

L'interdisciplinarité, un postulat tiré de l'expérience



Les **professionnels du secteur social et médico-social** ont développé une pratique de **l'interdisciplinarité** qui, pour être inégale selon les établissements et les services, n'en est pas moins acquise comme une nécessité. L'interdisciplinarité est fondamentalement une disposition qui s'accorde et fait écho au **postulat de la globalité de la personne et de la singularité de ses besoins**, tout particulièrement lorsqu'elle est en **situation de handicap**. Développée au sein d'un service ou d'un établissement, elle ne doit cependant pas se suffire à elle-même mais s'ouvrir à la richesse et la difficulté de la collaboration, de la confrontation à d'autres points de vue, autrement dit à la perspective du **partenariat**.

Les **professionnels du secteur social et médico-social** ont développé une pratique de **l'interdisciplinarité** qui, pour être inégale selon les établissements et les services, n'en est pas moins acquise comme une nécessité. L'interdisciplinarité est fondamentalement une disposition qui s'accorde et fait écho au **postulat de la globalité de la personne et de la singularité de ses besoins**, tout particulièrement lorsqu'elle est en **situation de handicap**. Développée au sein d'un service ou d'un établissement, elle ne doit cependant pas se suffire à elle-même mais s'ouvrir à la richesse et la difficulté de la collaboration, de la confrontation à d'autres points de vue, autrement dit à la perspective du **partenariat**.

Des redéploiements en cours

On assiste aujourd'hui à un déplacement vers le secteur médico-social de la prise en charge du public traditionnellement suivi par les secteurs de la psychiatrie et de la Protection judiciaire de la jeunesse. Il est en effet constant d'observer que des établissements et services dédiés au handicap accueillent une population souffrant de troubles mentaux – sous le vocable du handicap psychique. Par ailleurs, alors que cela aurait dû être de sa vocation, la Protection judiciaire de la jeunesse ne s'est pas engagée de façon significative dans le montage et la gestion de structures d'accueil telles que les centres éducatifs renforcés, mais les a souvent rétrocédés au secteur associatif. Et de récentes orientations politiques redéployent ce service public sur le registre du pénal et du contrôle des établissements et services accompagnant les jeunes délinquants, remettant ainsi le registre éducatif au secteur associatif.

De son côté, l'Aide sociale à l'enfance se trouve en difficulté dans certains départements pour assurer sa mission de façon cohérente. Localement, les récriminations contre les services territoriaux qui assurent cette mission, même si elles ne sont pas toujours justifiées, témoignent d'une difficulté de la collectivité départementale à organiser et animer la protection de l'enfance. On voit là aussi les conseils généraux solliciter le secteur associatif pour assurer partie de ces missions, soutenir des initiatives ajustées aux nouvelles problématiques juvéniles, voire utiliser ces initiatives pour faire évoluer les pratiques professionnelles au sein de leurs propres services. On assiste par ailleurs au montage de structures visant à accueillir des jeunes dit incasables, à l'intersection de la psychiatrie, de la délinquance et de la protection de l'enfance, structures s'inspirant des approches psycho-éducatives développées en ITEP et dont la gestion est le plus souvent confiée au secteur associatif compte tenu de sa souplesse juridico-administrative et de sa capacité à développer des projets.

Conjointement, la création des Agences régionales de santé (ARS), si elle est notamment destinée à articuler structures hospitalières et médecine libérale pour résoudre l'engorgement des urgences, vise aussi à établir une continuité entre la dimension sanitaire et la dimension médico-sociale en matière de santé. On est fondé de s'interroger sur ce regroupement des secteurs sanitaire et médico-social, de s'inquiéter du risque de rabattement sur le modèle

sanitaire et de s'interroger sur la représentation sociale qui sous-tend cette perspective – le paradigme d'une société d'individus idéalement autonomes et la compensation qu'impliquerait l'insuffisante autonomie de certains. Il n'en reste pas moins que le politique est aujourd'hui en attente du savoir-faire développé par le secteur médico-social en matière d'accompagnement personnalisé.

L'impulsion d'une politique de compensation de la dépendance par la CNSA, le rôle qui est aujourd'hui accordé à cette dernière dans les projets gouvernementaux et les attentes associatives, la perspective d'une structuration autour de la notion de 5° risque, tout indique une volonté de maîtrise des dépenses publiques et d'une recherche de justification sociétal de l'appareillage technocratique en projet. Pour autant, le secteur médico-social n'est pas nécessairement sans atout dans le processus en cours. Voire, divers propos laissent à penser qu'il est considéré comme un acteur susceptible de contribuer à son dynamisme. On peut se demander si, comme au moment de la création de l'Enfance inadaptée, la proximité culturelle des politiques et des administrations centrales avec les responsables du mouvement associatif ne joue pas en sa faveur.

