le conflit de pouvoir. Que pensez-vous d'une approche plus transversale ?	<i>C'est intéressant. Mais comment comptez-vous vous y prendre ?</i>

Un projet comme “Campagne-ville” est, par nature, interdisciplinaire. Dans un contexte de développement technologique, économique et social, le besoin d'une vision globale nécessite d'articuler des savoirs différents sur un même objet, parce que les problèmes soulevés renvoient à des causalités multiples. Cette articulation ne va cependant pas de soi : l'investissement personnel est important et les réticences à dépasser sont nombreuses.

Notre agronome et notre sociologue ont réussi à se mettre d'accord sur le problème à étudier, à définir leur projet, voire à en déterminer les objectifs. Mais incapables de remettre en cause les modèles et les méthodes de leur discipline respective, elles ne sont pas parvenues à élaborer des concepts communs leur permettant de s'accorder sur la manière de traiter et d'analyser les problèmes et se sont épuisées en d'interminables palabres qui ont porté atteinte à la qualité de leurs relations interpersonnelles.

Les différences de visées scientifiques, qui définissent ce qu'il convient de faire, les modèles à mettre en oeuvre et les outils à utiliser, représentaient l'aspect central de la problématique. Pour l'ingénieure, le projet est avant tout un produit dont il faut assurer le retour sur investissement ; toute son attention et son énergie est par conséquent mobilisée par les réalisations concrètes, ce qui ne facilite guère l'évaluation critique de la pertinence de ce qui est engagé, prônée par la sociologue.

Lorsqu'elles ne sont pas identifiées, explicitées par le débat, reconnues et gérées, ses grandes différences disciplinaires, d'ailleurs souvent posées a priori, sont presque toujours sources d'incompréhensions, de frustrations, d'accusations et de moqueries réciproques, néfastes au travail conjoint, mais propices aux conflits. Face à ce constat de dégradation de la qualité humaine de la relation et d'enfermement disciplinaire, il s'agissait de travailler aussi bien les aspects relationnels que des questions de concepts et de méthodes plus directement liées au projet, une amélioration de la relation interpersonnelle permettant une avancée concrète du projet, avancée qui, rassurant les personnes en charge de le mener à bien, focalisait moins l'attention sur la problématique de l'autre. Bref, la réussite du projet – et de la médiation – dépendait autant de la concordance des humeurs et des affinités que de celle des concepts et des modèles.

Ce long processus a permis pour l'essentiel d'aboutir aux résultats suivants :

- identification du système de relations qui existent entre tous les acteurs concernés (externes comme internes) et qui sont porteurs d'enjeux individuels et collectifs constituant autant de freins ou de leviers pour le projet ;
- explicitation des visées scientifiques ;
- reconnaissance de l'interdépendance et de l'interaction entre contenu du projet, contexte dans lequel il s'inscrit et système de relations entre acteurs impliqués dans le projet ou simplement concernés par celui-ci ;
- passage progressif d'un modèle déterministe (technologique pour l'agronome et social pour la sociologue) à une approche plus transversale ;
- reconstruction de la confiance, de la convivialité et du respect mutuel dans une éthique du dialogue et de la prise en considération des différences ;
- clarifications et précisions apportées au contenu du projet, dans ses aspects techniques, mais aussi organisationnels et sociaux ;
- adjonction à l'équipe projet d'un "traducteur", capable d'articuler les options méthodologiques et les concepts-clé propres à chaque discipline et prendre en compte tous les intérêts et les enjeux spécifiques ;
- établissement du profil du "traducteur", en termes de légitimité et de crédibilité :
 - o bonne connaissance de l'institution et pouvoir suffisant pour que ses demandes ou propositions soient suivies d'effet ;
 - o dispose d'une expérience professionnelle variée ;
 - o comprend les différentes disciplines concernées par le projet ;
 - o est capable à passer d'un registre de langage et de perception à un autre (économique, technologique, organisationnel) ;
 - o sait négocier, animer, écouter et a le sens de l'équité ;
 - o sans implication directe dans d'autres projets de l'institut, afin de garantir son "équidistance" face aux enjeux et intérêts en présence ;

- détermination de quatre axes de travail du “traducteur” avec l’équipe projet :
 - o la problématisation, qui consiste à formuler un problème de façon telle que sa résolution constitue, pour les acteurs, un point de passage obligatoire pour leur permettre d’atteindre leurs objectifs ;
 - o l’intéressement, qui est l’ensemble des actions qui permettent de détourner les acteurs de voies alternatives qui pourraient les tenter ;
 - o l’enrôlement, qui vise à définir et attribuer un rôle à chacun, qui l’accepte ;
 - o la mobilisation, qui permet de s’assurer de la représentativité des acteurs avec lesquels on s’est associé.

Dans le cas “Communauté d’études”, la médiation ne peut pas être réduite à un mode alternatif de résolution de conflit. Se basant sur l’adhésion à un projet commun à réaliser dans le temps, il s’agissait bien plus de transformer un problème et d’accompagner un changement accepté coopérativement, afin de rechercher l’articulation, la coordination, la cohérence des volontés et des efforts, le maintien d’un consensus minimum, le respect de la personne et une réelle volonté de s’entendre, voire d’être solidaire des différences acceptées, autant d’opérations quasiment stratégiques qui nécessitent que les acteurs se déplacent vers des points de vue d’où il leur est possible d’envisager des alliances les uns avec les autres.

Pour confronter les points de vue disciplinaires, puis co-construire leur articulation et leur coordination, nous avons recouru à l’analyse en commun de deux articles scientifiques³. Chacun de ces textes représentait à la fois un objet scientifiquement construit et le point de vue (approche, concept, modèle, type de donnée) propre aux chercheurs d’une des disciplines en présence, contribuant ainsi à construire une connaissance de l’objet et de la façon de l’aborder⁴.

³ Il s’agit de :

- Michel CALLON. Eléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et les marins-pêcheurs dans la baie de Saint Brieuc. Année Sociologique, 1986, p. 169-208.
L’idée essentielle est que les unités sociales sont cloisonnées dans des univers culturels particuliers et que les messages des uns et des autres doivent être traduits pour être compréhensibles et avoir une chance d’être efficaces.
- Laurent THEVENOT. Equilibre et rationalité dans un univers complexe. Revue économique – No 2, mars 1989, p. 147-197.
Prenant en compte un univers complexe, dans lequel plusieurs formes de coordination et donc d’équilibre sont possibles, l’auteur invite à réélaborer la notion de rationalité réclamée par le jeu flexible que permet cette pluralité de mondes

⁴ Dans l’idéal, pour jouer un rôle de représentation, chacun de ces textes devrait être choisi par une discipline à l’intention de la discipline partenaire. Afin d’éviter que le choix de ces textes, laissé à la libre appréciation de chaque protagoniste, soit l’expression de leur enfermement disciplinaire respectif, les articles ont été sélectionnés par le médiateur. Ils ont cependant chacun été approuvé par la personne à représenter et marquent un pas en direction de l’autre.

Nous ne prétendons pas qu'à l'étape des relations interdisciplinaires, nous soyons parvenu à faire « *succéder une étape supérieure qui serait "transdisciplinaire", qui ne se contenterait pas d'atteindre des interactions ou réciprocitys entre recherches spécialisées, mais situerait ces liaisons à l'intérieur d'un système total sans frontières stables entre les disciplines* »⁵. Nous nous contenterons de conclure en citant un extrait d'un des articles analysé et débattu, parce nous pensons qu'il pose à merveille à la fois les enjeux de la médiation et celles de la transdisciplinarité :

*« La rencontre de plusieurs mondes porte donc en elle la possibilité d'une crise, puisque la forme même du probable y est douteuse et que plusieurs épreuves de réalité de natures différentes peuvent être engagées. Pour autant cette crise n'éclate pas toujours. On peut chercher à l'écarter par une opération de compromis. C'est une tentative pour éviter une telle crise et dépasser la tension critique entre deux mondes, en visant un bien commun qui ne relèverait ni de l'un ni de l'autre, mais qui les comprendrait tous deux. L'action de compromis se différencie d'un simple arrangement particulier de validité limitée, qui n'engagerait que les personnes entre lesquelles il est conclu. Nous utilisons donc ce terme de compromis dans une acception précise, différente du sens courant de concession ou d'accord amiable, pour désigner une action soumise à des contraintes plus fortes, cherchant à être justifiable - ou raisonnable - et à s'inscrire dans un équilibre global. [...] Par suite, ces opérations de compromis jouent un rôle central dans la genèse des mondes que nous avons décrits et qui ne sont pas donnés une fois pour toutes. De même que l'épreuve de réalité est l'occasion de l'extension d'une nature, par la confection ou la découverte d'objets nouveaux extraits des contingences, de même l'opération de compromis contribue, à long terme, à l'élaboration d'une nouvelle nature. »*⁶

⁵ Extrait d'un texte rédigé par J. Piaget en 1970 à l'occasion d'un colloque sur l'interdisciplinarité, cité in Basarab NICOLESCU. Une nouvelle approche scientifique, culturelle et spirituelle : La transdisciplinarité. Passerelles n° 7, 1993.

⁶ Laurent THEVENOT, op. cit. p. 177

Le phénomène de chronicité et l'approche transdisciplinaire : L'exemple de l'Education Thérapeutique

Chantal Montreuil, M. Sc. Inf.

Spécialiste clinique Diabétologie

Introduction

Dans le contexte actuel de l'augmentation du nombre des maladies de longue durée, de l'accroissement des coûts de la santé et son corollaire, la redéfinition de la politique de la santé, l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) a estimé que la participation active du patient dans la gestion quotidienne du traitement devait être un objectif majeur pour la prochaine décennie. Le concept d'éducation thérapeutique du patient, expression temporairement laissée sans définition, constitue une évolution pour les professionnels de la santé car son émergence défie l'approche linéaire et disciplinaire habituelle qui prévaut dans le domaine de la santé. Le médecin, l'infirmière ou la diététicienne est invité à s'ouvrir non seulement à une autre façon de concevoir la relation professionnel-personne mais aussi à apprendre à se déplacer dans l'univers conceptuel de d'autres disciplines afin de s'approprier une autre façon de penser.

La participation active du patient à la gestion quotidienne du traitement requiert de la part du soignant de renoncer au pouvoir et au contrôle de la maladie et de la personne. Au cours de la phase aiguë de la maladie, le professionnel de la santé est préoccupé par le diagnostic rapide de la maladie et d'identifier le meilleur traitement. Il maîtrise la connaissance et possède un pouvoir indéniable sur la personne soignée. Ainsi, la référence explicite au modèle bio-médical est privilégiée et appropriée pour prendre soin de l'autre en phase aiguë. Mais au cours de la phase chronique de la maladie et dans le contexte du suivi à long terme en ambulatoire, le soignant est bien éloigné des performances du traitement en aigu. Il se retrouve à contrôler de manière indirecte la maladie, à travers le porteur de celle-ci tout en demeurant centré sur la maladie et le

traitement. Il tente de transmettre un savoir le plus souvent bio-médical qui inclut des principes et des savoirs spécifiques pour expliquer ses observations et ses interventions. Ces principes biomédicaux qui expliquent la maladie et sa prévention demeurent valides même lorsqu'on ne tient pas compte du caractère unique de la relation patient-soignant. C'est cependant avec cette relation unique que le professionnel de la santé doit composer.

La personne qui vit les conséquences d'une maladie chronique se perçoit contrainte dans son mode d'agir et de devenir. Elle est moins préoccupée par la maladie et davantage par les conséquences de la maladie dans sa vie quotidienne. Elle fait face à des conditions de santé qui évoluent et qui fluctuent au fil du temps. Cette situation exige un effort constant de reconstruction biographique et de négociation avec elle-même pour redonner une cohérence à son identité modifiée par l'irruption de la maladie. Les traitements et la technologie nécessaires pour gérer les conséquences de la maladie influencent non seulement le sentiment de bien-être de la personne mais également son identité et sa capacité à accomplir ses activités de la vie quotidienne. De même, les besoins spécifiques de la personne pour l'accomplissement des activités quotidiennes peuvent déterminer ses choix dans la gestion du traitement et conséquemment influencer la trajectoire de la maladie. Le défi pour le soignant, c'est découvrir la signification de la maladie pour la personne soignée.

Dans le contexte des maladies de longue durée, la relation patient-soignant est essentiellement une négociation construite que la personne soignée influence. Le soignant est donc invité à partager une partie de son savoir et de son pouvoir auprès d'une personne qui elle-même développe un savoir à partir de son expérience quotidienne et qui tente de cheminer vers un sentiment de maîtrise de la maladie. Il est donc impératif d'allier aux connaissances bio-médicales des connaissances issues des domaines tels que la psychologie, la pédagogie, la sociologie, la nutrition et les soins infirmiers.

Plusieurs professionnels incluent dans leur pratique une approche éducative en lui accordant une valeur thérapeutique au même titre que la pharmacologie ou la rééducation physique. Un groupe d'experts de l'O.M.S. a publié en 1998 des recommandations pour l'éducation thérapeutique dans le contexte des maladies de longue durée. La définition de l'éducation thérapeutique comporte plusieurs

concepts qui en constituent les caractéristiques et la spécificité : « Il s'agit d'un processus d'apprentissage systématique continu, intégré aux soins, centré sur le patient, prenant en compte les processus d'adaptation du patient avec la maladie ; ses croyances et ses représentations concernant la maladie et le traitement ; et les besoins objectifs et subjectifs des patients et de leur famille qu'ils soient ou non exprimés ».

L'inclusion du concept d'éducation thérapeutique dans le soin permet à la personne soignée de développer et de préserver des capacités et des compétences qui l'aident à vivre de manière optimale avec les conséquences de la maladie. Cette approche, orientée vers le soutien à la gestion quotidienne du traitement, inclut des activités de sensibilisation, d'information, d'apprentissage des auto-soins et un soutien psychologique. Elle nous ouvre à une autre manière d'interpréter et de comprendre le dynamisme et l'interaction avec la personne qui vit une maladie chronique. L'expérience clinique nous montre qu'en s'y référant, l'équipe soignante élabore des interventions plus ciblées et congruentes avec la perspective de la personne soignée, dans un climat de partage des connaissances et de la responsabilité du traitement.

Pour une équipe spécialisée, élaborer une approche éducative thérapeutique signifie : décrire la mission des membres de l'équipe spécialisée et une conception du soin et de l'apprentissage explicite qui permet de dire « nous » ; réorganiser les domaines de compétences des soignants ; s'ouvrir à des connaissances qui viennent de d'autres disciplines. Le concept d'éducation thérapeutique est un exemple de l'intégration de savoirs disciplinaires qui nous offre une perspective renouvelée du suivi à long terme des personnes porteuses de maladie chronique en préservant un regard global de l'humain.

TRANSDISCIPLINARITE & SECRET PROFESSIONNEL

Résumé de l'intervention de Christian Hänni

«*Tout ce que je verrai ou entendrai autour de moi, dans l'exercice de mon art ou hors de mon ministère, et qui ne devra pas être divulgué, je le tairai et le considérerai comme un secret*» (Serment d'Hippocrate, traduction de Littré).

Chacun a le droit de déterminer les faits de son existence qui ne sont pas destinés à être connus de tiers, respectivement à choisir ceux à qui il révélera ces faits. Chacun bénéficie donc d'une sphère privée comprenant tous les *faits personnels* qui ne sont connus que d'un nombre limité de personnes. Les données médicales du patient relèvent de sa sphère privée et sont protégées par le droit. Il en va non seulement de la protection de la vie privée des malades, mais aussi de la confiance que la collectivité place dans le corps médical et les services de santé en général.

Les informations médicales sont des *données personnelles* qui jouissent en droit suisse d'une protection étendue. Le Code civil les protège via la protection de la personnalité contre les atteintes portées sans droit (art. 28 CC), c'est-à-dire sans motifs justificatifs (consentement de la personne concernée, loi ou intérêt public). Le code pénal renforce cette protection en sanctionnant la violation de la confidentialité des informations médicales couvertes par le secret professionnel (art. 321 CP, médecin, dentiste, pharmacie, sages-femmes et leurs auxiliaires) ou par le secret de fonction (art. 320 CP). La loi sur la protection des données du 19 juin 1992 (LPD) les qualifie par ailleurs de données sensibles (art. 3 LPD) et en régit strictement le *traitement*, par quoi il faut entendre non seulement la communication, mais également la collecte et la conservation de ces données.

Les informations médicales font donc l'objet d'une abondante réglementation qui permet, au nom du respect de la vie privée et familiale garantie par la Constitution fédérale (art. 13 Cst.) et par la Convention européenne des droits de l'homme (art. 8 CEDH), de les maintenir confinées dans le giron du *secret médical*. Mais parfois, le droit reconnaît une nécessité de les laisser filtrer. Par conséquent, le secret médical ne revêt pas un caractère absolu en droit suisse.

Premièrement, seules sont protégées les données *personnelles*, c'est-à-dire celles qui se rapportent à une personne *identifiée* ou *identifiable* (cf. art. 3 let. a LPD). Les données qui ne permettent pas d'identifier un individu, c'est-à-dire des **données anonymes**, ne sont pas soumises au secret. Il est communément admis que l'individu n'est pas considéré comme *identifiable* si l'identification nécessite du temps ou de la main-d'œuvre en quantité non raisonnable. De même, une donnée ne sera anonyme que si l'anonymisation est irréversible. S'il est en revanche possible de rattacher l'information à un individu identifiable, il s'agira d'une *donnée personnelle* sujette à la protection du droit.

