

Les compétences nécessaires aux approches intégratives de la santé

Nicolas Antoine-Moussiaux, Université de Liège (nantoine@uliege.be)

Webinaire donné le 1^{er} février 2024, dans le cadre du projet « Santé-Territoires »

Les approches intégratives de la santé sont probablement bien comprises dans leur concept mais manquent encore de cadres de mise en pratique. Cet état de fait transparait d'ailleurs de la définition du One Health établie par le Panel d'Experts de Haut-Niveau mandaté par l'ONU. Cette définition, si elle pose bien le terme comme ressortant d'une "approche", ne propose aucun cadre épistémique ou pratique de la collaboration visée. En particulier, la question des compétences nécessaires pour ses praticiens se pose, ainsi que celle de la possibilité d'une formation dédiée à leur "maîtrise".

C'est une question à laquelle le master de spécialisation en Gestion Intégrée des Risques Sanitaires se confronte quotidiennement depuis 2016. Le terme de "gestion intégrée" renvoie à une certaine "tradition", également mobilisée sous le terme de "lutte intégrée", utilisée dans de nombreux contextes. Cette "intégration" consiste le plus souvent en la mobilisation conjointe de plusieurs outils ou plusieurs disciplines, pour contrôler un risque défini. Or, dans le cadre des défis complexes de santé abordés par le concept One Health et d'autres concepts approchants, notre problème ne tient plus à un risque défini, mais bien à plusieurs risques enchevêtrés. Face à cette extrême complexité, il devient difficile de se positionner en termes de compétences sans référence au cadre-même, épistémique et pratique, de la complexité et de l'incertitude.

Or chacun-e pourra à bon droit considérer avoir développé au fil du temps une certaine pratique de la complexité et de l'incertitude, tant la vie en foisonne. Ainsi, le syndrome de Monsieur Jourdain, le "Bourgeois gentilhomme" qui faisait de la prose sans le savoir, est-il commun dans l'apprentissage des approches intégratives de la santé. C'est là une chose importante de se rendre compte des aptitudes déjà développées par les professionnels et d'être en mesure de construire sur celles-ci par une relecture de l'expérience propre. Néanmoins, il convient d'en identifier aussi les limites et les objectifs de renforcement à viser. Or, face à cette tâche, il nous faut reconnaître que l'agenda de la mise en pratique et de l'articulation des compétences à acquérir reste largement à construire. Si la plupart présentent, à des degrés divers, des pratiques qui appartiennent à cette logique des approches intégratives de la santé ou qui sont en cohérence avec les approches intégratives de la santé, il est difficile pour quiconque de se poser en tant qu'expert et a fortiori de certifier un autre comme étant devenu expert suite à une formation.

A ce stade, nos habitudes de manipulation du terme d'expertise dans des domaines circonscrits nous trompe. Ainsi, une reformulation de la question est nécessaire pour l'aborder valablement: le but n'est pas d'être "expert en approches intégratives de la santé" mais d'être formé à "s'impliquer au sein d'approches intégratives de la santé". Il ne s'agit pas de "faire" mais de "contribuer". C'est là une fondation évidente de cette réflexion: l'approche étant collaborative, toute compétence apportée ne pourra être que complémentaire ou synergique avec celles des autres acteurs.

Les premières aptitudes qui viennent à l'esprit sont des aptitudes de base, extrêmement transversales, telles que la capacité à collaborer, être ouvert, à avoir une certaine capacité de coordination, d'échange, de dialogue... Néanmoins, il est difficile d'affirmer que ces aptitudes collaboratives de base, sociales et managériales, sont ce qui manque de fait parmi les professionnels en demande de cadres d'application des approches intégratives de la santé. Si

