

# VULNÉRABILITÉ et interdisciplinarité<sup>1</sup>

CATHERINE PERROTIN

Maître de Conférences en philosophie

Centre Interdisciplinaire d'Éthique

Université catholique de Lyon

cperrotin@univ-catholyon.fr

---

## VULNÉRABILITÉ

### Une blessure

*Vulnus*, la blessure, marque la vie des humains et leur parle de finitude, vivants mortels ayant à vivre les écarts entre l'espéré et le possible, faisant l'expérience de limites – les unes à dépasser, les autres à reconnaître – s'interrogeant sur ce qu'il convient de faire quand la vie peine à s'entretenir. La vulnérabilité évoque d'abord l'expérience d'une fragilité, registre par lequel nous nous trouvons affectés, altérés, du fait des événements, de la rencontre d'autrui, de la logique des institutions, du rythme de la société... au point de sentir la modification de nos points d'appui et de notre propre équilibre, et d'éprouver la nécessité d'un réajustement. La fragilité souligne le caractère éphémère des réalités et des liens et demande que nous prenions soin de l'humain.

### Une précarité

Cette fragilité consonne avec la précarité, et ce qui fait désordre dans nos systèmes : précarité du corps

quand les conditions de vie deviennent défavorables et portent atteinte au capital santé, précarité accrue quand la maladie évolue et que la mort s'approche, précarité du corps des soignants et des accompagnants qui éprouvent de la fatigue à se tenir sur le front. Précarité des corps institutionnels sommés de transformer leurs fonctionnements pour pouvoir durer. Précarité du corps social aux prises avec la fragilisation du lien social, assorti du risque de dé-liaison, voire d'exclusion des plus faibles. Ce n'est pas le moindre des paradoxes que de réaliser que, pour certaines personnes en situation très précaire, l'hospitalisation peut être un facteur de re-socialisation. Des professionnels, par métier, s'intéressent à la santé et aux droits de ceux qui sont devenus « quasi invisibles » dans le corps social, habitués à leur misère au point de ne presque plus la voir. Un patient disait récemment : « Je suis tombé gravement malade, alors j'ai rencontré des gens qui ont pris soin de moi. Cela ne m'était plus arrivé depuis plusieurs années. Même si je dois mourir maintenant, cela a existé. » Prendre soin d'autrui connecte le sanitaire et le social et peut rétablir des liens d'appartenance au sein desquels l'individu éprouve que le collectif, par la médiation de

quelques-uns mandatés par une institution, peut à nouveau répondre. Quand la sollicitude rencontrée restaure l'estime de soi, alors peut se relancer la dynamique des droits et des devoirs de chacun, que la vie aille vers un nouveau départ ou qu'elle s'avance vers la fin. Le consentement à reconnaître que nous sommes affectés est le moteur du lien à construire. Il nous fait sortir de l'indifférence et chercher un chemin pour que se concrétise le devoir de protection des plus vulnérables. Il y a là un enjeu de dignité pour tous.

### **Un rapport entre fragilité et force**

La proximité de la souffrance, sous ses différentes formes et aux différents âges de la vie, met en situation d'avoir à faire avec ce qui s'impose comme adversité. Interrogeant le sujet sur sa place et sa trajectoire de vie, l'expérience du pâtir en appelle à la question du sens et va supposer la recherche et la mise en œuvre de ressources, parfois jusque-là insoupçonnées.

S'intéresser à la vulnérabilité demande d'éviter le piège qui consisterait à penser qu'il y a les fragiles d'un côté (les malades, les exclus, les personnes dépendantes) et les forts de l'autre (les personnes en bonne santé, les professionnels). Il y a plutôt à considérer en chacun le rapport à construire entre fragilité et force. C'est dans ce mouvement d'articulation que la vulnérabilité émerge en révélant son potentiel. Personne n'est fragile au point de n'avoir aucune force, personne n'est fort au point de n'avoir aucune fragilité. La vulnérabilité constitutive de tout un chacun est en attente de reconnaissance. Quand celle-ci advient, elle donne de percevoir l'existence des sujets habitée par une force fragile et une fragilité capable de force. Elle donne alors un cadre pour contenir l'illusion de toute-puissance et sa bascule dans l'impuissance. Modestement, elle encourage à chercher le possible accessible qui tienne compte des capacités et des limites des personnes concernées par la situation. Mise à disposition des savoirs et partage de nos impressions orientent alors vers une pondération des décisions à prendre, au plus près des réalités vécues.

