

Institut de formation des cadres de santé  
Charles Perrens  
Bordeaux

**solitaire/solidaire,  
Le rôle du cadre de santé  
dans une perspective transprofessionnelle**

Mémoire réalisé dans le cadre de la validation  
pour l'obtention du diplôme de cadre de santé

Jean-michel Caire 1999-2000

Directeurs de mémoire :

Violet Dominique  
Maître de conférence habilité à diriger des recherches

Morel marie-chantal  
Directrice de l'institut d'ergothérapie de Bordeaux

## **TABLE DES MATIERES**

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>2</b>
<b>ITINERAIRE D'UNE PRATIQUE.....</b>	<b>7</b>
1-1 CARNET DE ROUTE - UN TOUR HORS FRONTIERE : LA ROUMANIE .....	8
1-2 HISTOIRE D'UNE EQUIPE DE READAPTATION EN INSTITUTION : .....	12
1- 3 CONSTAT DE DEPART :.....	14
<b>DEVELOPPEMENT EXPLORATOIRE.....</b>	<b>16</b>
2-1 IV JOURNEE NATIONALE D'ETUDE ET REFLEXION UIPARM, “ <i>DES ACTES PROFESSIONNELS A LA COORDINATION DES ACTIVITES</i> ” 21 JANVIER 2000 : .....	16
2-2 COMPTE-RENDU DU SECOND FORUM DE REFLEXION DE L' AICS : “ INTERPROFESSIONNALITE ” 23 JANVIER 1999 : .....	20
2-3 ENTRETIEN AVEC UN CADRE DE SANTE ERGOTHERAPEUTE SUR LA PLURI, L'INTER ET LA TRANSDISCIPLINARITE (ANNEXE N°4): .....	22
2-4 ESCALE ENTRE LA PRATIQUE ET L'EBAUCHE CONCEPTUELLE : .....	23
<b>SOLITAIRE/ SOLIDAIRE.....</b>	<b>24</b>
3-1 LE CONFLIT, UNE MANIERE D'EXPRIMER SON IDENTITE PROFESSIONNELLE : .....	24
3 -2 DU GROUPE A L'EQUIPE PROFESSIONNELLE : .....	31
3-3 CONCEPT DE RELIANCE, VERS UNE FORME DE SOLIDARITE : .....	38
3-4 CONCLUSION - SOLITAIRE ET SOLIDAIRE : .....	44
<b>REPERAGE ENTRE PLURI ,INTER, TRANSDISCIPLINAIRE .....</b>	<b>46</b>
4-1 LA TRANSDISCIPLINARITE : LE MANIFESTE DE BASARAB NICOLESCU : .....	46
4-2 APPLICATION AU MILIEU PROFESSIONNEL : .....	49
<b>ROLE DU CADRE.....</b>	<b>57</b>
5-1 ORGANISER : .....	58
5-2 PILOTER : .....	59
5- 3 ADAPTER : .....	60
5-4 ROLE DU CADRE = FACILITATEUR : .....	61
<b>ANALYSE SUR LE TERRAIN .....</b>	<b>64</b>
6-1 HYPOTHESE ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE : .....	64
6-2 EXPERIMENTATION : .....	65
6- 3 ANALYSE DE DONNEES : .....	67
6-4 COMPTAGE DES DEUX ENTRETIENS : .....	73
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>94</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>112</b>

## INTRODUCTION

---

### PREMIERS TRAITS

### DE REFLEXION

---

*“ L’homme et la société reculent chaque jour les frontières de leur propre connaissance, mais leur apparaissent d’autres frontières qu’il faut franchir pour que l’homme soit homme ”* André de Peretti

Le frôlement qui dépose sur la toile les touches de couleurs dévoile au fil des heures la composition, la redécouverte du monde dans un langage coloré.

Ce qui peut apparaître à priori une mosaïque faite au hasard de grandes tâches multicolores et multiformes, devient si nous prenons le recul nécessaire, un paysage où la profondeur, la lumière, l’espace s’installent naturellement.

Les idées voyagent, la naissance de l’impressionnisme nous montre la formation d’un groupe d’artistes qui se sont retrouvés autour d’un point commun : aborder la nature dans sa réalité et dans l’instant avec un regard neuf et fugitif. Par leur diversité, ils refusaient d’être catalogués suivant un seul style. Se faisant appeler “ indépendants ”, ils créaient un véritable courant solidaire autour d’une idée forte et simple à la fois : sortir le chevalet de l’espace de l’atelier.

Ainsi ils remplaçaient le calepin où les peintres notaient les couleurs de la nature par le regard et l’exécution sur le vif du sujet. Ils jouaient avec les couleurs et les formes en organisant les ruptures et les fondus pour délimiter l’espace, multiplier les tons, équilibrer les surfaces. Ils maniaient le contraste du clair-obscur pour donner toute son ampleur à l’œuvre. C’est à Monet, Manet, Cézanne, Caillebotte et bien d’autres que nous pensons en débutant notre réflexion par cette métaphore picturale. Cézanne affirmait dans les dernières années de sa vie : *“ j’ai voulu faire de l’impressionnisme quelque chose de solide et de durable , comme l’art des musées ”*.<sup>1</sup> Il développait alors un style stable, analytique (qui influencera le cubisme), sans pour autant laissait cette

---

<sup>1</sup> Paul CEZANNE 1839-1906, citation tirée de [Encyclopédie des impressionnistes](#), des précurseurs aux

perception instantanée qui fait la richesse de l'impressionnisme.

L'imaginaire nous pousse à faire des passerelles entre deux mondes paraissant éloignés, l'Art pictural et la médecine (plus généralement la santé). Et pourtant la médecine est un Art qui a du dans son histoire faire aussi le pas du ressenti vers la science organique.

Au Moyen-âge, le soin ne relève pas de la thérapeutique mais bien plus de l'assistance, dans le sens de "prendre soin". Soigner était plus une activité générale qui se rapprochait de l'attention apportée à quelqu'un. C'est l'époque de la charité qui permettait de réparer les péchés de celui qui s'adonnait à ce soin !

Cet acte était un don sans contrepartie à priori.

Puis le XIX<sup>ème</sup> nous fait passer du fondement de la charité à la philanthropie. La révolution française amène le droit dans la conception du soin. L'amour est fondé sur la raison et non plus sur le sentiment. Le Baron de Gérondo dans son livre "Le visiteur du pauvre" (1820) explique la marche à suivre pour soigner les pauvres sans tomber dans le sentimentalisme. Une organisation s'instaure pour faire valoir le droit et faire la chasse aux "faux" pauvres<sup>2</sup>.

La deuxième moitié du XIX<sup>ème</sup> siècle voit apparaître l'assistance. Elle devient un devoir collectif avec la loi pour l'assistance aux infirmes, malades, vieillards (1870). Là encore la fonction thérapeutique est secondaire, l'important est de maintenir une subsistance minimale et respectable pour la société.

A l'époque de Claude Bernard, la clinique commence à faire son apparition. C'est le temps du scientisme et du positivisme. La médecine commence à prendre la normalité comme référence de comparaison pour avancer dans la connaissance de la pathologie. Les malades sont alors classés par type de maladie. On voit apparaître une topographie hospitalière sectorisée par pathologie.

Dans le domaine de la médecine, une véritable réorganisation a été nécessaire en offrant une nouvelle définition du "*statut du malade dans la société et l'instauration d'un certain rapport entre l'assistance et l'expérience, le secours et le savoir...*"<sup>3</sup>

L'acte de soin, par l'approche scientifique, devient acte thérapeutique.

---

héritiers, EDITA, Lausanne, 1992, 382p, p 94

<sup>2</sup> Cours de philosophie, MILLET, le 27 mai 2000, IFCS Charles Perrains.

<sup>3</sup> Michel FOUCAULT, Naissance de la clinique, 6<sup>ème</sup> édition, Paris, PUF, 2000, 232p, p 200 (Quadrige)

C'est une véritable rupture dans la conception du soin : du religieux nous passons au laïc, du bénévolat au salariat, de l'aptitude personnelle à l'apprentissage par formation, du soin à la fonction thérapeutique.

L'approche devient de plus en plus spécialisée pour connaître au mieux les causes et prévoir les effets (causalité). Le scientisme fait passer du soin du malade au traitement de la maladie.

C'est l'émergence de la médecine Pastorienne qui partage les rôles, rationalise les soins, cherche toujours plus dans le détail le moyen de répondre à l'objectif : supprimer la maladie.

Cette époque est le moteur des grandes découvertes en médecine. La médecine, la chirurgie, l'obstétrique, l'hygiène sont transformées par les découvertes de Pasteur (1822-1895). La technologie a pris un pas décisif sur l'empirique, le sensible. La recherche du perfectible, de la guérison à tout prix, place le spécialiste comme le " releveur " de défi contre la maladie, contre le pathologique, contre la mort elle-même.

En voulant aller toujours plus loin dans la connaissance technologique et en repoussant les limites du possible, le milieu de la santé a cherché le particulier en oubliant de le remettre dans un tout : la personne malade, son entourage, son environnement.

De cette évolution de la science, nous gardons aujourd'hui cette vision atomisée de l'Homme malade et la sectorisation se retrouve dans toutes les strates de l'organisation des instituts de santé.

Cette évolution a vu apparaître de nombreuses spécialités paramédicales et en particulier l'Ergothérapie. Cette spécialité de santé, que j'exerce depuis douze ans, se pratique principalement dans une équipe pluridisciplinaire sur prescription médicale. Les ergothérapeutes sont assimilés auxiliaires du médecin et de ce fait, sont soumis au secret professionnel.

Elle intervient tout au long du processus de rééducation, de réadaptation, et de réinsertion de la personne en situation de handicap dans le respect des objectifs fixés avec l'usager, le médecin, l'équipe soignante, et l'entourage.

*“ L'ergothérapeute est qualifié pour évaluer le patient et le traiter au moyen d'activités*

*spécifiquement choisies. Le traitement est conçu et exécuté en collaboration avec le patient. Il peut souffrir d'un handicap passager ou définitif dû à un accident, à une maladie physique ou psychique, à des troubles sociaux ou de développement* »<sup>4</sup>.

Le but de l'ergothérapie est de contribuer à diminuer le handicap et ses conséquences aux travers de moyens<sup>5</sup> qui vont aider le malade à maintenir ou développer ses possibilités d'action dans les domaines personnel, social et professionnel. Par son activité spécialisée dans la réadaptation, l'ergothérapeute complète l'efficacité du traitement médical et permet de prolonger le maintien à un maximum d'autonomie.

La loi n° 95-116 du 4 février 1995, prévoit l'inscription des ergothérapeutes au titre III – 2 du livre IV du Code de la Santé Publique. Le décret de compétence du 21 novembre 1986 fixe les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie.(annexe 1)

L'ergothérapie, thérapie par "l'agir", propose au patient, par l'intermédiaire de l'activité, de participer activement à la prise de décision. Il est attentif aux besoins de celui-ci et met en valeur l'expérience et la connaissance de la personne.

Les actes d'ergothérapie sont basés sur la personne, l'activité et l'environnement. Ils s'intègrent dans un traitement des déficiences, dysfonctionnements, incapacités ou handicaps de nature somatique, psychique ou intellectuelle. Le travail sur la matière est préparé et favorisé par l'intervention de l'ergothérapeute et donne à la personne handicapée la possibilité de réaliser, de créer un objet. La personne diminuée trouve dans la transformation de la matière un nouveau désir de construire, de prendre part à son évolution.

Cette profession se situe entre le médical et le social, elle favorise le passage entre le milieu fermé de l'institution et l'extérieur (la maison, le travail, les loisirs). L'ergothérapie est "*un espace situé entre la réalité intérieure de l'être malade, sa réalité historique (corporelle, psychique et sociale) et la réalité extérieure, celle de son*

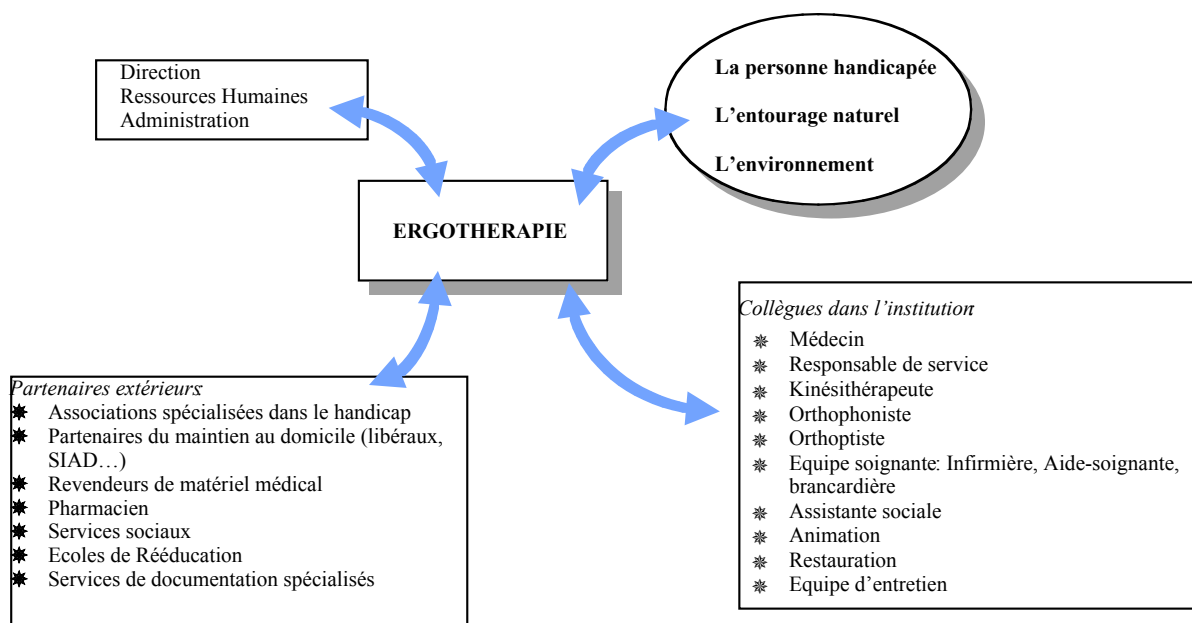
---

<sup>4</sup> Définition de l'ergothérapie adoptée par l'Association Suisse des ergothérapeutes en 1981

<sup>5</sup> Les moyens utilisés par l'ergothérapeute sont nombreux et variés : l'activité artisanale, les jeux adaptés, les activités quotidiennes, les conseils de prévention, l'adaptation de matériel pour faciliter la vie quotidienne, l'expertise d'accessibilité du domicile, du travail, des loisirs....

*environnement.* »<sup>6</sup>

De part sa situation intermédiaire, l'ergothérapeute se trouve au contact de tous les partenaires de la santé et du social.



L'action de l'ergothérapeute n'a de sens que dans un système de collaboration et d'échanges inter-acteurs. **C'est pour cela que la question de l'interprofessionnalité m'interpelle et se trouve au cœur de ma réflexion.**

Nous sommes influencés par notre histoire, et notre métier fait partie de cette histoire. Mon mémoire présente la *problématique* traitée issue à la fois du constat de mes expériences et des recherches sur le terrain, *l'ébauche conceptuelle* permettant d'éclaircir les concepts clefs nécessaires pour poser *l'hypothèse d'études* et *l'exploration terrain* pour étayer et vérifier notre hypothèse.

<sup>6</sup> PIBAROT Isabelle, *Dynamique de l'ergothérapie*, essai conceptuel, 20p, p 6 (photocopies)

# I

---

## ITINERAIRE D'UNE PRATIQUE

---

Le point de départ, une porte d'embarquement ouverte sur un ailleurs, Bucarest montrait ses immeubles inachevés, ses tramways chahutés, ses regards d'illusion perdue. J'ai des images, des rencontres qui nous remettent en question et en route pour écrire son "*chemin en marchant*"<sup>7</sup> (A Machado).

De cette expérience, j'ai touché du doigt ce que pouvait revêtir le mot de Réadaptation à Base Communautaire<sup>8</sup>, concept inventé par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1970. Plus précisément, j'ai compris le long et difficile apprentissage que peut entraîner cette approche globale de la personne en situation d'handicap. Nous devons entrer dans ce complexe processus de réadaptation qui engage la personne handicapée, l'entourage naturel (famille, voisin, quartier, village), les professionnels de tous les secteurs (santé, social, éducation), la politique du pays, enfin qui nous engage professionnellement et personnellement.

Ce concept, à l'origine pour aider les pays en voie de développement était une sacré leçon pour nos pays industrialisés. Cette esprit communautaire, je pensais pouvoir le retrouver dans notre pratique en France. Aujourd'hui les réseaux sont une priorité en France, mais sommes-nous réellement prêt à cette perspective ?(annexe n°2). L'image du clivage qui existe entre les professionnels, les services, les institutions ne date pas d'aujourd'hui et est ancré dans notre culture de santé. Comment arriver à l'esprit communautaire, à cette solidarité qui nous place face à nos responsabilité lorsque au sein même de nos services, il est difficile de travailler ensemble ?

---

<sup>7</sup> Cité par Dominique Violet lors du Colloque Européen : *Alternance et complexité en formation Education, Santé, Travail social*, Aquitaine le 16-17-18 mars 2000.

<sup>8</sup> Réadaptation à Base Communautaire : "*La RBC, a pour objectif principal de faire en sorte que les personnes handicapées puissent développer au maximum leurs aptitudes physiques et mentales, qu'elles aient accès aux services en milieu ordinaire et bénéficient des mêmes possibilités que toute autre personne et parviennent à une entière intégration sociale dans leur communauté et leur société.*" RBC Pour et avec les personnes handicapées, 1994 point de vue commun : OIT, UNESCO, OMS.



De cette réflexion simpliste a germé ce souhait de mieux comprendre les mécanismes en jeu dans la relation entre professionnels, de savoir quel espace nous laissons à la personne handicapée, à son entourage dès qu'ils entrent dans l'institution, et peut-être savoir le rôle du cadre dans cette dynamique interprofessionnelle au service de l'utilisateur ?

Notre voyage se fera en deux temps :

- En Roumanie, pour retracer le difficile apprentissage du travail en équipe dans un contexte d'urgence.
- En France, pour suivre une équipe de réadaptation dans la mise en oeuvre difficile de la pluridisciplinarité.

### **1-1 Carnet de route - un tour hors frontière : La Roumanie**

*“ Un mystère fait qu'il s'adresse à chacun de nous, intimement. il rejoint nuitamment nos rêves censurés de fugue et de fuite. Par contraste, il met au jour notre condition d'aujourd'hui[...]. Nous sommes tous des nomades contrariés. ”*<sup>9</sup>

09 novembre 1989, période de grande ouverture vers les pays de l'Est, période où soufflait un vent de “ révolution ” après la chute du mur de Berlin. L'effondrement du système communiste loin de placer la première pierre d'une démocratie, a surtout ouvert les frontières pour une fuite éperdue du peuple vers un miroir illusoire que présentait l'Occident.

Le 22 décembre 1989, les roumains renversaient le pouvoir de la famille Ceausescu. Le peuple espérait ainsi se libérer d'une dictature de plus de dix ans. C'était sans compter sur l'empreinte qu'avait laissée cette famille jusque dans les habitudes de vie, jusque dans la suspicion vis à vis de l'autre. La peur, la soumission et la délation étaient le quotidien en Roumanie, la “ securitate ” (police privée du gouvernement) avait une telle influence qu'elle semblait présente là où elle n'était pas là ! La réalité a montré un peuple à genoux, avec une culture réduite au minimum par un pouvoir dictatorial et une économie détériorée et vide de progrès.

Un chauffeur de taxi à Bucarest nous disait à demi-mot que les Ceausescu vivaient

toujours à travers la honte, la méfiance et l'humiliation du peuple roumain.

C'est dans ce contexte qu'en septembre 1991, nous découvrons la Roumanie avec ses longues files d'attente au poste à essence et ses charrettes d'un autre temps tirées par des bœufs.

Le pays venait juste de découvrir les hôpitaux pour enfants (Kamin Spital). La nécessité d'une démographie importante prônée par le gouvernement entraînait les familles à avoir plusieurs enfants, au risque de les abandonner au gouvernement faute de pouvoir les nourrir. Les hôpitaux construits à l'écart des regards indiscrets étaient les lieux où l'on entassait enfants handicapés et abandonnés. Les plus robustes survivaient, les autres...

C'est dans un petit village au sud-ouest de la Roumanie (Bilteni) que nous avons vécu nos limites dans un terrain inconnu, un partage de l'expérience avec l'autre, cet autre si différent et si proche à la fois.

Nous devions travailler avec les femmes qui gardaient les enfants avant la découverte des kamin. Le vécu de ces femmes, les méthodes punitives, la certitude que ces enfants n'étaient pas dignes de vivre, les habitudes de fonctionnement au quotidien, tout cela faisait partie de nos échanges. Nous travaillions aussi avec les médecins qui un an avant étaient encore persuadés que le handicap n'existait pas en Roumanie. Pour eux, c'était la descente aux enfers, la désillusion.

Le contact avec les roumains du village de Bilteni, avec les femmes du kamin, et enfin avec les enfants et adultes internés là-bas, nous a bousculé dans nos certitudes. Grâce à eux, nous avons fait l'expérience de l'impuissance. " Cette situation si insupportable, je dois pouvoir faire quelque chose, je dois réparer, car je ne peux le supporter ! "

Notre volonté de " guérir " (mais guérir qui ?), nous place dans un besoin impérieux de réparation. Par cette attitude, nous cherchons à imposer notre point de vue, notre manière de travailler qui ne correspond pas à la réalité du pays. Sous prétexte d'échange, d'aide, inconsciemment ne cherchons nous pas à " *imposer à des populations entières des moules qui ne leur sont pas adaptés* " ?<sup>10</sup> La position d'expatrié donne souvent un pouvoir qui est le reflet de notre besoin de faire entendre raison sur ce que l'on croit bon ou bien pour l'autre. Sans le manifester clairement, nous portons un regard et un jugement sur " l'insoutenable " qui se découvre sous nos yeux

---

<sup>9</sup> Jan YOORS, *Tsiganes*, sur la route avec les Rom Lovara, Paris, Ed Phebus, 1990, 273p, p 9

<sup>10</sup> T HALL EDWARD, 1971, *La dimension cachée*, Ed Seuil, p 160

en l'occurrence les hôpitaux pour enfants roumains.

Au début nous avons cherché à “ panser ” les plaies en apportant une réponse au besoin primaire : hygiène, eau chaude, alimentation équilibrée, câlins... L'engagement que nous avons vis à vis des enfants nous enfermait dans une attitude d'urgence à l'horizon réduit aux murs tristes du Kamin. Cet attitude est un risque, peut-être un passage obligé pour trouver et construire des limites plus réalistes, plus concrètes, dans le respect de l'autre, et enfin travailler dans la relation d'aide. Nous perdons nos certitudes pour être plus accessible à l'autre et à son contexte de vie.

C'est une rencontre avec un artiste peintre roumain venu refaire les peintures de l'hôpital qui a été le point d'accrochage pour voir différemment, pour ouvrir sa focale sur l' “ à côté ”. Il a posé toute la culpabilité d'un peuple qui se sait représenté dans le monde par les images de honte. Ces enfants abandonnés hier, étaient aujourd'hui mieux pourvus que les enfants “ normaux ” du village. Cette réalité faisait voler tous mes repères en éclat pour percevoir mon décalage par rapport à une situation que nous pensions évidente.

Ce moment entre le verbe et la couleur, entre la parole et la peinture, a produit en nous un changement qui a éclairé différemment ma perception des choses et des êtres.

Cet artiste mettait en évidence des questions fondamentales :

Sommes-nous capables d'accepter toutes les facettes que peuvent représenter une situation ? pouvons-nous accepter de les prendre dans leur globalité et dans leur complexité ? pouvons-nous nous contenter de chercher des solutions ? notre comportement ne risque-t'il pas d'être perçu comme une menace si nous restons au niveau de l'urgence ?

Le passage du “ panser ” au “ penser ” pour amener à une action avec l'autre n'est pas un changement facile mais il enrichit mutuellement.

Il faut savoir se laisser prendre au niveau affectif par la souffrance de l'autre, pour réaliser notre incapacité à totalement guérir, à changer l'autre parce qu'il nous paraît insupportable, mais pour réaliser aussi notre capacité à aider, à s'engager sans être submergé par l'autre.

*“ Accepter l’autre dans sa différence est une chose ; mais accepter l’autre dans sa ressemblance en est une autre, beaucoup plus ardue, car plus menaçante ”<sup>11</sup>*

Pour aider ces enfants, nous devions passer par une approche de reconnaissance du monde qui les entoure. Paradoxalement nous devions accepter l’inacceptable pour installer une relation avec tout le personnel et trouver un point de rencontre qui permette d’élaborer des objectifs d’action communs. Nous entrons, sans vraiment le savoir, dans une démarche anthropologique pour éclairer différemment notre perception de la réalité et notre action avec l’autre.

Venant d’horizons diverses, nous nous retrouvions dans un espace et dans un temps où nous devons trouver un langage commun. La perte de notre assurance, de nos certitudes sur le bien fondé de nos actions nous a rendu abordable pour l’autre. Progressivement le médecin-directeur roumain a trouvé sa place dans l’institution.

Il nous fallait nous délier de nos repères pour permettre un espace disponible pour l’autre.

L’émergence d’un travail d’équipe a pris sa source dans le respect de la place de chacun et du rôle de chacun dans la participation au changement. Cette approche a permis de former un groupe de professionnels roumains et étrangers réellement associés dans un projet commun tourné vers les enfants mais aussi vers le personnel roumain. Une remise en question de la signification de notre engagement et de la définition de notre place dans le groupe a permis une certaine transparence et une volonté de collaboration constructive.

Un projet avec une diversité de styles et de professionnels a donné la voix (voie) à tous les participants et à coordonner nos efforts dans le sens du mieux être des enfants et de la revalorisation du personnel roumain.

Cette expérience hors frontières a permis de nous représenter ce que pourrait être une équipe interprofessionnelle au service d’un même projet. Nous nous trouvions dans une situation tout à fait particulière entre la nécessité de nous “ écouter ” et le rêve (utopie) de tout changer. Ensemble, nous étions dans l’adaptation et l’accommodation qui permettent de penser collectivement à une activité, une action. Les confrontations sont devenues porteuses de concertation et de prise de décision de la part du médecin-

---

<sup>11</sup> S.Sausse, le miroir brisé, Calmann-Lévy, Paris 1996

directeur.

De la reconnaissance de l'environnement culturel, social et politique est née une meilleure coordination entre les responsables roumains et français. Elle a permis d'harmoniser les actions en essayant de nous préserver de l'abus de pouvoir pour mettre du sens dans les mots : enrichissement mutuel.

## **1-2 Histoire d'une équipe de réadaptation en Institution :**

*“ Etrange et simple d'aller là-bas se relancer l'imaginaire[...], pour imaginer ce qui est ici . Aller ailleurs pour mieux revoir ici ailleurs, de l'ailleurs invisible qui est ici ”<sup>12</sup>*

Le domaine de la rééducation se caractérise ,en autre, par la multiplicité des intervenants auprès du patient. Nous trouvons le médecin, les infirmières, les aides-soignantes, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les psychologues , les psychomotriciens, les orthophonistes, l'animateur...La pluridisciplinarité juxtapose les différentes interventions auprès du patient sans que celui-ci voit toujours clairement le lien entre elles.

En France, tout établissement doit disposer d'une équipe “ pluridisciplinaire réglementaire ” faisant appel de façon ponctuelle à des services ou des acteurs de santé extérieurs à l'établissement. Dans la réalité du terrain, cette diversité de professionnels peut entraîner une véritable démarche sectorielle et cloisonnée.

Les actions sont alors parallèles au rythme de la prescription médicale. Ce système fonctionne à la méthode “ taylorienne ” où chacun a sa tâche, son poste prédéfini, sans vision de la continuité de l'action, ni la préoccupation de l'objectif commun et des acteurs qui agissent.

Cette démarche qui relie différents métiers autour d'une même préoccupation (en l'occurrence le malade) ne va pas de soi, et peut devenir une façade répondant à des exigences législatives sans réellement répondre au but fixé : former une équipe interprofessionnelle qui permet de répondre aux besoins de la personne malade en l'intégrant dans la réalisation de son devenir.

La mise en place d'une telle équipe est exigeante et les obstacles sont multiples pour que cette démarche soit optimisée au maximum.

L'un des obstacles prédominant est la méconnaissance du rôle de chacun dans l'équipe. Nous pouvons nous remémorer une discussion avec une orthophoniste dans le domaine de la neuropsychologie où l'échange des observations restait frileux. Elle se méfiait du travail que nous pouvions apporter sans être totalement opposée. Les différents échanges (dans le couloir ou entre deux portes) ne permettaient de définir que ponctuellement les actions que nous menions en parallèle. Sa situation de vacataire ne favorisait pas l'échange et l'intégration dans le projet de soin de l'équipe. Ces passations d'informations restaient informelles et fonction de la disponibilité du moment de chacun. La méconnaissance des activités de chacun rend l'approche difficile. Chacun construit son type de perception en fonction des logiques et des valeurs privilégiées dans son champ d'activité technique. Il manque souvent le pont, le passage qui permet d'être dans une continuité construite avec le patient, l'entourage et l'environnement institutionnel et social. Il en résulte des comportements corporatistes, allant jusqu'au protectionnisme farouche.

Nous trouvons aussi cette difficulté de communiquer au niveau des équipes internes. Par exemple, les informations sur l'évolution du patient entre les équipes de soins (infirmières, aides-soignantes) et le service de rééducation (kinésithérapeutes, ergothérapeutes) se donnent de façon aléatoire et sans réel suivi régulier. Bien qu'il y ait une volonté de chacun de partager avec les autres, le dialogue reste difficile, informel et peu constructif. Les réunions de synthèse n'intègrent pas tous les participants aux soins et les outils d'information sur le suivi de la personne malade (dossiers de soins, bilans) restent éclatés entre les différents services.

Le rôle des responsables dans ce manque d'harmonie dans l'action du soin a souvent été l'objet de discussions sans réelle issue. Cette constatation semble bien être un deuxième obstacle majeur à l'interprofessionnalité. Tous les efforts émanant de l'équipe pour trouver un moyen durable de faciliter la communication et éviter de toujours se justifier par rapport à son action n'ont pas eu d'écho au niveau des cadres. Les conflits de rôles mais aussi de pouvoir ont enkysté le problème, augmentant le clivage entre les professionnels et l'encadrement. La discussion n'était plus productive et alimentée uniquement les rancœurs, nous éloignant de nos projets d'origine : accueillir la personne

---

<sup>12</sup> **D.Sibony**, Entre-deux, Seuil, Paris, 1991, 399 p, p 305

handicapée et lui permettre d'être acteur de son réseau de soutien.

Nous pouvons nous demander si l'attitude de l'encadrement, trop tournée vers sa profession d'origine, n'influence pas l'action générale des soins vers une démarche individualiste et sectorisée, et cela même s'il existe une volonté de l'équipe de travailler dans un esprit interprofessionnel .

### **1- 3 Constat de départ :**

De cette vision particulière que peut avoir l'ergothérapeute de la réadaptation et de la confrontation des deux expériences, nous est apparue la complexité du dialogue entre des différentes cultures. Le travail en Roumanie montre que si les systèmes de pensées restent parallèles, se juxtaposent, il ne peut y avoir qu'une satisfaction égocentrique sans réelle répercussion sur le terrain. Les enfants de l'hôpital " s'attachent " alors à la personne nouvelle, à ce que peut apporter l'expatrié. Notre intervention reste marginale si elle ne tient pas compte de la personne soignée, de son environnement, du contexte institutionnel et des partenaires qui participent au soin. Le changement n'a lieu que dans une courte période et ne peut perdurer.

L'expérience en France présente une atomisation des professions.

Dans cette réflexion la question centrale semble bien le travail en commun entre différentes professions. Nous parlons souvent de pluridisciplinarité, qu'est-ce que cela représente ? Est-ce une démarche adéquate pour répondre aux besoins de la personne malade ? Qu'est-ce qui est mis en jeu dans cette démarche ?

Nous en venons à distinguer deux autres approches : l'interdisciplinarité et la transdisciplinarité. L'emploi de ces mots est-il justifié dans notre réalité de terrain ?

N'est-ce pas une façon de compliquer le langage faute de pouvoir accéder dans la pratique au concept de pluridisciplinarité ?

