

## RÉACTION

Les voix de l'accord. Penser ce qui se joue dans le partage des décisions médicales

Michaël Cordey

BSN Press | « A contrario »

2019/1 n° 28 | pages 235 à 244

ISSN 1660-7880

ISBN 9782940648108

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-a-contrario-2019-1-page-235.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour BSN Press.

© BSN Press. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# Réaction

## Les voix de l'accord. Penser ce qui se joue dans le partage des décisions médicales

MICHAËL CORDEY

**E**n écho à la contribution d'Yves Érard, j'ai choisi de montrer en quoi ses propositions pouvaient éclairer notre compréhension de *ce qui se joue* dans la mise en œuvre du partage des décisions médicales. Sa contribution questionne en effet de façon fondamentale *ce que s'accorder veut dire*. Pour ce faire, il nous invite à penser les dimensions éthiques de la vie que nous menons avec le langage et avec l'expression<sup>1</sup>. En s'appuyant sur des exemples tirés de ses expériences d'enseignement en français langues étrangères, il attire notre attention sur au moins six dimensions qui composent et traversent de part en part la façon dont nous nous accordons et vivons en relation avec autrui. Je présenterai dans un premier temps ces six dimensions sous la forme de six propositions : les deux premières sont directement tirées de la contribution d'Yves Érard, tandis que les quatre suivantes en sont librement inspirées. Toutes ces propositions ont pour objectif de mettre en lumière des aspects restés dans l'ombre du paradigme de la décision partagée. Je commenterai ensuite brièvement ces propositions avant de les mettre en perspective à partir d'une situation clinique rencontrée alors que je menais une recherche de terrain au sein d'une unité hospitalière de neuroéducation en charge de patients en éveil de coma. Ce faisant, ce texte défend l'idée que ce qui se joue dans le partage des décisions médicales ne tient pas à la possibilité ou à la difficulté de fonder des *accords conventionnels*, mais à la façon dont *les voix de l'accord* se forment au fil de l'expression.

1. La façon dont nous nous accordons avec autrui ne repose pas uniquement et ne peut donc pas être pensée exclusivement en termes de raisonnement moral. Je m'accorde ici avec Yves Érard lorsqu'il critique la posture selon laquelle l'enjeu est d'expliquer rationnellement ce qu'est un accord. Pour le dire autrement, cela revient à faire la critique de l'idée selon laquelle les enjeux de nos accords reposeraient tout

<sup>1</sup> Dans cet écho à la contribution d'Yves Érard, je laisse volontairement de côté toute discussion à propos des dimensions didactiques, pédagogiques, éducatives ou politiques de ses propositions et m'en tiendrai à la dimension éthique.

entier sur les capacités cognitives et l'éducation morale des personnes, le sous-pesage rationnel de faits et de valeurs, la possibilité d'élaborer des jugements communément partagés. On résumera ici ce paradigme rationaliste en termes de *coordination morale*. De fait, ce paradigme est celui sur lequel repose le modèle du partage des décisions en médecine. Selon ce paradigme, l'enjeu, dans la mise en œuvre du partage des décisions médicales, est de parvenir à faire en sorte que les subjectivités se coordonnent de telle façon à ce que les personnes parlent raisonnablement d'une seule voix. Pour se faire, ce paradigme préconise notamment que les personnes s'accordent sur les actions de soin qui conviennent en s'appuyant sur des connaissances cliniques (diagnostics, pronostics, possibilités de traitements, risques, rapports coûts-bénéfices) ainsi que des raisonnements moraux prenant en compte les attentes, valeurs et désirs des patients ;

2. La façon dont nous nous accordons et vivons en relation avec autrui n'est pas le résultat d'une application commune de conventions effectuée au cours d'une discussion, « mais naît d'une harmonie », nous dit Yves Érard. En d'autres termes, on s'accorde avec autrui comme on accorde une guitare : en faisant vibrer nos cordes vocales, en prêtant une oreille plus ou moins attentive, fine et aiguisée à l'expression d'autrui et en vivant de façon plus ou moins lâche et détendue – ou au contraire rigide et intraitable – avec notre voix et avec celle d'autrui. Pour le dire autrement, ce qui est en jeu c'est non seulement la façon dont des voix différentes sont susceptibles de cohabiter de façon plus ou moins harmonieuse, mais également la façon dont les voix de l'accord se forment au fil de l'expression ;