## **UNE VULNÉRABILITÉ EN ATTENTE D'HOSPITALITÉ**

### **Une posture d'accueil**

« Rien de ce qui est humain ne m'est étranger ». Cette parole de Téréncé nous invite à dépasser encore aujourd'hui toutes sortes de frontières (géographiques, économiques, intellectuelles, sociales...) pour que l'accueil de l'autre humain demeure possible. Accorder l'hospitalité est au cœur de la tradition des métiers et des institutions de santé. Transformer l'hostilité des circonstances de la vie par le geste d'accueil qui soutient dans l'épreuve à traverser, tel est le travail auquel contribuent depuis toujours ceux qui soignent. L'excellence de la médecine hospitalière dans ses développements de recherche et de thérapeutique participe de cette tradition. En mobilisant les compétences de tous, le souci des moyens et des techniques de prise en charge sans cesse à améliorer actualise cet héritage. Soigner, c'est accepter d'être témoin de la souffrance d'un autre. Mais il peut arriver que même en ayant choisi d'exercer ces métiers, cette proximité dérange et ce dérangement va devoir être habité ensemble (patients, soignants et entourage). La question posée alors ne peut pas se limiter à un problème technique à résoudre ou à un savoir à appliquer. Il va falloir aussi explorer les conditions à honorer pour venir et se tenir en présence, dans la médiation de la thérapeutique proposée, du consentement recherché et du soin à accomplir.

### **Une évolution des modèles**

Guérir, prédire, prévenir, pallier, accompagner caractérisent la diversité des situations de soins et indiquent les adaptations attendues dans la posture des soignants. Tandis que les modèles de soins évoluent avec l'avancée des connaissances et de la médecine, il semblerait que ni le modèle paternaliste

d'hier, où le médecin décidait en fonction de ce qu'il estimait être le meilleur pour le patient, ni le modèle autonomiste revendiqué aujourd'hui, où le patient estime devoir et pouvoir décider par lui-même, ne suffisent à rendre compte de la complexité des situations et de l'ajustement nécessaire à une relation de soins non stéréotypée. Une troisième voie se cherche qui reconnaisse que la vulnérabilité éprouvée dans la maladie modifie, sans l'annuler, l'exercice de l'autonomie. Penser alors un partenariat entre médecins et patients n'est pas nier le caractère asymétrique de leur relation caractérisée par l'inégalité des pouvoirs mais reconnaître que dans cette relation le patient espère être humainement considéré d'égal à égal. Si « soigner, c'est soutenir l'espoir<sup>2</sup> », il restera toujours à inventer le « sur mesure » de la présence, soucieuse de repérer les risques d'abus de pouvoir de l'un sur l'autre, ou de soumission de l'un à l'autre, et désireuse de faire exister la recherche d'un ajustement entre l'un et l'autre. Dans cet esprit, l'autonomie recherchée est modulée en fonction des limites imposées par la vulnérabilité constatée.

## La pluralité des métiers pour prendre soin

Soigner un corps demande la volonté d'aller à la rencontre du sujet et ne saurait négliger l'attention accordée aux conditions de vie de celui-ci. Volonté et consentement ont à se rejoindre de part et d'autre. La pluralité des métiers est alors nécessaire pour que chaque professionnel, référé à sa compétence spécifique et délogé du point aveugle correspondant, puisse prendre le temps d'entendre avec les collègues concernés l'ensemble des besoins du patient. Agir ainsi, c'est faire de l'hospitalité une attitude première, quitte à chercher ensuite qui d'autre que ce service pourrait être à même de donner suite. Trop souvent, l'hospitalité est écourtée par les attitudes défensives, qui consistent d'abord à se protéger en ne voulant pas voir ou entendre l'ensemble des questions, au motif que cela dépasse le strict domaine de son champ de compétence ou des attributions du service. Les critères d'accueil, d'inclusion ou d'exclusion des

patients peuvent être analysés non seulement au regard du diagnostic de leur pathologie ou du pronostic de leur évolution mais aussi de la possibilité des professionnels à porter ensemble la complexité des situations.

