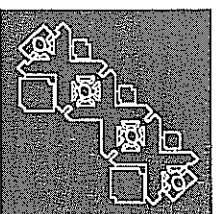


actualités psychologiques



1999 • 6



Responsable de la publication :

Michèle Grossen

Comité d'édition :

Samuel Berthoud, Roland Capel

Eliane Christen-Gueissaz, Rémy Droz

Comité de lecture :

Jean-Philippe Antonietti, François Bavaud

Alain Clémence, Geneviève Corajoud

Jean-Pierre Dauwalder

Nicolas Duruz, François Gaillard,

Françoise Messant-Laurent, Denis Monod

Françoise Schenk,

Claude Voelin, Henri Volken.

Soumission :

Les textes, adressés à *actualités psychologiques* et photocopiés en trois exemplaires, font l'objet de deux avis de lecture. En cas d'acceptation, les auteurs sont priés d'envoyer leur texte sur disquette accompagnée de trois tirages papier, et de se conformer aux normes de saisie qui leur seront communiquées.



Institut de Psychologie

Bâtiment des facultés de sciences humaines - BFSH2 -
Université de Lausanne

CH - 1015 Lausanne - Dorigny

Tél : 021/692 32 60, fax : 021/692 32 65

Collaboration et travail pluridisciplinaire

Michèle Grossen

La problématique du travail pluridisciplinaire¹ dans le champ des professions d'aide renvoie tout d'abord à un problème de frontières entre disciplines : comment divers professionnels engagés auprès d'un même usager ou patient, et ayant des champs de compétence voisins, mais distincts, coordonnent-ils leurs interventions ? Dans quels modes de collaboration s'engagent-ils ? Ces questions amènent à s'interroger sur les relations intergroupes et les processus identitaires en jeu dans le travail pluridisciplinaire, ainsi que sur la dimension parfois idéologique que comporte l'idée même de travail pluri- ou interdisciplinaire (Genton, 1990 ; Le Poulhier, 1990a). Cette interrogation invite en fin de compte à dépasser le niveau idéologique pour se pencher sur les pratiques professionnelles effectivement mises en oeuvre dans un contexte de travail donné.

Face à l'ampleur de ce thème, je me limiterai à examiner la situation d'équipes pluridisciplinaires attachées à des organisations socio-

1. Cet article est le texte partiellement révisé et mis à jour d'une conférence donnée lors à la journée annuelle de la Société Suisse de Psychiatrie Sociale le 11 octobre 1996.

sanitaires et intervenant sur un terrain identique ou, pour introduire la métaphore que j'utiliserai, opérant dans une même arène professionnelle. Je m'intéresserai donc à la *pluridisciplinarité*, définie comme la co-existence de plusieurs professions au sein de la même équipe, et non pas à l'*interdisciplinarité* définie comme la recherche d'une coordination interprofessionnelle donnant lieu à un résultat original (Grasset, Duffon & Giroud, 1987), bien que la première puisse bien entendu, à certaines conditions, déboucher sur la seconde.

Cet article se divisera en trois parties : dans la première, j'examinerai quelques aspects de la collaboration liés à l'organisation dans laquelle travaillent les équipes de travail ; dans la deuxième, je décrirai différents « modes de partage » de l'arène professionnelle et les obstacles qu'ils peuvent poser à la collaboration ; dans la troisième, je me pencherai brièvement sur les pratiques effectives des professionnels en rapportant un exemple qui illustrera la manière dont les membres d'une équipe pluridisciplinaire communiquent au sein de l'arène professionnelle et interprètent certains événements. D'une manière générale, je m'interrogerai sur les conditions de collaboration qui permettent de faire de l'arène professionnelle un espace thérapeutique. Pour cela, je m'appuierai sur des recherches menées récemment dans le cadre d'un projet intitulé « Difficultés d'apprentissage, rôles institutionnels et pratiques sociales »² (Schubauer *et al.*, en préparation ; voir aussi Grossen, à paraître), sur mes connaissances plus générales de la dynamique des groupes restreints (voir notamment Anzieu, 1984) et du travail de groupe, et enfin sur ma propre expérience de la collaboration.

2. Ce projet a été mené dans le cadre du Programme National de Recherche 33 intitulé « Efficacité de nos systèmes de formation ». Responsables : prof. Maria Luisa Schubauer-Leoni (Université de Genève), Michèle Grossen (UNIL), Francesco Vanetta et Wilma Minogro (Ufficio Studi e Ricerche du canton du Tessin, au moment où la recherche a été menée).

1. DYNAMIQUE DES GROUPES PROFESSIONNELS ET TRAVAIL PLURIDISCIPLINAIRE

Les professions d'aide, comme toute profession, ont leurs images d'épinal. Celles-ci ont pour particularité de mettre l'accent sur la rencontre interindividuelle entre l'aident et l'aidé, que ce soit l'infirmier au chevet du malade, le face à face entre le médecin et son patient ou, caricature récurrente, le psychanalyste dans son fauteuil à l'écoute de son analysand allongé sur un divan. Ces images insistent donc sur le caractère privé de la relation entre aidant et aidé, et tendent à exclure de leurs représentations la présence d'autres acteurs qui font directement ou indirectement partie du contexte d'intervention. Elles tendent également à négliger l'organisation au sein de laquelle se noue cette relation, ainsi que les savoirs, croyances, valeurs, opinions qui contribuent à instituer et légitimer certaines professions et à les différencier d'autres professions.

En partant d'une perspective psychosociale, on peut toutefois considérer que tout aidant est un *représentant institutionnel* qui, dans ses pratiques quotidiennes, met en actes certaines règles, valeurs, croyances, représentations qu'il partage en partie avec l'organisation dans laquelle il travaille et avec certains membres du groupe professionnel auquel il se rattache. Les difficultés que bien des équipes pluridisciplinaires ont à s'engager dans un véritable travail de collaboration relèvent donc de dimensions qui dépassent le niveau purement individuel ou interindividuel, et renvoient à quatre autres dimensions au moins : l'organisation, les dynamiques intra- et intergroupes, les représentations de rôles et les interactions quotidiennes entre professionnels. Dans ce paragraphe, je n'aborderai que les trois premières, la dernière faisant l'objet de la troisième partie de cet article.