En second lieu, le principe de la confidentialité n'exclut pas toute divulgation de données sensibles. L'article 13 al. 2 Cst. prévoit que «*toute personne a le droit d'être protégée contre l'emploi abusif des données qui la concernent*». C'est l'**utilisation abusive** des données qui est proscrite, et non la transmission d'informations en soi. Pour déterminer si l'utilisation est abusive, il

faudra se référer aux règles du Code civil, du code pénal et de la LPD, et se demander s'il existe un motif justifiant l'utilisation des informations médicales. Ces *motifs justificatifs* se trouvent dans l'assentiment du patient, l'intérêt public, ou la loi. L'art. 27 de la Loi sur les épidémies relatif à la déclaration obligatoire de certaines maladies transmissibles est à ce titre un des rares exemples de règles de droit fédéral qui *oblige* le praticien à divulguer des informations médicales. D'autres textes légaux l'habilitent à lever un pan du voile, mais sans l'y contraindre. La loi sur la circulation routière autorise le praticien à signaler les personnes qu'il estime ne plus être capables de conduire¹. La loi fédérale sur les stupéfiants contient une disposition similaire², de même que le code pénal qui, en son art. 358^{ter} CP, permet de signaler les cas de maltraitance envers les mineurs sans s'exposer à une violation du secret médical³.

Dans le contexte de la chaîne de soins, où interviennent des professionnels de la santé issus de différentes professions et disciplines, la circulation des données personnelles et médicales du patient pose relativement peu de problèmes. De l'équipe de sauvetage pré-hospitalier (ambulanciers et médecins d'urgence notamment) au personnel hospitalier, le patient consent en principe à la collaboration entre les différents intervenants et donc, tacitement, au transfert des données nécessaires au traitement. En revanche, le transfert des données dans l'autre sens (feedback), soit du service hospitalier vers les équipes de sauvetage, est en principe illégal car non justifié par le traitement médical. Pourtant, la circulation des données médicales dans ce contexte peut se révéler précieux en termes de **contrôle de qualité** des soins.

Le contrôle de qualité relève du domaine de la recherche scientifique. Le transfert de données médicales à des fins de recherche doit se faire avec l'accord de l'intéressé. Sinon, le transfert relève d'une infraction au secret professionnel (art. 321 du Code pénal suisse). L'accord ne peut être valablement donné par le représentant (légal ou thérapeutique), car l'utilisation des données à des fins de recherche n'est pas nécessaire à la sauvegarde des intérêts du patient. Pour faciliter la recherche médicale en Suisse, le législateur fédéral a introduit dans le Code pénal une disposition sur le secret professionnel : ***l'article 321 bis***. D'après cet article, la Commission fédérale d'experts du secret professionnel en matière de recherche médicale est compétente pour ***lever le secret médical*** à des conditions bien précises, notamment si la recherche ne peut pas être menée sur la base de données anonymes, s'il est impossible d'obtenir le consentement de la personne concernée et si les intérêts de la recherche priment l'intérêt au maintien du secret.

On voit donc que le droit suisse n'érige plus le secret médical en principe absolu, mais s'efforce de le concilier avec l'intérêt public.

¹ Art. 14 al. 4 LCR : «Tout médecin peut signaler à l'autorité de surveillance des médecins ainsi qu'à l'autorité compétente pour délivrer ou retirer les permis de conduire les personnes qui ne sont pas capables de conduire avec sûreté un véhicule automobile en raison de maladies ou d'infirmités physiques ou mentales ou pour cause de toxicomanie».

² Art. 15 al. 1 LStup : «Les services administratifs, les médecins et les pharmaciens sont autorisés à signaler à l'autorité protectrice compétente ou à une institution de traitement ou d'assistance agréée les cas d'abus de stupéfiants qu'ils constatent dans l'exercice de leur activité officielle ou professionnelle, lorsqu'ils estiment que des mesures de protection sont indiquées dans l'intérêt du patient, de ses proches ou de la communauté».

³ Art. 358ter CP : «Lorsqu'il y a de l'intérêt des mineurs, les personnes astreintes au secret professionnel ou au secret de fonction (art. 320 et 321) peuvent aviser l'autorité tutélaire des infractions commises à l'encontre de ceux-ci».

« Transdisciplinarité, entre mythe et réalités »

La santé communautaire fait référence à un champ de pratique large qui met l'accent sur un processus de développement des collectivités. Les savoirs sont au service d'une participation réelle de la population. La lecture des problématiques relève d'une approche complexe et interdisciplinaire.

L'activité de soins aborde à la fois la personne dans l'expression de sa singularité (manières de faire, de penser) en interaction spécifique avec son environnement, et en tant qu'un individu appartenant à un collectif qui requière la construction de réponses de groupes, en référence à des normes socialement définies. Comment la transdisciplinarité est-elle présente entre ces deux pôles, singulier et collectif ?

Le thème central de cette journée « la transdisciplinarité » reste pour moi à l'état de questionnement.

Si j'ai accepté de travailler ici avec vous l'idée **d'interdisciplinarité en lien avec la santé communautaire** c'est qu'actuellement de part ma pratique de l'enseignement postgrade en santé communautaire auprès d'infirmier-ère-s et de travailleurs sociaux et de part mes rencontres avec des praticien-ne-s de ces deux champs, je me frotte à l'interdisciplinarité. Cela se concrétise par des travaux avec des praticiens et des formateurs qui ont des logiques professionnelles diverses. Ce qui demeure central étant notre objet d'étude et de réflexion, soit : la personne et sa santé dans son rapport aux autres, respectivement aux ressources sociales de son entourage ; aux soins, c'est-à-dire au savoir-faire de son milieu en référence à son environnement culturel et à des normes sociales collectives. Ce faisant un territoire commun de réflexion, de pratique se dessine et c'est donc delà que je vous propose ma réflexion que je vais développer en quatre points

- A. **La santé communautaire**
- B. **Une évolution qui s'est faite lentement**
- C. **Développer un travail en interdisciplinarité**
- D. **Pourrait-on envisager un modèle du travail en interdisciplinarité ?**

J'aimerais envisager avec vous ce point de départ qu'est la santé communautaire, et de quelle manière les soins infirmiers dans ce champ de pratique impliquent le partage des savoirs. De là, réfléchir à la construction d'une interdisciplinarité, puis surtout avec vous et vos questions, envisager durant cet atelier comment peut-être il pourrait être question de *transdisciplinarité*.

Slide 2 Espace santé communautaire.

La santé communautaire Un large espace de pratique et de formation qui permet de donner une unité aux soins de santé.

A. La santé communautaire telle que la plupart des auteur-e-s la décrit fait référence à un large champ de savoirs et de pratiques au centre duquel se trouve le processus de développement des collectivités. Ce processus repose sur le fait que les personnes, les groupes sont fortement en interrelation avec leur environnement. Au quotidien les personnes manifestent leur volonté de pouvoir pleinement vivre leurs liens sociaux, de participer à leur manière à la vie en collectivité. Ce qui ne signifie pas forcément l'adoption de comportements de santé et la capacité à vivre en harmonie les uns avec les autres. Ce que nous les professionnels de la santé nous ne percevons pas toujours comme positif et sommes formés à identifier comme des problèmes de santé ou des difficultés sociales.

Travailler en santé communautaire c'est avant tout apprendre à reconnaître et à privilégier tant les préoccupations des personnes, des familles que leur potentiel à faire face aux conditions de vie qui sont les leurs. Le travail en santé communautaire c'est prendre le temps de travailler avec des subjectivités multiplies ; c'est découvrir comment donner de l'espace à l'expression des croyances, c'est encore oser entendre et se permettre de relayer auprès de la société civile et auprès des décideurs, notre travail avec la maladie chronique, avec la souffrance mentale, avec le rejet social, avec la violence conjugale, inter-éthnique ; avec la déchéance, la pauvreté, l'exclusion et l'injustice sociale.

Il y a là un effort d'appréhension de cette pratique communautaire qui demande une modification forte de la posture professionnelle.

B. Une évolution qui s'est faite lentement :

Slide 3 : champ de la santé communautaire OMS 1974

Dans les années 70, l'OMS présente le champ de la santé communautaire comme étant : « l'ensemble des méthodes et des voies d'approche propres à aborder, sur des bases rationnelles, les problèmes prioritaires de santé, ainsi que les problèmes relatifs aux services et aux structures des systèmes de santé ». Cette position demeure pour le moins très attachée aux institutions sanitaires et elle fait figure de position ancienne, en particulier parce qu'aucune référence à la communauté et à ses compétences n'apparaît.

Il faut attendre les deux décennies suivantes, pour constater de réelles évolutions.

Slide 4 : d'autres disciplines et une nouvelle approche des soins de santé communautaire

C'est donc tout récemment, depuis les années 80 et 90, que les apports de plusieurs disciplines font prendre à la santé communautaire les caractéristiques que nous lui connaissons aujourd'hui et qui implique fortement tous les infirmiers et les infirmières dans un travail avec la population. Je fais référence ici à la conscientisation de la population et à la prise en compte des savoirs populaires – à l'accès à l'information et à la valorisation des solidarités intergénérationnelles – à la participation critique face à une bienveillance sanitaire décrétée et attendue.

Slide 5 : vers une pratique des savoirs partagés

Cette évolution nous porte vers une pratique des savoirs partagés, forme naturelle d'interdisciplinarité pourrait-on dire, puisqu'il s'agit d'enrichir son regard et ses compétences au contact des autres, non professionnels des soins le plus souvent. La préoccupation de la santé est mise en avant ; elle permet le progrès social.

Il faut relire ici la conception des soins de santé primaires pour saisir la force de ce courant qui peine aujourd'hui à s'installer tant on lui concède de défauts. Il est vrai, le progrès n'a pas que des aspects bienfaisants. Faut-il en effet au nom d'une meilleure santé possible contraindre les malades par des mesures financières à adopter des comportements décrétés adéquats par les experts (bonus/malus dans le domaine des assurances sociales). Autre exemple, faut-il rendre certaines prestations de soins totalement payantes pour les contrevenants aux manières équilibrées de se nourrir. Sur de telles pratiques nous devons en tant que professionnelles de la santé de travailler en interdisciplinarité, ce qui me semble être le seul chemin des soins infirmiers en santé communautaire. C'est ce qui est apporté par la conception des soins de santé primaires qui est tout en nuance et qui tente de responsabiliser les divers acteurs du champ social et de la santé, sans donner une primauté à la communauté scientifique et au marché économique.

Slide 6 soins de santé primaire

« Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer (...). Les soins de santé primaires sont le premier niveau de contact des

individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire ».

Slide 7 : changement de paradigme

De par ces positions, un changement essentiel de paradigme est proposé, on peut le caractériser par trois points, il s'agit :

- du passage de l'individuel au communautaire ;
- de la participation de la population aux côtés des professionnels et
- des experts et de la répartition nouvelle des ressources humaines et économiques entre les soins curatifs et les soins préventifs.

Et cette position sera encore renforcée au milieu des années 80 par la Charte d'Ottawa dont je retiens les éléments suivants

Slide 8 : De la promotion de la santé

« La promotion de la santé exige l'action concertée de tous les intervenants : les gouvernements, le secteur de la santé et les domaines sociaux et économiques, les organismes bénévoles, les autorités régionales et locales, l'industrie et les médias. Les gens de tous les milieux interviennent en tant qu'individus, familles et communautés. Les groupements professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé sont particulièrement responsables de la médiation entre les intérêts divergents, en faveur de la santé ».

C. Développer un travail en interdisciplinarité

Nous saisissons qu'entrer dans cette perspective c'est à la fois l'opportunité de porter un regard sur la personne dans l'expression de sa singularité et à la fois l'opportunité de pouvoir construire des réponses de groupes, en référence à des normes socialement définies.

Nous pourrions travailler plusieurs exemples : tels que les soins aux personnes atteintes de cancer de la gorge en travaillant à plusieurs professionnels ensemble et avec des visées sociales et collectives pour modifier les normes en matière de vente de tabac, de vente d'alcool ; cela pourrait se faire avec les personnes atteintes de diabète, voir de burn out.

Danielle D'Amour, infirmière québécoise, membre du groupe de recherche interdisciplinaire en santé, nous montre combien ce point n'est pas simple, tout au contraire d'envisager de cette sorte sa pratique. Elle montre comment un tel travail met en avant plusieurs déterminants qui entrent en jeu, tout d'abord :

- *le système professionnel* ; c'est ce qui représente une logique du penser et de l'agir et qui s'oppose à la logique de la collaboration entre professionnels. Tant le professionnel, que les bénéficiaires se trouvent écartelés entre suivre des prescriptions rigides, des normes apprises reconnues socialement comme efficaces et pouvant apporter des solutions immédiates ; ou s'ouvrir à des réflexions plus complexes qui exigent une prise de risque et la construction de réponses partant des intersubjectivités des acteurs engagés. Vient alors se greffer *la qualité des l'interactions, c'est de la confiance surtout qu'il s'agit*. Un travail en interdisciplinarité ne peut se concevoir sans ce rapport de totale confiance dans les échanges, les rapports de travail. Il signifie une mise en visibilité de son savoir, de son expérience pour un enrichissement mutuel et non une appropriation par certains d'une connaissance qui leur confère un pouvoir. Cela au détriment de l'objectif visé et de la réelle participation des partenaires. Enfin, *sur le plan organisationnel* travailler en interdisciplinarité c'est expérimenter l'interdépendance. Il s'agit de régler sa marge d'action, sa liberté, en n'omettant à aucun moment le fait de la relation qui est établie avec ses partenaires.

D. Pourrait-on envisager un modèle du travail en interdisciplinarité ?

Je pense personnellement qu'il s'agit d'abord de proposer une nouvelle posture professionnelle.

Slide 9 : une nouvelle logique qui est la logique interprofessionnelle

A ce stade les soins infirmiers peuvent expérimenter une nouvelle logique qui est la logique de collaboration interdisciplinaire qui signifie :

- Partager et intégrer des savoirs et des pratiques venues *d'ailleurs*
- Reconnaître de manière *plurielle* la complexité
- L'approche est prioritairement centrée sur les personnes
- Les zones d'intervention peuvent être partagées
- Des interactions sont vécues avec les professionnels partenaires de l'intervention
- La visée est l'approche participative

Slide 10 : L'interdisciplinarité vise à

L'interdisciplinarité vise à mettre en relation d'échanges et de travail des personnes dont la formation professionnelle est différente en vue d'offrir une complémentarité de compétences suffisante pour intervenir dans une perspective où les acteurs gardent le pouvoir d'orienter les processus dans lesquels ils sont engagés.

Slide 11 : l'interdisciplinarité peut être pensée et travaillée comme....

L'interdisciplinarité peut être pensée et travaillée comme étant :

Un espace commun, composé de plusieurs compétences variées collaborant à un même but, que seule l'équipe peut atteindre.

Les décisions s'obtiennent par consensus et les activités se coordonnent selon une approche multidimensionnelle avec les personnes ou avec groupes de personnes engagées dans un processus, dans un projet de changement.

L'équipe est consciente que les objectifs ne peuvent être atteints que par la collaboration.

Slide 12 : Point hautement essentiel :

« Cette collaboration nécessite des transformations réciproques dans chacune des disciplines afin d'augmenter son efficacité et de permettre qu'une synergie, une identité et une couleur s'installent dans l'équipe et avec les partenaires.

Par conséquent, les résultats sont perçus comme étant ceux de l'équipe et non ceux d'une discipline particulière ».

VOYER, P. (2000), L'interdisciplinarité, un défi à relever. *The Canadian Nurse/L'infirmière canadienne*, N°Mai pp.39-44

Slide 13 : en formation postgrade

En formation postgrade nous pensons qu'un tel apprentissage ne peut avoir lieu que par un travail en alternance théorie-pratique ; par un développement de l'intelligence collective ; par des analyses de pratique et par la réalisation effective d'intervention communautaire sur le terrain.

Pour ce faire, il importe de pouvoir effectuer un repérage de quelles sont nos méthodes d'approche des situations, quelles sont nos théories et nos modèles qui soutiennent notre positionnement clinique, ce que M.-F COLLIÈRE dans son ouvrage :

Soigner.. le premier art de la vie, nomme **les outils de discernement** pour apprendre à découvrir la diversité des croyances, des cultures des personnes avec lesquelles nous élaborons des projets ; c'est aussi savoir se rendre proche des gens, oser les rencontrer dans les institutions où nous professionnels sommes souvent confinés, mais tout autant là également où ils vivent.

Cette approche met en valeur l'identité professionnelle du praticien, de la praticienne en soins infirmiers ou en travail social. De par sa marque, son empreinte d'une problématique qu'il connaît, de par son explicitation par des données probantes, (savoirs partagés par ses pairs et d'autres disciplines) le professionnel pourra envisager une action concertée à partir de la singularité d'une situation tout en lui donnant un cadre institutionnel et collectif. L'apprentissage vise à permettre d'expérimenter un changement de posture professionnel qui est que : l'action se construit avec la réflexion et elle constitue la meilleure des formations.

Slide 14 : un changement de posture professionnelle

Pour cela il faut envisager un travail d'appropriation de savoirs par une pratique réflexive qui selon Bernard Charlot *Du rapport au savoir* met en interaction un triple processus :

1. Objectivation - dénomination

S'approprier un savoir, mettre en œuvre une activité intellectuelle spécifique qui donne accès à des univers de savoirs distincts du monde quotidien, pensables sans références à des situations vécues.

