

Le paradigme d'une approche transdisciplinaire et inclusive en g erontologie

The paradigm of a transdisciplinary and inclusive approach in gerontology

Guy LE CHARPENTIER¹, Fanny SOUM-POUYALET², Benjamin LEFUSTEC³, Nicolas ROUMAGNE⁴

RÉSUMÉ

La long evit  de l'être humain a donné lieu à la constitution d'un vaste champ d'étude pluridisciplinaire. Cet article propose de partir des nombreuses disciplines et des particularités du public et d'expliquer l'enjeu de la transdisciplinarité et de l'inclusion en g erontologie. L'objet de cette publication est de partager une réflexion sur l'intérêt et la complexité inhérente à cette démarche mais également d'illustrer ce propos d'initiatives inclusives et transdisciplinaires.

Mots clés : Transdisciplinarité - G erontologie - Démarche inclusive

ABSTRACT

The longevity of the human being has given rise to a vast field of multidisciplinary studies. This article proposes to start from the many disciplines and the particularities of the public and to explain the issue of transdisciplinarity and inclusion in gerontology. The purpose of this publication is to share a reflection on the interest and inherent complexity of this approach, but also to illustrate the subject with inclusive and transdisciplinary initiatives.

Rev Geriatr 2020 ; 45 (3) : 167-72.

Keywords: Transdisciplinarity - Gerontology - Inclusive approach

INTRODUCTION

Pour Edgar Morin, « La prévalence disciplinaire, séparatrice, nous fait perdre l'aptitude à relier, l'aptitude à contextualiser, c'est-à-dire à situer une information ou un savoir dans son contexte naturel. Or les conditions de toute connaissance pertinente sont justement la contextualisation, la globalisation. » La g erontologie est un champ multidisciplinaire constitué d'un ensemble de

pratiques dont le sujet global porte sur la sénescence, ses conséquences et son implication au sens le plus large. Ce vaste champ mobilise des disciplines aux codes variés, des acteurs aux enjeux différents et des personnes âgées souvent mises à l'écart de leurs propres problématiques. Dans ce contexte, la culture d'un paradigme fondé sur une approche transdisciplinaire incluant également un engagement des usagers est-elle envisageable ou trop complexe pour être effective ?

¹ Ingénieur en réadaptation, Cofondateur de ReSanté-Vous, Bordeaux, France.

² Docteure en anthropologie et Chargée de recherche à ReSanté-Vous, Bordeaux, France.

³ Chargée de recherche en science de gestion à ReSanté-Vous, Poitiers, France.

⁴ Ingénieur en réadaptation, Cofondateur de ReSanté-Vous, Poitiers, France.

Article reçu le 27/11/2019 et accepté le 11/12/2019

Auteur correspondant : Guy Le Charpentier, Ingénieur en réadaptation, Cofondateur de ReSanté-Vous, Bordeaux, France.

Courriel : guy.le.charpentier@resantevous.fr

LA TRANSDISCIPLINARITÉ EN RÉPONSE À LA COMPLEXITÉ EN GÉRONTOLOGIE

Les modalités et les causes des modifications que l'âge imprime au fonctionnement des humains, sur les plans biologique, psychologique et social⁽¹⁾ sont génératrices de complexité⁽²⁾. La gériatrie est ainsi un carrefour disciplinaire étudiant les conditions et les conséquences de la longévité, qui ne peut se réduire à une discipline autonome. Sans vouloir être exhaustif, voici quelques champs disciplinaires concernés.