Si nous considérons comme possible cette approche, quel peut être le rôle du cadre de santé dans cette dynamique ? A t-il réellement un rôle spécifique ? ou au contraire ne serait-il pas un frein potentiel à l'émergence de l'interprofessionnalité ?

Pour étayer cette perception personnelle, il semble important d'aller sur le terrain

rencontrer des personnes ou des instances qui sont sensibilisées par le sujet, notamment: l'Union InterProfessionnelle des Associations de Rééducation et Médico-techniques (UIPARM), l'Association Interprofessionnelle des Cadres de Santé (AICS) et l'expérience d'un cadre en ergothérapie.



## II

---

### DEVELOPPEMENT EXPLORATOIRE

---

Dans le Colloque de l'UIPARM, nous cherchions à savoir ce que nous pouvions entendre par “ zones de partage ” et les problèmes que cela pouvait entraîner dans le travail au quotidien.

L'AICS nous apporte une réflexion des cadres de santé sur l'interprofessionnalité et un commentaire de Jacques Ardoino sur ce sujet.

Un entretien auprès d'un cadre ergothérapeute nous amène son regard personnel sur les différences entre pluri, inter et transdisciplinarité et sur l'action du cadre dans ce contexte.

#### **2-1 IV Journée Nationale d'étude et réflexion UIPARM, “ des actes professionnels à la coordination des activités ” 21 janvier 2000 :**

##### **2-1-1 Présentation de la journée :**

C'est en juin 1992 que les associations de rééducations et médicotechniques envisagent de se regrouper pour réfléchir sur leurs situations professionnelles souvent comparables et pour apporter plus de poids vis à vis des tutelles. Le 10 février 1993, l'Union fut entérinée par une Assemblée Générale. Cette association regroupe : Association des Diététiciennes de Langue Française (ADLF), Association Française des Etudiants et Professionnels en Psychomotricité (AFEPP), Association Française du Personnel Paramédical d'Electroradiologie (AFPPE), Association Nationale des Coordonnateurs (ANCO), Association Nationale des Ergothérapeutes (ANFE), Association Nationale des Kinésithérapeutes Salariés (ANKS), Association Nationale des Préparateurs en Pharmacie Hospitalière (ANPPH), Cercle d'Etude et de Réflexion des Techniciens de Laboratoire (CERTLAP), Union Nationale des Techniciens en Biologie (UNATEB).

### **2-1-2 Intervention sur la législation :**

Cette journée de réflexion porte sur l'intérêt de définir les zones dites " de partage " entre les différents partenaires de la rééducation et médicotechniques.

J-M PUGIN (Directeur IFMR) nous a présenté le Code de la santé publique et la réglementation des exercices paramédicaux. Une analyse du Livre IV montre bien l'absence de partie réglementaire commune. La représentation législative est très disparate entre les différentes professions. Certaines professions reconnues n'ont pas encore leur décret d'actes (technicien de laboratoire, diététicienne, préparateur en pharmacie). La chronologie de l'apparition des textes a favorisé cette disparité (1953 : infirmière, masseur, pédicure, opticien jusqu'en 1995 : ergothérapeute, psychomotricien). L'atomisation excessive des paramédicaux a contribué à cette juxtaposition de professionnels. Ils semblent avoir grandi dans une sorte de voie royale de reconnaissance professionnelle, persuadés du bien fondé de l'activité d'expertise auprès du malade. Ce clivage s'est accentué par l'apparition progressive des autres professionnels qui devenaient un danger potentiel de perte de travail pour les premiers installés. Les décrets relatifs aux actes professionnels sont loins d'être clairs. Dans les textes, une confusion persiste entre des actes, des compétences, des activités, entre moyens et objectifs thérapeutiques. Une volonté générale de tous les praticiens est de remettre à niveau les textes réglementaires de façon simultanée pour avoir une réglementation prenant en compte les actes partagés et spécifiques. Dans cette dynamique interprofessionnelle, il est nécessaire de repenser la formation initiale et d'adapter la formation continue.

Depuis 1994, une détermination pour ouvrir un véritable chantier sur les actes, les compétences, les activités partagées s'est affirmée au niveau ministériel. Le décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant sur la création du diplôme de cadre de santé montre le souhait de décloisonnement et une véritable conduite de changement allant dans le sens de l'ouverture interprofessionnelle. En 1996 au salon professionnel des paramédicaux et en 1997 au salon des infirmières, les secrétaires d'Etat à la santé successifs laissent envisager l'ouverture d'une réflexion sur le partage des actes et sur les zones spécifiques à chacun au niveau ministériel. Ce travail est un élément clef du changement de mentalité et de l'organisation coordonnée des soins. L'UIPARM était prête à

s'engager dans cette démarche qui devait aboutir à une refonte réglementaire sur les décrets d'actes. Cependant aucune action n'a été menée dans ce sens. Selon la présidente de l'UIPARM, le ministère annonce que le sujet n'est plus prioritaire, ni même d'actualité. Des réformes sont sur le point d'aboutir aux niveaux des décrets d'actes des infirmières et des masseurs kinésithérapeutes alors que le sujet sur les zones de recouvrement reste entier. Cette zone législative non identifiée ne peut que peser sur les relations de travail et développer une logique de territoire et de protectionnisme.

Le socle de l'identité professionnelle est définie par les décrets d'actes. Si la base reste nébuleuse, comment ne pas s'étonner sur le terrain des luttes de pouvoir, des glissements de tâches, de conflit, d'enjeu souvent bien loin de la préoccupation du malade ?

### **2-1-3 Table ronde : “ actes en miettes ou activités en bloc ? ”**

La table ronde a donné l'occasion aux différents présidents et vice-présidents des associations représentées de s'exprimer sur l'activité partagée.

Nous avons relevé quelques remarques lancées pendant le débat :

*“ l'activité partagée n'est pas un problème en soi, c'est plus l'articulation des acteurs qui pose une difficulté ”.*

*“ l'activité partagée ,c 'est l'assurance d'une continuité des soins ”*

*“ l'activité ne doit pas être partagée mais plus coordonnée ”*

*“ le partage ne peut se faire que si la personne est responsable de son propre acte ”*

*“ le processus de soin est un maillage professionnel, il nécessite des décrets d'actes clairs ”*

*“ une coordination est indispensable, c'est la difficulté et le défi du partage ”*

*“ la responsabilité ne peut être partagée ”*

*“ lorsque l'on dit qu'il faut décloisonner, cela ne veut pas dire de tout mélanger, mais bien avoir un modèle spécifique pour sa profession et un modèle d'interaction différent ”.*

*“ il faut partir des besoins des malades pour redéfinir les actes de chacun, et nommer les actes communs à plusieurs professions. Il faut donc enrichir les textes de lois, les décrets. ”*

*“ Lorsque l’on parle de glissement de tâches, on a une méconnaissance profonde de ce que doit faire l’autre, et parfois même de ses propres actes spécifiques ! ”*

#### **2-1-4 Conclusion :**

Il existe un décalage entre le réglementaire et la réalité pratique du terrain. Le contexte économique nous oblige sans cesse à réfléchir sur nos pratiques, à redéfinir l’objet de notre travail, à l’actualiser en fonction des besoins du malade. La carence législative favorise la méconnaissance des autres professions. Des réseaux de compétences permettent la coordination et l’articulation des compétences pour des objectifs de soins communs. “ C’est le processus de connaissance et d’ajustement réciproques qui permet la production d’un sens partagé ”<sup>13</sup>. Parler de partage nous amène à définir les zones spécifiques à chacun, les zones de congruence, et travailler sur l’articulation des activités auprès de la personne soignée. Cette synergie de connaissances et de compétences nécessitent une acceptation des autres professionnels, un ajustement mutuel, une ouverture sur les autres professions, une flexibilité.

Plus qu’une activité de partage, c’est plus la notion d’apport mutuel, de co-construction qui se dégage de cette journée de réflexion. L’interprofessionalité ne va pas de soi et nécessite une coordination, une supervision pour distinguer et organiser les logiques différentes.

---

<sup>13</sup> GENELOT DOMINIQUE, 1992, *Manager dans la complexité*, INSEP éditions, Paris, 362p, p189

## **2-2 Compte-rendu du second forum de réflexion de l'AICS : “ interprofessionnalité ” 23 janvier 1999 :**

### **2-2-1 Intervention de Jacques Ardoino : (annexe )**

Lors de cette journée organisée par l'AICS, Jacques Ardoino a eu l'occasion de réagir en fin de journée sur le contenu du colloque. Il questionne le modèle organisationnel hospitalier qui “ ...aboutit à un saucissonnage, à un tronçonnage, à une taylorisation, à une juxtaposition, et on ne peut faire autrement. ”<sup>14</sup>

Il part de cette constatation : un système qui pousse avant tout à la professionnalisation et donc à la quête d'une identité professionnelle revendiquée. Ce lien de parenté amène chacun être dans une attitude de fermeture sécuritaire. Lorsqu'il aborde la “ jonction entre les professionnalités ”, il met l'accent sur le facteur temps pour se rassurer vis à vis des intentions de l'autre. L'ouverture est un risque qui peut nous remettre en question vis à vis de son rôle, de sa place dans le système, dans l'organisation. Il parle aussi de la nécessaire formation pour apprendre à connaître l'autre, à respecter le “ pluriel ”. C'est un véritable apprentissage qui m'amène à comprendre que “ ...l'autre est déjà en moi. ”. Le lien peut se faire à partir du moment où il y a reconnaissance de cette partie obscure qui fait que l'autre n'est jamais totalement extérieur à nous. C'est peut-être le risque aussi de se connaître au travers de la relation avec l'autre. Le mot “ partenaire ” se dégage de cet exposé et prend tout son sens dans sa présentation originelle. “ Le mot “ partenaire ”, à l'origine, c'est : prendre part au butin, le voleur qui partage le butin. Ce qui fait bien retrouver la notion de complicité qui introduit autant ce qui est dérobé, le méfait... ”. Cette image de partage renvoie donc à une notion de séparation équitable qui est paradoxale lorsque nous parlons d'interprofessionnalité. C'est une façon de garder en mémoire que la coopération ne peut se faire sans heurt, sans conflit, et qu'il existe toujours une “ ambition de prédominance ”. Jacques Ardoino ne fonde pas de grands espoirs sur le mot “ interprofessionnalité ” qu'il qualifie de “ mode ”. Il parle plus facilement de “ projet ” et de “ partenariat ”, termes qu'il faut garder en mémoire pour être dans cette part de “ polyglotisme ” nécessaire à l'échange

---

<sup>14</sup> Intervention de Jacques ARDOINO sur l'Interprofessionnalité, journée du 23/01/99 organisée par l'AICS

entre les professions.

### **2-2-2 Résultat de l'enquête sur l'interprofessionnalité :**

Le résultat d'une enquête auprès des cadres de santé au sujet de l'« interprofessionnalité »<sup>15</sup> présente une faible participation qui peut poser question, comme le souligne Jacques Ardoino. Deux messages sortent de cette enquête. Tout d'abord, l'interprofessionnalité a plutôt un aspect positif, un apport riche, c'est un atout qui amène la qualité. Ce terme qualifie aussi un système complexe.

Les remarques faites au colloque montrent que la notion d'égalité est contenue dans ce terme, la hiérarchisation semble s'effacer. Le risque est de sombrer dans la confusion, source d'insécurité. Enfin, plus qu'un partage, c'est un apport mutuel dont il est question. Les notions de pouvoir, de coopération et de stratégie prennent le pas sur la notion de communication lorsque l'on aborde le sujet de l'interprofessionnalité.

---

<sup>15</sup> Enquête de Décembre 1998 auprès de 100 cadres de santé. 22 personnes ont répondu en donnant 136 mots associés au terme interprofessionnalité.

### **2-3 Entretien avec un cadre de santé ergothérapeute sur la pluri, l'inter et la transdisciplinarité (annexe n°4):**

Il s'agit d'un cadre de santé diplômé depuis 1991 ayant une fonction en pédagogie (responsable du premier cycle en ergothérapie) et une fonction d'encadrement en temps partiel auprès d'une équipe d'ergothérapeutes. Il a aussi une action clinique en thérapie familiale systémique. Son approche du sujet avec son regard d'ergothérapeute, de cadre et de thérapeute familial nous semblait intéressant pour évoluer dans notre réflexion.

Dans l'entretien, l'interviewé met en évidence la place intermédiaire de l'ergothérapeute qui, de part son activité professionnelle médico-sociale, se trouve en relation avec tous les partenaires y compris la personne soignée et la famille. Il rapproche le langage interdisciplinaire du langage de l'ergothérapeute qui “ *va centraliser l'information et permettre la circulation* ” de celle-ci. Il aborde l'ergothérapeute comme une personne au sein de l'équipe ayant la capacité de synthétiser, de négocier et de réajuster la démarche de soins en fonction des besoins du patient.

Il définit l'interdisciplinarité comme une interrelation entre des systèmes, “ *des paires* ” de professionnels. Le langage commun est le point d'ancrage du système interdisciplinaire. Cela sous-tend le passage de l'information. Dans cette définition, la régulation est faite par une personne qui peut s'approprier les différents langages et en faire une synthèse cohérente et comprise par le patient, l'entourage, le personnel soignant. La transdisciplinarité est un troisième niveau qui reconnaît comme condition préexistante, l'accord de tous pour les objectifs communs et spécifiques. L'ensemble du groupe s'inscrit dans une dynamique d' “ *alliance* ” qui se comprend comme une synthèse de tous les langages. Elle est faite par chaque membre de l'équipe.

Il apporte une notion d'alternance dans la pratique de la pluri, inter, et transdisciplinarité. Selon le contexte, l'équipe peut alterner entre ces trois niveaux.

Cette recherche auprès de différentes instances et auprès de différents professionnels montre que les définitions même de pluri, inter, transdisciplinaire diffèrent selon les personnes. Pour certains, cette distinction relève d'une intellectualisation qui cache une incapacité de travailler ensemble et de dépasser les frontières. Pour d'autres, les définitions d'inter et de trans se mêlent sans pouvoir réellement se distinguer. Le rôle du cadre est mal défini, dans un “ *entre-deux* ”, entre l'administration et l'équipe, nous ne

savons pas réellement de quelle ordre est son action ?

## **2-4 Escale entre la pratique et l'ébauche conceptuelle :**

Le système de santé devient un système de plus en plus “ complexe ” qui doit tenir compte de l'environnement social, politique et économique.

Auprès de la personne handicapée, ce système met en place des équipes pluridisciplinaires dont les rôles spécifiques et les zones de partage ne sont pas clairement identifiés. Dans ce contexte nouveau, le rôle du cadre est à redéfinir pour qu'il participe activement à cette mutation.

Des questions se posent face à cette nouvelle perspective :

- Quelles sont les différentes alternatives organisationnelles pour que le système soit stable quelles que soient les sollicitations extérieures?
- Quelle est la reconnaissance de l'identité professionnelle dans un tel système?
- Quel doit être la place du cadre et son action dans l'organisation retenue?

Une première hypothèse peut être énoncée au vue des expériences vécues et des explorations réalisées sur le terrain : **La solidarité est un vecteur de la transprofessionnalité et le cadre, comme tous les autres acteurs doit avoir un rôle à jouer dans cette dynamique. Pour tendre vers la transprofessionnalité , il doit aller du solitaire au solidaire.**

Les parties suivantes vont développer cette première hypothèse en deux étapes :

L'ébauche conceptuelle : nous irons sur les traces d'auteurs reconnus pour statuer sur les définitions des concepts clefs : le solidaire / le solitaire et la transprofessionnalité (chapitres III et IV). Une nouvelle hypothèse sera alors posée au vu de ce cheminement.

L'exploration terrain : Après avoir défini le rôle du cadre à la lumière de l'ébauche conceptuelle, nous partirons interviewer deux cadres de santé ergothérapeute pour étayer et vérifier notre hypothèse (chapitre V).

### **III**

---



## SOLITAIRE/ SOLIDAIRE

---

Nous commencerons le voyage par le conflit de rôles, question qui nous préoccupe et qui semble un frein à l'approche interprofessionnelle.

Le besoin de reconnaissance de l'identité professionnelle semble un point d'ancrage pour formaliser le groupe et construire l'équipe. Le respect de l'autre et des objectifs communs donnent un sens au lien d'interdépendance qui permet de concevoir l'autre comme un partenaire et non comme un danger potentiel.

Se relier à l'autre dans une perspective de construction du "commun" nous amène à aborder le concept de reliance développé par Marcel Bolle de Bal. La reliance possède la double signification d' "acte de relier" et de "résultat de l'acte". Ce concept tisse un lien étroit avec le solitaire et le solidaire.

Après avoir interrogé les auteurs qui ont cheminé dans la connaissance de ces deux mots, nous espérons pouvoir faire le lien avec l'interprofessionnalité.

### **3-1 Le conflit, une manière d'exprimer son identité professionnelle :**

Nous avons longtemps cru que nous pouvions d'emblée établir une communauté de pensée, d'action sur la base du centre d'intérêt commun : répondre aux besoins de santé de la collectivité. Le concept de coopération ne se décrète pas a priori, même si "le jeu en vaut la chandelle".

En mettant comme postulat que nous devons nous entendre, c'est peut-être faire fi du conflit lui-même et donc le renforcer. Kourilsky – Belliard <sup>16</sup> parle de conflit par intrusion où les territoires respectifs ne sont pas suffisamment délimités pour permettre l'étape suivante du partage et de la congruence.

Il est facile de rester sur une logique d'attaque- défense qui nous emprisonne dans la dynamique du cercle vicieux et du pouvoir oubliant totalement le sujet principal : la personne qui vient chercher un soin, un accueil, une certaine sécurité et un réconfort.

---

<sup>16</sup> F. KOURILSKY-BELLIARD, *Du désir au plaisir de changer*, Ed Dunod, Paris, 1995, 327 p

Mais qu'est-ce que le conflit ?

Cette attitude idéaliste ne serait-elle pas une façon élégante d'élucider le problème et de trouver une solution simpliste qui " va de soi " et qui annule toute forme d'expression. Ou peut-être est-ce une façon de se protéger et d'éviter de tomber encore dans une justification de sa place, de son rôle auprès de collègues ?

L'énergie s'épuise souvent à défendre ses frontières, avoir peur que les autres ne soient que " *ceux qui occupent le même espace, qui désirent les mêmes objets ou les mêmes êtres gratifiants, et dont le projet fondamental, survivre, va s'opposer au nôtre* " <sup>17</sup>

### **3-1-1 Le conflit de rôles :**

Les conflits entre professions sont souvent liés aux rôles de chacun dans l'Institution. Jean Maisonneuve place le rôle au niveau individuel et interactionnel. Le niveau individuel se caractérise " *par sa fonction d'expression et ses rapports avec la personnalité des sujets* " <sup>18</sup>. Le niveau interactionnel dépend des autres rôles. Les rôles ont " *à la fois une fonction de régulation des rapports sociaux et une fonction d'intégration de la personnalité* " <sup>19</sup> Le conflit peut être considéré comme une compétition entre les rôles, une discordance entre la représentation son rôle ou celui de l'autre et la réalité, un révélateur d'une difficulté de prise de décision. <sup>20</sup> Le conflit suppose l'Autre qui vient en confrontation avec ses semblables. C'est une relation sociale au même titre que la sympathie ou l'amitié. <sup>21</sup>

#### *a) Le face à face, la peur de l'autre !*

Nous pouvons considérer le conflit comme dangereux et déstructurant et choisir :

- soit de le nier en bloc en ayant la certitude d'évaporation de la crise, c'est ce qu'appelle Watzlawick, " la terrible simplification " <sup>22</sup>. Cette attitude risque

---

<sup>17</sup> LABORIT Henry, *Eloge de la fuite*, ed Gallimard, Paris, 1976, 186 p, p 65

<sup>18</sup> MAISONNEUVE Jean, *Introduction à la psychologie*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris : PUF, 1973, 254 p, p 75

<sup>19</sup> Ibid p 81

<sup>20</sup> THUDEREZ Christian, *Négociations, essai de sociologie du lien social*, Paris, PUF, 2000, 290p, pp 126-128

<sup>21</sup> Ibid p 50

<sup>22</sup> P WATZLAWICK , J WEAKLAND , R FISCH , *Changements, Paradoxes et psychothérapie*, Paris, Seuil, 1975, 229p, pp 58-65

d'amplifier la frustration de l'autre qui ne supporte pas de ne pas être entendu et respecté, le conflit émergera d'une autre manière. Des mots soient disant rassurants viennent ponctuer cette stratégie : "tout ne va pas si mal, et surtout continuez comme cela, je m'occupe du reste ! "

- Soit croire qu'il n'existe qu'un seul chemin qui permet d'atteindre un objectif et que l'autre ne peut que se conformer à nos désirs ou être une menace. Ce mode de pensée tient de la rigidité et réduit toute action pour l'autre mais pour soi-même aussi. Nous verrouillons le conflit dans une recherche de causalité et de désir de réparation de l'injustice vis à vis de nous. C'est l'escalade à la prise de pouvoir en augmentant les zones d'incertitude, comme les nomme Crozier<sup>23</sup>, et chercher à posséder plus d'informations que l'autre. Cette dualité se trouve jusque dans les salles de soins où la critique s'étale ouvertement devant les patients peu sécurisés d'une telle compétition.

Mais, comme le souligne Kourilsky-Belliard, "*s'acharner sur les résistances et les objections de l'autre nous renvoie à notre propre manque de flexibilité à son égard*"<sup>24</sup>.

Par une attitude d'opposition ne cherche t'on pas à cacher notre propre violence ?

Jean Bergeret nous parle de cette violence fondamentale qui provient des désirs primitifs, selon Freud ,présents chez chaque individu et qui nous pousse " *à supprimer l'autre* "qui pourrait s'opposer.<sup>25</sup>

Pour étayer sa théorie sur la violence, J Bergeret cite Henrick et son expression "*Instinct to master* " qui présente le besoin de l'enfant à maîtriser l'environnement et à assurer sa domination avant une maturation psychoaffective du sujet.

Il s'agit donc d'une réaction vis à vis d'un danger potentiel extérieur, d'une menace symbolique ou réelle. Cela peut être source de tension avec un sentiment de ne pas participer de façon égale à l'activité. Une hiérarchie doit s'installer avec le désir de contrôler le comportement de l'autre.

Comme chez les animaux, chez les humains, un espace vital permet de préserver le groupe et protéger d'éventuelles agressions. Nous pouvons comprendre comment l'être humain gère l'espace. Nos rapports sont modulés en fonction de l'espace et de la distance à l'autre. Le territoire représente la structure, la cloison de sécurité par rapport

---

<sup>23</sup> M CROZIER et E FRIEDBERG , *L'acteur et le système*, Paris, Ed du Seuil, Points Essais, 1977

<sup>24</sup> F. KOURILSKY-BELLIARD, *Du désir au plaisir de changer* , Ed Dunod, Paris, 1995, 327 p, p 275

aux autres groupes. L'éthologie humaine a défini les notions de dominance, de hiérarchie et de territorialité qui illustre bien cette nécessité d'espace individuel.

Ce détour vers l'éthologie éclaire les manifestations et les comportements de l'individu sur le plan biologique.

*“ Avec la coopération apparaît une forme de contrôle du comportement d'autrui, laquelle peut mener à des rapports de dominance et de soumission entre individus et, partant, à la hiérarchie sociale ”*<sup>26</sup>

Au sein même d'un groupe de professionnels, cela peut être source de tension avec un sentiment de ne pas participer de façon égale à l'activité. Une hiérarchie s'installe avec un désir de contrôler le comportement de l'autre.

Chez les animaux comme chez les humains, un espace vital d'expression et d'épanouissement personnel permet de préserver le groupe. Nos rapports sont modulés en fonction de l'espace et de la distance vis à vis de l'autre. Lorenz voit une triple fonction dans l'agressivité dont celle *“ de répartition équilibrée des individus dans l'espace disponible pour les membres d'une espèce... ”*<sup>27</sup>

Henrick place la violence fondamentale au niveau instinctuel de l'animal, un instinct de conservation et une notion d'existence. Un parallèle peut être fait avec la *“ querancia ”* du taureau, une limite de territoire qu'il ne faut pas dépasser au risque de perdre la vie !

Le conflit peut-être l'expression de cette territorialité qui marque notre différence par rapport à l'autre. Il peut être aussi pris comme un *“ empêcheur de tourner en rond ”* et donc d'éviter la sclérose du système.

#### *b) Le conflit, un appel au dépassement*

Le conflit est une notion ambiguë qui peut, poussé à l'extrême, être totalement déstructurant et même pervers lorsque l'on ne peut pas prendre de distance suffisante. Mais le désordre peut être aussi source de remise en question, donc de mouvement.

Edgar Morin parle de ce désordre comme l'un des constituant de l'ordre social en provoquant la diversité, la variété, la souplesse.<sup>28</sup>

---

<sup>25</sup> J BERGERET , *La violence fondamentale*, Paris, Dunod, 1984, 251 p, p 205

<sup>26</sup> D.JACQUES DE LANNOY et P FEYEREISEN, *L'éthologie Humaine*, Paris, PUF, 1987, 123 p, p 49

<sup>27</sup> Ibid, p 60

<sup>28</sup> E MORIN, *Le paradigme perdu : la nature humaine*, Edition du Seuil, Points essais, 1973, p 127

Le conflit peut-être compris comme le signe de la démocratie<sup>29</sup>. Il est bien étouffé dans les pays totalitaires.

Le conflit peut être l'expression du système encore vivant, la représentation de l'interlocuteur présent. Le conflit déséquilibre momentanément pour pousser à la réflexion et chercher une voie de nouvel équilibre. Pour cela, il faut être certain que " *tout ce que nous offre notre interlocuteur, y compris ce qu'il nous oppose* " <sup>30</sup> est source d'enrichissement.

C'est dans la nécessité de différenciation que viennent s'édifier les frontières. Au moment où l'on n'est plus vraiment sûr de ce que l'on est, alors on se barricade au contact de l'autre. Derrière cette rupture, c'est l'affirmation de notre identité que nous recherchons.

### **3-1-2 L'identité professionnelle :**

Partant des rapports entre des individus au travail, nous aborderons ce thème par le domaine de la sociologie.

L'identité serait la rencontre entre le Moi et son système interne (Ca et Surmoi) de Freud et l'Environnement et ses systèmes externe.

Selon Dubar, il existe donc des identités déterminée par la personne et son histoire, et des identités " *attribuées par autrui* " <sup>31</sup>. Cette dernière peut être acceptée ou refusée mais elle naît par et dans l'action, la confrontation avec l'autre. Ces deux identités ne sont pas toujours en adéquation, un système d'accommodation pour essayer de s'approcher d'un équilibre satisfaisant pour soi et pour la société (transaction objective et subjective de Dubar).

L'identité sociale est construite à chaque génération par ce que nous lèguent les " *anciens* ", les identités acquises dans la première socialisation c'est à dire l'époque de la scolarité, et les identités futures où l'on retrouve le domaine du travail, de l'activité adulte.

Pour Dubar, l'emploi, la formation renforcent le processus identitaire social.<sup>32</sup> L'entrée

---

<sup>29</sup> Dictionnaire philosophique définit la démocratie comme " *état politique dans lequel la souveraineté appartient à la totalité des citoyens, sans distinction de naissance, de fortune ou de capacité* "

<sup>30</sup> ERICKSON, principes-clés de la thérapie Ericksonienne recueillis dans op cit 5, p 285

<sup>31</sup> C DUBAR, *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*, Edition Armand Colin, 1991, 276 p, p109-127

<sup>32</sup> F. KOURILSKY-BELLIARD, *Du désir au plaisir de changer*, Ed Dunod, Paris, 1995, 327 p, p 119

dans le marché du travail est un passage important pour son identité professionnelle. Dans ce monde en pleine mutation et transformation, cette identité a des fortes chances de se modifier dans le temps.

On comprend bien les craintes au niveau professionnel de voir une compétition intervenir dans les métiers de la santé et le risque de voir s'étioler ce qui fait l'identité d'une profession. Avec ce doute qui subsiste, peut-on encore parler de processus identitaire dans la relation ?

Et pourtant “ *la notion “ d’acteur de soi ” renvoie non pas à un simple rôle passager sur une scène provisoire mais à un investissement essentiel dans des relations durables qui mettent en question la reconnaissance réciproque des partenaires* ”<sup>33</sup>.

Dans le domaine de la psychologie, l'identité est un concept qui exprime la singularité d'une personne par rapport à une autre.

La notion d'identité comprend deux pôles :

- celui de l'individuel qui traduit un concept de soi, c'est-à-dire de se présenter tel que l'on est.
- L'autre est le pôle social qui intègre l'autre. Erickson parle plus d'une reconnaissance de soi, d'une accession à une valeur de soi, une estime de soi.<sup>34</sup>

La conscience de soi ne peut pourtant se faire sans l'autre. Feingstein, Schein et Buss en 1975 parlent de deux niveaux essentiels : la conscience de soi intime qui peut être indépendante du contexte social et la conscience de soi publique qui “ *s'exprime dans la représentation de soi* ”<sup>35</sup>

Nous sommes dans le paradoxe de nous distinguer, différencier et ,en même temps, chercher la présence d'autrui. “ *Le rapport à autrui est donc essentiel dans les mécanismes de formation de l'identité* ”<sup>36</sup>

Nous avons pu nous rendre compte que le conflit n'est pas que destructeur mais peut-être l'amorce d'une remise en question, d'une évolution. Permettre l'expression du conflit, c'est aussi permettre l'expression de l'Autre dans toute sa différence.

---

<sup>33</sup> F. KOURILSKY-BELLIARD, *Du désir au plaisir de changer*, Ed Dunod, Paris, 1995, 327 p, p 123

<sup>34</sup> E H ERICKSON, *Adolescence et crise, la quête de l'identité*, Flammarion, Paris, 1972

<sup>35</sup> G-N FISCHER, *Les concepts fondamentaux, la psychologie sociale*, Dunod, Paris, 1987, 208 p, p 172

<sup>36</sup> Françoise KOURILSKY-BELLIARD, op.cit., p 181

Le conflit de rôle marque un besoin identitaire et de reconnaissance par la société.  
Pour vivre, nous devons être social et donc “ *avoir une identité personnelle au travers  
d’une appartenance à un groupe de référent* ”<sup>37</sup>

---

<sup>37</sup> JP LEYENS, *Psychologie sociale*, Mardaga, Liège, 1979, 194 p, p 22

### **3 -2 Du groupe à l'équipe professionnelle :**

#### **3-2-1 Le groupe :**

Le groupe se définit comme le “ *rassemblement d'individus de la même espèce, fondé sur une interaction mutuelle et au sein duquel s'établissent des relations conduisant à une intégration* ”<sup>38</sup>

Cette appartenance à un même corps tout en préservant son identité donne une sécurité qui assure la pérennité du groupe. Il nous donne l'image de l'ensemble mathématique muni de règles qui forment la loi groupale.

Nous trouvons la formation du corporatisme, l'unité globalisante. “ *Lewin constate qu'une décision de groupe, quand le groupe se sent libre et solidaire, peut être plus forte que les préférences individuelles qui pousseraient les membres à agir en sens inverse : autrement dit , le stimulus, c'est le sentiment d'appartenance ; la réponse, la modification des habitudes individuelles* ”<sup>39</sup>

Ce que le patient nous apprend “ *comme toute autre relation humaine, la relation dite thérapeutique se bâtit d'abord et avant tout sur l'authenticité et croît à force de retours sur soi, de confrontations et de réflexions. La maturité, cet ingrédient de base indispensable...* ”<sup>40</sup>

Cette identité relationnelle pour soi montre qu'à travers le groupe de travail, nous gardons une attitude individualiste qui nous met dans une dynamique de réalisation d'objectifs personnels.

Même si nous nous inscrivons dans une appartenance collective, les initiatives sont utilisées pour son propre compte. Notre action doit être gratifiante pour soi et donc faire coïncider au mieux nos finalités individuelles avec celles du groupe. Sinon ne risquons-nous pas de nous perdre dans l'Autre sans pouvoir affirmer sa place et son rôle. Socrate dit bien : “ *connais-toi toi-même* ” pour connaître l'Autre.

Toujours le voyage, si nous suivons les vagues qui ont poussée la flotte d'Ulysse vers le

---

<sup>38</sup> Grand dictionnaire de la Psychologie, Larousse, Paris, 1991, 833 p, p 333

<sup>39</sup> D ANZIEU, *Le groupe et l'inconscient*, Dunod, Paris, 1975, 345p, p 117



pays de l'oubli. Après la tempête, Ulysse et ses compagnons abordent le rivage des Lotophages. Ils offrent du Lotos, une nourriture qui a la particularité de tout faire oublier, jusqu'à soi-même pour celui qui l'absorbe.