## Une exigence de qualité

L'exigence de la qualité des soins aux patients a pour corollaire de veiller à la qualité des liens instaurés entre les soignants dans la diversité de leurs métiers (médicaux, paramédicaux et sociaux) et la spécificité de leurs rapports à la temporalité. Il n'est pas rare que la tendance actuelle de raccourcissement des durées de séjour des patients crée des tensions entre le médical et le social, l'intervention sur les corps étant parfois plus vite accomplie que les choix à mettre en œuvre pour que le patient ait des conditions de vie décentes à la sortie de son hospitalisation. Soigner les patients suppose donc aussi de prendre soin des équipes de travail et des rapports de l'hôpital à son environnement. Meilleure orientation en amont, mise au point de dispositifs d'accueil en aval et travail en réseaux demandent de repenser les filières de soins des patients et les liens entre l'hôpital et le territoire. Cette problématique est au cœur des débats actuels.

## L'INTERDISCIPLINARITÉ, FIGURE DE LA COMPLEXITÉ

### La mise en valeur de l'attention

« Rendre l'attention possible dans chaque travail humain est affaire de dignité », rappelait Simone Weil. Mettre en rapport la pensée et l'action demeure une exigence pour que se construise une cohérence dans la vie professionnelle et personnelle des sujets. Continuer à soutenir l'effort de vouloir comprendre le monde du travail, *a fortiori* quand il est centré sur les rapports entre la vie et la mort, c'est refuser de n'être que des exécutants assignés à des dispositifs

impersonnels et répétitifs. Au-delà de l'activité accomplie, l'exercice du métier demande un temps de recul et d'analyse<sup>3</sup> pour que chacun puisse prendre conscience de la double portée de son travail : à la fois lieu de compétences, permettant de produire des actes professionnels, et symbolique de sens, constitutive d'une appartenance à un corps professionnel, élément du corps social et de sa dynamique.

Par le travail, chacun entre dans le monde commun et prend part à la complexité, découvrant les multiples interactions « de ce qui est tissé ensemble ».

### **Disciplines et pluridisciplinarité au service de la coordination des tâches**

Les disciplines sont le terreau des différences : cursus de formations, diplômes, compétences spécifiques. Elles apportent la spécialisation du savoir, la construction d'un langage, la délimitation des frontières, la mise au point de théories et techniques propres. Chacun se doit de viser l'excellence dans sa discipline. Cet objectif ne se réalise pas sans courir le risque de l'hyperspécialisation, qui d'un ensemble finit par n'étudier qu'une sous-catégorie, perdant ainsi la perspective globale de l'approche. Qui dit positionnement des disciplines n'est pas à l'abri non plus des tensions liées aux corporatismes et privilèges catégoriels. La discipline est l'enracinement nécessaire à partir duquel va être sollicitée une capacité à s'ouvrir aux autres disciplines pour s'intéresser ensemble à un problème commun.

Dans la pluridisciplinarité, chacun sera invité à apporter son point de vue depuis sa discipline. Pour ce faire, le seul registre de la compétence ne suffit plus, il doit désormais s'articuler à une volonté de collaboration. Sans ce consentement, il n'y aura ni pluri, ni interdisciplinarité. Ce consentement étant donné, il va falloir apprendre à présenter son point de vue d'une façon qui soit compréhensible par les autres disciplines.

La pluridisciplinarité vise une organisation de travail selon un mode de coordination des tâches

entre les intervenants, mise en ordre des places tenues et activités exercées. Cela permet la rationalisation du travail : juxtaposition des compétences (veiller à ce qu'il n'y ait pas de chevauchement), identification des places et territoires (ne pas empiéter, ne pas suppléer), prescription des actes, production des organigrammes et protocoles (formaliser les places et les liens). Ce mode de travail s'appuie sur un coordonnateur-organisateur qui distribue le travail et chacun revient vers lui une fois la tâche accomplie. Cette vision séquentielle gagne en clarté et lisibilité mais laisse les acteurs dans un lien de subordination et de sectorisation d'activité.

