

Complexité

et

Complexité
et
Interdisciplinarité
Interdisciplinarité

Résumé

Complexité et Interdisciplinarité

Soigner est un acte complexe. C'est la démarche entreprise par un individu qui consiste à rétablir un autre individu dans son statut de personne, dans son identité, sans occulter la mise en œuvre de tout ce qui peut prévenir, guérir, aider à vivre avec ses symptômes ou mourir dans la dignité.

L'action de soins est soumise à la loi du temps et se déroule dans un environnement en perpétuel mouvement. Le but de l'acte "soigner" contribue à augmenter sa complexité puisqu'il vise à garantir la "santé". Or, quoi de plus complexe que ce phénomène si on le considère comme différent de l'absence de maux ou d'une victoire sur la mort ?

La nature complexe de l'acte de soigner fait émerger des réponses complexes. L'utilisation du modèle interdisciplinaire en est une.

L'interdisciplinarité se définit comme *"le regroupement de plusieurs intervenants ayant une formation, une compétence et une expérience spécifiques, qui travaillent ensemble à la compréhension globale, commune et unifiée d'une personne, en vue d'une intervention concertée à l'intérieur d'un partage complémentaire des tâches."* (Herbert – 1990)⁶.

Un autre modèle d'organisation est-il imaginable ?

Mireille Balahoczky
Infirmière coordinatrice
Département de Réhabilitation et Gériatrie - HUG
Chemin du Pont-Bochet 3
CH - 1226 Thônex
e-mail : mireille-balahoczky@hcuge.ch

Soigner est un acte complexe. C'est la démarche entreprise par un individu qui consiste à rétablir un autre individu dans son statut de personne, dans son identité, sans occulter la mise en œuvre de tout ce qui peut prévenir la maladie, la guérir, aider à vivre avec ses symptômes ou mourir dans la dignité.

D'emblée, je veux différencier l'acte de soin de l'acte infirmier. J'emprunte à Kérouac (2003) les définitions suivantes :

"L'acte de soin est l'expression qui représente le "quoi" et le "comment" du soin. C'est le soin tel qu'il est prodigué. L'acte infirmier, c'est l'utilisation créatrice de la science infirmière qui englobe la relation interpersonnelle, le design du soin, la façon d'être de l'infirmière et qui fait appel aux sources éthique, esthétique et personnelle du savoir infirmier. Il est évident que l'acte infirmier va évoluer au fil des modifications du soin lui-même".⁹

Vers le milieu du 19^{ème} siècle, soigner était orienté vers la santé publique. Le soin s'adressait tant à la personne malade qu'à l'individu en bonne santé et à son environnement. A l'époque, chacun est considéré comme ayant la capacité à changer la situation dans laquelle il se trouve et il en avait l'obligation. La santé n'est pas seulement l'opposé de la maladie, elle signifie aussi la volonté de bien utiliser chaque ressource que nous possédions.

Nightingale (1859 – 1969) préconisait déjà que le soin est basé non seulement sur la compassion mais également sur l'observation et l'expérience. L'acte infirmier requiert l'usage des données statistiques, la connaissance en hygiène publique, en nutrition et des compétences administratives.

A la fin du 19^{ème} siècle, le soin est orienté vers la maladie. Cette période est marquée par une meilleure maîtrise des infections, une amélioration des techniques d'asepsie et des gestes chirurgicaux. C'est également la période de la formulation des premiers diagnostics médicaux. Ils sont basés sur l'association des symptômes observables à partir de défaillances biologiques (Alan et Hall, 1988). Les malaises physiques sont considérés comme une réalité indépendante de l'environnement, de la société et de la culture, on peut les étudier séparément. L'acte de soin traduit des problèmes, des déficits et des incapacités du malade. En conséquence, l'acte infirmier consiste à faire pour le malade. Ce dernier est rarement invité à participer aux soins. La santé est un état stable, hautement désirable, elle est synonyme d'absence de maladie. On assiste à une catégorisation dans le domaine de la santé et de la médecine.