Commençons par la biologie et la physiologie qui étudient les processus qui entraînent la lente dégradation des fonctions à l'origine du vieillissement des organismes à des échelles cellulaires et moléculaires⁽³⁾. Poursuivons avec la psychologie et les neurosciences analysant les comportements et les processus mentaux de transformation des évolutions sensorielles, perceptuelles, cognitives et de la vie affective des personnes âgées. Mentionnons également l'anthropologie et la sociologie s'intéressant aux vieillissements des hommes et des femmes dans différents écosystèmes touchant ainsi les représentations socio-culturelles de la santé, en lien avec le contexte socio-professionnel, les loisirs, la famille, etc. Ajoutons les sciences politiques et les sciences de gestion en réponse aux enjeux importants qu'induit la longévité. Évoquons également l'économie et la récente « silver économie » désignant l'ensemble des activités économiques liées aux personnes âgées, soutenue depuis 2013 en France par l'État à travers un contrat de filière. Continuons évidemment avec la médecine et la gériatrie¹, reconnue comme spécialité depuis 2004 en France. À côté de la médecine, de nombreuses professions de santé interviennent également, telles que les infirmiers, les aides-soignantes, les ergothérapeutes, les orthophonistes, les professionnels des activités physiques adaptées (titulaires d'un diplôme Activité physique adaptée et santé - APA-S), les psychomotriciens, les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures-podologues, les audioprothésistes, les opticiens-lunetiers, les prothésistes et orthésistes, les diététiciens et les ambulanciers. Pour finir, évoquons les métiers du social et de l'aide à la personne, qui connaissent une croissance importante d'activité en gériatrie. Ainsi, évoquons le travail des assistants de service social, des auxiliaires de vie, des accompagnants éducatifs et sociaux autrefois nommés aides médicopsychologiques, des conseillers en économie sociale et familiale et des assistants de soins en gériatrie. Chacune de ces professions développe à partir de son champ d'expertise initial des compétences pour répondre à des besoins spécifiques de prise en soin des adultes âgés. Pour autant, certains de ces

métiers agissent sur des problématiques communes avec une vision et des compétences différentes. Or, la mise en pratique d'une circulation et d'un partage des connaissances est encombrée par des langages et des références différents. Ces freins induisent une réflexion parallèle entre les disciplines. L'enjeu qui se pose est d'ordre managérial, il vise à cultiver un langage commun ainsi qu'un leadership partagé pour favoriser une réflexion transdisciplinaire.

Pour B. Nicolescu⁽⁴⁾, la transdisciplinarité se distingue de la pluridisciplinarité et de l'interdisciplinarité en ce sens que sa finalité ne reste pas inscrite dans la recherche disciplinaire proprement dite. Ainsi, comme l'indique son préfixe « trans », la transdisciplinarité est la posture scientifique et intellectuelle qui se situe à la fois « entre », « à travers » et « au-delà » de toute discipline. Ce processus d'intégration et de dépassement des disciplines a pour objectif la compréhension et la gestion de la complexité. La gériatrie, qui est un point de rencontre de multiples disciplines avec des angles d'analyse distincts, est par essence vecteur de complexité. Pour E. Morin⁽⁵⁾, ce serait un paradigme qui imposerait de conjointre un principe de distinction et un principe de conjonction (Figure 1).

La complexité demande que l'on essaie de comprendre les relations entre le tout et les parties. Pour penser la complexité, il faut une pensée complexe. Une telle pensée relie, elle ne découpe pas les études en champs de

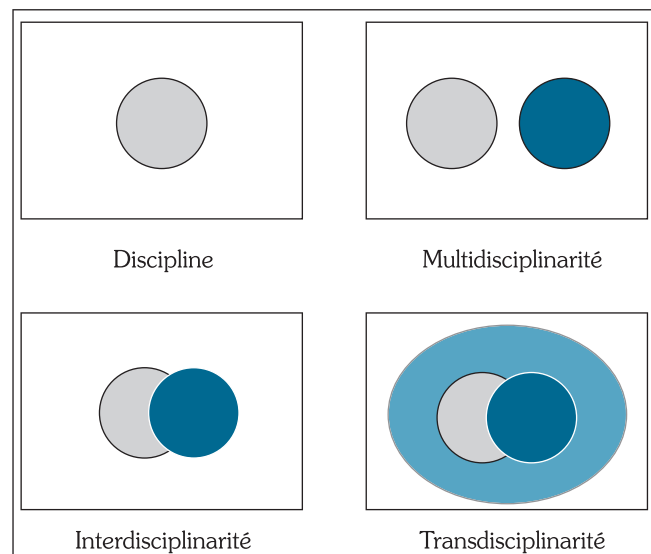


Figure 1 : Différences entre approches multi, inter et transdisciplinaire (G.E.R.A.R).