elles sont nécessaires et sont certainement à cultiver parmi les futurs praticiens des approches intégratives de la santé, ces compétences ne nous apparaissent pas comme le noyau à partir duquel nous organiser. Plutôt, en référence à nouveau à la complexité et aux nombreuses interactions entre problèmes, acteurs et solutions qui génèrent cette complexité, un pilier qui nous apparaît comme central est ce qu'il est convenu d'appeler la pensée systémique. Nous nous situons ici à un niveau d'abstraction assez élevé, qui pourra désarçonner (temporairement) le professionnel à la recherche d'une pratique. Il s'agit en effet d'abord de reconnaître et prendre conscience des interrelations entre les choses, reconnaître leur complexité et l'incertitude qui en résulte. Pour aborder pratiquement cette complexité, la systémique invite à reconnaître la pluralité des perspectives sur une situation. Nous devons donc mobiliser plusieurs disciplines, qui sont autant de perspectives. Nous devons mettre ces mondes en dialogue sans savoir ce qu'il en résultera. Nous cherchons à créer des choses nouvelles et nous devons accepter que cet effort de création conjointe échappera dans une certaine mesure à chacun des contributeurs. Il faut se rappeler que les approches intégratives de la santé ne se présentent pas comme une panacée, ni même une pratique constante, mobilisable sur tout sujet. Elles sont à mobiliser face à des problèmes enchevêtrés qui résistent aux approches sectorielles. Ainsi, si bien des choses restent maîtrisables et peuvent être prédites avec suffisamment de certitude, la spécificité des approches intégratives de la santé est justement de se concentrer sur ce qui échappe à ces cadres. Or la plupart de nos cadres d'action reposent sur cette maîtrise des processus et la prédictibilité des résultats de l'action. Le professionnel doit alors apprendre à basculer, selon le besoin, dans l'usage d'une panoplie d'outils de gestion reposants sur un cadre épistémique distinct, fait de complexité, d'incertitude et de besoin d'intégration des perspectives.

Si la manipulation d'outils distincts est visée, il faut néanmoins annoncer à ce stade une aptitude transversale qui n'a pas encore été identifiée: celle à être relativement à l'aise, à ne pas être empêché de fonctionner en situation d'incertitude et en situation de flou. Il s'agit de développer une certaine tolérance au flou, allant à l'encontre du souhait commun de clarté et de certitude dans l'action. Cette aptitude ne peut se développer par la lecture ou l'enseignement transmissif. Il s'agira pour chaque professionnel de développer cette aptitude individuelle par la pratique. L'idée est ici d'identifier le flou comme élément de contexte dont il faut s'accommoder plutôt que comme le signe d'un problème à régler avant toute autre chose. Cette prise de conscience et acceptation, ou tolérance, mobilisée à propos, permettra d'entrer dans un cadre neuf de pratiques positionnant le professionnel à l'interface de différents savoirs et différentes perspectives, qu'il sait ne pouvoir maîtriser, pour aborder de façon coopérative et créative des problèmes alors reconnus comme complexes. Ces dernières pratiques, permettant l'échanges de savoirs, d'idées et la cocreation, relèvent typiquement des approches participatives et font souvent appel, pour l'animation d'une dynamique collective, à la notion d'objet frontière et ont recours à une facilitation extérieure. Dans cet ensemble de techniques se nichent alors des compétences très concrètes et précises à acquérir, que sont la maîtrise de différents outils participatifs voire d'aptitude à jouer ce rôle de facilitation.

En réalité, du point de vue scientifique, la diversité des approches méthodologiques qui sont potentiellement mobilisables dans un exercice inter- ou transdisciplinaire est difficile à circonscrire. Sont pertinentes quantité de méthodes de collecte et d'analyse de données, méthodes dites "qualitatives", "quantitatives" ou "mixtes". La compétence à développer ne pourra pas être dès lors la maîtrise de ces méthodes mais bien une aptitude plus fondamentale à mobiliser de manière fluide une diversité de cadres, de méthodes et d'outils provenant de

différentes disciplines, si possible aidé de tenants plus profondément formés dans ces différentes disciplines. Cette ouverture à la pluralité méthodologique est certes une ouverture de principe à avoir. Le praticien doit alors reconnaître que, malgré la diversité des fondements épistémiques, qui séparent par exemple l'analyse statistique populationnelle, la modélisation théorique et l'analyse thématique de narratifs, toutes présentent un intérêt en matière de génération de savoirs et une pertinence pratique pour éclairer un problème ou informer une action. A nouveau, c'est là une qualité individuelle à entraîner. Comme aptitude fondamentale, elle fera le lit d'apprentissages plus précis qui pourront varier grandement selon le praticien. Chacun-e, d'après sa discipline première, la problématique abordée et le contexte, devra s'acculturer, se frotter à un ensemble particulier d'autres disciplines, les connaître suffisamment pour les comprendre et travailler avec elles voire pour s'en approprier certains cadres, méthodes et outils. Il est important dans cet effort d'ouverture de mobiliser ces connaissances des autres disciplines pour servir de pont, pour articuler le travail de différents spécialistes, sans se substituer à ceux-ci. L'objectif est de comprendre suffisamment le cadre de l'autre et les méthodes de l'autre pour pouvoir envisager la manière dont elles seront utiles, sans forcément soi-même penser qu'on peut se substituer à l'autre professionnel, à l'autre scientifique. Cette culture générale, plus ou moins approfondie d'après nos intérêts, pourra faire l'objet d'un apprentissage concret mais qui, au vu de nombre de disciplines, cadres et méthodes, est un travail sans délimitation nette, voire sans fin. Cette exploration sera alors guidée par la problématique elle-même.

