

LE DIAGNOSTIC EN ARBORICULTURE ORNEMENTALE : LE MODÈLE CLINIQUE

Philippe Trouillet, bureau d'études Ceiba

L'arboriculture ornementale connaît une tension permanente entre les besoins de préservation du patrimoine arboré et les enjeux de sécurité du milieu urbain. Cette tension est connue à tous les niveaux de gestion et vécue généralement comme une difficulté professionnelle majeure. Pour trouver des réponses aux enjeux de sécurité, la mesure appareillée est venue peu à peu participer aux prises de décisions dans le diagnostic mécanique, à l'aide d'outils tels que le résitographe, le tomographe ou le test de traction. Christophe Drénou, dans sa synthèse des méthodes de diagnostic (2001), discutait déjà d'une certaine tendance à multiplier le nombre d'appareils de diagnostic plutôt que de renforcer la connaissance des disciplines qui composent l'arboriculture ornementale. Près de vingt ans plus tard, avons-nous su améliorer nos connaissances et notre approche clinique de la singularité par des méthodes adaptées ? Pour tenter de répondre, intéressons-nous au modèle clinique.

Espace de la clinique

Le terme clinique vient du grec *klino* (verbe qui signifie « changer de position, incliner, coucher, appuyer une chose contre une autre »), et fait en général référence à la maladie et à l'approche du sujet au chevet de son lit, car c'est un sujet « incliné », en position de fragilité. La médecine clinique est celle qui s'occupe des malades considérés individuellement. Le clinicien ne soigne pas la maladie, mais le malade. Il s'intéresse donc à la singularité de chaque situation et à sa complexité. L'examen clinique s'attache aux symptômes que le praticien perçoit par l'observation de signes dits cliniques. Le terme clinique s'est progressivement détaché du champ sémantique médical pour s'étendre aux champs de la psychologie et des sciences humaines en général, jusqu'à ceux de l'éducation et de la formation. Les débats théoriques et méthodologiques soulevés par la clinique dans ces champs d'application stimulent ceux implicites

de l'arboriculture ornementale : les postures d'expertise et d'accompagnement, le rôle des pratiques réflexives sur la « professionnalité », les frontières entre le normal et le pathologique. « La démarche clinique n'appartient donc pas à une seule discipline, ni n'est un terrain spécifique, c'est une approche qui vise un changement, se tient dans la singularité, n'a pas peur du risque et de la complexité, et co-produit un sens de ce qui se passe » (Cifali, 2015).

Le normal est le pathologique

Si le clinicien porte une attention au malade et non à la maladie, l'évidence de la singularité de chaque cas atténué, jusqu'à faire disparaître parfois, la frontière entre le normal et le pathologique. Par exemple, les cavités et la pourriture étaient considérées jusqu'à une date relativement récente comme antagonistes prédominants pour la santé de la résistance et de la longévité des arbres (Davis, Fay et Mynors,

2000). Aujourd'hui, les arbres sont abordés globalement, non plus comme individus, mais comme « écosystème arbre », hôtes d'une richesse spécifique. Ils sont naturellement colonisés par de très nombreux organismes, le plus souvent endophytes, dont certains sont pourtant connus comme pathogènes. La présence et l'activité de cette diversité peuvent engendrer des réactions bio-mécaniques et physiologiques rendant paradoxalement les arbres parfois plus solides, et vivant plus longtemps que des arbres indemnes.

La posture du clinicien

La démarche clinique est une procédure fondée sur l'observation et l'analyse approfondie des cas individuels et intègre la subjectivité de l'observateur ainsi que les limites de son propre raisonnement. Ainsi, selon l'étymologie de l'adjectif clinique, la position inclinée est aussi et surtout celle du clinicien lui-même : « Le clinicien s'approche de sa subjectivité et se trouve de ce fait dans une position d'humilité et aussi d'instabilité, d'inconfort. Ce qui me conduit à dire que la position clinique est d'abord une position

d'humilité » (Ciccone, 2014). Celle-ci est donc une position de doute, d'incertitude, basée sur une démarche éthique. Cela est par ailleurs vrai pour tout chercheur, scientifique et devrait l'être pour tout expert, connaissant avant tout ses propres limites de compétence et l'étendue de son ignorance.

La démarche clinique

Un diagnostic dans une démarche clinique comprend trois étapes (Drénou/Trouillet 2021) :

1. Une phase préalable au diagnostic avec :

- l'analyse et la problématisation définissant les fonctions de l'arbre (rôles, valeurs, services écosystémiques rendus), son environnement (fréquentation par le public, fragilité des biens à proximité, etc.), les objectifs (attentes du gestionnaire) et les moyens de gestion associés à l'arbre (le budget).
- l'identification des pré-diagnos-tics (provisoires, non analytiques) à réaliser : physiologique, mécanique, ontogénique, etc.
- les méthodes à employer.