• L'organisation

La dimension de la collaboration relative à l'organisation renvoie à la question suivante : quelles sont les conditions que crée l'organisation pour encourager la collaboration ? Je n'en mentionnerai que quelques-unes sans prétention d'exhaustivité :

- Une première condition concerne la reconnaissance que l'organisation a de chaque groupe professionnel représenté dans l'équipe pluridisciplinaire. On ne pense pas qu'aux différents statuts professionnels de ces groupes (salaire, horaires, etc.), mais plus largement à la *reconnaissance symbolique* dont chaque groupe est l'objet et aux hiérarchies implicites qui sont mises en actes dans les pratiques quotidiennes des intervenants. Ainsi, l'ordre selon lequel les représentants de chaque groupe professionnel s'expriment lors de réunions d'équipe en dit parfois long sur la valeur symbolique attribuée à leur parole...

- Une deuxième condition concerne *l'espace d'autonomie* que l'organisation accorde aux membres de l'équipe et à l'équipe pluridisciplinaire. De même qu'on ne peut pas imposer la spontanéité, de même une organisation ne peut-elle imposer la collaboration : pour que celle-ci s'instaure, il faut que l'équipe puisse sentir sa propre capacité d'action sur les événements auxquels elle est confrontée et avoir un sentiment de contrôle sur eux.

- Une troisième condition est que l'organisation soit en mesure d'assurer sa *fonction contenant*, c'est-à-dire qu'elle ait des objectifs globaux (ou supra-ordonnés) explicites et que les rôles de chacun puissent, dans une certaine mesure, faire l'objet d'un travail d'explicitation et de réflexion. Le développement d'une « culture d'organisation », c'est-à-dire de normes, valeurs, buts partagés, participe lui aussi de cette fonction contenant. C'est ainsi que pour s'instaurer, la collaboration doit faire partie des valeurs défendues par la culture de l'organisation, cette dernière assurant alors un cadre qui la rende possible : temps et lieux de réunion, mais aussi (et cela me semble très important) capacité d'avoir une mémoire de l'histoire de l'organisation et de l'équipe au travers de procès-verbaux de réunions, de rapports, etc., ce qui favorise la continuité nécessaire à la collaboration.

• Les dynamiques intra- et intergroupes

Rappelons tout d'abord que toute réunion d'individus ne forme pas un groupe. Pour que l'on puisse parler de groupe, il faut que les individus se construisent une identité de groupe, un imaginaire commun, et qu'ils

partagent certaines normes et valeurs assurant une certaine cohésion dans le groupe. De plus, comme l'ont montré de nombreux travaux en psychologie sociale (voir notamment Doise, 1976 ; Tajfel, 1981 ; Brown, 1988 ; Deschamps *et al.*, 1999), la constitution d'une identité de groupe suppose un processus de différenciation de ce groupe par rapport à d'autres groupes. Aussi, pour se former une identité de groupe, les individus tendraient-ils d'une part à *augmenter les différences* entre leur propre groupe et les autres groupes, d'autre part à *minimiser les différences intragroupes*. Or, on peut relever qu'en dehors de leurs diverses appartenances sociales, les membres d'une équipe pluridisciplinaire appartiennent à deux groupes au moins : d'une part l'équipe proprement dite, d'autre part leur groupe professionnel, ou plutôt le segment professionnel auquel ils s'identifient, tant il est vrai qu'un groupe professionnel n'est pas un tout homogène (Strauss, 1961/1992). En considérant ces appartenances multiples, on conçoit que l'appartenance à une équipe pluridisciplinaire et, *a fortiori*, la collaboration puissent constituer une menace pour l'identité du groupe professionnel et de ses membres. Collaborer peut en effet signifier pour de perdre son identité professionnelle, peur des conflits au sein du groupe, peur de l'éclatement du groupe. Pour qu'une équipe pluridisciplinaire devienne un groupe à part entière et puisse collaborer, on peut donc penser que le sentiment d'appartenance à l'équipe ne doit pas être ressenti par l'individu comme une menace pour son identité professionnelle ou le mettre dans un conflit de loyauté. L'instauration, par l'organisation ou par les membres de l'équipe eux-mêmes, d'objectifs communs, valorisés par tous, peut être une manière d'éviter ce genre d'embûche.

• Les représentations de rôle

La troisième dimension en jeu dans la collaboration est relative aux *représentations* que les professionnels ont de leurs rôles, de leurs champs d'intervention et des savoirs propres à leur discipline. Ces représentations, qui peuvent être considérées comme le signe de l'appartenance de l'individu à un groupe donné, se construisent dès la

formation professionnelle initiale et évoluent tout au long de la carrière professionnelle (voir par exemple De Paolis, 1986 et Richard-De Paolis, 1992 pour la profession de psychologue ; Strauss, 1961/1992). L'appartenance à un groupe professionnel est donc un processus qui, très tôt, amène la personne à considérer certaines problématiques selon une perspective donnée. La formation de base ne fait pas que transmettre des savoirs ou des compétences spécifiques mais fournit une « *paire de lunettes* » qui donne la réalité à voir dans une certaine perspective ou qui, en d'autres termes, constitue une théorie en partie explicite, en partie implicite, de la réalité. En ce sens, la formation constitue à la fois une situation d'apprentissage et une situation de socialisation qui implique la participation de l'individu à une communauté de pratiques (Lave & Wenger, 1991).