Le contexte a évolué. De la catégorisation, on passe à l'intégration, dans les premières années du 20^{ème} siècle, le soin est orienté vers la personne. Cette orientation est marquée par l'émergence de programmes sociaux et le développement des moyens de communication. En effet, après la crise économique des années 30 et les souffrances humaines occasionnées par la seconde guerre mondiale, le monde occidental tente de bâtir un système de sécurité sociale.

Des écrits sur la psychologie individuelle (Adler, 1935) sur la thérapie axée sur le client (Rogers, 1951) et sur la théorie de la motivation (Maslow, 1943, 1954) confirment une reconnaissance de l'importance de l'être humain au sein de la société. La personne est un être bio-psycho-socio-culturo-spirituel. Elle peut influencer les facteurs prépondérants dans son état de santé, en tenant compte du contexte dans lequel elle se trouve.

La santé et la maladie sont deux entités distinctes qui coexistent et sont en interaction. La santé est influencée par le contexte dans lequel on vit. On peut la définir comme un processus alliant l'absence de maladie et la présence de tous ses facteurs constitutifs comme le bien-être physique, psychique, social, familial et spirituel. L'acte de soin vise le maintien de la santé dans toutes ses dimensions.

L'orientation du soin vers la personne amène la reconnaissance d'une discipline infirmière distincte de la discipline médicale. Le plan de soins issu d'une démarche systématique de résolution de problèmes devient l'outil par excellence pour planifier et dispenser les soins. Sur le plan organisationnel, le système d'équipe qui permet un premier partage du pouvoir décisionnel est adopté.

L'acte infirmier ne consiste plus à faire pour mais à agir avec la personne pour répondre à ses besoins.

L'année 1970 est marquée par un mouvement d'envergure mondiale. On assiste à une certaine ouverture des frontières sur le plan tant culturel, économique que politique. L'expansion des moyens de communication et la qualité de son contenu accélèrent le rythme auquel les connaissances sont partagées. Cette ouverture sur le monde va changer les conceptions de l'homme, de la santé et des soins.

En septembre 1978, la conférence d'Alma Ata tenue sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé aboutit à la promulgation de vingt-deux recommandations ayant pour objectif le développement de la santé pour tous en l'an 2000. Il y a une prise de conscience de la responsabilité individuelle et collective dans le maintien et la promotion de la santé.

Deux autres éléments importants vont aussi marquer cette période : les applications de la théorie générale des systèmes développée par Von Bertalanffy en 1968 et la prise en compte de la relation que l'individu établit avec son environnement. Tous deux sont considérés comme des systèmes complexes, en perpétuel mouvement qui risquent l'instabilité. Toutefois, c'est l'instabilité qui permet de transformer et de réorganiser le système en un tout plus complexe et différent. C'est dans ce contexte que se profile le paradigme de la transformation.

Dans le paradigme de la transformation, je cite Kérouac (2003) :

*"le changement est perçu comme perpétuel : l'interaction des phénomènes complexes est perçue comme le point de départ d'une nouvelle dynamique encore plus complexe. Il s'agit d'un processus réciproque et simultané d'interaction."*⁹

Cette évolution dans la manière de voir le monde modifie nécessairement la définition de la personne, de l'environnement, de la santé et du soin.

L'être humain est un tout plus grand et différent de la somme de ses parties. Il est unique. Il entretient des liens étroits avec l'environnement et ils s'influencent mutuellement.

L'environnement est composé de l'ensemble de l'univers dont la personne fait partie.

La santé est une expérience qui englobe la personne et son environnement, c'est à la fois une valeur et une expérience vécues selon la perspective de chacun. La santé est un processus d'intégration harmonisant le corps, l'âme et l'esprit.

L'expérience de la maladie fait partie de la santé. C'est une occasion de croissance. L'expérience de la maladie invite la personne concernée à se questionner et à réfléchir sur divers éléments de sa vie et à faire des changements qui favorisent l'exploitation de son potentiel et l'atteinte d'une harmonie.