Jean-Pierre Vernant nous parle de la signification du passage sur cette île : “ *être dans le monde humain ,c'est être vivant à la lumière du soleil, voir les autres et être vu par eux, vivre en réciprocité, se souvenir de soi et des autres.* ”<sup>41</sup>

Pour se rendre disponible à l'autre, il faut déjà être disponible pour soi.

Prendre de la distance ou accepter l'effacement temporaire de soi présuppose qu'il existe un point de départ, un soi que l'irruption de l'autre va pousser à identifier sous peine de se perdre.

“ *L'identité de quelqu'un est pourtant ce qu'il y a de plus précieux : la perte d'identité est synonyme d'aliénation, de souffrance, d'angoisse et de mort.* ”<sup>42</sup>

Nous pouvons considérer que l'intégration au groupe, au social passe par “ *l'intégration progressive de toutes les capacités de l'être, intégration qui offre à chaque individu les possibilités d'être responsable de lui-même et des autres.* ”<sup>43</sup>

Le groupe constitue une collection de personnes qui se trouvent rassemblées autour d'un même objet. Lorsque le groupe a une attitude solidaire, Lewin constate que généralement le sentiment d'appartenance prévaut sur les préférences individuelles.<sup>44</sup>

### **3-2-2 L'écueil de l'illusion groupale**

Les valeurs internes sont un ciment du groupe qui amène ce paradoxe : la force du groupe qui s'unit pour le même objectif et transcende l'action, et la peur de ne plus avoir d'existence individuelle. Le comportement du groupe se présente à deux niveaux : celui de la tâche commune mais aussi celui des émotions communes. Pour Anzieu, “ *il n'y a pas de groupe sans imaginaire* ”<sup>45</sup>

Il existe entre la réalité et le groupe une relation avec l'imaginaire. A propos de l'imaginaire, Ardoino dit que c'est “ *créer en fonction de l'expérience acquise et*

---

<sup>40</sup> Cahiers Scientifique 82, *L'ergothérapie comme source d'apprentissage*, Acfas, 1995, 152p, p 122

<sup>41</sup> J-P VERNANT, *L'Univers, les Dieux, les Hommes, Vernant raconte les mythes*, Ed du Seuil, Paris, 1999, 244p, p 118

<sup>42</sup> C DUBAR, op cit 21, p 5 introduction.

<sup>43</sup> R.CHAPPUIS, *Les relations humaines, la relation à soi et aux autres*, Vigot, Paris,1994,109 p, p 30

<sup>44</sup> D ANZIEU, *Le groupe et l'inconscient*, Dunod, Paris, 1975, 345p, p 117

*actuelle, autre chose que ce qui était déjà là, préexistant, disponible ou encore ignoré* <sup>46</sup>

Les images peuvent être multiples selon Anzieu.

- Soit la foule, l'océan qui unifie, qui globalise en rendant passive les actions individuelles, c'est "*l'angoisse de l'unité perdue, du Moi brisé*" <sup>47</sup>. C'est aussi la foule paniquant et étouffant l'individu lors des mouvements de masse. C'est aussi ce sentiment d'être aliéné au groupe (alienus = étranger à soi <sup>48</sup>)
- Soit la bande, sans contrainte, ni tabou qui explose les règles sociales et revendique sa liberté absolue.

Le groupe devient un lieu de désir, de recherche d'un certain plaisir qui se décuple avec le nombre.

A travers le groupe, c'est bien l'attachement, la reconnaissance de soi et de l'autre, et enfin de la société qui est en jeu.

Nous ne sommes pas loin de l'illusion du parfait groupe qui va régler les problèmes puisqu'il y a cohésion. "*L'illusion groupale*" se présente comme le bon groupe, celui qui ne pose pas de problème, qui ne doit pas poser de problème. Cet idéal reflète un besoin de réassurance, de force, un besoin "*d'idéal du Moi avec le fantasme d'une fusion indéfiniment répété*" <sup>49</sup>

Cette illusion où les gens s'entendraient, se comprendraient, suivraient les mêmes objectifs sans remous peut être une image tentante et simple du partage facile...c'est aussi le mirage du voyageur qui épanche sa soif dans un oasis artificiel !

Là encore, nous risquons de nier le conflit et de croire au "*paradis sans bruit*" qui n'est que la face cachée du totalitarisme.

Ce piège peut amener à la pensée unique, au conformisme qui bloque la situation et empêche toute perspective de renouveau, de changement. Le particularisme n'a plus la possibilité d'expression et le groupe se solidifie autour d'une même idéologie corporatiste et exclusive.

C'est le "*narcissisme groupal*" <sup>50</sup> dont parle E Enriquez qui revient à chercher une élite

---

<sup>45</sup> Ibid p 144

<sup>46</sup> J.ARDOINO, *Les jeux de l'imaginaire et le travail de l'éducation*, T1, n°8, déc 84, p101

<sup>47</sup> D ANZIEU, *Le groupe et l'inconscient*, Dunod, Paris, 1975, 345p, p 131

<sup>48</sup> Petit Robert

<sup>49</sup> D.ANZIEU, op cit , p 173

<sup>50</sup> E ENRIQUEZ et M BOLLE DE BAL, *Voyages au cœur des sciences humaines, de la reliance*, T2, Ed

et à considérer l'autre comme l'étranger, celui qui doit se soumettre. L'équipe dans une idéalisation du plus que parfait, peut avoir comme effet pervers de piéger l'individu et de la soumettre à la cohésion, au magma monoforme. C'est une façon souple et discrète d'aliéner l'individu au groupe dans le sens de J-J Rousseau dans *le contrat social* (1766) qui écrivait à propos de l'aliénation : “ *se donnant à tous, ne se donne à personne* ”.

Pour que le groupe devienne “ équipe ”, il “ *doit constituer une structure plurielle, changeante* ”<sup>51</sup>

### **3-2-3 L'équipe :**

L'équipe est un groupe dit secondaire, dans le fait que les relations sont face à face sans intermédiaire. Ce qui fait la complexité de l'équipe, c'est les différentes fonctions, les différents rôles qui peuvent entraîner compétition, prise de pouvoir, influence pour valoriser la place de chacun des membres de l'équipe.

L'équipe comprend des caractéristiques qui sont connues depuis longtemps<sup>52</sup> comme le nombre limité de personnes pour éviter la dispersion et la confusion, une certaine forme d'adhésion à une culture commune, une unité d'esprit avec un but collectif admis par tous, une prise en compte des contraintes et des individualités.

De plus, l'équipe se trouve dans un contexte de travail, d'engagement dans l'action où l'articulation des forces mises en présence est indispensable pour accomplir sa mission. L'équipe se différencie du groupe par le fait même qu'il y a cette exigence du travail, “ *c'est la convergence des efforts et travaux personnels pour la réalisation d'une tâche commune unique qui caractérise l'action d'équipe* ”<sup>53</sup>

Nous abordons ici la notion de participation, collaboration qui gage de l'appartenance à l'équipe. Dans cette situation, il y a une prise de conscience de la responsabilité de chacun, du rôle de chacun et des objectifs communs. Dans cette approche au sein de l'équipe, nous devons considérer la personne en face comme un partenaire .

---

L'Harmattan, Paris, 1996, 340p, p 15

<sup>51</sup> F.TOSQUELLES, op cit 6, p 48

<sup>52</sup> MUCCHIELLI ROGER, 1975, *Le travail en équipe*, Ed ESF, Paris, 96p, p 7

<sup>53</sup> MUCCHIELLI ROGER, 1975, *Le travail en équipe*, Ed ESF, Paris, 96p, p 9

Etymologiquement le mot “ partenaire ” est emprunté à l’anglais “ partner , altération, par croisement avec *part* “ parti ”,[...] *parcenier* “ associé ”. Il y a donc une part à partager ( le malade ?, le pouvoir ? ou nos rôles ? nos savoir ?nos incertitudes ?...) et au delà, une association a créer, une cocréation qui prend son essor avec l’interdépendance.

### **3-2-4 L’interdépendance**

*“ La relation humaine suppose l’altérité. L’altérité est essentielle entre les partenaires du face-à-face pour exister en tant que personnes séparées et différentes. Elle est la condition de la prise de conscience de soi et celle d’autrui ”*<sup>54</sup>

Parler d’équipe nous place dans la conception d’interdépendance entre tous les partenaires de la santé, mais aussi avec la personne handicapée et son entourage.

Si nous considérons la prise de conscience de nos ressources propres comme préliminaire de la constitution de l’équipe, en développant ce que nous sommes, nous pouvons reconnaître les ressources des autres individus.

Se connaître, s’accepter, être soi-même est le premier passage vers la compréhension d’autrui selon Rogers<sup>55</sup>. Bien qu’il nous parle de la relation avec le client, nous pouvons transposer son expérience à la relation avec les autres partenaires.

Cette empathie ne veut pas dire tout accepter, ne rien remettre en question, mais bien affirmer sa position et son état du moment dans une transparence et un respect de l’interlocuteur. Il est question de notre capacité à “ *voir cet autre individu comme une personne qui est en devenir* ”<sup>56</sup> et à se voir en devenir dans notre relation interdépendante. Nous parlons bien de “ *confirmer l’autre* ”<sup>57</sup>, de reconnaître toutes ses potentialités.

Cette interdépendance fait émerger une réciprocité faite de respect mutuel et de cocreativité. En effet “ *les rapports de coopération impliquent d’apprendre à s’enrichir des diversités de l’autre, à exploiter ses différences pour faire une valeur ajoutée.* ”<sup>58</sup>

Cet échange d’informations permet l’expression de chacun, la confrontation, la prise de décision.

---

<sup>54</sup> R.CHAPPUIS, *La psychologie des relations humaines*, PUF, Que sais-je ?, Paris, 1986, 126p, p 7

<sup>55</sup> C. ROGERS, *Le développement de la personne*, Dunod, Paris,1968, 285p, p 17-25

<sup>56</sup> Ibid, p 44

<sup>57</sup> M.BUBER, philosophe existentialiste cité par C.ROGERS, p 44

<sup>58</sup> F. KOURILSKY-BELLIARD, *Du désir au plaisir de changer* , Ed Dunod, Paris, 1995, 327 p , p 275

L'expérience de l'hôpital " le pavillon de la côte " à Lausanne, présente sous le terme de colloque la réunion de l'ensemble des intervenants avec la famille et la personne handicapée. Il parle de trois phases principales: un partage des objectifs communs (globalité), une information mutuelle par intervenant (multiplicité) et une coordination pour harmoniser les nouvelles prises de décision (interdépendance des réponses).<sup>59</sup>

Lorsque l'on parle d'échange, nous pouvons toujours osciller entre le désir de coopérer ou celui d'exploiter autrui<sup>60</sup> C'est pour cela que certaines règles sont indispensables pour permettre une interaction qui soit enrichissante pour tous.

La première règle est le respect de la personne soignée et de son entourage. Le droit fondamental du patient énoncé dans la Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 sur la réforme hospitalière ainsi que la Charte du patient annexée à la circulaire ministérielle n° 95-22 du 6 mai 1995 inscrit le droit à la dignité, à l'accès à l'information, au nécessaire consentement de la personne, à la liberté individuelle, au respect de l'intimité. " *La personne hospitalisée est traitée avec égards et ne doit pas souffrir de propos et d'attitudes équivoques de la part du personnel* " <sup>61</sup> (annexe 5)

La deuxième est le respect des partenaires de l'équipe, c'est à dire une " *reconnaissance mutuelle des rôles et des responsabilités* " <sup>62</sup>.

L'enjeu devient autant la transparence dans le positionnement de chacun pour rendre clair la coopération. Il faut définir le rôle, l'identifier mais aussi les limites et les attentes des autres partenaires. La définition des attentes peut permettre de découvrir des ressources méconnues dans chaque profession .

Le respect de la communication, de la parole, de la décision commune, mais aussi l'écoute sont des préalables nécessaires et difficile à atteindre au quotidien rendant cette interdépendance fragile et jamais totalement acquise. " *En effet, l'articulation des normes de rôle ne constitue qu'un schéma global de communication et la " tenue de rôle " de chaque individu sera influencée par la conduite au moins partiellement imprévue de ses partenaires.* " <sup>63</sup>

---

<sup>59</sup> Hôpital " le pavillon de la côte ", *Déjà une gériatrie nouvelle, inventer l'hôpital de réadaptation*, Ed Réalités sociales, Lausanne, 1988, 361p

<sup>60</sup> G-N FISCHER, op cit , p 48

<sup>61</sup> Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la ville, circulaire DGS-DH n°95-22 du 6 mai 1995 : du respect de la personne et de son intimité.

<sup>62</sup> PANET-RAYMOND J (1990), cités par C HOLLENSTEIN, *Le féminin pluriel*, mémoire pour l'obtention du DURF, Strasbourg, 1999, p 192

<sup>63</sup> J MAISONNEUVE, *Introduction à la psychosociologie*, PUF, 1973, 249p, p 78

Nous voyons la prise de risque dans l'altérité et donc dans l'altération au sens étymologique de devenir autre. Mais nous voyons aussi ce pari, ce "risque de prise" de conscience de l'autre. "*L'irruption de l'autre, fracturant la clôture du même, rencontre la complicité de ce mouvement d'effacement par quoi le soi se rend disponible à l'autre que soi*"<sup>64</sup>

Cette alliance prend sa source dans l'ajustement mutuel<sup>65</sup> des partenaires pour créer des liens.

Le conflit de rôle marque, entre autre, une insécurité par rapport à son identité professionnelle. Soit nous gardons une rigidité face au problème et nous le perpétons par notre attitude, soit nous misons sur l'équipe et sur l'interdépendance. Loin de diluer les identités, nous pouvons les développer pour amener le respect mutuel et la création d'un "commun". Ce comportement ne nous place plus dans une dialectique dominant-dominé, mais dans un partenariat qui implique la responsabilité de chaque professionnel et l'esprit de solidarité.

C'est peut-être notre capacité à nous relier aux autres qui nous amènera progressivement à cette solidarité ?

---

<sup>64</sup> P RICOEUR, *Soi-même comme un autre*, Ed Seuil, 1990, 425p, p 198

<sup>65</sup> C CHARRIERE, *L'équipe interdisciplinaire au service du projet individualisé*, article UIPARM, 7p, p1

### **3-3 Concept de reliance, vers une forme de solidarité :**

Lorsque nous abordons le thème du lien, nous en arrivons au concept de reliance, une étape dans notre voyage. Par la réflexion sur le groupe, nous avons fait ressortir certains mots déposés comme les pierres blanches du petit Poucet, histoire de ne pas se perdre ! Que peut nous apporter en plus le mot de reliance par rapport à groupe, concertation, ensemble, appartenance, alliance ?

#### **3-3-1 Concept de reliance :**

Marcel Bolle de Bal a développé et fait la promotion de ce concept de reliance. Il en trouve l'origine chez Roger Clause, un sociologue français qui crée ce mot à partir de la notion d'appartenance de J Stoetzel.

Il définit la reliance comme “ *la création de liens entre une personne et soit un système dont elle fait partie, soit l'un de ses sous-systèmes* ”<sup>66</sup>.

Ce terme possède une double signification d’ “ *acte de relier* ” et de “ *résultat de l'acte* ”, c'est à dire de “ *reliance vécue* ”<sup>67</sup>.

La reliance se trouve dans le champ de la psychosociologie dans le sens où Marcel Bolle de Bal fait référence à la personne dans un contexte social. La reliance n'a de signification que dans un système social appelé “ médiateur ”. Ces systèmes peuvent être des signes, des représentations collectives ou des instances sociales “ *déterminant et modelant les rapports de reliance* ”<sup>68</sup>

Il existe plusieurs dimensions dans la reliance dont trois principales :

- La reliance psychologique, c'est à dire à soi
- La reliance sociale, l'individu par rapport aux autres individus
- La reliance cosmique, par rapport à l'univers

La reliance passe par la conscience de soi, de l'autre, “ *par le respect des différences, la*

---

<sup>66</sup> BOLLE DE BAL MARCEL, 1996, *Voyages au cœur des sciences humaines, de la reliance*, Tome I : Reliance et théorie, Paris, L'Harmattan, 332p, p 23

<sup>67</sup> BOLLE DE BAL MARCEL, 1996, *Voyages au cœur des sciences humaines, de la reliance*, Tome I : Reliance et théorie, Paris, L'Harmattan, 332p, p 68

<sup>68</sup> BOLLE DE BAL MARCEL, 1996, *Voyages au cœur des sciences humaines, de la reliance*, Tome I :

*rencontre des identités affirmées et des valeurs communes* ”.<sup>69</sup>

Par relier, nous pouvons entendre regrouper, rencontrer, c’est à dire entrer en communion, rompre l’isolement et se sentir soi-même dans le groupe d’appartenance. Ce fil permet l’échange sans pour autant “ ligoter ” ou aliéner, tout en restant fidèle à soi.

Le concept de reliance prend en compte la dimension de conscience de soi, de complémentarité sociale et de conscience du monde.

La reliance renvoie à une notion de “ *partage des solitudes acceptées et des différences respectées* ”<sup>70</sup>. Cette solitude nous ramène à l’individu, son identité qui est le pendant de la reliance. L’individu se reconnaît comme être unique, séparé qui cherche à se relier aux autres. La reliance est liée à ce besoin d’être avec les autres, “ *cette chose archaïque qu’est le besoin de reliance* ”<sup>71</sup> dont parle Michel Maffesoli.

Le besoin de reliance a à voir avec le besoin de reconnaissance, d’estime de soi.

Ce besoin vient d’un manque qui peut être l’angoisse de séparation, de rupture, d’être face à sa solitude sans pouvoir la supporter.

La personne peut chercher la cohésion par peur de se délier de la société et de ne plus exister vraiment. Son but est alors plus une réaffirmation de soi par le groupe que la mission commune de celui-ci.

Cependant si la reliance se limite à un besoin d’assouvir sa peur d’être seul et de ne plus exister, nous risquons de tomber dans une compensation excessive du manque, de revenir à une reliance trop forte qui dénature le sens du commun en le transformant en uniformité et donc monoréférence du groupe.(confère chapitre sur l’illusion groupale).

“ *La reliance totale se détruit elle-même* ”<sup>72</sup>.

---

Reliance et théorie, Paris, L’Harmattan, 332p, p 70

<sup>69</sup> BOLLE DE BAL MARCEL, Colloque Européen : *Alternance et complexité en formation : Education, santé, travail social* du 16-17-18 mars 2000, Bordeaux

<sup>70</sup> BOLLE DE BAL MARCEL, 1996, *Voyages au cœur des sciences humaines, de la reliance*, Tome I : Reliance et théorie, Paris, L’Harmattan, 332p, p 58

<sup>71</sup> MAFFESOLI, 1993, *La contemplation du monde, figures du style communautaire*, Paris, Grasset, p 151

<sup>72</sup> BOLLE DE BAL MARCEL, 1996, *Voyages au cœur des sciences humaines, de la reliance*, Tome II : Reliance et pratique, Paris, L’Harmattan, 332p, p 71



### 3-3-2 La nécessaire déliance :

Il ne peut y avoir reliance sans déliance. En effet ce concept n'est pas linéaire est trouve sa richesse dans la bipolarité, le paradoxe du couple déliance/reliance.

C'est parce qu'il y a déliance qu'il peut y avoir reliance.

Cette rupture possible et nécessaire place la personne en tant qu'individu, qu'individualité, et permet d'envisager l'idée de relier sans risquer de se perdre soi-même.

Dans son livre <sup>73</sup>: *La tentation communautaire, les paradoxes de la reliance et de la contre-culture*, Marcel Bolle de Bal dépeint notre société comme un objet qui suscite chaque jour la déliance, qui invite les structures comme le groupe, la nation, l'entreprise ou la religion à se délier. L'esprit communautaire est malade de l'excès d'individualisme, d'égoïsme à outrance. Mais la déliance n'est pas le mauvais côté de la reliance, la face cachée et lugubre. Comme le précisait Bolle de Bal lors du congrès sur l'alternance à Bordeaux, il peut y avoir des reliesances néfastes car poussées à l'extrême comme les sectes ou le fanatisme totalitaire, ou des déliesances souhaitables comme la position des prêtres-résistants qui se sont déliés de la neutralité de l'église durant la guerre 39-45.

La reliance-déliance forme, au cours de l'analyse de Bolle de Bal, un couple porteur au même titre que d'autres paradoxes comme le désordre-ordre, la proximité-distance, la séparation-appartenance ...

Sibony décrit bien ce paradoxe de l'entre-deux, " La séparation comme condition de l'appartenance, l'appartenance comme forme de la séparation " <sup>74</sup>

C'est bien une condition d'équilibre toujours en dynamique, qui oscille autour d'un axe, d'un trait d'union.

Ce trait d'union relie tout en marquant la séparation et donne une nouvelle perspective, une nouvelle approche de la solidarité. Ce " *petit trait horizontal, hors de l'alphabet : il marque la liaison ou la séparation dans certains composés, il met en question ce qui rapproche, permet de passer outre...dès qu'on met un trait d'union, on rentre dans la*

---

<sup>73</sup> BOLLE DE BAL MARCEL, 1985, *La tentation communautaire, les paradoxes de la reliance et de la contre-culture*, Ed de l'université de Bruxelles, Belgique,

<sup>74</sup> SIBONY DANIEL, *Entre-deux, l'origine en partage*, Seuil, 1991, 398p, p 82

*complexité* ”<sup>75</sup>

Il y a une confrontation avec l'autre, avec l'environnement, une responsabilité mutuelle qui intègre non seulement l'autre, mais la communauté dans son ensemble. Ce lien solidaire fait parti d'un ensemble plus vaste où chacun est parti prenante. Utiliser le registre de la complexité, c'est faire le pari que des éléments nous échappent, qu'il existe de l'imprévisible, “ un ciment mystérieux, non-logique, non-rationnel, qui n'est pas fait uniquement de ces moments exceptionnels mais s'inscrit au quotidien ”<sup>76</sup>.

Cette “ zone d'incertitude ” que l'on cherche généralement à contrôler pour “ *disposer de plus de pouvoir* ”<sup>77</sup>, nous pouvons la concevoir dans un mouvement d'ordre, de désordre et d'organisation.

### **3-3-3 Solitaire et solidaire :**

#### *a) Solitaire :*

L'étymologie , vers 1155, de solitaire vient du latin *solitarius* (de solus : “ seul ”). Une autre origine existe : *soltif, soutif* qui veut dire : adroit, ingénieux . Solitaire se rapproche ainsi du mot : subtil avec un rapport avec une action plus ou moins secrète.

La solitude peut être perçue comme angoissante, vécue comme une exclusion. C'est le reflet du néant, du rejet des autres. “ *L'angoisse de séparation [...] est vécue comme une expérience de refus, refus actif des autres ...* ”<sup>78</sup>

Si nous approfondissons cette expérience de la solitude, nous faisons “ *la découverte de la solitude comme condition permanente de l'Homme* ”.<sup>79</sup> Nous pouvons dépasser l'angoisse d'être seul pour investir son rapport à soi-même. Par ce silence des autres, nous pouvons nous centrer sur nous et sentir la présence de l'Autre. L'acte solitaire peut faire référence à une démarche intérieure, une mise à distance vis à vis du monde en turbulence. Nous avons en tête l'image de l'ermite qui, par sa retraite, peut s'ouvrir à son monde intérieur et à la complexité du monde extérieur. Cette solitude peut-être un espace privilégié pour une pratique de “ *l'attention/vigilance* ” qui permet de

---

<sup>75</sup> LYOTARD Jean-François, in *Voyages au cœur des sciences humaines, de la reliance*, Tome II : Reliance et pratique, Paris, L'Harmattan, 332p, p 276

<sup>76</sup> MAFFESOLI, 1988, *Le temps des tribus*, Ed ? , p102

<sup>77</sup> CROZIER MICHEL et FRIEDBERG ERHARD, 1977, *L'acteur et le système*, Ed du Seuil, p 79

<sup>78</sup> PAGES Max, *La vie affective des groupes, esquisse d'une théorie de la relation humaine*, Paris, DUNOD, 1968, 507p, p320

<sup>79</sup> Ibid p 320

“ *discerner ce qui surgit et comment cela surgit* ”<sup>80</sup>.

Nous utilisons cet espace de solitude pour percevoir ce que René Barbier appelle l’*“ écoute sensible ”*<sup>81</sup>. Nous nous plaçons dans le domaine du sensible, de l’émotion, de l’imaginaire pour être plus complet dans notre perception de l’Autre. Par cette attitude, nous développons notre capacité à sentir *“ l’univers affectif, imaginaire et cognitif de l’autre ”*<sup>82</sup>

b) *Solidaire* :

Le terme solidarité signifie *“ commun à plusieurs de manière que chacun réponde du tout ”*<sup>83</sup> et vient du latin *solidum* (solidairement) qui a une connotation juridique. Il semble bien y avoir deux niveaux dans l’acte de solidarité. Le premier fait référence à la justice, la loi qui renvoie à la raison. C’est le niveau “ effectif ” de la solidarité. Le deuxième est vécu comme une relation, un lien “ affectif ” entre les hommes.

*“ Cette double exigence donne corps à la notion de solidarité conçue comme acte de raison et acte d’amour ”*<sup>84</sup>

La solidarité au niveau organisationnel et politique se fonde sur l’interdépendance qui existe socialement et sur les obligations qui en découlent. Le lien de la solidarité avec le droit et l’Etat a été étudié par Emile Durkheim<sup>85</sup>. Il parle de la solidarité sociale en mettant l’individu au premier rang comme libre et responsable vis à vis de la société. La solidarité est l’une des expressions de la démocratie au même titre que le conflit.

La solidarité peut être conçue comme acte d’amour. Cet amour n’est pas l’Amour-Eros qui évoque la relation fusionnelle, ni l’Amour-Philia qui privilégie la distanciation, mais bien l’Amour-Agapé qui permet *“ d’engendrer en son sein un espace commun tout en reconnaissant chacun ”*<sup>86</sup>

C’est aussi *“ l’amour authentique ”*<sup>87</sup> de Max Pagés qui s’exprime à partir du moment où nous acceptons l’angoisse de séparation. La solidarité devient alors consciente.

---

<sup>80</sup> VARELA Francisco, THOMPSON Evan, ROSCH Eleanor, L’inscription corporelle de l’esprit, sciences cognitives et expérience humaine, Paris, Ed Seuil, 1993, 377p, p 101

<sup>81</sup> BARBIER René, L’approche transversale, l’écoute sensible en sciences humaines, Paris, Ed Economica, 1997, 351p, pp 342-343

<sup>82</sup> Ibid p 343

<sup>83</sup> Dictionnaire étymologique : référence à voir ? ? ? ?

<sup>84</sup> CHAPPUIS Raymond, La solidarité, l’éthique des relations humaines, Paris, PUF, Que sais-je ?, 1999, 127p, p 7

<sup>85</sup> DURKHEIM Emile, De la division du travail social, Paris, PUF, coll “ Quadrige ”, 1996

<sup>86</sup> LERBET-SERENI Frédérique, Les régulations de la relation pédagogique, Clamecy, L’Harmattan, 1997, 216p, p 26

<sup>87</sup> PAGES Max, La vie affective des groupes, esquisse d’une théorie de la relation humaine, Paris, Dunod, 1968, 507p, p300

Si nous reconnaissons par l'interaction avec les autres, la possibilité de la “ *formation de l'image de soi* ”<sup>88</sup>. La solidarité permet la construction de soi, “ *renforce le sentiment d'estime de soi et la capacité d'ouverture sur le monde* ”<sup>89</sup>.

Il existe une notion de confiance envers l'Autre et envers soi-même. Elle peut être considérée comme un engagement vers l'Humain. Cette attitude semble être une condition nécessaire à une solidarité tournée vers l'Éthique<sup>90</sup>.

---

<sup>88</sup> MOSCOVICI Serge, Psychologie sociale des relations à autrui, Paris, Nathan, 1994, 207p, p 51

<sup>89</sup> CHAPPUIS Raymond, , La solidarité, l'éthique des relations humaines, Paris, PUF, Que sais-je ?, 1999, 127p, p 12

<sup>90</sup> “ *L'éthique désigne une philosophie globale des conduites humaines. Elle est relative à la personne humaine vivant en société. Elle recherche ce qui est bon pour les individus et le groupe social. Elle met en action le “ JE ” avec ses désirs, dans la relation aux autres. L'éthique fait appel à des repères qui sont d'ordre juridique, déontologique, moral(philosophiques et religieux), ainsi qu'à des chartes et des recommandations* ” Définition de l'éthique, HERNANDEZ Hélène, Ethique en rééducation, Mémoire, IFCS Croix-Rouge Française, Paris, 1998

### **3-4 Conclusion - Solitaire et solidaire :**

Cette présentation succincte de ces deux termes que nous voulions opposer au départ, semble répondre au principe “ *dialogique* ”<sup>91</sup> qui unit deux notions antagonistes et complémentaires en une même réalité.

**Comme nous avons pu voir qu’il ne peut y avoir reliance sans déliance, nous trouvons du solidaire dans le solitaire, et du solitaire dans du solidaire.**

Ne voir que la solidarité nous pousse vers l’échange, le partage sans prise de conscience de la réalité du contexte et de l’humain. Nous restons dans l’illusion que le simple désir d’entraide suffit à tout régler. Cela peut s’apparenter à la “ *solidarité de fait* ”<sup>92</sup> de Max Pagés, c’est à dire une solidarité inconsciente.

La solitude exclusive nous ramène à l’isolement, à l’exclusion, à la perte de toute humanité.

Il s’agit d’intégrer ces deux notions dans notre travail pour mieux éclairer notre comportement, notre conduite, et approfondir la connaissance de soi et de l’Autre, de ce qui nous entoure.

Le quotidien nous montre constamment la complexité du monde et l’écueil d’une société uniquement de consommation.(c’est à dire tournée vers soi). Nous avons le choix de continuer dans ce sens ou de relier l’individuel au collectif, de permettre l’émergence de l’autonomie, de la responsabilité assumée. “ *Cela nous indique qu’un mode de penser capable de relier et solidariser des connaissances disjointes, est capable de se prolonger en une éthique de la reliance et de la solidarité entre humains. Une pensée capable de ne pas être enfermée dans le local et le particulier mais de concevoir les ensembles serait apte à favoriser le sens de la responsabilité et celui de la citoyenneté* ”.<sup>93</sup>

---

<sup>91</sup> MORIN Edgard, La tête bien faite, Repenser la réforme, réformer la pensée, Mayenne, Ed du Seuil, 1999, 153p, p 109

<sup>92</sup> PAGES Max, La vie affective des groupes, esquisse d’une théorie de la relation humaine, Paris, Dunod, 1968, 507p, p301

<sup>93</sup> MORIN Edgard, La tête bien faite, Repenser la réforme, réformer la pensée, Mayenne, Ed du Seuil,

Au niveau professionnel, le défi est du même ordre. Il est possible d'imaginer une autre organisation, une autre forme de professionnalisation, un niveau de reliance et de solidarité entre les professions médicales et paramédicales.

Par ce cheminement à travers la pensée, notre hypothèse se modifie, se modèle au rythme du voyage. De notre conviction du départ qui portait le solidaire comme concept " rédempteur " et qui excluait celui de solitaire, nous trouvons une union indissociable entre ces deux notions.

Par le principe dialogique, nous entrons progressivement dans la complexité qui nous permet de concevoir que le solitaire et le solidaire ne s'excluent pas mais se combinent entre eux. Il est peut-être nécessaire de chercher du solidaire dans le solitaire et du solitaire dans le solidaire ?

Le chapitre suivant devrait nous aider à faire le lien entre solidaire et solitaire et la pluri, inter, transdisciplinarité.

Cette forme de collaboration semble nous rapprocher du concept de transdisciplinarité, " *Ce mot difficilement prononçable [...] ce terme [...] inventé pour traduire le besoin d'une transgression jubilatoire des frontières entre les disciplines[...]* " <sup>94</sup>

---

1999, 153p, p 111

<sup>94</sup> BASARAB Nicolescu, La transdisciplinarité, Manifeste, Monaco, Ed du Rocher, 1996, 231p, p 7

## IV

---

### REPERAGE ENTRE PLURI ,INTER, TRANSDISCIPLINAIRE

---

Dans cette deuxième partie de notre réflexion, nous chercherons à définir les concepts de pluri, inter et transdisciplinarité par une lecture du manifeste de Basarab Nicolescu. Nous pourrons ainsi concevoir une application de ces concepts dans le milieu professionnel.

