



La concertation, l'information et l'usage des connaissances

Emmanuel Picavet

► To cite this version:

Emmanuel Picavet. La concertation, l'information et l'usage des connaissances. *Ethica Clinica*, 2022, Dossier "La concertation à l'épreuve de la réalité", 106. <hal-03902752>

HAL Id: hal-03902752

<https://hal.science/hal-03902752v1>

Submitted on 5 Jan 2023

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.



HAL Authorization

La concertation, l'information et l'usage des connaissances ¹

par Emmanuel Picavet

(université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, UFR 10 (Philosophie)

et Institut des Sciences Juridique et Philosophique de la Sorbonne, UMR 8103).

1. Introduction

Le « colloque » du patient et des soignants (pour utiliser une expression consacrée) concerne l'information, mais aussi le traitement qu'on lui réserve et le partage (ou l'absence de partage) qui s'instaure à son propos. Ces différents éléments concernent la connaissance et ils ont en outre des rapports définis avec la pratique (aussi bien la décision ponctuelle que l'établissement de règles ou l'organisation collective). Ils occupent une place de choix dans la concertation, lorsqu'il s'agit de parvenir par la discussion à l'élaboration de solutions en réponse à des problèmes ou face à des situations qui appellent l'action.

Dans le cas des réunions de concertation pluridisciplinaire tout particulièrement, les différences sont toutefois notables entre différentes manières de se saisir de l'information ou de lui donner forme, en lien avec l'élaboration et l'utilisation des connaissances. La concertation est un art d'allier des points de vue distincts et de rechercher des orientations communes ; elle doit également conduire à donner forme aux informations en lien avec les impératifs de la pratique, mais sans les trahir.

Il existe cependant des problèmes de révélation et d'agrégation des valeurs et des éléments d'information qui ont une dimension structurelle. Ils ne peuvent être négligés. Ces problèmes sont souvent perçus comme des limitations, parce qu'ils nous éloignent des espoirs que l'on forme à propos des procédures de décision collective. Pour autant, il est sans doute possible de s'intéresser à eux plus positivement, en particulier parce qu'ils attirent l'attention sur le

¹ Ce texte est issu du projet « Impact de l'approche par les parties prenantes sur l'internormativité » (université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, axe RSE-O de l'ISJPS, UMR 8103) et d'une présentation au congrès de décembre 2019 de la RICAI (Réunion Interdisciplinaire de Chimiothérapie Anti-Infectieuse, Paris, Palais des Congrès), session « Gestion multidisciplinaire des infections chirurgicales complexes ». Je remercie les Prs. Manuel Etienne, Eric Senneville et Martin Rottman pour nos échanges à cette occasion.

rôle irremplaçable de l'argumentation dans la concertation, celle-ci ne pouvant se réduire à l'agrégation et au partage des informations factuelles empiriques.

2. Concertation et réponse aux besoins

Un certain degré d'organisation du dialogue est utile : dialogue avec les patients, dialogue au sein du personnel soignant. Bien sûr, nos modèles idéaux du dialogue sont des modèles de libre discussion et d'ouverture à tous les arguments, d'où qu'ils viennent. Le dialogue médical est parent du dialogue purement scientifique à cet égard : tout orienté vers la pratique qu'il soit, il doit s'appuyer sur la recherche de la vérité, et celle-ci repose sur l'ouverture aux raisons, aux arguments et aux critiques, d'où qu'ils viennent.

Dans la vie des institutions, cependant, le pluralisme est organisé. Les moments d'ouverture maximale (par exemple dans les travaux d'un « espace Ethique », dans des colloques...) alternent avec les occasions ordinaires de concertation, dans lesquelles l'organisation peut confiner au « formatage » des arguments échangés, à cause des contraintes de temps et de la nécessité de parvenir à des décisions effectives et facilement explicables. L'organisation de la concertation, qui présente toujours par ailleurs l'inconvénient d'amenuiser le spectre des possibilités de prise de parole et de dialogue, ne reflète pas seulement des contraintes. Elle peut jouer un rôle structurant et faciliter l'harmonisation des points de vue et, finalement, la prise de décision éclairée, dans des contextes qui appellent l'action, et souvent l'action rapide. Il y a une tension, résolue en pratique par l'attention simultanée à deux familles d'exigences (une résolution qui peut cependant toujours prêter le flanc à la critique).

