

I- LE PROCESSUS DE LA DEMANDE DE SOINS ET SES DÉTERMINANTS ÉMOTIONNELS

Introduction

Lorsqu'on cherche à identifier le processus de la demande clinique et ses déterminants émotionnels, on doit d'abord définir l'appréhension psychosociale à travers l'influence des émotions sur un comportement quelconque et ses troubles (Exemple le comportement d'un patient à l'égard d'une maladie chronique (ex. le cancer)).

- Selon Durkheim, l'être humain est divisé en deux régions psychiques :

L'être individuel : il a sa base dans l'**organisme** et dont le cercle d'action se trouve étroitement limité

L'être social qui représente en nous la plus haute réalité, dans l'ordre intellectuel et moral, que nous puissions connaître par l'observation dans une société.

1- L'expression symbolique des émotions

À propos de la dimension sociale des émotions, Durkheim (*L'Année sociologique*, 1905) montre « *que les formes psychiques de l'individu sont inexplicables en dehors de leurs conditions sociales, c'est-à-dire que la psychologie, quand elle est parvenue à un certain état de son développement, devient inséparable de la sociologie* » [Durkheim, 1969 : p. 534].

Par exemple, « *Le deuil n'est pas un mouvement de la sensibilité privée, froissée par une perte cruelle ; c'est un devoir imposé par le groupe [...] C'est une attitude rituelle qu'on est obligé d'adopter par respect pour l'usage, mais qui est dans une large mesure indépendante de l'état affectif des individus*

 » [Durkheim, 1968 : p. 568].

De sa part, Marcel Mauss propose une autre vision anthropologique sur les émotions en 1921. Dans un article du *Journal de Psychologie*, il montre

comment les sociétés induisent une « *expression obligatoire des sentiments* » qui imprègne l'individu à son insu et le rend conforme aux attentes et à la compréhension de son groupe.

C'est du **symbolisme social**. Exemple l'usage social des larmes qui sont en quelque sorte un langage symbolique (en émotion, ou en souffrance).

Ces manifestations témoignent d'une **affectivité collective**, elles marquent la solidarité du groupe, l'émotion après une longue absence ou une visite symbolique chez une personne ou un groupe.

Par ailleurs, cette affectivité se différencie d'une personne à l'autre et selon le genre (femme, homme).

2- Identifier une émotion

Une personne qui a de bonnes compétences émotionnelles peut identifier son agacement, sa tristesse, sa frustration ou son stress.

Une personne qui a des difficultés en matière d'identification des émotions, elle aura bien des difficultés à exprimer ou à identifier ce qu'elle ressent comme émotion.

3 - Comprendre une émotion

Une personne qui comprend bien ses émotions est capable de faire la différence entre le déclencheur d'une émotion et sa cause. Un exemple : toute émotion après une remarque quelconque. Le fait déclencheur de cette remarque (L'humeur, la fatigue, l'énerverment, la satisfaction émotionnelle ou le stress)

Une personne qui comprend bien ses émotions, elle sait faire la différence entre le déclencheur et la cause d'une expression sentimentale.

3- L'utilité de l'émotion

La personne qui sait bien utiliser ses émotions peut apporter des changements à sa vie (ex. monter un projet, changer de travail, changer de lieu de vie ou partir en vacances).

La personne qui n'utilise pas ses émotions pourrait perdre des choses importantes dans sa vie (ex. la motivation émotive).

4- Exprimer son émotion

Une personne souffrante (patient) qui exprime bien ses émotions peut facilement et calmement expliquer à son praticien pourquoi elle n'est pas satisfaite de son comportement, de sa réaction ou de son attitude professionnelle.

Une personne qui exprime mal ses émotions ne peut pas maîtriser sa colère et peut rentrer facilement en conflit avec les autres.

5- Réguler ses émotions

Une personne qui gère bien ses émotions est capable de ne pas perdre ses moyens expressifs et gestuels en situation de stress, de colère ou de jalousie.

Une personne qui gère mal ses émotions aura beaucoup de difficultés à poursuivre ses tâches en situation de stress, en criant, insultant ou même frappant (ex. crise de jalousie ou d'hystérie)

6- Les déterminants émotionnels en santé

L'influence des compétences émotionnelles sur la santé n'est que rarement étudiée de manière approfondie.

