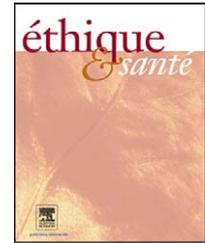




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

L'interdisciplinarité : une visée, une nécessité et une exigence au service du malade

Interdisciplinarity: Aim, necessity and requirement for caring the patient

C. Joly^{a,*}, A. Lainé^a, A. Catan^a, F. Pochard^{b,c}

^a Unités de soins palliatifs, service nutrition, douleur, soins Palliatifs, CHU Charles-Nicolle, 1, rue de Germont, 76000 Rouen, France

^b Clinique médicale du Château-de-Garches, 11 bis, rue de la porte jaune, 92380 Garches, France

^c Groupe FAMIREA, CHU Saint-Louis, avenue Claude-Vellefaux, 75010 Paris, France

Disponible sur Internet le 22 avril 2011

MOTS CLÉS

Spiritualité ;
Aide à la décision ;
Éthique ;
Soins palliatifs ;
Communication
interdisciplinaire

Résumé L'interdisciplinarité n'est pas donnée d'avance. Elle se construit au jour le jour. Elle est cependant une exigence de plus en plus nécessaire à la prise en charge des patients aujourd'hui, particulièrement en fin de vie. Nous essaierons de définir ce qu'est l'interdisciplinarité et de répondre aux questions suivantes : Quels en sont les enjeux ? Comment se met-elle en pratique et quelles en sont les conditions ? Quels en sont les écueils, en termes de vie de groupe (en particulier l'illusion groupale) et de décision commune ? Quels champs recoupe-elle ? Se limite-t-elle à la prise en charge clinique des patients ? Quelles ouvertures apporte-t-elle et en quoi est-elle fondamentale ?

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Decision making;
End-of-life
decision-making;
Ethics;
Palliative care;
Interdisciplinary
communication

Summary The interdisciplinarity is not beforehand given. It builds itself from day to day. It is however a requirement always more necessary for caring the patients today, particularly at the end of life. We try to define what is interdisciplinarity and to answer the following questions: What are the issues? How does it put into practice and which are the conditions? Which are the risks, in terms of life of group and of common decision-making? What fields does it recut? Does it limit itself to the clinical care of the patients? What openings does it bring and in what is it fundamental?

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : clemence.joly@chu-rouen.fr (C. Joly).

Le mouvement moderne des soins palliatifs, né en Grande-Bretagne au milieu du xx^e siècle, s'est développé en France à partir de la fin des années 1980. Entre autres valeurs, il promeut une nouvelle façon de pratiquer la médecine et de soigner. La médecine palliative met l'homme en tant qu'individu au centre de sa pratique. Si la médecine palliative utilise les connaissances acquises par la médecine positiviste, en particulier la médecine d'organes et la médecine par les preuves (*evidence-based medicine*), elle ne s'y limite pas. C'est d'abord une personne, dans sa globalité (physique, psychologique, sociale, spirituelle), qui est prise en charge et accompagnée, en particulier en cas de maladie incurable et en fin de vie.

Or, appréhender l'individu est complexe et ne peut reposer sur une seule approche. Le moment de la fin de vie et de la mort est un de ces moments extrêmes et fondamentaux de l'existence humaine. Il ne peut être appréhendé à l'aune d'une médecine uniquement technique et scientifique, ni même par un regard uniquement médical ou soignant [1]. Ainsi, au-delà de la médecine c'est tout le champ des connaissances qui est concerné par le mourir et la mort : psychologie, philosophie, anthropologie, sociologie, littérature, art, histoire, économie, santé publique... [2].

Une des particularités des soins palliatifs et des soins aux personnes en fin de vie est justement la tension entre l'objectivation de la maladie et la subjectivité, du soigné et du soignant [3]. Le travail en interdisciplinarité permet de transformer la tension en visée.

Mais qu'est ce que l'interdisciplinarité ? Quels en sont les enjeux ? Comment se met-elle en pratique et quelles en sont les conditions ? Quels en sont les écueils, en termes de vie de groupe et de décision commune ? Quels champs recoupe-elle ? Se limite-t-elle à la prise en charge clinique des patients ? Quelles ouvertures apporte-t-elle et en quoi est-elle fondamentale ?

C'est ce que nous essaierons d'aborder ici.

Qu'est-ce que l'interdisciplinarité ?