Ainsi, selon leur formation professionnelle, les intervenants ne se centrent pas nécessairement sur les mêmes observations pour analyser une situation, en rendre compte et choisir certaines interventions (Grossen, 1990). Intervient ici du point de vue cognitif, un travail de *categorisation* du réel³. Et même à supposer qu'ils catégorisent le réel de manière comparable, les intervenants sont susceptibles de *donner des interprétations différentes* de ces observations. Dans une recherche portant sur la manière dont divers professionnels interprètent certaines « difficultés » d'apprentissage, nous avons soumis à cinq groupes professionnels (des enseignants titulaires, enseignants de soutien, enseignants spécialisés, psychologues et logopédistes) de trois cantons (Neuchâtel, Genève, le Tessin) une vignette présentant un texte écrit rédigé par un élève de 2^{ème} année primaire et présentant un certain nombre d'erreurs. Les répondants avaient pour tâche d'indiquer par écrit les explications qu'ils pouvaient fournir pour rendre compte des erreurs

3. Ce problème ne renvoie d'ailleurs pas seulement à la formation de base des divers intervenants, mais aussi au référent théorique utilisé, ce dernier étant lui-même souvent dépendant de l'organisation au sein de laquelle travaille l'intervenant. On peut penser, par exemple, à des organisations qui attendent des divers intervenants qu'ils adoptent un référent systémique ou analytique pour faire leurs observations.

de l'élève, les informations supplémentaires qu'ils désireraient obtenir pour mieux comprendre ces erreurs, et l'intervention qu'ils préconiseraient. L'analyse de contenu menée sur les réponses de ces divers groupes (Grossen *et al.*, à paraître) montre que les jugements portés sur cette production écrite varient selon les groupes professionnels. Ces variations portent d'une part sur la nature plus ou moins pathologique attribuée à ces erreurs (certains les voyant comme le signe d'une difficulté, d'autres les considérant au contraire comme des erreurs « normales »), ainsi que sur leurs interprétations. De plus, chaque groupe de répondants tend à donner des jugements qui renvoient à son propre champ de compétence, les psychologues ayant par exemple tendance à invoquer des explications de type psychologique, alors que les enseignants de soutien tendent plus souvent que les autres à invoquer le type d'enseignement reçu par l'élève.

Par ailleurs, les *objectifs* que les intervenants se fixent à partir de leurs observations et interprétations peuvent diverger. C'est ainsi que le poids à donner aux interventions de type pédagogique d'une part, ou de type psychologique d'autre part, font souvent l'objet de discussions, si ce n'est de conflits, entre professionnels dont le rôle est la prise en charge des difficultés d'apprentissage.

On relèvera enfin que les interventions des représentants institutionnels peuvent ne pas correspondre aux *attentes* de leurs collègues. Dans une autre partie de la recherche évoquée précédemment (Grossen *et al.*, à paraître), nous avons observé certaines divergences dans les attentes réciproques entre groupes professionnels. Par exemple, enseignants titulaires et enseignants de soutien ne définissent pas le champ de compétence des enseignants de soutien de manière identique : pour les premiers, ce champ de compétence est plutôt orienté vers le développement de méthodes didactiques appropriées, alors que pour les seconds, c'est essentiellement l'établissement d'une attitude positive à l'égard de l'élève qui semble primer.

• En bref

Les trois dimensions que j'ai décrites montrent que collaborer ne signifie pas seulement coordonner ses actions, mais renvoie à des questions d'ordre *identitaire* (identité de l'individu au sein de l'équipe et de son groupe professionnel, mais aussi identité de l'équipe au sein de l'organisation), *symbolique* et *imaginative*. En outre, contrairement à ce que les travaux classiques sur la dynamique de groupe pourraient laisser entendre, la collaboration n'est pas seulement affaire de dynamiques interindividuelles, mais son instauration dépend aussi des conditions concrètes et symboliques dans lesquelles l'équipe travaille, donc de dimensions organisationnelles et institutionnelles.

2. LES MODES DE PARTAGE DE L'ARÈNE PROFESSIONNELLE

Le champ d'intervention commun aux divers intervenants (assistants sociaux, médecins, psychologues, etc.) peut être considéré comme une arène, au double sens d'*espace scénique* et de *lieu de confrontation* (Wiener, 1991). En partant de cette métaphore, on peut se demander qui sont les professionnels qui occupent une arène donnée, depuis combien de temps ils le font, dans quels buts, quelles activités ils y mènent, comment ils occupent cette arène, etc. Je vais pour ma part m'arrêter sur cette dernière question : comment les représentants institutionnels occupent-ils l'arène ? En m'appuyant sur Bauer (1990), je distinguerai *quatre modes de partage*, avec la prudence que toute démarche typologique impose et sachant bien que d'autres catégories sont possibles.

Le premier mode est celui de la *partition de l'arène* entre les différents professionnels. L'arène est un gâteau que l'on se partage ! Ce mode de partage comprend toutefois quelques risques : tout d'abord, il peut conduire à partager le patient lui-même ou, en d'autres termes, à induire chez ce dernier un vécu de morcellement ! Chaque intervenant ayant pour rôle de prendre en charge une partie du patient, celui-ci risque d'être perçu de manière fragmentaire, s'il ne se perçoit pas aussi lui-même comme fragmenté. Ce mode de partage peut également donner lieu à une organisation spatio-temporelle qui tiennne davantage compte des

contraintes institutionnelles que du bien-être des patients. Comme on le sait, de telles organisations peuvent, dans certains cas extrêmes, donner lieu à ce que Erving Goffman appelle des « institutions totales », c'est-à-dire des institutions qui prennent l'individu en charge dans tous les aspects de sa vie quotidienne et exercent un contrôle sur la totalité de ses activités quotidiennes (Goffman, 1968). Finalement, un tel mode de partage risque de conduire à un *évènement de la collaboration et de tout travail interdisciplinaire*, ou à ce que Grasset, Dufton et Giroud (1987) appellent le « fonctionnement mitoyen » des professions. En termes psychanalytiques, on pourrait dire que le risque majeur d'un tel mode de partage est de fonctionner essentiellement sur le mode du *clivage*, clivage dont la fonction défensive est d'assurer que l'arène ne tourne pas en combat de gladiateurs ! Le patient peut d'ailleurs parfois mettre ce clivage au service de son propre système de défenses : pensons aux patients qui sont suivis par de nombreux intervenants différents et « savent » utiliser le réseau en disant les « mauvaises » choses au « mauvais » endroit de telle sorte que tous les intervenants soient de fait réduits à l'impuissance.

Le deuxième mode de partage est celui de la *complémentarité* et semble *a priori* séduisant à bien des égards. En effet, les territoires de chacun semblent clairement délimités et chaque groupe professionnel semble avoir une identité distincte et reconnue par les autres. À cette délimitation des territoires semble correspondre une intégration des différentes interventions ; le clivage semble ainsi évité. Ce mode de partage considère la pluralité de regards comme positive et semble échapper à certaines formes de totalitarisme thérapeutique. Il laisse finalement entendre, et c'est là que réside sans doute son aspect le plus attrayant, que les compétences des différents groupes de professionnels ne sont pas hiérarchisées. En bref, le mode complémentaire semble impliquer une « acceptation de l'autre dans sa différence », formule toute faite que j'utilise à dessein pour montrer la dimension idéologique très forte qui sous-tend la notion de complémentarité.