Si certaines études ont déjà été consacrées à l'influence des compétences émotionnelles sur la santé subjective, les indicateurs objectifs de santé (l'utilisation des soins de santé) ne sont que rarement évoqués.

Les compétences émotionnelles sont liées de manière significative à la santé.

7- Relation soignant-soigné (praticien-patient)

En santé, il faudrait chercher le lien entre les compétences émotionnelles et les différentes formes d'utilisation des soins de santé (utilisation des médicaments, la disponibilité pour des séances de thérapie ou de médicalisation, nombre de consultations chez un médecin).

Ces interactions significatives (entre soignant-soigné) montrent que les compétences émotionnelles constituent un facteur déterminant de la santé.

Les médecins ne sont pas les seuls à occuper la scène médicale : les infirmières, les aides-soignantes et les patients participent activement à la production des soins.

Dans la prise en charge clinique d'une maladie, il faut mettre en place des conditions cliniques favorables qui permettent la construction de la catégorie d'une quelconque maladie « Ex. une maladie chronique ».

Définir la carrière et l'identité du patient et ses nouveaux comportements pour pouvoir diagnostiquer sa maladie et bien contrôler ses émotions dans un cadre clinique pluridisciplinaire (Ex. le Sida).

La relation clinique entre soignant-soigné doit prendre en considération la question de la condition et de l'inégalité sociale, la disposition des moyens médicaux et cliniques pour pouvoir faciliter la communication entre les deux parties.

Dans une demande clinique, il faut bien localiser la demande globale de la légitimation existentielle chez le patient en souffrance.

La recherche d'une réparation corporelle est souvent confrontée aux praticiens qui détiennent le pouvoir clinique et institutionnel sur la condition du patient.

Au travers d'une relation clinique conflictuelle, le corps subordonné du patient se transforme en un sujet d'affrontements et de confrontations entre les praticiens, d'un côté et les personnes souffrantes émotionnellement, de l'autre.

Cette confrontation entre soignants et soignés a mis en évidence la complexité des pratiques cliniques dans le processus des soins du patient.

La patient se retrouve parfois face à des praticiens incapables de localiser l'origine de sa demande émotionnelle, ce qui peut engendrer un diagnostic médical souvent erroné dans son interprétation médicale.

C'est pour ces multiples raisons que l'utilisation des soins de santé, prend en considération l'âge, le sexe, le niveau de formation, l'indice de masse

corporelle (IMC), les émotions positives et négatives, le soutien social, les habitudes alimentaires et les habitudes en matière d'activité physique.

Ces différentes caractéristiques ont également montré qu'il existe un lien significatif entre la consommation de médicaments, l'utilisation des soins et la condition sociale et émotionnelle du patient.

En conséquence, les compétences émotionnelles et l'âge sont les deux principaux facteurs prédictifs de la santé.

II-LES DIMENSIONS DE LA GRAVITÉ ET DE LA CHRONICITÉ

- **Introduction**

- La chronicité s'inspire de tout ce qui est chronique, c'est-à-dire une chose nuisible qui dure dans le temps.
- Lorsqu'il s'agit de maladie, celle-ci prend un caractère nuisible et durable pour la patient.
- L'évolution d'une maladie chronique progressive passe par des phases d'aggravation successives. Le développement d'une maladie génétique ou épidémiologique poserait, dans certains cas, un problème clinique de guérison.
- C'est ainsi que la gravité d'une maladie ne peut être mesurable dans sa dimension temporelle. Elle est évaluée également dans un contexte clinique et émotionnel (la condition psycho-affective du patient en souffrance).
- Dans la définition de la chronicité, il existe un double rapport au temps et à la maladie pour se projeter dans une préfiguration de la mort (la durée temporelle de la fin de vie. (Ex l'euthanasie)).
- À la chronicité sont liées les conditions et les sentiments de désespoir, de résignation effrayante et accablante.

- La gravité comme la chronicité, sont deux concepts qui se résument à l'impuissance du soignant, et à l'image de désespoir et de détérioration progressive, stigmatisant le patient.

