Penser la collégialité pour panser le soin

Lionel Goua de Baix

▶ **To cite this version:**

Lionel Goua de Baix. Penser la collégialité pour panser le soin. Ethique. 2018. dumas-01864744

HAL Id: dumas-01864744
https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01864744

Submitted on 30 Aug 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

MEMBRE DE
USPC
Université Sorbonne Paris Cité

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2018 **N°** 2018M1REM02

MÉMOIRE DE MASTER 1 DE RECHERCHE EN ÉTHIQUE TRANSLATIONNELLE

Présenté et soutenu publiquement le 28/06/2018

Par

Lionel GOUA DE BAIX

Penser la collégialité pour panser le soin

Dirigé par Monsieur le Professeur Marcel-Louis VIALLARD

CC BY NC ND

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

MEMBRE DE
USPC
Université Sorbonne Paris Cité

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de master. Il est gratuitement et librement mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie à des fins pédagogiques et de recherche en vue d'améliorer le partage et la diffusion des savoirs.

Ce document est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur conformément aux conditions imposées par la licence et dans le respect des dispositions prévues par le Code de la propriété intellectuelle (CPI, L122-4).

Elles prévoient notamment une obligation de référencement et de citation précise du document lorsqu'il est utilisé ou employé comme source. Toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite ou autre contravention au respect du droit d'auteur est susceptible d'entrainer des poursuites (CPI, L 335-2-L 335-10).

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.10

Penser la collégialité pour panser le soin

Résumé :

La fin de vie et les décisions que les soignants sont amenés à prendre peuvent être source de difficultés en raison des enjeux éthiques qui en dépendent. La loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie a donc instauré l'obligation d'une procédure collégiale avant les décisions de limitation ou d'arrêt des traitements auprès des personnes hors d'état d'exprimer leur volonté. Celle-ci a été renforcée par la loi du 2 février 2016 qui a créée de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. La loi présuppose qu'une moins mauvaise décision est issue d'un groupe et non d'une seule personne. Cependant, la représentation des professionnels de santé concernant cette procédure collégiale influence son application. Dans ce contexte où la loi peut être interprétée, se pose la question du sens de cette collégialité. L'enjeu de la collégialité n'est-il pas celui de définir le sens du soin auprès de cette personne qui est hors d'état d'exprimer sa volonté ? Comment les professionnels de santé se sont-ils appropriés cet outil pour penser le soin auprès de cette personne ?

Discipline :

[Sciences du Vivant [q-bio] / Éthique]

Mots clés :

Collégialité, Procédure collégiale, Décision, Représentation, Obstination déraisonnable, Responsabilité

Thinking of collegiality to heal treatment

Abstract :

End-of-life and the decisions that caregivers may need to make can become an issue due to the ethical issues involved. The Act of April 22, 2005 on patients rights and end-of-life requires the establishment of a collegial process for decisions on limiting or discontinuing treatment in end-of-life patients who are unable to express their will. This has been reinforced by the Act of February 02, 2016 creating a news rights of patients at end-of-life. One presupposition left by the law is that this decision has a stronger chance to be right when taken collectively, than alone. However the representation of the health care professional concerning this collegial process influences its application. Therefore, In this context, where caregivers can interpret the law in different ways, the question arises of the meaning of this collegiality and how health professionals have adopted this tool. Wouldn't the concern with collegiality be about the care of the person incapable of expressing their wishes? How do medical professionals take this tool and think of the care for this person?

Keywords :

Collegiality, Collegial process, Collegial decision-making, Decision, Representation, Responsability,

Remerciements

Tout d'abord, je souhaite remercier ma famille et mes amis pour m'avoir soutenu durant cette année universitaire.

Je remercie Monsieur le Professeur Marcel-Louis VIALLARD, Directeur de mon mémoire, ainsi que Madame le Professeur Marie-France MAMZER BRUNEEL, Directrice du Laboratoire d'Éthique Translationnelle, pour m'avoir accompagné tout au long de ce travail de recherche.

De plus, j'adresse mes remerciements à toute l'équipe pédagogique de l'Université Paris Descartes.

Je remercie également les documentalistes pour leur accompagnement tant dans la recherche bibliographique que dans la mise en page de mon mémoire.

Pour finir, je tiens à remercier les différents intervenants et les professionnels qui ont participé à ma formation et qui ont été de véritables rencontres.

Table des matières

INTRODUCTION **7**

LA PROCEDURE COLLEGIALE DANS LA PRISE DE DECISION DE LIMITATION OU D'ARRET DE TRAITEMENT **11**

Introduction législative à la procédure collégiale *11*

La décision *13*

La délibération de la procédure collégiale *16*

La décision entre objectivité et subjectivité *20*

LA PRISE DE DECISION : ASPECT JURIDIQUE **25**

La responsabilité médicale : les grands principes *25*

Décision et arbitraire *31*

DE LA PROCEDURE COLLEGIALE A LA DECISION COLLEGIALE ? **34**

Une décision peut-elle être collégiale ? *34*

Décision et consensus *38*

La collégialité une parodie de démocratie ? *42*

La décision collégiale, un moindre mal ? *48*

Vers une éthique de la décision *51*

PROBLEMATIQUE **57**

HYPOTHESES **57**

METHODOLOGIE ENVISAGEE **58**

Outils *58*

Lieux de l'enquête *59*

Populations étudiées et échantillonnages *60*

Déroulement de l'enquête *60*

BIBLIOGRAPHIE **62**

Introduction

Le domaine de la santé confronte régulièrement les soignants à des situations complexes, notamment lorsque ces dernières concernent les soins palliatifs et la question de fin de vie. Ainsi, nombreuses sont les situations où peuvent se poser la question de la finalité des traitements et de cette « juste mesure », humainement tolérable. Cette question de la finalité des traitements se complexifie lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté. Cette problématique sous tend qu'il est impossible de connaître la volonté réelle de la personne lorsque cette dernière fait défaut.

C'est dans ce contexte que la procédure collégiale, inscrite dans la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (1), est définie par l'article 37-2 du code de déontologie médicale (2), modifiée par Décret n° 2017-499 du 6 avril 2017 (3).

En tant qu'Infirmier Diplômé d'État, j'ai participé à différentes procédures collégiales. Cela m'a permis de constater que les professionnels de santé s'appropriaient ce dispositif de manière différente. Ce constat de terrain a été considérable lors de la prise en soin d'une personne âgée d'une soixantaine d'année, souffrante d'une ataxie cérébelleuse génétique et évoluée. Cette maladie a été diagnostiquée lorsqu'elle avait trente ans et a été d'évolution lente. L'histoire de vie de la patiente révèle que son père était également atteint de cette maladie et est décédé à l'âge de soixante-cinq ans. Elle s'est mariée et a eut une fille de cette première union.

Cette dernière a été diagnostiquée à seize ans de cette même maladie dont elle est décédée à vingt-huit ans. La patiente s'est de nouveau mariée mais n'a pas eu d'enfant de cette nouvelle union.

Elle a été admise au sein de l'unité de soins palliatifs dans un contexte d'aggravation de sa maladie, se manifestant par une grabatisation progressive associée à une aphasie. Elle présentait des difficultés de compréhension importante ainsi que des troubles cognitifs avec une impossibilité de réponse adaptée. De plus, elle souffrait de trouble de la déglutition ayant entrainé des pneumopathies d'inhalation à répétition, nécessitant des hospitalisations.

Devant ce tableau clinique, la question de la pose d'une gastrostomie est mise en exergue. Cela n'a jamais été abordé entre les deux époux au moment de la maladie. La patiente étant hors d'état d'exprimer sa volonté et n'ayant pas rédigé de directives anticipées, l'équipe soignante s'est référée à son mari qui est sa personne de confiance. Il est informé des avantages et des inconvénients liés à la pose d'une gastrostomie. Il lui est également transmis que cet acte ne garantissait pas une meilleure qualité de vie ou même un allongement de son espérance de vie.

À la suite de ça, une procédure collégiale est organisée dans l'optique d'une décision de limitation ou d'un arrêt de traitement concernant l'alimentation de la patiente. Les participants de cette procédure se composaient du médecin chef de service, du médecin de l'hospitalisation à domicile, d'une partie des infirmiers et des aides soignants, du cadre de santé de l'unité ainsi que d'un neurologue appelé en qualité de consultant.

La procédure collégiale a débuté par la présentation de la situation clinique de la patiente, réalisée par le médecin chef de service. Dans la situation, les objectifs de la réunion sont évoqués et visent à décider ou non d'une limitation ou d'un arrêt de traitement concernant l'alimentation de la patiente avec la pose éventuelle d'une sonde de gastrostomie.

Le médecin neurologue a ensuite énoncé les bénéfices de la gastrostomie et notamment le confort que pourrait générer sa pose. Selon lui, la gastrostomie permettrait d'administrer des traitements pouvant améliorer sa qualité de vie et de pouvoir l'alimenter. De plus, il affirme que c'est un geste relativement peu invasif.

Après son intervention, un vote à la main levée est demandé à l'ensemble des participants pour décider de la pose ou non d'une gastrostomie. Le résultat du suffrage s'élevait à cinq voies contre six, en faveur de la pose. À la suite de ce consensus majoritaire, l'indication d'une pose de gastrostomie est donc décidée à l'issue de cette procédure collégiale. Cette décision collégiale est transmise au mari de la patiente, qui s'en remet entièrement à l'équipe soignante.

Finalement, au moment de la pose de la gastrostomie, la patiente va manifester un épisode de désaturation spontanée associée à une détresse respiratoire dont elle décédera. Cette situation m'a conduit à me questionner sur la procédure collégiale prévue par la loi lors des décisions de limitation et d'arrêt de traitement.

J'ai fait le constat de l'existence de certaines représentations la concernant et de leurs influences sur la manière dont elle est réalisée (4). La problématique mise en lumière est qu'il

est possible, pour les personnes, d'interpréter la loi et d'en modifier le sens en raison de la polysémie des mots utilisés.

Un décalage existe entre la représentation de la procédure collégiale énoncée par la loi et la manière dont elle est mise en œuvre. Au regard de la loi, qu'est-il attendu des professionnels concernant cette procédure collégiale ? Mais aussi quels sont les attendus des professionnels envers elle ? Quels sont les enjeux éthiques des écarts des pratiques ? Si les pratiques ne vont pas dans le sens des attendus dictés par la loi, est-ce pour privilégier d'autres valeurs ? Faut-il être en stricte conformité avec la loi et/ou tenter de mettre en œuvre un processus décisionnel à la recherche du bien ? (5).

Les personnes qui participent à la procédure collégiale semblent souhaiter faire le plus grand consensus autour de la décision, ce qui relève d'une certaine utopie. Ceci est probablement le reflet de la complexité des situations auxquelles les professionnels de santé sont confrontés. Ce questionnement de départ m'a permis de mener une réflexion à partir du texte de loi et de confronter son interprétation à son application dans le domaine de la santé.

La procédure collégiale dans la prise de décision de limitation ou d'arrêt de traitement

Introduction législative à la procédure collégiale

La loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (1), définit la procédure collégiale dans la prise de décision de limitation et d'arrêt de traitement par l'article 37-2 du code de déontologie médicale (2), modifiée par Décret n° 2017-499 du 6 avril 2017 (3).

Selon l'Article R4127-37-2 du code de la santé publique, « *La décision de limitation ou d'arrêt de traitement respecte la volonté du patient antérieurement exprimée dans des directives anticipées. Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et en l'absence de directives anticipées, la décision de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés, au titre du refus d'une obstination déraisonnable, ne peut être prise qu'à l'issue de la procédure collégiale prévue à l'article L. 1110-5-1 et après qu'a été recueilli auprès de la personne de confiance ou, à défaut, auprès de la famille ou de l'un des proches le témoignage de la volonté exprimée par le patient […] La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est prise par le médecin en charge du patient à l'issue de la procédure collégiale. Cette procédure collégiale prend la forme d'une concertation avec les membres présents de l'équipe de soins, si elle existe, et de l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant. Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant. L'avis motivé d'un deuxième consultant est recueilli par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile* » (6).