Le soin vise un état de bien-être tel que définit par le bénéficiaire. L'acte infirmier traduit les priorités exprimées par le malade. L'infirmière crée le contexte qui permet au malade d'utiliser son potentiel, ainsi l'intervention soignante consiste à "être avec" la personne soignée.

Pour résumer :

Le soin est un acte devenu complexe suite à notre nouvelle manière de voir le monde, à une autre définition de la santé et de la maladie, à une autre perception de l'être humain, à une prise de conscience du lien étroit instauré entre l'individu et son environnement, à la prise de conscience de la responsabilité de chacun pour préserver et maintenir son potentiel de santé.

Le but de l'acte de soin est de garantir la santé. L'activité de l'infirmière suit les changements de paradigme. Elle passe de la catégorisation qui impliquait de "faire pour" le malade au soin orienté vers la personne où il s'agissait de l'impliquer, d'obtenir sa collaboration. Avec l'ouverture sur le monde, l'activité de l'infirmière consiste à "faire avec" le malade.

Les conceptions récentes de la discipline infirmière, de Boykin et Schoenhofer (2001), de Leininger, Newman, Parse, Watson (de 1981 à 2002), inspirées du paradigme de la transformation, préconisent le "être avec". Les soins infirmiers donnent lieu à une expérience partagée de caring entre l'infirmière et la personne soignée au cours de laquelle le sentiment "d'être" de cette personne augmente.

La complexité du soin et de l'acte infirmier ont fait émerger l'utilisation de supports et de modèles de plus en plus complexes; parmi ceux-ci, arrêtons-nous sur l'interdisciplinarité.

L'interdisciplinarité : que recouvre ce mot ?

L'interdisciplinarité est un mode d'organisation du travail différent des modèles traditionnels. Ces modèles recouvrent une division de tâches entre les membres d'une organisation ou leur coordination pour atteindre des objectifs visés. L'interdisciplinarité vise à mettre en relation d'échanges et de travail des personnes dont la formation professionnelle est différente en vue d'offrir une complémentarité suffisante pour bien desservir une clientèle à problèmes multiples.

Historiquement, dans le secteur des services de santé, la question d'organisation était résolue sans trop de difficultés. La division technique du travail était relativement simple. Les tâches étaient réparties entre les infirmières et les médecins qui exerçaient leur activité à l'intérieur de limites bien établies. Les rapports entre eux étaient de nature hiérarchique et la division sociale qui en résultait était acceptée comme légitime. Les médecins, en vertu de leur monopole du droit de diagnostiquer et de prescrire, décidaient et les autres intervenants exécutaient.

A partir des années 40, l'évolution des connaissances et des techniques a transformé la configuration du secteur de la santé. La division du travail est devenue plus complexe. En effet, on assista à un développement vertical avec la naissance de nouvelles occupations et horizontal avec la spécialisation de la médecine elle-même. Parallèlement, le problème même de la coordination est devenu plus difficile à résoudre. Les groupes professionnels, de plus en plus nombreux, affirment que leur savoir et leurs techniques sont fondés sur un corps de connaissances distinct de celui des médecins et qu'en conséquence, ils réclament une certaine autonomie dans l'utilisation de leur propre expertise.

En même temps que l'organisation du travail devenait plus complexe, la compréhension des problèmes de santé s'améliorait et mettait en évidence les multiples dimensions qui les composent. Il s'ensuivit logiquement qu'il fallait désormais faire appel à plusieurs intervenants de formation différente, pour mieux résoudre les problèmes des clients du système de soins. La création d'équipes multidisciplinaires est apparue comme une façon efficace d'affronter les problèmes complexes et multidimensionnels.

La multidisciplinarité ou la pluridisciplinarité est la juxtaposition de plusieurs disciplines, sans relation réciproque ni synthèse autour de l'analyse d'un objet commun.

Il va s'en dire que dans un domaine comme la santé où l'incertitude est grande, tant au niveau de l'étiologie que du traitement, la multidisciplinarité ne répond pas au souci d'efficacité des intervenants. L'option la plus attrayante est le fonctionnement interdisciplinaire.