Ce mode de partage ne va toutefois pas de soi, en particulier parce que, pour utiliser les savoirs propres à une discipline dans un autre champ, il s'agit d'effectuer une réadaptation fondamentale de ces savoirs. Je prendrai comme exemple le cas où un psychologue est amené à faire de la supervision d'orthophonistes (Grossen & Krauss, 1992). On pourrait dire *a priori* qu'il s'agit là d'un bel exemple de complémentarité dans lequel le psychologue met ses compétences au service d'une intervention dont les finalités ne sont pas celles d'une intervention psychologique. La réalisation d'un tel travail m'a toutefois permis de constater que la transposition de savoirs et compétences psychologiques dans le contexte de la logopédie exige un travail de recontextualisation qui ne va pas de soi et est lui-même le fruit d'un travail spécifique. Sans ce travail, les intervenants risquent soit de tomber dans la confusion de rôle, soit de se placer dans un rapport de dépendance réciproque qui risque, à son tour, d'aller à l'encontre de l'autonomisation des usagers.

De plus, la complémentarité peut parfois fonctionner comme un puissant mythe qu'une équipe ou une organisation se donnent pour nier le manque de frontières nettes entre les domaines de compétence de chacun, donc pour minimiser les différences entre intervenants (notamment les hiérarchies explicites et implicites) et masquer les éventuels conflits susceptibles de surgir des inévitables zones d'intersection entre disciplines. La complémentarité, dans sa réalisation effective, peut alors déboucher sur la pseudo-mutualité, la pseudo-différenciation, le pseudo-respect et la pseudo-collaboration.

Le troisième mode de partage est celui de la *polyvalence*, mode qui s'est particulièrement développé dans la mouvance de l'antipsychiatrie au cours des années 70 et dont le but était précisément d'éviter la partition propre au premier mode. La polyvalence repose sur une vision holistique de l'intervention et des patients. Ce mode, que Monique Bauer (1990) appelle le modèle de la Table Ronde du Roi Arthur, fonctionne, comme le mode précédent, sur le principe de la déhiérarchisation des fonctions et conduit parfois à la désignation d'un seul groupe professionnel, les

« travailleurs sociaux » ou les « thérapeutes » par exemple. Les risques de ce mode de partition sont connus :

- risque d'*indifférenciation* pouvant confiner à la confusion ;
- risque de *pseudo-mutualité* masquant les conflits entre représentants institutionnels ;
- risque de *totalitarisme thérapeutique*. La polyvalence peut en effet aneurer à une coordination de points de vue si « parfaite » que l'usager risque d'être enfermé dans une vision unique. Dans ce cas, il y aura peut-être collaboration, mais pas travail *pluridisciplinaire*, puisque, de fait, l'équipe sera devenue *monodisciplinaire* et agira en quelque sorte comme un seul homme !

Ces trois modes de partage constituent des exemples très grossiers des réponses que certaines équipes pluridisciplinaires peuvent donner au fait que, dans les champs socio-éducatif et sanitaire, il n'y a pas de frontières nettes entre les compétences propres à chaque groupe professionnel. À un extrême, la réponse est de marquer les frontières en faisant comme s'il était possible de délimiter nettement les compétences de chacun ; à l'autre, la réponse est de les abolir, en faisant comme si les compétences de chacun étaient identiques. Pour caricaturer qu'elle soit, cette manière de rendre compte du mode de partage de l'arène professionnelle a le mérite de montrer que pluridisciplinarité ne va pas nécessairement de pair avec collaboration (Chauvière, 1990) et qu'une arène pluriprofessionnelle ne constitue pas automatiquement un espace thérapeutique.

Quelles sont alors les conditions pour qu'une arène professionnelle devienne thérapeutique ? En référence à Bion (1965), on peut faire l'hypothèse qu'une de ces conditions est que les membres des différents groupes professionnels forment un *groupe de travail* (voir aussi Quatrinio, Casagrande & Castellano, 1992). Or, comme on le sait, un tel fonctionnement de groupe ne va pas de soi et suppose le passage d'un état de simples interactions entre les membres d'un groupe à un état d'*interdépendance*, c'est-à-dire à un état dans lequel les membres sont conscients de dépendre les uns des autres et peuvent accepter cette dépendance sans

pour autant avoir l'impression de perdre leur autonomie. Il s'agit donc d'un état qui est fondé sur *l'échange et l'intégration* des besoins personnels d'une part et des besoins du groupe d'autre part.

Cette intégration permet la formation d'un *quatrième mode de par-tage* de l'arène pour lequel je réserverai le terme de *collaboration* proprement dit. Prise dans ce sens, la collaboration suppose qu'à l'intérieur d'une arène professionnelle donnée, les objectifs, les méthodes pour les atteindre et les rôles de chacun soient l'objet de négociations continues entre les acteurs concernés. La *négociation* est donc l'élément central de la collaboration (Quaglino, Casagrande & Castellano, 1992). Ainsi définie, l'arène professionnelle peut aussi être considérée dans sa dimension intersubjective, c'est-à-dire comme le résultat d'un processus interactionnel au terme duquel elle se voit attribuer un certain sens et une certaine finalité. Dans la mesure où ce processus interactionnel permet aux intervenants de *penser* l'arène professionnelle et de *se penser* à l'intérieur d'elle en tant qu'individu et en tant que groupes, on peut faire l'hypothèse que l'équipe pluridisciplinaire pourra assurer une fonction contenante aussi bien pour ses propres membres que pour les usagers eux-mêmes.