Mais quelles sont les significations que souhaite donner la loi à cette procédure collégiale et à cette prise de décision ? La procédure collégiale a-t-elle pour finalité la prise de décision ?

D'après le Trésor de la Langue Française, la procédure se définit comme une « *manière de procéder juridiquement, ensemble de règle suivant lesquelles doivent se dérouler les actions en justice* » ou « *ensemble des actes accomplis pour parvenir à une solution juridictionnelle particulière* » ou encore « *série de formalité ou de démarches à accomplir, étapes administratives à respecter pour aboutir à une décision* » (7).

Ces définitions mettent en lumière la procédure comme un acte juridique contrôlé, cadré par des règles. Cette procédure n'est pas un procédé sans intérêt mais a bien un but précis, celui de trouver une solution et/ou d'arriver à une décision.

La procédure peut également se définir comme une « *méthode utilisée pour réaliser une opération complexe, une expérience ou une recherche, manière de conduire une analyse philosophique, un raisonnement* » (7). Cette définition donne une nouvelle dimension à la procédure. Outre cette notion d'encadrement méthodique, elle offre une dimension réflexive, laissant place à la subjectivité et au tâtonnement.

Ici, la procédure est dite collégiale. Le Trésor de la Langue Française définit la collégialité comme « *un système de gouvernement d'un État, de direction d'une société de caractère économique ou d'une administration, où les décisions émanent d'un organe collectif dont les membres ont des pouvoirs égaux* » (7).

Cette définition rend compte de ce que prône la loi à savoir : un dispositif où chaque membre du groupe possède les mêmes pouvoirs, qu'importe le statut hiérarchique de la personne. Comme dans la définition de la procédure, la collégialité évoque la notion de décision. Celle-ci « émanent d'un organe collectif ». D'après le dictionnaire de la langue française *émaner* signifie « *qui provient de, qui tire son origine de* » (7). Ces définitions mettent en avant la procédure collégiale comme un processus collectif de réflexion, une méthode d'analyse qui permet une prise de décision mais qui ne l'inclut pas dans le processus. Il existe une sorte de disjonction entre le processus décisionnel et la décision qui sont pourtant des réalités inséparables et dont leurs liens semblent évidents.

Ce faisant la procédure collégiale est une méthode permettant d'éclairer une prise de décision mais qui n'est pas la prise de décision. Cette temporalité est essentielle à la compréhension de la loi car elle permet de distinguer deux étapes : la décision et la délibération de la procédure collégiale.

La décision

D'après le Dictionnaire de la Langue Française, la décision désigne l'« *action de décider quelque chose ou de se décider, après délibération individuelle ou collective » ou « issue définitive d'un combat, d'une guerre* » (7). La décision représente donc à la fois la phase finale d'un processus mais représente aussi le processus avant cette phase finale. Cette polysémie amène l'individu à pouvoir choisir librement le sens qu'il souhaite donner à cette décision.

D'une part, la décision peut être désignée en tant que processus final. L'étymologie de la décision renseigne cet aspect là. Le Coz dans le Petit traité de la décision médicale de 2007, explique que décider, du latin *decidere*, signifie couper en tranchant. En 1403, Nicolas de Baye, greffier du Parlement de Paris, a utilisé le terme de décision dans un sens décisif et incisif en se rapportant au verbe *caedere*, signifiant couper. Le juge désignerait celui qui doit « *trancher, couper court aux tergiversations, sous peine d'être accusé de déni de justice* »(8).

En comparaison avec ce milieu, le médecin peut être considéré comme un juge qui va devoir faire un choix et non pas une moitié de choix. Mais les soignants peuvent-ils être considérés comme des jurés qui vont déterminer du sort de la personne qui n'est plus en capacité d'exprimer sa volonté ? Le médecin doit-il « trancher » ? Cette métaphore illustre la décision comme une action qui rompt avec le présent qui est déjà passé et qui s'inscrira dans le futur de part ses conséquences. La décision serait ponctuelle et conséquente d'un unique choix.

Pourtant si le médecin doit « couper court aux tergiversations » comme le dirait Nicolas de Baye, cela implique nécessairement que la décision fasse partie intégrante de la délibération ou « tergiversations » comme ci nommée. Et ce, même si elle met « fin », *in fine.* La décision ne peut donc pas se limiter à des étapes mais relève d'une articulation des temps et d'une dynamique. Dans cette même idée, Berthoz explique que « *décider, c'est lier le présent au passé et au futur, c'est ordonner* » (9). La décision est « *l'activité de l'esprit et son résultat* » (7) et non pas l'activité de l'esprit **OU** son résultat.

Dans cette vision, la décision inclut nécessairement la délibération. Aristote affirmait que « *la décision présuppose la délibération* » (10), individuelle ou collective. Il explique que l'on « *délibère sur ce qui dépend de nous […] et quand l'issue est indéterminée […] ce qu'on peut faire par nous-mêmes et peut ne pas toujours se faire de la même façon […] Délibérer c'est chercher les moyens d'atteindre une fin […] Un médecin qui délibère en effet ne se demande pas s'il doit apporter la guérison […]* » (10).

Les propos d'Aristote éclairent sur l'essence de la décision et révèlent l'importance quant à la signification sous jacente à l'acte de décider lui même. Décider est une action qui engage ce *pourquoi* ou *pour quoi ?* Ou plutôt *pour qui,* on décide. C'est parce que toutes les actions entrainent des conséquences, au sens *résultat de,* ici sur la personne soignée et que l'Homme est libre de décider comment agir, qu'il peut être tenu pour responsable. La décision est recentrée sur la personne humaine, l'Homme face à l'Homme. Mais également sur *comment prendre cette décision ?* C'est à dire quels moyens permettront d'atteindre cette décision, humainement acceptable pour tous ? La question n'est plus *faut-il* décider pour la personne soignée hors d'état d'exprimer sa volonté mais bien *comment* décider pour elle ?

Concrètement, la loi de 2005 prévoit que « *La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est prise par le médecin en charge du patient <u>à l'issue de la procédure collégiale</u>* » (6). *À l'issue* signifie « *Provenant, résultant directement de […]* » (7). D'un point de vue chronologique, la procédure collégiale apparaitrait donc avant la décision d'une limitation et d'un arrêt de traitement.

Ce faisant, la procédure collégiale doit permettre d'aider et de guider le médecin dans sa prise de décision. Elle serait le moyen d'atteindre cette décision. Même à l'époque,

Aristote expliquait que « *si nous prenons des conseillers à nos côtés pour les grandes affaires, c'est parce que nous nous défions de notre capacité à nous prononcer sur elles de façon satisfaisante* » (10).

Comme l'expriment Pochard et Grassin, « *nous ne devons pas réduire la décision médicale à l'instant de la décision proprement dite, (le moment où l'on arrête la décision) mais comme l'ensemble du processus, du mouvement réflexif qui conduit à décider de mettre en œuvre telle ou telle action* » (11).

Cette subtilité complexe a un impact direct sur la mise en application de cette procédure collégiale. En effet, cette dernière a tendance à s'orienter vers une décision collective. Mais si la procédure collégiale n'a pas pour finalité la prise de décision, quel sens donner à la délibération de celle-ci ?

La délibération de la procédure collégiale

Si la délibération désigne l'étape qui précède la décision, quelle forme prend cette délibération de la procédure collégiale ? D'après l'Article 3, « *Cette procédure collégiale prend la forme d'une concertation […]* » (6). Du latin *concertatio*, signifiant querelle, dispute, discussion, débat. C'est un dérivé de *concertare*, signifiant lutter en paroles, discuter, se quereller (7).

L'étymologie même du mot démontre bien que la concertation n'est pas un processus harmonieux mais ardu et difficile. Elle renvoie bien à la définition précédente concernant la

décision qui serait issue d'un « combat, d'une guerre ». Dans un contexte où la délibération concerne une limitation ou un arrêt de traitement auprès d'une personne hors d'état d'exprimer sa volonté, l'image du combat ou même de la guerre évoque que l'idée de devoir choisir pour ou à la place de la personne, est un tumulte.

La concertation désigne « *l'action de se concerter* » (7). *Se concerter* signifie « *étudier, préparer une question, seul ou en accord avec d'autres personnes* » ou « *s'entendre afin de prendre une décision en commun » ou « Être en accord, en harmonie* » (7). Alors que l'étymologie du mot présente un aspect relevant de la divergence d'opinions, de la lutte ou même de la guerre, son verbe d'action représente un accord commun. La tension qui nait de la confrontation de ces sémiologies met en lumière l'enjeu de la collégialité définit par la loi. Celle-ci a pour but de réfléchir ensemble et cela implique l'accord et le désaccord.

Mais ces deux principes ne sont pas non liables entre eux. Ce n'est pas accord OU désaccord mais bien accord ET désaccord. La question n'est donc pas d'être en accord ou en désaccord. La procédure collégiale n'est pas destinée à prendre une décision. Mais alors quel sens mettre à cette délibération ? Selon le dictionnaire, la délibération désigne « *l'action de délibérer en vue de prendre une décision* » (7). Délibérer, c'est « *examiner, peser tous les éléments d'une question avec d'autres personnes, ou éventuellement en soi-même, avant de prendre une décision, pour arriver à une conclusion* » (4).

Selon l'article R4127-37-2 du code de la santé publique, « *[…] la décision de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés, au titre du refus d'une obstination déraisonnable, ne peut être prise qu'à l'issue de la procédure collégiale prévue à l'article L. 1110-5-1 […]* » (6). D'après

la loi, la question posée, lors de la délibération de la procédure collégiale, n'est pas : faut-il arrêter ou limiter les traitements, qui positionnerait les professionnels devant un choix moral. Si la question posée ne semble pas porter sur la décision d'une limitation ou d'un arrêt de traitement, elle porte cependant sur le risque d'une obstination déraisonnable : « *au titre du refus d'une obstination déraisonnable* » (6).

Ainsi selon la loi, la question posée pourrait être : est-ce que cette situation relève d'une obstination déraisonnable, qui est une question de nature différente. D'après l'Article L 1110-5 du code de la santé publique mis en vigueur le 4 Février 2016, les actes font l'objet d'une obstination déraisonnable « *lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris, conformément à la volonté du patient et, si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire* » (12). De plus, toujours selon ce même article, « *toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de traitements et de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté* » (13).

D'après la loi, l'obstination est *déraisonnable* parce que le traitement est jugé *inutile* car il n'améliore pas l'état de santé de la personne (14). *Disproportionnés* au regard des risques par rapport aux bénéfices, c'est à dire que « *Les actes de prévention, d'investigation ou de*

soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté » (15). Mais également car ces actes n'ont pour effet que « *le seul maintien artificiel de la vie* » (14). Artificiel au sens qui « *imite la nature, qui se substitue à elle, qui n'est pas la nature* » (7). Ceci signifie que la personne aurait considéré préférable que sa vie s'interrompe, « *naturellement* » (14).

L'obstination déraisonnable pourrait se définir par l'ensemble de ces critères. Entre définir l'*inutilité* d'un traitement, sa *disproportion* ou même savoir ce qu'est un *maintien artificiel de la vie*, la démarche semble complexe, voir impossible. Qui sera en capacité de juger quant à l'utilité ou la disproportion du traitement : le médecin ? La personne soignée ? Les proches ?