Structurellement en effet, les protagonistes se caractérisent comme suit :

- un service public (Education nationale, Protection judiciaire de la jeunesse, psychiatrie hospitalière, Aide sociale à l'enfance) qui doit assurer une mission en tout lieu sur le territoire national (notion de couverture et d'équité du service public) et qui semble actuellement en difficulté pour trouver la posture adéquate à l'exercice de ses missions ;
- des dispositifs privés qui n'ont pas à se préoccuper de couvrir un territoire avec une prestation donnée, mais développent des projets, éventuellement en concurrence avec d'autres acteurs du même ordre et n'obtenant les moyens de leurs projets qu'au prix de démarches volontaristes, toutes caractéristiques hautement favorables à l'initiative.

La scolarisation des élèves avec un handicap

On objectera que contrairement à ce qui est observé pour le secteur de la Protection judiciaire de la jeunesse, de la psychiatrie hospitalière et localement de l'Aide sociale à l'enfance, l'Education nationale ne sollicite pas le secteur médico-social pour qu'il accueille partie de son public mais se voit au contraire invité à accueillir partie du public traditionnellement orienté vers le secteur médico-social. D'évidence un déplacement est en cours pour ce qui touche à la déficience intellectuelle.

Observons d'abord qu'il en fut de même pour les déficiences motrices et sensorielles (auditives et visuelles) au cours des décennies précédentes, sans pour autant que régresse l'accompagnement spécialisé de ces publics. On observe même qu'il s'est développé tout en mutant.

Cependant, sous la pression de l'attente parentale, pour des raisons démographiques – décroissance du nombre d'élèves – et sous l'impulsion du politique pour des motifs d'économie budgétaire mais aussi d'évolution des mentalités face à la question du handicap, l'Education nationale draine une population dont la loi du 11 février 2005 a confirmé catégoriquement le droit à une scolarisation dans l'école de la République. Il est exclu de s'en désoler. C'est une très ancienne revendication, voire une mission que l'Education nationale aurait dû assurer depuis fort longtemps. Pour autant les réponses aujourd'hui apportées sont largement insuffisantes en volume et en qualité (cf. le déficit d'auxiliaires de vie scolaire et la carence de formation à leur intention). L'accueil d'élèves avec un handicap devrait provoquer, sinon des évolutions pédagogiques en profondeur pour l'ensemble des élèves – on s'en réjouirait - tout au moins une approche plus appropriée à leur spécificité.

Par ailleurs, à la lecture des recommandations officielles, il y a lieu d'être inquiet devant l'apparente ignorance du savoir-faire pédagogique et éducatif développé dans le secteur médico-social, malgré quelques intentions de partenariat hautement proclamées mais sans que soient pensées des dispositions opératoires. Heureusement, sur le plan local, nombre d'initiatives se développent. Mais la lourdeur structurelle de l'Education nationale, son fonctionnement autocentré, occasionnent un gâchis humain dont on commence juste à mesurer les conséquences :

laissés en grande difficulté des années durant parce qu'on n'a pas pris la mesure des enjeux à assumer, des jeunes se trouvent tardivement exclus du système scolaire, sans que leur échec puisse être rattrapé.

On entend conjointement la déception et la difficulté des enseignants d'UPI qui assument seuls la responsabilité de l'accueil d'enfants avec un handicap là où cette responsabilité devrait être partagée par l'équipe enseignante. Certains se tournent vers les services et établissements spécialisés pour y trouver un appui. Ils peuvent en effet être acculés à un colloque singulier avec des jeunes qui les mettent à mal, des familles qui leur demandent de jouer un rôle dépassant leurs compétences, relevant d'une équipe pluridisciplinaire et d'interventions articulées, soutenues par une réflexion collective. Ces enseignants disent alors leur étonnement de rencontrer des équipes familières d'une pratique interdisciplinaire, offrant un espace de réflexion et de prise de distance qui vient médiatiser leur relation au jeune, les dégager d'une interaction qui risque d'alterner de l'injonction à l'impuissance.

