

## Transdisciplinarité et intersubjectivité

Dr Gérard Salem

Septembre 2008



Structure thérapeutique de la  
Fondation Ethique Familiale

### Résumé

Cet article constitue l'éditorial de la gazette électronique numéro 2 de la CIMI

Nous savons que Piaget a été l'un des premiers scientifiques de notre pays à encourager la perspective interdisciplinaire. Dès son plus jeune âge par exemple, il se passionnait autant pour la biologie que pour la philosophie. Au fil de ses recherches et de son enseignement, maints mathématiciens, psychologues, philosophes, artistes, physiciens, médecins ou biologistes étaient invités par lui à la même table pour explorer l'épistémologie (cette *connaissance de la connaissance*).

Même si un certain nombre de savants ne comprenaient pas que l'on « s'égare » à étudier l'intelligence de l'enfant pour comprendre le fonctionnement des connaissances scientifiques, Piaget persistait à comparer avec audace, et avec une pertinence dont il a fait l'éclatante démonstration, les stades de développement de la connaissance aux stades du développement de l'enfant. Il déclarait volontiers que toute discipline ne peut désormais évoluer que « crête à crête avec une autre discipline ». A ce prix seulement nous comprendrons mieux ce que sont la « cognition » et l'apprentissage, et nous saurons mieux articuler nos pratiques universitaires.

La transdisciplinarité est devenue de nos jours une nécessité évidente dans la plupart des domaines de pointe de la recherche. En médecine, en biosciences, dans les sciences cognitives, en ingénierie, dans les nanotechnologies, comme en philosophie, en éthique, en sociologie et en bien d'autres champs d'exploration et de découvertes, il est largement reconnu aujourd'hui qu'une discipline donnée a besoin des autres pour progresser.

Mais comment se font de tels échanges, quand l'objet d'étude et la terminologie propre à chaque domaine ne sont pas les mêmes ? Faisons d'abord la distinction, avec Jean-François Malherbe<sup>1</sup>, entre trois formes ou stratégies de pensée et d'intervention : la multidisciplinarité, l'interdisciplinarité et la transdisciplinarité. Et prenons pour exemple concret la situation d'un enfant maltraité, dont le cas est détecté et signalé. Il est pour ainsi dire la règle que plusieurs disciplines (et leurs acteurs) soient appelées à intervenir, en même temps ou de façon séquentielle, sans même se concerter. L'enfant est souvent entendu par une assistante sociale, un policier, une psychologue, parfois un magistrat, puis examiné et traité par un pédiatre, auquel s'ajoute souvent un pédopsychiatre. Si la famille est mise en cause, celle-ci sera peut-être déléguée à un thérapeute systémique, s'il y en a un à disposition. Dans le cas contraire, il se peut qu'un des parents, ou même les deux soient adressés, chacun de son côté, à un psychiatre pour adultes. Enfin, au cas où la maltraitance a entraîné chez l'enfant des troubles moteurs ou langagiers, une psychomotricienne

<sup>1</sup> Malherbe J.-F. Communication personnelle, séminaire de supervision à la CIMI, Lausanne, le 28-06-08.

ou une logopédiste seront encore nécessaires. Voyons maintenant comment l'on reconnaît chacune des trois formes ou stratégies d'intervention mentionnées plus haut.

Dans la stratégie *multidisciplinaire*, l'enfant est au centre, tous les dossiers sont menés de front, avec la rigueur propre à chaque discipline, mais sans tenter de synthèse, sans réel souci d'échanger avec les autres disciplines en se plaçant de leur point de vue. Même dans les « réunions de réseau », ce modèle continue d'entretenir le cloisonnement entre les domaines : chacun se contente d'informer les autres de la situation et de son point de vue, sans se laisser influencer dans sa propre pensée ou sa propre action. L'enfant est l'*objet* de soins multiples, il ne tient aucune place de *sujet* face à l'armada qui s'occupe de lui. Il est certes le maillon qui relie les intervenants, mais de façon virtuelle. Aucun n'a vraiment cure de ce que pensent les autres, pourvu que chacun et chacune assument ses responsabilités.

La stratégie *interdisciplinaire* veut remédier aux défauts de la stratégie multidisciplinaire. Elle identifie et reconnaît le cloisonnement entre les domaines et les intervenants, elle a même une conscience épistémologique des limites de chaque domaine, elle s'efforce d'échanger au-delà ou à travers les cloisons entre les disciplines. Et chaque discipline peut tirer profit de cet échange, en identifiant les limites de sa pertinence. Le policier transmet, avec l'accord du juge, la bande vidéo du premier interrogatoire au psychiatre qui va suivre l'enfant, ou à l'expert chargé d'évaluer la crédibilité de ses allégations (s'il y a doute). Le pédopsychiatre essaie de comprendre le point de vue du thérapeute de famille, les limites de son intervention, comme les siennes propres. Le pédiatre échange mieux avec la logopédiste. Tout ce beau monde progresse, mais l'enfant reste toujours un *objet* de soins commun, il n'est pas encore *sujet* impliqué dans le projet thérapeutique, du fait que tous les intervenants s'efforcent d'unifier celui-ci pour l'enfant, mais paradoxalement en l'oubliant.

Dans la stratégie *transdisciplinaire*, l'enfant est sollicité comme *sujet*. Chaque acteur représentant une spécialité prend en compte sa demande, son besoin, ses refus, ses choix, en tentant, avec l'aide des autres acteurs, d'y répondre de façon cohérente et réaliste. Par exemple si l'enfant, bien que victime, se sent coupable envers son parent abuseur, et soucieux qu'il soit considéré lui aussi dans sa détresse, il en est tenu compte, même si le parent suscite des contre-attitudes chez l'un ou l'autre intervenant. Ici, les acteurs de chaque discipline « passent » par l'enfant en tant que *sujet* de soins, et non *objet* de soins, avant de réviser leur position de départ si cela devient soudain pertinent à leurs yeux, aux yeux de l'enfant et aux yeux des autres membres du réseau impliqué. Nous nous trouvons donc en présence d'une *intersubjectivité herméneutique*, pour reprendre une formule de Malherbe. Celle-ci devient possible du fait qu'il s'agit pour chaque intervenant de renoncer à tout ce que sa discipline a de dogmatique, tout en ayant une conscience avivée de sa validité et de ses limites.

A la CIMI, nous avons l'impression d'être en train de passer progressivement du modèle interdisciplinaire au modèle transdisciplinaire, ce qui remet de plus en plus en cause à nos yeux le premier i de notre sigle. Salubre autocritique, du moins l'espérons-nous.

Dans ce numéro 2 de la Gazette électronique, ce thème de transdisciplinarité apparaîtra dans toute sa force dans les divers articles présentés. Il y sera question en général du fameux « tiers », en particulier dans les diverses formes de triangles émotionnels, notamment le triangle auteur-victime-tiers et l'approche multilatérale qu'il exige, mais aussi dans les questions de *cut-off* et le rôle de tiers médiateur, ou dans la partialité multidirectionnelle selon Boszormenyi-Nagy.

Dr Gérard SALEM, psychiatre, directeur de la CIMI

### Lectures conseillées

Malherbe J.-F. *Pour une éthique de la médecine*. Ed. Artel-Fides, Namur, 1997.

Malherbe J.-F. *Les ruses de la violence dans les arts du soin. Essais d'éthique critique*. Editions Liber, Montréal, 2003.

Malherbe J.-F. *Sujet de vie ou objet de soins ? Introduction à la pratique de l'éthique clinique*. Ed. Fides, Montréal, 2007.