Des études comparatives des points de vu de patients cancéreux, de médecins, d'IDE et de la population générale ont prouvé que, selon les personnes interrogées, les réponses différaient concernant l'utilité d'un traitement. Dans une étude canadienne (16), les personnes soignées considéraient que si un traitement permettait d'obtenir 1 % de guérison, il le jugerait utile et l'accepterait. À cette même question, les médecins considéraient qu'un traitement était utile lorsqu'il permettait d'obtenir 25 % de guérison. Enfin, d'autres personnes non soignantes jugeaient qu'un traitement était utile en exigeant 50 % de guérison.

Finalement, comme le disait Foucault dans L'Ordre du Discours (17), qui dans une société est habilité à dire le vrai ? ou même le juste ?

La décision entre objectivité et subjectivité

La loi dit clairement que la décision est médicale. En effet, l'Article 3 de la loi dispose que « *la décision de limitation ou d'arrêt de traitement est prise par le médecin en charge du patient à l'issue de la procédure collégiale* » (4). Les problématiques passées de savoir si le médecin pouvait décider à la place de la personne soignée, ou s'il pouvait définir ce qui est le bien pour elle, ne se posent plus. Le médecin a été désigné en charge du patient comme étant la personne responsable de la décision, lorsque la personne soignée est hors d'état d'exprimer sa volonté et en l'absence de directives anticipées. Cette position de décideur lui est donnée, bon gré ou malgré lui, par son expertise médicale. En effet, toujours selon le même article, la décision de limitation ou d'arrêt de traitement doit être « *motivée* » et « *inscrite dans le dossier du patient* » (4).

En effet, l'article R.4127-37-2 du code de la santé publique dispose que « *la décision de limitation ou d'arrêt de traitement est motivée. La personne de confiance, ou, à défaut, la famille, ou l'un des proches du patient est informé de la nature et des motifs de la décision de limitation ou d'arrêt de traitement. La volonté de limitation ou d'arrêt de traitement exprimée dans les directives anticipées ou, à défaut, le témoignage de la personne de confiance, ou de la famille ou de l'un des proches de la volonté exprimée par le patient, les avis recueillis et les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient* » (6).

La motivation sous entend une argumentation rationnelle, issue de savoirs scientifiques dont dispose le médecin, à priori. Ceci renvoie aux principes fondamentaux de la décision médicale à savoir l'indépendance professionnelle du médecin et sa liberté de prescription.

L'indépendance professionnelle du médecin est régie par l'article R.4127-5 du code de la santé publique où « *Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit* » (18). Cette indépendance lui est reconnue lorsque ses actes se basent sur les dernières connaissances scientifiques mais également sur le jugement de sa conscience. Cette démarche se veut orientée vers l'intérêt du patient, qui doit primer avant tout autre.

L'indépendance professionnelle est intimement liée à la liberté de prescription qui est régie par l' Article R4127-8 du code de la santé publique :

« Dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles » (19).

Les données acquises par la science renvoient au concept anglo saxon d'*Evidence-based medicine* (EBM).

Il consiste à élaborer une décision s'appuyant sur des preuves ou des faits avérés, vérifiés et documentés. Elle ne s'appuie pas sur des opinions ou des sentiments (20). Si au contraire une décision était prise sur une approche intuitive ou basée sur des opinions, cela entrainerait des risques.

D'abord, celui de considérer comme des faits établis nos propres opinions (20). Cela renverrait à toute la subjectivité de l'être pensant qu'est l'Homme et non plus à l'objectivité, ici recherchée. Ceci peut s'expliquer car il existe souvent une confusion entre « ressenti », « sentiment », « impression », « habitude » et « fait ». Les uns pensant que tout cela sont des faits puisqu'ils le vivent, le pensent, le ressentent alors que non. Leurs subjectivités troubleraient quelque part leur raison.

L'autre risque serait de « *prendre son ignorance pour des réelles limites de la connaissance médicale* » (20), amenant l'individu à ne pas « *rechercher de données objectives sur le problème* » (20). Cette conception de la décision se veut objective et rationnelle, combattant à tout prix la subjectivité.

C'est en cela que Sackett définit en 1996, les EBM comme « *l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleurs données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisées de chaque patient* » (21). En 2000, ce même auteur modernise sa définition en insistant sur « *l'intégration des meilleures données de la recherche à la compétence clinique du soignant et aux valeurs du patient* » (22).

Cette décision, basée sur les données probantes, peut se fonder sur trois critères : « *1) les circonstances de soins et la situation clinique ; 2) les préférences, le comportement et les choix du patient ; 3) les données actuelles de la science apportées par la recherche clinique, avec leurs niveaux de preuve* » (20).

Comprenant les enjeux quant à la recherche de l'objectivité dans la prise de décision, l'EBM se veut rationnelle, fondée sur des preuves. Il persiste une volonté de formaliser la décision à travers une méthode appliquée, même si cette dernière souhaite être personnalisée. D'ailleurs, la schématisation possible de cette méthode, réalisée par Haynes ou même Borrows (23), est la preuve d'une vision simplificatrice de la décision.

Simplifier cette décision, en la justifiant par des arguments fondés sur la justesse ou la certitude, se voudrait rassurant. Mais en quoi rechercher une solution idéale, qui serait reproductible d'une situation à l'autre, serait-elle une démarche pertinente ? Une décision objective peut être considérée comme limitée, ne laissant pas place à la part de subjectivité omniprésente dans le domaine de la santé. Le risque existe d'une uniformisation des pratiques, en imposant à des situations similaires la même décision et sans tenir compte de la singularité des situations auxquelles les soignants sont confrontés.

Face à cette approche de la décision médicale, n'existerait-il pas une approche alternative permettant de ne pas se limiter aux caractéristiques citées précédemment ? Rechercher l'objectivité à tout prix ne serait-il pas limitatif ? Est-il seulement possible d'être objectif au regard des multiples facteurs humains qui interfèrent dans cette décision ?

Si l'objectivité est exigée par la loi, cela ne supprime en rien l'existence de subjectivité. Comme le rapporte Kant, la « raison pure » ne peut être uniquement métaphysique du fait de cette part de « sensible »(24). Cette tentative, de compenser à tout prix cette subjectivité au regard de l'objectivité, semble vaine.

La subjectivité désigne ce « *qui ne correspond pas à une réalité, à un objet extérieur, mais à une disposition particulière du sujet qui perçoit* » (7). Le subjectif se fonde sur des critères personnels qui dépendent de la conscience du sujet, tendant à agir en fonction de ses impressions. Comme vu précédemment, la décision médicale dépend du médecin qui, au delà des données scientifiques, juge de par sa conscience, et « de ce qu'il estime nécessaire ».

« *Individuellement, nous sommes aussi traversés par des repères éthiques, marqués par notre éducation, et nos expériences de vie. Ces convictions personnelles entrent en jeu inconsciemment dans les processus de décision, brouillant de ce fait l'objectivité recherchée* » (16). La présence inévitable d'une part de subjectivité au sein de l'Homme ne peut être ignorée. Au contraire, conscientiser son existence, c'est lui laisser une place tout en étant vigilant de l'influence qu'elle peut entrainer sur la décision. Lorsque la décision est issue d'une procédure collégiale, d'une délibération collective, il semble évident de son omniprésence d'où l'importance de l'accepter et de travailler avec. En gardant cela à l'esprit, les personnes présentes au sein de la délibération peuvent désamorcer le risque de submersion de cette subjectivité.

D'ailleurs, la délibération c'est examiner avec doute mais c'est aussi savoir « *apprécier la bonté relative des divers motifs sans l'apercevoir encore avec cette évidence qui entraine le jugement, la conviction, la préférence* » (25). En somme, les personnes font des choix de manière subjective pour différentes raisons que ça soit leurs rôles ou même leurs valeurs. L'affect des personnes, allant de la peur de causer plus de souffrance alors qu'elles voudraient offrir un espoir, intervient aussi dans ce processus décisionnel (26).

Finalement, la décision apparaît comme un acte complexe entremêlant objectivité et subjectivité. Elle peut être interprétée à la fois comme un processus et un résultat, à la fois comme une délibération et une décision ou encore collégialement et individuellement. Pourtant, la loi a clairement identifié que la prise de décision est réalisée non pas par un groupe mais bien par une personne à savoir : le médecin. Autrement dit, la prise décision n'est pas collective mais bien individuelle, c'est la réflexion qui est collective.

Cette distinction est importante tant au niveau de l'application de cette procédure et de sa finalité qu'au niveau des responsabilités. Si la décision se base sur un échange qui se veut partagé, l'objet de la responsabilité n'est pas la délibération mais bien la décision en tant que finalité et unique temps décisionnel.

Cet unique temps décisionnel se représente comme une action agissant sur un réel impliquant la personne humaine. C'est une action qui va transformer le déroulement de la vie d'une personne. La prise de décision, de part ses conséquences, relève donc d'un aspect juridique balisant les grands principes de la responsabilité qui lui sont liées.

La prise de décision : aspect juridique

La responsabilité médicale : les grands principes

Les origines du mot « responsabilité » provient du latin *spondere* qui signifie « *promettre, s'engager à se porter garant de quelqu'un ou de quelque chose* » (7). Mais

provient aussi du latin *respondere* signifiant « *répondre* » ou « *répondre de* » (7). La personne qui a le pouvoir de prendre une décision, peut donc être appelée à en répondre.

En France, la responsabilité médicale se base sur l'arrêt Mercier de 1936, issu de la cour de cassation, où *« il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant pour le praticien, l'engagement sinon, bien évidemment, de guérir le malade, du moins de lui donner des soins consciencieux, attentifs, et réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science ; que la violation, même involontaire, de cette obligation contractuelle, est sanctionnée par une responsabilité de même nature, également contractuelle* » (27).

La responsabilité repose désormais sur une obligation de moyens et non de résultats. Cela signifie que le médecin s'engage à faire tout son possible pour obtenir la guérison du patient sans pour autant la garantir. À savoir que la responsabilité médicale était fondée sur les articles 1382 et 1383 du Code Civil et nécessitait la preuve d'une faute, d'un dommage, et d'une relation entre ces derniers :

« ART. 1382. — Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer »(28).

« *ART. 1383. — Chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou son imprudence* » (29).

« *ART. 1384. — On est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre, ou des choses qu'on a sous sa garde* » (30).

La responsabilité du médecin est engagée lorsqu'il existe une faute ayant entrainée un dommage pour la personne soignée et si un lien de causalité relie cette faute au dommage. Ainsi la responsabilité dégage trois principes : celui de la faute, du dommage (ou préjudice en terme juridique) puis le lien de causalité (31).

La faute médicale est une notion large, allant de la faute dite technique, à la présomption de maladresse, au manquement de l'humanité, à la notion de faute indiscutable plus connue sous le nom de *never events* (31). Aujourd'hui sont intégrées à la notion de faute, le défaut d'information et l'absence de recueil de consentement. L'information et le consentement relève d'un droit du patient et par contre coup, d'un devoir médical conformément à la loi du 4 mars 2002 (32). La preuve de la délivrance de l'information ou du recueil du consentement incombe au médecin et non plus au malade.

La notion de préjudice, ou de dommage, subi par le patient concerne majoritairement des préjudices non économiques (31).

Cette notion fait référence au *pretium doloris* ou *quantum doloris,* littéralement du latin *le prix de la douleur,* aujourd'hui traduit également *souffrance endurée*. Il désigne l'indemnisation liée à la souffrance physique et/ou morale endurée par la victime (7).

Enfin, le lien de causalité, nommé perte de chance, désigne une relation de cause à effet et part du principe suivant lequel rien n'est sans cause (7). La responsabilité ne peut être engagée que si la relation entre la faute et le dommage est établie. Autrement dit, si le

médecin est toujours responsable, il n'est pas toujours coupable. Mais pour être coupable, il faut qu'il y ait faute, dommage et lien de causalité.