#### **4-1 La transdisciplinarité : le manifeste de Basarab Nicolescu :**

Basarab Nicolescu, physicien au CNRS, a écrit le premier manifeste sur la transdisciplinarité. Il apporte son regard de physicien quantique à une entreprise collective transdisciplinaire qui s'est concrétisée par la fondation du CIRET à Paris (Centre International de Recherches et Etudes Transdisciplinaires) et l'élaboration de la "Charte de la transdisciplinarité" (annexe n° ?). Il est difficile de présenter en quelques lignes toute la richesse de ce manifeste, d'autant plus que notre connaissance sur le sujet ne permet pas de saisir toutes les subtilités et la profondeur de cette réflexion. Nous tenterons de donner les points de repères fondamentaux que nous avons pu saisir et qui nous aiderons à cheminer plus avant.

#### **4-1-1 Un retour à l'histoire :**

Le passage par l'histoire de la physique nous permet de mieux comprendre les origines du concept de transdisciplinarité. L'époque scientifique basée sur les concepts classiques de la physique (continuité, causalité locale, déterminisme, objectivité) a donné à l'évolution de l'humanité une dimension d'efficacité, de certitude, une réalité unique pour bâtir "une société idéale"<sup>95</sup>. Cette conception binaire passe le subjectif au rang de

---

<sup>95</sup> BASARAB Nicolescu, La transdisciplinarité, Manifeste, Monaco, Ed du Rocher, 1996, 231p, p 23

*“ fantasme, illusion, régression, produit de l’imagination ”*<sup>96</sup>.

Dans notre quotidien, nous voyons les conséquences d’une rationalisation poussée à l’extrême où l’Homme n’est plus qu’un objet de consommation. Aujourd’hui *“ la somme des égoïsmes produit le tissu social comme auraient pu le faire la solidarité et la bienveillance ”*<sup>97</sup> ; Paradoxalement, les moyens mis en œuvre pour aider le développement de l’humanité nous éloignent de plus en plus de l’humain. Par exemple *“ l’invasion médicale ”* et *“ les transports chronophages ”*<sup>98</sup> vont à contre sens des projets initiaux d’aider les gens à garder la santé et à communiquer. Nous sommes dans une logique du *“ toujours plus de la même chose ”*<sup>99</sup>. La solution a priori bonne devient le problème. Cette production marchande va à l’encontre de l’autonomie individuelle et de groupe. En cherchant à réaliser à tout prix des mythes comme la suppression de la mort ou la communication universelle, l’Homme perd le sens des choses, la notion des limites, la place même de l’Homme. Sans renier les formidables progrès qu’a apporté l’aire scientifique, Nicolescu Basarad s’appuie sur la physique quantique pour énoncer l’existence d’une réalité multiple. Il n’y a pas la réalité mais des niveaux de réalité qui nous amènent à *“ forcer l’imagination à construire un domaine plus vaste dans lequel les deux termes apparemment opposés peuvent coexister simultanément ”*<sup>100</sup>

Le tiers inclus, que nous pouvons représenter par le “ et ”, rassemble les opposés, les contradictions : le bien et le mal, le vrai et le faux, le solitaire et la solidaire. Le système ne peut fonctionner dans une dualité d’opposition : ou bien, ou bien.

*“ La logique du tiers-inclus est une logique de la complexité ”*<sup>101</sup>.

---

<sup>96</sup> Ibid p 23

<sup>97</sup> Ibid p 40

<sup>98</sup> DUPUY Jean-Pierre, Ordres et désordres, enquête sur un nouveau paradigme, Tours, Ed du Seuil, 1982, 277p, p 40

<sup>99</sup> WATZLAWICK Paul ; WEAKLAND John ; FISCH Richard, Changements : paradoxes et psychothérapie, 2<sup>ème</sup> éd, Paris, Ed du Seuil, 1981, 189p, pp 49-56

<sup>100</sup> VARELA Francisco, A calculus for self-reference, int J General Systems, 1975, vol 2 cité par DUPUY Jean-Pierre in Ordres et désordres p 99

<sup>101</sup> BASARAB Nicolescu, La transdisciplinarité. Manifeste, Monaco, Ed du Rocher, 1996, 231p, p 48



#### **4-1-2 Les définitions de pluri, inter et transdisciplinaire selon Basarab Nicolescu :**

- “ *La pluridisciplinarité concerne l’étude d’un objet d’une seule et même discipline par plusieurs disciplines* ”<sup>102</sup>

L’objet est alors enrichi par le croisement des différentes disciplines mais “ [...] *la finalité reste dans le cadre de la recherche disciplinaire* ”<sup>103</sup>

- “ *L’interdisciplinarité [...] concerne le transfert des méthodes d’une discipline à l’autre .* ”<sup>104</sup>

Cela amène à trois degrés d’interdisciplinarité : un degré d’application, un épistémologique, un d’engendrement de nouvelles disciplines. “ *La finalité reste dans le domaine disciplinaire* ”<sup>105</sup>

- “ *La transdisciplinarité concerne [...] 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 connaissance* ”.<sup>106</sup> La transdisciplinarité reconnaît le champ de pertinence de chaque discipline mais reconnaît aussi son côté réductionniste. La transdisciplinarité se nourrit de l’approfondissement salutaire de la discipline qui elle-même est éclairées par la connaissance transdisciplinaire.

Les trois piliers de la transdisciplinarité sont :

- les niveaux de réalité et de perception sont différents.
- La logique du tiers inclus
- La complexité

Sa finalité est “ *la compréhension du monde présent* ”<sup>107</sup>

Par “ *la transgression de la dualité opposant les couples binaires* ”<sup>108</sup>, la transdisciplinarité découvre une “ *unité ouverte* ”<sup>109</sup> qui englobe l’Univers et l’être humain. Il existe une co-évolution entre l’individuel et le social, entre la connaissance de l’être humain et de l’Univers. “ [...] *notre responsabilité est le tiers inclus qui unit*

---

<sup>102</sup> BASARAB Nicolescu, La transdisciplinarité, Manifeste, Monaco, Ed du Rocher, 1996, 231p, p 64

<sup>103</sup> Ibid p 65

<sup>104</sup> Ibid p 65

<sup>105</sup> Ibid p 66

<sup>106</sup> Ibid p 66

<sup>107</sup> Ibid p 70

<sup>108</sup> Ibid p 83

<sup>109</sup> Ibid p 84

*Science et Conscience* ”<sup>110</sup>. La vision transdisciplinaire présuppose la “ pluralité complexe ” et non l’homogénéité. La réalité devient multidimensionnelle et multiréférentielle. Les dérives de la transdisciplinarité viennent du non-respect du rôle unique et singulier de chaque niveau de réalité et de chaque niveau de perception. Le risque est la confusion simpliste qui appauvrit le concept et le manipule.

“ *La transdisciplinarité vécue* ”<sup>111</sup>(Jacques ROBIN) peut nous amener à un changement de mentalité et de comportement social. Ce changement est du ressort de notre responsabilité individuelle, c’est la différence entre l’individu(consommateur) et la personne(sujet et auteur). Les structures sociales doivent créer les conditions pour permettre à la transdisciplinarité d’éclorre, c’est à dire les possibilités de “ [...] *chercher ce qu’il y a entre, à travers et au-delà des êtres humains.* ”<sup>112</sup>. Ce qui est au centre du débat relève de la dignité de l’être humain, “ [...] *sa noblesse infinie.* ”<sup>113</sup>.

#### **4-2 Application au milieu professionnel :**

Après ce voyage à travers les mots de Basarab Nicolescu, il nous est plus facile de donner du sens à la multi, l’inter et la transdisciplinarité.

Depuis les ordonnances et la réforme d’avril 1996, les établissements de santé, public et privé, organisent les soins dispensés aux usagers autour de la nécessité de qualité et de sécurité vis à vis de la personne soignée et respectant les impératifs économiques de la santé.

Une volonté de coordination des prestations médico-techniques est inscrite dans le manuel d’accréditation des établissements de santé paru en février 1999. Il met en œuvre des référentiels “ conçus pour apprécier l’organisation, les procédures et les résultats attendus en terme de gain de santé et de satisfaction du patient ” et “ s’intéresse en premier lieu au parcours du patient et à la coordination des soins au sein de l’établissement et du réseau de soins ”.

Les références OST sur la prise en charge du patient précise bien dans la référence n°6 que “ l’ensemble des équipes concernées est coordonné pour assurer la prise en charge du patient ” et la référence n°9 dit que “ les relations fonctionnelles entre les secteurs

---

<sup>110</sup> Ibid p 110

<sup>111</sup> cité par BASARAB Nicolescu, La transdisciplinarité. Manifeste. Monaco, Ed du Rocher, 1996, p 206

<sup>112</sup> BASARAB Nicolescu, La transdisciplinarité. Manifeste. Monaco, Ed du Rocher, 1996, 231p, p 209

<sup>113</sup> Ibid p 210

d'activités médicaux, chirurgicaux, et médico-techniques sont organisées pour assurer une coordination efficace dans la prise en charge multidisciplinaire du patient ”.

Cependant dans la réalité du quotidien, le système institutionnel, par le clivage des différents services peut être un handicap profond et supplémentaire aussi bien pour la personne malade que pour son entourage naturel. L'absence d'échange, de dialogue et de projet commun a souvent été soulignée par les sociologues comme Michel Crozier qui dénonce l'opacité et le cloisonnement des établissements de santé. Cette absence a des répercussions néfastes sur la prise en charge de la personne soignée.

Le groupe multidisciplinaire des institutions universitaires de gériatrie de Genève sous la plume du Docteur J. Vuilleumier, donne une définition consensuelle sur les différents termes de :

*Pluridisciplinarité comme étant une manière de collaborer qui assure le respect des personnes, l'identité et le développement des disciplines impliquées dans une tâche commune accomplie dans une juxtaposition.*

*Interdisciplinarité comme étant une manière de collaborer qui assure le respect des personnes[...] dans une tâche commune accomplie en concertation et coordination vers une meilleure qualité de prise en soins, le respect et le mieux être du patient.*

*La transdisciplinarité ne sera effective que lorsque l'interdisciplinarité se pratiquera par tous et à tous les niveaux de collaboration. .<sup>114</sup>*

Nous souhaitons dès le départ utiliser le mot “ professionnel ” et non discipline qui correspond mieux aux paramédicaux. Si nous jouons sur les mots, à l'instar de F Tosquelles nous pouvons relever l'ambiguïté de la discipline qui a une connotation d'activité punitive, rigide qui “ solidifie idéologiquement nos personnages et nos groupes ”<sup>115</sup>

Dans la discipline nous trouvons disciple (lat *discipulus*), “ la personne qui reçoit un enseignement d'un maître ”, voir l' “ admirateur qui suit l'exemple de ”<sup>116</sup>. Ce rapport est éloigné du contexte de soin et, en tous les cas, “ nous ne sommes pas sûrs que nous y

---

<sup>114</sup> Médecine et Hygiène, Genève 49<sup>ème</sup> année, n° 1909 du 20 novembre 1991

<sup>115</sup> F.TOSQUELLES, *De la personne au groupe*, Eres, Paris, 1995, 258p, p 51

<sup>116</sup> Larousse Encyclopédie en couleurs, Larousse édition, Paris, 1993, p 2824

trouvions là notre chemin »<sup>117</sup>

#### **4-2-1: La pluriprofessionnalité :**

Nous soulignons plus l'aspect identitaire et l'image corporatiste de la profession. Les disciplines sont vécues comme parallèles. La personne soignée peut vivre cette succession d'actes comme un cloisonnement et une dichotomie de son propre corps. L'accent est mis sur la spécificité mais le manque de lien empêche l'articulation de l'action dans une continuité structurante et rassurante pour la personne hospitalisée.

Ce type de travail ne réclame pas une concertation poussée autour du sujet même. La juxtaposition des actes montre des professions qui se suffisent à elles-mêmes dans un sentiment parfois de toute puissance et dans un désir de réparation ou une dette à rembourser coût que coût.

Edgar Morin parle des frontières disciplinaires avec des concepts et un langage propre qui cloisonnent et isolent par rapport aux autres. « L'esprit hyperdisciplinaire va devenir un esprit de propriétaire qui interdit toute incursion étrangère dans sa parcelle de savoir. »<sup>118</sup>

C'est par ce phénomène fragmentaire que la personne malade peut se perdre et perdre toute possibilité d'agir lui-même. Les intervenants risquent alors de « faire du soin » plutôt que « prendre soin ». Le piège est de ne plus se poser la question du sens du soin, quelle est ma place par rapport à la personne malade, à son environnement, aux autres personnes de l'équipe ? C'est bien cet égoïsme qui est mis en valeur dans la pluriprofessionnalité.

La lutte des techniques, du pouvoir, du monopole, plus que servir, asservit le patient qui s'éloigne ainsi de nos préoccupations. La confrontation entre les professionnels sert surtout à présenter sa spécificité, sa méthodologie, ses résultats auprès du bénéficiaire des soins. La rencontre a plus pour but de bien délimiter les frontières de chacun. Cette démarche permet de développer ses propres aptitudes professionnelles. Le professionnel cherche avant tout à développer son attachement à un groupe d'appartenance pour

---

<sup>117</sup> H HERNANDEZ, *De la pluridisciplinarité à l'interprofessionnalité*, X<sup>ème</sup> Journée Ergothérapie AP-HP du 21 octobre 1999.

<sup>118</sup> MORIN Edgard, *La tête bien faite, repenser la réforme, réformer la pensée*, Seuil, Paris, 1999, 153p, p129

construire “ *une identité professionnelle unique* ”<sup>119</sup>

La mise en place des équipes pluriprofessionnelles permet d’augmenter la connaissance de chaque besoin de l’individu malade, de faire une expertise toujours plus détaillée. Cependant “ *la frontière disciplinaire, son langage et ses concepts propres vont isoler la discipline par rapport aux autres et par rapport aux problèmes qui chevauchent les disciplines* ”<sup>120</sup> Il manque un lien qui donne une cohérence au système. L’isolement des professionnels peut progressivement être une limite à l’évolution des connaissances, la seule référence étant celle des pairs. Si nous restons dans cette perspective d’hétéronomie, nous nous enfermons dans une pseudo-indépendance professionnelle. Par cette pensée unique, nous risquons de mettre la personne en demande de soins sous notre dépendance (celui qui sait).

Dans ce cas, “ le patient est bien au centre de notre prise en charge ” :

◇ Le patient : est la personne “ qui supporte avec résignation les maux, les ennuis[…], qui subit une opération chirurgicale ou un traitement ” voir même “ une personne qui supporte une correction corporelle ”<sup>121</sup> Dans le contexte de la rééducation ou de la réadaptation, la correction corporelle revêt un rapport à la douleur étonnant !

◇ Au centre de nos préoccupations, comme cet accidenté de la route qui, allongé sur le bitume, voit son oxygène assiégé par toutes ces personnes de bonnes intentions qui s’activent autour, conseillent, participent, observent, tous autour de lui. Au centre, il est visé de toute part, espérons que sa torpeur ne le paralyse pas plus !

◇ Notre prise en charge fera le reste. Nous chargeons le patient qui alors entre dans une passivité qui nous donne une certaine tranquillité. “ je te le passe quand le monsieur ? regarde sa fiche derrière le fauteuil, y’a les horaires ! ”, “ au suivant ”. Il ne faut qu’un pas pour “ être le suivant de celui qu’on suivait, au suivant au suivant ”<sup>122</sup> .

#### **4-2-2 : l’interprofessionnalité :**

L’interprofessionnalité atteint un degré supplémentaire de mise en commun avec un plan d’intervention basé sur la concertation et la recherche d’efficacité vers un objectif

---

<sup>119</sup> MAISONNEUVE J (1995), *La dynamique des groupes*, PUF, p 126

<sup>120</sup> MORIN Edgard, op.cit , p128

<sup>121</sup> Larousse Encyclopédie en couleurs, Larousse édition, Paris, 1993, p7014

<sup>122</sup> J BREL, *Tout Brel*, Robert Laffont, Paris, 1982, 479p, p321, chanson : *Au suivant*

commun. Nous sommes au delà de l'information sur l'activité du collègue avec une véritable méthodologie commune qui implique chacun dans le projet de soin.

C'est une nouvelle forme de relation, interaction qui crée le mouvement, la dynamique qui est le propre du soin. Nous parlons d'échange de points de vue, confrontation et émergence d'une réflexion et d'une décision commune. *“ l'interdisciplinarité maintient, dans l'action, l'efficacité du mécanisme d'ordonnance et de décision. ”*<sup>123</sup>

La démarche interprofessionnelle permet de rassembler ceux qui auparavant étaient dispersés. Dans le quotidien, cela nécessite des postulats de respect de la parole de l'autre, de l'écoute, les professionnels *“ doivent encore se montrer suffisamment polyglottes pour pouvoir effectivement comprendre et parler, un peu, eux-mêmes, les langages disciplinaires de leurs autres coéquipiers. Sinon, on en resterait à l'état du manteau d'Arlequin ”*<sup>124</sup>

Nous sommes dans un champ où la reconnaissance de la compétence et du rôle de chacun est clairement définie. Nous parlons d'un regard multiréférentiel. Le but n'est pas l'uniformité mais bien l'échange, d'un langage différent mais pas dans l'opposition systématique et non justifiée. Une coordination et une collaboration sont alors indispensables.

*“ C'est le moyen pour que la prise en compte du sujet en souffrance puisse exister... ”*<sup>125</sup>

C Charrière nous relate son expérience avec le professeur G Tardieu auprès des enfants cérébraux lésés. Elle parle d'une équipe *“ apprenante ”* qui travaille à comprendre, à agir ensemble, à innover et à accepter ses limites<sup>126</sup>.

L'équipe s'engage dans une nouvelle forme de regard, des œillères de la pluriprofessionnalité, elle passe à la polydimension, la multifocalité dont parle E Morin<sup>127</sup>. C'est cette pluriréférentialité qui donne la richesse et la créativité de l'interprofessionnalité.

Ce système demande une organisation qui favorise l'échange d'informations, la mise en commun des méthodologies, des concepts et des modèles clairement définis. Le respect

---

<sup>123</sup> J RICHARD, L BIZZINI, A CROMBECQUE, *Essai sur l'objet de la psychogérontologie et sa place dans la pratique du soin à la personne âgée*, p 100, in *Psychologie de la personne âgée*, sous la Direction de J MONTANGERO, PUF, Genève, 1989.

<sup>124</sup> J ARDOINO, *L'approche multiréférentielle des situations éducatives et formatives*, cité par J-Ph GUIHARD, *Interprofessionnalité ou interprovidence ?* Journal d'ergothérapie, 1999, 21,3,91-95, Masson, Paris.

<sup>125</sup> J-Ph GUIHARD, op cit 12

<sup>126</sup> C CHARRIERE, *L'équipe interdisciplinaire au service du projet individualisé*, article, p 1/7

<sup>127</sup> MORIN Edgard, *La tête bien faite, repenser la réforme, réformer la pensée*, Seuil, Paris, 1999, 153p, p 131

de chaque membre de l'équipe et la confiance dans les compétences de chacun sont des postulats à l'interprofessionnalité. L'expression du désaccord est possible et souhaitable. Elle s'inscrit dans une critique constructive qui donne une dynamique innovatrice.

Le respect de la personne soignée s'inscrit complètement dans la démarche interprofessionnelle comme l'une des conditions éthique mais aussi légale. Les textes européens et français relatifs à l'hospitalisation et aux droits du patient relatent tous la nécessité de prendre en compte la personne aussi bien dans la phase d'information que dans celle du déroulement du traitement. Le respect passe par la participation active de la personne dans la prise de décision qui le concerne et qui oriente son projet de vie.

Nous pouvons citer la charte du patient hospitalisé de 1995, la charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendante de 1996 ou l'ordonnance du 24 avril 1996 qui vont tous dans le sens de la considération et l'intégration de la personne malade dans la démarche de soins.

Pour permettre à la personne soignée de développer au maximum ses aptitudes dans notre société, nous devons être capables de lui présenter une organisation cohérente, et cela à chaque stade de son parcours de soins.

Nous devons créer un environnement propice qui permet l'expression de la personne soignée et donc incite à la prise de décision.

L'interdisciplinarité peut être une réponse pour agir avec et pour la personne.

Il nous faut donc revenir à l'origine de notre mission : accompagner la personne malade vers un mieux-être qui lui permette de retrouver une autonomie maximale dans son environnement et auprès de son entourage naturel. C'est aussi d'amener la personne à augmenter ou optimiser ses capacités (rééducation), mais aussi à mieux gérer ses limites (réadaptation) pour s'inscrire de nouveau dans une dynamique sociale (réinsertion).

Cette valeur sociale est fondamentale dans la démarche de soins dans le domaine de la réadaptation. La concertation et la coordination des professionnels semblent bien être le point d'ancrage d'une démarche interprofessionnelle. Etre dans l'interprofessionnel, c'est reconnaître non seulement la spécificité de chacun, mais aussi les zones de savoir-faire communes entre les professionnels (environ 30% entre chaque profession de santé).

Cette démarche peut permettre de lier la connaissance particulière du problème avec le

contexte bio-psycho-social et reconnaître ainsi toutes les interactions qui forment l'ensemble de la vie de la personne soignée.

Dans cette dynamique, l'intéressé n'est pourtant pas totalement inclus dans l'équipe. Le projet de soins reste l'affaire des professionnels, le principal concerné n'est pas toujours consulté. Par exemple les synthèses ne se feront jamais en présence de la personne soignée ou de l'entourage.

B Goulet de Rugy place l'interprofessionnalité comme un passage intermédiaire obligé avant la transprofessionnalité qui serait le but de l'équipe.<sup>128</sup>

#### **4-2-3 La transprofessionnalité :**

Elle représente un engagement vers un "agir-ensemble". C'est une manière de collaborer qui implique l'équipe dans une démarche de réflexion commune qui s'étend jusqu'à une pratique commune. Non seulement le projet est commun mais le plan d'intervention est aussi envisagé dans le même esprit. La méthodologie permet l'élaboration du projet de soins et demande une participation et une adhésion de tous les partenaires, y compris la personne soignée et l'entourage naturel.

Cette approche transversale nécessite de construire des valeurs, des objectifs communs. Il y a une connaissance de son champ d'action spécifique, des particularités d'intervention des autres professionnels et des savoir-faire communs.

Selon Richard la transprofessionnalité offre un "*lieu de réflexion et de régulation du fonctionnement conjoint de plusieurs disciplines qui, entre elles, se structurent dans et par leur complétude, en préservant leur identité*"<sup>129</sup>

Nous pouvons parler d'un espace nouveau avec un modèle commun, un "*modèle relationnel*"<sup>130</sup> qui donne une dynamique d'échange constante. Nous sommes dans le champ de la complexité des relations humaines. Cela laisse la place à l'incertitude, mais aussi au pouvoir inventif et créatif qui émane de la relation. L'équipe est considérée

---

<sup>128</sup> B GOULLET DE RUGY, *La démarche interdisciplinaire, rêve, cauchemar ou possibilité ?*, Rencontre en médecine physique et réadaptation, n°4, expérience en ergothérapie, Ed Sauramps médical, 1998, p 41-48

<sup>129</sup> Psychologie de la personne âgée sous la direction de J Montangero, J Richard, L Bizzini, A Crombecque : *Essai sur l'objet de la psychogérontologie et sa place dans la pratique du soin à la personne âgée*. PUF p101

<sup>130</sup> CAILLE Philippe, 1995 (deuxième édition), *Un et un font trois : le couple révélé à lui-même*, Paris, ESF, 151p, p 13



comme un système vivant en interrelation. La transprofessionnalité exige une interdépendance où l'action ne peut se concevoir que dans la consultation mutuelle, l'ajustement réciproque, la participation de tous pour élucider le problème posé en commun. Ce système n'est performant que s'il inclut les principaux membres de la démarche : la personne soignée et son entourage. L'intéressé prend une place d'auteur<sup>131</sup> participatif et unique qui va entraîner chaque fois la redéfinition du système d'intervention et les rôles de chacun. Le but n'est plus de fixer les rôles une fois pour toute, mais bien de chercher les personnes dans l'équipe qui répondront le mieux aux exigences du client en tenant compte du contexte, de l'histoire de la personne.

C'est le pari de cette transprofessionnalité, "*la notion de " juste à temps ", " la bonne personne, au bon moment et au bon endroit "*"<sup>132</sup>. Le propos n'est plus d'affirmer son identité professionnelle (elle est reconnue de tous) mais de répondre au mieux aux besoins de la personne soignée en choisissant les personnes ayant les compétences adéquats et en organisant l'articulation de celles-ci. Ce respect existe dans la promotion de la différence, J-P Dupuy souligne même que "*la transdisciplinarité par nature est violente. Elle fait violence aux barrières à l'intérieur desquelles chaque discipline fixe les critères et sa concurrence interne*"<sup>133</sup>

Les conditions qui aident la démarche transprofessionnelle est l'utilisation d'un langage compris de tous, une méthodologie élaborée en commun, un dossier de soin commun, une égalité dans la reconnaissance du rôle de chacun. Dans l'équipe, chacun est responsable de son acte en cohérence avec les autres et en fonction de l'objectif commun. L'impact de l'action des membres de l'équipe (intéressé et entourage compris) est apprécié à un niveau global, collectif et non particulier.

Cette attitude nous place dans le concept de solidarité qui implique le décroisement professionnel et une humilité par rapport à son action individuelle. Le conflit n'est pas nié, il est discuté, argumenté en groupe. De là une décision est prise et acceptée de tous par une négociation réfléchie.

---

<sup>131</sup> ARDOINO Jacques, 2000, *Les avatars de l'éducation, problématique et notion en devenir*, Paris, ed ?, 254p, p 189 . Ardoino parle du triptyque : agent-acteur-auteur plaçant l'auteur comme étant à l'origine de la démarche et responsable.

<sup>132</sup> VIENS C, BOUCHER J, 1997, *La gestion stratégique des processus au Pavillon Hôtel-Dieu : une approche pour réussir le changement* " in *Artère* 15,6,p9 cité par HOLLENSTEIN Claire : *La féminin plurielle*, 1999, mémoire DU responsable formation.

## V

---

### **ROLE DU CADRE**

---

L'expérience relatée dans le chapitre I a montré le désarroi du cadre face à une équipe pluriprofessionnelle voulant accéder à une démarche interprofessionnelle.

---

<sup>133</sup> DUPUY Jean-Pierre, 1982, *Ordres et désordres*, Seuil, Paris, ?p, p 278

Dans la situation idéale de transprofessionnalité :

La formation traditionnelle du cadre est-elle prête à assumer ce type de demande?

Le cadre peut-il encore garder sa fonction propre légitimée par un fonctionnement de type hiérarchique?

Ne serait-il pas responsable à terme que de la gestion devenant l'interlocuteur en interface avec l'administration ?

L'équipe opérante ne risque -elle pas d'absorber la fonction de cadre?

Ce chapitre tente de poser ce que pourrait être le rôle du cadre dans une approche transversale et dans un management de système complexe.

### **5-1 Organiser :**

L'organisation pour répondre aux exigences de la transprofessionnalité ne peut être figée. Elle se trouve dans un processus de “ *transformation permanente* ”<sup>134</sup>. Elle se forme au fur et à mesure du chemin sur des bases solidement établies en rapport avec les exigences de l'institution. Il existe une place pour l'imprévu dans l'organisation qui va être un facteur de changement et d'évolution du système global. Selon Edgar Morin, l'organisation est à la fois “ *éco-auto-réorganisation* ”<sup>135</sup>. L' “ auto ” marque la présence de l'humain et de son autonomie dans l'organisation. Le “ ré ” montre l'aspect non figé de celle-ci. L' “ éco ” donne la dimension environnementale avec sa diversité et sa nécessaire adaptation au contexte. Dans ce système complexe, Frédérique Lerbet-Sérèni ajoute la relation hétéro et co-organisation<sup>136</sup>. L' “ hétéro ” est la présence de l'Autre et le “ co ” place l'organisation comme “ *objet commun à travailler* ”<sup>137</sup>.

Le cadre “ *incite à la recherche de complémentarité et de rapprochement de cultures professionnelles en contribuant à l'enrichissement réciproque et à une plus grande* ”

---

<sup>134</sup> GENELOT Dominique, Manager dans la complexité, réflexion à l'usage des dirigeants, Paris, INSEP éd, 2<sup>ème</sup> éd, 1998, 361p, p 225

<sup>135</sup> MORIN Edgar, La méthode, Tome 2 : la vie de la vie, Paris, Ed Seuil, 1980, p ?

<sup>136</sup> LERBET-SERENI Frédérique, Les régulations de la relation pédagogique, Paris, L'Harmattan, 1997, 215p, pp 48-49.

<sup>137</sup> Ibid p 111

*efficacité de gestion* »<sup>138</sup>.

Tout en gardant des zones de référence, de repères stables, il peut exister dans l'organisation une capacité d'adaptation, d'évolution, d'innovation. Le cadre crée avec l'équipe une organisation qui peut amener à des systèmes d'autorégulation. L'organisation devient apprenante et se donne les moyens d'évaluer sa performance et d'adapter si besoin pour permettre l'évolution.

*“ L'organisation ne consiste pas seulement à produire “ de l'organisé ” mais surtout de “ l'organisant ”. Elle consiste à se comporter en auteur actif d'une construction qui n'est pas écrite à l'avance ”*<sup>139</sup>.

L'organisation devient un liant entre le projet institutionnel, le projet de soin individuel et le projet de vie de la personne soignée. Si nous admettons la complexité du système économique et politique de la santé, cette organisation ne peut être uniquement fondée sur la conformité. Le cadre , partenaire de la transprofessionnalité, doit essayer de piloter son service sur une “ *logique d'invention* ”<sup>140</sup> .

## **5-2 Piloter :**

Pour étayer notre réflexion, nous voudrions faire un parallèle avec une situation sportive vécue sur un banc public cette année.

Le match de basket semblait joué d'avance, l'équipe première de la poule avait une efficacité redoutable. Les outsiders étaient plutôt impressionnés par la dextérité du doyen qui portait à lui seul son équipe à la victoire. C'est là que notre attention s'est portée sur cet homme hors du terrain, l'entraîneur. Son attitude corporelle ponctue les différentes phases du jeu. Dans un premier temps, il est tendu totalement vers ses joueurs, attentif au jeu, calculateur et organisateur. Son calepin sur les genoux reçoit les derniers déplacements. Les “ temps mort ” sont souvent demandés pour élaborer en

---

<sup>138</sup> HART Josette, “ Les cadres et le changement dans la fonction publique à partir de l'exemple de cadres intermédiaires ”, *Gestions hospitalières*, n°159, février 2000, pp 120-127

<sup>139</sup> GENELOT Dominique, *Manager dans la complexité*, réflexion à l'usage des dirigeants, Paris, INSEP éd, 2<sup>ème</sup> éd, 1998, 361p p 233

<sup>140</sup> GENELOT Dominique, *Manager dans la complexité*, réflexion à l'usage des dirigeants, Paris, INSEP

commun une stratégie de jeu. L'entraîneur n'est pas au centre des joueurs, il fait parti du cercle de concertation, la parole circule, la décision est prise. Une esquisse est dessinée par l'entraîneur, chacun connaît sa place par rapport aux autres, visualise l'ensemble du terrain. De retour sur le banc, il alterne entre gestualité abondante pour persuader et mouvement souple pour rassurer. Loin du stéréotype " beuglant " de l'entraîneur prêt à bondir sur le terrain pour montrer la " bonne façon " de marquer, il concentre son énergie sur la coordination, la co-élaboration. En fonction du moment, du contexte, il sait alterner entre décider, lorsque l'équipe doute, et s'effacer lorsqu'elle se reconstruit. La distance du terrain lui permet d'observer, de synthétiser et de chercher une stratégie qui va permettre d'utiliser toutes les capacités de chacun des joueurs. Sa présence apparaît jusqu'au cœur du jeu bien qu'il soit en dehors du terrain. Après le match, l'entraîneur nous dit avoir essayé de composer avec les qualités de chacun, en fonction du déroulement du match et des imprévus qui pouvaient déstabiliser le jeu. Il avait confiance en son équipe. Le but était de donner toutes les potentialités collectives.

