

Colloque « Chercheur.es et acteur.es de la participation. Liaisons dangereuses et relations fructueuses »

David SMADJA

Atelier « Conflit et compromis dans la relation entre acteur et chercheur »

Acteur et observateur de la participation éthique à l'hôpital : les usages contrastés du « regard extérieur »

Cette communication vise à rendre compte de façon critique d'une collaboration construite, en tant que chercheur en science politique, avec les acteurs de la participation au sein d'un groupe de réflexion éthique à l'Hôpital. La loi de bioéthique de juillet 2001 a formalisé ces dispositifs en précisant qu'ils avaient pour mission d'organiser des échanges au sujet des questions d'éthique biomédicale et de participer à l'organisation du débat public afin de promouvoir l'information et la consultation des citoyens. Dans le contexte français, ces groupes optent *a posteriori* pour la réflexion à la différence des staffs éthiques qui, selon le modèle américain, visent surtout à encadrer *a priori* le soin en contexte professionnel et dont l'activité n'a donc aucune dimension générale et inclusive (Mitchell, *et al.*, 2000)¹. Les missions dévolues aux espaces éthiques permettent de les situer à la frontière entre les commissions consultatives ouvertes aux citoyens non élus et les dispositifs de représentation des citoyens usagers dans les services publics (Bacqué, 20005)². En effet, sans relever de la délégation de pouvoir et du contrôle citoyen, la participation démocratique vise tout de même l'information, la consultation et la conciliation.

L'installation de ces groupes doit être resituée au sein d'un processus global propre à la vie de l'hôpital qui met en discussion le pouvoir exclusif du médecin et donc le modèle du paternalisme médical (Hassenteufel, 1999)³. L'autorité médicale, d'ordre épistémique, est concurrencée par une autre forme de légitimité fondée sur la participation des acteurs dans la construction des choix collectifs et non sur leur validité théorique. Dans ce contexte de démocratisation et d'affirmation des droits des malades en 2002 (Mino, 2002)⁴, l'instrument *groupe de réflexion éthique* se donne pour objectif de permettre une expression et donc une participation plus large des acteurs traditionnellement subordonnés ou en position de subalterne, à la fois soignants (infirmières, auxiliaires de soin etc.) et patients citoyens (Wills, 2010) en instituant des arènes délibératives qui mettent aux prises des acteurs mutuellement engagés dans des processus de mise en œuvre des politiques sanitaires.

Dans ce contexte, notre communication vise à décrire et à analyser notre rencontre avec un groupe de réflexion éthique, qui met en scène de manière inédite un ensemble d'interactions entre médecins, infirmières, patients usagers et donc chercheur en science politique. Ce dispositif éthique donne lieu à un ensemble d'interactions entre plusieurs acteurs sans pour autant reproduire à l'identique les interactions professionnelles. Tout d'abord, à l'inverse des membres des comités d'éthique clinique, les membres de ce groupe appartiennent à des hôpitaux et à des services distincts et, n'étant pas directement collègues, ils ne sont pas destinés à interagir directement dans l'espace professionnel hospitalier. Ce faisant, les comportements observables font apparaître un échange d'arguments entre des acteurs ayant des rôles et « des appréciations différentes » de leur travail - à la fois professionnelles, participatives et académiques. En particulier leur horizon d'attente n'est pas

¹ Mitchell, Christine, Truog, R. D « From the Files of a Pediatric Committee », *The Journal of Clinical Ethics*, Summer 2000.

² Marie-Hélène Bacqué, « La démocratie participative, un nouveau paradigme de l'action publique ? », in Marie-Hélène Bacqué, Henri Rey, *Gestion de proximité et démocratie participative*, La Découverte, 2005, p. 16-17.

³ P. Hassenteufel, « Vers un déclin du pouvoir médical, un éclairage européen France-Allemagne », *Pouvoirs*, n° 89, 1999.

⁴ Loi dite Kouchner sur le droit des malades et la qualité du système de santé du 4 mars 2002. MINO Jean-Christophe, « Lorsque l'autonomie du médecin est remise en cause par l'autonomie du patient : le champ de l'éthique clinique aux Etats-Unis et en France », *Revue française des affaires sociales*, 2002/3 n° 3.

dirigé vers une décision à prendre en contexte d'urgence relative, mais plutôt vers l'objectif de partage de sens.