L'interdisciplinarité se définit comme *"le regroupement de plusieurs intervenants, ayant une formation, une compétence et une expérience spécifiques, qui travaillent ensemble à la compréhension globale, commune et unifiée d'une personne en vue d'une intervention concertée à l'intérieur d'un partage complémentaire des tâches"*.⁶

On peut parler d'interdisciplinarité quand les intervenants de différentes disciplines travaillent dans le respect de leur compétence et dans le partage du pouvoir pour atteindre un but commun.

Le mot "discipline" signifie les diverses branches de la connaissance et aussi une règle de conduite commune aux membres d'un corps, d'une collectivité, destinée à y faire régner le bon ordre.

L'interdisciplinarité, quant à elle, exprime la dynamique entre les personnes qui échangent à partir de leur domaine de connaissances. Le but étant un enrichissement de la compétence des personnes et de leur compréhension d'une situation. L'interdisciplinarité est un mode d'organisation du travail nouveau, en rupture avec le modèle hospitalier traditionnel.

Pour qu'il y ait un fonctionnement interdisciplinaire :

- Les membres de l'équipe doivent adhérer à ce modèle.
- Ils doivent ressentir le besoin de communiquer entre eux pour mieux connaître le malade et sa famille, trouver un traitement adéquat et vouloir se partager les soins à administrer.
- Ils doivent être capables de travailler à plusieurs à l'atteinte d'objectifs communs.
- Chaque membre doit avoir une compréhension claire de son rôle et de ses responsabilités, ainsi que ceux des autres professionnels.
- Chaque membre est appelé à travailler dans l'équipe parce que sa formation lui permet de fournir à la tâche un apport particulier. Nous touchons là à l'essence même de l'interdisciplinarité. Pour se qualifier d'interdisciplinaire, l'équipe doit présenter à ses membres une tâche qui fasse appel aux compétences de chacun. Il ne suffit pas d'être bien ensemble pour être efficace.
- L'interdisciplinarité exige que chaque membre possède une solide identité professionnelle et qu'il maintienne un niveau de compétence élevée dans sa propre discipline. Il est important que les professionnels en présence aient amorcé l'intégration de ce qui les caractérise. Ils doivent être conscients de ce qu'ils amènent à la tâche, grâce à leur connaissance et à leurs habiletés. Ils doivent posséder cette sécurité dans l'exercice de leur profession, pour pouvoir communiquer leur point de vue et se positionner.
- Le professionnel doit garder l'ouverture et la souplesse qui permettent la remise en question, il doit pouvoir transcender ses valeurs personnelles pour partager des valeurs professionnelles communes.
- L'équipe interdisciplinaire prévoit le lien avec le malade. La diversité des expertises en présence implique un travail de coordination et de canalisation des informations. Ce travail doit être fait par le professionnel le plus proche du malade, capable de synthétiser l'information pour la rendre utilisable de manière efficace.

Les obstacles à l'interdisciplinarité :

- L'identité professionnelle qui détermine des attentes différentes. Chacun a une idée qui lui est propre quant aux besoins réels du malade, à la priorité d'intervention, au rythme d'action, à la responsabilisation, au leadership, au processus de prise de décision et à l'autonomie professionnelle.
- Les problèmes de leadership. Le leader n'est ni trop rigide, trop critiqueur, trop passif, trop autoritaire, trop envahissant ou trop contrôleur. Il travaille dans le respect d'autrui.
- Les problèmes liés aux membres de l'équipe : ils ne parlent ni trop ni pas assez, n'envahissent pas le territoire des autres, sont compétents et font preuve d'implication.
- Les conflits de valeurs, les luttes de statut, des divergences d'opinions, des préjugés, des objectifs incompatibles, des luttes de pouvoir, des conflits de besoins, une répartition inéquitable des tâches.
- La confusion au sujet des rôles, une absence de vision globale de la situation, un manque de communication et d'écoute, des sous-groupes hostiles les uns envers les autres, des conflits non gérés, un bouc émissaire, une différence entre le discours privé et le discours public, des réunions mal structurées, le dédoublement des interventions, un sentiment d'impuissance ou une impression de consultation pour la forme seulement.
- Des objectifs mal définis sans tenir compte de la gravité de la situation, des priorités et du malade lui-même.