En bref, pour être thérapeutique, le travail pluridisciplinaire a donc deux principaux écueils à éviter : le clivage et la confusion. L'évitement de ces deux écueils lui permettra de parvenir à un *état de différenciation* qui tiennent compte à la fois des spécificités des groupes professionnels et de leurs convergences. La collaboration au sens fort du terme s'accompagne par conséquent d'une négociation continue des frontières entre champs professionnels. Elle implique aussi une négociation du *leadership* en fonction des tâches précises que le groupe doit effectuer. Autrement dit, dans un tel groupe, la fonction de leadership du groupe s'exprimera différemment selon la nature des compétences nécessaires à la conduite d'une tâche. On peut enfin relever qu'une équipe pluridisciplinaire fonctionnant sur le mode de la collaboration au sens qui vient d'être défini est susceptible d'instaurer des formes de travail relevant de

l'interdisciplinarité : le produit de la coordination entre les membres de l'équipe peut donner lieu à un produit original.

Pour quelles raisons les écueils du clivage et de la confusion semblent-ils si difficiles à éviter ? A mon avis, une raison possible tient au fait que nous manquons d'informations sur les pratiques *effectives* des représentants institutionnels, le risque étant alors de considérer que les discours tenus par les professionnels sur leur propre pratique reflètent leurs pratiques effectives⁴. Peuvent ainsi se maintenir certains mythes qui donnent au groupe et à ses membres une image idéalisée de leur fonctionnement. Il y a donc là un obstacle à la possibilité offerte à une équipe de se penser elle-même (donc d'exercer sa fonction contenante) et, par là, un obstacle à sa capacité de différenciation. La supervision constitue une des réponses possibles à ce problème ; la recherche visant une meilleure connaissance des pratiques professionnelles effectives en est une autre (voir à ce propos Le Poulter, 1990b).

Dans la partie suivante, je me propose d'aborder brièvement quelques éléments relatifs à l'étude de ces pratiques effectives en me centrant sur l'étude des interactions entre représentants institutionnels. Je m'intéresserai plus particulièrement à la communication entre représentants institutionnels et examinerai la manière dont, dans leurs pratiques professionnelles effectives, ces derniers catégorisent le réel et interprètent les situations qu'ils observent.

3. MISE EN MOTS ET COMMUNICATION DANS L'ARÈNE PROFESSIONNELLE

A partir de ma question précédente (comment les représentants institutionnels se partagent-ils l'arène), je me pencherai maintenant sur la manière dont les professionnels communiquent les uns avec les autres dans leur travail quotidien. Il ne s'agit donc plus d'examiner les discours

4. Pour des travaux portant sur les pratiques effectives, voir par exemple Apothéloz & Grossen, 1996 ; Grossen, 1996 ; Grossen & Salazar Orvig, 1998 ; Salazar Orvig, 1999 ; Jodelet, 1989.

que les professionnels tiennent sur leurs pratiques, mais bien d'observer leurs pratiques proprement dites. Or, ces dernières ont pour spécificité d'être en grande partie fondées sur la communication verbale : les professionnels parlent toujours, que ce soit avec leurs patients, leurs collègues, leurs superviseurs ; ils écrivent aussi des rapports ou des lettres pour rendre compte des situations dont ils s'occupent. Le langage constitue donc, dans toutes les professions d'aide, un instrument de travail privilégié qui, outre qu'il crée des liens symboliques entre professionnels et entre groupes de professionnels, sert aussi à obtenir des informations, les interpréter et à en rendre compte auprès des différentes personnes qui gravitent autour du patient. Autrement dit, c'est par le langage que le patient, sa demande, son « problème », etc. sont mis en mots et deviennent, par ce fait même, un objet d'échange entre professionnels.

Toutefois, ce travail de mise en mots n'est pas une simple traduction d'une réalité externe ou interne qu'il s'agirait de « traduire » le mieux possible ou, pour le dire encore plus naïvement, de manière « authentique ». Mettre en mots, c'est non seulement utiliser un système de signes qui a ses propres caractéristiques et contraintes, mais aussi *prendre une perspective* sur la chose dont on parle et, en même temps, *imposer une perspective* à son interlocuteur. Ainsi par exemple, si je dis d'une personne qu'elle est « maniaque » ou « obsessionnelle », ce n'est pas une simple description que je propose à mon interlocuteur, mais bien une certaine manière de considérer cette personne et, du fait même que tout langage est culturellement situé, un jugement.

De plus, le langage est polysémique (voir par exemple Linell, 1998 ; Vion, 1992) et c'est son utilisation en contexte, ainsi que l'interprétation que l'interlocuteur fait de ce qui lui est dit, qui déterminent les significations de ces mots : ainsi, l'expression « failles narcissique » selon où je la prononce, à qui et à propos de qui, peut prendre des significations différentes. Par conséquent, toute communication implique que chaque participant puisse non seulement comprendre la perspective dans laquelle l'autre se place, mais aussi faire des hypothèses sur la perspective que son interlocuteur est en train (ou risque) de lui imputer.

En suivant Rommetveit (1976, 1992), on peut donc dire qu'il y a *construction d'un état intersubjectif* lorsque chaque interagissant *croit* être, en mesure de saisir le point de vue de l'autre, ce qui, formulé de la sorte, montre bien que la communication humaine repose sur une sorte de *pari*. Une conversation peut être alors ée considérée comme une architecture (ou un échafaudage) d'états intersubjectifs qui sont temporairement (et jusqu'à preuve du contraire) partagés. De ce fait, on peut aussi dire que toute conversation ne serait qu'une suite de malentendus que les locuteurs seraient sans cesse en train de lever, sans même qu'ils s'en aperçoivent. C'est, soit dit en passant, affirmer que le malentendu n'est pas l'opposé du « bien » entendu et que l'explicitation, par le fait même qu'elle est langage, crée du malentendu. Le langage est donc ambigu de nature, même si les locuteurs ont (heureusement !) le plus souvent l'impression de se comprendre.

Comment alors, dans le cas du travail pluridisciplinaire, les différents représentants institutionnels mettent-ils leurs observations, impressions, sentiments, en mots ? Comment parviennent-ils à construire des états intersubjectifs avec leurs patients⁵ ou leurs collègues ? Comment mettent-ils le « problème » du « patient » en mots ?

Ces questions peuvent être abordées en observant, par exemple, le déroulement d'une « réunion de synthèse », institution qui est établie dans bien des établissements socio-sanitaires ou éducatifs et qui a pour but de réunir les observations des divers professionnels pour décider, entre autres, d'un mode de prise en charge. La réunion de synthèse est donc l'un des lieux où les représentants institutionnels discutent des personnes dont ils ont la charge et de leurs interprétations respectives du « problème ». C'est aussi un des lieux où, de manière plus ou moins explicite, ils négocient la manière dont ils se partagent l'arène professionnelle.