2. Imbrication du JE dans la situation

Se doter de manière de s'y prendre, de nouveaux trucs, c'est savoir s'adapter, agir.

Ce rapport au savoir est centré sur l'action, sur la nécessité de se débrouiller. C'est le corps qui est le lieu d'appropriation de savoir.

3. Distanciation - régulation

c'est maîtriser une relation, c'est adapter son comportement aux circonstances, c'est savoir qui l'on est soi-même. L'étudiante avec ses émotions, ses sentiments, est mise en œuvre dans ses rapports aux autres et à elle-même .

Le praticien qui travaille en interdisciplinarité, partage son savoir avec la population et d'autres professionnels et travaille ainsi à son propre développement de compétences qui se retrouvent au cœur du processus de développement de la collectivité.

L'interdisciplinarité me semble être supérieure à une juxtaposition de disciplines, l'interdisciplinarité favorise l'appropriation des savoirs, par l'existence d'un dialogue entre

acteurs et entre disciplines et la condition étant le dépassement de logiques de frontières, de spécialistes.

Le futur de la santé en communautaire me paraît devoir être de plus en plus l'apanage d'un travail en interdisciplinarité puisque à lui seul le système de soins ne peut penser maintenir et améliorer la santé de la population.

C'est dire si la thématique retenue pour cette journée est centrale.

Mesdames et messieurs je vous remercie de votre attention.

Nous passons à la discussion et au travail de réflexion:

De l'interdisciplinarité à la transdisciplinarité:

•Comment selon vous l'intervention communautaire peut-elle en bénéficier?

Références :

- CHARLOT ; B (1997) *Du rapport au savoir. Eléments pour une théorie*. Paris, Anthropos.
- BODART SENN, J. (2004) La codisciplinarité ou comment travailler « vraiment ensemble »? *Repère social* N°53, 16-17.
- D'AMOUR; D. ; SICOTTE C.; LÉVY R: (1999) L'action collective au sein d'équipe interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences sociales et santé* 17; 3, sept.
- PERRIG-CHIELLO, P ; DARBELLEY, F. (Eds.) (2002) *Qu'est-ce que l'interdisciplinarité ? Les nouveaux défis de l'enseignement*. Lausanne, Réalités Sociales.
- VOYER ; P (2000) L'interdisciplinarité, un défi à relever. *The Canadian Nurse/L'infirmière canadienne*, N°Mai.

Management et transdisciplinarité :

de l'utilité de nouveaux paradigmes ?

Hélène Brioschi Levi, Directrice des soins Hospices-CHUV

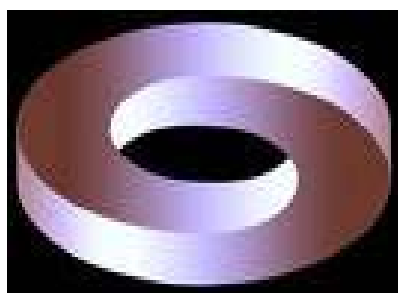
Ana Maria Lagos, Aide-Soignante, Service de néonatalogie

Sylvie Favre Truffer, Architecte, Office des constructions

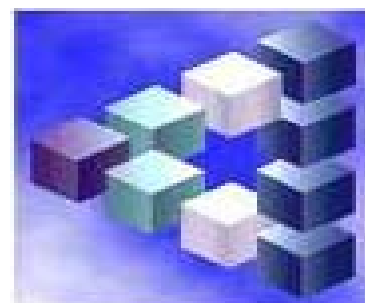
Corinne Stadelmann Diaw, Infirmière clinicienne, Service de néonatalogie



Management et transdisciplinarité, HECVS, 19.10.2006



*Entre tentation de l'impossible
et recherche du possible*



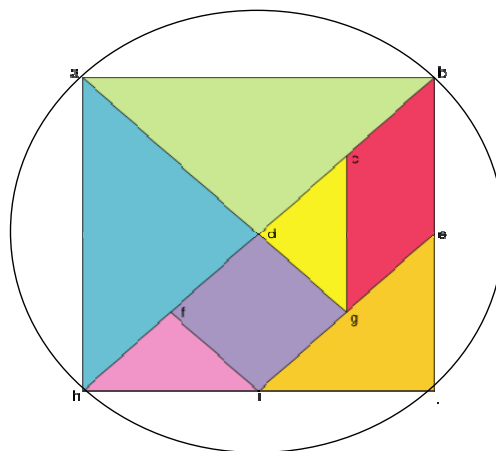
Un atelier : 3 parties

1. Un exposé
Gérer au quotidien ou la quadrature du cercle
2. Un exemple concret pour questionner la transdisciplinarité
Quelques aspects du nouveau service de Néonatalogie des Hospices-CHUV
3. Une introduction au débat et à la discussion
Dans la galaxie des mots et des idées

Mots-clés

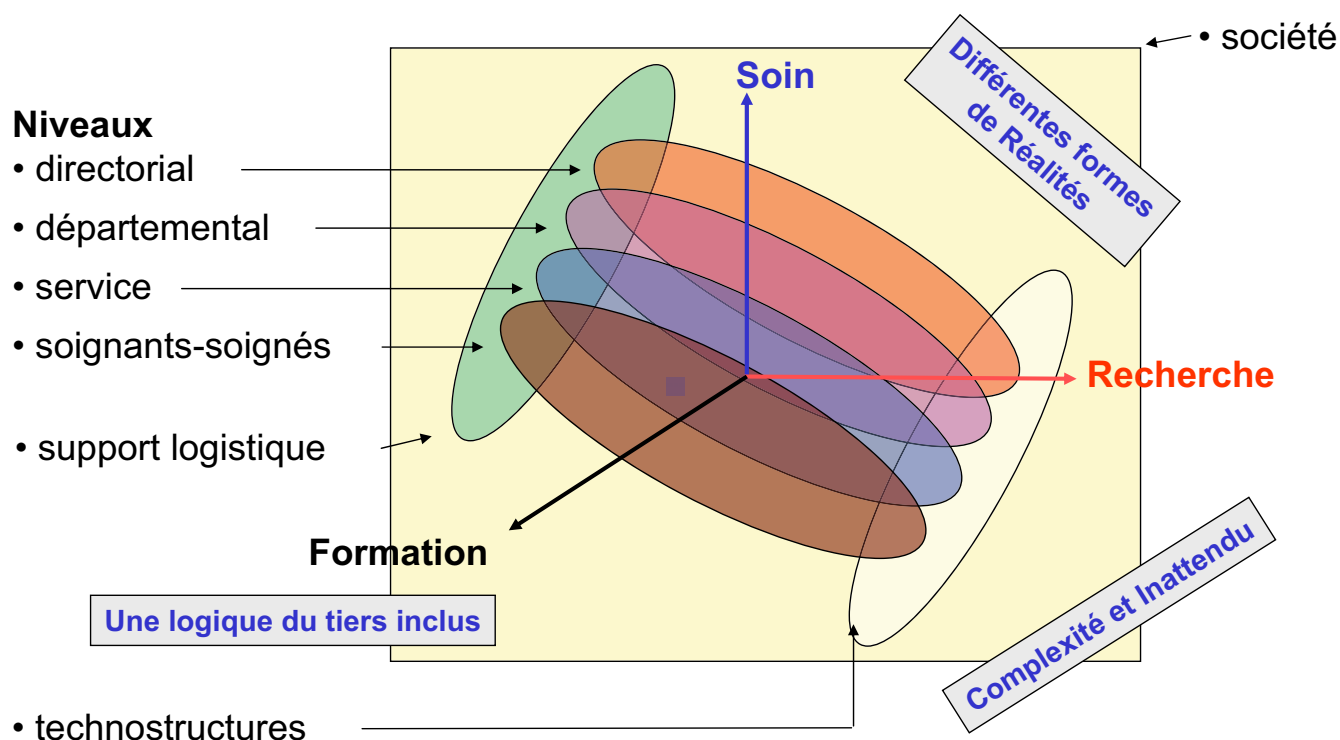
Management et transdisciplinarité, HECVS, 19.10.2006

Gérer au quotidien ou ... la quadrature du cercle



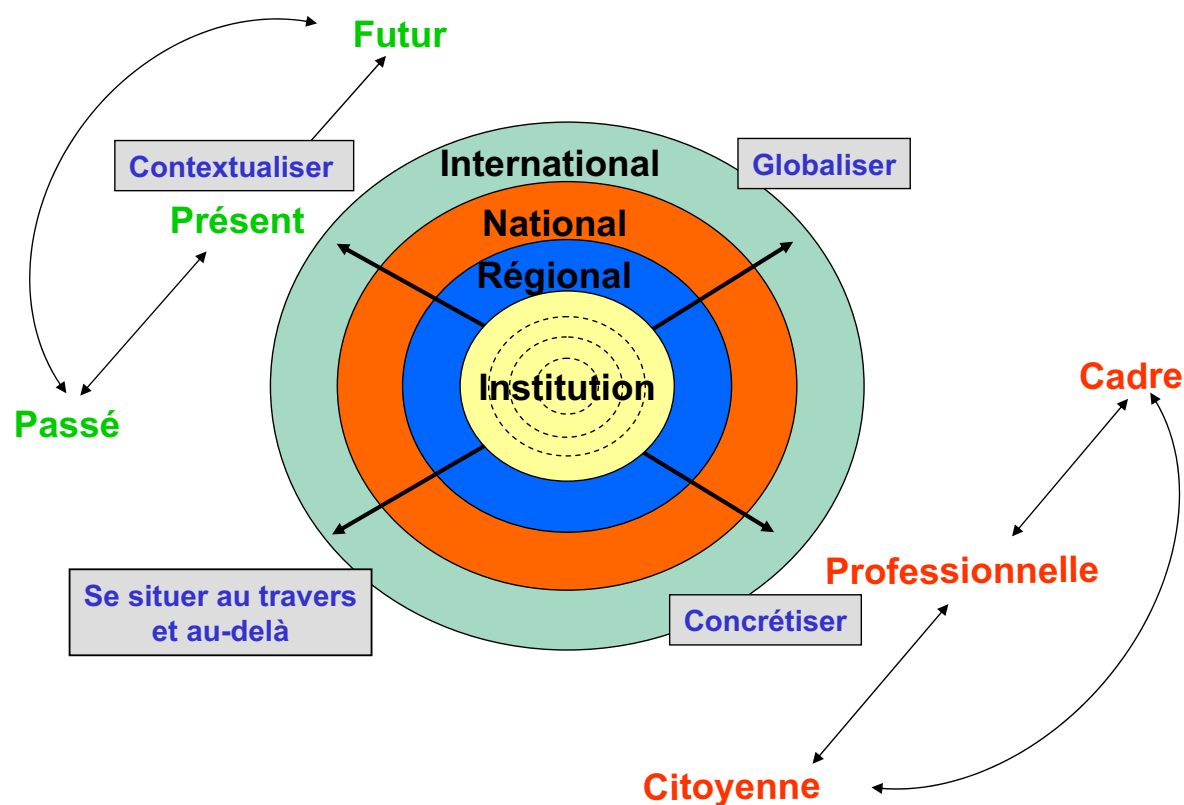
Management et transdisciplinarité, HECVS, 19.10.2006

Une vision managériale *trans-structurelle* et *trans-missions*



Management et transdisciplinarité, HECVS, 19.10.2006

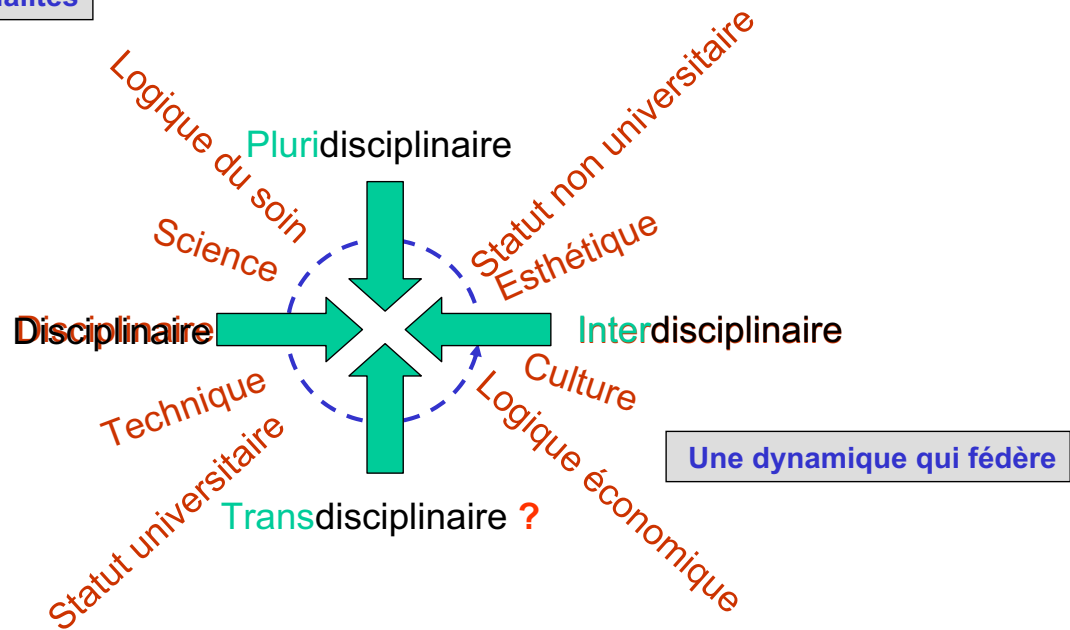
Une vision managériale *trans-spatiale*, *trans-temporelle* et *trans-statutaire*



Management et transdisciplinarité, HECVS, 19.10.2006

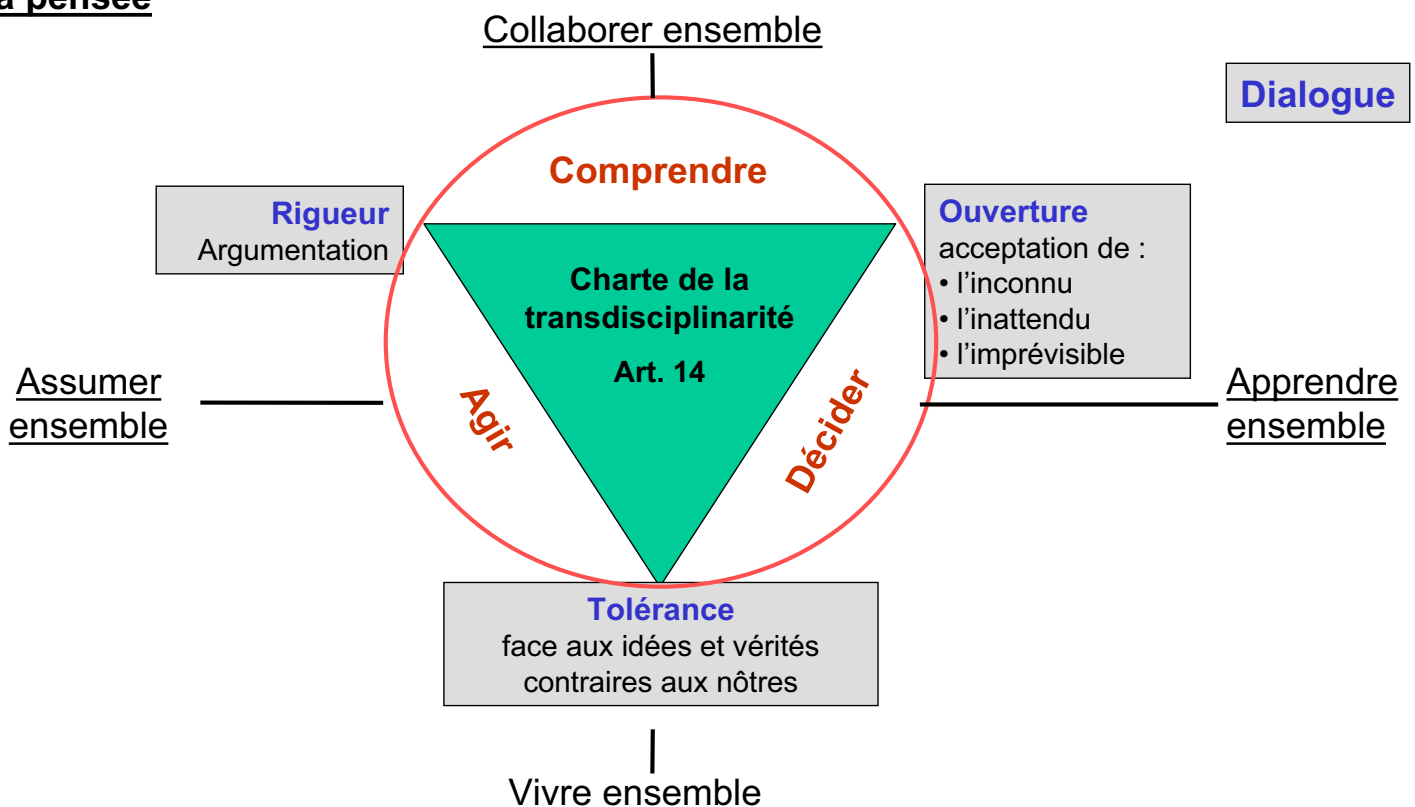
Une vision managériale *transversale* et *transdimensionnelle*

Transgresser les dualités



Management et transdisciplinarité, HECVS, 19.10.2006

Une vision managériale qui *transcende* pour penser l'action et agir la pensée



Management et transdisciplinarité, HECVS, 19.10.2006

Pour conclure...