Pour favoriser l'interdisciplinarité :

"L'action collective ou organisée n'est pas un événement naturel. C'est toujours une coalition d'hommes, contre la nature, face à des problèmes matériels pour la solution desquels ils sont obligés de coopérer" ⁴

Certains facteurs peuvent être considérés comme favorisant cette coopération.

L'organisation des soins en forme de programmes est centrée sur un type de problèmes, sur un type de clientèle ou les deux. Ce mode de faire implique :

- Un consensus sur la nature du programme.
- Une identification des catégories d'intervenants qui doivent y être associés.
- Le choix des responsables de groupes.
- Les procédures de prise de décision en tenant compte des responsabilités légales, éthiques et professionnelles, ainsi que la cohérence liée à la mission du service.
- La manière de gérer les conflits qui émergent de certaines contraintes, comme le désaccord sur les moyens à mettre en œuvre pour aider le patient, ou les rivalités interprofessionnelles susceptibles d'introduire des conflits de territoire.
- Faire preuve d'une solide identité professionnelle et de sa capacité à se positionner.

Un deuxième facteur favorisant est la formation interdisciplinaire.

La différenciation entre les professionnels est essentielle à l'utilisation des ressources de chacun. Néanmoins, tout en étant bénéfique, ce mouvement constitue aussi une source de difficultés. Les différences professionnelles rendent parfois la communication difficile. On n'utilise pas le même vocabulaire, ou encore les mêmes mots ne se réfèrent pas aux mêmes réalités. Aussi, des formations en commun, sous forme de séminaires durant la formation de base et en formation continue devraient permettre aux professionnels :

- de développer une attitude d'ouverture à l'égard de l'autre profession,
- d'acquérir des connaissances de l'autre profession, leur permettant de modifier des perceptions et des stéréotypes qui pourraient nuire au travail interdisciplinaire,
- d'identifier certaines zones d'interdépendance entre leur champ de compétences respectif et des moyens de collaboration possibles face à des situations cliniques.

Les supports de l'interdisciplinarité :

- Des documents de synthèse qui permettent la prise et le suivi des décisions.
- Les réunions informelles : c'est la rencontre improvisée entre deux ou plusieurs professionnels pour discuter de la situation d'un malade.
- Les réunions formelles : ce sont des réunions d'équipes planifiées de manière périodique visant au partage des données, à l'évaluation et la coordination du plan d'interventions. Ces réunions, pour être efficaces, doivent être soumises à des règles très précises : les décisions prises sont le fruit d'une analyse rationnelle, éthique et professionnelle.

Qu'en est-il de la recherche

Si la pratique et l'enseignement reposent sur l'interdisciplinarité, il est difficile d'envisager la recherche uniquement selon les méthodes traditionnelles. La collaboration interdisciplinaire ne tombe pas du ciel, en la matière, elle doit être apprise. Pour comprendre les principes de la pensée scientifique et les présenter à d'autres, il faut du temps. Du temps pour opérer un décroisement des disciplines académiques et pour dépasser des clivages existants entre les mondes de la recherche, de la théorie et de la pratique. Dans ce sens, il convient de souligner l'effort de certaines universités suisses qui abritent des centres interfacultaires et qui encouragent le travail interdisciplinaire.

Le Conseil Suisse de la Science, dans un document de travail d'août 1995, propose plusieurs modes d'organisation de cette collaboration interdisciplinaire, sous forme de cours, séminaires, colloques et projets de recherche.

La Conférence Universitaire Suisse, dans son colloque de septembre 1997 a abordé la question du comment identifier et surmonter les obstacles à cette approche.