La rencontre entre chercheur.es et acteur.es de la participation a donc correspondu à la réalisation d'une observation participante⁵ du fonctionnement de ce collectif réalisée sur une période de deux ans et couvrant une quinzaine de réunions. La collaboration était largement informelle dans la mesure où la relation s'est construite sans lien avec une commande officielle et formelle émise par l'hôpital en direction du monde académique de la recherche et de l'université. Soustraite à toute forme contractuelle, elle s'est inscrite dans la durée sans plan préétabli ou cahier des charges, permettant ainsi une observation très faiblement directive et contraignante. Or, par sa souplesse, cette forme d'échange a pu être heuristique et féconde. En effet, en correspondant à une expérience sans précédent, c'est-à-dire sans trajectoires de collaboration préétablies, elle favorise l'observation de la genèse de la relation entre acteur et chercheur et permet de la décrire *in statu nascendi* en conservant l'« indétermination initiale de l'objet étudié »⁶.

De notre côté, cette offre a été acceptée et mise en relation avec un objectif de recherche consistant à décrire un dispositif participatif de « forum hybride » (Lascoumes *et al*), dans le cadre d'une démarche scientifique plutôt personnelle. De leur côté, les acteurs de la participation étaient à la recherche d'un « regard extérieur » (je cite) venant compléter leur activité de discussion mais indifférents à toute caution scientifique. Ainsi, lors d'une première rencontre avec ses membres fondateurs, il est apparu clairement que le groupe avait besoin d'un « nouveau souffle » et d'une aide à la démarche de réflexion éthique. Ses membres percevaient comme un dysfonctionnement du groupe participatif le fait que la conversation soit sans direction et sans implication. Il en a découlé une attente paradoxale, formulée par les membres du groupe, de l'intervention d'un tiers, ni soignant ni patient, ayant pour tâche de produire, non un jugement ou un verdict, mais *une écoute extérieure et éventuellement un encadrement de la discussion*. Or, cette médiation a opéré comme un appui multilatéral à la légitimation des différents acteurs - contribuant tantôt à alimenter le conflit préexistant tantôt produire des mécanismes d'expression et d'implication, aussi bien des acteurs forts qui comme les médecins ressentaient le besoin de renouveler leurs ressources théoriques et rhétoriques, que des acteurs faibles, côté infirmières et patients. Sous ce dernier aspect, elle a contribué à une pluralisation du sens puisque, en introduisant un tiers, l'observation-participation a contribué à développer une « infra-politique » (Scott, 2008).

1 Attente d'un « regard extérieur » et enjeu méthodologique

Par sa seule présence, l'acteur observateur de la participation éthique introduit une tension, étrangère à la fois au milieu professionnel et participatif, qui conduit les différents acteurs à se repositionner par rapport à lui et qui, de ce fait, modifie le phénomène participatif qu'il se propose d'observer, risquant ainsi de créer un artefact. Par exemple, l'acteur observateur joue un rôle qu'il est conduit par sa pratique à nécessairement prendre au sérieux et qui accentue une certaine « tradition participative » délibérative dont il est à la fois le porte-parole et l'analyste. Or, cette tradition argumentative peut avoir des effets induits contrastés. D'une part, elle contribue à construire une médiation entre les intérêts et les prises de position des acteurs professionnels (médicaux et paramédicaux) et associatifs. En même temps, elle place le chercheur dans une situation complexe où il risque d'observer une forme de délibération qu'il a lui-même contribué à mettre en place et donc d'inverser les effets et les causes.

Par ailleurs, cette immersion pratique propre à l'observation participante le met lui-même en position d'affronter une double tension, celle de l'observateur qui doit composer avec la spécificité de son objet et veiller à ne pas le re-fabriquer en évitant d'introduire des biais, et celle de l'acteur à qui l'on pose une question, que l'on sollicite et qui doit faire l'apprentissage de son rôle dans l'interaction (aussi bien au plan cognitif, en intégrant des connaissances professionnelles nouvelles, qu'au plan pratique, des savoirs et des savoir faire). Or, paradoxalement, pour le cas qui nous intéresse, l'observateur-acteur tend à surestimer l'effort cognitif que l'on attend de lui et apprend, au gré de l'interaction, que l'attente qui émane du groupe - et qui sanctionne la réussite ou l'échec de

⁵ « Ethnographie de la participation », *Participations*, 2012-3. On retrouve le projet d'une « enquête incorporant un moment central d'observation, de première main, directe ou participante, et de description dense dont précèdent les analyses. »