L'interdisciplinarité comme un passage obligé

D'évidence les professionnels du secteur social et médico-social ont développé une pratique de l'interdisciplinarité qui, pour être inégale selon les établissements et les services, n'en est pas moins acquise comme une nécessité, jusqu'à parfois en oublier les bénéfices. Il n'est pas en effet si simple que ça de la définir. Elle est d'abord spontanément associée à la capacité de faire équipe. Il s'agit, sur le mode d'un inventaire à la Prévert, de rassembler et partager des compétences, d'établir des outils transversaux (par exemple, un référentiel d'observation), d'exploiter ensemble les éléments spécifiques à chaque discipline (tests psychologiques, bilans scolaires, compétences sociales, etc.), de décider ensemble, de rassembler des points de vue pour dégager des objectifs communs, de comparer des observations pour repérer des dominantes de comportement afin d'identifier les besoins ou la problématique de la personne, etc. Chaque professionnel considère que son action ne se suffit pas en soi, n'est profitable à la personne qu'en cohérence avec celle des autres intervenants. L'action de l'enseignant ne suffit pas pour que l'enfant apprenne, l'action du psychiatre et du psychologue ne suffisent pas pour qu'il se soigne, l'action de l'éducateur ne suffit pas pour qu'il se socialise.

Cependant, l'interdisciplinarité ne recouvre pas seulement de l'unité mais aussi de la diversité. Ainsi s'agit de poursuivre un but commun mais avec des approches distinctes, en considérant la situation de la personne sous des angles respectifs. Ainsi souligne-t-on qu'un professionnel ne contribue à l'interdisciplinarité que s'il maîtrise d'abord son champ d'activité. L'interdisciplinarité implique la différenciation des points de vue par discipline pour interroger la pertinence des objectifs communs, réintroduire le débat à partir d'observations qui questionnent les évidences. C'est la mise en tension des différences.

L'interdisciplinarité renvoie donc à une dialectique entre pluridisciplinarité et transdisciplinarité et il importe de situer relativement les trois termes.

Rappelons d'abord que le terme d'interdisciplinarité est d'apparition récente et que celui de transdisciplinarité émerge à peine en certains débats. Jusqu'alors, seul le terme de pluridisciplinarité était employé dans le secteur social et médico-social.

La pluridisciplinarité relève de l'existence d'un plateau technique diversifié, du dosage des disciplines dans la composition d'une équipe. De même qu'un hôpital est constitué de différentes spécialités : stomatologie, urologie, laryngologie, etc., de même l'établissement ou le service social ou médico-social peut-il offrir une prestation éducative, thérapeutique, pédagogique, etc. Pour autant, l'addition de ces spécialités ne prend pas en compte le sujet comme tel mais certains de ses organes ou des aspects de sa personnalité.

La pluridisciplinarité ne renvoie en effet qu'au déploiement de diverses prestations, alors que l'interdisciplinarité, elle, renvoie à l'élaboration d'un projet partagé, que chaque discipline décline spécifiquement. Quant à la transdisciplinarité elle serait du côté de la personne, qui viendrait s'emparer ou non de ce projet partagé, devenu pour elle proposition d'accompagnement en réponse à ses besoins. L'interdisciplinarité relèverait des professionnels par l'unité d'action

quotidiennement assurée, les ajustements permanents qu'ils effectuent au fil des leurs liaisons, la cohérence qui s'en dégagerait pour la personne.

Deux métaphores illustrent le propos. La première est celle du spectre lumineux, qui passe de la diversité des couleurs (pluridisciplinarité) à l'unité du blanc (transdisciplinarité) sur un disque animé d'un mouvement circulaire rapide. L'autre est celle de la molécule et de la cellule. Composée de molécules, la cellule n'en est pas pour autant leur simple addition mais un ensemble d'une complexité supérieure : le tout constitue une entité dotée de propriétés absentes de ses parties. Henri Atlan rappelle que ce changement de niveau exige des raisonnements scientifiques distincts et un raisonnement propre au processus même qui caractérise le passage d'un niveau à l'autre (en l'occurrence, l'interdisciplinarité).

S'ouvre alors la question de l'évaluation de l'interdisciplinarité. Si l'on soutient en effet le savoir-faire qu'elle constitue, il faut montrer son utilité. Comment évaluer les effets de l'interdisciplinarité ?

La pluridisciplinarité peut, quant à elle, s'évaluer sous les deux registres de l'effectivité et de la pertinence. Il s'agit en effet d'une part de constater l'existence ou non de différentes disciplines professionnelles dans l'établissement ou le service et de recenser leurs actes (effectivité), d'autre part de rendre compte des résultats observés chez la personne (pertinence) au regard de l'action développée par chacune de ces disciplines à son intention.