### **Interdisciplinarité visant la coopération des acteurs**

L'interdisciplinarité trouve sa force dans les compétences multiples qu'elle rassemble et dans le goût des participants non seulement pour apporter leur point de vue mais pour entrer en dialogue les uns avec les autres.

« L'interdisciplinarité exprime la dynamique entre les personnes qui échangent à partir de leur domaine de compétences. Il ne s'agit plus d'accoler une série de connaissances, mais, par le jeu du dialogue, de les mêler pour qu'elles s'altèrent mutuellement. Le résultat espéré est un enrichissement de la compétence des personnes et de leur compréhension de la situation<sup>4</sup>. »

L'interdisciplinarité est une chance, car elle permet de mettre en question les compétences, invite à un approfondissement des savoirs, stimule la recherche, développe l'aptitude à débattre, éclaire les consciences... Elle peut aussi faire courir des risques, celui de l'approximation conceptuelle (illusion de compréhension du savoir de l'autre sans en maîtriser les tenants et les aboutissants) ou de l'appauvrissement disciplinaire (tant l'énergie des acteurs est mobilisée par la construction de l'inter au détriment de l'intra). La lucidité sur ces chances et risques n'évite pas d'avoir à faire avec quelques obstacles, comme les

rivalités professionnelles, le manque d'estime réciproque, la parole mal distribuée, la régulation insuffisante des réunions, l'excès de fatigue, la mobilité (*turn-over*) des personnels...

Le travail interdisciplinaire demande un apprentissage. « Plus la médecine moderne produit de la complexité, plus il faudra savoir travailler dans une logique d'interdisciplinarité, logique au demeurant apprenante et inter-apprenante, qui permettra tout à la fois d'être dans l'action de soin, dans une posture éthique et dans le respect de la personne présentant une situation complexe<sup>5</sup>. »

L'interdisciplinarité visant la coopération des acteurs, au-delà de la coordination des disciplines et des tâches, demande d'apprendre à communiquer pour présenter son point de vue, accueillir celui de l'autre et ensemble prendre une nouvelle mesure de la situation. Au-delà du travail codifié et déjà prescrit, on fera appel à la manière dont chacun peut s'investir dans la compréhension de l'incertitude de la situation, son caractère inédit, la part d'informel. L'intérêt accordé au travail réel accompli permet d'honorer l'implication des sujets et sollicite leur capacité d'interprétation des situations. Il ne s'agit plus seulement de s'expliquer sur la conformité aux procédures. Quand une situation pose question de façon nouvelle, il faut avoir la possibilité de se risquer à des propositions nouvelles. Tout n'a pas été pensé par avance parce que tout n'est pas pensable par avance ! Vivre humainement au travail demande d'être capable d'ajuster nos modes de présence les uns aux autres, *a fortiori* dans la complexité de l'action de soigner et d'accompagner des personnes en situation de vulnérabilité. Objectivité et subjectivité ont à se conjuguer pour que les acteurs puissent se reconnaître partenaires ayant à répondre à la question éthique : « Que faire pour bien faire dans cette situation, pour et avec ce patient ? Et comment faire pour mieux faire ensemble ? »

Une telle démarche demande de caractériser ce qui fait problème, de proposer un dialogue entre les métiers et les générations, entre les soignants et les patients (et leur entourage et personne de confiance),

de confronter les pratiques au discours des experts, de mettre en relief les critères de discernement pour construire un jugement argumenté quant aux choix préférentiels à établir. Ce processus laborieux, qui demande la patience et la rigueur d'un développement méthodique, qui passe par le temps concret accordé pour ce faire, avance pas à pas en associant les acteurs pour une plus grande capacité critique d'analyse, prix de la construction d'une compétence collective. Après cet éclairage réciproque dont le résultat donne lieu à une traçabilité dans les dossiers (médical et social), en dernier ressort la responsabilité de décision revient au médecin.