Figure 1: Differences between multi, inter and transdisciplinary approaches.

1 L'approche gériatrique se consacre aux maladies dues au vieillissement et à une approche globale de la personne dans l'objectif d'optimiser l'état fonctionnel des malades âgés et d'améliorer la qualité de vie et l'autonomie (Aquino & Jeandel, 2005).

connaissances centrés sur un objet. Manager la transdisciplinarité nécessite de favoriser un climat de confiance et de reconnaissance des différents acteurs sans parti pris corporatiste. Ce management nécessite également une connaissance des compétences spécifiques des parties prenantes, afin de pouvoir orchestrer une réflexion d'équipe optimale. Pour cela, le manager doit accompagner les acteurs à cultiver une démarche didactique des analyses de chacun dans la perspective de faire émerger un accompagnement collaboratif. Cette démarche complexe a pour objet d'améliorer la qualité de la prise en soin des personnes âgées. Dans un tel dessein, l'inclusion des usagers apportant leur expertise du vécu, la complexité de leurs problématiques quotidiennes ainsi que leurs ressources potentielles est souvent sous-estimée.

UNE DÉMARCHE INCLUSIVE EN GÉRONTOLOGIE

Le concept d'inclusion vient du monde anglo-saxon, il est lié aux mouvements des droits humains concernant les personnes porteuses de handicaps. Ces mouvements ont vu le jour et se sont développés dans les années 1960-1970. Ils ont trouvé des échos, notamment auprès de l'Organisation des Nations Unies (ONU) dans plusieurs déclarations entre 1983 et 1992. Le concept d'inclusion met en lumière la place de « plein droit » de toutes les personnes dans la société, quelles que soient leurs caractéristiques. La notion d'inclusion sociale est considérée comme le contraire de l'exclusion sociale par le sociologue allemand Niklas Luhmann (1927-1998). Elle pourrait se définir comme un processus complexe de cocréation d'un projet social qui reconnaît les possibilités et la diversité des participations de tous et de chacun, en tant que membres socialement valorisés. Ce projet social ne peut s'opérer sans reconnaissance et redistribution des ressources matérielles, mais aussi des droits, des pouvoirs et des possibilités. L'inclusion sociale, lorsqu'elle est réelle, et non pas seulement formelle (D. Lamoureux, 2007)⁽⁶⁾, ne peut s'incarner que lorsqu'on reconnaît l'autre comme ayant une valeur sociale égale à la sienne et qu'on lui donne accès aux pouvoirs et aux ressources nécessaires, pour que sa voix soit entendue et prise en compte. Le concept d'inclusion sociale émerge et s'affirme dans la littérature scientifique en sciences sociales, notamment en lien avec les notions de vieillissement et de citoyenneté⁽⁷⁻¹²⁾.

L'intégration est, quant à elle, un terme générique majoritairement utilisé dans le domaine du handicap. Cela signifie dans le langage commun l'adaptation d'individus « différents » à un système dit normal. Dans l'inclusion il n'existe pas de groupe de personnes avec ou sans handicap, toutes

les personnes présentent des besoins communs et individuels. L'égalité et la différence trouvent leur place, la diversité est la norme. La figure 2 illustre explicitement la différence entre inclusion et intégration.