3. Ce qui se joue au fur et à mesure que les personnes s'expriment, c'est la façon dont leurs voix se performant et s'accordent mutuellement les unes aux autres (par-delà les différences de point de vue, les divergences d'opinions ou la distance morale qui les sépare les uns des autres). Pour le dire comme Yves Érard, ce qui se joue tient à « l'humaine capacité à transformer sa voix et à s'accorder dans le langage » ;

4. Dans cette perspective, chacune des voix compte, y compris celles qui sont tuées. Ici, le problème n'est ni le fait que les personnes aient ou non une voix, ni que celle-ci soit entendue ou décomptée, mais la façon dont l'expression des personnes a le pouvoir de mettre la voix des autres en jeu c'est-à-dire de la performer, de la déstabiliser ou de la renforcer ;

5. L'expression d'une voix (et notamment le grain, le rythme de la parole ou le ton) traduit les préoccupations d'une personne, sa façon de juger d'une situation, sa

manière de considérer, de prendre en compte et de reconnaître la voix d'autrui ainsi que la façon dont sa voix est mise en jeu et affectée par les mots des autres ;

6. L'accord – aussi équivoque soit-il – est perceptible à l'expression des personnes. Pour le dire autrement, l'accord est audible et reconnaissable à l'expression des personnes plutôt qu'il est identifiable sur la base du respect de principes universels, de logiques de justification, de règles et des conventions strictement définies ou encore de structures abstraites de valeurs.

Pour résumer, ces propositions attribuent une place centrale au rôle que joue l'expression sur la façon dont nous sommes capables de nous accorder et sur les formes que peuvent prendre nos accords. Pour le dire autrement, nous envisagerons ici l'accord sous l'angle de sa physionomie et de sa formation. Par le détour d'une réflexion sur l'expression, les voix, la physionomie et la formation de l'accord, il s'agit d'enrichir la conception que nous en avons d'une part et, d'autre part, d'attirer l'attention sur des enjeux le plus souvent négligés par la pensée morale contemporaine. Notre conception de l'accord repose en effet trop souvent sur l'idée que ceux-ci dépendent des capacités de raisonnement moral des personnes (que celles-ci soient explicites et conscientes ou routinières et inconscientes). Pour le dire en deux mots, l'accord est pensé comme le résultat d'un processus cognitif au cours duquel les personnes effectuent des recoupements entre leurs expériences, leurs perceptions de la réalité et des structures de valeurs abstraites auxquelles elles adossent des idiomes de justifications. La prétention prêtée à un tel processus est qu'il constitue le moyen de produire des jugements rationnels, c'est-à-dire corrects, ajustés, univoques, clairs et tranchés. Or, une telle perspective peut nous empêcher de voir, qu'en réalité, nos difficultés d'êtres humains ne se situent pas au niveau de nos capacités de raisonnement individuelles et de nos compétences morales, mais au niveau du soin et de l'attention que nous accordons à notre voix et à celle d'autrui. Vu sous cet angle, le nœud problématique du partage des décisions médicales (notamment) réside peut-être moins dans la possibilité d'aboutir à des accords fondés sur une seule et même rationalité que dans la façon dont les voix de l'accord se forment au fil même de l'expression. Une telle façon d'aborder le problème implique de prêter attention toute particulière à la façon dont l'expression des personnes *met les voix en jeu* c'est-à-dire à la façon dont elle les déstabilise et les fait vaciller ou, au contraire, les galvanise et les renforce. Cela implique également, nous allons le voir, que le cœur problématique du partage des décisions médicales réside dans la reconnaissance et l'expression de la fragilité de la voix et des propositions des personnes.

Je discuterai maintenant ces différentes propositions à partir d'une situation clinique<sup>2</sup>. Celle-ci décrit une rencontre organisée par des professionnels de santé en vue de discuter avec M<sup>me</sup> Cholet des difficultés auxquelles ils faisaient face durant la prise en charge de son mari<sup>3</sup>. La situation est la suivante : à la suite d'une hémorragie cérébrale, M. Cholet, un patient d'une cinquantaine d'années a été admis dans une unité de soins intensifs d'un hôpital suisse dans laquelle il est resté plusieurs jours dans le coma. Une quarantaine de jours plus tard, alors qu'il était en phase d'éveil de coma, celui-ci a été transféré dans l'unité de neurorééducation de ce même hôpital avec un bon pronostic de récupération. Après un peu plus d'un mois passé au sein de l'unité, les professionnels ont été confrontés à la difficulté de le sevrer de sa trachéotomie, notamment à cause de sa lésion cérébrale qui occasionnait des troubles de l'éveil et de la vigilance. Autrement dit, M. Cholet n'était pas capable de rester éveillé plus de quelques minutes d'affilée et ne pouvait donc bénéficier que très partiellement des activités de rééducation qui lui étaient proposées.