Au niveau des soins infirmiers, cette notion a toute son importance dans la formation. Dans les prescriptions édictées en 1992, on peut lire parmi les objectifs de fin de formation : *"créer un environnement favorable à des actions de prévention active et de promotion de la santé dans le cadre d'un travail interdisciplinaire, ce qui exige d'intégrer dans les systèmes de soins existants des innovations provenant d'une recherche interdisciplinaire."*²

Conclusion

L'interdisciplinarité est le fruit d'un long processus qui a plusieurs exigences. La nécessité d'appréhender le malade dans sa globalité. La formation qui apprend à tous les partenaires à défendre leur savoir et leur position dans les interventions, la stimulation de la créativité pour solutionner les problématiques et la conception d'outils de communication et de gestion de conflits. L'interdisciplinarité exige aussi le suivi systématique de l'évolution de l'équipe, ainsi qu'une vision prospective pour mieux répondre aux besoins du malade.

Au fil du temps, l'acte de soin devient complexe par le même biais, il complexifie l'acte infirmier. L'infirmière s'investit dans la connaissance de l'autre. Elle cherche à comprendre comment le malade doit être soutenu, appuyé et renforcé dans son processus unique de vie et de croissance. L'être humain est complexe, il est défini comme bio psychosocial et intégré, comme un champ d'énergie, une entité, un champ phénoménal. L'environnement, d'abord perçu comme une source de stress est aujourd'hui vu comme une mine de ressources. La santé est présentée comme le reflet des changements successifs de la personne.

Est-il possible d'envisager des réponses efficaces en dehors de l'action interdisciplinaire ? Existe-t-il une discipline capable de répondre à elle seule aux besoins de santé d'un être humain ?

La pratique en interdisciplinarité permet de dispenser les soins selon un modèle où toutes les personnes soignantes et la personne visée par les soins se partagent l'autorité. La collaboration est fondée sur l'appréciation de ce qui est spécifique à chaque discipline., elle s'appuie sur l'équité et la parité. Le travail en interdisciplinarité est certes difficile mais il est aussi enrichissant et stimulant. Il est inévitable pour faire des interventions auprès de personnes souffrant de problèmes complexes difficiles à soulager.

Les milieux de soins mettent sur pied des équipes multidisciplinaires, elles ne deviennent interdisciplinaires qu'en travaillant ensemble autour d'un objectif commun. Chaque personne détient une compétence professionnelle qui s'enrichit à travers les échanges et le "produit" de l'équipe est plus grand que la somme des produits de chacun des membres.

Pour en savoir plus :

1. Drilling M. : L'interdisciplinarité comme processus d'apprentissage. In Journal CRS, Mars 1997.
2. Dufey A.F. : Se former à plusieurs professions, compte-rendu d'une expérience. In Journal CRS, Mars 1997.
3. Dussault G. : Impact de la pratique interdisciplinaire sur la gestion. In Actes du IV^{ème} Congrès international de Gérontologie, Montréal, 1990.
4. Friedberg E. : Le pouvoir et la règle. Dynamique de l'action organisée. Ed. Seuil, Paris, 1997.
5. Gillioz S. : Théorie et pratique de l'interdisciplinarité. In Journal CRS, Mars 1997.
6. Herbert R. : Contraintes, limites et défis de l'interdisciplinarité dans les services gériatriques. In Actes du IV^{ème} Congrès international de Gérontologie, Montréal, 1990.
7. Lassaunière J.M., Plagès B. : Modèles organisationnels à l'hôpital : l'interdisciplinarité. In Jalmav, N° 40, Mars 1995.
8. Moulias R. : Le soin gériatrique. In Soins gérontologie, N° 1, 1996.
9. Kérouac S. et al : La pensée infirmière. Ed. Bauchemin, Québec, 2003.
10. Collière M.F. : Promouvoir la vie. Inter Editions, Paris, 1982.
11. Fortin B. : L'interdisciplinarité : rêves et réalité. Psychologie, Quebec, 17 (3), Mai 2000, 39-40
12. Partoune C. : Interdisciplinarité dans les jeunes et la ville. Communauté française de Belgique, Bruxelles, 1996, p. 9-16