L'interdisciplinarité est une façon de travailler et une éthique du soin.

Il s'agit, pour la meilleure prise en charge possible du malade, de faire travailler ensemble les membres de l'équipe soignante à partir de compétences et d'approches professionnelles différentes, mais autour de problèmes et d'enjeux communs. Cette approche permet l'élaboration d'un savoir collectif (mais non exhaustif) sur le patient. Elle est une réponse face à la complexité de l'être humain et à la complexité des situations de soins actuelles : personnes de culture de plus en plus différentes, systèmes de croyance et de valeurs différents. L'intérêt est de parvenir à un but commun, que seule l'équipe peut atteindre. Elle l'atteint par la confrontation des visions différentes d'un même problème. Elle suppose un dialogue, l'échange de connaissances, d'analyses, de méthodes entre plusieurs spécialistes. Elle implique des interactions et un enrichissement mutuels. Il s'agit d'acquérir une connaissance plus complète

de la personne soignée, afin de pouvoir l'aider de la façon la plus adaptée possible.

Chaque discipline possède un savoir, des connaissances, des compétences spécifiques, ainsi que des règles de conduite particulières. La compétence et la rigueur dans sa propre discipline sont des conditions indispensables au bon fonctionnement du groupe, et un des garde-fous à l'égard des dérives possibles.

Travailler en interdisciplinarité demande une grande humilité, puisque les résultats sont perçus comme étant ceux de l'équipe et non ceux d'une discipline particulière.

En médecine, divers domaines peuvent être appréhendés dans une démarche interdisciplinaire : le soin quotidien, l'accompagnement des patients et des familles, les décisions difficiles, mais aussi l'enseignement, la recherche. Nous aborderons successivement chacun de ces domaines.

Si les soins palliatifs ont été pionniers, dans le travail en interdisciplinarité, les raisons en sont multiples : complexité de l'approche de la mort, enjeux émotionnels importants, mais aussi raisons historiques. Le mouvement des soins palliatifs en France s'est construit initialement à partir de la révolte de quelques médecins devant l'abandon des patients incurables et en fin de vie. Ces médecins, partis se former en Grande-Bretagne et au Canada, ont voulu promouvoir une autre façon de soigner : centrée sur le patient, dans une démarche individualisée et globale. Pour se développer, les soins palliatifs se sont appuyés sur des associations issues de la société civile, en particulier des associations de bénévoles [4]. Le travail en lien avec des non professionnels de santé et la prise en charge globale ont favorisé dès le début le développement de l'interdisciplinarité.

L'interdisciplinarité authentifie l'existence de différents niveaux de réalité dans l'être humain, et reconnaît la valeur de chacun. En cela, elle rejoint fondamentalement la prise en charge globale (physique, sociale, psychologique, spirituelle) proposée par les soins palliatifs.

Les équipes interdisciplinaires de soins palliatifs comportent des médecins, infirmiers, psychologues, parfois assistantes sociales, aides-soignantes, kinésithérapeutes. D'autres personnes, non soignantes, peuvent le cas échéant y contribuer : art thérapeutes, bénévoles, représentants des cultes ou de l'aumônerie etc...

D'autres spécialités médicales ont appris à travailler de façon interdisciplinaire, au moins dans certaines circonstances, comme lors des décisions de fin de vie, les entretiens de famille en réanimation, consultations d'annonce des cancers (dans le cadre du *Plan cancer*) [5,6].

Le *Plan cancer*, avec la mise en place des consultations d'annonce, est une étape vers plus d'interdisciplinarité autour des patients cancéreux [5]. La médecine interne propose aussi une forme de prise en charge globale des patients, mais l'interdisciplinarité n'y est pas encore une pratique courante.

Enjeux de l'interdisciplinarité

Les enjeux de l'interdisciplinarité sont multiples, tant sur le plan collectif, individuel, que professionnel.

Au plan professionnel, il s'agit, on l'a vu, de réduire la tension, dans la prise en charge des patients, entre l'objectivation et la subjectivité, du patient et du soignant,

afin de mieux connaître le patient, et lui offrir les soins les plus appropriés.

Au plan individuel, le travail en interdisciplinarité nécessite un travail sur soi, une remise en question permanente. Ces exigences font néanmoins progresser les personnes impliquées.

Au plan collectif, il s'agit enfin de comprendre et de dire que les phénomènes complexes ne peuvent être appréhendés de façon univoque.