Une étude de Moody *et al.*⁽¹³⁾ a ainsi étudié l'inclusion sociale comme facteur important pour promouvoir la santé et le bien-être des personnes âgées. Le but de cette étude était d'explorer le rôle d'un programme artistique de l'ACE (Arts communautaires engagés) dans la promotion de l'inclusion sociale des personnes âgées résidant dans la communauté. Seize heures d'observation des participants, neuf entretiens et des analyses de documents ont été menés auprès de 20 aînés du programme Arts, santé et aînés (ASA) de Vancouver. Les résultats ont indiqué que le programme a soutenu la capacité des personnes âgées à développer des relations dans la communauté par de nouveaux moyens en les aidant à nouer des liens au-delà du centre pour personnes âgées. Les participants ont également développé un sentiment plus fort d'appartenance à la communauté grâce à la collaboration en tant que groupe, travaillant ensemble sur le projet artistique pour produire une présentation finale à l'ensemble de la communauté. Ces résultats révèlent l'intérêt d'aider les personnes âgées à devenir des membres actifs de leur communauté, travaillant ensemble pour atteindre des objectifs artistiques communs, en s'appuyant sur leurs capacités et leurs choix.

En France, la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 renforce les instances de la démocratie sanitaire. Les Agences régionales de santé (ARS) locales se positionnent subséquemment en promotrices des droits des usagers de la santé et accompagnent une démarche associant l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration

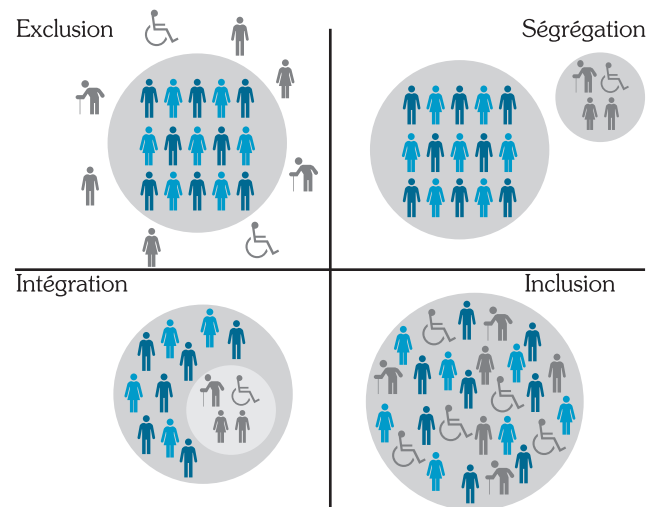


Figure 2 : Différences entre intégration et inclusion.

Figure 2: Differences between integration and inclusion.

et la mise en œuvre de la politique, dans un esprit de dialogue et de concertation. Faire vivre la démocratie sanitaire nécessite de développer la concertation et le débat public, d'améliorer la participation des acteurs de santé et de promouvoir les droits individuels et collectifs des usagers. Réaffirmer la place des citoyens dans le système de santé constitue l'axe 4 de la Stratégie nationale de santé 2018-2022, dont l'enjeu est « d'améliorer l'effectivité des droits des usagers sur l'ensemble de leur parcours de santé et de créer une culture de décision partagée entre soignants et patients ou leurs représentants ».

Le concept de « décision partagée » est défini comme un processus décisionnel basé sur la révélation des valeurs des patients, qui s'articule autour de trois étapes principales : un échange bilatéral d'informations, une délibération entre les acteurs et un accord commun sur la décision à mettre en œuvre. Il implique par conséquent que l'utilisateur soit en mesure d'être informé et de donner des informations. Or, « Les fragilités et vulnérabilités inhérentes aux situations de dépendance, les troubles mnésiques et cognitifs sont autant d'empêchements qui rendent difficiles l'accès des personnes âgées à une parole expressive, susceptible d'être entendue »⁽¹⁴⁾.