2. L'examen clinique (analytique), à l'aide de phases d'observations et de

génération d'hypothèses diagnostics, aboutissant au diagnostic.

3. Les préconisations.

Il faut considérer que cette procédure n'est pas linéaire et qu'un diagnostic se construit autour d'allers-retours incessants entre la problématisation, les observations cliniques et les interprétations, qui généreront un certain nombre d'hypothèses. Les diagnostics initiaux de la phase 1 sont donc des diagnostics provisoires, intuitifs, qui doivent être confirmés ou infirmés par le raisonnement analytique. La démarche clinique est basée sur la méthode hypothético-déductive et tend à décontextualiser et étendre la démarche scientifique aux faits non reproductibles dans des conditions expérimentales (comme les situations de diagnostic clinique), à l'aide de certaines attitudes cognitives (Favre et Rancoules 1993).

L'observation attentive, clé de voûte

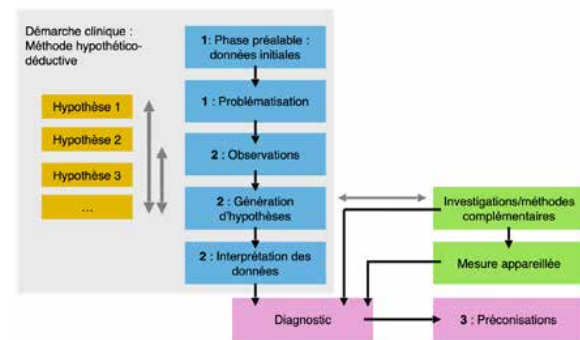
L'observation attentive est au fondement de la méthode clinique, elle en est l'élément primordial. C'est l'action de suivi attentif des phénomènes sans



volonté de les modifier. L'observation privilégiée le regard, mais les cinq sens sont cependant mobilisés. Le terme attentif est tout aussi important. Nous sommes attentifs avec l'ensemble de nos sens. L'observation attentive est en elle-même un outil, une méthode pour se saisir de la clinique. « Si l'on sait observer, avec rigueur, on peut toujours recueillir un matériel d'une très grande richesse, quelle que soit la clinique » (Ciccone, 1998). Cependant, pour pouvoir observer, il est nécessaire de savoir quoi chercher. Des connaissances fondamentales telles que la physiologie, la bio-mécanique, la morphologie ou encore bien sûr la botanique sont pour cela nécessaires. En arboriculture, de nombreux éléments ne sont cependant pas observables, principalement les racines, le sol et l'état interne des bois. Leur réalité est reconstruite à partir de l'observation de ce qu'induit leur état : les symptômes, les signes, la dynamique, les réponses physiologiques et mécaniques, etc. Une interprétation est donc nécessaire dans ce qui n'est pas immédiatement observable. Il faut cependant bien considérer que toute observation (le symptôme), même celle qui semble évidente, est toujours une construction et que chacun peut percevoir des signes distincts, car le perçu n'est pas le réel. La considération de la subjectivité fait donc intrinsèquement partie de la méthode clinique et de la démarche scientifique en général.

La pratique du modèle clinique en arboriculture

L'arboriculture clinique, ou le modèle clinique d'expertise, peut se heurter à la variabilité des valeurs des différents acteurs autour de la gestion des arbres. Ainsi, un gestionnaire d'arbres n'a pas toujours les mêmes attentes qu'un consultant, qu'un opérateur ou que le public gravitant autour d'un patrimoine. Les attentes sécuritaires, de scientificité, de mesures et de certitudes peuvent être un obstacle à la reconnaissance de l'arboriculture clinique au profit d'une science ne s'en tenant qu'au fait quantifiable (paradigme positiviste). Mais l'oppo-



▲ Démarche clinique (CEIBA)

sition des deux modèles semble non fondée, car une approche clinique est une procédure de base de l'évaluation des états des arbres qui permet de limiter les logiques d'opinion et de certitude (attitude dogmatique) ainsi que la sur-instrumentalisation et dans de nombreux cas, les erreurs de diagnostic. Cette première procédure peut sans contradiction déboucher sur la nécessité de mesures et d'investigations complémentaires, dans une logique de contrôle.

L'étendue des possibilités du modèle clinique est très vaste. Les personnalités les plus reconnues internationalement en arboriculture ornementale sont avant tout de grands cliniciens et l'élargissement de l'expérience est inversement proportionnel au besoin du recours à l'instrumentation. Les limites au modèle clinique sont souvent le manque d'expérience, de connaissance, le pessimisme et l'emprise de l'émotionnel. L'hyper sécurité, l'hyper instrumentalisation, trouvent ainsi majoritairement racine dans le manque de méthode et de connaissances fondamentales, ce qui peut aboutir à des pratiques défensives. En effet, selon Fay (2007) un praticien peut chercher à se protéger d'éventuels litiges au détriment de la pertinence de gestion, si un certain nombre de biais ne sont pas considérés avec attention.