La multiplication actuelle des connaissances, y compris dans la même discipline, entraîne une *babélisation*, qui ne peut continuer sans mettre en danger notre propre existence. Cette fragmentation des connaissances, cette *babélisation*, signifie qu'un décideur ne peut tout connaître, et donc devient de plus en plus incompetent [7]. Les décisions éthiques en particulier sont de plus en plus complexes du fait des avancées techniques. Elles demandent de plus en plus de compétences, dans différents domaines : compétences techniques, relationnelles, managériales, juridiques etc... L'interdisciplinarité, au sens où chaque professionnel apporte ses compétences dans un but commun, est une réponse à la complexité d'une situation, d'une prise en charge. Elle correspond à ce qui est appelé la transdisciplinarité dans d'autres domaines scientifiques [7].

Conditions de l'interdisciplinarité

Si l'organisation pratique de l'interdisciplinarité est importante (staffs, travail en binôme, échanges...), elle ne la résume pas. Pour être fonctionnelle, elle nécessite plusieurs conditions :

- la connaissance claire des rôles et des fonctions de chacun : l'interdisciplinarité n'est pas la confusion des rôles. Il ne s'agit pas de vivre dans la confusion mais d'accepter une culture professionnelle différente de la sienne. Chacun reste à sa place, et dans toute sa place, en étant complémentaire et synergique ;
- la responsabilité et l'autonomie dans son domaine de compétence : il n'y a pas de véritable interdisciplinarité sans liberté et respect de la parole et du travail de chacun ;
- l'identification d'objectifs et de projets communs ;
- la reconnaissance des procédures de décision ;
- ne pas verrouiller les propositions des autres membres de l'équipe [8] ;
- cette approche nécessite l'analyse des pratiques du groupe avec un tiers extérieur. Elle n'est pas donnée d'emblée, mais se tisse au quotidien.

Quels sont les écueils de l'interdisciplinarité ?

Les écueils sont multiples, et il faut sans cesse y être vigilant. Écueils communs à toute vie en groupe : conflits, projections de ses propres souffrances sur les autres, prise de pouvoir, abus de pouvoir, manque de vérité, de liberté, de tolérance etc... Écueils liés à l'illusion groupale, difficultés dans les prises de décision, manque de compétences.

Un des risques majeurs concerne le patient : c'est l'illusion qu'on peut tout savoir sur l'autre.

Croire que, sous prétexte qu'on travaille en équipe interdisciplinaire, on peut tout connaître d'un patient qui se confie à nous simplement à un instant *t* de sa vie (même s'il s'agit d'un instant fondamental, la fin de sa vie) est une grave erreur. Le risque aussi de penser que la prise en charge proposée peut sauver l'autre de ses souffrances, alors qu'on accompagne simplement. L'interdisciplinarité comporte le risque d'une vision globalisante, totalitaire sur l'autre. Il s'agit de suivre le patient et non le devancer.

L'illusion groupale

Un frein majeur à l'établissement d'un véritable travail interdisciplinaire est le phénomène *d'illusion groupale* [9,10].

L'illusion groupale est un phénomène psychique mis en place inconsciemment par un groupe pour se protéger contre les sentiments de menace, de dépersonnalisation, de dépendance et d'abandon vécus à des degrés divers par chaque membre du groupe. Ce phénomène d'illusion a donc pour fonction de remplacer l'identité de l'individu par une identité de groupe, de sorte que les individus s'y affirment tous identiques. À ce moment-là de la vie du groupe, l'interdisciplinarité ne peut pas exister. L'interdisciplinarité exige en effet comme nous l'avons vu la capacité de l'individu à penser par lui-même, à partir de ses compétences propres, bien différenciées de celles de l'autre. Cette capacité est fortement altérée par ce phénomène d'illusion groupale.

La fin de cette illusion, amenée par la désillusion, incontournable et nécessaire, permettra l'acceptation de la différence individuelle et son expression, sans sentiment de menace. Elle permettra à chacun de retrouver véritablement sa capacité de penser.

Il s'agit là d'un processus de maturation, tel qu'il se retrouve au sein du groupe famille ou du couple, et qui permet de passer d'un fonctionnement immature fondé sur la fusion et l'indifférenciation à un fonctionnement mature fondé sur l'acceptation de la différence et la reconnaissance des individualités.