La Clairvoyance
René Magritte

"Découvrir, c'est
voir les mêmes
choses que les
autres et penser
autrement"

Albert Szent-
Györgyi, Prix Nobel
de médecine

Management et transdisciplinarité, HECVS, 19.10.2006

Un exemple concret pour questionner la transdisciplinarité

Quelques aspects du nouveau service de Néonatalogie des Hospices-CHUV



Management et transdisciplinarité, HECVS, 19.10.2006

Mission

Répondre aux besoins
du patient et de sa famille

56 sur 86

Prise en charge spécialisée
Haute technicité
Environnement agressif

1997

2006

Dysfonctionnements

- Locaux obsolètes
- Espace restreint
- Nuisances sonores
- Manque de lumière
- Insalubrité



Besoin

Nouvelle Division

Haute technicité
et philosophie du service

Environnement

- Calme
- Lumineux
- Ergonomie
- Accueillant - Rassurant

Communication

Management et transdisciplinarité, HECVS, 19.10.2006

besoins

1997

2000

2006

moyens décisionnels

moyens humains



moyens constructifs
et techniques



moyens économiques



communication

Management et transdisciplinarité, HECVS, 19.10.2006

Congrès à Orlando

**Bruit****Bruit**

Réflexion
et
dialogue en équipe
interdisciplinaire
ID-EHASI

Ré-évaluation du besoin

Interdisciplinarité

Equipe Soignante
EHASI
Architecte
Acousticien
Ingénieurs ventilation
Entreprises
Office de construction
Service technique
Hygiène hospitalière
Service de maison
Logistique

Processus décisionnel

Mesures
Réunions
Coût
Avantages

Résultat

Plafonds perforés
Déménagement
reporté

Communication

Management et transdisciplinarité, HECVS, 19.10.2006

Mission première**Ingrédients de réussite**

Expression des besoins
Reconnaissance des besoins
Reconnaissance des compétences
Gestion participative
Volonté commune
Persévérance

Concrétisation

Ecoute

Communication

Management et transdisciplinarité, HECVS, 19.10.2006

Introduction au débat et discussion

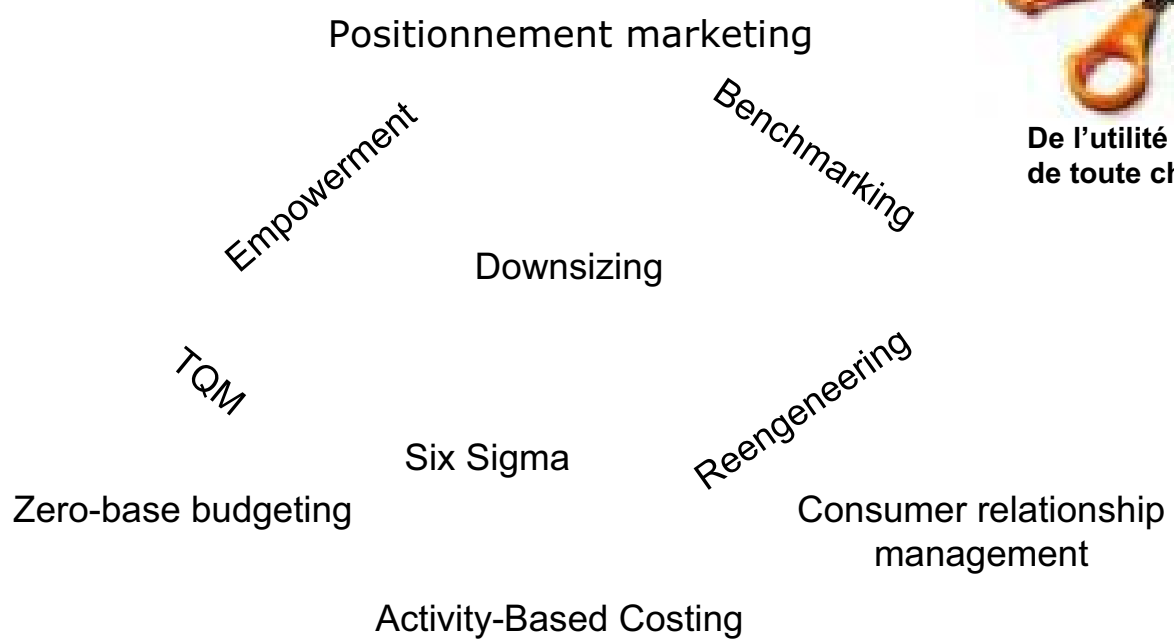
Dans la galaxie des mots et des idées



<http://antwrp.gsfc.nasa.gov/apod/>

Management et transdisciplinarité, HECVS, 19.10.2006

Du pouvoir de *transformation* des mots et des idées



Management et transdisciplinarité, HECVS, 19.10.2006

Toujours plus beau toujours plus grand ?

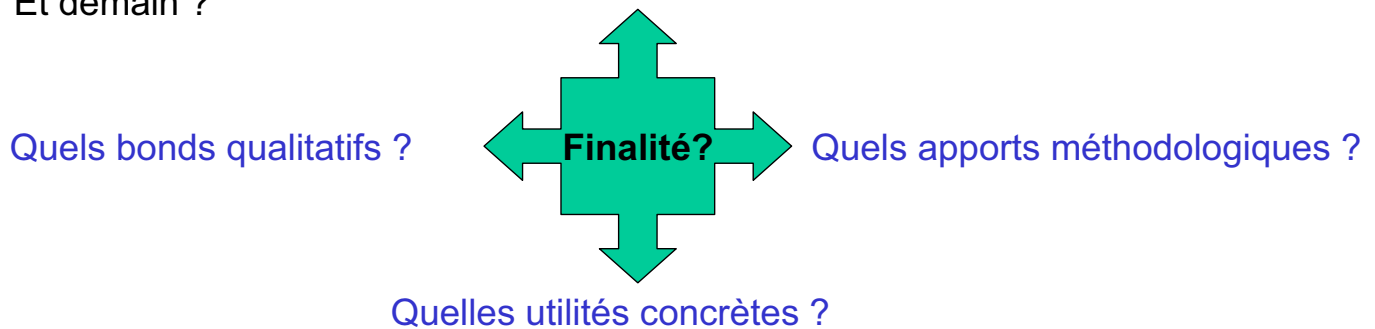
Avant : le **mono-** (disciplinaire)

Après : le **pluri-** (disciplinaire)

Aujourd'hui : l'**inter-** (disciplinaire) (enfin... parfois)

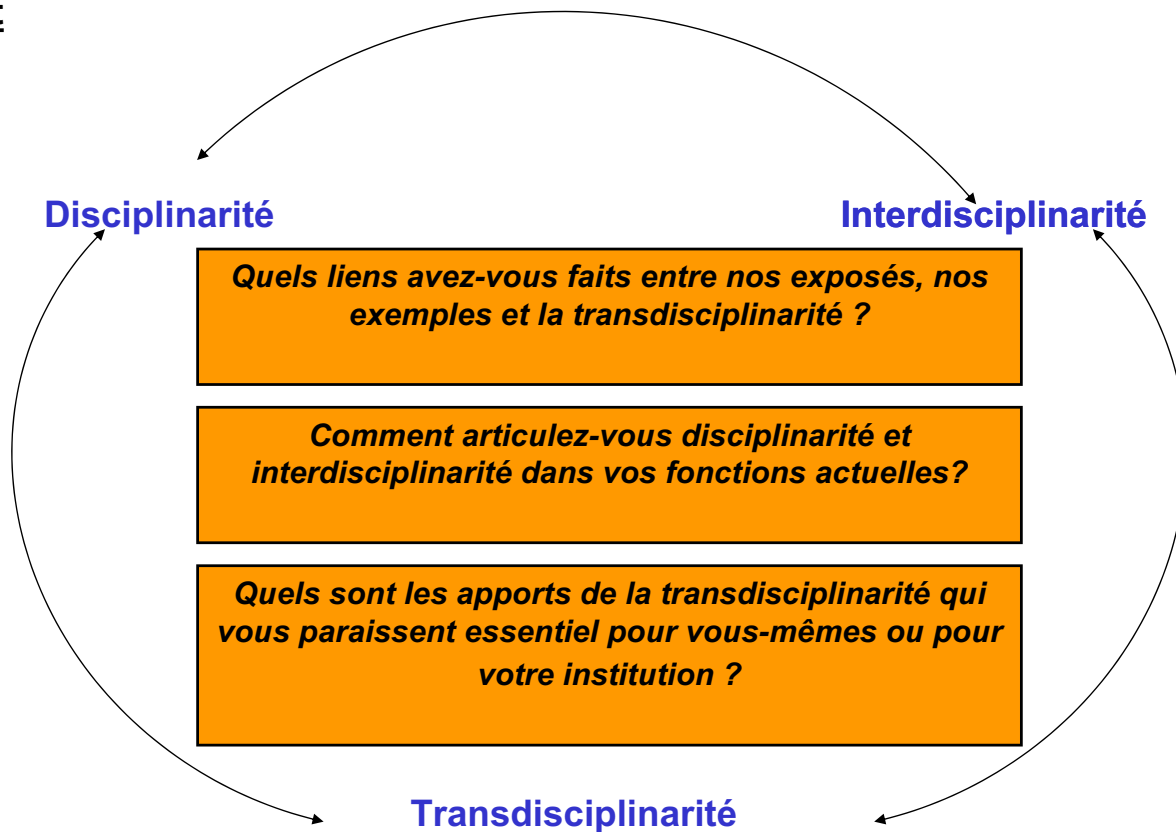
Sortant de l'œuf : le **trans-** (disciplinaire)

Et demain ?



Management et transdisciplinarité, HECVS, 19.10.2006

Débat



Management et transdisciplinarité, HECVS, 19.10.2006

La transdisciplinarité : une condition préalable à la pratique des soins palliatifs

Michel Pétermann

Interdisciplinarité et transdisciplinarité

La transdisciplinarité fut le thème de la première journée scientifique de la HECV-Santé¹ organisée le 19 octobre dernier. L'orateur principal fut Basarab Nicolescu, physicien au CNRS et fondateur du CIRET².

Le titre de cet article est une adaptation de l'appellation d'un des ateliers de l'après-midi qui avait été formulé de la façon suivante : *L'interdisciplinarité : une condition préalable à la pratique des soins palliatifs*. Vous aurez remarqué qu'un glissement s'est opéré entre le titre de l'atelier et celui de cet article : le concept d'**interdisciplinarité** a été remplacé par celui de **transdisciplinarité** ! Tout est question de définition et il se trouve que jusqu'au mois d'octobre dernier le concept de transdisciplinarité m'était relativement étranger. Et puis, en rapport à la **pluridisciplinarité** qui se limite à la juxtaposition de disciplines, l'interdisciplinarité se présentait déjà comme une forme d'organisation extrêmement exigeante dans laquelle les personnes des différentes disciplines communiquent entre elles en s'enrichissant mutuellement.

Mais il se trouve que les concepts évoluent, ceci sous l'influence de la culture ; ainsi, certains auteurs, dont les membres du CIRET, limitent aujourd'hui l'étendue de l'interdisciplinarité à un simple transfert de méthodes d'une discipline à l'autre où le sujet (la personne) n'est pas considéré en tant que tel. Pourtant, jusqu'à aujourd'hui, dans l'enseignement des soins infirmiers, on a souvent présenté l'interdisciplinarité dans une acception plus large et plus complexe. Mais, force est de constater en étudiant la charte de la transdisciplinarité (**annexe**) du CIRET que ce que nous présentions comme de l'interdisciplinarité recouvre en fait ce qu'on entend aujourd'hui par transdisciplinarité.

Les soins palliatifs transdisciplinaires à Rive-Neuve³

Lors de cet atelier, étaient invités : Danielle Beck (co-directrice de Rive-Neuve), Jean-Michel Bigler (un des deux médecins responsables), Sylviane Bigler (infirmière cheffe) et Maria Fernandez (psychologue). Idéalement, on aurait souhaité pouvoir accueillir d'autres membres de l'équipe de Rive-Neuve, car toutes les disciplines n'étaient pas représentées. Manquaient encore l'équipe de cuisine, du ménage, de l'administration, de l'intendance, des bénévoles, de l'art thérapie, de la bibliothèque, de l'aumônerie, des aides-soignantes et de la physiothérapie. Bien évidemment des contraintes pratiques sont à l'origine de ce choix restrictif.

¹ Haute école cantonale vaudoise de la santé

² Centre International de Recherches et Études Transdisciplinaires
(<http://nicol.club.fr/ciret/index.htm>)

³ Rive-Neuve : Maison (hôpital) de soins palliatifs située à Villeneuve (<http://www.rive-neuve.ch>)

Nos invités de Rive-Neuve, ont pu décrire au travers de nombreux exemples concrets que la transdisciplinarité semble bien être une condition préalable incontournable à la pratique des soins palliatifs. Pourquoi une telle affirmation ? Justement parce qu'on ne peut tout simplement pas imaginer offrir des soins palliatifs sans que l'équipe n'adhère à un minimum de critères communs. Raison pour laquelle nous allons explorer ci-après trois critères-clés qui forment la charpente de la transdisciplinarité :

1. L'équipe transdisciplinaire se situe entre, à travers et au-delà des disciplines professionnelles.

Dans l'expérience transdisciplinaire de Rive-Neuve on a dépassé l'analyse de la personne soignée qui aboutissait à la « découper » en autant de domaines à investiguer qu'il y a de disciplines professionnelles représentées dans l'équipe. En réalité, cette équipe tente de multiplier les éclairages d'une réalité complexe : une personne unique, qui est malade, et dont la trajectoire de vie s'inscrit dans un contexte spécifique composé de nombreux niveaux de réalité. Les différents acteurs en présence ne vont donc plus se limiter à parler de leur domaine et à partir de leur seul domaine « professionnel » en utilisant uniquement leurs outils spécifiques. Tout en reconnaissant des centres de gravité de compétences propres à chaque discipline, les uns et les autres vont partager leurs regards spécifiques afin d'obtenir une meilleure perception d'équipe sur les éléments qui composent les différents niveaux de réalité d'une personne soignée. Une telle posture théorique a d'emblée des répercussions dans l'organisation pratique. Par exemple, le colloque ne se limite pas aux professions médico-soignantes ; chacune et chacun y a sa place, sachant que seule l'altérité peut mener vers la complexité. Ainsi, les personnes qui s'occupent, entre autre, du ménage ou de la cuisine sont dès lors indispensables ! Bien entendu, il ne s'agit pas de vivre dans la confusion où, par exemple, les missions des professions soignantes seraient confiées aux professionnels de l'intendance et inversement. Par contre, on reconnaît l'importance de pouvoir saisir telle ou telle réalité à partir d'une culture professionnelle autre, différente de la sienne. Ceci dit, il n'y a plus de limites étanches entre les différentes disciplines : une femme de ménage sera écoutée lorsqu'elle parlera de sa perception de l'expression de la douleur d'un malade ; la psychologue pourra rencontrer les personnes soignées en allant leur proposer les menus des prochains repas ; le service à table (l'équipe mange avec les personnes malades) se vit de façon transdisciplinaire ; enfin, dernier exemple, il ne viendrait pas à l'idée d'un médecin en entretien avec un patient d'aller chercher un soignant pour conduire son interlocuteur aux toilettes...

2. L'équipe transdisciplinaire place la personne au centre de ses préoccupations.

Placer la personne au centre des préoccupations de l'équipe, n'est-ce pas ce qui s'enseigne depuis des décennies ? Mais, dans quelle mesure cela se vit-il effectivement ? Que de témoignages de patients qui disent subir les décisions des professionnels de la santé. Que l'on soit en situation de soins palliatifs ou non, toute équipe devrait d'abord chercher à connaître qui est la personne

« partenaire de soins » et ce que souhaite vivre cette personne. Et puis, en tant que professionnels de la santé, nous ne devrions pas nous limiter au minimum légal, soit obtenir un consentement éclairé pour les soins proposés, mais nous devrions créer les conditions d'un véritable choix éclairé. Ceci implique de bien connaître la personne afin d'être en mesure de lui offrir non seulement une piste possible, mais plusieurs pistes praticables. Cela implique de créer un climat de confiance afin que la personne soignée se sente totalement libre de choisir telle ou telle voie sans qu'elle ne puisse imaginer, ne serait-ce qu'un instant, qu'en fonction de son choix elle risque d'être abandonnée par l'équipe !

Placer la personne au centre implique aussi une organisation adaptée dans laquelle une hiérarchie verticale fait place à une hiérarchie horizontale. En effet, comment la personne pourrait-elle être au centre si chacun, à partir de sa position hiérarchique et professionnelle « verrouille » ou utilise un « droit de veto » sur toutes les propositions qui émanent de l'équipe ? L'organisation hiérarchique explicite demeure afin que les responsabilités vis-à-vis des patients et des payeurs (état et assurances) soient clairement établies ; mais, rien n'empêche que chacun délègue son pouvoir à l'équipe tout en gardant son champ de responsabilité. Bien entendu, cette double contrainte (déléguer et rester responsable au cas où...) ne peut se vivre que dans une équipe composées de personnes compétentes, qui se connaissent bien (ressources et limites des uns et des autres) et qui partagent une grande confiance mutuelle, confiance établie sur des valeurs communes explicites.