Par ailleurs, on rencontre dans les situations de soin des limites apparentes du modèle de l'individu rationnel autonome sur lequel s'appuie souvent la défense d'un rôle central à donner au dialogue. Du fait de leur situation particulière, les patients ne sont pas toujours – et très loin de là – dans des conditions favorisant l'expression véridique de leurs besoins, de leurs souffrances le cas échéant, et de leurs attentes. Cela ne fait pas disparaître du tout, pour autant, l'intérêt de la concertation *volontaire*. Celle-ci n'est pas subordonnée à une vision idéale de l'autonomie. Elle peut s'insérer dans des contextes de dépendance ou de limitation de l'autonomie, dans lesquels la formation et l'expression de la volonté conservent un sens pour la communauté des soignants, pour les proches et, plus généralement, pour la société. Rechercher le consentement éclairé c'est inévitablement aussi devoir prêter attention au sens

et aux modalités de l'acceptation individuelle. On ne peut se désintéresser, alors, des capacités qui témoignent de l'autonomie dans le jugement et dans son expression.

L'autonomie a un versant concret, comme support relationnel pour la prise en charge, incluant l'accompagnement et le dialogue suivi dans un cadre institutionnel. Elle n'est pas à traiter seulement comme une propriété d'un être « idéalement » rationnel, qui n'a peut-être jamais existé. La pertinence des conditions dans lesquels on peut traiter de la volonté comme si elle était formée d'une manière autonome est donc une affaire de degrés. Or, ces degrés se laissent apercevoir dans la concertation, comme si celle-ci en donnait une sorte de mesure. Ce qui se laisse dire ou apercevoir dans le dialogue avec le patient constitue un point d'appui, si fragile soit-il dans certains cas, qui justifie évidemment de faire montre de prudence dans le traitement des informations transmises. Ce qui s'exprime dans la concertation entre soignants, et dans le dialogue interdisciplinaire le cas échéant, participe aussi de la constitution de bases de la réflexion commune et de la prise de décision collégiale.

On peut admettre, en somme, que le dialogue structure le processus de décision et que les possibilités de communication sur lesquelles il repose donnent forme à des informations qui, sous une forme habituellement imparfaite, constituent bien une base de référence pour l'argumentation et pour la sélection argumentée des meilleures raisons. Les valeurs instituées dans l'activité professionnelle fournissent alors une sorte d'équivalent des motifs de l'action à l'échelle individuelle, non institutionnelle.

3. La co-construction de dispositions pertinentes

Les réalités de la concertation dans des cadres institutionnels peuvent conduire à valoriser la pondération des raisons et la recherche de compromis entre personnes capables de réflexion plutôt que l'alignement et le consensus formant une sorte de but. Des aptitudes telles que l'ouverture aux compromis raisonnés et la détermination à les rechercher sont valorisées dans la vie des institutions et des professions. Il y a là, évidemment, une source de problèmes du point de vue de la recherche de la vérité. N'est-ce pas une manière d'admettre – avec le risque de l'admettre un peu trop vite – que la recherche d'une entente à peu près justifiée dispense de rechercher plus avant la vérité ou les raisons qui sont véritablement les meilleures ? N'est-ce pas courir le risque de sacrifier la perspective d'un consensus véritablement justifié sur l'autel d'une entente collégiale éventuellement rassurante, nécessaire institutionnellement à un certain niveau, mais superficielle en fin de compte ?