La responsabilité se définit comme l'« *obligation faite à une personne de répondre de ses actes du fait du rôle, des charges qu'elle doit assumer et d'en supporter toutes les conséquences* » (7). *Charges* et *supporter* sont des mots utilisés pour définir la responsabilité et évoquent une sorte de fardeau. De plus, la notion de *conséquence* renvoie à la négativité du terme au sens de *dommage* alors que *conséquence* signifie « résultat de.. » (7).

Seulement comme le disait Aristote, « *c'est par crainte de plus grands maux qu'un acte est exécuté, ou en raison d'un beau motif* » (10). Si la décision implique la responsabilité, elle renvoie qu'une décision entraine nécessairement un dommage. Elle sous tend la culpabilité du médecin, qui a la charge de cette décision.

Mais de quelle décision s'agit-il ? La décision porte sur une limitation ou arrêt de traitement, censée éviter l'obstination déraisonnable. Quel est le sens mis à cette décision de limitation et d'arrêt de traitement ?

Lorsqu'une personne soignée présente un pronostic vital grave, il existe un risque non négligeable d'échec thérapeutique. Dans ce contexte, se pose la question du sens du soin et des traitements auprès de cette personne, qui peuvent être ou ressentis comme une « obstination déraisonnable ». Ceci sous-tend qu'il est possible qu'un traitement, supposé apporter un soin, puisse être délétère auprès de la personne soignée.

Cette réflexion invite à réfléchir la pertinence des actes et des traitements qui peuvent faire l'objet d'une obstination déraisonnable. Selon l'article 37 du code de déontologie médicale, régi par l'article R.4127-37 du code de la santé publique :

« *En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie » (33).*

Autrement dit, le soignant devient une personne qui décide ou non de poursuivre un traitement qui ne présente aucun bénéfice ou qui peut même entrainer des dommages auprès de la personne soignée.

Cette notion renvoie au concept anglo-saxon de « *medical futility* » ou futilité médicale, thérapeutique ou encore « futilité des soins » (34). Les décisions de limitation et d'arrêt de traitement visent en premier lieu à protéger les personnes d'une obstination déraisonnable.

Pourtant, même si les personnes s'opposent à toute obstination déraisonnable difficile de nier le risque d'une décision de limitation ou d'un arrêt de traitement arbitraire, entrainant le non maintien de la vie. En 2001, une étude multicentrique française avait d'ailleurs montré qu'une décision de ce type concernait près de 10% des patients adultes admis et était impliquée dans plus de 50% des décès d'adultes en réanimation (35). Autrement dit, le risque d'entrainer le décès d'une personne par une limitation ou un arrêt des traitements a été constaté. L' Article L1111-4 du code de la santé publique dispose clairement que « *lorsque la*

personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès » (36).

Ce faisant, il semble évident que cette décision de limitation et d'arrêt de traitement semble tiraillée entre l'action du soin et l'omission. Omission au sens du droit pénal du terme c'est à dire « *du délit de non assistance à personne en danger* » (7), voir d'un acte volontaire d'entrainer la mort. Dans ce contexte, ce qui distinguera le soin de l'omission sera probablement la responsabilité et la conscience morale des individus.

Pourtant, la décision d'une limitation ou d'un arrêt de traitement part du principe qu'entrainer un dommage est pire que s'abstenir de l'empêcher. Autrement dit, être soi-même la cause unique et directe d'un acte dommageable semble plus difficile à assumer que de renoncer à ne pas empêcher un dommage dont le soignant n'est pas la cause. La décision d'une limitation ou d'un arrêt de traitement ne signifie donc pas un arrêt des soins ou une omission.

Au contraire, « *lorsque les actes mentionnés […] ne sont pas entrepris, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10* » (37). D'après le rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation de la loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, Godefroy Hirsch, président de la société française des soins palliatifs (SFAP) considère que la décision collégiale de limitation ou d'arrêt de traitements ne s'apparente en rien à un abandon du malade qui ferait suite à un constat d'impuissance ; elle est une réorientation des actes de soins conforme à un protocole, argumentée et transparente (38).

Sur ces propos, se pose la question de la signification de cette décision qui peut être perçue comme arbitraire.

Décision et arbitraire

Décider de c'est « *arbitrer, déterminer, juger* » (7). Autrement dit décider d'une limitation ou d'un arrêt de traitement, c'est peut être l'arbitrer. Il persiste un arbitraire d'une certaine manière…et est arbitraire « *quand l'esprit n'y est pas contraint par les lois logiques, c'est à dire quand la proposition contradictoire ou contraire serait tout aussi bien possible* » (7). Dans un contexte de limitation et d'arrêt de traitement, c'est en cela que la décision peut sembler arbitraire. Le médecin peut décider d'arrêter, tout comme il peut continuer les traitements.

Le médecin s'engage dans l'action ou l'inaction, qui reste tout de même une action. Et cela, au dépend de la personne hors d'état d'exprimer sa volonté qui va bénéficier ou subir ce traitement.

Effectivement, à partir du moment où la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, il est de fait considéré comme inévitable de décider à sa place, notamment en l'absence de directive anticipée et de personne de confiance. Mais cet arbitraire est né d'une société, mère de principes, qui peut « *dicter les normes de vie des sujets […] par le savoir pensé en lui-même* » (39).

Ceci renvoie à ce que Canguilhem avait déjà mis en lumière dans Le Normal et le Pathologique. Dans cette relation complexe entre le normal, le pathologique, la norme scientifique et la norme sociale, le savoir médical est devenu référentiel (40). La personne peut donc être jugée capable ou incapable, autonome ou pas autonome, ici de décider pour elle. Ainsi, au lieu de remettre en cause ces normes, sont remises en cause les personnes en terme de capacité par rapport à ces normes.

En effet, selon Appelbaum et Grisso le patient hors d'état d'exprimer sa volonté est définit « *en termes de capacité à exprimer ses choix, à comprendre l'information, à apprécier la situation avec ses conséquences et à manipuler l'information de manière rationnelle. La défaillance de l'une de ses capacités définit l'incompétence du malade* » (41). La personne se retrouve de fait dans une situation où elle ne peut décider pour elle même, car incapable. Lorsque la décision n'émane pas de la personne qui ne PEUT pas s'exprimer, elle ne PEUT pas répondre aux exigences sociétales.

Comme l'explique Fiat, « *cette autonomie, qui fait de l'homme un sujet, apparaît aussitôt comme la grandeur, et comme la misère de l'homme. Grandeur d'un être capable, sinon toujours en fait, du moins toujours en droit, d'inventer souverainement les chemins de sa propre existence ; misère d'un être qui sera tenu pour responsable de ses propres errance*s » (42). L'Homme apparaît responsable de ses capacités et donc de ses incapacités.

Le médecin se retrouve donc à arbitrer, décider de limiter ou arrêter les traitements pour ou contre la personne soignée. La question se formulera comme un devoir moral vis-à-vis de lui même : « *Dois-je ou ne dois-je pas ?* ». Le décideur est face à un dilemme et doit

chercher à définir ce qu'il est souhaitable de faire parmi ce qui peut être fait. Cette décision est arbitraire de fait et maintenant de droit d'une certaine manière.

En s'attachant à ce qui est perdu et non à ce qui reste à la personne ou même de la personne, c'est l'oublier, la figer. Rogers explique que « *si j'accepte l'autre comme quelque chose de figé, déjà diagnostiqué et classé, déjà formé par son passé, je contribue ainsi à confirmer cette hypothèse limitée. Si je l'accepte comme un processus de devenir, alors je fais ce que je peux pour confirmer ou réaliser ses potentialités* » (43).

Pourquoi ne pas accepter cette différence socialement élaborée ? Selon Rogers, « *ce n'est que lorsque je puis accepter un autre, ce qui signifie spécifiquement que j'accepte les sentiments, les attitudes et les croyances qui constituent ce qu'il y a de réel et de vital en lui, que je puis l'aider à devenir une personne...* » (43). Ainsi changer de point de vue, en ne décidant pas à la place de la personne soignée mais bien en *palliant* à cette incapacité artificielle (au sens *créée par l'Homme*) de la personne à décider pour elle.

Autrement dit, faire un choix *palliatif*. D'après le dictionnaire historique de la langue française, le terme de Palliatif peut d'ailleurs se définir comme un « *moyen de cacher, de faire excuser une faute, une chose fâcheuse* » (7). Cette incapacité serait-ce cette « chose fâcheuse » ? *Décider à la place de* serait-ce cette « faute » à excuser ? Ce choix palliatif deviendrait le « *moyen de remédier provisoirement ou incomplètement à une situation difficile, d'en atténuer les conséquences sans la faire cesser pour autant* » (7)…

Finalement, changer de perspective permettrait de rendre acceptable cette décision. Ce qui était autrefois *Décider l'autre* ou même *Décider l'autre de quelque chose* devient *Décider*

pour l'autre ou encore *Décider quelque chose pour l'autre* (44). La personne est passée d'objet de soin à Sujet de soin. L'évolution sémantique justifie, comme le disait Canguilhem, qu'« *il ne peut rien manquer à un vivant si l'on veut bien admettre qu'il y a mille façon de vivre* » (45). C'est apprendre à ignorer totalement ces limites ou ses limites.

Mais métamorphoser la vision de cette décision la rend-elle acceptable ou moins arbitraire ? Puisque par définition est arbitraire ce « qui dépend uniquement d'une décision individuelle, non d'un ordre préétabli ou d'une raison valable pour tous » (7). La collégialité ne serait-ce pas un moyen, ou cet « ordre préétabli » pour que les décisions prises aient du sens, aient une raison d'être « valable pour tous » ? Que les décisions deviennent collectives et que cette responsabilité se dissolve derrière une représentation collective censée déterminer le vrai, le juste, le bon ? D'une certaine manière, une « décision consensuelle » permettrait-elle de la légitimer ?

Finalement, la décision de limiter et d'arrêter un traitement en situation d'obstination déraisonnable est-elle vraiment une décision médicale lorsque cette décision est issue d'une procédure collégiale ? À quoi sert réellement cette collégialité ? Lors d'une obstination déraisonnable, quel est le sens de la collégialité dans la prise de décision de limitation et d'arrêt de traitement ?

De la procédure collégiale à la décision collégiale ?

Une décision peut-elle être collégiale ?

La collégialité n'existe qu'au sein d'un groupe où les interactions humaines sont inévitables. Ici le terme « groupe » est employé au sens de Lewin en 1948 à savoir « *qui est plus que, ou plus exactement, différent de la somme de ses membres. Il a sa propre structure, et des relations propres avec d'autres groupes. L'essence du groupe n'est pas la similarité ni la dissimilarité de ses membres, mais leur interdépendance. Chaque groupe peut être caractérisé comme une totalité dynamique ; un changement dans l'état d'une de ses sous-parties change l'état de n'importe quelle autre sous-partie. Le degré d'interdépendance des sous-parties de l'ensemble des membres du groupe varie le long d'un axe allant d'un amas flou (a loose mass) jusqu'à une unicité compacte. Ceci dépend, parmi d'autres facteurs, de la dimension, de l'organisation et de l'intimité du groupe* » (46).

Cette définition à la fois globale et précise apporte des éléments essentiels qui expliquent la complexité relevant de cette dynamique relationnelle issue du groupe.

Le comportement des participants influence ces interactions où le rôle et le statut de chacun est déterminant. Ce lien qui naît de l'alchimie entre la réalité de l'autre et de soi demande comme disait Ricœur de s'identifier « soi-même comme un autre » (47). Ce n'est que lorsque la personne se saisit de l'autre et est vigilent quant à cette différence que la pensée se construit. L'impératif moral de Jankélévitch disait qu'avec « *le relativement autre, à la fois semblable et différent, et différent parce que semblable, le même a des rapports : mais avec le tout autre, avec l'absolument autre, avec le vertigineusement autre, autre même que l'autre, nous n'avons pas le moindre point commun ni le moindre terme de comparaison* » (48).