On peut par ailleurs évaluer la pertinence de la transdisciplinarité en comparant des observations de même ordre à deux moments distincts, observations qui ne recouvrent pas des champs disciplinaires mais des aspects de la conduite de la personne. Cela permet d'identifier des évolutions qui ne relèvent pas spécifiquement de telle ou telle discipline professionnelle mais de leur unité d'action.

Enfin, il est possible d'évaluer l'effectivité de l'interdisciplinarité dans la mesure où il s'agit d'identifier les instances qui en soutiennent la mise en œuvre : synthèse de projet individuel, référentiel d'observations transversal, activités en binôme, etc. Il semble par contre extrêmement difficile d'évaluer la pertinence de l'interdisciplinarité.

Théoriquement, deux éventualités seraient possibles. La première consisterait à soustraire résultats observés par discipline et résultats observés par aspects de conduites, ainsi que précédemment énoncé. Cette démarche comparative est difficilement concevable sur le plan méthodologique car elle repose sur des critères d'observation qui relèvent de logiques distinctes.

La seconde éventualité consisterait à comparer sur plusieurs années les résultats obtenus auprès d'un public bénéficiant d'un accompagnement interdisciplinaire avec les résultats d'un groupe témoin ne bénéficiant que d'un accompagnement pluridisciplinaire. Un tel dispositif impliquerait de construire deux situations artificielles, l'une parfaitement interdisciplinaire, l'autre strictement pluridisciplinaire (autrement dit, sans aucun contact entre les professionnels de disciplines distinctes !). Outre sa scientificité douteuse, ce dispositif serait éthiquement scandaleux car il présupposerait que des personnes puissent servir de test négatif, hypothéquant ainsi gravement leur avenir. Il faut donc soutenir la nécessité de l'interdisciplinarité comme un postulat tiré de l'expérience professionnelle, non rigoureusement évaluable, mais argumenté par les acteurs concernés.

Un premier argumentaire consiste à rappeler que la pluridisciplinarité développée dans le secteur social et médico-social s'est historiquement construite à partir de la prise en compte obligée de la complexité et de la spécificité des problématiques à traiter. Chaque type de handicap exigeant des réponses particulières, il aurait en effet été absurde, en termes de couverture territoriale, de segmenter les réponses (scolarité, soin, soutien psychologique, équipements de loisirs, service social etc.) à l'instar de celles offertes à la population tout venant. Compte tenu du nombre limité de personnes relevant de tel ou tel intervenant spécialisé et donc du rayon d'action de chacun d'entre eux, les distances à parcourir sur un territoire donné auraient considérablement entravé la prise en charge. Il était plus rationnel de rassembler les disciplines professionnelles concernées par un handicap dans un même lieu pour y apporter une réponse adaptée.

Cependant la pluridisciplinarité n'implique pas nécessairement l'interdisciplinarité. Celle-ci repose plus précisément sur la notion de projet individuel. Qu'est-ce donc qui justifie la nécessité de faire lien entre les différentes actions

constitutives de cet accompagnement ?

Le premier motif en serait que les besoins de chaque personne avec un handicap ne permettent pas une réponse normée. Certes, chaque action disciplinaire peut en soi être standardisée (tel type d'exercice psychomoteur, telle conduite éducative, telle progression pédagogique, etc.). Mais l'articulation entre les diverses actions ne peut être standardisée, puisqu'elle doit permettre une réponse d'ensemble individualisée. Elle requiert donc une mise en lien pour devenir une proposition cohérente au regard de la singularité de la personne en situation de handicap.

On objectera que la personne dite ordinaire est aussi une individualité singulière requérant une cohérence. Sauf que cette cohérence est a priori plus établie dans la mesure où ses capacités sont relativement proches de la norme. Par ailleurs la personne avec un handicap est sans doute moins susceptible d'établir à elle seule cette cohérence. Non pas fondamentalement du fait de limitations cognitives ou/et de particularités émotionnelles, mais parce que, compte tenu de sa situation de handicap – littéralement de l'entrave qu'il constitue - elle est obligée de s'investir dans des stratégies compensatoires et de rechercher un équilibre de vie, qui lui permettent des relations avec ses proches, une vie sociale, des choix électifs, une image d'elle suffisamment estimable. Elle nécessite donc non seulement diverses prestations compensatoires mais aussi un accompagnement cohérent, d'une relative continuité, pour donner sens à son existence au fil des événements qui la traversent et malgré ses limitations.