En outre, leur volonté de discuter de la situation avec M<sup>me</sup> Cholet était intimement liée au fait que la lésion cérébrale de son mari occasionnait une paralysie complète de tout son hémicorps gauche (bras et jambe notamment) qui, dans l'éventualité où ces séquelles devaient persister, le condamnerait à vivre avec une trachéotomie en restant alité ou en fauteuil roulant, en ne pouvant interagir que de façon très limitée et en ne pouvant être nourri qu'à l'aide de tubes. À cela, il faut ajouter que M. Cholet aurait besoin de soins médicaux quotidiens pour faire sa toilette, effectuer les soins de trachéotomie, être mobilisé et prévenir l'apparition d'escarres notamment.

Si tout espoir n'était pas perdu, nul ne pouvait toutefois prédire à quel point les séquelles étaient réversibles. Mais étant donné le peu d'évolution neurologique, les difficultés auxquelles l'équipe médicale était confrontée (et auxquelles il faut ajouter l'apparition d'une complication : une pneumonie), les professionnels se sont peu à peu mis à douter de leurs capacités à sevrer M. Cholet de sa trachéotomie et de la qualité de la vie qu'ils pouvaient lui offrir. Étant donné les circonstances, la question était pour eux de savoir si cela avait du sens de maintenir un projet de rééducation ou s'il ne valait pas mieux profiter de la porte de sortie qu'offrait cette complication pour se diriger vers un projet de fin de vie.

2 Cette situation, et notamment les échanges linguistiques entre les professionnels et M<sup>me</sup> Cholet, est reportée en détail dans un chapitre intitulé « How Ethical Is our Life with Concepts? Reflections on Shared Medical Decision-making and their Denouements » à paraître dans Brandel & Motta (dir.), *In the Grip of Reality. Anthropology and our Life with Concepts*, New York, Fordham University Press.

3 Il s'agit d'un nom d'emprunt.

Pour répondre à cette question, les médecins ont donc décidé d'organiser une rencontre avec M<sup>me</sup> Cholet<sup>4</sup>. La rencontre s'est déroulée en présence du médecin assistant, du chef de clinique, d'un physiothérapeute et de l'aumônier de l'unité. Après les salutations d'usage, c'est l'assistant, qui travaille sous la supervision du chef de clinique et du responsable de l'unité, qui a pris la parole. Celui-ci a commencé par dire qu'il souhaitait clarifier les raisons de la rencontre en indiquant les difficultés auxquelles l'équipe était confrontée. Il a particulièrement insisté sur l'incertitude qui entoure l'apparition de la pneumonie et a rappelé l'origine du problème (l'hémorragie cérébrale) ainsi que les difficultés que celle-ci occasionnait (à savoir les troubles de l'éveil et de la vigilance, la capacité très limitée de M. Cholet à participer aux activités de rééducation et le sevrage de la trachéotomie). L'assistant a terminé sa prise de parole en disant à M<sup>me</sup> Cholet qu'étant donné les circonstances, l'équipe souhaitait savoir ce qu'elle imaginait pour la suite.

Je me rappelle l'expression de l'assistant. Le grain de sa voix n'était pas aussi clair, net et tranché que lorsqu'il me parlait de certaines situations cliniques avec plus de distance et de recul. Non seulement le timbre de sa voix grésillait, mais il bégayait. Ses paroles étaient également plus lentes et rythmées par de courtes poses entre les mots. On pourrait ici penser que son expression avait quelque chose à voir avec l'idée qu'il cherchait à dire quelque chose avec tact. Dans cette perspective, le rythme haché de sa parole, les courtes pauses et ses bégaiements pourraient laisser entendre que l'assistant cherchait les bons mots pour dire ce qu'il avait à dire, comme si la difficulté à laquelle il se trouvait confronté était réductible au fait de devoir affirmer et signifier quelque chose de la vérité de la situation à M<sup>me</sup> Cholet tout en la ménageant. La limite avec une telle perspective est qu'elle réduit nécessairement l'enjeu de la justesse de l'expression à celui du tact et du ménagement : justesse des mots, du ton, du rythme, du grain bref, justesse de la voix d'une personne qui cherche à affirmer quelque chose et à le faire entendre tout en faisant preuve de tact (une main de fer dans un gant de velours). Il est possible d'envisager le problème et la difficulté auxquels l'assistant se trouve confronté différemment que sous l'angle d'une tension entre d'un côté la volonté d'affirmer et de faire entendre une vérité et, de l'autre, la volonté de faire preuve de tact et de prendre soin par la justesse des mots et du ton. Une écoute plus précautionneuse de son expression permet non seulement d'envisager qu'il cherchait