La présence de compromis dans les décisions collectives et la dépendance très habituelle par rapport à des éléments de référence qui sont simplement « acceptés » posent problème du point de vue de la responsabilité épistémique, autrement dit, lorsqu'on se préoccupe de la détermination ou de l'engagement à promouvoir des conditions propices à l'établissement et à l'endossement de la vérité. Le modèle prédominant reste celui de la soumission à la vérité, une fois aperçue, la volonté se ramenant au simple acquiescement. Cependant, l'existence de tendances plus volontaristes dans la vie institutionnelle signale aussi, positivement, l'existence de dispositions qui sont l'enjeu d'une culture collective et qui sont partiellement sous notre contrôle.

Ainsi, la concertation peut être envisagée comme un ensemble de pratiques discursives collectives orientées vers la co-construction et la reconnaissance de dispositions des uns et des autres. Ces dispositions importent pour leur vie commune et pour leurs responsabilités respectives. Les dispositions pertinentes (ayant un lien défini avec l'autonomie) ne sont-elles pas en fait *co-construites*, d'une manière que l'on peut chercher à expliciter dans des orientations pour le dialogue ? La réponse est certainement positive, parce que le dialogue guide vers des situations qu'il contribue à créer, caractérisées notamment par des formes définies de reconnaissance mutuelle, de confiance et de prévisibilité croisée des actions des uns et des autres.

Le fait que le choix de procédures de dialogue les place partiellement sous notre contrôle ouvre en fait des perspectives intéressantes. En influant sur le choix de procédures, on peut d'abord exprimer des valeurs importantes – par exemple, des valeurs de respect mutuel, voire des valeurs démocratiques lorsqu'il s'agit de se mettre d'accord sur des orientations générales. Dans l'univers médical, les moyens réunis et les résultats ont une telle importance que l'on peut facilement oublier l'intérêt que présente aussi la qualité du dialogue avec le patient et autour du patient, notamment dans la perspective de relations de confiance à conforter. C'est souvent seulement négativement, à l'occasion de constats de « manque d'écoute », que l'on en prend conscience. La structuration partielle du dialogue dans une perspective de prise en charge, en attirant l'attention sur le dialogue comme enjeu spécifique, est de nature à favoriser une prise en compte plus systématique.

L'explicitation des dispositions co-construites est de nature à favoriser la compréhension des types d'ententes qui permettent à l'action médicale de se déployer d'une manière cohérente dans la durée. Ces dispositions concernent l'inscription de l'action, du dialogue et de l'interaction dans la durée ; elles peuvent en effet concerner la projection dans l'avenir,

l'anticipation des événements et des rencontres, la préparation de démarches, la veille continue sur les documents, l'acceptation d'étapes successives, l'engagement d'élaborer des routines volontaires et d'inscrire ces routines dans le mode de vie). La réponse aux besoins passe très habituellement par la concertation étagée dans le temps. Dans le champ de la prise en charge médicale, l'inscription dans le temps s'avère très importante, pour la planification des étapes d'un accompagnement bien structuré et pour l'entente dans l'encadrement de l'action. L'entente significative passe donc par un effort pour comprendre les choix qui se présenteront à l'avenir et les irréversibilités engendrées par les choix à différentes étapes.

De plus, la construction du dialogue peut fournir des occasions de concevoir la transmission ou le partage de l'information, d'une manière favorable à la prise de décision. Convenablement guidée par un dialogue bien structurée, la transmission d'information peut être assurée de telle sorte qu'elle soit directement pertinente au regard des valeurs que l'on prétend servir. En effet, toutes les valeurs ne s'appuient pas sur les mêmes configurations d'information, lorsqu'il s'agit de les concrétiser ou de les exprimer dans l'action ou dans l'organisation collective. De même, les normes ou les principes à suivre ne requièrent pas tous des informations réunies et présentées au même format. Au total, donc, la conception des phases et des modalités de dialogue fournit l'occasion d'organiser les transferts d'information en lien avec les exigences des références que l'on se donne.