Comprendre cela permet de comprendre la difficulté de décider ensemble où chacun, dans la place qui est la sienne, souhaite être considéré du point de vue de sa subjectivité. L'enjeu d'une décision collective est de créer une pensée collective à partir de pensées individuelles, de créer une volonté générale à partir de volontés plurielles. Autrement dit, est-il possible d'universaliser la pensée au sein d'un groupe, où chacun possède des représentations singulières ?

La représentation désigne un « *contenu de pensée mais aussi un acte dynamique de création du réel, réel qu'il serait impossible d'approcher sans la représentation. Il s'agit d'une forme de connaissance profane socialement élaborée qui concourt à l'établissement d'une vision de la réalité commune à un groupe social déterminé. Elle a un ancrage à la fois individuel et groupal. Ainsi, les représentations ne sont pas de simples opinions mais véritablement des ensembles organisés qui permettent au sujet de se repérer dans le monde* » (7).

Cette définition explique que la représentation est une connaissance subjective de quelque chose, fondée par un groupe de personne dont la volonté est d'établir une vision la plus proche de la réalité.

Or, essayer d'établir une vision de LA réalité relève de la subjectivité propre à chaque individu. En effet, la vision de la réalité dépend de la perception intime qu'a l'individu de cette dernière. Par conséquent, est-ce la vision de LA réalité (la vrai réalité) ou de SA réalité (celle de l'individu), qui peut être ou non partageable ?

Jodelet explique que la représentation sociale est « *une forme de connaissance courante, dite de sens commun, caractérisée par les propriétés suivante : 1. Elle est*

socialement élaborée et partagée ; 2. Elle a une visée pratique d'organisation de maîtrise de l'environnement (matériel, social, idéel) et d'orientation des conduites et communications ; 3. Elle concourt à l'établissement d'une vision de la réalité commune à un ensemble social (groupe, classe, etc.) ou culturel donné » (49).

Hormis, ce qui a déjà été évoqué dans la définition précédente, la définition de Jodelet permet d'expliquer que les représentations orientent nos pratiques. En effet, « *elles permettent d'orienter les pratiques, de saisir le réel en limitant la part d'inconnu et l'angoisse qui lui est liée. Elles ont donc une action sur le réel, action dont nous pouvons voir les conséquences quotidiennement dans notre pratique clinique* » (49).

Ces différents éléments permettent d'expliquer que les représentations sociales ont un réel impact sur la pratique soignante et par contre coup ont des conséquences sur la personne soignée. Ces conséquences sont notamment liées à cette notion de « réalité commune » qui s'appuierait sur les représentations communes. La représentation commune désignerait « *une représentation partagée par la majorité des individus d'un groupe* » (49).

D'une certaine manière, construire une décision consiste à s'accorder malgré la pluralité. Rousseau dans le Contrat Social (50) décrit ce phénomène où chaque individu peut avoir une volonté différente de la volonté générale.

Seulement dans un contexte de « contrat », la volonté individuelle peut être contrainte de se soumettre à la volonté générale. C'est à dire que les personnes qui s'engagent dans ce contrat, accepte la possibilité de se soumettre à l'autre.

La volonté générale n'équivaut pas à la volonté de tous les individus et ne résultent pas des intérêts particuliers. La volonté générale se veut garante du bien commun. Dans un contexte de limitation et d'arrêt de traitement, la procédure collégiale serait-elle une forme de « contrat social » ? Un dispositif où l'intérêt général primerait sur l'intérêt individuel, légitimé par une décision consensuelle.

Décision et consensus

Quand la décision concerne la personne qui ne peut plus s'exprimer, penser que la « bonne décision » émergera d'un consensus pluridisciplinaire est devenu commun. Ceci sous entendrait-il qu'une décision prise sans consensus ne serait pas « bonne » ?

D'après le Trésor de la langue française, le consensus est « *un accord* ». Plus précisément, « *un accord de plusieurs personnes, de plusieurs textes dans un domaine déterminé* » (7). Une remarque est faite par ce même dictionnaire qui spécifie que dans l'usage récent le consensus désigne « *une opinion ou sentiment d'une forte majorité* » (7). D'un côté le consensus est un accord unanime et d'un autre une majorité. Cela signifie-t-il que

la décision aboutit d'une majorité ou d'une unanimité ? Or une décision issue d'une volonté unanime diffère d'une décision issue d'une volonté générale.

L'un part du principe que le consensus est un accord unanime. L'unanimité désigne « *qui expriment le même avis, qui sont en accord complet », « qui est le fait de tous les participants* » (7). L'unanimité se veut l'objet du consensus, en désignant cet accord parfait entre toutes les personnes. Lors d'une obstination déraisonnable, la décision d'arrêt ou limitation des traitements peut-elle être pise en l'absence d'unanimité ? En quoi l'unanimité prétendrait-elle posséder la « bonne décision » ? Quelles preuves détient l'unanimité quant à la valeur de cette finalité ?

Penser ou s'imaginer, l'unanimité comme un moyen décisionnel est une chose. Mais prétendre le consensus, dans le sens accord complet, comme un résultat en est une autre. Cela renvoie à la remarque faite par le Trésor de la Langue Française où le consensus désigne « *une opinion ou sentiment d'une forte majorité* » (7).

Le consensus ne se réduirait donc pas à l'unanimité, ou plutôt à sa recherche, car il n'est pas nécessairement l'avis de tous mais bien l'avis du plus grand nombre ou « *d'une forte majorité* ». Le Trésor de la Langue Française définit la majorité par « *un vote où le plus grand nombre l'emporte* » ou « *qui réunit un nombre de voix supérieur à celui des autres concurrents mais inférieur à la majorité absolue* » (7). Cette notion de nombre est omniprésente et signifie qu'il y a eu un compte des voix de chacune des personnes présentes. Mais comment ce compte a-t-il été réalisé ? Par un vote ?

Partant de ce principe, dans un contexte de limitation ou d'arrêt de traitement, l'arbitrage à mains levées ou le vote à bulletin secret peuvent-ils répondre aux attentes de cette « décision collégiale » ? Le résultat de ce suffrage révèle-t-il une majorité absolue ou relative ?

En l'absence d'unanimité, la majorité semble être une alternative. Selon ce dictionnaire, la majorité peut désigner « *le fait qui permet à la majorité d'imposer ses vues à la minorité* », « *qui possède le plus grand nombre, le plus fort, le plus fréquent* », « *dans lequel la majorité (absolue ou relative) l'emporte et est seule représentée sans tenir compte des suffrages de la minorité* » (7).

« Imposer », « le plus fort » ou même « *l'emporte »,* autant de mots qui forment un champ lexical du pouvoir. La majorité apparaît comme une sorte de pouvoir par le nombre et pourrait valider l'expression « l'union fait la force ». Ceci met en lumière une difficulté tant la représentation majoritaire, censée dire le vrai, n'est pas une garantie de la vérité. Cela sous-entend que la majorité des individus peut se tromper mais s'impose sous prétexte d'une supériorité numérique.

Mais même si la majorité peut se tromper, cela ne prouve en rien que la minorité ne se trompe pas elle aussi, ce qui justifierait la rationalité de choisir le plus grand nombre, pour le bien de ces derniers, au détriment des autres… Mais qu'en est-il lorsque la majorité désigne cette « *majorité qui réunit au minimum la moitié des voix plus une* » (7), c'est à dire que l'écart

entre cette minorité et cette majorité est moindre ? Si la majorité fait office de vérité, qu'en est-il de la minorité restante ?

La majorité peut prétendre un bien en soi avec une volonté de satisfaire le plus grand nombre. Ceci sous entend soit d'arriver à un moindre mal si les deux parties ont trouvé un terrain d'entente, soit la majorité s'impose malgré un désaccord persistant. Satisfaire l'intérêt général semble primer sur l'intérêt individuel, notamment lorsque la majorité est presque absolue. Le consensus, au sens de majorité, semble donc résulter que d'une bataille entre des personnes voulant imposer leur vision des choses.

Cette bataille n'est en rien un échange de point de vu mais relève d'un affrontement où la majorité l'emportera. *Décider* se rapproche alors étrangement de *Décimer* (44).

Ironiquement, aucun rapport n'a d'ailleurs été réalisé à la mission parlementaire concernant des difficultés liées à d'éventuels désaccords persistants entre les membres de l'équipe soignante, lors de décision de limitation et d'arrêt de traitement issue d'une collégialité (38). Est-ce pour autant qu'ils n'existent pas ? Ou est-ce qu'ils ont été *décimés ?*

D'après le rapport d'information, fait au nom de la mission d'évaluation de la loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, l'enquête LATAREAPED, menée dans des services de réanimation pédiatrique, fait part d'un taux d'absence de consensus de l'ordre de 3,5 % (28).

Dans cette optique, l'Homme apparaît comme son propre ennemi, *Homo homini lupus est,* locution latine signifiant « l'Homme est un loup pour l'Homme ». Ces propos tiennent sources du Léviathan de Hobbes qui explique que la délibération est « *le fait de mettre fin à la liberté que nous avions d'accomplir ou d'omettre conformément à notre appétit ou à notre aversion* » (51).

La délibération apparaît comme une restriction de liberté liée aux pouvoirs des individus au sein d'un groupe. Si la loi dispose que la décision est issue d'une collégialiaté (6) à savoir « *un système de gouvernement d'un État, de direction d'une société de caractère économique ou d'une administration, où les décisions émanent d'un organe collectif dont les membres ont des pouvoirs égaux* » (7), la délibération, quant à elle, flirte vers une démocratie de conquête ou même une monarchie…

La délibération collégiale ne serait-elle pas une parodie de démocratie, œuvrant l'égalité des pouvoirs des individus dans un groupe reposant inévitablement sur un rapport de force plus ou moins dissimulé ? Comme si la procédure collégiale n'avait pas pour d'autres objectifs que d'assurer l'égalité des pouvoirs entre ceux qui siègent…

La collégialité une parodie de démocratie ?

Lors d'une procédure collégiale, la volonté de la décision l'emporte par la confrontation des pensées individuelles. Mais cette volonté est « *moins un choix qu'une élection* » (44).

Tandis que le choix est arbitraire et ne relève pas de raison particulière de la part de l'individu. L'élection, au sens latin de Thomas d'Aquin dans sa Somme théologique (52), nécessite une raison justificative.

Cléro explique que le choix permet de retenir une solution parmi d'autres dont les valeurs ont été jugées moindres. Le choix est discriminant et choisit une unique solution alors qu'une autre aurait pu convenir. À l'inverse, l'élection ou *electio* « *consiste dans la praecceptatio d'une chose sur l'autre* » (35).

Thomas d'Aquin désigne l'élection comme étant une préférence. L'élection est une comparaison des différentes options dont une sera préférée et élues à d'autres (35). Il semble que la décision médicale est devenue plus proche d'une élection que d'un choix ou en tout cas que le choix se base que sur ce qui a été élu…(35).

Le paradoxe de Condorcet est une preuve quant aux limites liées aux associations des préférences individuelles (53). Le paradoxe du vote vient du fait que des préférences individuelles cohérentes peuvent déboucher sur une préférence collective qui ne l'est pas, lorsque que le vote à la majorité simple est utilisé.

Dans ce débat démocratique, où la dépendance des uns fait la force des autres, l'enjeu va être d'élire ensemble une option, de construire une décision. Il naît une véritable dynamique de groupe à travers ces liens de dépendance entre les individus.

Cette construction d'une décision collective est issue d'une participation plus ou moins active des personnes. Une participation même passive est effective. Certains manifesteront plus ou moins un leadership et se positionneront plus ou moins fermement pour aboutir à leurs fins. D'autres vont négocier, voir manipuler habilement et convaincre discrètement. Tandis que d'autres resterons silencieux et consentiront consciemment et/ou inconsciemment.