L'entraîneur se présente comme un pilote. Il tente de mener, guider, développer au mieux la qualité de chacun pour aboutir à l'objectif collectif fixé. De ce parallèle, nous pouvons dégager plusieurs caractéristiques transférables au cadre de santé.

### **5- 3 Adapter :**

L'entraîneur connaît le terrain, les joueurs. Une rigueur facilite le travail en commun sécurisant ainsi l'équipe. Il insuffle une méthodologie de travail et un esprit collectif en gardant le cap sur l'objectif fixé. Lorsque nous parlons de rigueur, nous nous engageons dans le domaine de la règle.

La règle peut avoir fonction de référence pour agir, se rencontrer, expérimenter ou anticiper. Cependant elle est souvent perçue comme une entrave au travail, image d'une hiérarchie pesante et rigide. La règle doit être un moyen de baliser le chemin, de s'accorder. Elle doit être explicitée en fonction de la situation et connue de tous les acteurs sociaux. Elle ne peut être considérée et suivie que si son interprétation est la même pour tous et acceptée de tous. Une partie de ces règles peuvent être négociées, dans le sens de Durkheim, c'est à dire une " *négociation morale* " <sup>141</sup> . " *Tout ce qui est*

---

éd, 2<sup>ème</sup> éd, 1998, 361p, p 230

<sup>141</sup> THUDEROZ Christian présente la fonction morale de la négociation comme un échange " *qui*

*source de solidarité, tout ce qui force l'homme à compter avec autrui, à régler ses mouvements sur autre chose que les impulsions de son égoïsme* »<sup>142</sup>.

La négociation demande une activité orientée vers l'Autre. Ce contexte de "coprésence" permet de donner une valeur d'ordre sociale à ce terme. "Négociateur" ne veut pas dire uniquement "harmoniser", cela veut dire "adapter" en fonction du contexte et des individus. La négociation est un dispositif qui donne la possibilité de construire une interdépendance favorable au développement d'un engagement commun. Elle permet d'ordonner les positions divergentes et aide à la décision collective.

Il incombe au cadre de santé de mettre en place ce dispositif pour donner la possibilité à chaque membre de l'équipe d'intégrer l'organisation, de réguler les tensions existantes en permettant leurs expressions, de prendre une décision et de faire émerger des " " *intérêts communs* " (qui ) *ne préexistent donc pas à l'action commune ; ils se construisent dans l'action...* »<sup>143</sup>

#### **5-4 Rôle du cadre = Facilitateur :**

Le cadre de santé est un des acteurs important et complémentaire dans un fonctionnement interprofessionnel.

Il participe à cette co-action avec l'équipe pour élaborer un projet de soins qui soit en adéquation avec le projet de vie de la personne soignée et de son entourage. Il doit **organiser** l'animation des logiques différentes dans une cohérence d'action. Il existe donc de la co-ordination (ordre), de la co-opération (opérationnel) et de la collaboration (élaboration).

Il a un rôle de **pilote** pour orienter les efforts de tous dans la même direction. Cela a pour effet d'apporter un bénéfice à chacun et au groupe en entier.

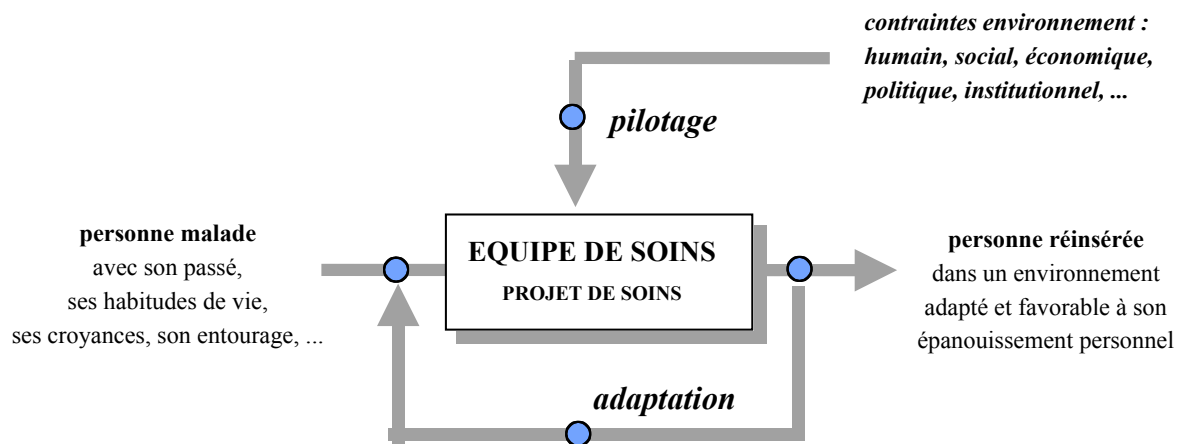
---

*interfère sur l'intérêt public* " et intègre l'environnement. De plus la négociation engendre de " *la confiance, une reconnaissance mutuelle, des normes communes.* " Négociations, Essai de sociologie du lien social, p 255

<sup>142</sup> cité par THUDEROZ Christian, Négociations, Essai de sociologie du lien social, Paris, PUF, 2000, p 30

<sup>143</sup> THUDEROZ Christian, Négociations, Essai de sociologie du lien social, Paris, PUF, 2000, 290 p,

L'orientation générale, les valeurs doivent être connues et reconnues de tous (appropriation). Ces valeurs, définies par le groupe et par l'institution, doivent être claires pour chacun, elles apportent la signification de l'action au quotidien. Le cadre est alors garant du maintien de cet esprit qui permet **d'adapter** les comportements en fonction des valeurs énoncées (éthique et philosophie du projet en fonction de l'approche du malade, de l'entourage, de la société et de la santé en France).



Cette garantie fait référence au pouvoir de décision lorsqu'il y a transgression des valeurs. Ce rôle, si difficile à tenir pour le cadre, est nécessaire pour éviter le flou et le pourrissement d'une situation.

Pour ne pas être dans le pouvoir abusif et la toute-puissance (risque toujours présent dans un poste d'encadrement), le cadre doit être réceptif à l'égard de l'environnement, de l'équipe, de la personne soignée, de soi-même. Nous entrons dans le domaine du sensible, impalpable mais qui donne la troisième dimension au sens : " direction, signification, sensible "144

Cette approche managériale permet l'expression de la créativité, de l'innovation grâce à une adaptabilité au contexte. C'est peut-être là que se situe la complexité la plus grande du rôle du cadre car nous faisons appel à la fois à notre formation (apprentissage), à notre expérience (capacités), et à notre connaissance intuitive et personnelle (habileté).

---

<sup>144</sup> BARBIER René, L'approche transversale, l'écoute sensible en sciences humaines, Paris, Ed Economica, 1997, 351p, p 263



## VI

---

### ANALYSE SUR LE TERRAIN

---

#### **6-1 Hypothèse et objectifs de la recherche :**

Le cheminement de notre réflexion provenant de notre expérience pratique éclairée par l'ébauche conceptuelle que nous avons pu réaliser, nous permet de dégager l'hypothèse suivante:

**Pour que le cadre de santé soit facilitateur de l'approche transprofessionnelle de l'équipe, il doit être autant dans le solidaire que dans le solitaire. Son management s'adapte à la complexité de la situation.**

La transformation culturelle et professionnelle est importante pour envisager une généralisation de cette approche transprofessionnelle dans le système de santé français. De plus elle doit s'accompagner d'un matériel législatif qui n'est pas en place (voir chapitre II).

Par contre cette approche transparaît déjà par besoin chez certains cadres. Tout en restant persuadé que “ *si tu n'espères pas l'inespéré, tu ne le trouveras pas* ” (Héraclite)<sup>145</sup>, nous sommes conscient que nous ne pouvons pas chercher dans ces travaux la transprofessionnalité, mais la prédisposition du cadre à tendre vers.

L'objectif est de montrer que quel que soit l'équipe (pluridisciplinaire ou monodisciplinaire), pour être dans une approche transprofessionnelle, le cadre de santé doit être autant dans une attitude solidaire que solitaire. Son type de management et sa personnalité modifie l'approche du soin par l'équipe.

---

<sup>145</sup> Citée par : MORIN Edgar, *La tête bien faite, repenser la réforme, réformer la pensée*, Seuil, Paris, 1999, 153p, p 61

## **6-2 Expérimentation :**

### **6-2-1 Le choix de l'outil de recherche :**

Compte tenu de l'aspect subjectif de la problématique, l'entretien nous semble un outil satisfaisant pour apporter à notre recherche un éclairage

*“ L'enquête ne peut prendre en charge les questions causales, “ les pourquoi ”, mais fait apparaître les processus et les “ comment ” ”<sup>146</sup>*

L'entretien permet d'avoir un contact favorisant l'expression libre autour d'un sujet. Il permet d'étudier des faits à partir de la parole, vecteur principal. L'approche est plus qualitative que quantitative.

Dans ce contexte de recherche exploratoire, nous avons trois types d'entretiens :

<b>Entretien</b>	<i>Directif</i>	<i>Semi-directif</i>	<i>Non-directif</i>
<b>recherche</b>			
<i>contrôle</i>	✿		
<i>vérification</i>	✿	✿	
<i>approfondissement</i>		✿	✿
<i>exploration</i>			✿

La non-directivité est un terme emprunté à Carl Rogers (1977) qui l'employait lors des entretiens d'aide en psychothérapie. Alain Blanchet considère peu pertinent l'utilisation de la distinction “ semi-directive ”<sup>147</sup>. En effet, tout entretien, même non-directif, suit un guide qui structure l'interview. Il nous donne une définition de la non-directivité :  
*“ L'ensemble des conduites d'un interviewer qui vise la production par un interviewé d'un discours continu et structuré sur un problème donné ”*<sup>148</sup>

L'entretien non-directif semble être l'entretien qui donne le plus la possibilité de

<sup>146</sup> BLANCHET A et GOTMAN A, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, sociologie, Paris, Col 128, Ed Nathan Université, 1992, pp 41-42

<sup>147</sup> BLANCHET Alain et Al, *Entretien dans les sciences sociales, l'écoute, la parole et le sens*, Paris, Dunod, 1985, 289p, p 8

<sup>148</sup> *ibid*, p 8

développer une réflexion libre sur un sujet s'avérant large.

### **6-2-2 La population choisie : cadres de santé ergothérapeute**

Nous avons choisi deux cadres de santé qui peuvent être perçus comme travaillant dans une perspective inter relationnelle entre différentes équipes.

La première interviewée a choisi de manager une équipe avec différentes professions, cela peut nous amener à penser que son désir est de travailler dans une approche transprofessionnelle.

Le deuxième interviewé a été pressenti pour manager une équipe avec différentes professions (plébiscité par ses pairs mais aussi par les autres professionnels). Selon ses dires, il se sentait capable de travailler dans cette perspective transprofessionnelle.

Le choix de deux cadres de santé ergothérapeute est lié principalement au besoin de restreindre la recherche, le sujet étant étendu. De plus le cadre ergothérapeute peut avoir des prédispositions à l'approche transversale de part son métier d'origine qui se trouve au carrefour du médical et du social, qui tient compte de la personne dans sa globalité et qui a pour objectif l'autonomie<sup>149</sup>.

Modalités : l'interview a duré 20 minutes, il a été enregistré à l'aide d'un magnétophone qui se trouvait posé sur la table pendant l'entretien. Ces deux entretiens se sont fait en dehors du lieu de travail.

### **6-2-3 Les biais méthodologiques :**

Le choix restreint des interviewés n'est pas représentatif de l'ensemble des cadres de santé. L'analyse des deux interviews ne pourra être qu'un éclairage particulier de ce que

---

<sup>149</sup> L'approche dite "holistique" est un principe de la démarche en ergothérapie. L'"holisme" est un concept qui peut être présenté comme un mélange d'un peu tout sans trop savoir à quoi faire référence. Nous rapprochons plutôt ce concept de la pensée complexe. "Il s'agit de rechercher toujours les relations et les inter-rétro-actions entre tout phénomène et son contexte, les relations réciproques tout/parties : comment une modification locale se répercute sur le tout et comment une modification du tout se répercute sur les parties." (Morin Edgar : *La tête bien faite, repenser la réforme, réformer la pensée*, Seuil, Paris, 1999, 153p, p 27).

peut être la complexité du rôle du cadre vis à vis de l'interaction entre différents professionnels.

Le fait de choisir uniquement des cadres ergothérapeutes peut être pris pour une sélection corporatiste et vécu comme paradoxal avec le sujet de recherche

La supposition que les ergothérapeutes soient prédisposés à une approche inter ou transprofessionnelle est fondée uniquement sur une expérience et une observation sur le terrain qui reste de l'ordre du subjectif. D'autres professions, à juste titre, peuvent avoir la même perception de son métier d'origine et s'inscrire dans une adhésion présumée à la démarche inter ou transprofessionnelle.

La technique de conduite d'entretien s'acquière plus par l'expérience que par l'enseignement. Nous avons ni l'un, ni l'autre, les personnes habituées à la passation d'entretiens verront les nombreuses imperfections dans le maniement de la technique et dans l'analyse des données.

### **6- 3 Analyse de données :**

Nous avons choisi pour analyser les deux entretiens de prendre l'analyse de discours. Elle fait partie du champ de l'analyse de contenu. “ *Cette technique s'inscrit dans une sociologie du discours* ”<sup>150</sup>. L'analyse va se porter sur le sens que les interviewés donnent à leur pratique quotidienne.

#### **6-3-1 Analyse de discours, quantitative et qualitative:**

Avec l'analyse quantitative, nous allons rechercher la **fréquence** des thèmes et des mots retenus. Nous allons comptabiliser le nombre de fois que le critère apparaît dans le discours.

Dans l'analyse qualitative, nous soulignons la **présence** ou l'absence des critères choisis. Dans cette analyse, l'important est de voir la valeur du thème ou du mot, sa place, sa représentation dans le texte. Ce critère demeure subjectif et sujet à interprétation. Nous étudions donc la forme du discours, c'est à dire nous étudions ce

qui contribue à une impression.

### **6-3-2 Les propositions :**

Les entretiens vont être découpés en propositions comportant un sujet, un verbe, un complément.

Nous avons fait émerger des propositions latentes à partir d'indices tels que les liaisons : “ et ”, “ ou ”, “ , ”

Par exemple :

“ *C'est cet échange qui est intéressant et valorisant...* ”

est décomposée de cette façon :

“ *C'est cet échange* ”

“ *cet échange est intéressant* ”

“ *cet échange est valorisant* ”

Ces propositions vont représenter l'unité d'analyse qui vont faire l'objet du codage à partir de catégorisations prévues à l'avance et d'unités de quantification déterminant du contenu que l'on caractérise.

---

<sup>150</sup> BARDIN Laurence, Analyse de contenu, Paris, PUF, 1977, 230p, p 219

### **6-3-3 Catégories :**

“ *Les catégories sont les rubriques significatives en fonction desquelles le contenu sera classé et quantifié.* ”<sup>151</sup> Elles sont choisies en fonction de l’hypothèse de recherche. Les catégories sont de l’ordre du qualitatif.

En fonction de l’ébauche conceptuelle, nous pouvons donner quatre catégories avec une définition explicative pour l’analyse.

#### ① SOLITAIRE :

- peut être perçu comme une exclusion, un rejet des autres.
- peut être perçu comme un retrait volontaire où nous pouvons développer notre perception de nous-même et des autres.
- c’est aussi la responsabilité devant l’acte pour organiser, piloter, adapter.

#### ② SOLIDAIRE :

- a un niveau organisationnel et un niveau relationnel qui permet de construire le lien entre les individus.
- est un “ commun ” où chacun va répondre et être responsable du tout.

#### ③ PLURIPROFESSIONNEL :

L’aspect identitaire, voire corporatiste, est clairement souligné. Les professions sont vécues comme des spécialités qui travaillent en parallèle.

#### ④ INTERPROFESSIONNEL :

L’interprofessionnalité reconnaît l’aspect identitaire, mais il existe une véritable méthodologie commune qui implique chacun dans le projet de soin. Une coordination et une collaboration sont indispensables pour maintenir ce type d’échange.

---

<sup>151</sup> GRAWITZ, Méthodes des sciences sociales. Ed Dolloz, Paris, 10<sup>ème</sup> ed, 1996, 920p, p 560

### **6-3-4 unités de quantification:**

#### ① LES PRONOMS PERSONNELS :

- Le “ **je** ” est un pronom personnel marquant la personne comme unique. Il pose chacun comme sujet différencié par rapport au “ **tu** ” et au “ **il (elle)**”. Son emploi peut montrer une présence plus ou moins affirmée de l’interviewé. Le “ **je** ” peut être considéré comme une manifestation du **solitaire**, c’est à dire de l’auto-référence.
- Le “ **il/elle** ” pose l’autre comme sujet déterminé. C’est une marque d’identification de l’autre. Nous pouvons le considérer aussi comme la représentation **solitaire**
- Le “ **on** ” est un pronom indéfini qui peut signifier le “ je ”, le “ nous ”, le “ il ”, ou bien un englobement général. Le “ on ” ne désigne pas une personne en propre. Nous pouvons le prendre comme une habitude de langage ou comme un certain désengagement du sujet. Les tournures comme “ il faut ” correspondent au “ on ” impersonnel. Selon le contexte, ils peuvent être considérés comme du **solitaire** ou du **solidaire**.
- Le “ **nous** ” est “ *émergence d’un monde et d’un sens commun à “ je ” et à “ tu ”, leur co-référence, il faut bien nommer ce monde “ Il ”, intermonde à la fois commun et propre* ”<sup>152</sup>. Le “ **nous** ” est une forme de **solidarité**.

#### ② LE TYPE DE VERBES UTILISES :

Nous utiliserons la classification d’Alain Blanchet : statif, factif.<sup>153</sup>

Le statif est le verbe correspondant à la représentation de la personnalité. Par exemple, nous aurons les verbes : être, avoir, vouloir, connaître, se sentir...

Le factif correspond aux verbes d’action, comme : faire, travailler, utiliser, repérer.

---

<sup>152</sup> LERBET-SERENI Frédérique, Les régulations de la relation pédagogique, Paris, L’Harmattan, 1997, 215p, p 72.

<sup>153</sup> BLANCHET Alain et Al, Entretien dans les sciences sociales, l’écoute, la parole et le sens, Paris, Dunod, 1985, 289p, p 99

Les verbes seront croisés avec les pronoms personnels pour savoir si le sujet est plus dans l'être ou plus dans le faire. Le verbe permet de préciser le comportement du sujet et l'action qu'il joue dans l'équipe.

- **Le solitaire est marqué par l'emploi du “ je ”, du “ tu ”, du “ il/elle ” et du rapport qui existe avec les verbes statifs et factifs.**
- **Le solidaire est marqué par l'emploi du “ nous ” et du rapport qui existe avec les verbes statifs et factifs.**

③ LE THEME INDIVIDUEL :

Certains termes dans le discours montrent une propension au corporatisme ou à l'idée de partie, de parcellaire.

Nous ferons trois sous unités :

- L'identitaire
- Le cloïsonnement
- autres

④ LE THEME COLLECTIF :

Ce thème présente plus une idée de groupe, d'échange professionnel et de projet en commun.

Nous ferons quatre sous unités :

- L'équipe (plusieurs professions)
- Le comportement: l'organisation (coordination)  
la relation (concertation, ouverture)
- Les moyens (outils et objectifs en communs)
- autres

**L'approche sera plus pluriprofessionnelle lorsque :**



- Le thème individuel sera plus important que le thème collectif

**L'approche sera plus transprofessionnelle lorsque :**

- Le thème individuel et collectif sont sensiblement égal

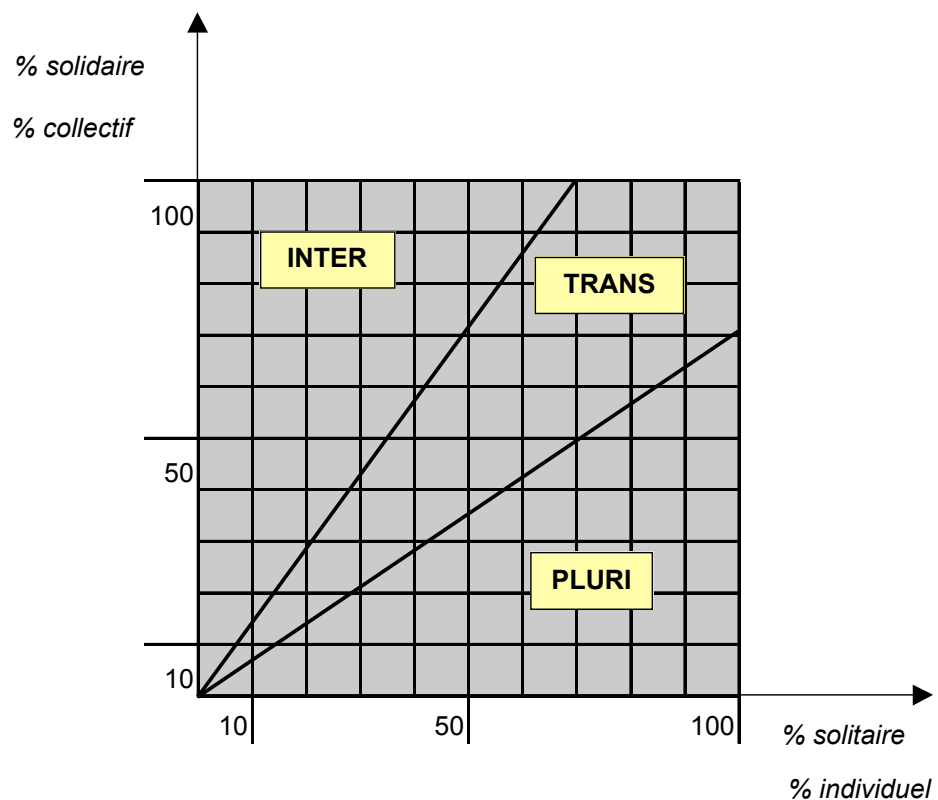
**L'approche sera plus interprofessionnelle lorsque :**

- Le thème collectif sera plus important que le thème individuel

### ⑤ LA POLARITE DU DISCOURS :

le nombre de propositions positives et négatives peut apporter une indication supplémentaire intéressante dans l'analyse.

### 6-3-5 Le graphe de prédisposition :



Les proportions données dans le *graphe de prédisposition* sont purement empiriques. Il permet néanmoins de positionner les concepts de pluri, inter et transprofessionnalité par rapport à la posture du cadre : solidaire / solitaire, collectif / individuel. Il permettra

après l'analyse qualitative et quantitative de situer les deux interviewés et déterminer leurs prédisposition à la transprofessionnalité.

Le SOLITAIRE / SOLIDAIRE : Le choix des pronoms personnels pour analyser le discours va nous permettre de ressortir l'implicite, le discours que l'on peut nommer une "réalité cachée". Ce type d'analyse peut nous aider à interpréter l'attitude de l'interviewé dans son quotidien de responsable.

L' INDIVIDUEL / COLLECTIF : Le choix des thèmes abordés représente plus le discours explicite. Nous pouvons supposer que le choix des mots, des phrases relèvent plus d'une projection, d'un souhait qui alimente l'interview.

### **6-3-6 Les mots perceptifs :**

*" ces mots font davantage sens car ils émanent de nos sens "154*

Les mots sensoriels peuvent être la représentation d'un langage qui exprime la réalité vécue. Le langage plus intellectualisé peut marquer une distance vis à vis de la situation. Le terme " abstrait "155 et " concret " peuvent définir ces deux langages.

Cette recherche pourrait faire ressortir l'" affectif " du discours en lien avec l'" effectif " et montrer les variances dans le discours entre la perception intérieure et extérieure de la situation par l'interviewé.

Nous pouvons sentir une richesse de cette exploitation, mais certaines richesses risquent de perdre leur éclat en voulant les découvrir sans en avoir les moyens. Nous voulions souligner cette intuition comme étant une possible piste, nous ne l'exploiterons pas conscient des limites personnelles que sont les notre.

### **6-4 Comptage des deux entretiens :**

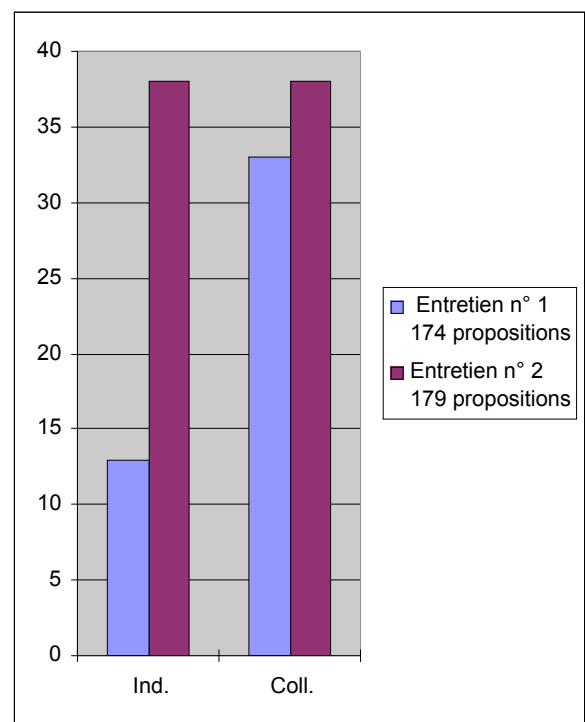
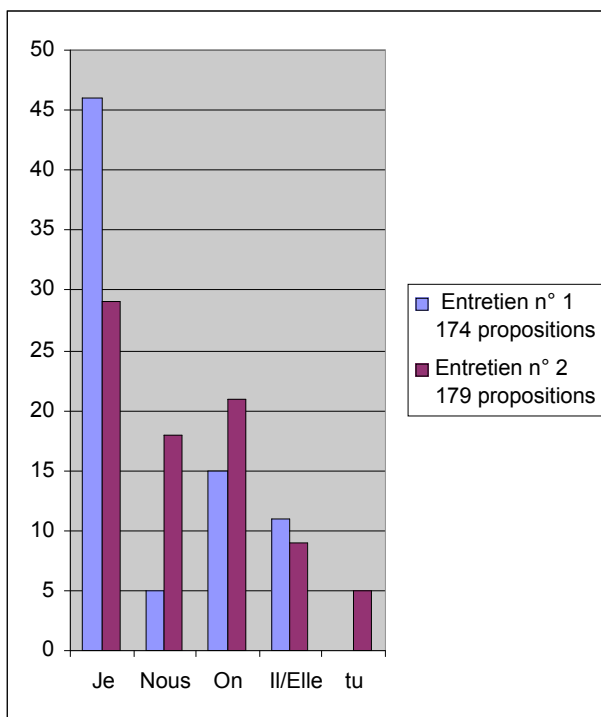
#### **6-4-1 Tableau récapitulatif de l'analyse quantitative des deux entretiens :**

---

<sup>154</sup> KOURILSKY-BELLIARD Françoise, Du désir au plaisir de changer, comprendre et provoquer le changement, Paris, Dunod, 1995, 328p, p 154

<sup>155</sup> Etymologiquement : " abstrait " veut dire " tiré hors de ... ", " séparé de ... ", " concret " veut dire " croître ensemble, se lier dans la croissance commune ". BLOCH O et VON WARTBURG W., Dictionnaire Etymologique de la langue française, Paris, PUF, 8<sup>ème</sup> Ed, 1989.

	Pronoms personnels					Verbes		Tendances		Polarité	
	Je	Nous	On	Tu	Il/Elle	statif	factif	Ind.	Coll.	+	-
<b>Entretien n° 1</b> 174 propositions	<u>46</u>	<u>5</u>	<u>15</u>	<u>0</u>	<u>11</u>	<u>94</u>	<u>44</u>	<u>13</u>	<u>33</u>	<u>151</u>	<u>23</u>
<b>Entretien n° 2</b> 179 propositions	<u>29</u>	<u>18</u>	<u>21</u>	<u>5</u>	<u>9</u>	<u>77</u>	<u>60</u>	<u>38</u>	<u>38</u>	<u>160</u>	<u>19</u>



#### 6-4-2 Analyse du premier entretien :

Si nous combinons les pronoms personnels avec les verbes, nous avons le tableau croisé suivant :

<b>Pronoms personnels</b>	<b>Verbes</b>	<b>Statif</b>	<b>Factif</b>
<b>Je</b>		<u>22</u>	<u>24</u>
<b>Nous</b>		<u>1</u>	<u>4</u>
<b>On</b>		<u>6</u>	<u>7</u>
<b>Il / Elle</b>		<u>3</u>	<u>8</u>

① SOLITAIRE :

- Dans le premier entretien, l'interviewée utilise le “ je ” dans 60% des propositions dont le sujet est un pronom personnel.
- La place des “ il/elle ” est de 14%.
- Un “ nous ” représente “ je + les ergothérapeutes ”
- Un “ on ” représente le “ je ”.

**Soit un SOLITAIRE de 79%**

Au vue de ce tableau, nous pouvons penser que l'interviewée présente une proportion égale entre une définition de soi (je + statif) et une initiative personnelle (je + factif).

Les pronoms désignés comme “ identifiant l'autre ” (le “ tu ” et le “ il/elle ”) sont présents surtout dans le faire.

Le “ nous ”, qui est l'appartenance au corps du métier d'origine l'ergothérapie, peut être considéré comme une identification professionnelle . Il marque plus un aspect corporatiste.

Le “ on ” prend la valeur du “ je ” pour poser la problématique du cadre unique et de sa responsabilité vis à vis des gestes techniques. Comment peut-il être référent lorsqu'il ne connaît pas la technique ? doit-il être un expert pour être accepté de tous ? peut-il mener une équipe lorsqu'il n'est pas issu de la même profession ? L'interviewée pose le problème en le généralisant mais se sent directement concernée.

**La définition de soi :**

Elle semble avoir besoin de se définir par rapport aux autres, de marquer sa place. Elle exprime une non reconnaissance de son statut et de son rôle par une partie de l'équipe : “ on ne m'a jamais reconnu pour mes compétences ”, “ elles sont allées jusqu'à la

*DASS pour savoir si j'avais le droit d'avoir ce poste ! ”.*

Le clivage dans le personnel est renforcé par cette remise en cause de la place “ légitime ” du cadre.

Culturellement ,la hiérarchie entre les infirmières et les aides-soignantes semble se faire sur le mode dominant-dominé.

Le fait que le cadre ne soit pas de la même culture peut être un facteur paradoxalement clivant. Les aides-soignantes se sentent valorisées et renvoie au cadre une image favorable( de partenaire), alors que les infirmières peuvent ressentir une perte de pouvoir( elles se sont senties remises en causes).

La simultanéité des deux “ je ” suivi du “ nous ” d'identification vient renforce ce besoin de reconnaissance : “ *Je pense que je pouvais prendre le poste parce qu'en tant qu'ergo, nous sommes au carrefour du sanitaire et du social* ”.

Elle considère que le fait d'être ergothérapeute peut aider pour être responsable d'une équipe pluriprofessionnelle.

### **L'initiative personnelle :**

L'autre attitude face à cette situation semble être de prendre en main l'action. Des propositions sont apportées à l'équipe comme un moyen de montrer “ l'utilité ” de sa présence. Elle se place dans “ l'apport ” de nouveauté, d'innovation. L'équipe est dans le “ recevoir ”.

Sans être sur le mode directif, l'interviewée cherche à maîtriser une situation, peut-être pour combler cette incertitude dans laquelle elle se trouve face à cette équipe pluriprofessionnelle. Les positions de chacun se définissent plus dans la recherche identitaire. Les infirmières “ *se sont senties remises en cause* ”, la responsable voulait “ *asseoir son autorité par le respect* ”. La quête du respect semble avoir entraîné un effet inverse de rejet aussi bien dans l'attitude que dans l'action.

### **L'identification de l'équipe :**

La volonté de bien identifier le rôle de chacun existe dès le début du discours : “ *J'ai du très vite avoir un regard assez ouvert sur ce que chaque profession offrait comme soins aux malades* ”. L'interviewée parle même de “ *considération* ” pour chaque partenaire.

Cependant dans la réalité, le glissement existe et les infirmières ne se sentent pas reconnues. Elle a du mal à se positionner par rapport à ces glissements de tâches qui font partie de la culture de l'établissement.