En conclusion : une posture réflexive

Le modèle clinique est donc avant tout une approche scientifique du diagnostic, par le mode d'établissement de la preuve, par une quête de connaissances, un positionnement éthique et une incessante remise en question professionnelle. Si la gestion des arbres est dans une tension permanente entre la sécurité et la préservation, nous devons nous rappeler que l'évaluation des arbres à risque est encore plus un art qu'une science et que l'expérience joue un rôle majeur dans le processus décisionnel (Kane Ryan, 2003).

L'arboriculture clinique s'insère avec évidence dans ce processus décisionnel et facilite le travail du prescripteur clinicien en charge de lire l'histoire de l'arbre, d'en comprendre sa dynamique, de cerner les enjeux de gestion et ses complexités, tout en intégrant ses propres attitudes professionnelles. Pour mieux appréhender cela, il semble qu'un travail personnel allant au delà du champ strictement professionnel soit nécessaire, afin de mieux identifier ses propres attitudes cognitives, de prendre conscience de ses cadres de pensée (paradigmes) et de bien cerner ses capacités. Ce travail de développe-

Modèle de l'expertise	Praticien prescripteur	Critères	Paradigme scientifique	Prescription
Phyto-contrôle	Expert	Le contrôle La mesure La quantification La mesure appareillée La certitude	Positiviste	Prescription contrôle, réfère les décisions de gestion
Clinique	Consultant	La complexité La clinique La singularité Le qualificatif L'incertitude	Phénoménologique	Prescription évaluation, délègue les décisions de gestion. Informe, accompagne

▲ Tableau modèles d'expertise (CEIBA)

ment permet une auto-régulation et un état de mobilisation permanente de la culture scientifique.

Ainsi les hypothèses diagnostics, basées sur le raisonnement hypothético-déductif et sur les données probantes (c'est à dire sur les faits scientifiques les plus à jour et socialement reconnus), croisées aux observations cliniques, viennent parfois contredire les modèles actuels (Trouillet, 2020). La méthode clinique ouvre donc la voie de la réflexivité des praticiens, favorisant l'introduction d'un modèle complexe et multi-référencé.

Elle offre ainsi une base rigoureuse dans une procédure établie d'aide à la décision, et précise sans contradiction les besoins éventuels de tests complémentaires. Ce tournant réflexif (Schön, 1994) met en lumière la multiplicité des théorisations possibles, mais rappelle aussi que le savoir tacite des praticiens (le savoir caché dans l'agir professionnel) est la base d'une théorisation pertinente. L'approche clinique semble donc contribuer à l'effacement des distinctions entre expert et opérateur car ce dernier possède une expérience et un savoir à ne pas ignorer. Cette approche pourrait être, comme elle l'est déjà dans de nombreuses disciplines des sciences humaines, le fondement d'une pratique moderne soutenue par ses acteurs et leurs expériences rassemblées autour d'un socle de valeurs communes et concertées.

Références bibliographiques

Bachelard, G. (1938) La formation de l'esprit scientifique. Librairie philosophique, Vrin.

Ciccone, A. (2012) La pratique de l'observation, *Contraste* n°36.

Ciccone, A. (2014) L'observation clinique attentive, une Méthode pour la pratique et la recherche cliniques (*Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*).

Cifali, M. (2015) dans l'ouvrage collectif *Réfléchir sur la pratique, un levier pour la formation professionnelle des enseignants*, De Broeck

Crozier, M et al., (1995) *Réfléchir sur la pratique, un levier pour la formation professionnelle des enseignants*, Bruxelles, De Broeck.

Drénou, C. (2001) *Vitalité et solidité de l'arbre, choisir les méthodes de diagnostic*, Arbre Actuel, les Cahiers.

Favre, D. ; Rancoule, Y. (1993) *Peut-on décontextualiser la démarche scientifique ? ASTER N° 16*. 1993. Modèles pédagogiques.

Fay, N. (2007) *Towards reasonable tree risk decision-making*. *Arboricultural journal*.

Kane, B.; Ryan, D. (2003) *Examining formulas that assess strength loss due to decay in trees: woundwood toughness improvement in red maple (Acer rubrum)*.

Revault D'Allonnes C. et al. (1989) *La démarche clinique en sciences humaines*, Paris : Dunod.

Schön, D.A. (1994) *Le praticien réflexif : à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*, Montréal (Canada : Éditions logiques.

Trouillet, P. (2020) *Mémoire de recherche Master 2 Sciences de l'Éducation RISO (Responsable d'Ingénierie des Systèmes d'Organisation)*, Université Paul Valéry Montpellier 3.

Trouillet, P. ; Patry, G. (2021), dans Drénou, C. : *La taille des arbres d'ornement*, IDF.