5. On peut ainsi relever que le terme même de « patient » impose une perspective particulière sur la personne dont le représentant institutionnel s'occupe. De « pensionnaire », d'« usager », de « client », etc.

Deux questions peuvent alors être posées :

- Sur l'ensemble des manifestations présentées par l'usager (comportements, résultats de tests, verbalisations, etc.), quelles sont celles qui vont retenir l'attention des divers représentants institutionnels ? Ces derniers vont-ils se focaliser sur les mêmes points ?

- A supposer qu'ils le fassent, donnent-ils les mêmes interprétations de ces manifestations ou, en d'autres termes, les mettent-ils en mots de la même manière ?

A titre illustratif, je prendrai un exemple tiré d'une recherche non publiée portant sur l'analyse des interactions verbales entre représentants institutionnels dans des réunions de synthèse concernant des enfants placés dans une institution (Prêtre, 1995).

Exemple

Il s'agit d'une réunion à laquelle participent six intervenants qui parlent de Maurice, âgé de 7 ans. Le psychomotricien est en train de lire son rapport :

- 1 Psychomotricien : *par rapport à la relation qu'il cherche avec l'adulte et à la difficulté qu'il a de s'intégrer vraiment dans les groupes, il n'établit pas de rapport avec les autres enfants ou peu, et il veut toujours imposer ses idées, mais les autres ne le suivent pas alors il s'adresse continuellement à l'adulte (...) il participe assez bien mais il participe d'une manière presque individualisée au sein du groupe, on le voit pas faire partie de ce groupe, je ne dis pas qu'il ne soit pas bien dans les groupes*
- 2 Enseignante : *non non*
- 3 Psychomotricien : *mais il n'est pas intégré*
- 4 Enseignante : *il est moins remarqué au niveau de la classe, c'est les enfants qui organisent leurs jeux (...) ils sont bien ensemble, disons Maurice un peu moins parce que c'est toujours pour venir me dire que*

Laure a fait ci ou ça (...) c'est Maurice qui vient me le dire

- 5 Psychiatre : *mais là il y a une certaine intégration tout de même*
- 6 Logopédiste : *ah oui*
- 7 Enseignante : *oui oui*
- 8 Logopédiste : *et puis au groupe de langage aussi maintenant il fait partie du groupe, il participe*

Dans la lecture de son rapport, le psychomotricien introduit deux thèmes : la relation de l'enfant avec l'adulte d'une part, la relation de l'enfant avec ses camarades d'autre part. On peut considérer que ces deux thèmes constituent deux catégories qui donnent un cadre au discours concernant l'enfant et qui, pour reprendre la terminologie introduite plus haut, font implicitement référence à certaines « manifestations » observées chez l'enfant. L'activité des participants comprend ainsi trois volets :

- examiner si les « manifestations » qu'ils ont observées chez l'enfant appartiennent ou non à ces catégories ; il s'agit donc d'une opération de *categorisation* ;
- examiner si les « manifestations » entrant dans ces catégories qualifient de manière positive ou négative « la relation de l'enfant à l'adulte » et « la relation de l'enfant avec ses camarades » ; il s'agit là d'une opération d'*évaluation* ;
- rendre compte de leur propre pratique, catégorisation et évaluation auprès des autres professionnels auxquels ils s'adressent ; il s'agit là d'une opération de *justification et d'argumentation* au travers de laquelle les participants affirment leur propre légitimité en tant que professionnel.

Pour revenir plus précisément au dialogue de l'exemple rapporté, on relèvera que les diverses contributions des participants s'enchaînent de la manière suivante :

- a) Dans son discours (1), le psychomotricien semble tout d'abord faire une distinction entre la catégorie « faire partie du groupe » et la catégorie « participer », cette dernière comportant elle-même une sous-catégorie « participer de manière presque individuelle ». Il semble

donc que, pour lui, la participation puisse revêtir différentes formes et que la forme « participation individuelle » ne constitue pas un signe attestant que l'enfant « fasse partie du groupe ». Pour lui, le fait que l'enfant « s'adresse continuellement à l'adulte » semble être un signe de cette « participation individuelle ». Le psychomotricien semble par ailleurs distinguer une autre distinction entre les catégories « faire partie du groupe » et « être bien dans le groupe » : pour lui, le fait que Maurice « soit bien » dans le groupe ne constitue pas un signe attestant qu'il « fait partie du groupe », cette catégorie semblant elle-même être équivalente à la catégorie « être intégré ». Ainsi, au terme d'une série de mises en mots qui, dans ce contexte interlocutoire, prennent aussi valeur d'argumentations, le psychomotricien arrive à une nouvelle catégorie, à savoir que Maurice « n'est pas intégré » (2).

b) *L'enseignante* (4) n'utilise pas le terme (ou la catégorie) « intégration » et enchaîne sur une autre catégorie introduite par le psychomotricien « être bien dans le groupe » (en l'occurrence ici « les enfants sont bien ensemble »). C'est donc par rapport à cette dernière catégorie que porte l'évaluation de l'enseignante (« disons Maurice un peu moins »), évaluation qu'elle justifie en se référant à un comportement précis dirigé vers l'adulte (« ... venir me dire que Laure a fait ci ou ça ») et en se basant ainsi sur la première catégorisation introduite par le psychomotricien (« relation de l'enfant avec l'adulte »).

c) Sur la base du discours du psychomotricien et de l'enseignante, *le psychiatre* (5) reprend la catégorie « intégration » et reformule les conclusions (ou la définition du problème) du psychomotricien en introduisant deux modalisateurs (« une certaine intégration » et « tout de même »). On passe donc de la mise en mots du psychomotricien : « mais il n'est pas intégré » à celle du psychiatre : « il y a une certaine intégration tout de même ». Autrement dit, le psychiatre opère une mise en mots basée sur la même catégorie que celle introduite par le psychomotricien (« l'intégration ») mais lui donne cette fois-ci une connotation positive.

d) La reformulation du psychiatre est suivie d'une approbation de la logopédiste (6) et de l'enseignante (7). Toutefois, seule la logopédiste

(8) justifie son approbation en faisant référence à ses propres observations et en se reprenant deux catégories utilisées par le psychomotricien, soit « faire partie du groupe » et « participer ». Cependant, elle ne reprend pas la sous-catégorie « participer de manière individuelle ». Dans son discours, « faire partie du groupe » et « participer » apparaissent comme des synonymes et attestent de l'« intégration » (ou de la « certaine intégration ») de l'enfant.