Entre domination et soumission, les jeux de pouvoir sont omniprésents. Les intentions démocratiques, en faisant participer les individus au sein de cette collégialité, sont confrontées à la réalité des relations humaines. Comme le disait Schnapper « en qui peut-on avoir confiance ? » (54).

Dans la Théorie du contrat social de Rousseau, voir même de Hobbes, chacun peut se soumettre volontairement non pas au pouvoir d'une personne mais bien à l'autorité d'une personne. La distinction entre autorité et pouvoir s'identifie à sa légitimité.

Le groupe de la procédure collégiale se constituerait via un engagement mutuel des personnes qui ont consenti à en devenir membre. Ce faisant, chacun se soumet à l'autorité d'un individu mais cette restriction n'est pas sans finalité et souhaite aboutir à une décision. La finalité est donc l'union et la soumission consentie, incluse dans le contrat, est le moyen d'atteindre cette union (55). Cette forme d'obéissance et de respect aux règles internes représente un compromis d'une certaine manière. Mais ce compromis n'existe que si les participants à cette collégialité ont une compréhension claire de ces règles internes et ont eu toutes les informations appropriées pour faire un choix de manière « éclairé ».

Alexis de Tocqueville dans son ouvrage de la démocratie en Amérique disait qu'« *il y en a qui l'ont découverte toute formulée dans le silence des peuples et qui ont pensé que du fait de l'obéissance, naissait le droit du commandement* » (56). Ceci démontre l'importance du sens mis à la souveraineté et à la signification de ce « compromis ».

Selon Pacific dans sa thèse Ethique du Dissensus : la complétude du deux au service du soin, ce compromis est une forme d'obéissance qui apparaît comme une soumission consentie et un mécanisme passif de réflexion morale.

À contrario, Freund explique que le compromis n'est pas « *une faiblesse morale de la volonté ou bien une manifestation de l'opportunisme ou encore de la demi-mesure* » (57). Selon ce même auteur, le compromis « *exige au contraire une forte volonté et même du courage pour dominer les passions […] et pour trouver la sérénité nécessaire à la discussion positive du litige qui oppose les acteurs* » (57).

Choisir d'obéir revient à se soumettre « librement » d'une certaine manière. Mais l'individu qui ne choisit pas la désobéissance revient à choisir librement sa soumission qui ne l'exonère pas de sa responsabilité (58). En effet, les personnes peuvent considérer le système comme étant autoritaire et contraignant mais cela sous-entend qu'elles acceptent l'idée de l'existence d'un pouvoir absolu. Or les personnes ne peuvent pas accepter cette idée qui serait le reflet de leur propre impuissance face aux choses qu'elles ont « acceptées ».

Par conséquent, en acceptant cela, elle se conforme au phénomène. L'expérience de Milgram est un exemple des conséquences possibles liées au paroxysme de cette soumission

à l'autorité. Mais cette soumission consentie fait figure de libre arbitre auprès des personnes alors qu'elles sont réduites à de simples instruments au travers desquels l'autorité réalise ses projets.

De plus, ce conformisme n'est pas nécessairement perçu par l'individu qui n'a pas l'impression d'être contraint. Ce dernier peut même penser qu'il a « respecté » l'autorité hiérarchique. Cette forme de liberté n'est qu'une impression, un voile faisant miroiter un semblant de liberté.

Lors d'une procédure collégiale, Cléro explique que « *si libre qu'apparaisse le débat de la délibération par rapport à l'acte de décider, il est fondamentalement orienté vers la décision et il participe déjà à sa restriction de liberté pour un certain nombre de gens, qui peut comprendre ceux qui délibèrent mais qui ne participeront pas pour autant à la décision finale* » (44).

Mais comment se déroule une procédure collégiale ? Qui anime ce groupe ? Qui peut l'animer ou du moins y prétendre ? Qu'est-il dit et par qui ? Lors d'une délibération collégiale dans un contexte de limitation et d'arrêt de traitement, quelle est la question posée au groupe ? Qui la pose ou peut la poser ? Qui doit la poser ?

Comme vu précédemment, la question posée lors de la délibération pourrait être : faut-il arrêter ou limiter les traitements ? Alors que la question pourrait être tout autre et être : s'agit-il d'une obstination déraisonnable ? (4). La difficulté est de savoir poser correctement la question du choix de la décision à faire. Devant des décisions à prendre, les personnes introduisent, dans la position même de cette question, des éléments de délibération et

oriente la décision finale. La délibération va filtrer un résultat selon la chronologie des informations données qui vont le modifier. La chronologie des informations transmises joue un rôle prépondérant à l'orientation de la décision finale.

Finalement la procédure collégiale a-t-elle un intérêt ? Pour qui ? Les contraintes liées à la prise de décision collectives sont connues et c'est pour cela que la loi dispose « *de l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant. Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant. L'avis motivé d'un deuxième consultant est recueilli par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile* » (4).

Ce médecin appelé en tant que consultant est le dispositif qui se veut garant de l'impartialité afin d'éviter les éventuels conflits d'intérêts. Pour autant, ce dispositif est-il infaillible ? Qui est appelé en qualité de consultant lors d'une procédure collégiale ?

Finalement, la démocratie politique comme étant un espace de délibération pourrait être le moyen de donner du sens à une décision ou de la légitimer mais n'élimine pas le risque de prendre de mauvaises décisions.

D'après le Rapport de l'Assemblée Nationale de la Loi du 22 avril 2005, « *une décision raisonnable se dégage plus probablement d'une discussion que d'un monologue lorsque ses motivations débordent le seul champ du savoir technique, la procédure collégiale suivie par l'équipe médicale consiste, comme l'a caractérisée le Docteur Édouard Ferrand, en un « partage de l'incertitude »* »(38).

La décision collégiale, un moindre mal ?

La collégialité ne garantit en rien que la décision prise sera la meilleure mais prétend assurer la moins mauvaise notamment dans un contexte où règne l'incertitude. Pourtant Mollo et Sauvagnac, dans La décision médicale collective (59), démontre que le collectif est source d'erreur lorsque les informations sont partagées de manière approximative ou ne le sont pas du tout.

Si la procédure collégiale vise un moindre mal, ce moindre mal n'est-il pas le « *masque du mal* » (60) au nom du bien comme l'illustre Pacific ? Ne s'exerce-t-il pas « *une autorité à la fois institutionnelle et énonciative, c'est à dire d'un pouvoir qui se voudrait le gardien et le porte-parole légitime des valeurs de notre société* » (61) ?

Dans son ouvrage Consensus, dissensus : principe du conflit nécessaire, il explique que lorsqu'on « *choisit ce moindre mal parce qu'il nous est le moins douloureux, il faut toujours avoir à l'esprit qu'il est quand même douloureux et que jamais un bien ne peut, ni ne doit pouvoir, se définir par une douleur* » (62).

Ce faisant, « *le moindre mal fait figure de bien mais reste un mal en soi. L'objectif organisationnel du moindre mal est un objectif qui cantonne la pensée dans l'acceptation du mal comme une nouvelle normalité d'emblée. Nous avons tendance à nous accoutumer à la médiocrité et de ce fait à nous construire ainsi une nouvelle normalité. Pourquoi ne pas tenter d'emblée un meilleur possible ?* » (60). Pour autant, en quoi viser l'excellence serait-elle une démarche pertinente alors que tout incite à la médiocrité ?

Les propos de Pacific démontrent que la société a besoin d'inventer de nouvelles normes pour pouvoir rendre acceptable quelque chose qui ne le serait pas sans elles. C'est ce qui apparaît dans ce consensus et dans l'acceptation sociétale du plus grand bien pour le plus grand nombre. Mais même si la finalité de l'action vise le plus grand bien, il persiste un risque de ne pas atteindre cette finalité voulue. Ceci sous-entend que l'intention humaine de départ ne garantit pas la réussite de l'action.

L'intention désigne la « *disposition d'esprit, mouvement intérieur par lequel une personne se propose, plus ou moins consciemment et plus ou moins fermement, d'atteindre ou d'essayer d'atteindre un but déterminé, indépendamment de sa réalisation, qui peut être incertaine, ou des conditions qui peuvent ne pas être précisées* » (7).

Cette définition vient confirmer l'idée que l'intention n'est pas seulement liée à une volonté d'action mais à des processus d'influence liés à l'environnement, ici le groupe. L'intention se crée, évolue et peut donc être modifiée. Morin nomme ce principe Écologie de l'action dans la pensée complexe.

L'écologie de l'action désigne « *que toute action quelque soit sa nature, échappe de plus en plus à la volonté de son auteur à mesure qu'elle entre dans le jeu des inter-rétro-actions du milieu où elle intervient. Les effets de l'action dépendent non seulement des intentions de l'acteur, mais aussi des conditions propres au milieu où elle se déroule. Ainsi l'action risque non seulement l'échec, mais aussi le détournement ou la perversion de son sens* » (63).

Si l'intention ne suffit pas à la réussite de l'action, il ne s'agit pas de compter sur un souhait ou un espoir. À défaut, le souhait et l'espoir séparent le sujet de l'action par l'intervention d'un tiers réel ou divin. Le sujet n'est donc plus le seul à intervenir dans l'action. Au contraire, l'intention relie directement le sujet à l'action (58). Comme l'explique Anscombe, « *nous ne sommes pas surpris d'avoir réalisé ce que nous avions l'intention de réaliser* » (64).

L'intention de la décision se détermine en termes de volonté d'action ou de conscience, elle définit par contre coup la responsabilité de son auteur. Mais lorsque l'intention et la volonté de l'action nait d'un groupe, comment envisager cette responsabilité ? La responsabilité peut-elle être partagée ?

Cette responsabilité deviendrait une co-responsabilité où la responsabilité serait commune à plusieurs personnes qui participent à la décision. Elle perdrait sa concentration individuelle en étant diluée dans la pluralité. Mais cette dilution n'entrainerait-elle pas l'individu à ne plus se sentir concerné ou du moins à ne pas s'impliquer autant que si la responsabilité était individuelle ? Autrement dit, les acteurs de la décision se sentiraient-ils moins responsables en raison de la présence d'un groupe.

Selon Ricoeur, la responsabilité consiste à *répondre* de ses actes, *devant* un tiers ou une instance, au *nom* d'un ordre ou de valeurs, supposées comme étant partagées. Mais si ces valeurs ne sont pas partagées, au *nom* de quoi et à qui les personnes répondront-elles de leurs actes ? (47)

Vers une éthique de la décision

Le respect de la collégialité de la prise de décision de fin de vie, peut permettre de « *répondre aux craintes les plus intimes des patients comme la peur de mourir dans la souffrance, la peur d'être victime d'une obstination déraisonnable ou au contraire d'une décision de fin de vie arbitraire* » (65).

Si une procédure collégiale est mise en œuvre pour camoufler une prise de décision nécessairement arbitraire, ceci renvoie l'idée que « *la gravité d'un acte est amoindrie par le fait qu'elle n'émane pas d'un individu mais d'un groupe* » (58).

En limitant la considération des conséquences éventuelles, les personnes ne résolvent pas le problème mais le supposent résolu. C'est peut être ces règles ou ces procédures qui empêchent de résoudre ce qui est perçu comme problématique.

Le groupe ou la collégialité apparaîtrait comme une entité qui permettrait de prendre la décision sans engager la responsabilité des individus d'une certaine manière. Elle serait ce tiers nécessaire et légitime. En effet, si le respect de la procédure ne garantit pas la valeur de la décision son non respect peut l'invalider. Pour autant la loi ne prévoit pas de sanction si toutefois cette procédure n'était pas respectée.

Le groupe deviendrait donc un individu sans responsabilité, légitimé par ses membres. Il n'est plus l'ensemble de ses membres mais bien une entité à part entière. Selon Leyens, « *le groupe s'est littéralement réduit à une catégorie sociale qui détient son existence de la*

perception que l'on en a. […] Il n'est donc plus question de scruter la cohésion ou les réseaux de communication de tels groupes puisqu'on s'adresse uniquement à quelqu'un qui a en tête l'existence de ces groupes, à un percevant comme on dit dans le jargon, et à un seul à la fois » (46).