Interdisciplinarité et décisions difficiles

L'interdisciplinarité est à la fois particulièrement utile et mise à l'épreuve dans les décisions éthiques difficiles qui entraînent un dilemme éthique (ou de conscience).

Les processus de décision d'un groupe ont été étudiés, et il est illusoire de croire que les participants sont totalement rationnels quand ils participent à une décision dans un petit groupe [9]. Les facteurs de séduction, les facteurs émotionnels, les enjeux relationnels, sans rapport avec la discussion, les stratégies relationnelles de protection entre les membres du groupe, les aspects organisationnels (places disponibles dans la structure, structures d'aval etc...) sont des éléments qui peuvent modifier le contexte de la discussion et de la décision.

Les possibilités de changement d'avis d'un groupe sont déterminées par trois facteurs : dans quel sens va chaque argument, la force de persuasion de l'argument et sa nouveauté (le degré auquel l'argument n'était pas connu du groupe avant la discussion) [11]. Les facteurs de cohésion (degré de proximité, fierté d'être membre, désir de travailler, cohésion émotionnelle, amitiés personnelles) sont des facteurs qui influencent la discussion (l'amitié personnelle peut être responsable du fait qu'un participant acquiesce à un jugement incorrect) [12]. Les bénéfices de partage d'information et de consensus dans un groupe sont nombreux. Il existe cependant des vices de forme au cours des processus de décision. Ainsi, par exemple :

- tendance inconsciente à la conformité et aversion à être différent, la pression à la conformité augmentant à mesure que le groupe est plus cohésif et attrayant [12] ;
- souhait d'un individu de ne pas trop s'écarter des standards du groupe [13] ;
- divisions entre les membres liées à la catégorie socioprofessionnelle, à l'éducation ;
- considérer que son propre avis n'a pas de valeur [12] ;
- désir de se présenter favorablement dans ses relations avec les autres, c'est-à-dire modifier sa réponse si on découvre que les autres partagent plus nos inclinaisons qu'imaginé (théorie de la comparaison interpersonnelle) [14] ;
- dans les groupes partageant une impulsion commune, l'action de certaines *personnes déclencheuses* peut avoir un effet contagieux [14] ;
- tendance à ne pas considérer un point de vue minoritaire comme une alternative réaliste [15] ;
- difficultés à vaincre l'inertie, les mécanismes de défense et à démonter les préjugés existants [14] ;
- soumission à l'autorité : l'autorité influence fortement les structures de l'organisation, dont les modes de communication, les sanctions, les récompenses ainsi que l'établissement des buts, des objectifs et des valeurs de l'organisation [16,17] ;
- reproduction d'une décision qui a déjà eu des conséquences positives [18] ;
- difficulté de critiquer une décision a posteriori à cause d'un engagement important, dû au fait que la décision n'est pas liée à des facteurs extérieurs (par exemple promesses de récompenses ou craintes de sanctions) mais à des raisons internes (valeurs personnelles, convictions), et à cause du poids de la décision déjà prise [19] ;
- tendance à suivre l'opinion du *dernier qui parle* sans tenir compte de ses propres informations [20] ;
- fragilité d'une opinion confrontée à une majorité d'opinions opposées [21].

Enfin, il faut se souvenir que les prises de décision (décisions médicales difficiles) surviennent toujours dans un contexte socioculturel déterminé, pouvant influencer le processus décisionnel.

Il est de la responsabilité du groupe de réfléchir aux moyens de limiter les dérives et les risques décrits ci-dessus.

Cela demande un travail important, y compris personnel. Une équipe interdisciplinaire qui fonctionne est une équipe dans laquelle règne à la fois une grande confiance et une grande liberté.

Pistes pour améliorer l'interdisciplinarité et les prises de décisions difficiles

Rigueur, ouverture et tolérance sont les caractéristiques fondamentales de l'attitude et de la vision interdisciplinaire. La rigueur dans l'argumentation qui prend en compte toutes les données est le garde-fou à l'égard des dérives possibles. L'ouverture comporte l'acceptation de l'inconnu, de l'inattendu et de l'imprévisible. La tolérance est la reconnaissance du droit aux idées et convictions contraires aux nôtres [7].

On peut proposer plusieurs directions pour améliorer les prises de décision en groupe.