⁶ *Id.*

l'immersion (de l'intégration au groupe observé) - consiste à *ne rien faire* d'autre que *d'être soi-même et d'occuper la place de l'acteur disposant d'un « regard extérieur »*. Cette attente s'illustre notamment par l'utilisation banalisée de certaines expressions indigènes comme « jouer le rôle du candide ». Tout se passe comme s'il se formulait une attente d'ignorance et d'incompétence technique prenant paradoxalement la forme d'une compétence participative. Or, sur ce point, il apparaît très clairement une incompatibilité avec ce que doit faire un chercheur en science politique, qui a nécessairement en vue l'application de la norme ethnographique supposant de progressivement s'approprier les savoir et les savoir faire. A ce titre, on a pu observer que la mobilisation de connaissances médicales ou paramédicales produit une interruption de l'écoute de la part des médecins et des infirmières, et même des patients, qui ne sont pas à la recherche de prochains ou de semblables dont ils disposent en abondance autour d'eux dans l'environnement de l'hôpital et dont la présence est à la fois banale et sources de tensions. Tout au contraire, leur attente se dirige vers des perspectives rafraichissantes. A titre d'illustration, un philosophe intervenant régulièrement dans les débats d'éthique médicale, cite un passage de P. Ricoeur, qui définit la philosophie comme une activité de « rafraichissement du sens »⁷. Sur ce point précis, le chercheur se trouve donc en porte-à-faux dans la mesure où sa position de chercheur entre en conflit avec sa position d'acteur d'une manière qui relève du dilemme, c'est-à-dire qu'il ne peut réellement trancher sans sacrifice substantiel. En effet, s'il accepte pleinement sa position de spectateur au regard extérieur, alors il est conduit par la force des choses à concentrer son énergie à *jouer son rôle*, c'est-à-dire à se contenter de son personnage de candide, et joue sa partition sans travailler à recueillir les faits et à observer les conduites. Contrairement à l'ethnologue ou au sociologue, il ne doit surtout pas devenir invisible. Tout au contraire, il doit apparaître comme parfaitement visible dans son extériorité comme « le nez au milieu de la figure ». Si, à l'inverse, à travers ses prises de parole, il refuse trop souvent cette position et privilégie l'œil sociologique - comme il l'a pourtant annoncé aux membres du groupe en se présentant comme politiste - alors les acteurs du monde professionnel finissent par se lasser et par l'empêcher d'émarger au groupe en le sollicitant moins à participer à l'entreprise collective. Le processus est graduel dans la mesure où le rappel à l'ordre éthique et participatif débute par un avertissement (bavardage, bâillement ou sourire ironique lors des prises de parole du chercheur) puis se prolonge par l'expression d'agacement puis d'une indifférence. Il en découle un processus d'exclusion relative du chercheur politiste.

L'observateur ne peut occuper son poste que dans la mesure où il parvient à tenir ensemble acculturation et immersion au groupe professionnel et participatif préexistant (acquisition d'un savoir et savoir faire) et mise entre parenthèses aux yeux des acteurs de son projet d'immersion. Au plan méthodologique, une forme de gymnastique devient donc requise dans la mesure où l'observation n'est physiquement possible qu'à la condition que l'observateur fasse *comme si* il n'en était pas, il n'était pas familier avec les usages, les conduites et les tensions vécues par le groupe, tout en acquérant, sans le souligner trop fortement, cette familiarité. Pour faire son travail, l'observateur doit s'engager dans un rapport don-contre don assez atypique où il doit fournir un bien symbolique en tant qu'occupant d'un statut externe le dotant, comme d'une ressource, de ce regard extérieur, tout en recevant en échange une rétribution en termes d'accès à l'empirie.

Plus généralement, il ne s'agit pas simplement de faire preuve d'une réflexivité et d'une vigilance méthodologique plus poussées. Il s'agit plutôt de chercher à rendre compte d'emblée de la pratique participative comme d'une pratique embarquant le chercheur dont l'approche nécessairement extérieure se transforme en une ressource en contexte participatif. En effet, il n'est pas identique de questionner sa position de chercheur face à un fait social indépendant du regard scientifique et de faire de même face à un phénomène qui l'enrôle de manière aussi significative. Autrement dit, l'observation participante n'a pas la même signification selon que le phénomène étudié ne contient pas l'activité du chercheur, ou bien qu'il la contient à titre d'ingrédient central.

⁷ Présentation d'un responsable d'un Master d'éthique médicale, lors d'un séminaire à Paris Est, 2 décembre 2014.