3. L'équipe transdisciplinaire s'engage à accompagner la personne dans toutes ses dimensions, y compris au niveau spirituel⁴.

La personne n'existe en tant que telle que si elle est considérée dans toute ses dimensions (ou niveaux de réalités) ; de ce fait, je ne soigne pas une personne si je ne sais rien de sa spiritualité (à différencier du religieux). En soins palliatifs, plutôt que de « rajouter des années à la vie », on œuvre pour « rajouter de la vie » aux années. Dès lors, comment participer à « rajouter de la vie aux années » en faisant l'impasse sur la quête du sens qu'est la spiritualité ? Mais, évidemment, cela implique premièrement une démarche personnelle, car comment pourrais-je accompagner l'Autre (qui est différent de moi) sur le chemin de la spiritualité si, pour ce qui me concerne, je ne connais même pas ce qui fonde ma propre spiritualité (qu'elle soit hâtée, agnosique ou propre à tel ou tel autre courant spirituel) ? À Rive-Neuve, la spiritualité n'est pas éludée ; elle est une dimension incontournable du projet de vie. Et, dans la logique de la transdisciplinarité, la spiritualité n'est pas l'apanage de l'aumônier mais de toute l'équipe.

⁴ Selon les termes de Basarab Nicolescu : « Il n'y a pas de science sans conscience et il n'y a pas de conscience sans science. »

CHARTRE DE LA TRANSDISCIPLINARITÉ⁵

(adoptée au Premier Congrès Mondial de la Transdisciplinarité, Convento da Arrábida, Portugal, 2-6 novembre 1994)

Préambule

- Considérant que la prolifération actuelle des disciplines académiques et non-académiques conduit à une croissance exponentielle du savoir ce qui rend impossible tout regard global de l'être humain,
- Considérant que seule une intelligence qui rend compte de la dimension planétaire des conflits actuels pourra faire face à la complexité de notre monde et au défi contemporain d'autodestruction matérielle et spirituelle de notre espèce,
- Considérant que la vie est lourdement menacée par une technoscience triomphante, n'obéissant qu'à la logique effrayante de l'efficacité pour l'efficacité,
- Considérant que la rupture contemporaine entre un savoir de plus en plus accumulatif et un être intérieur de plus en plus appauvri mène à une montée d'un nouvel obscurantisme, dont les conséquences sur le plan individuel et social sont incalculables,
- Considérant que la croissance des savoirs, sans précédent dans l'histoire, accroît l'inégalité entre ceux qui les possèdent et ceux qui en sont dépourvus, engendrant ainsi des inégalités croissantes au sein des peuples et entre les nations sur notre planète,
- Considérant en même temps que tous les défis énoncés ont leur contrepartie d'espérance et que la croissance extraordinaire des savoirs peut conduire, à long terme, à une mutation comparable au passage des hominiens à l'espèce humaine,
- Considérant ce qui précède, les participants au Premier Congrès Mondial de Transdisciplinarité (Convento da Arrábida, Portugal, 2-7 novembre 1994) adoptent la présente *Charte* comprise comme un ensemble de principes fondamentaux de la communauté des esprits transdisciplinaires, constituant un contrat moral que tout signataire de cette *Charte* fait avec soi-même, en dehors de toute contrainte juridique et institutionnelle.

Article 1 : Toute tentative de réduire l'être humain à une définition et de le dissoudre dans des structures formelles, quelles qu'elles soient, est incompatible avec la vision transdisciplinaire.

Article 2 : La reconnaissance de l'existence de différents niveaux de réalité, régis par des logiques différentes, est inhérente à l'attitude transdisciplinaire. Toute tentative de réduire la réalité à un seul niveau régi par une seule logique ne se situe pas dans le champ de la transdisciplinarité.

Article 3 : La transdisciplinarité est complémentaire de l'approche disciplinaire ; elle fait émerger de la confrontation des disciplines de nouvelles données qui les articulent entre elles ; et elle nous offre une nouvelle vision de la nature et de la réalité. La transdisciplinarité ne recherche pas la maîtrise de plusieurs disciplines, mais l'ouverture de toutes les disciplines à ce qui les traverse et les dépasse.

⁵ Centre International de Recherches et Études Transdisciplinaires
(<http://nicol.club.fr/ciret/index.htm>)

Article 4 : La clef de voûte de la transdisciplinarité réside dans l'unification sémantique et opérative des acceptions *à travers* et *au delà* des disciplines. Elle présuppose une rationalité ouverte, par un nouveau regard sur la relativité des notions de « définition » et d'« objectivité ». Le formalisme excessif, la rigidité des définitions et l'absolutisation de l'objectivité comportant l'exclusion du sujet conduisent à l'appauvrissement.

Article 5 : La vision transdisciplinaire est résolument ouverte dans la mesure où elle dépasse le domaine des sciences exactes par leur dialogue et leur réconciliation non seulement avec les sciences humaines mais aussi avec l'art, la littérature, la poésie et l'expérience intérieure.

Article 6 : Par rapport à l'interdisciplinarité et à la multidisciplinarité, la transdisciplinarité est multiréférentielle et multidimensionnelle. Tout en tenant compte des conceptions du temps et de l'histoire, la transdisciplinarité n'exclut pas l'existence d'un horizon transhistorique.

Article 7 : La transdisciplinarité ne constitue ni une nouvelle religion, ni une nouvelle philosophie, ni une nouvelle métaphysique, ni une science des sciences.

Article 8 : La dignité de l'être humain est aussi d'ordre cosmique et planétaire. L'apparition de l'être humain sur la Terre est une des étapes de l'histoire de l'Univers. La reconnaissance de la Terre comme patrie est un des impératifs de la transdisciplinarité. Tout être humain a droit à une nationalité, mais, au titre d'habitant de la Terre, il est en même temps un être transnational. La reconnaissance par le droit international de la double appartenance - à une nation et à la Terre - constitue un des buts de la recherche transdisciplinaire.

Article 9 : La transdisciplinarité conduit à une attitude ouverte à l'égard des mythes et des religions et de ceux qui les respectent dans un esprit transdisciplinaire.

Article 10 : Il n'y a pas un lieu culturel privilégié d'ou l'on puisse juger les autres cultures. La démarche transdisciplinaire est elle-même transculturelle.

Article 11 : Une éducation authentique ne peut privilégier l'abstraction dans la connaissance. Elle doit enseigner à contextualiser, concrétiser et globaliser. L'éducation transdisciplinaire réévalue le rôle de l'intuition, de l'imaginaire, de la sensibilité et du corps dans la transmission des connaissances.

Article 12 : L'élaboration d'une économie transdisciplinaire est fondée sur le postulat que l'économie doit être au service de l'être humain et non l'inverse.

Article 13 : L'éthique transdisciplinaire récuse toute attitude qui refuse le dialogue et la discussion, quelle que soit son origine - d'ordre idéologique, scientifique, religieux, économique, politique, philosophique. Le savoir partagé devrait mener à une compréhension partagée fondée sur le *respect* absolu des altérités unies par la vie commune sur une seule et même Terre.

Article 14 : *Rigueur*, *ouverture* et *tolérance* sont les caractéristiques fondamentales de l'attitude et de la vision transdisciplinaires. La *rigueur* dans l'argumentation qui prend en compte toutes les données est le garde-fou à l'égard des dérives possibles. L'*ouverture* comporte l'acceptation de l'inconnu, de l'inattendu et de l'imprévisible. La *tolérance* est la reconnaissance du droit aux idées et vérités contraires aux nôtres.

Article final : La présente *Charte de la Transdisciplinarité* est adoptée par les participants au Premier Congrès Mondial de Transdisciplinarité, ne se réclamant d'aucune autre autorité que celle de leur œuvre et de leur activité.

Selon les procédures qui seront définies en accord avec les esprits transdisciplinaires de tous les pays, la Charte est ouverte à la signature de tout être humain intéressé par les mesures progressives d'ordre national, international et transnational pour l'application de ses articles dans la vie.

Convento da Arrábida, le 6 novembre 1994

Comité de Rédaction

Lima de Freitas, Edgar Morin et Basarab Nicolescu

La transdisciplinarité entre mythes et réalité

Atelier : Collaboration entre disciplines : favoriser les relations interprofessionnelles constructives

Introduction

Travailler en équipe est une expérience passionnante, mais n'est pas toujours simple. Nous vivons tous des moments plus ou moins fructueux et parfois nous souhaiterions évoluer dans une ambiance plus sereine. Ces quelques lignes proposent une piste, parmi d'autres, pour continuer à développer un climat de travail constructif.

L'équilibre entre tâche et climat

Un premier élément important nous a été transmis par les systémiciens de l'école de Palo Alto. Lorsqu'une équipe désire être efficace et atteindre ses objectifs, elle a à trouver un équilibre entre les deux pôles que sont le climat et la tâche. Une centration excessive sur le climat et la métacommunication peut nuire à la tâche par le temps perdu en discussions, régulations et échanges informels. Mais et cela est parfois moins connu, un faible engagement pour promouvoir un climat constructif et des relations interpersonnelles harmonieuses aura aussi des répercussions sur la qualité et la quantité de production. S'impliquer personnellement et collectivement à développer et maintenir un climat de collaboration constructif permet de mieux accomplir les tâches envisagées.

Dans l'atelier que nous animons, nous proposons un exercice qui permet de conscientiser l'utilisation de certains énoncés. L'idée sous-jacente est d'affiner notre capacité à choisir des énoncés appropriés au contexte et de développer, encore, notre aptitude à promouvoir un climat constructif. Nous tenons à préciser que l'exercice retenu est une forme de travail sur le climat et que beaucoup d'autres possibilités existent pour qui souhaite développer son potentiel en communication interpersonnelle et interprofessionnelle.

Communication et responsabilité

Lors de conflits ou de désaccords, il peut être tentant de considérer qu'un changement de comportement de l'interlocuteur soit la solution. C'est assez confortable et qui n'a jamais été tenté par cette petite fugue ? Les théories de la communication nous appellent cependant à plus de confrontation avec nous-mêmes. Une communication, c'est l'émission d'un message par une personne et la réception de ce message par une autre. Chacun a donc une part de responsabilité dans ce qui se passe. Le choix des mots, du ton, de l'expression non verbale d'une communication incombent à l'émetteur, ainsi qu'en partie, l'adéquation au contexte et le moment de la communication (Maccio, 1991, 16). Le récepteur quant à lui est responsable de sa manière de prendre un message et de l'interpréter. Nos choix peuvent donc augmenter ou réduire nos espoirs d'être entendus.

Certains messages sont plus faciles à entendre, parce qu'ils ont été émis de manière constructive dans une forme non violente (Rosenberg, 1999) et sans atteinte à la face (Goffman, 1974). Pour contribuer à une prise de conscience, nous allons décrire 2 cadres d'écoute différents. Le premier, classique, est celui de l'approche centrée sur la personne de Carl Rogers (1968). Le second, plus technique et en parenté avec l'approche centrée sur la personne, est composé par les attitudes de Porter (Simonet & al., 2004). S'approprier ces deux cadres d'écoute permet d'apporter une contribution personnelle à la constitution du climat de collaboration interdisciplinaire, en favorisant l'émission d'énoncés constructifs et adaptés à la situation.

L'écoute active selon Carl Rogers

Carl Rogers a décrit un climat facilitant qui permet à chaque personne entendue dans ces conditions-là de pouvoir au mieux suivre son processus de vie et effectuer ses choix (1968). Lorsque nous sommes écoutés sur ce mode, nous ne ressentons guère le besoin de nous défendre et de nous justifier, par exemple.

La transdisciplinarité entre mythes et réalité

Pour créer ce climat, Rogers a parlé de 3 conditions nécessaires et suffisantes que sont l'empathie, l'acceptation inconditionnelle et la congruence (1968, 202-205). L'empathie qui est sans doute la mieux connue des 3 conditions est une aptitude à comprendre le vécu de l'autre de son point de vue. Il s'agit d'une attention particulière et pluridimensionnelle qui fait appel à la cognition et aux émotions notamment. L'acceptation inconditionnelle peut se résumer par une attitude accueillante d'autrui là où il en est, avec ses émotions, ses sentiments et son expression. La congruence quant à elle est une forme d'authenticité qui est en grande partie rattachée au rôle que l'on exerce. Une enseignante sera congruente depuis cette perspective-là et elle s'exprimera en cohérence avec les objectifs de son rôle. La congruence, dans une optique non violente et rogérienne, s'exprimera avec un certain doigté et les énoncés utilisés feront la distinction entre des actions et une personne.

Aux trois conditions nécessaires et suffisantes, Carl Rogers ajouta une quatrième condition de base, qui définit en quelque sorte une conception de l'humain. Il s'agit de la confiance dans le processus qu'il nomma d'auto-actualisation. Pour Rogers, lorsqu'une personne bénéficie d'un climat favorable, elle pourra suivre et évoluer dans son processus de vie. Elle choisira ses options, adoptera ses valeurs, etc. Rogers pose la personne en expert de sa vie.

Dans les équipes, développer un climat inspiré par Rogers, travailler à une congruence constructive permet de joindre l'utile à l'agréable, la santé des collaborateurs à l'efficacité de l'équipe.

Ce modèle est beaucoup utilisé dans le domaine de la santé et du social. C'est vraisemblablement le modèle d'écoute et de relation d'aide qui a été le plus internationalement répandu, ainsi que les approches en filiation directe. Cependant, étant donnée la variété de nos activités de professionnels de la santé, nous avons également recours à d'autres attitudes d'écoute. Porter les a explicitées (Simonet & al., 2004), Chalifour (1993) en a décrit les espoirs et les risques.

Les attitudes de Porter

De nombreux professionnels de la santé utilisent des attitudes relationnelles variées et cela en raison des tâches qui leur sont assignées. Si nous prenons l'exemple d'un-e infirmier-ère, nous pouvons observer le passage fréquent d'une attitude relationnelle à une autre. L'hospitalisation d'une personne va fréquemment entraîner une anamnèse médicale et soignante. La personne sera soumise à une vingtaine de questions fermées ou courtes. Plus tard, dans la relation de soins et quand le temps le permet, l'infirmier-ère va probablement passer du temps à écouter le patient partager à propos de son vécu quant à la situation rencontrée. Celui-ci pourra aborder les craintes qu'il ressent à propos d'une anesthésie générale par exemple ou pourra exprimer de la tristesse lors qu'il franchit une étape décisive de sa vie. A d'autres moments encore, nous effectuons des démarches d'éducation à la santé et nous informons, puis prodiguons éventuellement des conseils. Ces différents moments d'écoute ont des objectifs qui sont différents et ils laissent plus ou moins d'espace à l'expression de la personne. Si l'anamnèse a son utilité, elle ne permet pas au client d'accéder à une sensation de soulagement, ce qui peut être le cas de l'écoute active selon Rogers.

Au cours de notre formation initiale, nous n'avons pas forcément conscientisé ces différents moments. Et au cours de notre quotidien professionnel, nous les utilisons parfois de manière semi automatique. Lorsque nous n'avons pas eu l'occasion d'apprendre à distinguer une attitude d'une autre, nous pouvons adopter un positionnement quelque peu confus ou avoir de la difficulté à identifier notre part dans une interaction problématique.

Tant dans le contact avec les bénéficiaires, que dans celui que nous avons avec les membres de l'équipe transdisciplinaire, nous avons avantage à repérer les attitudes les plus susceptibles de produire les effets escomptés. Souhaitons-nous valoriser une personne ? Faire baisser la pression d'un colloque trop animé ? Voulons-nous montrer à autrui que nous reconnaissons ses compétences ? Voulons permettre à chacun d'exprimer la plénitude de son potentiel ? Alors, nous avons à entrer dans le choix.

Différentes positions d'écoute pour différents moments professionnels

Les attitudes de Porter (Simonet & al., 2004), nommées modes d'écoute par Chalifour (1993) peuvent nous être utiles à certains moments professionnels mentionnés ci-dessus, néanmoins elles peuvent

La transdisciplinarité entre mythes et réalité

aussi devenir des barrières à une écoute active ou à la résolution de tensions. A l'aide de réflexion, d'intervision ou de supervision et d'exercices chacun peut apprendre à repérer quelles attitudes il utilise volontiers et quelles attitudes il envisage de promouvoir ou de limiter. Voici donc une présentation de chacune des attitudes de Porter (Simonet & al., 2004) , ainsi que leurs espoirs et risques selon Chalifour (1993).

Décision-conseil : l'écouter indique de manière plus ou moins péremptoire ce que l'écouter devrait effectuer. « Maintenant, il faut que tu prennes soin de toi ».

Les espoirs : peut créer de l'espoir, mettre l'aidé en contact avec une solution utile, peut diminuer l'anxiété ou faire naître le sentiment d'être reconnu dans son besoin. Les risques encourus sont, toujours selon Chalifour, d'engendrer une dépendance, d'infantiliser, de susciter une sensation de ne pas avoir été écouté vraiment ou de nier la possibilité que le client puisse trouver lui-même une option satisfaisante.

L'aide-soutien et la consolation : l'écouter cherche à limiter l'émotion négative ressentie par l'écouter. Il voudrait consoler et dédramatiser. Il cherche à émettre des propos plus ou moins rassurants. « Te connaissant, cet examen se passera sans problème ». Chalifour estime qu'une sensation de rapprochement peut être l'espoir attaché à cette attitude. Dans certaines situations, il peut aider autrui à diminuer son anxiété et avoir une meilleure confiance en soi momentanée. Chalifour mentionne des risques importants tels qu'une sensation de solitude, d'incompréhension ou de honte.