Il est néanmoins possible d'établir des catégories majeures de sciences et méthodes: les sciences de la vie, les sciences et techniques et les sciences humaines et sociales. Au sein de ces ensembles, un premier niveau de diversité peut aussi être établi, comme entre sciences biomédicales et sciences de l'environnement, ou entre sociologie et sciences politiques, qui servira de guide dans une formation pour proposer une acculturation initiale dans les sous-ensembles jugés prioritaires selon la thématique de l'apprenant ou de la formation.

Nous avons considéré jusqu'ici des compétences individuelles. Or, les approches intégratives de la santé sont le fait de groupes et appellent à ce titre à des compétences du groupe. Certes, on ne forme pas en master le groupe qui fonctionnera ensemble plus tard mais des individus qui rejoindront d'autres groupes. Ainsi, la question pour l'individu est celle de sa contribution au groupe pour permettre à celui-ci, comme un tout, de présenter certaines compétences. C'est alors que les compétences sociales mentionnées plus haut font leur entrée en scène: des compétences interpersonnelles et de gestion de soi nécessaires à la réussite du groupe. Appelées souvent "*soft skills*" ou "compétences transversales", ces compétences semblent résister aux efforts de définition et l'on peine à leur trouver un nom satisfaisant et explicite. Dans le cadre qui nous occupe, une notion a émergé au fil de notre pratique d'enseignement comme étant révélateur d'un type de pratique à acquérir: le leadership partagé (ou distribué), qui est bien une qualité du groupe et non de l'individu. Cette notion vient en opposition à un modèle de leadership qui tiendrait à l'individu et qu'il lui reviendrait d'exercer sur un groupe quelconque et indifférencié. Il s'affranchit également des seules situations d'exercice d'un pouvoir hiérarchique pour s'adapter de façon plastique à différentes modalités de collaborations, y compris dans des rapports égalitaires tels qu'ils se présentent, ou devraient s'envisager du moins dans l'idéal, au sein d'équipes inter- et transdisciplinaires souhaitant s'intégrer dans des approches intégratives de la santé.

Entre celui qui donne un ordre et celui qui obéit, entre celui qui fait une proposition et celui qui y adhère et la soutient ou la réalise, il y a une dialectique constante. Cette dialectique s'opère dans un groupe de façon plurielle, avec un nombre d'interactions possibles, entre

individus et entre sous-groupes, augmentant exponentiellement avec le nombre de membres. Chaque membre de l'équipe pourra endosser des rôles différents selon la phase, faisant appel de façon plus ou moins centrale à ses aptitudes scientifiques, techniques et pratiques personnelles. Ainsi, plutôt que de remplir un rôle stéréotypé, chacun doit apprendre à s'adapter à la phase de travail, au besoin du groupe, et adopter de façon fluide le rôle qui conviendra. Parfois, le participant va renforcer une dynamique, c'est-à-dire qu'il mettra sa capacité d'initiative propre au service de l'initiative d'un autre. Le leadership est ainsi, à proprement parler, partagé. La dynamique du groupe et son succès éventuel ne sont pas le fait d'une personne en charge de mener le groupe ou d'une structure fixe et bien rodée. Plutôt, il s'agit de reconnaître que le succès est dû à des échanges constants de rôles, à une évolution fluide des rapports selon le besoin. Le leadership devient alors une compétence d'un groupe, qui arrive à faire en sorte que chacun trouve sa manière de contribuer au progrès du groupe.