Témoignent de la nécessité d'un accompagnement de cet ordre les parents d'enfant en situation de handicap lorsqu'ils soulignent le soulagement éprouvé quand, au lieu de voyager d'un spécialiste à l'autre, d'un conseil à une rééducation, d'un diagnostic sectoriel à un autre, ils rencontrent un service ou un établissement qui leur tient un langage relativement unitaire – des professionnels qui parlent d'une même voix. C'est dans un tel environnement qu'ils parviennent, autant faire se peut, à intégrer la survenue du handicap dans leur existence, à appréhender cet événement douloureux comme une réalité qui les oblige à repenser un équilibre personnel et familial.

En témoigne également le choix que font les équipes de développer des objectifs prioritaires partagés par l'ensemble des professionnels, au-delà des actions disciplinaires que chacun d'entre eux développe par ailleurs. Cette approche repose en effet sur l'hypothèse que ce ne sont pas seulement les interventions par discipline qui se révéleront appropriées aux besoins de la personne mais aussi les aspects de sa singularité susceptibles de faire levier au bénéfice de son développement ou de son équilibre de vie. C'est donc bien du côté de la personne et non des disciplines professionnelles que se situent ces objectifs prioritaires transversaux. Ils ne reposent pas sur des présupposés théoriques ou normatifs mais sur une observation des conduites de la personne en ce qu'elles sont révélatrices de ses bonnes raisons d'agir, toutes surprenantes puissent-elles paraître. Examinées dans le cadre d'un débat pluridisciplinaire, elles constituent un message dont il faut s'efforcer de rechercher le sens.

En témoignent enfin sans doute les surprises que nous réserve la personne accompagnée lorsqu'elle progresse, se développe, dépasse des échecs, sous des modalités que nous n'aurions pas envisagées. En témoignent a contrario les refus qu'elle nous oppose, les échecs qu'elle répète, le sourd détournement des objectifs qu'on a projetés à son intention, toutes manifestations qui signifient que les différentes actions développées ne sont pas ajustées à sa situation et que la réflexion interdisciplinaire est restée insuffisante, qu'il faut la reprendre en sorte de mieux comprendre le message qu'elle nous délivre.

L'interdisciplinarité serait donc le passage obligé pour que l'établissement ou le service constitue un environnement pertinent au regard des spécificités de chacune des personnes qu'il accompagne. Il n'a d'ailleurs pas de raison d'être hors de cette unité constituée au-delà des différences incarnées par chaque discipline. L'interdisciplinarité est fondamentalement une disposition qui s'accorde et fait écho au postulat de la globalité de la personne et de la singularité de ses besoins, tout particulièrement en situation de handicap.

Enfin, l'interdisciplinarité constitue une médiation dans la relation que chaque professionnel développe avec la personne accompagnée. L'interaction d'aide est susceptible de générer un rapport de dépendance, certaines situations comportent une dimension émotionnelle qui entraîne des processus projectifs et identificatoires chez le professionnel. La médiation qu'offre l'interdisciplinarité – sous la forme de l'équipe - est d'autant plus précieuse qu'est prégnante la

situation de handicap ou grave le trouble du comportement ou de la personnalité.

Elle permet également de contenir les injonctions comportementales que chaque corps professionnel risque de développer lorsqu'il s'en tient à la seule considération de sa technicité, soutenu par la volonté d'obtenir des résultats visibles, évaluables au regard d'une progression normée, en oubliant qu'elle ne prend pas sens en soi mais dans la perspective d'un équilibre et d'un développement de la personne. L'interdisciplinarité interroge chaque discipline au sein d'un projet partagé. L'équipe autorise l'action de chacun de ses membres, rappelant qu'aucune discipline n'a de validité en soi mais seulement au regard de l'autorisation de fonctionner conférée par les pouvoirs publics à l'établissement ou au service. L'interdisciplinarité est fondée explicitement dans les textes les plus récents ou implicitement par l'obligation de travailler en équipe et donc de se référer à sa décision. Pour ce qui est de son action auprès de la personne, chaque professionnel est dans la main de l'équipe.

Encore faut-il aussi garder à l'esprit que cette recherche de cohérence, d'unité d'action, ne doit pas être totalisante. L'interdisciplinarité interne à l'établissement ou au service ne doit pas se suffire à elle-même mais s'ouvrir à la richesse et la difficulté de la collaboration, de la confrontation à d'autres points de vue, autrement dit à la perspective du partenariat.

Cet article est inspiré d'un débat développé par un groupe de directeurs dans le cadre d'un séminaire organisé par Pluriel formation-recherche.

Nous remercions pour leur participation Didier Changenet, Jean-Claude Crusson, Vincent Defour, François Delacourt, Yann Mari Magré, Pia Perrot, Dominique Raquin, Françoise Voisin.