Evaluation ou jugement de valeur : Probablement la plus connue des attitudes pouvant engendrer des problèmes de communication. A tel point que nous en oublions parfois que le jugement ne peut s'évincer de notre vie et qu'il a aussi son utilité. Exemples : « Tu es vraiment doué pour les langues ! » ou « Tu n'es pas très bien organisée ! ». Le jugement, selon qu'il est positif ou négatif, aura des effets potentiels différents. Chalifour ne voit d'espoir au jugement. Nous pensons que lorsque le jugement est positif, il peut contribuer à améliorer l'estime de soi des personnes. Les jugements négatifs peuvent entraîner des sensations de honte ou de culpabilité, faire naître de l'agressivité et entraver l'autonomie.

L'enquête ou investigation : L'écouter tente ici de compléter les informations pertinentes en un temps limité. C'est typiquement le mode d'écoute utilisé lors d'une anamnèse. « Mais comment te l'a-t'il dit ? » « Est-ce qu'il fait cela souvent ? ». Le style haché des questions les unes derrière les autres peut être une barrière à l'identification du vécu d'une situation, par le manque d'espace laissé à l'introspection et peut empêcher une réelle expression des sentiments de l'écouter. Des risques potentiels signalés par Chalifour, le sentiment de ne pas être entendu, la frustration et l'élaboration de réponses partielles sont les plus vraisemblables.

L'interprétation ou le diagnostic : Pour Chalifour, lorsque l'écouter a recourt à cette attitude, il se place dans une position d'expert. La plus ou moins grande finesse des interprétations, leur adéquation dans le contexte de communication et l'ouverture laissée au récepteur, vont avoir une influence importante sur les espoirs et les risques de cette attitude. Exemples : « Si tu continues ainsi, tu vas faire un burn out » ou « Tu n'es vraiment pas en forme aujourd'hui, tu devrais rentrer chez toi ». Chalifour estime que l'interprétation peut parfois soulager une personne, soulagée parce qu'autrui peut la comprendre. Parfois, l'interprétation aide à voir plus clair et à prendre une décision. Cependant, il s'agit d'une attitude non dénué de risques et les personnes interprétées, surtout négativement et malgré elles, peuvent ressentir de la déception ou de la colère par exemple. Si l'interprétation est en rupture avec le ressenti de l'écouter, celui-ci pourra être amené à se justifier, à se défendre ou à riposter...

La fuite : L'écouter d'une manière ou d'une autre coupe court à l'interaction ou n'y prête pas assez attention. Perdu dans ses pensées ou sa liste de commissions, intéressé par les chants d'oiseaux plus que par l'interlocuteur ou changeant carrément de sujet, il fait preuve de peu d'intérêt pour l'écouter. De multiples raisons peuvent nous pousser à être fuyants. Nous pouvons nous sentir dépassés ou impuissants face à certains partages. Nous pouvons aussi avoir des difficultés à gérer notre stress ou être trop fatigués pour être attentifs. La fuite est un indice important et signale un besoin de l'écouter. Peut-être n'est-il pas l'interlocuteur de choix (limite de compétences), peut-être serait-il temps d'aller manger ou prendre un café. Certaines fuites sont les premiers signes d'un risque

La transdisciplinarité entre mythes et réalité

d'erreur professionnelle. Faire quelque chose et penser à autre chose est une attitude risquée dans le domaine de la santé.

Pour l'écouté la fuite est porteuse de risques également. Chalifour n'a pas retenu cette attitude, mais certaines implications peuvent se déduire aisément. La fuite peut évidemment engendrer un sentiment intense de frustration et de non reconnaissance de soi. Lors de jeux de rôle, cette attitude est fréquemment mentionnée parmi les plus désagréables. Un partage congruent, comme dans l'exemple ci après, permet à l'écouté de mieux gérer un manque de disponibilité. Ex. : « Je suis désolée, mais je ne peux vous écouter maintenant, pouvons-nous convenir d'un autre rendez-vous ? ».

Déroulement de l'atelier

Au cours de l'atelier, nous avons expérimenté les différentes attitudes de Porter en dyades. Chaque participante a pu être « écoutée » selon 3 attitudes différentes et a écouté successivement 3 personnes selon une attitude précisée. Nous avons ensuite pu mettre en commun les différents vécus liés aux modes d'écoute. Cela a fait ressortir de manière claire et imagée que plusieurs attitudes de Porter faisait sortir l'écouté de son chemin, introduisant une rupture dans son récit. Cela a notamment été le cas de l'enquête. Ce qui soulève bien des questions, dans la mesure où cette attitude précise est fréquente dans les relations entre soignants et soignés.

Les participantes ont ensuite été invitées à repérer quelles attitudes elles utilisaient volontiers et, étant donné la brièveté de l'atelier, une amorce de réflexion a pu être conduite, facilitée par l'expérience professionnelle de longue haleine des membres de l'atelier.

Le besoin d'une écoute de qualité et le recours modéré et réfléchi aux attitudes de Porter dans la relation soignant-soigné paraît une évidence. Dans les relations avec les collègues issus du réseau interdisciplinaire, se questionner sur les attitudes employées est également utile. Utiliser l'interprétation ou toute autre attitude lorsque le contexte ne s'y prête pas peut compliquer les interactions. En guise de conclusion, nous proposons ci-dessous quelques questions à se poser pour évaluer la pertinence de l'une ou l'autre attitude dans une relation entre professionnels membres ou non de la même corporation.

Quelques questions pour promouvoir un choix...éclairé des énoncés employés

Lorsque j'utilise le « conseil » ou toute autre attitude de Porter, je peux effectuer une vérification intérieure sur mes chances de succès :

- Suis-je sensé conseiller ou être directive avec la personne en question ? Avons-nous une relation hiérarchique et si oui, comprend-t-elle ce type de relation ?
- La personne à qui je m'adresse m'a-t-elle demandé un conseil ? A-t-elle manifesté ce besoin ? Est-elle disponible à cela ?
- L'endroit dans lequel nous nous trouvons, les personnes qui sont présentes, forment-elles un cadre judicieux à l'expression de mon conseil ?
- La forme utilisée est-elle adéquate ? N'est-elle pas trop péremptoire ? Laisse-t-elle de l'ouverture ?
- Une autre attitude serait-elle plus pertinente ?

Nous ne pouvons naturellement pas examiner sous la loupe chacun de nos énoncés. Ce qui peut être plus réaliste et de repérer de manière globale quelles attitudes nous utilisons de manière satisfaisante et quelles attitudes nous souhaiterions pouvoir modifier. Lors d'ateliers réflexifs, d'intervision ou de supervision, nous pouvons, en reprenant des situations concrètes, identifier par exemple ce qui a pu poser problème. Un responsable d'équipe pourrait par exemple repérer que son utilisation excessive de conseils et de directives empêche le potentiel de certains membres de l'équipe de se développer. Lorsqu'une situation a posé problème, l'analyser sous l'angle des attitudes de Porter est une des multiples possibilités pertinentes. Cette perspective présente l'avantage de pouvoir mettre des mots sur des événements et d'initier une analyse, premières étapes vers des ajustements.

La transdisciplinarité entre mythes et réalité

En conclusion, apprendre à apprivoiser les attitudes de Porter, apprendre à conscientiser celles que nous utilisons volontiers, puis introduire le choix dans nos modes de communiquer est un des moyens pertinents pour apporter notre contribution au développement d'un climat de travail constructif. C'est une tâche au long court, parfois frustrante, mais souvent passionnante et surprenante !

Bibliographie

- Chalifour, J. (1993). Enseigner la relation d'aide. Montréal : Gaëtan Morin
Goffman, E. (1974). Les rites d'interaction. Paris : Minuit.
Maccio, C. (1991). L'animation de groupes. Lyon : Chronique sociale
Rogers, C.R. (1968). Le développement de la personne. Paris : Dunod
Rosenberg, M. (1999). Les mots sont des fenêtres ou des murs. Jouvence.
Simonet, R. & Salzer, J. (2004). Former à l'écoute : 55 fiches de formation. Editions d'organisation

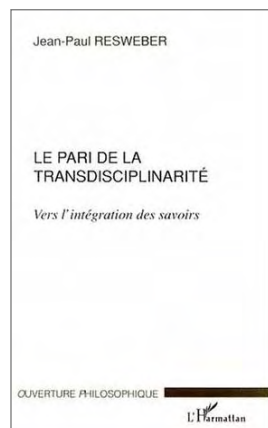
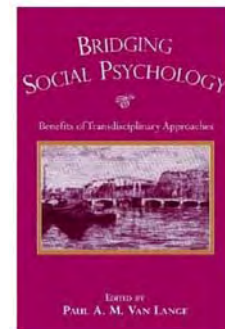
« Entre éthique et gestion d'équipe: quels freins à la transdisciplinarité ? »

Support animation atelier dans le cadre de la 1ère journée scientifique de la HECVSanté
« Transdisciplinarité, entre mythes et réalités » (19 oct.06)

Sébastien Kessler, MSc ing.phys EPFL, MSc écon.santé UNIL, contact@anticiptech.ch

Complexité de la journée, de l'atelier...

1. Notion de transdisciplinarité (ci-après transD)
 - Encore peu connue, peu enseignée (?)
 - Souvent mélangée avec d'autres approches
 - Des niveaux de compréhension/d'intégration différents (globalement mais en particulier ici et ajdh ?)
 - Peu appliquée (du moins ouvertement)
 - Difficile à mettre en œuvre (?)...
 - ...au point qu'on l'associe au mythe!
2. Participants à la journée de disciplines diverses (évidemment!) avec leur propre champ sémantique, culture, etc. ET ATTENTES!
 - Les gens se sont-ils affichés comme « de formation » ou « travaillant à »...?



Swiss Transdisciplinary Award 2006 (October 2006)



Quelles images influencent les décisions en matière de développement durable ? Le projet « la force des images » qui fait partie du PNR 48 examine comment la durabilité peut être réalisée, en s'appuyant pour cela sur deux exemples réussis: la région Jungfrau-Aletsch-Bietschhorn, inscrite au patrimoine naturel mondial de l'UNESCO, et l'Entlebuch, une réserve de la biosphère de l'UNESCO. La question centrale est de savoir quelles images diffusées par les médias influent sur l'évolution de paysages. Pour y répondre, les auteurs du projet ont mis en relation de façon exemplaire des connaissances relevant de la mercatique, psychologie, sociologie, philosophie, sémiotique et politologie. Un aspect particulièrement innovant de « la force des images » est la combinaison d'un projet de recherche à l'Institut de géographie de l'Université de Zurich avec une exposition interactive présentée dans les régions étudiées, puis à Zurich, Bâle et Berne, en collaboration avec le séminaire de sciences de la culture et d'ethnologie européenne de l'Université de Bâle. Elle offre au visiteur la possibilité d'une réflexion sur les images et émotions que d'abord lui-même, mais ensuite aussi des tiers associent au développement durable. Elle ouvre ainsi des espaces de liberté pour appréhender la durabilité et lui donner une forme plus concrète

http://www.transdisciplinarity.ch/Award_e.html

Déroulement (proposition) & « règles »

1. Rapide survol de qqs éléments qui –pour moi!– sont essentiels et à garder à l'esprit lorsque l'on parle de transD
 2. Exemples (cf.abstract)
 - a) Rôle (dit central) du patient
 - b) Conception de chacun (y compris celle du patient) de ce que « santé » -et donc guérir!- ou « accompagnement » signifient
 - c) Ethique de tous (portée, par son métier, son vécu, etc.)
 - d) Processus de décision / éventuelles luttes de pouvoir (hiérarchiques, corps de métiers)
 3. Discussions / commentaires / formulation (cf.objectif)
- Confidentialité, respect des opinions, etc. « **jeu-bonus** » :
présentez-vous après avoir donné votre opinion ou commentaire

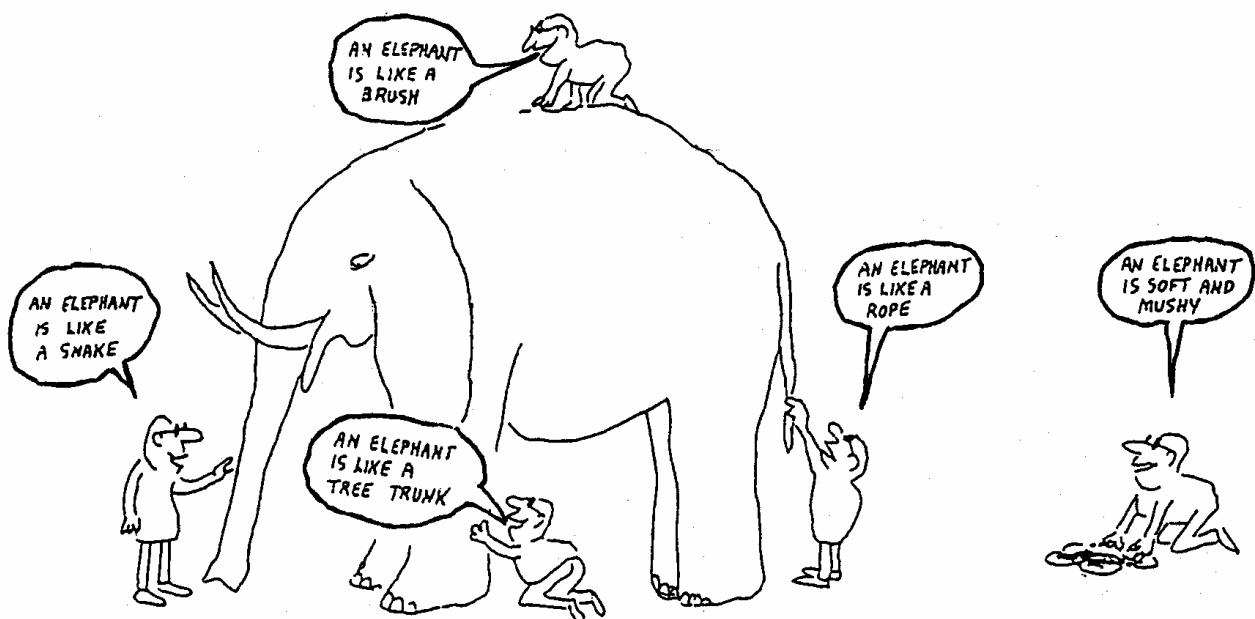
Objectifs de l'atelier

- Basé sur notre compréhension (de l'instant) de ce que transD signifie et implique au quotidien, quels sont les freins a priori à son développement ?
 - Les conditions sont-elles déjà (un peu, beaucoup, passionnément...) réunies dans mon environnement professionnel, ma pratique ?
- Mais en fait...
 - ...suis-je déjà au quotidien dans une approche transD ?
 - faut-il réellement tendre vers la transD, est-ce réellement « mieux » ?

A propos de la transD (I)

1. « Concepts » plaisants et séduisants, « à la mode » ?
 - Les disciplines peuvent être vues comme des ensembles; ou des éléments d'une seule et même pyramide qui sont eux-mêmes de pyramides infinies
 - La transD comme une réponse à la complexité (p.ex. soins) mais surtout du « big-bang disciplinaire »
 - Une compréhension peut-elle encore exister à l'ère du « big-bang » et de la spécialisation à outrance ?
2. « *L'élaboration d'un nouveau langage, d'une nouvelle logique, de nouveaux concepts pour permettre l'émergence d'un véritable dialogue entre les spécialistes des différentes branches de la connaissance* »
 - Le langage disciplinaire est un barrage apparemment infranchissable pour un néophyte... et nous sommes tous les néophytes des autres!
3. La connaissance transdisciplinaire engendre un système humaniste de valeurs; elle nous apprend comment bâtir des liens entre les personnes, les représentations, les faits, les images, les champs de connaissance et d'action, [...] comment devenir des êtres en permanent questionnement et permanente intégration

Pluri-, inter- ou transD ?