Deux phrases peuvent attirer notre attention : “ *j'amenais l'équipe à penser d'une autre façon, avoir un regard différent* ”. Pour répondre à la “ levée de boucliers ” des infirmières, le cadre de santé cherche à changer la façon de penser, de voir les choses. Partant d'un désir de changement, la réaction des infirmières peut se rigidifier en résistance qui renforce le sentiment de ne pas être considérées et de ne pas être reconnues dans leur diversité. Nous avons vu dans le chapitre III, que ce rapport peut perpétuer le conflit en cherchant à savoir “ qui est le coupable ” et “ comment persuader l'autre que ce que l'on pense est la solution ”. Nous sommes un peu dans une dynamique de “ je gagne ” donc “ tu perds ” !

Le SOLITAIRE semble être fortement exprimé dans une prise de décision et une attitude de justification de son rôle. Elle souligne que d'être ergothérapeute et d'avoir une pratique dans le médico-social peut aider pour prendre ce poste.

Chaque profession est citée mais pas totalement identifiée.

Le cadre a du mal à connaître le rôle de chacun et bien les différencier.

Un conflit s'enkyste entre le cadre de santé et une partie du personnel (infirmières).

L'autorité, représentée par le médecin, semble désavouer l'action du cadre, ce qui pourrait favoriser le clivage et alimenter le conflit.

## ② SOLIDAIRE :

Le “ nous ” pris dans le sens de “ mise en commun ”, de “ solidaire ” est peu présent dans le discours, seulement 5%. De plus, il n'existe que dans le “ faire ” sans avoir d'existence bien affirmée.

Le “ on ” représentant “ nous ” est présent deux fois dans le discours, soit 3 %.

### **Soit un SOLIDAIRE de 9%**

Le “ nous ” apparaît à deux moments de l'interview :

- Le premier, nous l'avons vu plus haut, représente l'appartenance au métier d'origine.
- Le deuxième arrive au moment où l'interviewée relate son activité avec les aides-

soignantes. Elle explique l'intérêt réciproque qui existe entre cette partie du personnel et elle. Nous lisons une valorisation du travail de chacun : la responsable se sent admise et considérée, les aides-soignantes se sentent reconnues dans leur travail. L'autorité n'est plus discutée, ni discutable parce que chacun trouve son intérêt dans le quotidien. La responsable " se place " (attitude corporelle déterminée) comme une partenaire. Les objectifs peuvent être exprimés comme communs. Les propositions où il est fait allusion aux aides-soignants vont dans le sens de l'échange, où l' " apport mutuel est possible ".

Les " on " ayant une valeur de " nous " sont employés lorsque l'interviewée parle de l'équipe vis à vis d'un projet qui n'a pas abouti. L'utilisation d'un outil interprofessionnel n'a pu être menée jusqu'au bout. La notion d'équipe semble rester floue, l'outil ne peut donc avoir un intérêt fédérateur dans un contexte si " atomisé ". L'appropriation de l'outil ne peut se faire dans cette situation de clivage et empêche l'utilisation d'évaluation interprofessionnelle.

Le " nous " SOLIDAIRE, émerge lorsque le cadre de santé a avec les aides –soignantes un projet ou un intérêt commun, synonyme de valorisation pour chacun des protagonistes.

### ③ FORME INDETERMINEE :

Le " on " représente aussi une forme plus indéterminée .

Le discours comprend 15 " on ", dont 12 ayant une représentation indéterminée, " il faut " qui se trouve deux fois dans le texte.

Si nous recherchons la place des " on " dans le texte, nous avons :

- Les " on " indéterminés se trouvent principalement dans la question de l'interprofessionnalité, comme si elle ne la rattachait pas à une réalité professionnelle vécue. L'expression est descriptive, générale avec des verbes directifs montrant une certaine nécessité (devoir, falloir), une référence à la règle, peut-être même une urgence à s'entendre, mieux " s'écouter " <sup>156</sup>.

---

<sup>156</sup> René BARBIER, dans son approche transversale, fait la distinction entre " entendre " et " écouter ".

Cette attitude “ précipitée ” n’aurait-elle pas renforcée les résistances par un discours trop persuasif ?

Le “ on ” peut représenter un éloignement par rapport à la réalité du moment lorsque nous abordons l’interprofessionnalité

#### ④ INDIVIDUEL:

Le thème individuel est présent 13 fois dans le texte. En pourcentage en rapport avec les thèmes collectifs, **nous avons 28 % de thème INDIVIDUEL** dont 61% marquant l’identité et 39% une idée de cloisonnement.

Ce thème montre surtout une habitude de fonctionnement en institution où “ le gériatre avait l’habitude de fonctionner avec les infirmières ”. Le cadre de santé s’appuie sur son métier d’origine pour impulser ses idées novatrices dans le fonctionnement du service.

Le thème du cloisonnement apparaît lors du conflit et signe une protection face au danger, à l’incertitude que peut occasionner le changement.

#### **La résistance au changement :**

L’organisation mise en place est perçue plus comme un danger, un “ abus ” de pouvoir que comme un moyen d’évolution. L’équipe déjà clivée dans le passé renforce son attitude de rejet contre le nouveau (incarné par le cadre). La représentation du cadre tend à augmenter le conflit et les distorsions. Dans ce contexte peu favorable, le cadre canalise les rancœurs, les peurs, les conflits. La négociation ne peut s’installer, chacun étant dans une attitude de protection et cherchant à préserver son terrain. Le cadre se montre “ autoritaire ” (selon ses propos) voulant forcer le respect, les infirmières jouent sur les limites techniques du cadre pour la prendre à défaut.

#### **La valorisation de l’acte professionnel :**

---

Entendre fait référence à nos propres “ centres d’intérêt ” qui sont la manifestation “ non-consciente d’habitus ”. Dès lors, l’autre est appréhendé par le biais de ces “ centres d’intérêt ”.

Ecouter suppose une ouverture, il “ s’agit de sortir de soi et de partir de l’autre, de ses pratiques, de ses discours, de ses produits, en fin de compte de son propre univers symbolique et imaginaire. ”. Nous devons tenter d’être disponible et “ impressionnable ” en sortant de nos habitudes.

BARBIER René, L’approche transversale, L’écoute sensible en sciences humaines, Paris, Ed Economica, 1997, 357p, pp 151-157



Au contraire, au niveau des aides-soignantes, les nouveaux dispositifs tendent à permettre l'expression valorisante de leur fonction au sein de l'établissement. L'identité est plus affirmée. Les réunions paraissent apporter plus d'intérêt pour les aides-soignants et la responsable. En partant d'une volonté d'unifier, de solidariser, une partie de l'équipe semble avoir su trouver le côté favorable de la situation alors que l'autre partie paraît en retrait. Il serait intéressant de savoir quelle attitude pouvait avoir les infirmières dans ce type de réunion ?, étaient-elles convaincues de l'opportunité de telles réunions ?

L'INDIVIDUEL est présent dans une habitude de fonctionnement, une résistance au changement, et une recherche de valorisation pour les infirmières. Une nouvelle expression identitaire semble exister : *“ Cela permettait aux aides-soignantes, qui entre dans l'intimité des gens, de dire ce qu'elles voyaient de la personne. C'est cet échange qui était intéressant et valorisant, principalement pour les aides-soignantes ”*.

⑤ COLLECTIF :

Il y a 33 fois le thème abordé dans le discours, **soit 72% de COLLECTIF par rapport avec les thèmes individuels.**

Le thème de l'équipe pluriprofessionnelle et de l'intervention de l'entourage sont cités 10 fois dans le texte.

Le comportement organisationnel n'apparaît que 2 fois lors de la présentation du réseau et de l'activité d'animation entre les établissements.

La concertation et l'ouverture sont présentées comme des souhaits, nous le retrouvons 14 fois dans le discours.

Les outils et objectifs communs mis en place sont cités 3 fois dont 1 fois pour dire que les objectifs ne pouvaient être communs qu'entre les aides-soignantes et le cadre de santé : *“ nous nous intéressions aux mêmes objectifs ”*.

Dans la rubrique “ autres ”, nous avons mis les thèmes collectifs qui présentent le glissement de tâches (3 fois) et une généralité sur le concept d'autonomie qui se trouve dans la question de l'interprofessionnalité (1 fois).

Il existe un réel investissement pour tenter d'instaurer un travail d'équipe, un lien entre tous. Dans un souci d'interaction, des réunions *“ avec tout les membres de l'institution ”* sont mises en place par le cadre. La certitude du bien fondé de la démarche est

soulignée par l'impératif : “ *la communication devait circuler de nouveau* ” et par un désir de changement par rapport au “ *passif institutionnel* ”.

Dans la question de l'interprofessionnalité, les mots soulignés sont : le respect, l'autonomie, la confiance en ses capacités, la responsabilité de chacun. Elle met en avant la lucidité et la cohérence. Le souhait serait d'atteindre cette harmonie. Nous pouvons noter des glissements de tâches qui semblent être acceptés par l'institution aussi bien au niveau des aides-soignants qui surveillent les morphiniques que le personnel d'entretien qui faisait des soins. Ce partage des tâches, ce flou de fonctions existe depuis longtemps et semble accepté par nécessité d'organisation et de manque de personnel. Ce type de situation augmente l'incertitude favorable pour le personnel. N'étant pas de la même culture, le cadre de santé a du mal à se positionner face à ce problème. Ce que le cadre de santé retire de cette expérience est un respect des autres professions qu'elle a acquis par le conflit. Cette remise en cause de son attitude marque une sincérité du discours, un véritable désir de créer du lien pour le bien de la personne soignée et montre la grande difficulté qui réside dans le management d'une équipe pluriprofessionnelle.

Le COLLECTIF semble exister par une volonté de la part du cadre de fédérer tout le personnel autour d'objectifs communs qui ne soient pas uniquement tournés vers le soin mais aussi vers la réadaptation. Cependant cette mise en commun semble satisfaire qu'une partie du personnel, augmentant ainsi le clivage existant.

Le cadre de santé semble désarmée par le partage informel des rôles et ne peut marquer sa désapprobation devant une habitude institutionnelle.

Le thème COLLECTIF étant plus important que le thème INDIVIDUEL, nous pouvons supposer que le discours explicite est plus tourné vers une INTERPROFESSIONNALITE.

© LA POLARITE :

Elle est plus importante en positive (151 (+) pour 23 (-)). Cet écart peut montrer une mise à distance par rapport aux événements bien que cela ne semble pas réellement significatif. Cependant nous relevons peu de propositions négatives liées au “ je ” (7/23) ce qui peut être un indice de difficulté de positionnement personnel face à la situation vécue (le négatif compris comme opposition). De plus 4 propositions sur les 7 sont des

autocritiques, une remise en cause de son propre fonctionnement.

### **Récapitulatif de l'analyse :**

L'interviewée semble avoir besoin de se définir par rapport aux autres et chercher une reconnaissance autant dans l'institution qu'auprès de l'équipe. Le " nous " ne peut trouver un sens même si la volonté de relier existe (en tous les cas du côté du cadre). Cette logique " disjonctive " ne permet pas de construire le " nous " qui débouche sur des projets communs. L'interviewée met l'accent sur la temporalité. L'importance du temps dans la compréhension mutuelle, c'est à dire : " prendre avec ". A la fin du discours, l'interviewée parle de l'attitude du cadre de santé qu'elle associe à l'organisation, à la gestion mais aussi à l'animation (donner une âme). La complexité est de trouver la justesse entre l'organisation, la sécurité, et l'animation d'une équipe pluriprofessionnelle. Une partie de l'équipe ne reconnaît pas le " *pouvoir de référence* " <sup>157</sup> allant jusqu'à remettre en question son rôle légal, son " *pouvoir légitime* ". Une solidarité corporatiste s'accroît avec la sensation d'être remise en cause dans la fonction d'infirmière. Le solitaire " je " prend de l'ampleur pour tenter de définir une place inconfortable et maîtriser la situation . Il existe un idéal du parfait, du " *top* " qui n'est pas atteint. Les infirmières jouent sur les limites " *au niveau des connaissances médicales* ", induisant une réaction de justification de la part du cadre. L'erreur est considérée comme négative et prétexte à jugement, nous sommes dans une logique binaire du bien ou du mal. La constatation de " *n'avoir pas été au top* " relève de la culpabilité de ne pas avoir donné la réponse souhaitée par l'équipe.

### **6-4-3 Analyse du deuxième entretien :**

Si nous croisons les pronoms personnels avec les verbes statifs et factifs, nous avons :

	<b>Verbes</b>		
<b>Pronoms</b>		<b>Statif</b>	<b>Factif</b>

<sup>157</sup> *Le pouvoir de référence* : " C'est celui qui nous permet d'influencer quelqu'un parce qu'il nous aura identifié à lui, et pris comme modèle ou comme référent. "

*Le pouvoir légitime* : " C'est celui qui est donné par la position statutaire de " surveillant " à laquelle correspond un rôle précis, attendu par l'institution. "

COUDRAY Marie-Ange, " Entre soin et management : du cadre surveillant au cadre sur-éveillant ", *Soin formation – pédagogie – encadrement*, n° 7, 3<sup>ème</sup> trimestre 1993, pp 67-68

<b>personnels</b>		
<b>Je</b>	<u>17</u>	<u>12</u>
<b>Nous</b>	<u>7</u>	<u>11</u>
<b>On</b>	<u>6</u>	<u>12</u>
<b>tu</b>	<u>2</u>	<u>3</u>
<b>Il / Elle</b>	<u>1</u>	<u>6</u>

① SOLITAIRE :

- Dans le deuxième entretien, l'interviewé utilise le “ je ” dans 38% des propositions dont le sujet est un pronom personnel.
- La place des “ il/elle ” est de 9%.
- 3 “ nous ” représentent “ je + les ergothérapeutes ” soit 4%
- 5 “ tu ” sont employés, soit 6%
- 2 “ on ” représentent l'institution et 1 “ on ” le groupe d'ergothérapeutes.

Au total, **nous avons 61% de représentation SOLITAIRE.**

Au vue de ce tableau, nous pouvons penser que l'interviewée présente une proportion égale entre une définition de soi (je + statif) et une initiative personnelle (je + factif).

Le “ je ” est plus utilisé dans une représentation d'affirmation de l'acquis : j'ai = 10 pour je suis = 2. Le “ il/elle ” a une place plus importante dans le faire mais garde un rôle dans l'être. L'Autre peut avoir donc une action est dans l'agir et dans la réflexion.

L'emploi du “ tu ” est intéressant dans sa forme d'invitation à participer au discours. Le “ tu ” représente une affirmation et une reconnaissance de l'individualité de l'autre. C'est aussi une sorte de persuasion à adhérer à l'idée émise : “ *tu peux te définir par rapport aux autres* ”, “ *tu te cernes bien* ”.

Le “ nous ” marque plus un aspect corporatiste. Le “ nous ” représente l'équipe d'ergothérapeutes, le sens est alors plus tourné vers le corporatisme, le sens commun chez une même profession. Le “ nous ” est solidaire par rapport aux membres de la même profession, il est solitaire par rapport aux autres professions.

**Affirmation dans son identité de cadre de santé:**

Le “ je ” associé au verbe “ avoir ” est utilisé principalement au début de l'interview pour présenter l'historique de son cursus professionnel ( 7 “ j'ai ” dans les 29 premières

propositions). Nous pouvons interpréter cela comme une mise en avant des acquis pour définir clairement le rôle. Cette marque identitaire répond peut-être à un passif où la place “ *n’était pas claire vis à vis des autres* ” et ne l’est peut-être toujours pas.

Une assurance semble être soulignée dans la gestion, l’action organisationnelle où “ *je gère* ” est présent ou latent dans cinq propositions qui se suivent. A contrario, cela peut signifier que le cadre de santé veut affirmer un rôle qui reste flou vis à vis de l’équipe

### **La double casquette de cadre de santé et de thérapeute :**

La double casquette de soignant et de responsable est signalée comme une difficulté pour bien se définir dans son identité, mais un atout pour avoir une représentation positive vis à vis de l’équipe (“ *image de soignant* ”). L’investissement dans l’action est appuyé par des métaphores corporelles très concrètes : “ *mettre la main à la pâte* ”, “ *aller au charbon* ”.

Cette affirmation de soi est d’autant plus marquée qu’elle contraste avec la suite du texte qui est plus de l’ordre de la supposition, de l’interprétation par rapport à son expérience (cinq “ *je crois* ”). Le discours a une connotation plus souple.

Au quotidien, la situation d’être responsable et thérapeute semble être une réelle difficulté pour manager, “ *c’est pas facile à gérer de se dire le matin cadre, l’après-midi ergo.* ”. Le manque de personnel est pallié par la suppléance du cadre de santé.

### **Identification de l’équipe :**

L’identification est bien structurée : “ *chacun dans son champ, on ne déborde pas trop. Chacun connaît son domaine* ”. Cela ne veut pas dire que chacun connaît le domaine de l’autre, mais qu’il existe une connaissance des ses fonctions au sein de l’institution qui est le postulat d’un travail en équipe interprofessionnelle, voire transprofessionnelle.

Le SOLITAIRE est marquée par l’affirmation du rôle cadre de santé dans l’être et le faire de manière égale. Un flou existe quant à sa situation de cadre et de thérapeute. La situation explique peut-être ce besoin d’affirmer dans le discours son rôle principal : gérer une équipe de soin.

Le SOLITAIRE est fortement présent pour montrer les différences entre les professions et éviter tout débordement de fonction. La structuration et l’organisation semble très importante dans le système ne laissant à priori que peu de place à l’imprévu.

© SOLIDAIRE :

15 fois le “ nous ” représentent le “ commun ” entre toutes les équipes. Il est principalement solidaire.

6 “ on ” marquent le “ nous ”.

**Le SOLIDAIRE représente 27%** par rapport aux pronoms personnels à connotation solitaire.

Ils sont regroupés lorsque l’interviewé parle des réunions avec tous les professionnels, aussi bien les rééducateurs, les infirmières et aides-soignantes qu’il présente comme faisant partie “ *d’une autre culture* ”. Il souligne que “ *l’important c’est que nous reconnaissons la valeur de chacun et son action, le cadre doit y contribuer* ”. Il place le cadre comme un garant du respect de l’identité de chacun, et de la reconnaissance réciproque. Il décrit une mise en commun principalement dans les réunions “ *nous voyons les projets de soins, protocoles, le fonctionnement des services pour essayer d’harmoniser le déroulement des soins, on va aussi parler des entrées, des sorties, faire une régulation en fonction de l’activité* ”. Les mots comme : projet, harmoniser, régulation expriment une solidarité clairement définie dans une dynamique inter-échange.

De façon informelle, nous trouvons aussi cet échange : “ *j’ai l’occasion de rencontrer tous les acteurs de soins, de l’infirmière à la femme d’entretien.* ”. Il parle aussi de ce rôle fédérateur du cadre qui physiquement se déplace pour “ *reproduire le contact avec tout le monde...* ”. Le “ nous ” se construit à partir du “ je ”, du “ tu ”, du “ il/elle ”. Dans le discours, les “ je ”, les “ il/elle ” prédominent pour progressivement laisser la place au “ nous ”.

Le passage du “ nous ” au “ on ” peut laisser présager un flou existant dans la pertinence d’un partage des tâches entre deux “ *mondes différents* ”. Ce qui expliquerait cette insistance pour bien différencier chaque partie. Le “ domaine ” de chacun est clairement exprimé, deux négations montrent l’opposition à tout éventuel débordement. La règle donnée par “ *le cadre doit y contribuer* ” insiste sur l’individualité comme nécessité. Le “ *chevauchement* ” est toléré (peut-être) entre les rééducateurs.

L’interviewé marque la différence donnant au prime abord une tournure “ protectorale ”, un sens SOLITAIRE entre des groupes bien déterminés.
--

Le SOLIDAIRE est présent lorsque l'identité est clairement posée et qu'il n'y a pas d'ambiguïté. Le cadre contribue alors à la SOLIDARITE.

Nous trouvons l'échange de façon formelle lors des réunions et informelle dans le couloir.

### ③ FORME INDETERMINEE :

Les “ on ” indéterminés sont au nombre de 9. Nous les trouvons principalement pour désigner l'administration ou la direction en général.

Nous avons 10 “ il faut ”. Cette forme de discours énonce une règle, un devoir tiré de l'expérience ou de la croyance. Ils annoncent soit des projets d'équipe, soit des valeurs comme le respect, ou des règles préliminaires au travail d'équipe : connaissance de soi, de l'autre, limite, ne pas tout mélanger... Ce type de discours peut montrer une certaine intransigeance pour des points bien précis, en l'occurrence l'identification du rôle de chacun.

La forme indéterminée “ il faut ” marque une certaine rigueur, voir intransigeance dans le discours. Les règles portent sur la nécessité d'organiser, d'avoir les mêmes valeurs pour tous, et de toujours bien identifier la fonction de chacun.

### ④ INDIVIDUEL:

Nous avons 38 fois le **thème individuel abordé soit 50%** par rapport au thème collectif.

27 fois le discours est plus tourné vers l'affirmation de l'identité, et 11 fois le cloisonnement est clairement signifié. (50%)

L'identitaire, voire le corporatisme est fortement marqué dans le discours. L'équipe représente souvent celle d'ergothérapie ( 8 fois sur 11 thèmes sur l'équipe ou le groupe). La plupart des mots individuels interviennent lors de l'évocation de l'équipe dans son ensemble (infirmières et rééducateurs). Cette volonté affirmée de bien discerner les fonctions permet de présenter la démarche de soins de chacun sans essayer de faire adopter sa propre démarche à l'autre. “ *que nous allions tous vers la même direction avec des chemins différents, mais le même objectif établi avec le patient et sa famille* ”.

A la question sur l'interprofessionnalité, il hésite, se questionnant quant à la réalité du terme sur le terrain. Le même désir de protection s'affirme.

Des mots forts posent les limites principalement entre le monde des infirmières et celui des rééducateurs : “ *frontières* ”, “ *c'est un autre monde* ”, “ *chacun dans son champ* ”. Un chevauchement est toléré dans la pratique de la réadaptation. Le représentant de la loi qui permet l'émergence de l'interprofessionnalité est clairement nommé, bien qu'il se tienne “ *derrière ce mot* ” : le cadre de santé.

Nous pouvons remarquer qu'à la question de l'interprofessionnalité et à la fin du discours, le thème individuel appelle le thème collectif, qui lui-même appelle l'individuel.

Dans la question : “ est-ce que tu peux définir l'interprofessionnalité ? ”, nous avons une conjonction entre les thèmes individuels (*ind*) et collectifs (*coll*) :

“ *Comment la définir ? / coll / coll / ind / ind / c'est riche / coll / ind / ind / il faut pas chercher à tout mélanger / coll./ ind / c'est pas pour rien.*  ”.

En fin de discours nous avons la même dynamique :

“ *Pour moi, ce qui est important, c'est de ne pas mettre trop d'espoir dans ce mot. Ind / et surtout prendre son temps./ Ca se prépare / coll / coll / coll / ind / ind / coll / ind / coll / Une fois que tu as fait ce travail / coll / Tu le sens au quotidien, dans le couloir, dans la chambre,/ coll / ind / coll / ind (le cadre a une mission de repérage)*  ”.

L'un ne va pas sans l'autre, comme il ne peut y avoir reliance sans déliance. Le collectif trouve sa richesse dans la bipolarité, le paradoxe du couple déliance/reliance, collectif/individuel.

C'est parce qu'il y a IDENTITE qu'il peut y avoir collectif. Cette rupture possible et nécessaire place la personne en tant qu'individu, qu'individualité, et permet d'envisager l'idée de relier sans risquer de se perdre soi-même.

⑤ COLLECTIF :

**Le thème collectif est abordé 38 fois dans le discours.**

Le discours focalise sur l'action principale de coordonner (ordonner avec) pour arriver



au concept d'interprofessionnalité. Le mot “ coordonner ” et ses dérivés sont utilisés 12 fois. L'interviewé place l'ordre comme pré-requis avant toute utilisation du “ nous ”. L'équipe faite de plusieurs professions n'est évoquée que 3 fois.

Le collectif s'exprime lorsque l'interviewé définit le coordonnateur. A partir du moment où l'organisation est là pour faciliter la concertation, l'écoute et l'action vers un objectif commun. Une fois les limites posées avec une certaine exigence, le discours devient plus souple faisant référence à la personnalité, à la relation. La concertation et l'ouverture aux autres professions sont abordées 12 fois dans le discours.

Dans la première partie du discours, c'est l'affirmation du pouvoir de position qui domine. Dans la seconde partie, c'est le pouvoir personnel qui influence le ton de l'interview. Lorsque le cadre arrive à ce style de comportement, le métier d'origine devient secondaire, l'aspect pluriel de sa vision et de son action prime. Le discours hypothétique (“ je crois ” = 3) donne une note plus modulée, moins assurée. Une certaine flexibilité, une adaptation semble possible en fonction du contexte.

Bien que la question de l'interprofessionnalité soit d'ordre générale, l'interviewé s'implique dans la réponse par l'utilisation du “ je ” (8 fois pour 65 propositions), engage aussi l'autre au travers du “ nous ” (5 fois). En fin de réponse, il relate son expérience personnelle, ce qui peut renforcer l'idée que l'interviewé s'engage dans cette voie bien qu'il dise que “ *pour moi, ce qui est important, c'est de ne pas mettre trop d'espoir dans ce mot. Il faut mettre des limites à l'interprofessionnalité* ”.

L'interviewé semble être dans le verbe et l'action, dans une dynamique COLLECTIVE tout en affirmant bien l'indispensable IDENTITAIRE régulateur et facilitateur de la rencontre. Il se définit dans le faire : “ *j'ai toujours un pied dans le soin* ” et dans la relation : “ *j'ai l'occasion de rencontrer tous les acteurs de soins* ”.

Il souligne l'importance des “ limites ” pour ne pas prendre l'interprofessionnalité pour un miroir aux alouettes ! La temporalité est abordée.

L'interprofessionnalité ne se décrète pas, elle “ *se prépare* ” et “ *tout est affaire de communication et d'écoute* ”. L'effectif laisse place progressivement à l'affectif, dans le sens d'ouverture à l'autre avec la reconnaissance, le respect, l'écoute, la coordination. L'emploi du “ tu ” renforce cette proximité, cette intimité vis à vis de la réflexion, du sujet.

L'interviewé parle du métier de cadre comme un gestionnaire : “ *je gère l'équipe, les relations avec les autres services et l'extérieur, le management, la coordination des*

*soins. ”. Il le fait intervenir dans la contribution de la reconnaissance de chacun : “ Mais l’important c’est que nous reconnaissons la valeur de chacun et son action, le cadre doit y contribuer ”.*

Il coordonne les actions et les fédère vers des objectifs communs toujours pour le patient. C’est un homme de “ *contact avec tout le monde* ”. La personnalité, le caractère et la confiance jouent un rôle important d’après l’interviewé pour permettre cet effet fédérateur.

Le COLLECTIF est sous-tendu par l’identification du rôle de chacun, par la confiance et le respect qui peut exister dans l’équipe.

Le cadre a un rôle de coordonnateur, organisateur pour faciliter l’esprit COLLECTIF. Il a une mission de repérage et de veille pour assurer une bonne cohérence des soins au service de la personne soignée et de son entourage.

Le thème COLLECTIF étant aussi important que le thème INDIVIDUEL, nous pouvons supposer qu’il existe une prédisposition à la TRANSPROFESSIONNALITE.

## © LA POLARITE :

La polarité dans sa globalité n'est pas réellement significative. Nous avons une polarité positive de 160.

La polarité négative de 19 est répartie dans le discours de la façon suivante :

- Elle marque le problème de la place du cadre de santé vis à vis de son équipe. Le rôle du cadre n'est pas bien défini puisqu'au départ, il n'a pas pris ses fonctions tout de suite. Après il a pris la responsabilité du service tout en restant un collègue de terrain. Cette place n'est pas facile à tenir.
- Le deuxième renforce la nécessité de bien différencier les équipes et préserver le respect et la place de chacun.
- Le dernier moment d'opposition intervient lorsque l'institution n'a pas opté pour la candidature du cadre de santé pour gérer toute l'équipe de rééducation.

### **Récapitulatif de l'analyse :**

Dans le discours, l'interviewé marque bien sa volonté à la différenciation entre les équipes. Le solitaire est fortement présent pour montrer les différences entre les professions et éviter tout débordement de fonction.

Le solidaire est présent lorsque l'identité de chacun est posée et qu'il n'y a pas d'ambiguïté. Nous trouvons l'échange de façon formelle lors des réunions et informelle dans le couloir. Nous ne sentons pas dans le discours de véritable travail en commun, mais plus une recherche d'harmonisation dans l'organisation des tâches de chaque équipe. Les projets de soins sont vus ensemble mais là encore ils semblent sectorisés par professionnel. L'interviewé souligne que *“ avant tout, ce qui est important, c'est de coordonner, que nous allions tous vers la même direction avec des chemins différents mais le même objectif établi avec le patient et sa famille ”*.

Les thèmes individuel et collectif sont imbriqués donnant une impression d'interdépendance et une synergie. Le rôle du cadre est présenté comme un coordinateur. Il offre un cadre qui permet à chacun de se définir par rapport à l'objectif fixé et par rapport à l'institution.

#### 6-4-4 Analyse croisée des deux entretiens :

Premier entretien :

SOLITAIRE : 79%

SOLIDAIRE : 9%

INDIVIDUEL : 28%

COLLECTIF : 72%

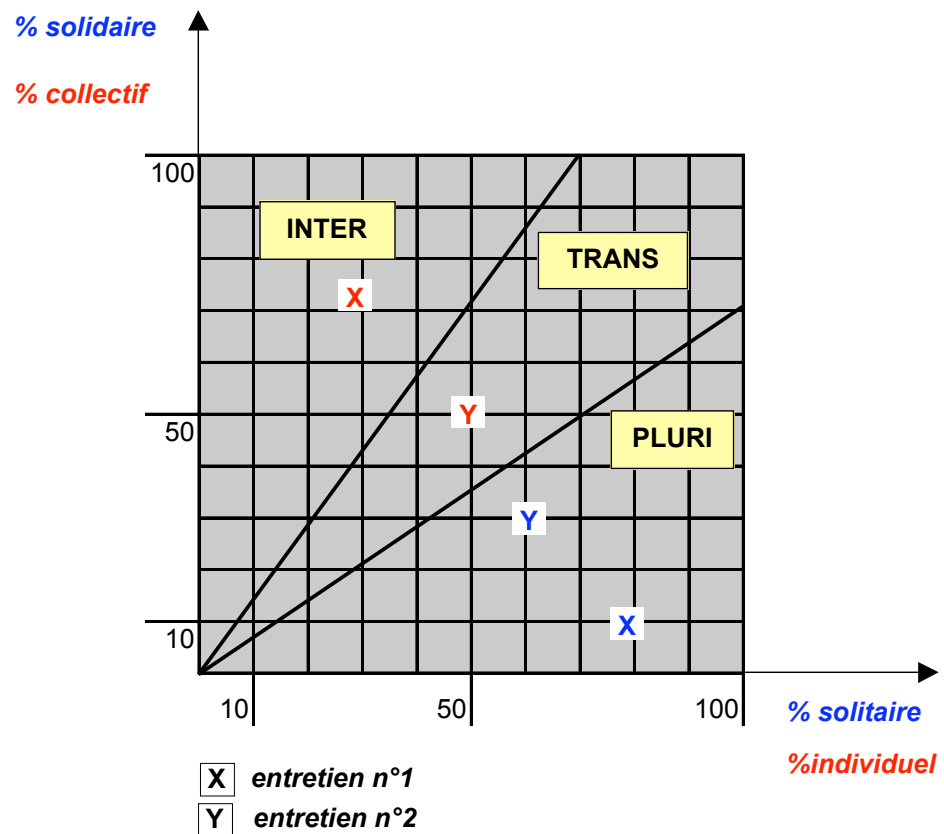
Deuxième entretien :

SOLITAIRE : 61%

SOLIDAIRE : 27%

INDIVIDUEL : 50%

COLLECTIF : 50%



SOLITAIRE / SOLIDAIRE

Si nous considérons l'emploi des pronoms personnels comme l'image du comportement du cadre de santé dans le quotidien, les deux interviewés se trouvent dans le champ de la pluriprofessionnalité.

Nous entendons par "pluriprofessionnel" les actions juxtaposées de plusieurs professionnels travaillant pour un même objectif : la sortie du patient. Nous avons vu que la mise en place de ces équipes permet d'augmenter la connaissance des besoins de l'individu malade, de faire une expertise toujours plus détaillée. Cependant le langage et

les concepts propres peuvent isoler les professions les unes par rapport aux autres. Il manque un lien qui donne une cohérence à l'acte de soin.