Ainsi, au-delà des prescriptions pour la coordination des tâches à accomplir dans la pluralité des métiers et des services, la coopération des acteurs est nécessaire, car sans elle même les meilleurs protocoles s'appauvrissent. À la croisée de l'individuel et du collectif, le travail appelle la coopération entre tous sans laquelle la responsabilité de chacun ne saurait durablement s'exercer. La coopération suppose que les professionnels se connaissent (ce qui suppose une certaine stabilité) et qu'ils soient reconnus non seulement pour leurs compétences techniques mais aussi pour leur manière d'être et de faire leur métier. Une trop grande mobilité des personnels fragilise la construction de cette part non formalisée des liens sans laquelle on en revient à l'exigence minimale de la transmission des informations. Là où la coopération des professionnels faiblit, la qualité de la prise en charge du patient s'en ressent et c'est quelque fois le patient lui-même qui en vient à transmettre les informations attendues ! La coopération sollicite une posture de vigilance de la part des professionnels pour qu'il leur soit possible de se considérer comme partenaires ayant à inventer ensemble ce qu'il convient de faire dans la gestion des écarts entre les volontés et les places. Le labeur de cette construction évoque le pàtir de la patience, car développer des stratégies d'alliances n'est jamais acquis une fois pour toutes. Mais dans cette persévérance de l'offre se construit une ouverture favorable à la reconnaissance des personnes en présence.

## UN APPEL À LA RESPONSABILITÉ

Au cœur de la rencontre d'autrui vulnérable émerge l'appel éthique à la responsabilité qui sollicite le consentement de chacun à devenir répondant. Il importe que nous nous rappelions ensemble qu'accepter de répondre, c'est courir le risque de la faillibilité personnelle mais aussi mieux percevoir l'enjeu de la solidarité collective.

L'éthique considérée par Paul Ricœur comme «visée de la vie bonne avec et pour autrui dans des institutions justes» flèche un horizon commun pour fédérer nos actions et peut nous aider à sauvegarder «une mesure humaine» dans les projets de soins mis en œuvre.

Dans le souci d'une évaluation plus précise de l'activité, il importe de chercher à mettre en valeur non seulement les critères quantitatifs (critères exigés) mais aussi les critères qualitatifs de celle-ci (demande moins souvent formulée mais qu'il est possible de proposer). Pour ce faire, il convient de coter les actes mais aussi de reparler du sens, sens des conduites personnelles quand il en va de la vie et de la mort, sens des systèmes de santé et compréhension de leur histoire, sens des liens entre individus et collectivité, sens du service à accomplir afin que ceux qui l'exercent puissent garder l'estime d'eux-mêmes et promouvoir le respect d'autrui.

Santé, soins et prévention posent des questions de citoyenneté qui dépassent la sphère professionnelle. Décision clinique, choix gestionnaire et vision politique sont à articuler comme les trois niveaux indissociables de l'exercice de la responsabilité qui consiste à se porter garant par avance non seulement de ce que nous avons fait mais de ce que nous ferons.

## RÉFÉRENCES

- Dejours, C. *Le travail vivant, travail et émancipation*, tome 2, Payot, 2009.
- Honneth, A. *La lutte pour la reconnaissance*, Cerf, 2007.
- Le Bris, M. *Éthique médicale et précarité*, ASH, 15 mai 2009, n°2009.
- Lévinas, E. *Éthique et infini*, Fayard, 1982.
- Molinier, P. *Les enjeux psychiques du travail*, Payot et Rivages, 2008.
- Pelluchon, C. *L'autonomie brisée*, PUF, 2009.
- Ricœur, P. *Parcours de la reconnaissance*, Seuil, 2004.
- Vergely, B. *La souffrance*, Gallimard, 1997.

## NOTES

1. Ce texte a fait l'objet d'une communication au XVI<sup>e</sup> Congrès de Soins Palliatifs à Marseille, juin 2010.
2. *John Klein*.
3. Importance de maintenir les groupes de parole et d'analyse de la pratique.
4. J.M. Lassaunière, *Les modèles organisationnels à l'hôpital*, Jalmalv, 1995.
5. R. Aubry, Libre propos. Cahier CCNE 162, mars 2010, 9.