1-L'influence des attentes et des représentations des patients et de leurs proches

- Face à la réalité de notre vie quotidienne, et en absence d'une guérison, différemment exprimée par des patients, des familles, ou des soignants, la chronicité nous impose de mobiliser des ressources parfois épuisables.
- Ceci demande un grand effort de formation de la part des professionnels concernés, plus particulièrement lorsqu'il s'agit d'une maladie chronique comme l'Alzheimer.
- L'implication des membres de la famille dans la prise en charge ou l'accompagnement du malade chronique.
- L'état émotionnel des attitudes et des réactions des proches devant les décisions médicales sur la santé du patient en souffrance chronique (ex. l'Asme).
- Certaines maladies chroniques entraînent des handicaps évolutifs, s'aggravant progressivement sur de nombreuses années (ex. enfants génétiquement déformés).
- L'existence d'éléments psychopathologiques rend parfois nécessaire un traitement psychiatrique du malade chronique.
- En définitive, la chronicité interpelle le thérapeute qui est obligé à se situer face à l'échec de l'acte médical rationnalisé.

III- LA DÉMARCHE DÉCISIONNELLE EN FIN DE VIE

Introduction

La démarche décisionnelle et l'accompagnement en fin de vie du patient relèvent des enjeux du processus clinique qui mènera à la mort. La fin de vie et les décisions qui se prêtent à l'éventualité de la mort dépendent de tout un ensemble (maison, hébergement, hôpital avec ou sans accompagnement des soins « palliatifs »), ainsi qu'aux modalités thérapeutiques (retrait du traitement), synonyme d'incertitude chez le patient.

Cette incertitude prend effet lorsque la décision de poursuite ou d'arrêt de traitement implique non pas un choix pour soi mais bien pour autrui : un exemple, le médecin qui arrête les soins à son patient (faciliter la mort).

1-La décision à prendre pour la fin d'une vie

Les décisions cliniques pour mettre fin à la vie d'un patient chronique peuvent prendre un moment de négociation avec la personne malade, sa famille, des pairs (cliniciens) ou des instances institutionnelles.

Il existe certains repères culturels, d'ethnicité et de croyances religieuses face à la mort, ce qui poserait un problème dans la décision des professionnels de la santé pour pouvoir convaincre les patients et leurs familles.

La fin de vie, c'est aussi une question d'accompagnement par les proches et par les soignants (exemple le Cancer).

Les structures spécialisées dans l'accompagnement des personnes en fin de vie sont mises en place pour assurer des vocations palliatives, des établissements de soins généraux et des structures d'hébergement.

Cet accompagnement mobilise différents acteurs « professionnels » (infirmières, médecins, travailleurs sociaux, psychologues, nutritionnistes, kinésithérapeutes, etc.) et des associations.

IV- LES BASES D'UNE PRATIQUE PROFESSIONNELLE INTERDISCIPLINAIRE

1-L'interdisciplinarité dans le champ de la sociologie

Le terme « interdisciplinarité » serait apparu aux USA dans le champ de la sociologie, plus précisément dans le courant de l'Ecole de Chicago.

Cette école de pensée, s'appuyant sur une approche ethnographique des groupes sociaux, avait déjà conjugué non seulement les ressources et les outils scientifiques de la psychologie et de l'ethnologie (Ron Dubreuil, 2007).

Le mot « interdisciplinarité » désigne dès les années 30, des travaux dont l'objet se situe au croisement de plusieurs disciplines et traité par d'autres spécialités créant ainsi de nouveaux espaces de savoirs.

L'interdisciplinarité suppose un dialogue et l'échange de connaissances, d'analyses, de méthodes entre deux ou plusieurs disciplines dans un contexte d'interactions et d'enrichissement mutuel entre plusieurs spécialistes ou cliniciens.

L'interdisciplinarité dépasse la **pluridisciplinarité** et la **multidisciplinarité**, qui associent plusieurs disciplines autour d'un thème commun mais dont les contributions respectives sont additionnées, sans réelle interaction entre les disciplines.

La distinction entre pluri- et multi- s'effectue sur les disciplines impliquées, la **pluridisciplinarité** associant des disciplines très voisines, alors que la multidisciplinarité juxtapose des disciplines parfois très éloignées.

L'**interdisciplinarité** favorise la recherche des interactions des savoirs et de leur complémentarité avec une certaine ouverture d'esprit d'analyse et de concertation.