La position des deux cadres de santé semble en adéquation avec notre système de santé institutionnel qui favorise le travail de ce type. Même si la volonté est de promouvoir un travail d'équipe, la réalité nous place dans une sectorisation.

Dans la première situation, le cadre de santé se trouve le représentant de différentes professions sans avoir dans l'équipe des ergothérapeutes. Il semble manquer une représentation au niveau technique qui permette l'expression des capacités du cadre et la compréhension de ses actions par le reste de l'équipe. L'insécurité est autant du côté de l'équipe, surtout des infirmières, que du côté du cadre. Nous avons vu que ce type de situation ne peut amener qu'une réaction de replis, de défense du territoire. L'attitude du cadre va être d'appuyer le " je " pour acquérir une représentation de responsable.

Dans la deuxième situation, le cadre se trouve à manager une équipe d'ergothérapeutes et l'une de ses missions est de valoriser le travail de ses collègues. Il se place dans une attitude de promotion de sa profession d'origine. Cela permet de bien définir l'identité et le rôle des ergothérapeutes dans l'institution. Il s'appuie sur le solitaire (esprit corporatiste). Il semble avoir une vision non homogène du soin mais bien un respect du rôle unique et singulier de chaque profession. La réalité devient multidimensionnelle et multiréférentielle.

INDIVIDUEL / COLLECTIF
------------------------

Les thèmes abordés lors des discours peuvent représenter une certaine forme de projection, de souhait exprimé du côté du cadre de santé.

Dans le premier entretien, la volonté du cadre de vouloir être le moteur d'un décloisonnement, le désir de changer une situation de clivage, la pousse à prendre l'initiative. Paradoxalement, le désir d'un esprit plus collectif amène le renforcement de la protection individuelle. L'expression du " nous " ne peut s'épanouir puisqu'aucun " je " ne trouve sa place.

Sur le schéma, nous pouvons voir l'écart entre désir du cadre qui s'inscrit dans une interprofessionnalité et la réalité du terrain qui est fortement dans le champ de la pluriprofessionnalité. Le déséquilibre qui s'inscrit dans le discours souligne bien la difficulté du management dans une telle situation.

Le deuxième entretien présente un cadre qui affirme l'identité, qui parle même de frontières entre les équipes. La coordination est un élément essentiel dans son discours. Progressivement il intègre le collectif et le corporatiste dans une dynamique de thèmes qui répond au principe "dialogique" qui unit deux notions antagonistes et complémentaires en une même réalité.

"*Le cadre a une mission de repérage*" : Le repérage a ce double sens qui, d'une part, fait référence à l'organisation "*de mise au point à l'aide de repères*"<sup>158</sup>, d'autre part à l'instinctif de la découverte, de l'inattendu. Cette action tend à identifier chaque partie par rapport à l'ensemble et permettre l'ajustement les unes par rapport aux autres.

La parité entre le collectif et l'individuel place le cadre de santé dans une prédisposition à une approche transprofessionnelle.

Par l'analyse de ces deux entretiens, nous avons pu voir que le cadre de santé peut faciliter l'émergence de l'approche transprofessionnelle en adaptant son comportement en fonction de la complexité de la situation. Cette flexibilité n'exclue pas la coordination et l'application d'une méthodologie rigoureuse. L'affirmation du rôle de chacun permet de sécuriser et valoriser les professionnels tout en permettant l'ouverture vers des projets plus globaux qui répondent aux exigences de l'utilisateur, de l'entourage mais aussi de l'environnement socio-économique du pays.

L'approche transprofessionnelle semble bien se situer d'un entre l'individuel et le collectif dans une boucle rétroactive où l'individualité agit sur le collectif qui affirme l'identité. Le solidaire et le solitaire sont inséparables dans une même réalité. En assumant cette complexité, nous pouvons espérer "*réformer*"<sup>159</sup> notre mode de pensée et favoriser le sens de la responsabilité de chacun.

---

<sup>158</sup> Larousse Encyclopédie couleurs, France Loisirs, Paris, 1993, p 7971

<sup>159</sup> Edgar MORIN, La tête bien faite, Repenser la réforme, réformer la pensée, Paris, Seuil, 1999, 154p, p111

---

## CONCLUSION

---

*“ S’il y a un geste vital qui relève de l’entre-deux, du rapport entre soi et l’Autre, entre soi et d’autres figures de soi, c’est bien le geste d’habiter, d’occuper un espace, de s’y mouvoir et d’y rester, d’y arriver et de le quitter ”* Daniel SIBONI

Il est parfois étonnant de se rendre compte que le rythme de la formation nous laisse peu de temps pour prendre du recul. La tête dans le guidon, il n’est pas facile de voir l’horizon.

L’attente obligée d’un train pour un retour chez soi, les coups de pédales sous la pluie battante ou sous le soleil printanier m’ont donné un espace, un entre-deux qui m’a forcé à la pause. Nous construisons notre place vis à vis du thème choisi, nous mettons à mal nos certitudes, il n’est pas facile d’évoluer ! La transformation est toujours perçue comme évidente et nécessaire lorsque c’est pour amener l’Autre à penser comme soi . Mais lorsqu’il faut accepter le changement pour soi, quel bouleversement ! Au delà du chemin passé qui fait croiser des visages, des hommes ordinaires “ d’exception ”, des rires et des doutes qui suggèrent le voyage ou la fuite, où nous placer ?

Au départ de ce travail, je suis partie de la vision que peut avoir l’ergothérapeute de la réadaptation, et de la réinsertion sociale ou professionnelle de la personne handicapée. Son approche l’amène à considérer le contexte environnemental du sujet en prenant en compte la personnalité, l’histoire, la culture, l’entourage...

L’une des perspectives de l’ergothérapie est de promouvoir l’activité dans un sens large. Les ergothérapeutes canadiens parlent d’“ occupation ” dans les loisirs (socialisation, expression créative, activités ludiques et sportives), dans la productivité (activité salariée, mais aussi travaux ménagers, rôle de parent, activité bénévole), dans les soins personnels.<sup>160</sup> La position particulière de l’ergothérapeute à la frontière entre le médical et le social, lui permet d’être en relation avec différents partenaires de la santé.

---

<sup>160</sup> Association Canadienne des Ergothérapeutes, Promouvoir l’occupation, une perspective de l’ergothérapie, Ontario, CAOT publications ACE, 1997,235p, pp 37-44

De part mon métier d'origine, je souhaitais approfondir la question de l'organisation des actions en réadaptation fonctionnelle pour adapter les moyens en fonction des besoins de la personne handicapée et de l'évolution de la société.

Mon expérience en Roumanie m'a permis de comprendre qu'il n'est pas si simple de travailler en collaboration et que bien souvent les systèmes de pensées restent parallèles, se juxtaposent. Notre intervention reste marginale si elle ne tient pas compte de la personne soignée, de son environnement, du contexte institutionnel et des partenaires qui participent au soin. Le changement n'a lieu que dans une courte période et ne peut perdurer. Le concept de Réadaptation à Base Communautaire est un long et difficile apprentissage pour accéder à ce que nous nommons l'approche globale de la personne en situation d'handicap.

De retour en France, il a fallu s'habituer au changement de culture, changement de genre, de style... Le domaine de la santé présente une atomisation des professions, une sectorisation qui découpe le patient en " signes cliniques ". La leçon tirée hors frontière est-elle transposable ici ? Ne sommes-nous pas dans le domaine de l'utopie en croyant que les pays industrialisés peuvent aussi accéder à cette forme d'action solidaire ? Le système paraît si " compliqué " que nous pouvons nous demander comment réformer notre pensée pour relier nos ressources ? Le travail ensemble ne va pas de soi et de nombreux obstacles législatif, institutionnel, culturel, professionnel et personnel se dressent lorsque nous tentons d'instaurer cette dynamique transprofessionnelle.

Dans un système cloisonné, le cadre de santé semble favoriser, par sa position hiérarchique, l'action générale des soins vers une démarche individualiste et sectorisée. Le système de santé se complexifie de plus en plus avec des contraintes économique, politique, sociale et institutionnelle. Cette mutation ne nécessite-t-elle de redéfinir le rôle du cadre dans cette perspective ?

Je formule une première hypothèse qui sonne comme une douce évidence :

**Pour permettre à l'équipe d'accéder à la transprofessionnalité, le cadre doit passer de l'acte solitaire à l'acte solidaire.**

C'est en suivant les traces des auteurs découverts au cours de mes recherches que j'ai pu partir du conflit pour arriver jusqu'aux concepts de solidarité et de transprofessionnalité.



Cette quête d'identité exprimée par le conflit de rôle met en évidence l'un des premiers paradoxes de cette recherche : nous devons nous différencier pour vivre pleinement, et nous avons besoin du rapport à l'autre pour former notre identité. Dans le groupe de travail, même si nous nous inscrivons dans une appartenance collective, nous gardons une attitude individualiste pour réaliser ses objectifs personnels. Par l'équipe, ce sont les notions de collaboration, de participation mais aussi de confrontation qui sont abordés. Nous sommes en interdépendance avec l'Autre.

Nous reconnaissons nos capacités, mais aussi les potentialités de celui que nous avons en face de soi, qui travaille avec nous (collègues) ou qui participe aux soins (personne handicapée, entourage). Cette réciprocité permet une cocreativité valorisante pour tous.

Marcel Bolle de Bal pose le deuxième paradoxe dans le couple porteur de déliance/reliance. Il nous donne une nouvelle perspective pour l'approche du concept de solidarité. Et si le solidaire et le solitaire n'étaient pas opposables mais bien inséparables dans un équilibre qui oscille autour d'un trait d'union, symbole du lien et du séparé.

Le lien nous rapproche du concept de transprofessionnalité, à moins que ce soit la séparation qui nous permet d'accéder à cette démarche ?

Basarab Nicolescu semble un passage nécessaire et riche pour tenter de voir plus clair dans la pluri, l'inter et la transdisciplinarité. Là encore, c'est la transgression qui dépasse la dualité d'opposition pour former une unité ouverte permettant de considérer le particulier et le tout. La réalité devient multidimensionnelle et multifactorielle. Alors que la pluriprofessionnalité juxtapose les multiples actions, l'interprofessionnalité s'inscrit dans la mise en commun, la concertation et la recherche d'un objectif commun. Le collectif est prioritaire tout en respectant et en reconnaissant le rôle de chacun. Le transprofessionnel fait le pari d'offrir à la personne soignée : le juste à temps, la bonne personne, au bon moment et au bon endroit !

Dans un tel système complexe, le rôle du cadre peut se décliner en trois verbes : organiser, piloter, adapter. Trois actions auprès de l'équipe pour lui permettre d'exprimer son esprit innovant, créatif, solidaire. Le cadre de santé devient alors un " facilitateur " qui coordonne, coopère, collabore.

Cette approche managériale fait appel non seulement à la formation, à l'expérience mais aussi à cette connaissance intuitive et personnelle pour appréhender une situation particulière.

Je cherchais une hypothèse proche de ce que je croyais connaître, je retire de ce voyage livresque une autre écriture :

**Pour que le cadre de santé soit facilitateur de l'approche transprofessionnelle de l'équipe, il doit être autant dans le solidaire que dans le solitaire. Son management s'adapte à la complexité de la situation.**

De part leur approche professionnelle, je fais la supposition que les cadres de santé ergothérapeute pouvait être plus disposé à être dans une approche transprofessionnelle et donc à éclairer mon hypothèse.

L'enquête, basée sur deux entretiens, a montré la complexité de manager dans un système qui conduit à avoir une attitude pluriprofessionnelle au quotidien. La juxtaposition des actes est inhérente à l'institution, renforcée par le flou législatif au niveau des décrets de compétences. Cependant, peut être de part la profession d'origine, ces cadres expriment un souhait Pour l'une, le solidaire prédomine et nous pouvons supposer une prédisposition à l'interprofessionnalité. Pour l'autre, le solitaire et le solidaire sont également répartis dans le discours. Cette rétroaction productrice de sens entre ces deux thèmes peut faire penser à une habilité tendant vers le transprofessionnel.

Cependant, nous n'avons peut-être pas une linéarité d'évolution du pluri, à l'inter jusqu'au transprofessionnel, mais bien une adaptation selon la situation.

Certaines actions en rééducation demande une approche spécifique nous amenant dans une dynamique pluriprofessionnelle (nous pensons aux techniques très spécialisées qui existent dans chaque corps de métier). En réadaptation nous pourrons trouver des actes relevant de l'interprofessionnalité. Par exemple la toilette et l'habillage auprès de la personne handicapée sera une action conjointe et coordonnée de l'intéressé avec l'aide-soignante et de l'infirmière au quotidien, avec l'ergothérapeute pour l'évaluation de l'indépendance et l'apprentissage de gestes facilitant l'activité, avec kinésithérapeute pour favoriser la reprise des déplacements en chambre. Lors de la sortie, la réinsertion dans un milieu favorable socialement ou professionnellement demande une approche

transprofessionnelle pour faire en sorte que les personnes handicapées puissent développer au maximum leurs aptitudes physiques et mentales, qu'elles aient accès aux services en milieu ordinaire et bénéficient des mêmes possibilités que toute autre personne et parviennent à une entière intégration sociale dans la communauté et la société. Nous pourrions alors peut-être accéder à cette réadaptation à base communautaire en favorisant le principe de continuité et de solidarité.

Le cadre de santé a peut-être un nouveau rôle à inventer pour devenir un " facilitateur " de l'approche transverse, une nouvelle attitude à exprimer.

Nicolescu Basarab cite le poète argentin Roberto Juarrez en parlant de " l'attitude transdisciplinaire ". L'attitude vient du latin *aptitudo* (aptitude) qui désigne " *des dispositions extérieures, manière d'être à l'égard d'une personne* " <sup>161</sup>. Elle a une étroite relation avec le corps et la manière de tenir son corps. Cette prise de conscience de l'importance de la corporalité dans la relation avec l'autre nous place dans une reconnaissance du perceptif, " *d'une sensibilité naturelle* " <sup>162</sup> qui ouvre l'horizon de l'espace rationnel.

Tout notre être prend une orientation qui doit être en accord avec l'espace extérieur (équipe, partenaires, institution, extérieur à l'institution, politique) et savoir l'analyser, et espace intérieur (conviction, perception, représentation). Le cadre de santé peut créer son propre emploi, sa propre action dans la reliance de ces deux exigences.

Cette attitude nous demande de prendre en compte les différents niveaux de réalité (effective) et les différents niveaux de perception (affective).

L'approche transdisciplinaire nous invite à composer (au sens de création et non de compromission) entre l'être et les choses, entre l'humain et l'organisation.

Dans le domaine de la santé, la mise à distance de notre affect, pour ne pas risquer d'être submergé, nous a amené vers la technicité oubliant ainsi le malade. Aujourd'hui, nous en sommes arrivés à légiférer des actes de la vie professionnelle tels que la qualité, le respect, la responsabilité.

Le cadre de santé, de part son attitude, ne doit-il pas être acteur? Ne doit-il pas faciliter le lien, animer dans le sens d'injecter du vivant dans l'équipe?

---

<sup>161</sup> Encyclopédique en couleurs, Larousse, Ed France Loisirs, Paris, 1992, 2<sup>ème</sup> édition, p 679

<sup>162</sup> René BARBIER,

Ce comportement nécessite du tact et de la subtilité. Si nous reprenons l'étymologie du mot "solitaire", nous trouvons "subtil". Pour être solidaire, ne devons-nous pas être aussi solitaire ? Le solidaire et le solitaire peut devenir "le solidaire est le solitaire !".

L'attitude décentrée du cadre de santé lui permet de prendre part à l'action en tant que personnage éveillé et attentif.

Le cadre de santé pourrait être "un gardien de la responsabilité"<sup>163</sup>, c'est à dire permettre à chacun de donner un sens à son action en relation avec les objectifs fixés (professionnel, institutionnel, personnel).

Donner du sens, c'est donner une direction, une signification et une sensation à l'acte auprès de la personne soignée<sup>164</sup>.

Il s'inscrit dans ce mouvement en étant responsable, c'est à dire en ayant une autorité pour "rendre les autres personnes "auteurs" responsables de leurs tâches, à raison de leurs compétences réelles, au profit du groupe."<sup>165</sup>

*"Le vrai voyage de découverte n'est pas de chercher de nouvelles terres, mais d'avoir un œil nouveau"*<sup>166</sup>

C'est peut-être ce regard nouveau que le cadre de santé peut avoir pour devenir un facilitateur de l'approche transprofessionnelle dans son service, à l'extérieur mais aussi dans le contexte pédagogique avec les futurs professionnels qui demain seront les acteurs de cette nouvelle perspective de la santé.

*"Ecrire relève de l'espérance. Tu mets la virgule là où tu veux que ça freine et le point là où tu veux que ça s'arrête. Quand tu veux laisser ton idée faire son chemin sans toi, tu rajoutes quelques points."*<sup>167</sup>

Laissons à Matisse le soin de déposer les quelques points qui nous permettrons de continuer le voyage ...

*"Dans un tableau post-impressionniste, le sujet est mis en relief par une série de plans*

---

<sup>163</sup> DE PERETTI

<sup>164</sup> BARBIER René, L'approche transversale, l'écoute sensible en sciences humaines, Paris, Ed Economica, 1997, 351p, p 263

<sup>165</sup> Ibid p 133

<sup>166</sup> Marcel PROUST cité par Edgar MORIN, La tête bien faite, Repenser la réforme, réformer la pensée, Ed Seuil, Paris, 1999, 153p, p 129

<sup>167</sup> Richard BORINGER, C'est beau une ville la nuit, blues, Paris, Ed Denoël, 1988, 151p, p 149

*contrastants qui demeurent toujours secondaires. Pour moi, le sujet d'un tableau et le fond de ce tableau ont la même valeur, ou, pour le dire plus clairement, aucun point n'est plus important qu'un autre, seule compte la composition, le patron général. Le tableau est fait de la combinaison de surfaces différemment colorées, combinaison qui a pour résultat de créer une expression. De la même façon que dans une harmonie musicale chaque note est une partie du tout, ainsi souhaitai-je que chaque couleur eût une valeur contributive. Un tableau est la coordination de rythmes contrôlés, et c'est ainsi que l'on peut transformer une surface qui apparaît rouge-vert-bleu-noir en une autre qui apparaît blanc-bleu-rouge-vert ... ”<sup>168</sup>*

---

<sup>168</sup> Henri MATISSE, Écrits et propos sur l'Art, Paris, Hermann Editeurs des Sciences et des Arts, 1992, 2<sup>ème</sup> édition, 365p, pp 131-132.

**Entretien n°1 : cadre de santé ergothérapeute responsable en maison de retraite médicalisée.**

- *Peux-tu me raconter ton expérience en tant que cadre de santé ?*

Alors ma première expérience, je l'ai faite dans une équipe sans ergothérapeute. J'ai du très vite avoir un regard assez ouvert sur ce que chaque profession offrait comme soins aux malades.

- *L'équipe était constituée de quels professionnels ?*

...Il y avait des aides-soignantes, des infirmières, une animatrice socio-culturelle, un médecin gériatre et les administratifs. Mon expérience m'a amené à considérer tous les partenaires du soin et bien sûr l'entourage du patient, euh mais ça j'étais déjà habituée de par mon métier d'ergothérapeute. Le domaine dans lequel je travaillais, c'était le domaine gériatrique donc un lieu de vie, lieu d'hébergement, où la famille a une réelle place. J'ai proposé en tant que cadre d'avoir un angle de vision différent.(silence) L'équipe était très dans le soin corporel, le confort du malade et la démarche bio-médicale. Oui, il y avait bien une ouverture en extra-hospitalier avec un réseau de maisons de retraite pour mettre en commun les moyens d'animation. Vraiment je pense que je pouvais prendre le poste parce qu'en tant qu'ergothérapeute, (silence) nous sommes au carrefour du sanitaire et du social, la structure avait ces deux axes.

- *En quoi ta profession t'a influencé dans ton action de cadre ?*

...Par exemple, j'ai proposé de réfléchir sur l'ergonomie, l'adaptation des chambres aux handicaps. J'ai pris des éléments pour penser la dépendance de la personne âgée, pour susciter la réflexion sur les situations de handicap en intra et extra-institution. Euh, aussi j'ai utilisé plusieurs vecteurs pour amener cette nouvelle dynamique de réadaptation. Par exemple, j'ai fait venir un ergonomiste et un ergothérapeute pour l'aménagement et le projet architectural de restructuration. Ah oui, j'ai aussi proposé un pictogramme d'autonomie pour réfléchir en équipe sur une évaluation des capacités du patient. Euh en fait, j'avais un regard très global, superficiel de l'autonomie, du handicap, un regard au quotidien mais pas une action directe. Je ne faisais pas directement les aménagements mais j'amenais l'équipe à penser d'une autre façon, avoir un regard différent. (silence) On a aussi utilisé le SMAF qui est un outil d'évaluation de l'autonomie, un outil interprofessionnel qui s'adresse au personne ayant un handicap

physique.(silence) mais le personnel ne prend pas le temps de regarder ni le pictogramme, ni le SMAF sur le plan pratique. On a essayé un an les deux méthodes, mais c'était difficile à actualiser.

- *Ces supports papier étaient faits pour amener une réflexion entre les membres du personnel ?*

Oui, et j'ai mis en place aussi des réunions qui n'existaient pas avec tous les membres de l'institution, aussi bien personnel soignant, administratif que personnel d'entretien. L'équipe était clivée avec un passif institutionnel assez traumatisant. La communication devait circuler de nouveau. Surtout vis à vis des agents d'entretien et des soignants, car dans les maisons de retraite, on a tendance à utiliser le personnel pour l'ensemble des tâches et des soins. Des personnes que l'on avait repéré comme proche des personnes âgées, pouvaient cliquer si nécessaire chez les soignants. Cette réunion était là pour parler de cas qui posaient problèmes. Cela permettait aux aides-soignantes, qui entre dans l'intimité des gens, de dire ce qu'elles voyaient de la personne. C'est cette échange qui était intéressant et valorisant, principalement pour les aides-soignantes.

- *Alors le fait que tu étais cadre ergothérapeute, c'était plutôt un avantage ?*

Bien, en faite, il y a eu une grave crise institutionnelle, les infirmières n'ont pas reconnu le droit de les diriger. Très vite, ce sont posées des questions pratiques, des techniques que je connaissais que de loin. En tant que cadre ergothérapeute jusqu'à quel point je pouvais avoir un regard clinique vis à vis des soins infirmiers ? [silence, petit rire] elles sont allées jusqu'à la DASS, pour savoir si j'avais le droit d'avoir ce poste ! La législation est assez floue pour qu'elles n'aient pas eu de levier...J'avais décidé après ça de mettre une référente infirmière pour les soins techniques, mais ça c'est pas fait.

- *Pourquoi ?*

Je suis parti avant que cela puisse se faire. C'est sûr que je n'avais pas les compétences pour certains soins, elles avaient besoin de quelqu'un de référent et garant de la cohérence des soins. Je pouvais repérer des choses mais il y a cette réalité qu'un groupe a besoin d'un leader reconnu pour ses compétences, et mais on ne m'a jamais reconnu pour mes compétences. En plus ça a été renforcé par le gériatre qui avait l'habitude de fonctionner avec des infirmières et qui s'intéressait plus aux problèmes bio-médicaux, plus qu'au problème comportementaux et sociaux. Il voulait avant tout que les

constantes soient stables, que les gens n'est pas de décompensation pulmonaire...c'était déjà bien. Ce qui a été difficile, c'est d'avoir un langage commun. En plus, j'arrivais du secteur psy et je tombais en gériatrie, t'imagines ? Mes connaissances étaient limitées au niveau médical, les infirmières ont beaucoup joué là dessus.

En plus, j'ai commis des maladresses qui ont fait qu'elles se sont senties remises en cause, et bon, erreur de parcours, contradictoire et autoritaire. Je voulais asseoir mon autorité par le respect parce que je voulais aller trop vite.

- *C'était pas facile de se situer par rapport aux autres professions ?*

Oui, je crois qu'il y avait la culture professionnelle, mais aussi le secteur professionnel, une double étrangeté de ma part : ergo et en plus psy ! Bon les gens étaient assez ouverts et un bon niveau de compétences pour une maison de retraite. L'interne avait fait un travail sur les troubles somatiques que le peut rencontrer chez la personne âgée vraiment excellent. Il avait abordé tous les problèmes, rédigé tous les protocoles, un gros boulot de fond qui avait entraîné les infirmières sur une réflexion intéressante. Celles qui ont vu de l'intérêt à ma présence, c'est les aides-soignantes, parce qu'elles travaillent aussi sur l'indépendance en chambre et le handicap au quotidien. En plus, je ne me plaçais pas en hiérarchie supérieure mais plus comme une partenaire. Nous nous intéressions aux mêmes objectifs, nous nous sommes apportés mutuellement, ça passait très bien. Là où j'ai eu de gros problèmes, c'est pour les infirmières, les accompagnements en fin de vie, l'oxygénothérapie, c'est pas mon secteur. Le médecin prescrivait des morphiniques surveillés par une aides-soignantes, je ne savais pas réellement jusqu'où aller dans le risque. C'était un vrai problème d'éthique, un problème légal. J'étais dérangé par des pratiques qui semblaient aller à l'encontre de mes croyances.

- *Comment tu définirais l'interprofessionnalité ou interdisciplinarité si tu préfères ?*

Je l'envisage comme un respect des autres professions. De vivre cette expérience, ça m'a éduqué à ce respect de sa profession et de celle des autres parce qu'il y a des conflits qui émergent. C'est pas en terme de personnes mais bien en terme de professions. Qu'est-ce qu'un professionnel, en quoi est-il autonome et responsable ? J'avais travaillé dans un hôpital publique très hiérarchisé où le sentiment d'autonomie et de responsabilité n'était pas prépondérant. Pour moi, c'est respecter l'autre qui est important, lui donner la possibilité d'être autonome et d'avoir confiance en sa capacité.



Je crois que ça va dans le sens de la santé, on exige de définir le soin en relation avec les autres. Etre responsable, c'est être lucide et cohérent, et pas seulement se protéger derrière les lois. C'est voir le rôle que l'on doit jouer et les compétences que l'on a auprès du patient. Il faut être conscient d'un discours commun, c'est à dire d'avoir des repères telle que la culture professionnelle. On a des modèles différents, une histoire institutionnelle et on peut pas aller à l'encontre, c'est le cadre ! A l'intérieur de ce cadre, des différences peuvent s'énoncer mais pas aller au delà, sinon c'est fou, on s'épuise, c'est le conflit perpétuel. Ce qui fait que l'on est un groupe soignant, c'est que l'on a un projet commun. Le cadre est bien là pour garantir une cohérence, une qualité et une sécurité du soin. Là aussi, ça pose le problème de responsabilité par rapport aux soins techniques. Jusqu'où peut aller le cadre de santé unique vis à vis de soins techniques que l'on ne connaît pas ? Ca limite beaucoup. Cela doit être possible avec une attitude managériale de gestion, d'animation d'équipes, mais il faut une confiance entre les équipes et le responsable. Moi, j'ai sûrement pas été au top à ce niveau là !

- *Tu es restée longtemps à ce poste ?*

Deux ans et demi, c'était trop court, j'ai pas été assez patiente, je crois que ça commençait à venir. Il y a eu des progrès comme au niveau de l'alimentation, l'architecture, les outils mis en place, le travail en ergonomie, une formation pour les gestes et l'activation du potentiel des personnes âgées pour les transferts. Enfin, je pense que le temps y fait pour se comprendre mutuellement.

- *Merci pour ta participation*

## **Deuxième entretien : cadre de santé ergothérapeute dans un Centre de Réadaptation Fonctionnel pour personnes âgées :**

- *Peux-tu me raconter ton parcours et ton expérience en tant que cadre ?*

J'ai 37 ans, j'ai mon diplôme d'ergothérapeute depuis 87 et j'ai eu mon diplôme de cadre de santé en 1998 à l'Institut de cadres de santé de Paris (Croix-rouge). J'ai un poste actuellement de responsable du groupe des ergothérapeutes, l'équivalent de cinq postes et demi. Je gère l'équipe, les relations avec les autres services et l'extérieur, le management, la coordination des soins. J'ai aussi une action en tant que soignant.

- *Tu as eu des difficultés lorsque tu as pris ton poste ?*

La première difficulté ça a été ma place qui n'était pas claire vis à vis des autres. J'ai pas pris de suite mes fonctions de cadre et l'équipe a eu du mal à faire la part des choses par rapport à ma place. En plus c'était mes collègues avant que je sois cadre. La deuxième difficulté, c'est que lorsque j'ai été nommé cadre, on ne m'a pas remplacé à mon poste. L'équipe me l'a fait sentir et le souligne encore parfois. J'ai , en tant que chef de groupe un mi-temps en soin et un mi-temps d'encadrement, c'est pas facile à gérer de se dire le matin cadre, l'après-midi ergo. Par contre, c'est important pour l'équipe, pour tous les collègues de sentir, de voir que le cadre est au contact avec les patients, qu'il met la main à la pâte.

- *De rester sur le terrain, c'est un atout par rapport à l'équipe ?*

C'est son image de soignant, c'est important pour un cadre. D'autant plus que mon remplacement n'a pas été effectué donc c'est important ce soutien, que j'aie au charbon avec les autres.

- *Et la lien avec les autres équipes ?*

Par rapport aux membres du plateau technique, il y a des réunions hebdomadaires. La première avec tout le personnel de santé et les cadres, nous évoquons tous ensemble le fonctionnement général des différents services, les articulations qu'il faudrait mettre en place, les problèmes éventuels. Nous faisons passer les informations importantes pour la bonne marche. En ergo, nous faisons aussi une petite réunion interne, un temps de synthèse dans lequel on évoque plus spécifiquement des problèmes d'ergo, suggestions, projet de groupe. La troisième réunion se fait avec les médecins et les cadres des différents groupes, les unités de soins. Nous voyons les projets de soins, protocoles, le

fonctionnement des services pour essayer d'harmoniser le déroulement des soins, on va aussi parler des entrées, des sorties, faire une régulation en fonction de l'activité. Nous faisons un programme en fonction de l'évolution.

- *Et comment se passe l'organisation ?*

Elle est très structurée, chacun dans son champ, on ne déborde pas trop. Chacun connaît son domaine. Sauf peut-être avec les kiné, psychomot et ergo, il y a des zones de chevauchement. Nous sommes tous au clair avec les fonctions de chacun. En tout cas on ne se mêle pas des affaires des infirmières pour parler crûment. C'est la même chose dans l'autre sens. Il y a pas une frontière mais [silence]... enfin si, on peut dire qu'il y a une frontière. C'est un peu deux mondes différents. Mais l'important c'est que nous reconnaissons la valeur de chacun et son action, le cadre doit y contribuer.

- *Est-ce que tu peux définir l'interprofessionnalité ?*

Comment la définir ? euh, pour moi ce qui est important c'est vraiment la coordination, oui la coordination. Il faut respecter l'identité de chacun. Les formations sont différentes, c'est riche, nous pouvons former une équipe que si on respecte cela. Nos formations initiales nous oriente dans un sens, il faut pas chercher à vouloir tout mélanger, l'important c'est de s'accorder. On a des professionnels différents, c'est pas pour rien. Je crois pas que, enfin l'interprof, il faut sortir un peu de la vision du tout le monde est beau, tout le monde se tient la main, travailler ensemble c'est pas faire la même chose. Avant tout, ce qui est important, c'est de coordonner, que nous allions tous vers la même direction avec des chemins différents mais le même objectif établi avec le patient et sa famille. Pour moi, le représentant de l'interprofessionnalité, c'est la coordonnateur.

- *Et c'est qui ?*

Un personnage qui fédère les actions autour du patient et pour des actions communes de soins mais en respectant l'identité de chacun. Je mets derrière ce mot un cadre de santé. Ce qui est important, c'est pas tant la formation initiale mais qu'il ait l'esprit de coordonner les actions. Je crois que le cadre de santé un peu généraliste peut être ce coordonnateur. Mais je crois que être dans ce type d'organisation, c'est être à l'écoute surtout et parler le même langage, avoir une même culture. C'est pour cela que je te dis qu'un cadre généraliste qui comprend le monde des infirmières et des rééducateurs, c'est pas facile. Mais d'un autre côté, c'est plus difficile lorsqu'il y a beaucoup de relais, chacun voit son monde par rapport à sa formation initiale, protège son groupe, c'est

normal. Il manque quelqu'un pour coordonner. Je crois que le fait d'être ergo, nous avons une vision globale, holistique, ça permet d'avoir un langage commun avec les autres professions. C'est important pour fédérer. Nous avons tous besoin de communiquer pour être sur la même longueur d'onde. Dans ma pratique, j'ai l'occasion de rencontrer tous les acteurs de soins, de l'infirmière à la femme d'entretien. Elle est précieuse par rapport au contact et aux renseignements qu'elle peut avoir. En tant que cadre, je reproduis ce contact avec tout le monde, d'autant plus que j'ai toujours un pied dans le soin.