La place du chercheur dans le jeu participatif : un regard extérieur congruent au codage médical dominant

Le groupe de réflexion éthique fait apparaître un ensemble d'interactions entre une douzaine de membres : médecins, kinésithérapeutes, coordonnateurs de bénévoles, infirmières, cadres infirmiers, membres d'associations, parents et chercheur politiste.

La relation entre le médical et le paramédical, entre médecins et infirmières, est hiérarchique (Cicourel, 1994)⁸ et révèle du rapport de pouvoir. Appliquant cette approche à l'éthique institutionnelle, les travaux de D. Memmi consacrés au Comité consultatif national d'éthique (CCNE) montrent que les phénomènes de délibération entre professions médicales et paramédicales et entre soignants et soignés sont à minimiser en soulignant l'existence d'un système hiérarchique de rôles centré autour de la figure du mandarin et du PU-PH : « La règle du jeu explicite commandant l'activité "éthique" est d'être nanti d'une compétence non directement morale mais scientifique, la seconde venant garantir la première. Pour cette raison, l'espace des positions est plus heuristique que le champ de l'argumentation (Perelman) propre au modèle délibératif pour sauver les phénomènes observables. Et la prégnance des rapports entre dominants et dominés conduit à préférer un paradigme de la force (N. Dodier).

Le groupe de réflexion éthique introduit une situation professionnelle nouvelle, qui conduit les infirmières à devoir argumenter dans l'interaction avec le chercheur d'une manière qui ne correspond en rien à la définition traditionnelle de leur poste de travail. En particulier, l'objectif de délibération doit leur permettre de s'engager dans une pratique de discussion avec des médecins disposant d'un statut hiérarchique supérieur et entretenant un rapport asymétrique avec elles (Freidson, 1984)⁹. Or, l'observation permet d'établir que ce déséquilibre demeure *en dépit*, et possiblement *en raison de* la présence du tiers chercheur orienté vers la pratique de l'argumentation. Il apparaît en effet un effacement infirmier au cours de la discussion qui se mesure de manière quantitative au nombre de prises de parole consignées dans les comptes-rendus. Or, cette situation n'est pas liée au statut de nouvel entrant, c'est-à-dire à une période d'ajustement et d'adaptation aux nouvelles règles du jeu éthique. Tout au contraire, elle perdure sur de longues périodes de temps faisant apparaître une position hybride de certaines infirmières qui sont assez concernées pour faire acte de présence et jouer le jeu institutionnel mais dont le concernement ne les conduit pas pour autant à jouer le jeu délibératif. En témoigne l'évaluation de l'une d'entre elle qui reconnaît l'apport professionnel de cette participation au groupe éthique tout en informant de sa difficulté à « rentrer dans les problématiques du groupe »¹⁰. Du fait qu'elle implique la montée en généralité (C. Hamidi), la conversation éthique regarde avant tout les médecins (Fox, 1959)¹¹.

Le déroulement de la conversation éthique, qui suppose l'expression des opinions de chacun et la prise en compte de tous les points de vue, semble donc contrecarré de manière significative en faisant apparaître « une position dominante hégémonique » et les infirmières semblent reconnaître l'existence d'un discours officiel dominant opérant un verrouillage relatif du sens et très peu accessible à la contestation. Au vrai, les médecins s'engagent en complicité avec le chercheur dans la discussion éthique en privilégiant des types d'expression difficilement compréhensibles par les infirmières.

Par exemple, le passage de compte-rendu de séance ci-dessous réalisé par la coordonnatrice du groupe illustre la teneur peu inclusive des discussions éthiques :

« S'ensuit une discussion principalement entre DS (chercheur) et ZI (médecin) : DS rappelle que

⁸ Cicourel A, « La connaissance distribuée dans le diagnostic médical », *Sociologie du travail*, XXXVI, 4, 1994, pp. 427-449.

⁹ François Dubet, *Le déclin de l'institution* : « La reconnaissance impossible ». Le sociologue évoque un monde dominé par les médecins et par les hommes.

Geneviève Picot, « Entre médecins et personnels infirmiers à l'hôpital public : un rapport social instable », *Revue française des affaires sociales*, 2005, 1 n°1, « modèle type du rapport de couple conjugal : les médecins sont des hommes, les infirmières sont des femmes. » « proximité de genre » du travail des infirmières.

¹⁰ Compte-rendu n°13 p. 2.