Sa mise en pratique est diverse, avec un degré plus ou moins poussé d'interconnexion entre les disciplines.

Les bases de la pratique professionnelle interdisciplinaire peuvent se présenter en trois points :

- 1) Solliciter différentes disciplines sur un sujet donné ou autour d'un problème ;
- 2) Composer un groupe pluridisciplinaire (différents spécialistes) pour travailler sur un même thème, chacun traitant un aspect particulier ;
- 3) Approcher globalement un problème puis faire appel aux différentes méthodologies disciplinaires pour analyser une situation dont l'objectif est de trouver des solutions alternatives au problème crucial.

2- L'interdisciplinarité dans le champ médical

La construction professionnelle de pratique médicale interdisciplinaire est parfois délicate, car elle doit s'articuler autour d'une maladie quelconque (génétiquement compliquée, ex. le Spina Bifida).

Ceci pourrait permettre une articulation logique et pertinente entre les disciplines impliquées, sans exclure aucune discipline dans la prise de décision finale.

La pratique professionnelle de l'interdisciplinarité nécessite une dynamique concertée entre les différents praticiens impliqués dans la décision médicale finale.

Cette méthode démontre la multiplication des apports disciplinaires, le nombre, la diversité et la chronicité des différentes maladies.

Communiquer avec des intervenants à l'extérieur de l'expertise médicale sollicite un croisement entre les professionnels au sujet d'une maladie chronique.

L'interdisciplinarité s'applique quotidiennement grâce aux patients et aux familles, en associant les collègues de l'équipe soignante.

Cette stratégie de travail collectif s'inscrit dans un ensemble imposant des conditions qui exigent un engagement clinique et institutionnel suivant :

- 1) Un soutien administratif pour développer l'aspect clinique ;

- 2) Définir les rôles des professionnels ainsi que les critères médicaux de référence ;
- 3) L'animation des *briefings* (réunions) pour comprendre les règles de fonctionnement, les exigences de confidentialité, les crises et tensions utiles à l'équipe des praticiens.
- 4) Offrir les outils nécessaires pour faciliter la collaboration interdisciplinaire et la communication autour d'une maladie chronique ;
- 5) Mobiliser les médecins en leur offrant les moyens d'expertise clinique dans un contexte de liberté et d'échange avec d'autres professionnels.
- 6) Etablir des rapports d'évaluation pour pouvoir diffuser les effets des pratiques d'interdisciplinarité dans le traitement d'un patient.

Conclusion

L'identification des processus de la demande clinique et ses déterminants émotionnels se définit dans un contexte d'appréhension psychosociale influencée par des effets émotionnels que détermineraient les comportements des patients victimes de maladies graves ou chroniques. Cette situation exige une prise en charge clinique et un accompagnement médical régulé par des stratégies de relations entre le praticien (soignant) et le patient (soigné).

Dès lors, le traitement de toute maladie chronique ou grave doit être inscrit dans un contexte de temporalité et de praticabilité pour bien définir le processus à mettre en place dans l'accompagnement de la fin de vie. Ceci nécessiterait une pratique clinique interdisciplinaire quotidienne associant les patients et leurs familles.

Cette forme de collaboration étroite avec les praticiens permettrait de partager des réflexions autour d'un problème de santé qui associerait des professionnels de divers horizons dans le cadre de la recherche

scientifique et médicale afin de trouver une alternative au problème que poserait la santé d'un patient.

Bibliographie

La maladie chronique ou grave

Abelhauser A., 1990, « La Mort et l'inconscient », *Esquisses psychanalytiques*, 13 : 63-73.

Anzieu D., 1984, *Le Groupe et l'inconscient. L'imaginaire groupal*, Paris, Dunod.

Apfeldorfer G., 1977, « L'équipe thérapeutique en psychiatrie courante », *Connexions*, 22 : 97-114.

Berland Y., 2006, « Mission "Démographie médicale hospitalière" », ministère de la Santé. (www.sante.gouv.fr/htm/actu/berland2006/rapport.pdf)

Bertagne P., 1990, « Historisation du somatique », *Psychologie clinique*, 4 : 117-129.
Canguilhem G., 1978, « Une pédagogie de la guérison est-elle possible ? », *Nouvelle Revue de psychanalyse*, 17 : 13-26.