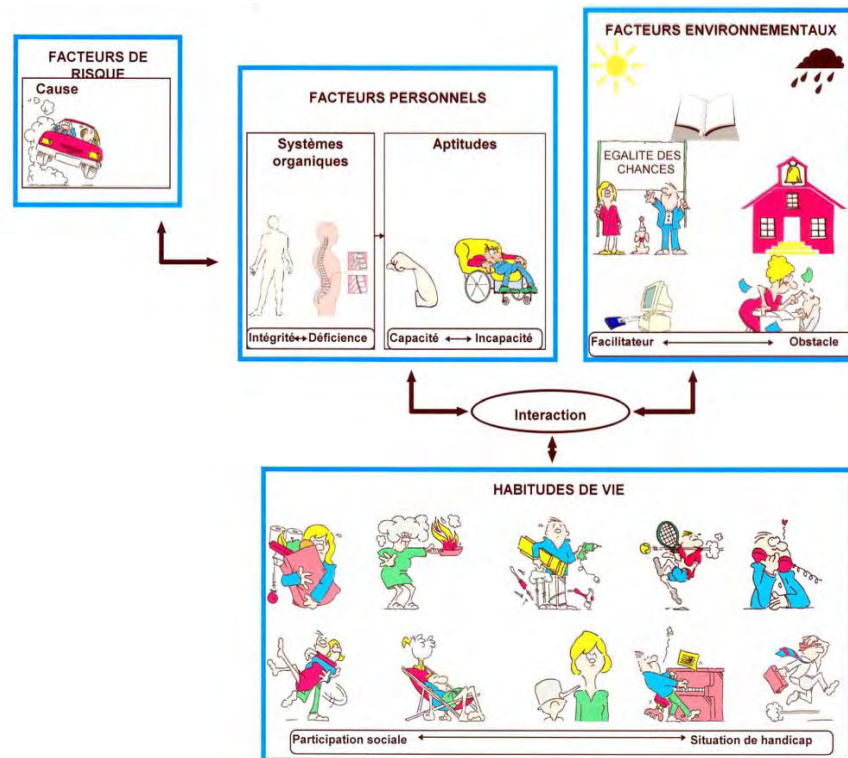
A propos de la transD (II)

- Discipline: Collectif qui travaille à répondre à certaines questions ou résoudre certains problèmes avec des méthodes et théories identiques ou comparables (J.Page, 2005)
 - « Toute discipline est un outil qui permet de faire parler les savoirs, de les déplacer et de les reconfigurer dans la culture » (Resweber)
- 1. La pluridisciplinarité concerne l'étude d'un objet d'une seule et même discipline par plusieurs disciplines à la fois
- 2. L'interdisciplinarité a une ambition différente de celle de la pluridisciplinarité. Elle concerne le transfert des méthodes d'une discipline à l'autre
- 3. La transdisciplinarité concerne, comme le préfixe « trans » l'indique, ce qui est *à la fois* entre les disciplines, à travers les différentes disciplines et au-delà de toute discipline
 - La transD se distingue ainsi des pluriD et interD en ce sens qu'elle déborde les disciplines d'une part, mais surtout du fait que sa finalité ne reste pas inscrite dans la recherche disciplinaire proprement dite

A propos de la transD (III)

- Puisque l'on ne peut pas étudier le vide (pensée classique), l'on introduit à partir dès lors des « niveaux de Réalité »
 - a) En présence de plusieurs niveaux de Réalité, l'espace *entre* les disciplines et *au-delà* des disciplines est plein («full of information»)
 - b) La recherche disciplinaire concerne elle, tout au plus, un seul et même niveau de Réalité
 - D'ailleurs, dans la plupart des cas, elle ne concerne que des fragments d'un seul et même niveau de Réalité
 - c) En revanche, la transdisciplinarité s'intéresse à la dynamique engendrée par l'action de plusieurs niveaux de Réalité (et de perception) à la fois
 - La découverte de cette dynamique passe nécessairement par la connaissance disciplinaire. La transD, tout en n'étant pas une nouvelle discipline ou une nouvelle hyperdiscipline, se nourrit de la recherche disciplinaire, qui, à son tour, est éclairée d'une manière nouvelle et féconde par la connaissance transD. Dans ce sens, les recherches disciplinaires et transD ne sont pas antagonistes mais complémentaires

Quelques exemples sur les notions de handicap, santé, 76 sur 86 accompagnement, etc.



Réseau international sur le processus de production du handicap (RIPPH)



Quelques termes utilisés

- Patient
- Malade
- Invalide
- Handicapé
- Personne en situation de handicap
- Usager
- Bénéficiaire
- Soigné
- Assisté
- Citoyen
- Contribuable
- Résident
- Rentier
- ...
- Chronique
- Personne âgée
- Personne « à risque »
- Assuré
- Client
- ...



Quelques freins et commentaires en vrac (I)

- Terminologie
 - Connotations ou sens différents
- Rivalités
 - « Chapelles », entre philosophies ou pertinences de méthodes, statuts de métiers, etc.
- Valorisation recherchée de sa propre discipline, selon l'objet « problème », permettant de SE « renforcer »
- Divergences des priorités ?
- Valeurs perdues ou peu claires ou dissoutes dans « la connaissance »
 - Plus globalement, l'éthique (ou plutôt le jugement moral) de chacun (p.ex. « trials on poor disabled people »)
- Structures trop formelles
- Négation de la complexité
- Négation d'une ou des disciplines déjà existantes
- On se sent attaqué si l'on attaque « sa » discipline
 - « Ta discipline est inutile » est un non-sens en transD car celle-ci se nourrit et nécessite l'existence de nombreuses disciplines
- Rigidité des définitions
- Omni(trop)présence des technologies ?
- Disciplines sexuées ?
- Définition de l'autominisation du sujet ?
- Besoin de curiosité

Quelques freins et commentaires en vrac (II)

- Attitude fermée
 - Absence de dialogue
- Absence de rigueur (des arguments)
- Nous ne sommes plus dans le déterminisme (classique); besoin de modestie face au résultat innovant
- Il faut se convaincre que les niveaux de Réalité peuvent coexister en même temps et être contraires (« A » et « non-A »)
- Des « éthiques » différentes selon « sa » discipline
 - i.e. variété des jugements moraux qui sont, pour beaucoup, conditionnés par « sa » chapelle
- Réaffirmer / clarifier l'identité et l'apport de l'infirmier\ère
- A propos de la gestion d'équipe, c'est le « *projet (finalité) qui détermine l'action donc l'organisation* » (conférencier Christian Belio du matin)
 - Nécessité d'une organisation souple
- « Clash » entre les cultures (professionnelle, personnelle, celle de l'équipe, etc.)
- Jeux de pouvoirs, hiérarchie
 - Besoin d'honnêteté des « chefs »
- Enjeux économiques (cf. article 13 de la charte de transD du CIRET)
- Le patient comme gestionnaire de son projet; sa famille comme guide
 - Peut-on voir le patient comme « une discipline » donnée ?
 - N'est-ce pas trop lourd pour le patient ?
 - Le patient n'est-il pas « alibi » avant tout ?

Quelques références

- La transdisciplinarité: manifeste / Basarab Nicolescu, [Monaco]: Ed. du Rocher, 1996, 231 p
- Le pari de la transdisciplinarité: vers l'intégration des savoirs / Jean-Paul Resweber, 138 p (UMA 60608, 2e cote 316.1, Dépôt BCUD sociologie)
- Transdisciplinarité: fondement de la pensée managériale anglo-saxonne / sous la dir. de Michel Péron, Paris : Economica, 2002, Gestion. Politique générale, finance et marketing (UMA 77706, Dépôt BCUD magasins)
- Inter- und Transdisziplinarität : warum? - wie? = Inter- et transdisciplinarité : pourquoi ? - comment? / Institut Kurt Bösch ; Werner Arber (Hrsg.), Bern ; Stuttgart [etc.] : P. Haupt, cop. 1993, 202 p
- Transdisciplinarity: joint problem-solving among science, technology and society, Workbook 1, Dialogue sessions and idea market & Workbook 2, Mutual learning sessions: proceedings of the International transdisciplinarity 2000 conference, ETHZ, Zürich, Switzerland, Feb.27, 28, 29; March 1, 2000
- Bridging social psychology: benefits of transdisciplinary approaches / ed. by Paul A.M. Van Lange, Mahwah NJ [etc.] : L. Erlbaum, 2006, XVII, 489 p (UPA 19069, 2e cote 159.9.03:30, Dépôt BCUD psychologie)
- La revue Ruptures <http://www.medsp.umontreal.ca/ruptures> et Apyxi <http://www.arkhai.com>
- Conjuguer les logiques de différents acteurs, Nicole Nadot-Ghanem, Soins infirmiers, 1/2006
- Making a case for transdisciplinarity, Carmel M. Martin, Canadian Family Physician, col.49, July 2003
- What's in a name ? Multidisciplinary, interdisciplinary, and transdisciplinary, Pamela H. Mitchell, Journal of Professional Nursing, vol.21, No6 (November-December), 2005
- Recherche en Soins Infirmiers, numéro sur l'interdisciplinaire, No 79, décembre 2004
- Transversalité, interdisciplinarité et filières de soins, Scholtes Jean-Louis, Perspective Soignante 9:52-66, 2000
- Interdisciplinarité: principes et méthodes de l'interdisciplinarité en réadaptation fonctionnelle, Schwach Victor, Perspective soignante, 20:106-124, 2004
- Comment travailler ensemble ? Importance et difficultés de la collaboration en promotion de la santé, Page Julie, Focus (Das Magazin von Gesundheitsförderung Schweiz), 12-16, juin 05

Quelques liens

- Centre International de Recherches et Etudes Transdisciplinaires (CIRET) <http://nicol.club.fr/ciret/index.htm>; sa charte <http://nicol.club.fr/ciret/chartfr.htm>
- Transdisciplinarité sous Wikipédia <http://fr.wikipedia.org/wiki/Transdisciplinarité>
- Swiss Net for Transdisciplinarity <http://www.transdisciplinarity.ch>
- World Transhumanist Association <http://www.transhumanism.org/>
- Rethinking Interdisciplinarity, Institut Nicod (CNRS) <http://www.interdisciplines.org/interdisciplinarity/language/fr>
- Transdisciplinary Studies <http://transdisciplinarystudies.tmttl.com>

PERSONNES ET SYSTEMES SOIGNANTS : UN REGARD ETHIQUE (UN PEU) CRITIQUE SUR LA TRANSDISCIPLINARITE

Thierry Collaud

Qu'est-ce que soigner ?

Qui soigne qui ? Les soignants sont-ils toujours ceux qu'on croit ?

Quelle est la place de la réflexion sur la transdisciplinarité dans une réflexion générale sur l'agir soignant ?

La focalisation sur l'efficacité de nos « équipes » ne devrait pas nous faire oublier que le prendre soin ne déploie toute sa richesse humaine que dans une relation de personne à personne. Il s'agit de penser cette interaction non pas en opposition mais en relation féconde avec l'insertion dans un système relationnel riche de sa transdisciplinarité.

J'ai appelé mon intervention « personnes et systèmes soignants » en réaction à une impression que j'ai eue, une sorte de fantasme d'une équipe soignante fusionnelle, transdisciplinaire, efficace en diable qui s'apprêtait à s'occuper d'un pauvre malade qui n'y pouvait mais (vous savez dans le sens d'un « on va s'occuper de vous » qui fait froid dans le dos).

Pour être régulièrement dans la pratique des soins, je sais bien qu'il ne s'agit que d'une caricature qui n'a pas de fondement dans la réalité. Pas de présence telle quelle certes, mais qui pourrait nier que les objectifs d'unité de doctrine, de transversalité des connaissances et d'efficacité ne modèlent pas la manière que nous avons de pratiquer les soins.

Dans ce contexte je propose donc de mettre en tension ces systèmes que nous construisons et la notion de personne, personne du patient, mais aussi personne du soignant. Je dis mis en tension et non pas opposition car il ne s'agit pas de choisir l'une et de rejeter l'autre mais de savoir comment la construction et la gestion des systèmes fait place à la relation interpersonnelle sans laquelle il n'y a pas d'activité qui puisse revendiquer le qualificatif d'humaine.

Je propose de faire deux mises au point introductives : la première sur la notion d'éthique et l'autre sur l'archétype jungien de soignant et de guérisseur blessé. J'aimerais soulever ensuite deux questions fondamentales qui me sont venues en réfléchissant à la problématique de cette journée, questions au sujet desquelles je dirai quelques mots mais dont j'aimerais surtout que nous puissions discuter. La première concerne le rapport de la connaissance aux soins. Quand on parle de transdisciplinarité (mais aussi de pluri-, de multi- ou d'interdisciplinarité) on fait référence à un processus qui vise une optimisation de la connaissance et de la compréhension du monde. Pour en revenir aux soins, il s'agit de se poser la question : « Qu'est-ce que soigner ? » Et en particulier : Est-ce que soigner consiste à travailler sur une situation donnée à partir des connaissances qu'on aura de cette situation ? Ou est-ce que soigner c'est mettre en œuvre une relation qui dépendra partiellement seulement de nos connaissances et capacités professionnelles et en partie aussi de nos talents relationnels ? La deuxième question a trait au rapport des soignants et du soigné. La transdisciplinarité fait référence à une transversalité des connaissances au niveau des différents acteurs. Dans l'invitation à cette journée on parle de synergies, de réseaux, de qualité de collaboration dans les équipes. Tout ceci indique une focalisation sur le groupe soignant qui invite à se poser la question : Qui soigne qui ? Quels sont les rapports du groupe soignant, de la personne soignante et de la personne soignée.

1) Qu'est-ce que l'éthique : une clarification préliminaire

L'éthique c'est ce qui a rapport au bien, qui répond à la question « est-ce bien ? ». C'est ce qui permet de qualifier l'agir humain de bon ou de mauvais.

Qu'est-ce que cela a à voir avec notre sujet ? La réflexion sur l'éthique, la question éthique a pénétré nos pratiques professionnelles, pour le meilleur et parfois pour le pire.

Tous, comme M. Jourdain faisait de la prose sans le savoir, nous faisons constamment de l'éthique. La réflexion sur la "bonté" d'une action fait partie de notre nature humaine et de la capacité que nous avons de choisir entre plusieurs possibilités et de juger nos choix.

L'éthique n'est pas une réponse mais le fait de poser une question. L'éthique c'est un jugement entre deux chemins, le fait de déterminer qu'un est meilleur que l'autre. Il n'y a pas une éthique, mais des éthiques. Il y a différentes formes de jugement, pour une forme différents critères etc.

Je retiendrai ici deux manières de concevoir le jugement éthique qui sont actuellement répandues dans le domaine de la santé et qui ne sont pas sans influence sur la façon que nous aurons de répondre aux questions posées et à la question plus générale des rapports entre les systèmes et les personnes. J'aimerais donc montrer quelles sont les différences entre une éthique que j'appellerai procédurale ou *éthique des principes* et une autre que j'appellerai *éthique de la vie bonne*.

Éthique des principes

Premièrement l'éthique des principes, issue de la bioéthique américaine, est souvent comprise d'une manière simpliste. Il aurait, un peu comme tombés du ciel, trois principes qu'il suffirait d'appliquer correctement pour qu'une décision puisse être considérée comme "éthique". Vous connaissez la triade énoncée au début des années 80 par Beauchamp et Childress : la bienfaisance, l'autonomie et la justice qui a été reprise inlassablement (au point que certains ont parlé de la *mantra de Georgetown*) telle quelle ou modifiée et/ou complétée.

Le défaut de cette éthique, et en même temps ce qui en a assuré le succès, c'est sa simplicité. Voilà 3 principes sur lesquels tout le monde ou presque peut se mettre d'accord. Quand un cas difficile se présente avec une décision à prendre, il suffit de voir quelle décision respecterait au mieux les 3 principes. On pourrait même construire un algorithme décisionnel. *Simplicité intéressante* qui a beaucoup contribué à rendre accessible la réflexion éthique, à la populariser dans le monde des soins. Cependant *simplicité dangereuse* parce qu'elle fixe notre regard sur le cas et sa résolution. Ce qui est important, ce qui est valorisé c'est le cas, la décision elle-même à tel point que les acteurs perdent de leur importance et en particulier celui qu'on appelle dans la tradition éthique "l'agent". Il n'est en effet pas très important de savoir qui fait l'action du moment que cette action respecte les principes. Cela est bien marqué par l'insistance de l'éthique des principes sur le principe d'autonomie du patient qui assez rapidement a pris l'ascendant sur les deux autres.

Cela me ramène à la question « Qui soigne qui ? » je vous rends attentifs au fait que cette manière de concevoir l'éthique, qui n'est pas sans intérêt, n'accorde que peu d'importance à l'agent qui est à l'origine de l'action et que par conséquent cela lui est en partie égal de savoir s'il s'agit d'une personne ou d'un groupe, d'une équipe.

Une petite remarque sur le terme *éthique* utilisé comme qualificatif d'un acte. Il n'y a pas d'actes éthiques. Il y a une éthique ou des éthiques qui nous disent d'un acte qu'il est bon ou mauvais. À l'époque du politiquement correct on emploie "éthique" parce que ça fait neutre alors que bon ou bien ont une connotation de jugement qui est mal perçue. Mais en définitive nous jouons sur les mots car en qualifiant une action d'éthique nous voulons dire qu'elle est désirable, que c'est ce qu'il faut faire, donc que c'est une bonne action.

Éthique de la vie bonne, éthique des vertus

À une définition de l'éthique qui dirait qu'il s'agit, dans une action donnée, d'uniquement respecter les trois principes d'autonomie de bienfaisance et de justice, j'aimerais substituer la définition plus riche que donnait le philosophe Paul Ricœur qui disait que l'éthique constitue :

La recherche de la vie bonne avec et pour autrui dans des institutions justes.

Nous sommes là dans ce qu'on peut appeler une éthique de la vie bonne ou une éthique des vertus. Il ne s'agit pas d'une invention de Paul Ricœur mais d'un courant philosophique qui a traversé l'histoire occidentale et qui remonte au philosophe Aristote au IV^e siècle avant notre ère (c'est-à-dire à près de 2500 ans !). Dans cette conception de l'éthique il s'agit, pour l'homme, de rechercher la « vie bonne » c'est-à-dire la vie parfaitement accomplie, l'expression la meilleure de ce qu'il est au fond de lui, c'est-à-dire un être humain. Tous les êtres dans la nature ont une perfection interne qu'ils cherchent à atteindre. Prenons l'exemple du violon. Vous pouvez avoir de bons et de mauvais violons. Un bon violon c'est un instrument qui exprimera au mieux, au maximum, les caractéristiques propres à un violon. Pour l'être humain c'est la même chose. Sa vie sera dite bonne si elle exprime au maximum les caractéristiques propres à un être humain.