Le philosophe Pierre Le Coz propose de revenir a posteriori sur la décision médicale, dans ce qu'il appelle *le moment rétrospectif de la décision médicale* [22]. Réfléchir sur les paramètres de la décision est important mais n'est pas toujours possible dans l'urgence de la décision. Cet exercice rétrospectif se situe en retrait du milieu clinique et hors du temps de *l'angoisse prédécisionnelle*, intégrant des personnes extérieures à l'équipe (autres professionnels de santé, mais aussi personnes issues des sciences sociales, juristes). Il permet d'acquérir ce qu'Aristote appelle *prudence (phronésis)* : la disposition, acquise de mener une délibération bien conduite, c'est-à-dire méthodiquement organisée par des règles auxquelles elle doit se plier. Aristote signale ainsi la lenteur parmi les conditions d'optimisation de la délibération : « s'il faut exécuter promptement les décisions, on doit délibérer lentement » (*Éthique à Nicomaque*). C'est le moment philosophique de la décision médicale, l'habitude d'exercer sa pensée à partir d'un cas clinique, mais hors contexte clinique, qui permet au médecin et à l'équipe interdisciplinaire de contracter la vertu de prudence dont parle Aristote [22]. L'aide de personnes extérieures peut être utile pour dépasser les difficultés possibles de remettre en question a posteriori rappelées plus haut.

L'organisation des réunions et concertations interdisciplinaires selon une éthique procédurale, comme l'éthique de la discussion d'Habermas [23] peut aider l'équipe à progresser vers les *bonnes habitudes* et l'expérience permettant d'acquérir une éthique aristotélicienne de la vertu (décider avec prudence). Pour Habermas, lorsque les acteurs ne partagent pas totalement la même vision du bien, l'argumentation seule permet de fonder une norme morale acceptable par tous afin d'arriver malgré tout à pouvoir prendre des décisions moralement justes. En effet, accepter la discussion nécessite de s'exprimer le plus clairement possible, de respecter des règles de syntaxe, de veiller à l'enchaînement logique des idées, d'écouter les positions contraires, d'argumenter tout en veillant à ne pas se contredire. Autant de normes, qui, sans que les interlocuteurs s'en rendent compte, vont les engager mutuellement. Dès lors que les acteurs acceptent de discuter entre eux, ils ont déjà tacitement admis un principe normatif et éthique qui les

enjoint à soumettre tout différend à des arguments destinés à réaliser un consensus [24]. Cependant, à notre sens, l'éthique de la discussion n'est qu'une méthode, et ne permet pas à elle seule à prendre des décisions justes. Si elle limite les effets indésirables de la dynamique de groupe et de l'illusion groupale, tels que décrits plus haut, elle est aussi limitée par eux.

Aussi, nous le répétons, une plus grande lucidité sur le fonctionnement du groupe et de soi-même (à l'aide de supervisions), une analyse des pratiques à l'aide d'un tiers extérieur, une bonne connaissance entre les personnes et une confiance partagée sont des aides indispensables à l'établissement d'une éthique de la vertu et à la construction de l'interdisciplinarité.

Champs concernés par l'interdisciplinarité

Le champ de la clinique ne limite pas l'interdisciplinarité, et travailler en interdisciplinarité dans d'autres domaines que la prise en charge des patients permet aux membres d'une équipe de mieux se connaître et donc de progresser également dans le domaine clinique (évaluation et prise en charge des patients, accompagnement, processus de décisions difficiles...).

Ainsi, l'interdisciplinarité s'applique également à l'enseignement (où on voit la richesse d'un cours ou d'une conférence à *plusieurs voix*) et à la recherche. La recherche en soins palliatifs fait particulièrement appel à plusieurs disciplines (médicales, philosophiques, psychologiques, éthiques, sociologiques, méthodologiques etc..) et à plusieurs méthodes : recherche biomédicale classique, recherche qualitative, méthodes mixtes.

Il ne s'agit pas de juxtaposer les approches, mais d'appréhender une réalité complexe et singulière (la fin de vie par exemple) grâce et à travers diverses disciplines et méthodes.

Cela demande aux chercheurs concernés, qu'ils soient professionnels de santé ou issus des sciences humaines, d'appréhender l'être humain et le monde dans leurs différents niveaux de réalité, régis par des logiques différentes.

L'interdisciplinarité n'est pas une aventure extérieure aux savoirs. Aucun savoir n'est absolument clos sur lui-même. Aucun ne peut effacer les autres. Les relations qui naissent de leur rencontre affecte chaque champ disciplinaire et permet une circulation des idées, des outils, des connaissances. Le décloisonnement des savoirs n'est qu'une façon de les approfondir [7].