Charmaz K., 1991, *Good Days, Bad Days : the Self in Chronic Illness and Time*, New Brunswick, N. J. Rutgers, University Press.

Chicaud M.-B., 1998, *La Crise de la maladie grave*, Paris, Dunod.

En ligne Chrétien J., 1995, « Comment augmenter l'observance ? Schémas thérapeutiques, mesures de l'observance, risques, améliorations proposées », *Méd. Mal Infect.*, 25 : 349-57.

Croze A., 1924, *L'Hôtel-Dieu de Lyon. Des origines à 1900*, Lyon, Archives des HCL, éditions de M. Audoux et Cie.

Dejours C., 1993, *Travail et usure mentale*, Paris, Bayard éditions.

Del Volgo M.-J. et Gori R., 1991, « Contribution de la psychopathologie clinique à une restitution de la fonction éthique de la maladie et du soin », *Cliniques méditerranéennes*, 31-32 : 7-49.

En ligne Dening T. R., Berrios G. E. et Walshe J. M., 1988, « Wilson's Disease and Epilepsy », *Brain*, 111 : 1139-1155.

Duclos-Vallée J.-Ch., Ichai Ph., Chapuis Ph., Misrahi M. et Woimant F., 2006, « La maladie de Wilson », *La Revue du praticien*, 56 : 469-74.

En ligne Estryn-Behar M., Duville N., Menini M.-L., Le Foll S., Le Nézet O., Bocher R., 2006, « Mots à maux... Expression de la souffrance chez les soignants en psychiatrie. Étude comparative en France et dans trois autres pays européens », *Annales médico-psychologiques*, 164 (9) : 732-748.

Fischer G.-N. et Tarquinio C., 2002, « L'expérience de la maladie : ressources psychiques et changement de valeurs », in Fischer G.-N. (éd.), *Traité de psychologie de la santé*, Paris, Dunod, pp. 301-320.

Fortineau J., 2002, « Vers une psychiatrie en mouvement. Psychiatres : osez ! », *Perspectives psychiatriques*, 41 (2) : 85-88.

Freud S., 1921, « Psychologie des foules et analyse du Moi », in *Essais de psychanalyse*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1981.

Fritz A., 2003, « L'hôpital se réforme », *Cadres CFDT*, 407.

Fustier P., 2000, *Le Lien d'accompagnement : entre don et contrat salarial*, Paris, Dunod.

Gaillard G., 1999, « Restructurations, réorganisations dans le secteur hospitalier : mise en crise des soignants », *Objectifs soins*, 76-77.

Gaillard J., 2004, « Approche générale et approche par les cothérapies », in *Comment penser la complémentarité des pratiques et des métiers en santé mentale ?*, actes du Réseau de promotion pour la santé mentale dans les Yvelines Sud, Deauville, les 6 et 7 mars 2004, Rueil-Malmaison, Doin Éditions, pp. 93-99.

En ligne Gansel Y., 2006, « Conceptions du statut professionnel chez les psychiatres : un regard anthropologique », *L'Information psychiatrique*, 82 (10) : 811-815.

En ligne Ghika J., Vingerhoets F., Maeder P., Borruat F.-X. et Boggousslavsky J., 2004, « Maladie de Wilson », *EMC-Neurologie*, 1 : 481-511.

Glicenstein M. et Lehman A., 1987, « Cancer et histoire : comment le sujet réécrit son histoire », *Revue de Médecine psychosomatique*, 17 (9) : 27-32.

Golse A., 2002, *Transformation de la psychiatrie et pratiques des psychologues*, Convention de recherche MIRE n°22/00, Laboratoire d'analyse socio-anthropologique du risque, université de Caen.

Hacquard N., 2004, « Pourquoi et comment programmer la disparition de la psychologie clinique ? », *Le Journal des psychologues*, 221 : 8-14.

En ligne Hagger M. S. et Orbell S., 2003, « A Meta-Analytic Review of the Common Sense Model of Illness Representations », *Psychology and Health*, 18 (2) : 141-184.