- *Donc le métier d'origine influence ton type de management ?*

Oui, mais ça n'a pas pour moi un rôle prédominant. D'autres professionnels peuvent avoir cette approche. C'est plus une question de personne, une question de philosophie de la prise en soins que le métier d'origine. Le plus important, c'est d'avoir une distance, et bien faire une synthèse. C'est vrai que l'ergo a l'habitude d'avoir cette vision globale. Mais il peut y avoir des ergos pas du tout ouverts et d'autres professions très ouvertes à ce qui se passe autour d'eux.

- *A un moment, tu as eu la possibilité de manager une équipe avec différentes professions ?*

Non, mais on m'a proposé au sein de l'institution d'être responsable de tous les rééducateurs. J'ai passé l'entretien. Le groupe de rééducateurs semblait plutôt favorable pour que je prenne le poste. Nous avons une façon très complémentaire de bosser, ça marche plutôt bien.

- *Comment tu expliques cela ?*

Je crois qu'il y a beaucoup de la personnalité, du caractère. Ils me connaissent professionnellement et nous nous entendons plutôt bien. Ils auraient aimé je crois me voir à ce poste. Le personnage joue beaucoup dans l'acceptation par les autres du rôle que tu joues. En tout cas, il faut que tu sois reconnu sinon ça peut pas marcher. Il y a aussi le fait de respecter l'identité professionnelle, y a pas d'ambiguïté, c'est clair entre nous. Mais, tu vois j'ai du mal à définir pourquoi ils m'auraient vu à cette place, c'est pas définissable, c'est comme ça. Enfin, il y a aussi beaucoup de confiance entre nous. Ça fait longtemps que nous travaillons ensemble, ça compte. Mais bon, l'institution en a choisi un autre (rire).

- *Tu as quelque chose à rajouter par rapport à l'interprofessionnalité ou par rapport à l'entretien ?*

Pour moi, ce qui est important, c'est de ne pas mettre trop d'espoir dans ce mot. Il faut mettre des limites à l'interprofessionnalité et surtout prendre son temps. Ça se prépare et tout est affaire de communication et d'écoute. Il faut croire en l'effet de coordination. Il faut connaître les identités de chacun, c'est la valeur de chacun. Et puis, il faut d'abord bien se connaître pour connaître les autres. Nous pouvons accéder à un soin de qualité quand nous savons bien le sens que l'on met dans nos actes. Le cadre doit bien se définir pour accéder à la définition des autres. A partir du moment où tu te cernes bien, tu peux te définir par rapport aux autres. Une fois que tu as fait ce travail, c'est plus facile pour trouver les mots justes pour la coordination. Tu le sens au quotidien, dans le couloir, dans la chambre, ça passe bien. Surtout être bien au clair avec son identité, ça permet d'avoir des liens constructifs. Le cadre a une mission de repérage.

- *Merci pour ta participation*

### Interview d'un cadre de santé ergothérapeute :

Diplômé depuis 1991, cadre pédagogique et encadrement d'une équipe d'ergothérapeutes à temps partiel, action clinique de thérapeute familial systémique.

“ J'ai plus dans l'équipe une fonction d'animateur que de réel représentant vis à vis des autres équipes soignantes. J'essaye d'avoir une action plus d'animateur de groupe que de responsable d'équipe. ”

*- Pour toi, qu'est-ce que l'interprofessionnalité, la transprofessionnalité ?*

“ Je ne sais pas trop parce que moi je n'utilise pas ce vocabulaire, j'utilise le vocabulaire d'interdisciplinarité, pluridisciplinarité et transdisciplinarité. Moi, c'est au départ les équipes sont forcément pluridisciplinaire, c'est leurs constitutions, mais leurs fonctionnement peuvent être dans les trois niveaux : pluridisciplinaire où chacun travaille de son côté, peu d'action commune, ensemble. Soit un travail en interdisciplinarité, plus ou moins formelle, plus ou moins importante. Et enfin, un travail en transdisciplinarité.

Classiquement, les ergo et les kiné travaillent ensemble sur un certains nombres de domaines qui sont en rééducation, ceux qui passent le plus de temps ensemble. L'autre poule, c'est les aides-soignantes et les infirmières. Le psychologue et l'orthophoniste passent plus de temps ensemble. On voit apparaître des paires, et c'est cela que j'appelle l'interdisciplinarité. C'est à dire lorsque l'on sort d'un champ trop éloigné, quel vocabulaire commun utiliser. L'ergo va être dans une position intermédiaire car il parle en même temps avec l'infirmière, l'orthophoniste, le médecin, le kiné et va adopter et modifier son langage en fonction de l'interlocuteur. Dans l'équipe, celui qui peut avoir plus de facilité à parler un langage interdisciplinaire, c'est l'ergo. Cela pose la question : comment circule l'information ? Mon point de vue, l'ergothérapeute va centraliser l'information et permettre la circulation de l'information. Le cadre infirmier et l'infirmière le voient d'une autre façon.. Elles se voient dans la position pour centraliser bien qu'elles ne manipulent pas tout ce qui seraient objectifs de rééducation en terme rééducation motrice et neuro-psychologique, ce qui est la vocation du service. On voit

apparaître une possibilité de conflit entre ces deux corps professionnels. On voit aussi apparaître une source de conflit entre les kinés et les ergos. S'ils ont un langage commun, ils partagent un certains nombres de compétences et donc d'actions. Ce qui pose la question de qui fait quoi ? Cela implique une régulation interne pour déterminer les champs d'action. Le troisième niveau, la transdisciplinarité, c'est à dire où l'équipe arrive à se mettre d'accord sur des objectifs communs et des objectifs spécifiques. Les objectifs communs sont sur l'ensemble du groupe ; les objectifs spécifiques, c'est celui de chaque groupe professionnel. Pour qu'il y ait une action transdisciplinaire, il faut qu'il y ait en même temps des actions de régulation transversale et en même temps longitudinale pour que les objectifs spécifiques puissent se raccrocher à des objectifs généraux. L'idée de la transdisciplinarité tel que nous le concevons ici, c'est d'arriver à sortir du clivage interprofessionnel, des barrières corporatistes et c'est également une alliance thérapeutique au niveau d'une équipe. L'alliance doit se comprendre comme une synthèse de tous les langages présents. L'ergo peut faire cette synthèse, il va repositionner le programme de soin au niveau des besoins de la personne, l'évaluation des besoins de la personne, l'ergo le fait par rapport au contexte, à la personne. Je pense que le fondement même de l'ergothérapie est un fondement systémique qui prend l'approche bio-psycho-sociale pour reprendre des termes du début du siècle.

- *C'est un fondement systémique ?*

Oui, bio-psycho-social, c'est l'approche systémique mais l'approche systémique se définit avec un autre vocabulaire et une autre manière de découper. Le système social serait le système le confessionnel, le loisir, qui serait surtout le système familial parce que c'est une base. Le soin, l'institution du soin qui est un autre système. Et nous allons voir ce qui se passe pour le patient dans le système dans lequel il est actuellement. Le service lorsque c'est un service hospitalier, mais aussi la finalité, pourquoi est-ce qu'on est là ? pourquoi est-ce qu'il est là ? vers où va-t'il ? d'où il vient ? de quoi est constituée son histoire ? aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur ? Le modèle systémique est un modèle intégratif qui regarde la relation des personnes entre elles, des fonctions entre elles et des systèmes entre eux.

Le contexte de soin mais aussi le contexte à l'extérieur, le milieu écologique. Ca c'est la position de l'allier thérapeutique, le traducteur de l'équipe auprès du patient. C'est le niveau interdisciplinarité qui implique l'alliance thérapeutique. Mais au niveau d'une équipe, la transdisciplinarité, c'est lorsque toute l'équipe est dans cette position là, peu

importe le corps professionnel pourvu qu'il y ait un membre qui puisse représenter l'équipe pour discuter, renégocier les objectifs avec le patient, la famille. Le plus souvent on retrouve un fonctionnement de type pluridisciplinaire, quand les institutions sont performantes, c'est de type interdisciplinaire et lorsqu'elles sont très performantes elles sont au niveau transdisciplinarité. Ici on y ait mais pas tout le temps, c'est pas toujours pertinent et c'est pas pour tout le monde. On peut travailler à ces trois niveaux en même temps et alternativement. Nos réunions d'équipes dans le service servent à ça. Un échange, une mise en commun, détermination des objectifs. Je vois que c'est souvent les ergos qui, en fonction de ce qui a été déterminée, vont réajuster. Il faut être centré sur le patient et sur son intérêt.

*- Le cadre de santé, comment pourrais-tu le définir ?*

Pour moi, je crois que l'action du cadre de santé c'est la sécurité, le développement, la promotion des actions professionnelles. Par rapport à l'institution c'est celle de la gestion. Il y a un lien entre la sécurité et la gestion. Cela va représenter l'outil financier, l'activité du service, l'adéquation de l'activité et du nombre de personnes, le travail sur la ventilation des congés ect... Moi, j'avais le souci de la promotion de l'ergothérapie, la pertinence des soins, de l'enseignement, de la formation des jeunes.

Le cadre a une fonction qui est au croisement des deux axes transversaux et longitudinaux. Transversal c'est les actions auprès des équipes et des patients, au quotidien. Longitudinal c'est plus par rapport aux groupes des cadres, des gestionnaires, action de travail et plus de représentation de l'équipe d'où il vient. C'est en interface entre le terrain et la gestion.

*- Au niveau de la formation initiale, est-ce que tu penses qu'elle peut favoriser l'approche transdisciplinaire ?*

Oui la formation initiale peut préparer à cela, mais elle ne le fait pas exprès. C'est pas un objectif pédagogique, les étudiants le découvrent essentiellement en stage. Le problème, c'est que tout dépend du terrain de stage, de l'encadrement, de l'étudiant, de ce qu'il a compris et puis ses capacités personnelles à concevoir l'action du système, c'est à dire de se positionner, la position méta en terme de fonctionnement systèmes. Dans l'action, cela paraît difficile de s'extraire pour réfléchir à ce que l'on fait. Je pense que l'école ne prépare pas à cela mais ça se fait tout de même.



## ***Bibliographie***

### **Ouvrages**

- ANZIEU Didier, Le groupe et l'inconscient: L'imaginaire groupal , 2ème édition, Paris, Dunod, , 1985, 345p
- ARDOINO Jacques, Les avatars de l'éducation, problématiques et notions en devenir, Paris, , PUF, 2000, 254p
- BARBIER René, L'approche transversale.- l'écoute sensible en sciences humaines, Paris, Economica, 1997, 351 p
- BARDIN Laurence, Analyse de contenu. Paris, PUF, 1977, 230p
- BLANCHET Alain et GOTMAN, Enquête et ses méthodes: l'entretiens\_sociologie, Paris, Co1128, Nathan Université, 1992
- BLANCHET Alain et Al, Entretien dans les sciences sociale, l'écoute, la parole et le sens, Paris, Dunod, 1985, 289p
- BERGERET Jean , La violence fondamentale, l'inépuisable Œdipe Paris, Dunod, 1984,251 p
- BOLLE DE BAL Marcel, Voyages au cœur des sciences humaines. de la reliance, T1: Reliance et théorie, Paris, L'Harmattan, 1996, 332p
- BOLLE DE BAL Marcel, Voyages au cœur des sciences humaines. de la reliance, T2 : Reliance et pratique, Paris, L'Harmattan, 1996, 340p
- BORINGER Richard, C'est beau une ville la nuit.-blues, Paris, Ed Denoël, 1988, 151p
- BREL Jacques Fondation, Tout Brel, Paris, Robert Laffont, , 1982, 479p
- CAILLE Philippe~ Un et un font trois: le couple révélé à lui-même,2 ESF édition, Paris, ESF, 1995, 151p
- CHAPPUIS Raymond., La Psychologie des relations humaine~. Paris, PUF , 1986, 126p (Que sais-je ?)
- CHAPPUIS Raymond., Les relations humaines. la relation à soi et aux autres, Paris, Vigot, 1994,1 09p
- CHAPPUIS Raymond, La solidarité et l'éthique des relations humaines,-Paris, PUF, 1999, 127p (Que sais-je ?)
- CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard, L'acteur et le système. 2ème édition, Paris, Seuil, 1999, 436p, (Points Essais)
- DE LANNOY D Jacques et FEYEREISEN Pierre, L'éthologie Humaine Paris, PUF, 1987, 123p
- DUBAR Claude, La socialisation. -construction\_des identités sociales et professionnelles, Paris, Armand Colin, 1991,276 p
- DUPUY Jean-Pierre, Ordres et désordres, enquête sur un nouveau paradigme, Tours, Seuil, 1982, 277p
- DURKHEIM Emile, la division du travail Social, Paris, PUF, 1998, 464p, (Quadrige)
- HERICKSON Milton, Adolescence et crise. la quête de l'identité, Paris, Flammarion, , 1992, 348p
- FOUCAULT Michel, Naissance de la clinique 6 ème édition, Paris, PUF, 2000, 232p (Quadrige).
- FISCHER Gustave-Nicolas, Les concepts fondamentaux la psychologie sociale, Paris, Dunod, ,1987 , 208 p
- GARDOU Charles et collaborateurs, Être ou devenir handicapé le handicap en visages-1, Toulouse, Erès, 1996, 203p
- GENELOT Dominique, Manager dans la complexité, Réflexion à l'usage des dirigeants, Paris, INSEP éditions, 1992, 362p
- GRA WITZ, Méthodes des sciences sociales, Dolloz, Paris, 10ème ed, 1996, 920p
- KOURILSKY -BELLARD Françoise, Du désir au plaisir de changer, Paris, Dunod, 1995, 327 p
- LABORIT Henri, Eloge de la fuite. Gallimard, Paris, 1976, 186 p (folio)
- LEYENS Jacques Philippe, psychologie sociale Liège, Mardaga, , 1979, 194 p
- LERBET-SERENI Frédérique, Les régulations de la relation pédagogique Clamecy, L'Harmattan, 1997, 216p
- MAFFESOLI Michel, Contemplation du monde, figures du style communautaire, Paris, Grasset, ,1993, 238p
- MAFFESOLI Michel, Le temps des tribus, Paris, LGF, 1991, 288p
- MASONNEUVE Jean, Introduction à la psychologie 1 édition, Paris: PUF, 1973, 254p
- MAISONNEUVE Jean, La dynamique des groupes édition, Paris, PUF, 1997, p 128
- MORIN Edgar, Le paradigme perdu la nature humaine, Paris, Seuil, 1973, 243p (Points essais)
- MORIN Edgar, La méthode Tome 2: la vie de la vie, Paris, Seuil, 1980, 470p (Point Essais)
- MORIN Edgar, La tête bien faite Repenser la réforme, réformer la pensée,-Mayenne, Seuil, 1999, 153p
- MOSCOVICI Serge, Psychologie sociale des relations à autrui Paris, Nathan, 1994, 207p
- MUCCHIELLI Roger, Le travail en équipe Paris, ESF, 1975, 96p
- BASARAB Nicolescu La transdisciplinarité Manifeste Monaco, Ed du Rocher, 1996, 231p
- PAGES Max, La vie affective des groupes esquisse d'une théorie de la relation humaine, Paris, Dunod, 1968, 507p
- RICOEUR Paul, Soi-même comme un autre Paris Seuil, 1990, 425p
- RICHARD J, BIZZIM L, CROMI3ECQUE A, Essai sur l'objet de la psychogérontologie et sa place dans la pratique du soin à la personne âgée 1989, Genève, in Psychologie de la personne âgée, sous la Direction de j MONTANGERO, PUF,380p
- ROGERS Carl., Le développement de la personne Paris, Dunod, 1996, 285p
- SAUSSE Simone., le miroir brisé Paris, Calmann-Lévy, 1996, 224p

SIBONY Daniel, Entre-deux l'origine en partage, Paris, Seuil, 1991, 399 p  
Q T HALL Eduard La dimension cachée Paris, Seuil, 1971, 254p  
THUIDEREZ Christian, Négociations essai sociologique du lien social, Paris PUF, 2000, 290p  
TOSQUELLES François., De la personne au groupe, à propos des équipes de soins, ' Paris, Eres, 1995, 260p  
V ARELA Francisco, THOMPSON Evan, ROSCH Eleanor , L'inscription corporelle de l'esprit .sciences cognitives et expérience humaine, -Paris, Seuil, 1993, 377p  
VERNANT Jean-Pierre, L'univers. les Dieux. les Hommes. Vernant raconte les mythes, Paris, Seuil, 1999, 244p  
WATZLAWICK Paul, H WEAKLAND John, FISCH Richard , Changements. Paradoxes et psychothérapie, Paris, Seuil, 1975, 229p (points Essais)  
YOORS Jan, Tsiganes, sur la route avec les Rom Lovara, Paris, Phebus, 1990, 273p

## **2 -Articles de périodiques**

Association Canadienne des Ergothérapeutes, Promouvoir l'occupation, une perspective de l'ergothérapie, Ontario, CAOT publications ACE, 1997, 23 5p, pp 37-44  
A CF AS, Cahiers Scientifique 82, L'ergothérapie comme source d'apprentissage, Québec, , 1995, 152p  
ARDOINO Jacques., Les jeux de l'imaginaire et le travail de l'éducation, TI, no8, déc 84, p101  
CHARRIERE Clairette, L'équipe interdisciplinaire au service du projet individualisé, 1 + 1 =3 , 1998, article UIP ARM, 7p  
COUDRAY Marie-Ange, “ Entre soin et management : du cadre surveillant au cadre sur-éveillant ” , Soin formation -pédagogie -encadrement no 7, 3è trimestre 1993, pp 67-68  
GOULLET DE RUGY B, “ La démarche interdisciplinaire, rêve, cauchemar ou possibilité ? ”, Rencontre en médecine physique et réadaptation, no4, expérience en ergothérapie, Sauramps médical, 1998, pp 41-48  
GUIHARD Jean-Philippe, “ Interprofessionnalité ou interprovidence ? ”, Journal d'ergothérapie, Masson, Paris, 21, 3, 91-95, 1999, pp 91-95  
HART Josette, “ Les cadres et le changement dans la fonction publique à partir de l'exemple de cadres intermédiaires ”, Gestions hospitalières, no159, février 2000, pp 120- 127  
LE PAVILLON DE LA COTE, Hôpital, “ Déjà une gériatrie nouvelle ”, inventer l'hôpital de réadaptation, 1988, Lausanne, Rapport, Réalités sociales, 361p  
VUILLEUMIER Jacques., “ Interdisciplinarité ”, Médecine et Hygiène, Genève 49ème , année, no1909 du 20 novembre 1991, pp 3130-3136.

## **Dictionnaires et encyclopédies :**

DICTIONNAIRE ENCYCLOPEDIQUE, Le Petit Larousse illustré, Paris, Larousse, 1997  
GRAND DICTIONNAIRE DE LA PSYCHOLOGIE, Paris, Larousse, 1991  
DICTIONNAIRE ETYMOLOGIQUE DE LA LANGUE FRANÇAISE, 8ème édition, Paris, PUF, 1989  
LAROUSSE ENCYCLOPEDIQUE, en 22 volumes, Paris, Edition France Loisirs, 199  
ENCYCLOPEDIE DES IMPRESSIONNISTES, des précurseurs aux héritiers, sous la direction de Dominique SPIESS, EDITA, Lausanne, 1992  
PETITE ENCYCLOPEDIE DE PHILOSOPHIE, Louis MILLET, Paris, Ed Universitaires, 1995

## **-4--Documents non Du!!l~**

ARDOINO Jacques, Forum de réflexion de l'AICS “ Interprofessionnalité 23/01/99, Paris, Intervention, 9p, p 2  
HERNANDEZ Hélène, Ethique en rééducation - Mémoire, IF CS Croix-Rouge Française, Paris, 1998  
HERNANDEZ Hélène, De la pluridisciplinarité à l'interprofessionnalité, du 21 octobre 1999, Paris, re Journée Ergothérapie AP-HP.  
HOLLENSTEIN Claire, Le féminin Pluriel. Mémoire pour l'obtention du :OURF, Strasbourg, 1999, p 192  
OIT, UNESCO, OMS, RBC :Pour et avec les personnes handicapées, 1994, Genève, Rapport, 15p  
PIBAROT Isabelle, Dynamique de l'ergothérapie, essai conceptuel, 1997, Paris, Rapport, 20p, p 6

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>2</b>
<b>ITINERAIRE D'UNE PRATIQUE</b> .....	<b>7</b>
1-1 CARNET DE ROUTE - UN TOUR HORS FRONTIERE : LA ROUMANIE .....	8
1-2 HISTOIRE D'UNE EQUIPE DE READAPTATION EN INSTITUTION : .....	12
1- 3 CONSTAT DE DEPART :.....	14
<b>DEVELOPPEMENT EXPLORATOIRE</b> .....	<b>16</b>
2-1 IV JOURNEE NATIONALE D'ETUDE ET REFLEXION UIPARM, “ DES ACTES PROFESSIONNELS A LA COORDINATION DES ACTIVITES ” 21 JANVIER 2000 : .....	16
2-1-1 <i>Présentation de la journée</i> : .....	16
2-1-2 <i>Intervention sur la législation</i> : .....	17
2-1-3 <i>Table ronde : “ actes en miettes ou activités en bloc ? ”</i> .....	18
2-1-4 <i>Conclusion</i> : .....	19
2-2 COMPTE-RENDU DU SECOND FORUM DE REFLEXION DE L' AICS : “ INTERPROFESSIONNALITE ” 23 JANVIER 1999 : .....	20
2-2-1 <i>Intervention de Jacques Ardoino : (annexe)</i> .....	20
2-2-2 <i>Résultat de l'enquête sur l'interprofessionnalité</i> : .....	21
2-3 ENTRETIEN AVEC UN CADRE DE SANTE ERGOTHERAPEUTE SUR LA PLURI, L'INTER ET LA TRANSDISCIPLINARITE (ANNEXE N°4): .....	22
2-4 ESCALE ENTRE LA PRATIQUE ET L'EBAUCHE CONCEPTUELLE : .....	23
<b>SOLITAIRE/ SOLIDAIRE</b> .....	<b>24</b>
3-1 LE CONFLIT, UNE MANIERE D'EXPRIMER SON IDENTITE PROFESSIONNELLE : .....	24
3-1-1 <i>Le conflit de rôles</i> : .....	25
3-1-2 <i>L'identité professionnelle</i> : .....	28
3 -2 DU GROUPE A L'EQUIPE PROFESSIONNELLE : .....	31
3-2-1 <i>Le groupe</i> : .....	31
3-2-2 <i>L'écueil de l'illusion groupale</i> .....	32
3-2-3 <i>L'équipe</i> : .....	34
3-2-4 <i>L'interdépendance</i> .....	35
3-3 CONCEPT DE RELIANCE, VERS UNE FORME DE SOLIDARITE : .....	38
3-3-1 <i>Concept de reliance</i> : .....	38
3-3-2 <i>La nécessaire déliance</i> : .....	40
3-3-3 <i>Solitaire et solidaire</i> : .....	41
3-4 CONCLUSION - SOLITAIRE ET SOLIDAIRE : .....	44
<b>REPERAGE ENTRE PLURI ,INTER, TRANSDISCIPLINAIRE</b> .....	<b>46</b>
4-1 LA TRANSDISCIPLINARITE : LE MANIFESTE DE BASARAB NICOLESCU : .....	46
4-1-1 <i>Un retour à l'histoire</i> : .....	46
4-1-2 <i>Les définitions de pluri, inter et transdisciplinaire selon Basarab Nicolescu</i> : .....	48
4-2 APPLICATION AU MILIEU PROFESSIONNEL : .....	49
4-2-1: <i>La pluriprofessionnalité</i> : .....	51
4-2-2 : <i>l'interprofessionnalité</i> : .....	52
4-2-3 <i>La transprofessionnalité</i> : .....	55
<b>ROLE DU CADRE</b> .....	<b>57</b>
5-1 ORGANISER : .....	58
5-2 PILOTER : .....	59
5- 3 ADAPTER : .....	60
5-4 ROLE DU CADRE = FACILITATEUR : .....	61
<b>ANALYSE SUR LE TERRAIN</b> .....	<b>64</b>
6-1 HYPOTHESE ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE : .....	64

6-2 EXPERIMENTATION :	65
6-2-1 <i>Le choix de l'outil de recherche</i> :	65
6-2-2 <i>La population choisie : cadres de santé ergothérapeute</i>	66
6-2-3 <i>Les biais méthodologiques</i> :	66
6- 3 ANALYSE DE DONNEES :	67
6-3-1 <i>Analyse de discours, quantitative et qualitative:</i>	67
6-3-2 <i>Les propositions</i> :	68
6-3-3 <i>Catégories</i> :	69
6-3-4 <i>unités de quantification:</i>	70
6-3-5 <i>Le graphe de prédisposition</i> :	72
6-3-6 <i>Les mots perceptifs</i> :	73
6-4 COMPTAGE DES DEUX ENTRETIENS :	73
6-4-1 <i>Tableau récapitulatif de l'analyse quantitative des deux entretiens</i> :	73
6-4-2 <i>Analyse du premier entretien</i> :	74
6-4-3 <i>Analyse du deuxième entretien</i> :	82
6-4-4 <i>Analyse croisée des deux entretiens</i> :	91
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>94</b>

LE SOLI      T  
                 ↻      ↻  
                 AIRE  
                 ↻      ↻  
                 D

*LE ROLE DU CADRE DE SANTE  
DANS UNE PERSPECTIVE  
TRANSPROFESSIONNELLE*

*RESUME*

Ce travail est parti de la conception que peut avoir l'ergothérapeute de la réadaptation et de la confrontation de deux expériences professionnelles, l'une faite en Roumanie, l'autre en France. Cet itinéraire d'une pratique (chapitre I) nous présente l'expérience hors frontières qui m'a fait découvrir ce que pourrait être une équipe interprofessionnelle au service d'un même projet. Je me trouvais dans une situation tout à fait particulière où l'adaptation et l'accommodation nous ont permis de penser collectivement à une activité et de nous ouvrir au concept de Réadaptation à Base Communautaire<sup>169</sup>. La deuxième expérience en France présente une atomisation des professions médicales et paramédicales. Ce système entraîne une activité sectorisée avec une juxtaposition des actes auprès de la personne malade. Ce type de démarche ne semble plus correspondre aujourd'hui aux besoins de la population, au souhait de prendre en compte la personne dans sa globalité (environnement social, professionnel, affectif, architectural). Au sein de l'institution, nous pouvons nous demander quel rôle et quelle responsabilité peuvent avoir chaque soignant, y compris le cadre de santé, pour tendre vers cette approche de la santé ?

Une recherche sur le terrain (chapitre II) m'a donné l'occasion de côtoyer des Associations de professionnels ayant réfléchi sur les questions de : l'interprofessionnalité, les rôles spécifiques et partagés dans le domaine de la réadaptation. Un entretien, portant sur la différence entre pluri, inter et transprofessionnel, me donne le point de vu d'un cadre de santé ergothérapeute sur la question. Ces investigations me permettent de formuler une première hypothèse : **La solidarité est un vecteur de la transprofessionnalité et le cadre, comme tous les autres acteurs doit avoir un rôle à jouer dans cette dynamique. Pour tendre vers la transprofessionnalité , il doit aller du solitaire au solidaire.**

Pour développer cette hypothèse, il nous faut partir sur la trace d'auteurs qui ont étudié les concepts clefs de : solidaire, solitaire (chapitre III), et transprofessionnel (chapitre IV). Le point de départ se trouve dans l'étude du conflit de rôles comme expression d'une identité professionnelle. Permettre l'expression du conflit, c'est peut-être accepter l'expression de l'Autre dans toute sa différence ? Alors il peut se former une équipe où tout le monde prend conscience de ses responsabilités, respecte le rôle de chacun et participe aux objectifs fixés en commun. Il existe une interdépendance entre tous les partenaires, y compris la personne malade et son entourage. Ce lien demande un ajustement mutuel, une « *reliance* »<sup>170</sup> qui ne peut avoir de signification que dans le couple porteur : reliance / déliance. Ce paradoxe nous renvoie au principe « dialogique » qui unit deux notions antagonistes. Cette complexité du monde nous permet de concevoir le solitaire et le solidaire complémentaires dans une même réalité. Le manifeste de Basarab Nicolescu, donne une lecture particulièrement riche des concepts de pluri, inter et transdisciplinaire et nous donne un point d'appui pour mieux discerner ces différences dans le contexte professionnel. Dans l'idéal, la transprofessionnalité devient un pari du « juste à temps : la bonne personne au bon moment et au bon endroit ».

Dans cette approche complexe du soin, le rôle du cadre de santé pourrait se définir par l'organisation, le pilotage et l'adaptation pour en arriver à la notion de « facilitateur » pour l'équipe.(chapitre V).

Par l'éclairage conceptuel, je formule une deuxième hypothèse que je tenterai de vérifier sur le terrain : **Pour que le cadre de santé soit facilitateur de l'approche transprofessionnelle de l'équipe, il doit être autant dans le solidaire que dans le solitaire. Son management s'adapte à la complexité de la situation.**

L'analyse sur le terrain s'est faite auprès de deux cadres de santé ergothérapeutes à partir de la méthode d'analyse d'entretiens (chapitre VI). Les conclusions font apparaître que l'approche transprofessionnelle semble bien se situer entre l'individuel et le collectif dans une boucle rétroactive où l'individualité agit sur le collectif qui affirme en retour l'identité. Le solidaire et le solitaire sont inséparables dans une même réalité. le cadre de santé peut faciliter l'émergence de cette approche en adaptant son

---

<sup>169</sup> Concept créé en 1970 par l'OMS.

<sup>170</sup> Marcel BOLLE DE BAL, Voyages au cœur des sciences humaines, de la reliance, Tome I : Reliance et théorie, Paris, L'Harmattan, 1996, 332p

comportement en fonction de la complexité de la situation. L'affirmation du rôle de chacun permet de sécuriser et valoriser les professionnels tout en permettant une ouverture vers des projets plus globaux répondant aux besoins de la personne malade, de son entourage mais aussi aux exigences de l'environnement socio-économique. En assumant cette complexité, nous pouvons espérer « *réformer* » notre mode de pensée et favoriser le sens de la responsabilité de chacun.

La médecine, par son approche scientifique, devient de plus en plus spécialisée pour connaître au mieux les causes et prévoir les effets des maladies. Cette évolution du monde de la santé a permis de nombreux progrès bénéfiques au quotidien pour la personne soignée. Cependant, cette approche a réduit notre vision de l'Homme malade et a entraîné une sectorisation qui se retrouve dans toutes les strates de l'organisation des instituts de santé. De nombreuses spécialités médicales et paramédicales interviennent auprès du patient.

Pour réellement avoir une approche globale de la personne malade dans son environnement et au sein de la communauté, nous devons sans cesse réfléchir sur nos pratiques, redéfinir l'objet de notre travail, et l'actualiser en fonction des besoins du malade. Le cadre de santé peut-il faciliter l'émergence de cette approche " transprofessionnelle " en adaptant son comportement en fonction de la complexité de la situation ? L'affirmation du rôle de chacun permet de sécuriser et valoriser les professionnels tout en permettant l'ouverture vers des projets plus globaux qui répondent aux exigences de l'utilisateur, de l'entourage mais aussi de l'environnement socio-économique de notre pays. L'approche transprofessionnelle semble bien se situer entre l'individuel et le collectif dans une boucle rétroactive où l'individualité agit sur le collectif qui affirme en retour l'identité. Le solidaire et le solitaire sont inséparables dans une même réalité. En assumant cette complexité, nous pouvons espérer " réformer " notre mode de pensée et favoriser le sens de la responsabilité de chacun. I

≈

Mots clefs: Besoins de la personne soignée, environnement, transprofessionnel. solitaire, solidaire" équipe, complexité, cadre de santé.

Jean -Michel CAIRE

INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTE, CENTRE HOSPITALIER CHARLES  
PERRINS BORDEAUX

Promotion 1999-2000