Vous voyez qu'il y a dans cette manière de concevoir l'éthique, une différence fondamentale avec la précédente. Ce qui importe ici c'est en premier lieu le sujet qui agit et seulement dans un second temps l'action elle-même. L'action bonne c'est celle qui est intégrée dans la vie bonne du sujet agissant. Il n'est donc pas indifférent, dans ce cas là, de savoir qui agit. L'éthique de la vie bonne ne se concentre pas sur l'acte particulier mais intègre celui-ci dans la vie entière, dans l'histoire des protagonistes. D'où l'importance pour cette éthique d'être narrative, c'est-à-dire de travailler avec l'épaisseur des histoires.

Prenons un exemple : Roger Federer est le meilleur joueur de tennis du monde. C'est-à-dire qu'il a atteint une excellence dans son être de joueur de tennis. Si la semaine prochaine Roger Federer perd lamentablement un match contre un joueur inconnu classé 523^e joueur mondial, comment pourrions nous analyser cela ? Si on se focalisait uniquement sur le match joué, sans tenir compte de l'histoire des deux joueurs, R. Federer devrait être rétrogradé à la 524^e place du classement puisque qu'il se serait avéré plus mauvais que le 523^e. Or il y a fort à parier que RF restera n° 1 mondial. Pourquoi ? Parce, la prestation calamiteuse d'un jour, qui ne correspondait en rien à ce que l'on attendait d'un champion comme lui, est lue dans le contexte de toute l'histoire qui l'a amené au sommet du tennis mondial. C'est ici la vie vécue dans sa dimension historique qui est importante. L'excellence acquise ne peut pas être remise en question par l'écart d'un moment.

Cela illustre bien ce que l'on entend par l'éthique de la vie bonne. Il s'agit pour moi comme sujet agissant de développer ma vie dans la direction de ce qu'elle doit être si je veux me développer comme un bon être humain ou dans un domaine plus particulier comme un bon médecin ou un bon théologien. Il aurait encore beaucoup de choses à dire sur la définition de Ricœur, je vous laisse y réfléchir en mentionnant quelques points qui m'apparaissent importants :

- Il ne s'agit pas là d'appliquer des recettes de cuisine mais d'être en recherche. La recherche à ceci de particulier qu'elle n'est jamais atteinte du but, mais qu'elle est toujours mouvement.
- *Avec et pour autrui.* L'agir proprement humain ne peut pas se concevoir comme un agir solitaire, mais il est toujours un agir dans une interrelation entre personnes humaines. Là aussi on corrige les éthiques de l'acte. L'acte n'a de sens que parce qu'il est posé entre des humains.
- *Dans des institutions justes.* La relation que j'ai avec une autre personne humaine ne nous concerne jamais que les deux. Levinas disait : « le tiers me regarde dans les yeux d'autrui ». ce que nous faisons dans une relation de personne à personne concerne

toujours l'ensemble de la communauté. Par exemple, ce qui se passe dans ma relation avec une personne démente ne concerne pas qu'elle et moi. Je traduis dans mon comportement les valeurs communautaires au sujet de la démence. Si je suis en porte à faux avec ces valeurs, dans la mesure où mon agir les contredit, je contribue à les modifier.

2) La figure du soignant-blessé

La deuxième mise au point que j'aimerais faire sera beaucoup plus courte. Il s'agit du rappel de quelque chose que nous savons tous inconsciemment mais que nous avons une grande tendance à oublier dans notre théorisation, formalisation ou même pratique du soin. Il s'agit de la prise de conscience du fait que le monde n'est pas coupé en deux, avec d'un côté les soignants et d'un autre les soignés, d'un côté les bien-portants, d'un autre les malades, mais que tous et toujours nous sommes en même temps bien-portants et malades, soignants et soignés.

C'est ce que veut signifier cette notion de « guérisseur-blessé ». Il s'agit d'un archétype comme le comprenais Jung, c'est-à-dire une forme inconsciente (de l'inconscient collectif), innée, constamment à l'œuvre dans notre manière d'être dans le monde. On peut se représenter les choses de la manière suivante :

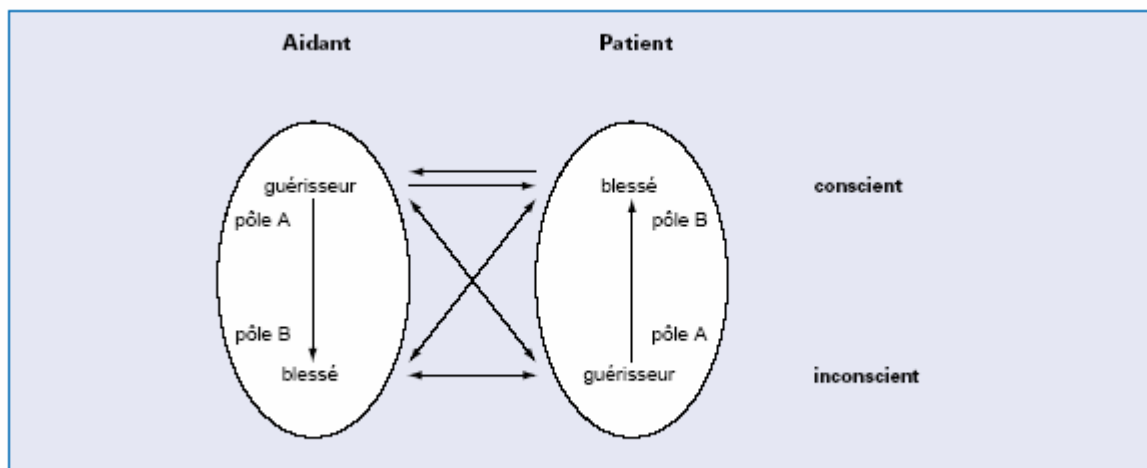


Schéma tiré de : CHALVERAT CHARLES, "Le mythe du guérisseur blessé dans les médecines populaires comme fondement archétypique de la relation d'aide". *La Vouivre, Culture et Pensée jungienne*, 1999. 9 : p. 55-63.

Ce schéma nous montre qu'au niveau conscient il existe bien une interaction entre un guérisseur et un blessé. Mais nous serons constamment piégé si nous ne nous rendons pas compte de la complexité de ce qui se passe en profondeur, au niveau inconscient. Celui qui se présente socialement comme soignant a lui aussi un pôle blessé. Si cette image nous est familière peut être l'est moins celle en miroir qui nous dit que le "patient" possède en lui un pôle de guérisseur, pour se soigner lui-même comme cela semble évident, mais aussi peut-être et d'une manière paradoxale pour soigner la partie blessée du soignant qui lui fait face. C'est ce que j'appelle la circularité du soin. Le soin n'est pas un processus unidirectionnel qui se déverse d'un soignant ou d'une équipe soignante vers un soigné, mais il est quelque chose qui circule. On sera alors amené à réfléchir sur ce que signifie ce soin qui peut aller et venir indépendamment de tout rapport à la connaissance.

3) Qu'est-ce que soigner ?

Il y a sûrement parmi vous des spécialistes du soin qui ont réfléchi sur le sens de notre pratique et qui pourraient en dire beaucoup plus que moi. J'ai cependant voulu essayer, à mon niveau, de décortiquer un peu ce que soigner veut dire. Si dans le langage courant on peut soigner son chat, sa voiture ou ses plantes vertes, je limiterai ici mon propos aux soins entre les êtres humains.

Dans « soigner » il y a d'abord un faire c'est-à-dire une action que l'on pose. Mais, je l'ai déjà souligné en parlant de l'éthique, il est très problématique de s'intéresser à l'action sans prendre en compte en premier et peut-être avant tout les protagonistes de cette action c'est-à-dire celui qui en est à l'origine et celui à qui elle est destinée. Dans ce sens si soigner c'est agir, cet agir ne peut être qu'un **interagir**.

Avez-vous déjà songé à la complexité du terme de "prendre soin" ? Au premier abord dans l'usage courant, prendre soin est un acte unidirectionnel qui va de celui qui prend soin à celui dont on prend soin. Mais si on prend au sérieux le terme, il y a certes le soin, quelque chose que l'on donne à l'autre, mais il y a aussi "prendre" c'est-à-dire l'inversion du mouvement, quelque chose qui revient sur l'agent. Prendre soin c'est s'occuper de l'autre mais aussi ramener quelque chose à soi.

En définitive tout le déploiement professionnel, tout le savoir-faire accumulé toute l'ingéniosité technique mise en oeuvre ne fait sens que dans le cadre d'une relation humaine vraie avec telle personne humaine particulière insérée dans une histoire, histoire qui toujours, quelle que soit sa situation continue de s'écrire. On est là au niveau de ce qui constitue l'humanité véritable. L'humain n'est pleinement tel qu'inséré dans un jeu de relations et de relations interpersonnelles.

La question qui peut se poser est de savoir si, à côté des relations personnelles qui me servent à construire une bonne vie humaine, je peux avoir des relations a-personnelles dans le cadre de mon travail par exemple. Je serais tenté de répondre non et que, au contraire, toute relation entre humains qui échappe au personnel n'est pas indifférente, mais déshumanisante.

Soigner c'est interagir **avec quelqu'un dans le besoin**. Personnellement je ne crois pas à la symétrie entre soignant et soigné. Quoi qu'on dise, le soigné est toujours un être en demande, une personne dans le besoin et le soignant se pose comme celui qui va tenter d'apporter une réponse à cette demande. Ceci au moins à un premier degré de lecture, car nous avons vu avec le modèle du guérisseur-blessé que le soignant est toujours lui aussi un être de manque et de besoin et que le soigné est toujours en même temps un être de ressource.

Fondamentalement, il y a une prise en soin possible parce que le soignant peut amener une réponse correspondant aux besoins du soigné. Et c'est là qu'intervient la notion de profession. A côté de l'intention soignante et du prendre soin qui se manifeste dans la sollicitude donnée à autrui souffrant, il y a une efficacité soignante qui dépend des connaissances et qui est mobilisée par le soignant et encore d'une manière beaucoup plus féconde par l'équipe soignante qui sait interagir de manière trans-disciplinaire.

Soigner c'est interagir avec quelqu'un dans le besoin **sur une base professionnelle**. On remarquera que dans cette modeste tentative de description du soin, l'agir professionnel n'intervient qu'en dernier. Le mouvement premier reste l'inter-agir humain.

On résumera donc en disant que *le soin est un inter-agir humain face à une personne en souffrance, qui peut à certains moments exiger d'être le fait de professionnels sachant mettre en oeuvre des connaissances particulières.*

4) Qui soigne qui ?

L'agir soignant est le fait d'acteurs, c'est-à-dire d'initiateurs et de récepteurs de l'action. Se pose alors la question du « qui ? » et du rapport de ce « qui » avec le soigné, avec son entourage, avec l'équipe soignante et avec les personnes particulières qui la composent. On est dans cas général des rapports de la communauté à chacune des personnes qui la composent.

Alors comment maintenant penser cela avec une équipe soignante pluri ou transdisciplinaire ? Le groupe soignant, « l'équipe », arrive à une expertise par le partage et le vécu commun des différents groupes disciplinaires. Cette expertise est alors mise à disposition de celui qui en a besoin. Mais ça n'est pas là ce que j'appelle soigner, sinon on pourrait se soigner à distance ou par Internet.

Si on veut maintenir l'interaction humaine dans la définition du soin, il faut alors considérer un mouvement supplémentaire où l'expertise de l'équipe est transmise aux malades à travers des interactions humaines entre lui et certains membres du groupe. Tous les membres du groupe qui a participé à l'élaboration de l'expertise transdisciplinaire ne participent pas à cette création du lien soignant. Certains n'auront pas de contact avec le malade même s'ils ont activement participé à l'élaboration du processus de compréhension. Cependant c'est bien le lien soignant qui est l'élément capital de toute l'affaire.

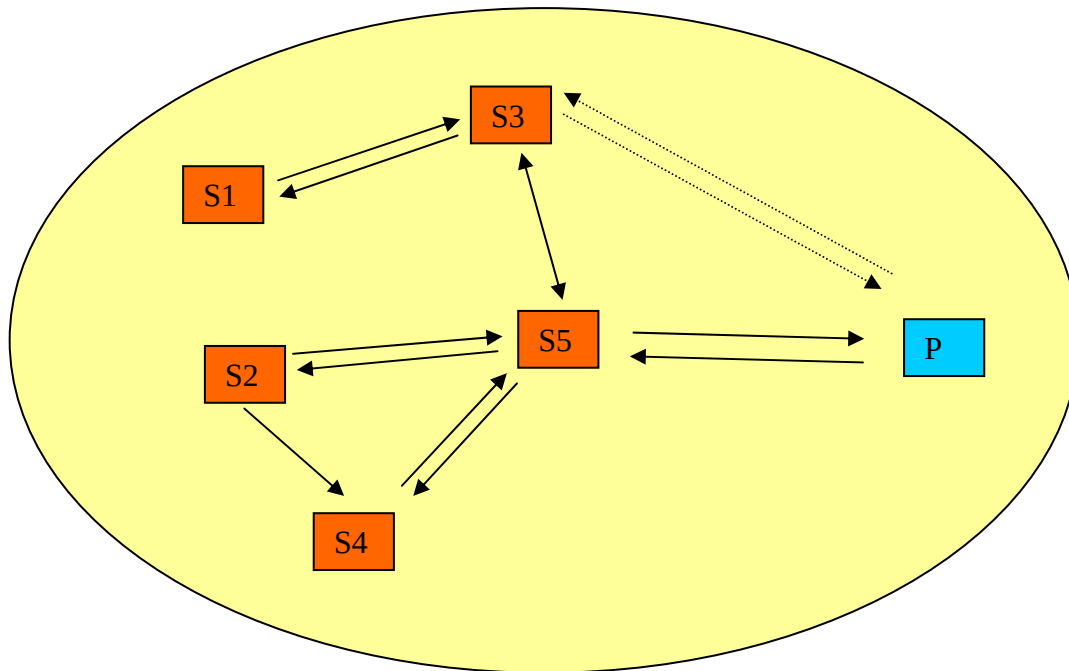
On a donc là, en tension un processus épistémique visant à une formalisation de la connaissance à partir d'une situation de souffrance humaine et un agir inter-humain, ayant pour but de répondre à cette souffrance, qui s'habille et qui s'enrichit de la connaissance ainsi produite. L'agir interhumain reste le squelette, le tronc, l'axe central sur lequel vient se greffer la compétence issue du processus transdisciplinaire. Tous ceux qui ont participé à son élaboration ne participent pas à sa retransmission au patient. Seuls certains membres du groupe soignant sont chargés de transcrire l'expertise soignante en soins réels.

Et là nous voyons que prend sens ce que nous avons dit de l'éthique insérée dans l'épaisseur d'une vie. Ce que j'appelle *agir inter-humain* n'a rien à voir avec l'acte pur sur lequel se focaliserait une éthique purement procédurale. Il s'agit de la rencontre de deux personnes, de deux histoires de vie, qui s'interrogent sur la manière dont ces histoires peuvent continuer à se déployer vers la vie bonne pour chacun.

Par exemple l'analyse éthique du dilemme classique que représente le refus de transfusion d'un Témoin de Jéhovah, un fois débrouillés les apports de différents principes du droit à l'autodétermination, du devoir de bienfaisances, et du devoir de justice, ne se résout que dans le face à face d'une part d'un soignant avec toute l'histoire qui l'a amené là, les vertu soignantes qu'il s'est efforcé de cultiver depuis des années, les valeurs qui le font vivre et avancer et de l'autre de cette mère qui dans son parcours de vie a rencontré cette croyance et cette foi qui l'a aidé et qu'elle ne veut pas trahir. Quelle est la vie bonne avec et pour autrui dans des institutions justes pour chacun des deux ? C'est très compliqué et très difficile à dire.

Il faut faire encore un dernier pas dans cette analyse. Et se demander *si et comment le patient peut être appelé à faire partie intégrante de l'équipe soignante*. Cela pour deux raisons : D'une part en fonction de ce qui a été dit de la structure soignant-blessé propre à chacun de nous. Tout être blessé est en même temps un être qui soigne, en premier lieu lui-même. La structure archétypale du soignant-blessé, en mettant en évidence le pôle soignant de celui dont on veut prendre soin, l'intègre de facto par là dans l'équipe soignante. D'autre part il y a une connaissance que le patient est seul à posséder de sa blessure, de sa maladie ou de sa souffrance. Connaissance indispensable au processus soignant et qui doit être incluse dans la dynamique transdisciplinaire.

Soigner reviendrait donc à créer un système avec le malade, système à l'intérieur duquel une synthèse de connaissance pourrait s'élaborer qui serait utilisée pour le prendre soins échangé entre le malades et quelques uns des soignants.



Je n'irai pas plus loin. J'espère que ce que les quelques éléments que je vous ai présentés peuvent vous donner à penser et que peut-être quelques unes de ces pensées peuvent être maintenant échangées.

Je rappelle quelques questions que je me suis posées devant vous et que je vous renvoie

- Que signifie soigner ?
- Quel est le rapport de la discipline et du le soin, même si elle est *trans*- ou autrement dit quel est le rapport du professionnel et de l'interhumain, interhumain que Paul Ricœur traitait sur le mode de la sollicitude ?
- Quel est le sens de la notion d'équipe soignante ?
- Est-ce qu'une équipe peut prendre soin en tant qu'équipe ?
- Sinon quel est le rapport que le groupe soignant entretient avec ceux de ses membres qui portent la responsabilité de l'inter-agir ?