Hardy-Baylé M.-C. (éd.), 2004, *Comment penser la complémentarité des pratiques et des métiers en santé mentale ?*, actes du Réseau de promotion pour la santé mentale dans les Yvelines Sud, Deauville, les 6 et 7 mars 2004, Rueil-Malmaison, Doin Éditions.

Hery P., 1990, « Entre exclusion et inclusion. Le psychologue clinicien », *Bulletin de psychologie*, 43 : 394, 204-211.

Jacus J.-P., 2003, « Psychologues en milieu hospitalier : quels enjeux et quel avenir quand un statut est inappliqué (inapplicable ?) et une profession sinistrée ? », *Le Journal des psychologues*, 207 : 55-60.

Kaës R., 1979, *Crise, rupture et dépassement*, Paris, Dunod.

Lacombe D., Toussaint E., 2007, « Annonce du diagnostic d'une maladie génétique et prise en charge psychologique des patients et de leur entourage », *La Presse médicale*, 36 : 1S20-1S25.

Lahlou-Laforêt K., 2003, « Traitement des troubles du rythme ventriculaire par défibrillateur implantable », *Psychologues et psychologies*, 169 : 7-9.

Le Goff J.-P., 1992, *Le Mythe de l'entreprise. Critique de l'idéologie managériale*, Paris, La Découverte, 1995.

Leventhal H., Meyer D. et Nerenz D., 1980, « The Common Sense Representation of Illness Danger », in Rachman S., *Medical Psychology*, 2 : 7-30.

Marchetti E., Spitz E., Webert P. et Schlessser P., 2007, « Théories étiologiques personnelles de patients coronariens en réadaptation cardiaque », communication au Congrès national de la Société française de psychologie, Nantes, septembre 2007.

Mignault P., 1991, « Psychiatres en quête d'identité », *L'information psychiatrique*, 67 (8) : 727-729.

Parsons P., 1951, *The Social System*, Glelcoe, IL, Free Press.

Pedinielli J.-L., 1987, « Le travail de la maladie », *Psychologie médicale*, 19 (7) : 1049-1052.

Pedinielli J.-L., 1990, « Corps malades : l'opération de la souffrance », *Psychologie clinique*, 4 : 13-28.

Pedinielli J.-L., 1994, « Hypothèse d'un travail de la maladie », *Cliniques méditerranéennes*, 41/42 : 169-189.

Pinel J.-P., 1996, « La déliaison pathologique des liens institutionnels dans les institutions de soins et de rééducations », in *Souffrance et psychopathologies des liens institutionnels*, Paris, Dunod, pp. 59-79.

Pucheu S., 1997, « Bâtir sur de l'incertitude : ou le travail quotidien en psychologie de liaison avec des patients atteints de pathologies graves », *La Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, 12.

Salbreux R., 2003, « Restera-t-il des psychiatres demain ? », site Internet des États généraux de la psychiatrie, Montpellier, les 5, 6 et 7 juin (site temporaire disparu à ce jour).

Samacher R., 2004, « Orientations des nouvelles pratiques des psychologues en psychiatrie », in Raoult P. A. (éd.), *De la disparition des psychologues cliniciens. Luttes et conflits*, Paris, L'Harmattan, pp. 27-51.

En ligne Seniow J., Bak T., Gajda J., Poniatowska R. et Czlonkowska A., 2002, « Cognitive Functioning in Neurologically Symptomatic and Asymptomatic Forms of Wilson's Disease », *Movement Disorders*, 17 (5) : 1077-1083.

Tap P., Tarquinio C. et Sordes-Ader F., 2002, « Santé, Maladie et Identité », in Fischer G.-N. (éd.), *Traité de psychologie de la santé*, Paris, Dunod, pp. 135-162.

Tarquinio C., Costantini M.-L. et Fisher G.-N., 2002, « Soutien social et prise en charge psychologique des maladies », in Fischer G.-N. (éd.), *Traité de psychologie de la santé*, Paris, Dunod, pp. 389-404.

Vaysse J., 1994, « Psychosomatique cardiaque », in Sami-Ali (éd.), *Recherches du Centre international de psychosomatique*, Éditions EDK, Paris, pp. 127-143.