Si la collégialité semblait avoir pour finalité initiale de protéger la personne d'une décision déraisonnable, elle semble utilisée aujourd'hui à protéger les soignants de cette décision, peut être même au détriment de la personne soignée. Mais la délibération collégiale n'est en pas une prise de décision mais un processus qui permet à celui qui doit décider de pouvoir le faire en bénéficiant d'éclairages pluriels et en mesurant les différents éléments subjectifs mobilisés.

Elle délibère sur une question : « est-ce raisonnable ou non ? ». Décider d'agir, ou de ne pas agir, ne peut être qu'un acte individuel et singulier, qui revient au médecin à charge du patient. Mais pour ce faire, il doit s'éclairer par la délibération collégiale pour ne pas être dans sa seule subjectivité et diminuer l'arbitraire.

De Montherlant, dans son ouvrage Les jeunes filles tome IV intitulé Les Lépreuses, explique qu'« *à force d'ennuyer un homme, de le bourrer de soucis, de responsabilités, d'obligations, de scrupules, de décisions à prendre, de retours sur lui-même, on peut arriver à l'ahurir et à le ronger tellement, qu'il n'oppose plus de résistance à une volonté, même quand il la connaît mauvaise...* » (66).

Les personnes semblent se rassurer derrière le groupe concernant une décision plutôt que de mettre du sens à ce pour qui ils ont été réunis, à savoir la personne soignée. Cette

vision des choses se base sur cette nécessité qu'ont les personnes à rechercher la bonne solution, la bonne décision ou ce *télos* (10), comme si le problème était cette décision. Le problème provient de l'impossibilité d'admettre que « *personne, du point de vue de la morale ne peut-être habilité à décréter ce qu'est la vrai vie ou la bonne vie humaine et encore moins à chercher à l'imposer* » (67).

La vraie vie, la bonne vie, le raisonnable… sont des « principes occultes », comme le dirait Morin.

Dans la Pensée complexe, Morin explique l'intérêt de faire « *attention aux paradigmes qui sont des principes occultes, souterrains, qui commandent les discours sans que nous en prenions toujours pleinement conscience. Les paradigmes s'imposent avec une telle évidence que, même quand nous les connaissons, nous ne sentons pas le besoin de les remettre en question. Tout repose sur les paradigmes et ce sont eux d'abord qui doivent être réfléchis. La présence de paradigmes non révélés fait avorter bien des discussions. Il en faut être méfiant envers eux en même temps qu'il faut savoir s'en servir* » (63).

Si la décision, qui par ses implications, a une valeur éthique, la discussion autour de cette décision doit également l'être. Face à cette problématique Habermas, dans son éthique de la discussion (68), semble apporter un éclairage. L'éthique de la discussion analyse les normes qui sont inévitablement présentes au sein de la société. Elle relève de la distinction entre existence des normes et leur justification.

L'existence d'une norme nécessite une reconnaissance sociale qui appelle à la justification quant à son acceptation. L'éthique de la discussion est une tentative de justification de ces normes (68). Elle procure un critère de validité de ces normes et permet d'avoir un regard critique sur l'ici et maintenant. L'éthique de la discussion semble donc pouvoir répondre à une exigence sociale par un principe d' « universalisation »(68). Ce principe d'universalisation peut se définir comme « *toute norme valable doit satisfaire la condition selon laquelle les conséquences et les effets secondaires qui proviennent du fait que la norme a été universellement observée dans l'intention de satisfaire les intérêts de tout un chacun peuvent être acceptés par toutes les personnes concernées* » (69).

Ce principe, au delà d'une moralité commune, évalue *les conséquences* de l'action à posteriori permettant une analyse critique dans un contexte.

Cependant pour prétendre à l'universalité, Habermas explique que ce principe se fonde par une « discussion », c'est à dire qu' « *une norme ne peut prétendre à la validité que si toutes les personnes qui peuvent être concernées sont d'accord en tant que participants à une discussion pratique sur la validité de cette norme* » (69).

Autrement dit, le principe d'universalisation ne peut pas se faire seul mais bien avec les personnes qui fondent la discussion et par contre coup les normes. La fondation des normes par la discussion n'a pas pour ambition de répondre à la « *question existentielle de savoir ce que cela veut dire que d'être moral* » mais bien de répondre à la « *question épistémique de savoir comment les jugements moraux sont possibles ?* » (68).

La théorie d'Habermas propose une manière dont peut se dérouler la procédure collégiale lors de la prise de décision d'une limitation ou d'un arrêt de traitement. « *Au lieu d'imposer à tous les autres une maxime dont je veux qu'elle soit une loi universelle, je dois soumettre ma maxime à tous les autres afin d'examiner par la discussion sa prétention à l'universalité* » (65).

Mais en quoi décider d'une limitation ou d'un arrêt de traitement protège-t-elle la personne d'une obstination déraisonnable étant donné que personne n'est en capacité de juger de ce qu'est le raisonnable ?

Puisque que limiter ou arrêter les traitements part du principe que cela permettait de protéger les personnes d'une obstination déraisonnable, la question concernant sa pertinence ne se pose plus.

Mais la question ne se situe peut-être pas sur le fait de savoir si cette décision est pertinente. En résumé, faut-il se demander si la décision est pertinente ? Ou faut-il s'interroger sur la pertinence du moyen mis en œuvre pour décider ? La question du fond et de la forme se retrouve tiraillé… Pourtant vouloir absolument connaître cette volonté qui ne peut être exprimée et qui est inaccessible n'est pas ce vers quoi le soin peut tendre.

Ce questionnement met un voile ce sur <u>QUOI</u> les soignants s'interrogent réellement ou plutôt ce sur <u>QUI</u> ils s'interrogent, à savoir la personne soignée. Ce qui se joue lors de la collégialité ne serait-ce pas la question du sens du soin auprès de cette personne qui est hors d'état d'exprimer sa volonté ? Lorsqu'une solution partagée est trop difficile à construire, mobiliser un dispositif comme une procédure collégiale permettrait-il d'apprécier le sens du

soin auprès de cette personne ? Ne serait-ce pas ici tout l'enjeu éthique d'une procédure collégiale ? C'est à dire repenser la collégialité au travers le soin qui est en souffrance dans les situations, où les soignants peuvent se poser la question de la « juste mesure ».

Finalement, penser la collégialité pour panser le soin.

Problématique

En quoi une procédure collégiale s'inscrit-elle dans une démarche de soin auprès d'une personne hors d'état d'exprimer sa volonté ?

Hypothèses

Hypothèse principale :

Une procédure collégiale s'inscrit dans une démarche de soin auprès d'une personne hors d'état d'exprimer sa volonté.

Hypothèses secondaires :

1. La collégialité permet d'appréhender ce qui est perçu ou interprété comme déraisonnable pour la personne hors d'état d'exprimer sa volonté.

2. La collégialité est un outil de délibération qui permet d'étoffer les arguments les plus objectifs possibles en discernant la participation de subjectivités, permettant à la personne responsable de pouvoir motiver sa décision.

3. La collégialité n'est pas un outil qui déresponsabilise la personne devant prendre la décision.

4. La collégialité facilite la construction d'une stratégie thérapeutique et de soins au plus près du projet de vie de la personne hors d'état d'exprimer sa volonté telle qu'elle a pu, à un moment de sa vie, en dévoiler tout ou partie.

Méthodologie envisagée

Dans le cadre de cette recherche, mon choix méthodologie se porte sur une approche qualitative car elle a pour but la compréhension d'un phénomène humain.

Cela commencera premièrement par une recherche bibliographique approfondie de mon objet de recherche, puis par une exploration de terrain. L'approche qualitative est construite sur un nombre limité de cas permettant une étude approfondie de l'objet de recherche par l'intermédiaire d'entretiens exploratoires. Analyser l'expertise des différentes personnes interrogées permet de confronter la théorie à la pratique.

Outils

Je souhaite utiliser l'entretien semi-directif comme outil de recherche en association avec une grille d'entretien, ciblant des questions principales sur l'objet de recherche mais également des questions de relance afin de faciliter la compréhension des questions. Ce guide d'entretien sera préalablement établie et testée pour en mesurer sa pertinence.

L'intérêt de cette méthode réside dans le fait qu'elle permet une certaine liberté d'expression tout en suivant un cadre. De plus, elle permet de mettre en lumière des aspects auxquels je n'aurai pas pensé spontanément et donc de trouver des pistes exploratoires complémentaires.

Aussi, après avoir obtenu le consentement de la personne interrogée, ces entretiens seront enregistrés, si possible, par le biais d'un dictaphone, afin de permettre d'avoir toutes les informations verbales de la personne interrogée. Cet outil permet de réaliser une retranscription écrite précise des différents entretiens afin de les analyser individuellement puis de faire une analyse croisée de ces derniers. L'analyse de ces entretiens va permettre l'émergence de thématique. Pour réaliser l'analyse croisée de manière optimale des différents entretiens, j'utiliserai le logiciel NVivo, qui facilite l'organisation et la gestion de l'analyse thématique des données. La saturation des données ou thèmes déterminera l'échantillonnage de ma population étudiée.

De plus, je souhaite également utiliser l'observation participante comme outil de recherche. C'est à dire que je souhaite participer à des procédures collégiales lorsque la question de la limitation et/ou des arrêts de traitements se pose. Ceci me laissera la possibilité d'observer les activités, les pratiques et les discours des personnes qui participent à ces réunions. Je resterai cependant extérieur à la procédure collégiale en ne participant pas mais en étant observateur.

Lieux de l'enquête

L'enquête se déroulera dans des services qui sont régulièrement confrontés au limitation et/ou d'un arrêt de traitement : réanimation, oncologie, neurologie dans la région Île de France. Ceci a pour but de comparer les données recueillies et de mesurer l'influence d'une culture de service sur les pratiques.

Populations étudiées et échantillonnages

J'ai choisi d'interroger différents professionnels de santé, ayant déjà participé ou non à une procédure collégiale pour une limitation ou un arrêt des traitements auprès d'une personne ne pouvant s'exprimer. Les personnes interrogées seront : médecins, cadre de santé, infirmiers, aides soignants, psychologue. (L'échantillon reste à préciser selon la disponibilité et la faisabilité tout en étant représentatif, c'est à dire jusqu'à saturation des données). L'enquête a pour but d'interroger ces professionnels dans les services ou éventuellement dans un autre lieux selon leur disponibilité.

Déroulement de l'enquête

Je souhaiterai soumettre mon projet de recherche à un comité d'éthique afin de m'assurer du respect des règles régissant la recherche. De plus, je me renseignerai auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) concernant l'utilisation et la protection des données issues de cette recherche qui faudra anonymiser.

Avant le déroulement de l'enquête, j'enverrai un mail à chaque Directeur d'établissement, aux Directeurs des soins ainsi qu'aux responsables des différentes unités afin de pouvoir obtenir leurs autorisations concernant la réalisation de l'enquête. Le mail renseignera la thématique de la recherche, son objectif, la méthodologie et les professionnels de santé interrogés.

Après avoir reçu l'autorisation écrite de ces derniers, je contacterai les Cadres de santé des unités concernées afin de donner les informations citées précédemment et de programmer les rendez-vous pour réaliser les entretiens.