4 En Suisse, la nouvelle loi sur la protection de l'adulte entrée en vigueur en janvier 2013 impose aux médecins de partager toutes les décisions médicales relatives aux différentes possibilités de traitement avec les patients ou, lorsque ceux-ci ne peuvent pas s'exprimer pour eux-mêmes, avec leurs représentants dans le domaine médical (Art. 377 al. 7 CC).

la voix de l'accord (plutôt qu'il cherchait à dire, à signifier, à faire comprendre, à faire entendre et à affirmer quelque chose), mais également qu'il disait et reconnaissait la fragilité de sa propre voix (et pas uniquement qu'il cherchait à prendre soin et à ménager en s'exprimant tel qu'il le faisait).

240

Au moment où il parle à M<sup>me</sup> Cholet, son expression traduit en effet la même incertitude et la même vulnérabilité, bien que sur un ton plus solennel qui ne laissait plus entendre l'espoir dont il m'avait fait part lorsque nous avons fait le point ensemble sur la situation un peu plus d'une heure avant la rencontre et qu'il m'avait dit qu'il connaissait un jeune homme qui était arrivé à l'unité dans le coma, que maintenant il remarquait et que peu à peu il était en train de refaire sa vie. Lorsqu'il parle à M<sup>me</sup> Cholet, sa voix exprime l'incertitude qui entoure l'avènement de la pneumonie et le doute qui est le sien relativement au projet de soins. Aux yeux de l'assistant, l'apparition de cette complication traduit en effet la difficulté et la fragilité du processus dans lequel ils sont engagés. Dans cette perspective, l'expression de l'assistant incarne, représente et donne à entendre les difficultés, les incertitudes, les doutes, la fragilité et les préoccupations qui poussent les professionnels à se poser la question de savoir, comme l'assistant me l'a dit lorsque nous avons fait le point sur la situation avant la rencontre, s'il valait mieux continuer à essayer de forcer le destin ou laisser faire la nature.

Ce que je suggère ici, c'est qu'une écoute attentive de l'expression de l'assistant met en lumière le fait que sa voix était traversée de part en part par l'incertitude et la vulnérabilité. En d'autres termes, l'enjeu auquel il était confronté n'est ni réductible à un dilemme moral (soluble en termes de coordination) ni à un problème de tact ; il tenait plutôt à la recherche d'une voix (la voix de l'accord) menant à la possibilité de parler, de vivre et d'agir de concert.

Pour continuer à tisser ce fil problématique, revenons brièvement à la situation clinique. À la question de savoir ce que M<sup>me</sup> Cholet imaginait pour la suite, celle-ci a répondu en demandant s'il y avait une possibilité que son mari replonge dans le coma. Le chef de clinique a alors pris la parole à son tour pour dire qu'étant donné l'expérience que l'équipe avait de ce type de situation et le temps déjà relativement long que M. Cholet avait passé dans l'unité, ils se demandaient quelle qualité de vie l'équipe allait pouvoir lui offrir ; ce à quoi M<sup>me</sup> Cholet a répondu qu'elle s'était déjà occupée de la mère de son mari qui était en fauteuil roulant et que même si son mari devait rester en fauteuil, tant qu'il y avait le moindre espoir qu'il puisse rentrer et vivre à la maison, il fallait faire le maximum.

Au cours des échanges entre M<sup>me</sup> Cholet et le chef de clinique, je me souviens la façon dont l'expression du chef de clinique oscillait entre deux registres d'expression. En effet, par contraste avec la voix de l'assistant, le grain de celle du chef de clinique était par moment plus clair et tranchant, son ton plus affirmatif et monotone et son rythme plus cadencé, du moins lorsqu'il souhaitait transmettre des informations aussi claires et précises que possible à M<sup>me</sup> Cholet (notamment au sujet des implications que l'état de santé de son mari pouvait avoir sur la suite de la prise en charge ou à propos des implications que les séquelles pouvaient avoir sur leur qualité de vie). La voix du chef de clinique exprimait alors non seulement ses préoccupations, mais également sa façon d'apprécier la situation et sa voix traduisait, comme il me l'a dit explicitement plusieurs semaines après les événements, que celui-ci penchait alors pour un projet de fin de vie.