Dans cet exemple, on observe donc que les participants cherchent à coordonner leurs perspectives sur la base des manifestations qui ont retenu leur attention au cours de leurs observations. On peut alors relever qu'au-delà de leurs accords ou désaccords sur le degré d'« intégration » de l'enfant, les participants développent des discours de type argumentatif qui restent focalisés sur les manifestations de l'enfant. Autrement dit, tout au long de leur dialogue, les représentants institutionnels ne cessent de placer l'élève au centre de l'arène professionnelle.

Notons aussi que même si dans notre exemple, les différents intervenants parviennent à une sorte de compromis sur la manière de qualifier l'« intégration » de l'enfant, le « compromis » ne représente qu'une forme possible de coordination. En effet, le résultat d'une coordination de perspectives peut se présenter de deux manières au moins :

- Les intervenants réduisent leur désaccord initial et, sous l'effet de leur coordination, construisent une définition commune du problème. Celle-ci, pour rassurante qu'elle puisse être sur le plan relationnel, présente toutefois le risque de mener à une certaine indifférenciation entre les membres de l'équipe et les divers groupes professionnels qui y sont représentés. De fait, l'équipe pluridisciplinaire devient « monodisciplinaire ».
- Les intervenants sont en mesure d'explicitier leur propre perspective et de se centrer sur la discussion de leurs points de vue respectifs. Le manque d'une définition commune du problème, voire même les divergences, peuvent en effet obliger les représentants institutionnels à argumenter, défendre leur point de vue et, ce faisant, à définir leur propre place dans l'arène professionnelle et à négocier leur champ de

compétences. Dans ce sens, les différences de points de vue peuvent être productrices d'une dynamique d'équipe propice au changement et à l'auto-observation. Il va toutefois de soi qu'en l'absence de telles régulations, ces différents points de vue peuvent donner lieu à des conflits relationnels et contribuer à placer l'usager et ses manifestations sur la périphérie de l'arène professionnelle.

L'exposé de ces deux cas de figure est bien entendu très schématisé et nécessiterait d'être approfondi en fonction de la spécificité de chaque situation et, plus particulièrement, des tâches à accomplir. Il suffit toutefois à entrevoir la complexité de la tâche des intervenants : ceux-ci doivent en effet pouvoir établir ou maintenir une relation satisfaisante entre eux sans que cela ne se fasse au prix du traitement cognitif des problèmes qu'ils ont à résoudre.

4. CONCLUSIONS

En conclusion, je voudrais revenir sur la question qui a guidé mes réflexions : qu'est-ce qui permet à une arène professionnelle de devenir un espace thérapeutique ? J'insisterai ici sur trois points :

- Pour devenir un espace thérapeutique, l'arène doit *garder la dimension conflictuelle* contenue dans cette métaphore. C'est dire que la capacité des intervenants à supporter le conflit, l'élaborer, le résoudre, en créer de nouveaux, etc. constitue un signe qui atteste des possibilités de collaboration en équipe pluridisciplinaire. La collaboration, au sens fort où elle a été définie plus haut, n'implique donc pas la construction d'une perspective commune, mais la possibilité de *penser, discuter et argumenter* les différences. Elle implique aussi de pouvoir, dans certains cas, remettre en cause la pertinence d'un travail pluridisciplinaire (ou interdisciplinaire) si la nature des problèmes rencontrés et des tâches à effectuer ne le rendent pas indispensables.

- Une des tâches majeures de toute équipe pluridisciplinaire est de faire en sorte que *l'usager reste au centre des préoccupations de l'arène professionnelle*. En me basant sur les observations que j'ai eu l'occasion de faire dans différents contextes, je pense que l'un des moyens d'y

parvenir est de centrer les actions et verbalisations des représentants institutionnels sur les manifestations de l'usager, c'est-à-dire sur les traces concrètes qu'il donne de son « problème ». En effet, une des difficultés majeures du travail en équipe pluridisciplinaire réside dans le fait que les échanges concernant l'usager se font souvent en l'absence du référent auquel se rapporte le discours de chaque intervenant : ainsi, et contrairement à l'exemple rapporté plus haut, tel intervenant dira que son patient est « intégré » sans rendre compte des manifestations sur lesquelles il s'appuie pour le dire ; ou tel autre intervenant dira que son patient a de « bonnes capacités dans l'orientation spatio-temporelle » sans préciser quels sont les instruments qui lui ont permis de parvenir à cette conclusion. Pour les représentants institutionnels, parler des conditions dans lesquelles ils ont fait leurs observations peut donc être une manière très concrète de confronter leurs points de vue et de montrer aux autres intervenants les éléments sur lesquels repose leur interprétation.

- Le mode de fonctionnement d'une équipe contribue non seulement au sentiment de bien-être et de satisfaction professionnelle des intervenants, mais a aussi des répercussions directes et indirectes sur l'évolution de l'usager. Plus spécifiquement, certains fonctionnements d'équipe peuvent induire un *fonctionnement en miroir* chez l'usager (c'est-à-dire reproduire chez l'usager un mode de fonctionnement psychologique analogue à celui de l'équipe et faillir ainsi à leur rôle de 1995). On peut donc, à ce propos, faire l'hypothèse qu'une démarche auto-réflexive des intervenants sur leurs pratiques constitue l'une des conditions amenant les usagers à entrer eux-mêmes dans une démarche similaire.