Bien sûr, l'information a toujours ses limites, dans un certain contraste avec le modèle de transparence qui motivait, chez Fénelon, une conception des entretiens spirituels prenant modèle sur le dialogue du patient et du médecin (« [...] dire avec simplicité le bien comme le mal, afin que la personne à qui on se confie sache tout, comme un médecin, et puisse donner des remèdes proportionnés aux besoins » (Fénelon [1767], t.4, lettre 184, p.13-14). Les soignants se résignent à ne pas tout savoir ; en invoquant la médecine « fondée sur les preuves », ils se disposent même à contrebalancer les manques d'information sur les cas particuliers par la prise en compte d'un savoir qui concerne la généralité des cas et des informations statistiques.

Les limites de l'information donnent du poids au partage, à la mutualisation et à la pluralité reconnue des points de vue et de la connaissance distribuée. On peut mentionner à ce propos le fameux « théorème de Condorcet » concernant les avantages de la prise en compte d'une pluralité d'avis experts indépendants les uns des autres, qui n'a pas fini de susciter la curiosité et dont les conséquences se ramifient très loin dans les analyses contemporaines de la décision collective (voir Laslier, 2004). Les propriétés formelles telles que le théorème de Condorcet

concernent davantage les procédures que les échanges et la décision conjointe obtenue dans une délibération passant par le discours et mettant en équilibre des raisons de fond dans le cadre de la recherche d'un accord – ou à tout le moins d'un compromis raisonné.

La pluralité des points de vue pris en compte est notamment le gage d'un partage des informations détenues par les uns et les autres à propos de circonstances particulières, connues d'eux seuls. Cela peut jouer un rôle dans l'aptitude des décideurs à surmonter les limites de leur propre connaissance, en s'appuyant sur un tableau vaste et varié des faits. Au-delà des limites de l'acquisition d'informations, il y a celles de leur traitement et de leur interprétation. L'élaboration des protocoles de prise en charge assure une sorte de préparation des informations transmises, qui encadre ou oriente la révélation d'informations, dans une artificialisation qui mérite une collaboration interdisciplinaire. La préparation et le traitement de l'information sont des aspects importants des formes d'expertise que possèdent et développent les soignants. Elles font partie des raisons d'évoquer en termes élogieux la « collégialité ».

4. Conclusion

Le consentement des agents, leur endossement de normes partagées et l'organisation du rapport à l'information sont autant de facteurs d'inscription dans la durée, de pertinence et de bonne coordination collective lorsqu'on veut établir un lien direct entre connaissance et décision – comme il le faut, en matière médicale.

Selon le philosophe danois Jacob Rendtorff, « Le dialogue avec les parties prenantes est [...] conçu comme un processus d'apprentissage en vue d'améliorer la réflexivité de l'organisation » (Rendtorff, 2006). Un tel processus d'apprentissage passe inévitablement par l'accord sur la présentation, le partage et les usages légitimes de l'information. On peut en effet en attendre, comme l'a souligné J. Rendtorff, un encouragement à des démarches plus réfléchies, dans lesquelles on bloque le chemin qui conduirait d'un usage unilatéral et contestable de l'information à une décision s'imposant à tous de manière péremptoire.

Ainsi, dans le cas de la concertation médicale interdisciplinaire, essayer de rechercher des perspectives communes au sujet du traitement de l'information fondée sur les besoins ne peut être que bénéfique pour la pratique. L'apparence d'un conflit avec l'autorité des « données issues de la science » est superficielle ; en effet, aucun ensemble de données n'impose tout

seul des conclusions pratiques. De la sorte, il n'est jamais hors de propos d'inclure dans les procédures de concertation des aspects sensibles du rapport à l'information et à l'élaboration des connaissances mobilisables (reliées aux pratiques) à partir des données.

Références

Fénelon 1767 *Œuvres spirituelles de feu Monseigneur François de Salignac de la Mothe-Fénelon*. Paris.

Laslier, J-F. 2004 *Le Vote et la règle majoritaire*. CNRS Editions.

Rendtorff, J. 2006 « Des principes de justice pour les parties prenantes », in *Décider avec les parties prenantes*, dir. M. Bonnafe-Boucher et Y. Pesqueux, Paris, La Découverte (p. 66-76).