BIBLIOGRAPHIE

1. LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. 2005-370 22 avr 2005.
2. [En ligne]. Article 37-2 - Limitation ou arrêt de traitement | Conseil National de l'Ordre des Médecins; [cité le 16 nov 2017]. Disponible: https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1813
3. Décret n° 2017-499 du 6 avril 2017 portant application de la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie dans le territoire des îles Wallis-et-Futuna et modifiant les décrets n° 2016-1066 et n° 2016-1067 du 3 août 2016. 2017-499 6 avr 2017.
4. Serresse L, Mamzer-Bruneel M-F, Richard J-F, Lesieur O, Viallard M-L. Collegial decision-making in palliative care units. Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique [En ligne]. 1 oct 2013 [cité le 16 nov 2017];12(5):227- 33. Disponible: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1636652213000792
5. Jacquemin D, Jaud C, Mallet D, Richard J-F, Choteau B, Routier C. Soins palliatifs et éthique: Entre conformité et créativité : application de la loi Leonetti en unité de soins palliatifs. Compliance Creat Implement Patients' Right End--Life Fr Law Palliat Care Units Engl. 1 déc 2013;12:313- 21.
6. Code de la santé publique - Article R4127-37-2. Code de la santé publique.
7. Imbs P, Quemada B, Institut national de la langue française, rédacteurs. Trésor de la langue française: dictionnaire de la langue du XIXe et du XXe siècle (1789-1960). Paris, France : Éditions du Centre national de la recherche scientifique : Gallimard; 1971.
8. Le Coz P, Sicard D. Petit traité de la décision médicale: un nouveau cheminement au service des patients. Paris, France : Éditions du Seuil; 2007. 195 p.
9. Berthoz A. La décision. Paris : Odile Jacob; 2013.
10. Aristote, Bodéüs R. Éthique à Nicomaque. Paris : Flammarion; 2005. 560 p. (GF - Flammarion texte ingégral).
11. M. Grassin, F. Pochard. Prise de décision : responsabilité et collégialité. 2000; Disponible:

http://www.ethique.inserm.fr

12. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie - Article 1.

13. Code de la santé publique - Article L1110-5 [En ligne]. Code de la santé publique. Disponible: https://www.legifrance.gouv.fr

14. Alain CLAEYS S-C de M. Les dix ans de la loi Leonetti : doit-on légiférer sur la fin de vie ? LEH Édition. [En ligne]. Bordeaux; 2017 [cité le 19 oct 2017]. Disponible: https://www-bnds-fr.frodon.univ-paris5.fr/collection/actes-et-seminaires/les-dix-ans-de-la-loi-leonetti-doit-on-legiferer-sur-la-fin-de-vie-9782848746944.html

15. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé - Article 3.

16. Morel V, Carbonnier L, Derniaux A, Favre N, Florit M, Hervieux É, et al. Soins palliatifs et Éthique: Réflexions sur la prise de décision dans des situations complexes : contribution de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs à la réflexion collective. Reflect Decis-Mak Complex Situat Fr Soc Palliat Care Supports Contrib Collect Reflect Engl. 1 déc 2014;13:307- 11.

17. Foucault M. L'ordre du discours: leçon inaugurale au Collège de France prononcée le 2 décembre 1970. Paris, France : Gallimard; 1971. 81 p.

18. Code de la santé publique - Article R4127-5. Code de la santé publique.

19. Code de la santé publique - Article R4127-8. Code de la santé publique.

20. Gay B, Beaulieu M-D. La médecine basée sur les données probantes ou médecine fondée sur des niveaux de preuve : de la pratique à l'enseignement. Pédagogie Médicale [En ligne]. août 2004 [cité le 13 févr 2018];5(3):171- 83. Disponible: http://www.pedagogie-medicale.org/10.1051/pmed:2004025

21. David L. Sackett, William M. C. Rosenberg, J. A. Muir Gray, R. Brian Haynes, W. Scott Richardson. Evidence Based Medicine: What It Is And What It Isn't: It's About Integrating Individual Clinical Expertise And The Best External Evidence. BMJ. 1996;(7023):71.

22. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. Edinburgh, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord : Churchill Livingstone; 2000. xiv+261 p.

23. Tibbles A. Developing Clinical Problem-Solving Skills: A Guide to More Effective Diagnosis and Treatment. J Can Chiropr Assoc [En ligne]. sept 1992 [cité le 14 févr 2018];36(3):173.

Disponible: http://frodon.univ-paris5.fr/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=6228794&lang=fr&site=eds-live&scope=site

24. Kant I, Ferry L, Rousset B. Critique de la raison pure. Paris, France : Garnier-Flammarion; 1987. 725 p.

25. Cousin V. Histoire generale de la philosophie ed 1863. Hachette Livre; 2012.

26. Fortin S, Le Gall J, Dorval G. Prolonger la vie ou envisager la mort ? Quelques enjeux de la prise de décision lors de maladies graves. Anthropol Santé Rev Int Francoph Anthropol Santé [En ligne]. 30 mai 2016 [cité le 18 oct 2017];(12). Disponible: http://anthropologiesante.revues.org/2081

27. Cour de Cassation, Chambre civile 2, du 16 mars 1966, Publié au bulletin [En ligne]. [cité le 1 févr 2018]. Disponible: https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000006972231

28. Code civil - Article 1382. Code civil.

29. Code civil - Article 1383. Code civil.

30. Code civil - Article 1384. Code civil.

31. Gallard P-Y. Aspects juridiques de la décision médicale. Laennec [En ligne]. 15 oct 2014 [cité le 31 janv 2018];Tome 62(4):27- 39. Disponible: https://www-cairn-info.frodon.univ-paris5.fr/revue-laennec-2014-4-page-27.htm

32. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

33. [En ligne]. Article 37 -Soulagement des souffrances/Non obstination déraisonnable | Conseil National de l'Ordre des Médecins; [cité le 19 avr 2018]. Disponible: https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-37-soulagement-des-souffrances-limitation-ou-arret-des-traitements-261

34. Aghabarary M, Dehghan Nayeri N. Medical futility and its challenges: a review study. J Med Ethics Hist Med. 2016;9:11.

35. Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F, French LATAREA Group. Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. French LATAREA Group. Lancet Lond Engl. 6 janv 2001;357(9249):9- 14.

36. Code de la santé publique - Article L1111-4. Code de la santé publique.

37. Code de la santé publique - Article L1110-5-1. Code de la santé publique.

38. [En ligne]. N° 1287 tome 1 - Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation de la loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie; [cité le 16 nov 2017]. Disponible: http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1287-t1.asp#P344_44573

39. Le Blanc G. « Le conflit des médecines ». 2002;(284):71- 80. Disponible: https://esprit.presse.fr/article/le-blanc-guillaume/le-conflit-des-medecines-8620

40. Canguilhem G. Le normal et le pathologique. 12e édition. Paris : Puf; 2013. 290 p. (Quadrige).

41. Appelbaum PS, Grisso T. Assessing Patients' Capacities to Consent to Treatment. N Engl J Med [En ligne]. 22 déc 1988 [cité le 25 févr 2018];319(25):1635- 8. Disponible: http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJM198812223192504

42. Fiat É. Les enjeux éthique de la décision. 2002;(15-16-17- 18):39- 41. Disponible: http://www.espace-ethique.org/sites/default/files/Espace%20éthiqueAP-HP_2002_Espace%20éthique%20-%20Lettre%20n°15-16-17-18.pdf

43. Rogers CR. Le développement de la personne. Paris : InterEditions; 2011.

44. Cléro J-P. La décision médicale la fin des décideurs ? Rev Fr Déthique Appliquée [En ligne]. 25 mai 2016 [cité le 31 janv 2018];(1):22- 36. Disponible: https://www-cairn-info.frodon.univ-paris5.fr/revue-francaise-d-ethique-appliquee-2016-1-page-22.htm

45. Canguilhem G, Avron O. La connaissance de la vie. Paris : Librairie philosophique J. Vrin. 2009.; 2009. (Bibliothèque des textes philosophiques).

46. De Visscher P. Dynamique des groupes et éducations alternatives. Une confrontation. Cah Int Psychol Soc [En ligne]. 2010 [cité le 13 mars 2018];Numéro 88(4):683. Disponible: http://www.cairn.info/revue-les-cahiers-internationaux-de-psychologie-sociale-2010-4-page-683.htm

47. Ricœur P. Soi-même comme un autre. Paris : Éditions Points. DL 2015.; 2015. (Points: 330).

48. Jankélévitch V, Worms F. La mort. 2017.

49. Jodelet D, rédacteur. Les représentations sociales. Paris, France : P.U.F; 2014.

50. Durkheim É, Durkheim É , 1858-1917. Le « Contrat social » de Rousseau [Ressource électronique]. Chicoutimi : J.-M. Tremblay. 2002.; (Classiques des sciences sociales).

51. Hobbes T, Mairet G. Léviathan ou matière, forme et puissance de l'Etat chrétien et civil.

Paris : Gallimard; 2000. 1027 p.

52. Thomas Gilby. SOMME THEOLOGIQUE, 1a2ae. 18-21. Les actes humains. Vol. 2. Saint Thomas d'Aquin H. D. Gardeil S. Pinkaers. New Blackfriars. 1966;(559):160.

53. Jean-Marc Boussard. « Du paradoxe de Condorcet à la gestion des commons : Mode de décision et appropriation des rentes ». Rev L'organisation Responsab. 2013;(2):46.

54. Schnapper D. En qui peut-on avoir confiance ? Commentaire [En ligne]. 2010 [cité le 14 janv 2018];Numéro 132(4):977- 84. Disponible: https://www-cairn-info.frodon.univ-paris5.fr/revue-commentaire-2010-4-page-977.htm

55. Derathé R. Jean-Jacques Rousseau et la science politique de son temps. Vrin; 1995. 492 p.

56. Tocqueville A de. De la démocratie en Amérique. Raynaud P, rédacteur. Paris, France : Flammarion; 2010. 302 p.

57. Freund J. Sociologie du conflit. 1re éd. Paris : Presses universitaires de France; 1983. 380 p. (La Politique éclatée).

58. Pacific C. Ethique du dissensus : la completude du deux au service du soin., en ligne]. Université Paris-Est; 2008. Disponible: https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00469414

59. Mollo V, Sauvagnac C. La décision médicale collective: Pour des médecins moins savants et moins autonomes. Paris : Harmattan; 2006.

60. Pacific C. Le soin : recherche de consensus ou principe de conflit nécessaire ? Rech Soins Infirm [En ligne]. 2013 [cité le 20 févr 2018];114(3):14. Disponible: http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2013-3-page-14.htm

61. Leclerc G. Histoire de l'autorité: l'assignation des énoncés culturels et la généalogie de la croyance. 1re éd. Paris : Presses universitaires de France; 1996. 432 p. (Sociologie d'aujourd'hui).

62. Pacific C. Consensus, dissensus: principe du conflit nécessaire. Paris : L'Harmattan; 2011. 204 p. (Ouverture philosophique).

63. Fortin R, Morin E. Comprendre la complexité [Texte imprimé] : introduction à la Méthode d'Edgar Morin. Saint-Foy (Québec) : les Presses de l'Université Laval.; Paris : L'Harmattan. 2000.; 2000. (Logiques sociales).

64. Anscombe GEM, Descombes V. L'intention. Paris, France; 2002. 158 p.

65. Quenot J-P. La collégialité en fin de vie en réanimation: pertinence et retombées de la loi du 22 avril 2005 [Thèse de doctorat]. France : Université Paris Descartes; 2010.

66. Montherlant H de. Les jeunes filles. 4: Les lépreuses. c 1939, renouvelé en 1966. Paris : Gallimard; 1983. 251 p. (Collection folio).

67. Haber S. Critique de l'antinaturalisme: études sur Foucault, Butler, Habermas. Paris : Presses universitaires de France; 2006. 263 p. (Pratiques théoriques).

68. Jaffro L. Habermas et le sujet de la discussion. Cités [En ligne]. 2001 [cité le 27 févr 2018];(5):71- 85. Disponible: https://www.cairn.info/revue-cites-2001-1-page-71.htm

69. Habermas J. Morale et communication: conscience morale et activité communicationnelle. Paris, France : Cerf, 1986; 1986. 212 p.