Le risque avec la façon dont j'ai présenté jusqu'ici la façon dont le chef de clinique s'est exprimé est d'aboutir trop rapidement à la conclusion qu'il aurait cherché à convaincre M<sup>me</sup> Cholet du bien-fondé de son point de vue, comme s'il avait été tellement sûr de lui. Or, une écoute attentive laisse entendre avec beaucoup plus de nuance et de justesse la façon dont la voix du chef de clinique oscille entre des moments où il exprime une inquiétude, un avis, une opinion, un jugement, une conviction et des moments où il exprime (et reconnaît) la fragilité de sa propre voix et de ses propositions (par exemple lorsqu'il a dit ne pas pouvoir prédire avec certitude l'évolution de l'état de santé de M. Cholet ou lorsqu'il a exprimé, sur un ton désabusé, qu'il ne savait pas, dans de telles circonstances, qu'elle était en réalité la meilleure décision à prendre).

En parallèle de cette voix au grain relativement sec, au rythme constant et au ton monotone et quasi moraliste (au sens du ton que les personnes emploient lorsqu'elles font la morale); en parallèle de cette voix qui a prononcé des mots tels que « pronostic » ou « indicateur » sur le ton de la prétention de celui qui sait et apprécie les conséquences que peuvent avoir telles ou telles décisions médicales; en parallèle de cette voix qui informe – pour ne pas dire qui avertit – autrui des conséquences et des risques que peuvent avoir certaines décisions; en parallèle donc de cette voix coexistait aussi une voix plus douce et chaleureuse attentive aux préoccupations d'autrui et à l'écoute de ses difficultés; une voix moins professionnelle et plus humaine dirait certains de façon tout à fait erronée puisqu'il ne s'agit en aucun cas ici d'opposer des formes de déontologisme crasse à des formes d'humanisme béat, mais bien plutôt de montrer à quoi tiennent nos accords et la vie que nous menons en relation avec

autrui; une voix plus fragile et incertaine dont le ton, le grain et le rythme étaient affectés par les mots de M<sup>me</sup> Cholet au point que le chef de clinique en est venu, à la fin de sa prise de parole, à inviter ses collègues à prendre la parole à leur tour car lui, je cite, il ne savait pas (ou plutôt, il ne savait plus).

242

Je me suis longtemps demandé dans quel esprit le chef de clinique avait invité ses collègues à prendre la parole. Était-ce dans l'esprit que d'autres auraient su mieux que lui convaincre M<sup>me</sup> Cholet d'opter pour un projet de fin de vie ? Soutenir une telle hypothèse nécessiterait de faire fi et violence au ton sur lequel le chef de clinique s'est exprimé. En effet, sa proposition n'a pas été exprimée sur le ton de l'ordre, mais sur un ton las et déconcerté. De ce point de vue, sa proposition sonnait donc comme une invitation à prendre la parole dans une situation où, face à la volonté de M<sup>me</sup> Cholet de continuer sur le chemin de la rééducation, le chef de clinique en est venu à perdre sa voix (il n'avait littéralement plus rien à dire). De ce fait, lorsque le chef de clinique a demandé si les autres membres de l'équipe souhaitaient ajouter quelque chose à sa suite, ce n'était pas pour qu'ils en viennent à ajouter des arguments qui auraient pu convaincre M<sup>me</sup> Cholet de renoncer (ce n'est pas l'esprit de sa proposition), mais parce qu'il avait besoin, comme l'ont proposé les organisateurs de ces journées d'étude, des mots des autres pour retrouver sa voix.