Un état de l'art au niveau international rassemblé par le Réiactis (Réseau d'Études International sur l'Âge, la Citoyenneté et l'Intégration Socio-économique) à l'occasion du colloque « Le droit de vieillir » met en effet en lumière certaines carences dans l'intégration des personnes âgées aux réflexions, aux consultations et aux recherches pouvant faciliter leur insertion dans les processus décisionnels. Ce constat transversal pose la question de la réalité du pouvoir et de l'exercice effectif de la citoyenneté des personnes âgées. Pour mettre en œuvre une pratique transdisciplinaire incluant la parole de la personne âgée, il convient dès lors de réfléchir aux conditions nécessaires à l'expression des usagers les plus fragiles. Cette démarche cherche à garantir, au-delà de leur situation de vulnérabilité, l'exercice de leur droit à la décision dans un contexte où « les pratiques et les cadres professionnels ne facilitent pas toujours la mise en œuvre des conditions nécessaires à l'expression des usagers ». À ce titre, offrir à la personne âgée la possibilité de s'engager dans une activité qui a du sens pour elle n'a pas seulement une finalité thérapeutique. Elle constitue également un levier permettant à celle-ci de participer aux décisions la concernant.

DE L'ACTIVITÉ « SIGNIFIANTE » À L'ACTIVITÉ « SIGNIFICATIVE » COMME LEVIER D'INCLUSION SOCIALE

Selon Morel-Bracq⁽¹⁵⁾, « L'activité *signifiante* revêt un sens particulier pour la personne, liée à son histoire et à son

projet personnel. L'activité *significative* correspond au sens social donné par l'entourage. » Il y a donc une certaine subjectivité importante à considérer dans la définition d'une activité « signifiante ». Pour Csikszentmihalyi⁽¹⁶⁾, l'engagement dans des activités signifiantes permet d'améliorer le fonctionnement du cerveau et d'augmenter l'état de conscience. Différentes études ont montré qu'il était possible d'impliquer des personnes atteintes de démence à des stades légers à modérés pour « diriger » et gérer elles-mêmes des activités proposées à des petits groupes de personnes présentant des troubles plus importants, avec également un bénéfice sur l'engagement, les affects et le comportement⁽¹⁷⁻¹⁹⁾. Ainsi, des personnes âgées atteintes de démence ont exercé le rôle d'enseignant en apprenant différentes tâches à des enfants, comme par exemple plier des vêtements, utiliser des outils, prononcer différentes lettres, compter et additionner, etc.⁽²⁰⁻²³⁾.

Dans le même ordre d'idées, une expérimentation, à travers le projet « J'ai l'impression de rêver », a récemment été menée par Schreiner *et al.*⁽²⁴⁾ et a permis d'observer des résultats similaires (Figure 3). Ce projet est né d'une collaboration entre rééducateurs de l'équipe transdisciplinaire ReSanté-Vous, les artistes spécialisés en sérigraphie de l'association « Les Mains Sales » et l'Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) public André Compain (agglomération d'Angoulême). Le rôle des ergothérapeutes a été de former les artistes à une approche pédagogique inclusive avec les résidents s'appuyant sur leurs potentialités. Le rôle des artistes a été de faire découvrir leurs savoir-faire en sérigraphie. Cet échange a pu donner lieu à une proposition de projet autour de la sérigraphie adaptée à un public de résidents d'EHPAD. Ces derniers ont ainsi choisi le thème du rêve et se sont lancés dans un projet artistique collaboratif. Les ergothérapeutes ont essentiellement agi pour valoriser les capacités des résidents et impulser leur participation et leur engagement dans l'activité, de manière à ce qu'ils deviennent acteurs à part entière du projet et non simples exécutants. La mise en œuvre de cette dynamique transdisciplinaire est ainsi venue mettre en lumière les capacités préservées des résidents, habituellement vues sous le prisme de leurs difficultés et de leurs troubles et promouvoir leur investissement dans un rôle social reconnu, tout d'abord au sein du groupe, puis au sein de la communauté. Dans le cadre de cette expérimentation, les résidents de l'EHPAD ayant acquis la maîtrise de la technique d'impression ont pu aider de nouveaux résidents à découvrir l'activité. Dans la continuité de ce projet, certains participants ont fait preuve d'initiative en se saisissant de rôles d'encadrement lors des vernissages de cette exposition (guide commentant la visite, agent d'accueil, etc.). Le potentiel thérapeutique de l'activité semble constituer un levier favorisant