En ligne Wang K., Hoosain R., Yang R.-M., Meng Y., Wang C.-Q., 2003, « Impairment of Recognition of Disgust in Chinese with Huntington's or Wilson's Disease », *Neuropsychologia*, 41 : 527-537.

En ligne Wilson S. A. K., 1912, « Progressive Lenticular Degeneration : a Familial Nervous Disease Associated with Cirrhosis of the Liver », *Lancet*, 1 : 1115-1119.

En ligne Woimant F., Chaine P., Favrole P., Mikol J., Chappuis P., 2006, « La maladie de Wilson », *Revue neurologique*, 162 : 6-7, 773-781.

L'interdisciplinarité

Asloum, N., & Bouillier, M. H. (2007, août). *Pratiques collectives d'enseignants engagés dans une formation interdisciplinaire*. Communication présentée au colloque « Actualités de la Recherche en Education et en Formation », Strasbourg, France.

Bailly, J.-M., & Schils, J. (1988, janvier). *Trois niveaux d'interdisciplinarité dans l'enseignement secondaire*. Communication présentée à la journée pédagogique FNEC, Bruxelles, Belgique.

Boisot, M.H. (1971). Discipline, interdisciplinarité, programme interdisciplinaire. *Revue Française de Pédagogie*, 17, 32-38.
DOI : [10.3406/rfp.1971.1804](https://doi.org/10.3406/rfp.1971.1804)

Camel, V., & Martin, P. (2003, juin). *Une approche pluridisciplinaire de la pédagogie par projet: la gestion des eaux dans un bassin versant*. Communication présentée au 2e colloque « Questions de pédagogie dans l'enseignement supérieur: réflexion, projets et pratiques », Brest, France.

Duchastel, J., & Laberge, D. (1999). La recherche comme espace de médiation interdisciplinaire. *Sociologie et sociétés*, 31, 63-76.
DOI : [10.7202/001205ar](https://doi.org/10.7202/001205ar)

Etévé, C., & Champy, P. (1994). *Dictionnaire encyclopédique de l'enseignement et de la formation*. Paris : Nathan.

Fourez, G. (2001). *La construction des sciences. Les logiques des inventions scientifiques : introduction à la philosophie et à l'éthique des sciences*. Bruxelles : de Boeck Université.

Giordan, A., & Souchon, C. (1992). *Une éducation pour l'environnement*. Paris : Z'Editions.

Jonnaert, P., Barrette, J., Boufrahi, S., & Masciota, D. (2004). Contribution critique au développement des programmes d'études : compétences, constructivisme et interdisciplinarité. *Revue des sciences de l'éducation*, 30, 667-696.

Lenoir, Y., & Sauvé, L. (1998). De l'interdisciplinarité scolaire à l'interdisciplinarité dans la formation à l'enseignement: un état de la question. 1 – Nécessité de l'interdisciplinaire et rappel historique. *Revue Française de Pédagogie*, 124, 121-153.

Partoune, C. (2008). *Interdisciplinarité*. Consulté le 28 janvier 2009 à : <http://www.lmg.ulg.ac.be/articles/interdisciplinarite/index.htm>

Rege Colet, N. (2002). *Enseignement universitaire et interdisciplinarité – un cadre pour analyser, agir et évaluer*. Bruxelles : De Boeck.

Sandoz-Guermond, F., Benmohamed, H., Boutros-Saikaili, N., Filippi, M., Forest, J., George, S., Leleve, A., & Michel, C. (2004, septembre). *Interdisciplinarité STIC-SHS : l'expérience du groupe CESTIC*. Communication présentée au colloque « A la croisée des Sciences, pratiquer et comprendre l'interdisciplinarité », Aix-en-Provence, France.

SIAFEE (Sciences et ingénierie agronomiques, forestières, de l'eau et de l'environnement) (2007). *INIP-BV-2006-07*. Consulté le 21 juin 2009 à : <http://www.siafee-agroparistech.fr/enseignements/inip-bv/inip-bv-2006-07>

Smidts, D., Vander Brogt, C., De Kesel, M., Lebrun, M., & Schneider, Y.-J. (2004, mai). *L'apprentissage interdisciplinaire en Sciences de la Vie : faciliter l'intégration des contenus*. Communication présentée au 21^{ème} congrès de l'AIPU, Marrakech, Maroc.