Ce que je suggère ici c'est que *ce qui se jouait*, y compris et peut-être surtout dans les moments où le chef de clinique a recouru à un ton plus informatif, affirmatif et quasi moraliste (lorsqu'il a invoqué, par exemple, sur un ton relativement pessimiste, que les séquelles pourraient perdurer à long terme; que selon l'expérience que l'équipe a de ce genre de situation le pronostic n'était pas bon; qu'on pourrait tout à fait interpréter cette situation comme étant une situation d'acharnement thérapeutique; ou que M<sup>me</sup> Cholet devait penser et s'exprimer à propos de ce que souhaitait son mari) n'est pas le fait que le chef de clinique aurait ou non cherché à faire autorité et à imposer son point de vue à M<sup>me</sup> Cholet. *Ce qui s'est joué*, et qui constitue le cœur problématique de l'affaire, c'est d'une part la façon dont les réponses de M<sup>me</sup> Cholet ont remis les propositions et la voix du chef de clinique en jeu et d'autre part la façon dont sa voix et ses expressions ont conduit le chef de clinique à reconnaître et à exprimer la fragilité de sa propre voix et de ses propositions<sup>5</sup>.

5 En un certain sens, ma lecture rejoint ici la proposition des organisateurs des journées d'étude dont fait l'objet le présent numéro lorsqu'il propose de concevoir la subjectivité non comme « un effort d'affirmation de ce que je dis ou veux dire, mais à une attention portée à l'écho de ma voix, qui me parvient en retour amplifiée par le corps d'autrui ».

Avant de conclure, je souhaite revenir brièvement sur le dénouement de la situation et plus précisément sur le moment où les professionnels en sont venus à exprimer leur accord et à parler de concert. À la suite des échanges entre le chef de clinique et M<sup>me</sup> Cholet, après que le chef de clinique eu invité ses collègues à prendre la parole, M<sup>me</sup> Cholet a pris la parole à son tour. En sanglots, elle a fait part à l'équipe de ses besoins (administratifs, économiques et judiciaires) et s'est plus largement exprimée sur les circonstances dans lesquelles elle et ses enfants vivaient la situation (dettes, procédure de vente de l'appartement conjugal, obligation de travailler étant donné qu'elle est travailleuse indépendante, fille qui ne mange plus et ne dort plus et, pour sa part, difficulté à garder la tête hors de l'eau). Après que le chef de clinique lui a proposé différentes aides (service administratif, service social, consultation psychologique, recours à son médecin généraliste), nous avons quitté la salle où M<sup>me</sup> Cholet est restée seule avec l'aumônier. Le chef de clinique, l'assistant et le physiothérapeute se sont alors regroupés autour du bureau d'accueil du Service et sont arrivés de concert à la conclusion, je cite, que M<sup>me</sup> Cholet n'était pas prête, mais alors pas prête du tout ; ce que le chef de clinique a répété par téléphone quelques secondes plus tard au responsable de l'unité.

243

J'insisterai ici sur un point : au moment où les professionnels parlent de concert et s'accorde sur le fait que M<sup>me</sup> Cholet n'est pas prête à laisser partir son mari et à changer de projet de soins, un accord relatif à la décision de maintenir un projet de rééducation, aussi équivoque et provisoire soit-il, a bien été exprimé et celui-ci est tout à fait reconnaissable aux expressions des professionnels. Ce premier point me permet d'insister sur six autres points conclusifs qui font échos aux six propositions introductives : 1) l'accord a une physionomie qui le rend reconnaissable (plutôt qu'identifiable sur la base du respect ou non de conventions, d'idiomes de justifications, de principes clairement définis et de valeurs abstraites) ; 2) l'accord n'est ni plus ni moins que son expression, aussi équivoque, flottant et peu délimité soit-il ; 3) cette physionomie est perceptible et reconnaissable (dans notre cas, à la façon dont les professionnels en viennent à s'exprimer, à parler, à vivre et à agir de concert) ; 4) la formation d'un accord tient à la façon dont les voix des personnes sont mutuellement mises en jeu c'est-à-dire à la façon dont les voix des personnes sont déstabilisées, reformées ou, au contraire, renforcées par les mots des autres (plutôt qu'à la façon dont elles mettent en œuvre des capacités de raisonnement moral) ; 5) la formation d'un accord tient notamment à la façon dont les personnes en viennent à reconnaître et à exprimer la fragilité de leurs propositions, avis, certitudes, convictions, opinions ou point de vue au fil de l'expression ; 6) la possibilité de s'accorder tient à la façon plus

ou moins attentive, lâche et détendue avec laquelle les personnes vivent et composent avec la coexistence des voix différentes – y compris de leurs différentes voix (ce qui implique également qu'elles vivent et composent de façon plus ou moins détendue et ouverte avec les concepts telles que ceux d'accord, de décision, de justice ou, comme nous l'avons vu dans la situation décrite, d'acharnement thérapeutique par exemple).