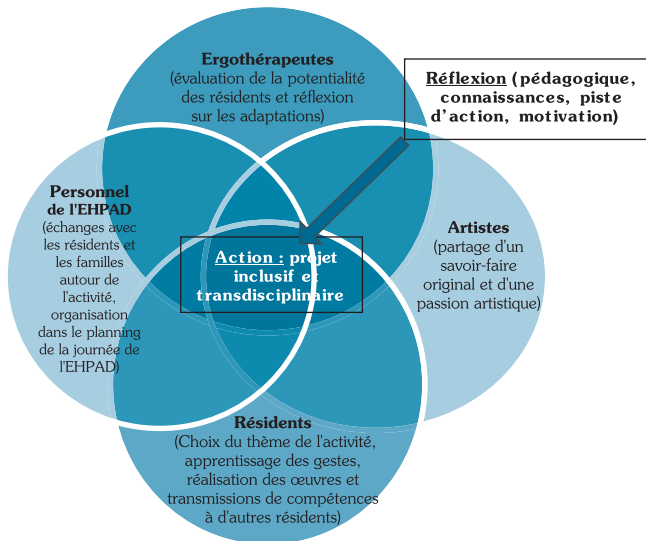


Figure 3 : Modélisation de l'approche inclusive et transdisciplinaire du projet « J'ai l'impression de rêver ».

Figure 3: Modeling the inclusive and transdisciplinary approach of the "I feel like I'm dreaming" project.

l'inclusion sociale en s'appuyant sur la potentialité de l'individu à participer à la prise de décision au sein d'un écosystème transdisciplinaire.

CONCLUSION

La transdisciplinarité est une posture scientifique et intellectuelle. Elle a pour objectif la compréhension de la complexité. À l'instar d'autres champs de la santé, la gérontologie se compose de nombreuses disciplines ainsi que d'une hétérogénéité du public concerné. Ce qui fait d'elle un champ d'étude et de réflexion complexe. Cette complexité ne peut légitimer une démarche âgiste des acteurs excluant les usagers dans le processus décisionnel. L'inclusion des personnes âgées dans toutes leurs potentialités en tant qu'expertes ou tout simplement en tant qu'individus ayant droit à une information claire et adaptée les concernant est un réel enjeu citoyen. Le paradigme d'une approche transdisciplinaire et inclusive en gérontologie n'est pas une nouvelle discipline, mais un processus se nourrissant des différentes réflexions pour éclairer d'une manière nouvelle et féconde les pratiques gravitant autour de l'avancée en âge. Ce paradigme nécessite une orchestration complexe visant à favoriser le partage des connaissances, des expériences et des savoir-faire. Ce modèle vise à induire une meilleure considération des usagers et des différents acteurs quel que soit leur statut pour répondre mieux aux besoins des personnes âgées. ■

Liens d'intérêts : GLC est Directeur associé de l'entreprise solidaire d'utilité sociale ReSanté-Vous ; FSP, BL, NR déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