Voici donc de premiers éléments posés: pensée systémique, tolérance à l'incertitude, culture scientifique et épistémologique, pluralisme méthodologique et mobilisation des objets-frontières, leadership partagé. Toutefois, à ce stade, la question se pose de savoir si chacun doit être formé de la même manière pour rentrer dans ces approches intégratives de la santé. Tout le monde doit-il vraiment développer les mêmes compétences ? Chacun de ces éléments offre en effet une épaisseur qui permettra à différentes personnes de s'en saisir différemment ou bien avec des degrés d'approfondissement divers. Il est ainsi important de reconnaître la diversité des manières dont les cerveaux et les manières de réfléchir et d'agir sont conformées. L'expert dans un domaine pointu, qui n'aura pas développé en propre d'aptitude particulière à la pensée systémique, pourra néanmoins trouver une façon d'apporter sa contribution au groupe. Cette liste de compétences perd alors son rôle de liste de vérification du nécessaire mais représente plutôt une boussole, dessine un espace d'aptitudes que nous devons comprendre pour faciliter les processus de collaborations inter- et transdisciplinaires. Ainsi, si ces compétences apparaissent comme effectivement une liste d'aptitudes à acquérir, ce sera davantage pour des personnes se destinant plus particulièrement à jouer le rôle de facilitateurs des approches intégratives de la santé. En tant que facilitateurs, ces personnes joueront alors en effet ces rôles de traducteur, d'animateur, de modélisateur systémique, de courtier en connaissances pour faciliter le travail de l'équipe en déléguant, en soulageant quelque part, les membres plus spécialisés de cette obligation. C'est probablement là qu'il y a un nouveau métier à créer ou à renforcer et à valoriser pour permettre l'essor des approches intégratives de la santé.

Ce qui précède se base principalement sur des situations où les acteurs travaillent au sein de groupes ou d'équipes. Ils sont en présence les uns des autres et collaborent directement. Or, la mise en œuvre des approches intégratives de la santé est largement limitée par les structures dans lesquelles ces personnes opèrent. Ces approches appellent donc à repenser les organisations à plus large échelle, au niveau territorial, national ou international. Les organisations et institutions sont développées pour soutenir une série de processus collaboratifs à large échelle. Ces processus étant largement divisés de façon sectorielle ou disciplinaire, leur évolution ou mise en connexion est nécessaire pour permettre les collaborations intersectorielles et interdisciplinaires. Le cadre d'opération devra en outre permettre la flexibilité nécessaire pour que ces secteurs et disciplines évoluent ensemble au fil de leurs apprentissages mutuels.

Prenant la question depuis le concept, qui s'est traduit en une pratique de collaborations évolutives et fluides autour d'objets-frontières, celle-ci se pose alors comme celle de la manière dont cette pratique peut se traduire en des structures pour les faciliter, les pérenniser, les systématiser. Ce qui est décrit ici est un processus d'apprentissage, pensé à l'échelle organisationnelle. De la même manière qu'un cerveau apprend en établissant et renforçant des connexions neuronales et en systématisant le recours aux connexions fructueuses, il est possible de considérer que la société apprend par l'établissement et le renforcement des liens entre les personnes, dans des modes d'interaction qui vont se stabiliser. C'est cet apprentissage collectif que cherche à stimuler, au niveau territorial, ce que l'on nomme un "living lab"¹. Par ce processus, le territoire devient "territoire apprenant", qui peu à peu s'organise, par la création de connexions entre secteurs et entre disciplines, entre les différents savoirs, entre les différentes administrations, entre les différents acteurs, pour accroître leur capacité d'agir. L'organisation, comme processus, devient graduelle et organique: c'est par la collaboration directe entre les acteurs que se révéleront à l'analyse les structures qui permettent de soutenir, pérenniser et systématiser les connexions nécessaires.

Si l'on peut parler ainsi d'apprentissage pour le territoire, émerge alors la question des compétences que ces territoires sont en train d'acquérir et en particulier des compétences nécessaires à la mise en place des approches intégratives de la santé. Sans aborder la question complètement, qui nécessitera des analyses de cas qui restent à développer, il est possible d'appuyer ici une dimension nécessaire des approches intégratives de la santé et qui ne se trouve traitée ni à l'échelle de l'individu, ni à l'échelle du groupe. C'est le travail de mise en connexion des différentes échelles d'action ou de collaboration "interscalaire", qui pourrait représenter une compétence candidate.

Le travail d'articulation entre les différentes échelles passe largement par les structures, les règles et normes, et sera plus rarement le fait d'une collaboration directe entre les personnes. Toutefois, pour mettre au jour les structures qui conviendront, suivant l'idée d'une organisation graduelle et organique, il est nécessaire de passer par des collaborations directes entre les personnes pour analyser de façon continue les règles et modes de fonctionnement organisationnels qui soutiendront les connexions nécessaires entre niveaux d'action. Ces questions, qui apparaissent ici comme au cœur de la mise en œuvre pratique du cadre conceptuel des approches intégratives de la santé, rejoignent en fait la question plus générale de la démocratie, du dialogue entre le citoyen et le politique, de la gestion des divergences entre intérêts au niveau international sur des enjeux qui pourtant engagent l'humanité toute entière.

¹ Tels que développés dans le cadre du projet "Santés-Territoires"