Interdisciplinarité et spiritualité

Enfin, si l'interdisciplinarité n'est étrangère à aucune dimension de l'Homme et concerne tous les niveaux de réalité, elle doit prendre en compte la dimension spirituelle de l'être humain, plus particulièrement en fin de vie. Cela requiert d'être attentif à sa propre spiritualité et à ce qui la fonde (qu'elle soit rattachée à un courant spirituel, une religion, ou athée). L'intégration de la démarche spirituelle

dans la prise en charge interdisciplinaire du patient en fin de vie est donc indispensable, en lien au besoin avec les représentants des cultes [25].

Conclusion

L'interdisciplinarité n'est pas donnée d'avance. Elle se construit au jour le jour. Elle est un savoir-faire et un savoir-être. Elle contribue à cette recherche de cohérence et de sens essentielle dans la prise en charge médicale d'un patient.

Références

- [1] Mouillie JM. Soins et sens. In: Mouillie JM, Lefève C, Visier L, Todorov T, editors. Médecine et sciences humaines ; manuel pour les études médicales. Paris: Collection Médecine et Sciences humaines/Les Belles Lettres; 2007. p. 13–22.
- [2] Payne SA, Turner JM. Research methodologies in palliative care: a bibliometric analysis. *Palliat Med* 2008;22:336–42.
- [3] Lassaunière JM. L'interdisciplinarité et clinique du soin. XIV congrès de la SFAP; 2008.
- [4] Castra M. Bien mourir. Une sociologie des soins palliatifs. PUF 2003.
- [5] Plan national contre le cancer 2003-2007 http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/cancer/plaquette_cancer.pdf.
- [6] Azoulay E, Pochard F. Communication with family members of patients dying in the intensive care units. *Curr Opin Crit Care* 2003;9:545–50.
- [7] Nicolescu B. La transdisciplinarité – Manifeste. Monaco: Editions du Rocher. Collection « Transdisciplinarité ».
- [8] Petermann M. La transdisciplinarité : une condition préalable à la pratique des soins palliatifs. *Infokara* 2007;22:19–22.
- [9] Kaes R. L'appareil psychique groupal. Paris: Éditions Dunod; 2000.
- [10] Anzieu D. Le groupe et l'inconscient. Paris: Éditions Dunod; 1975.
- [11] Bishop GD, Myers DG. Informational influence in group discussion. *Org Behav Human Perf* 1974;12:92–104.
- [12] Whale WB, Boyle PG. Group Decision Making. *J Coop Extension* 1966:109–15.
- [13] Lewin K. Group Decision and Social Change. In: Swanson GE, Newcomb TM, Hartley EL, editors. *Readings in social psychology*. New York: Henri Holt; 1952.
- [14] Myers DG, Lamm H. The polarizing effect of group discussion. *Am Sci* 1975;63:297–303.
- [15] Nemeth CJ, Staw BM. The tradeoffs of social control and innovation in groups and organizations. *Adv Exp Soc Psychol* 1989;22:175–210.
- [16] Milgram S. Behavioural study of obedience. *J Abnorm Soc Psychol* 1963;67:371–8.
- [17] Simon HA. Rationality as process and product of thought. *American Economic Review* 1978;68(2):1–16.
- [18] Platt J. Social Traps. *Am Psychol* 1973;28:641–65.
- [19] Kiesler CA. The psychology of commitment. Experiments liking behaviour to belief. New York: Academic Press; 1971.
- [20] Hirschleifer DA, Thakor AV. Managerial conservatism, project choice, and debt. *Rev Fin* 1992;5:437–70.
- [21] Asch SE. Effects of group pressure upon the modification and distortion of judgements. In: Guetzkow H, editor. *Groups, leadership, and men*. Pittsburgh: Carnegie Press; 1951.
- [22] Le Coz P. Petit traité de la décision médicale. Paris: Éditions du Seuil; 2007.

-
- [23] Habermas J. De l'éthique de la discussion. Paris: Éditions du Cerf; 1992.
- [24] Svandra P. Le soignant et la démarche éthique. Estem 2009. p. 104.
- [25] Puchalski C, Ferrell B, Virani R, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the consensus conference. *J Palliat Med* 2009;12: 885–904.