RÉFÉRENCES

1. **Mias L.** Émergence de l'approche gérontologique. *Gérontologie en institution*, 1997. <http://papidoc.chic-cm.fr/01quoigeriageron.html>
2. **Morin E.** Introduction à la pensée complexe. 2005, Paris : Éditions du Seuil, p. 24.
3. **Epelbaum J.** Le vieillissement : rythmes biologiques et hormonaux. 2009, Paris : Lavoisier, p. 13.
4. **Nicolescu B.** La transdisciplinarité, manifeste. 1996, Monaco : Éditions du Rocher, p.25.
5. **Morin E.** La stratégie de reliance pour l'intelligence de la complexité. *Rev Int Syst* 1995 ; 9.
6. **Lamoureux D.** L'importance de l'inclusion politique. *Les Ateliers de l'éthique. Revue du CRÉUM* 2007 ; 2 : 47-51.
7. **Anderson KA, Richardson VE, Fields NL, Harootyan RA.** Inclusion or Exclusion? Exploring barriers to employment for low-income older adults. *J Gerontol Soc Work* 2013 ; 56 : 318-34.
8. **Firdion JM.** Exclusion-inclusion : la société en morceaux. *Vie soc trait* 2012 ; 113 : 90-4.
9. **Ogg J, Renaut S.** Social Inclusion of Elders in Families, In Scharf T, Keating N (eds.). From Exclusion to Inclusion in Old Age. A Global Challenge. *Bristol University Press, The Policy Press* 2012 ; 89-107.
10. **Scharf T, Keating NC** (dir). From Exclusion to Inclusion in Old Age. A Global Challenge. *Bristol University Press, The Policy Press*, 2012a, 176 p.
11. **Andersen J, Siim B** (dir.) The Politics of Inclusion and Empowerment. Gender, Class and Citizenship. Londres : Palgrave Macmillan, 2004a, 252 p.
12. **Andersen J, Siim B.** Introduction. The Politics of Inclusion and Empowerment. Gender, Class and Citizenship, dans J. Andersen et B. Siim (dir.). The Politics of Inclusion and Empowerment. Gender, Class and Citizenship: 2004b 1-18. Londres : Palgrave Macmillan.
13. **Moody E, Phinney A.** A Community-Engaged Art Program for Older People: Fostering Social Inclusion. *Rev canadienne vieill* 2012 ; 31 : 55-64.
14. **Ankri J, van Broeckhoven C, Hesse C, Renucci A.** Évaluation du plan Alzheimer 2008-2012. Rapport. Juin 2013. <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport-evaluation-plan-alzheimer-2012.pdf>
15. **Morel MC.** Analyse d'activité et problématisation en ergothérapie. Mémoire de recherche de Master CPFE. Université Victor Ségalen, Bordeaux 2. UFR des Sciences de l'Homme. Département des Sciences de l'éducation, 2006. <https://www.jp.guihard.net/IMG/pdf/mc-morel-bracq.pdf>
16. **Csikszentmihalyi M.** Flow: The psychology of optimal experience. New York : Haper & Row. 1990.
17. **Camp CJ, Skrajner MJ.** Resident-Assisted Montessori Programming (RAMP): training persons with dementia to serve as group activity leaders. *Gerontologist* 2004 ; 44 : 426-31.
18. **Skrajner MJ, Camp CJ.** Resident-Assisted Montessori Programming (RAMP): use of a small group reading activity run by persons with dementia in adult day health care and long-term care settings. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2007 ; 22 : 27-36.
19. **Van der Ploeg ES, Mbakile T, Genovesi S, O'Connor DW.** The potential of volunteers to implement non-pharmacological interventions to reduce agitation associated with dementia in nursing home residents. *Int Psychogeriatr* 2012 ; 24 : 1790-7.
20. **Camp CJ, Judge KS, Bye CA, Fox KM, Bowden J, Bell M, et al.** An intergenerational program for persons with dementia using Montessori methods. *Gerontologist* 1997 ; 37 : 688-92.
21. **Lee MM, Camp CJ, Malone ML.** Effects of intergenerational Montessori-based activities programming on engagement of nursing home residents with dementia. *Clin Interv Aging* 2007 ; 2 : 477-83.
22. **Gigliotti C, Morris M, Smock S, Jarott SE, Graham B.** An intergenerational summer program involving persons with dementia and preschool children. *Educ Gerontol* 2005 ; 31 : 425-41.
23. **Camp CJ, Lee MM.** Montessori-Based Activities as a Trans-Generational Interface for Persons with Dementia and Preschool Children. *J Intergener Relatsh* 2011 ; 9 : 366-73.
24. **Schreiner M, Thomas E.** Culture-santé : ergothérapie et valorisation sociale. In Expériences en ergothérapie, 30. Montpellier, Sauramps médical 2017, p. 441-8.