BIBLIOGRAPHIE

- Apothéoz, D., & Grossen, M. (1996). Dynamique conversationnelle dans un entretien psychothérapeutique : analyse des reformulations. *Interactions & Cognitions*, 1 (1), 115-149.
- Bauer, M. (1990). Collaboration entre professions du champ social : points de vue d'un lieu de formation. *Cahiers de l'IEESP*, 8, 71-80.
- Bion, W.R. (1965). *Recherches sur les petits groupes*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Brown, R. (1988). *Group processes. Dynamics within and between groups*. Oxford : Basil Blackwell.
- Chauvière, M. (1990). Recherche, interdisciplinarité et professions sociales - enjeux et embûches. *Cahiers de l'IEESP*, 8, 93-107.
- De Paolis, P. (1986). *La résistible ascension professionnelle du psychologue : représentations sociales d'un processus de professionnalisation*. Thèse de doctorat. Paris : Ecole des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Deschamps, J.-C., Morales, J.F., Paetz, D., & Worcheh, S. (1999). *L'identité sociale. La construction de l'individu dans les relations entre groupes*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.
- Doise, W. (1976). *L'articulation psychosociologique et les relations entre groupes*. Bruxelles : De Boeck.
- Firav-Depeursinge, E., Corboz-Warnery, A., & Frenck, N. (1995). L'approche systémique. In M. Robin, I. Casati, & D. Candilis-Huisman (Eds.), *La construction des liens familiaux pendant la première enfance*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Genton, A. (1990). La pluridisciplinarité dans les centres médico-sociaux. *Cahiers de l'IEESP*, 8, 61-70.
- Goffman, E. (1968). *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris : Éditions de Minuit.
- Gottaux, M. (Ed.) (1990). Collaborations dans les professions sociales. *Cahiers de l'IEESP*, 8 [numéro thématique].
- Grasset, F., Duflon, J.-P., & Giroud, G. (1987). Collaboration interdisciplinaire et perspectives thérapeutiques dans le travail d'équipe en foyer d'accueil pour patients psychiatriques. *Revue médicale de la Suisse romande*, 8 (107), 635-640.
- Grossen, M. (1990). Perspective psycho-sociale sur les interactions entre intervenant et consultant : l'exemple de la consultation logopédique, *TRANSEL*, 16, 113-124. Université de Neuchâtel, Faculté des Lettres.
- Grossen, M. (1996). Counseling and gatekeeping. Definitions of the problem and situation in a first therapeutic interview. *Text*, 16 (2), 161-198.
- Grossen, M. (à paraître). Collaboration en équipe, relations intervenant-usager et travail social : Un point de vue psychosocial. In S. Rossini (Ed.), *Travail social en mutation*. Lausanne : Réalités Sociales.

- Grossen, M., Kaiser, C., Oppizzi, L., & Jovanovic Franciosi, J. (en préparation). Définition des difficultés de l'élève, champs de compétences et identités professionnelles. In M.-J. Schubauer-Leoni, M. Grossen, F. Vanetta, & W. Minogren (Eds.), *Difficultés d'apprentissage, rôles institutionnels et pratiques de remédiation* (titre provisoire).
- Grossen, M., & Krauss, B. (1992). La spécificité du rôle du psychologue dans la supervision d'examen et de traitements orthophoniques : quelques éléments de réflexion. In M. Grossen, & A.-N. Perret-Clemonat (Eds.), *La construction de l'espace thérapeutique* (pp. 193-216). Paris et Neuchâtel : Delachaux et Niestlé, coll. Textes de Base.
- Grossen, M., & Salazar Orvig, A. (1998) (Eds.). Clinical interviews as verbal interactions : A multidisciplinary outlook. *Pragmatics*, 8 (2) special issue.
- Jodeliet, D. (1989). *Folies et représentations sociales*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Lave, J., & Wenger, E. (1991). *Situated learning : Legitimate peripheral participation*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Le Poutier, F. (1987). Processus cognitifs et pratiques du travail social. In J.-L. Beauvois, R. V. Joule & J.-M. Monteil, *Perspectives cognitives et conduites sociales*, 1 (pp 29-44). Cousselet (Fribourg) : Delval.
- Le Poutier, F. (1990a). Problèmes de l'approche pluridisciplinaire. *Cahiers de l'IEESP*, 8, 71-80.
- Le Poutier, F. (1990b). *Recherches évaluatives en travail social*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.
- Linell, P. (1998). *Approaching dialogue. Talk, interaction and contexts in dialogical perspectives*. Amsterdam : John Benjamins.
- Prêtre, N. (1995). *La distribution de l'espace thérapeutique en milieu institutionnel*. Mémoire pour l'obtention d'un diplôme d'orthophonie. Neuchâtel : Université de Neuchâtel.
- Quaglino, G.P., Casagrande, S., & Castellano, A. (1992). *Gruppo di lavoro. Lavoro di gruppo*. Milano : Raffaello Cortina.
- Richard-De Paolis, P. (1992). Représentations sociales des pratiques thérapeutiques et contexte de professionnalisation. In M. Grossen, & A.-N. Perret-Clemonat (sous la dir. de), *L'espace thérapeutique : cadres et contextes* (pp. 91-114). Neuchâtel et Paris : Delachaux et Niestlé.
- Rommelveit, R. (1976). On the architecture of intersubjectivity. In L.H. Strickland, K.J. Gergen, & F.J. Aboud (Eds.), *Social psychology in transition* (pp. 163-175). New York : Plenum Press.
- Rommelveit, R. (1992). Outlines of dialogically based social-cognitive approach to human cognition and communication. In A.H. Wold (Ed.), *The dialogical dimension. Towards theories of language and minds* (pp. 19-44). Oslo : Scandinavian University Press.

- Schubauer-Leoni, M.-L., Grossen, M., Vanetta, F. & Minoggio, W. (Eds.) (en préparation). *Difficultés d'apprentissage, rôles institutionnels et pratiques de remédiation* (titre provisoire).
- Strauss, A. (1992). La dynamique des professions. In I. Baszanger (Ed.), *La trame de la négociation* (pp. 67-86). Paris : l'Harmattan. (Édition originale 1961).
- Tajfel, H. (1981). *Human groups and social categories*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Vion, R. (1992). *La communication verbale. Analyse des interactions*. Paris : Hachette.
- Wiener, C. (1991). Arenas and careers : The complex interweaving of personal and organizational destiny. In D. Maines (Ed.), *Social organization and social process. Essays in honor of Anselm Strauss* (pp. 175-188). New York : de Gruyter.

Achévé d'imprimer en
novembre 1999