¹¹ A ce propos, Renée C. Fox parle de « imperfect mastery of available knowledge » des infirmières, Renée C. Fox, *Experiment Perilous, Physicians and Patients Facing the Unknown*, 1959, The Free Press, Glencoe, Illinois, p. 238.

l'euthanasie active est un crime commis par un médecin dans un acte volontaire ayant pour fin la mort d'un malade, acte condamné par la loi. Mais ce terme, violent, renvoie à des intentions et des contextes qui peuvent être très différents : quelle décision va respecter la dignité d'une vie ? Respecter cette vie ou l'abréger et qui en juge ? Juridiquement, le médecin est hors-la-loi de toutes façons, certains vont assumer, d'autres agiront sans en parler. La loi et la morale ne sont pas superposables, mais aux yeux de la loi, il y a notion de faute, avec punition et réparation, et cela n'a pas à voir avec son propre sentiment de culpabilité. »

Ici, à première vue, une action se produit qui rompt la continuité de l'interaction et du sens commun en supposant acquises une compétence cognitive qui implique une formation spécifique de niveau supérieur. Dans ce cadre, le chercheur apparaît dans un premier temps une partie prenante largement localisée dans l'espace politique et dont les interventions s'inscrivent dans l'horizon d'attente du public. En ce sens, de manière semi-consciente, il opère comme un appui extérieur (une sorte d'adjoint au dominant) à l'hégémonie. Par exemple, lors d'un débat, un médecin spécialiste réagit à une prise de parole où j'attirais l'attention sur l'étymologie du terme *eugénisme*, en discutant avec bienveillance et avec un sourire en coin une question de méthode : « dans mon souvenir de mes cours de philo de Terminale, l'approche étymologique n'est pas la meilleure pour traiter un sujet ! » A l'évidence, ce type de cadrage conduit à réunir au sein d'un même monde social le chercheur et le médecin et symétriquement à en exclure l'infirmière qui a moins de chance de penser en termes de culture générale et en particulier de garder un souvenir vif et gratifiant de l'enseignement de la méthode du questionnement philosophique. Dans ce cas, l'action de coordination qui se produit se cantonne à l'échelle locale où les médecins et le chercheur ont plus de chance de trouver leur compte à l'évocation abstraite de concepts ou de noms de philosophes. Par une « territorialisation » de la coordination, essentiellement orientée vers moi-même en tant que « regard extérieur » universitaire, la prise de parole et le cadrage du médecin sont ipso facto écartés par le groupe d'infirmières dont l'engagement s'accompagne d'une forme de renonciation à toute délibération politique et abstraite. Elles sont comme les citoyens décrits par N. Eliasoph qui doivent affronter le surgissement de la sphère publique et l'émergence d'une discussion réfléchie et libre (Habermas) et qui sont tellement « submergées » qu'elles en « deviennent incapables de toute pensée » « paralysées par la conscience aiguë (...) de tous les problèmes qui affligent le monde. »¹²

La discussion éthique revêt les mêmes limites que le débat politique. En tant qu'elle suppose l'existence et l'assomption de la part des parties prenantes d'un désaccord ou d'un dilemme prenant pour objet une question sensible et souvent douloureuse, l'option de la délibération éthique est écartée par les infirmières qui manifestement ne souhaitent pas reproduire et aggraver la tension qu'elles affrontent frontalement dans l'expérience clinique du lit du malade. Cette apathie éthique apparente reflète un « désir de faire un geste porteur d'espoir pour eux-mêmes et pour les autres citoyens »¹³ et il s'appuie, au plan cognitif, sur la croyance en l'existence de situations cliniques essentiellement problématiques et relevant de ce fait de l'indécidable. Contrairement aux médecins flanqués du politiste qui trouvent une certaine condition de félicité dans la réflexivité discursive, les infirmières n'y trouvent pas leur compte parce qu'elles partent d'une prémisse différente dans leur interprétation du réel qui consiste à reconnaître la prééminence du tragique. De là il découle qu'elles visent essentiellement à « dissimuler leur propre impuissance » et « s'abstenir de désigner du doigt quelqu'un en raison de son ignorance politique » (p. 117)¹⁴.

¹² N. Eliasoph, « Citoyens du quotidien », *Espace Temps*, 76-77 ; 2001 Repérages du politique, Regards disciplinaires et approches de terrain, p. 114

¹³ *Idem*, p. 114/

¹⁴ *Id.* « comme ces bénévoles pensaient que l'information n'est pas quelque chose à quoi tout le monde a nécessairement un égal accès, ils considéraient que le fait de discuter d'un sujet exigeant beaucoup de connaissances était une pratique élitiste et donc nuisible à ce sentiment de bonne entente qu'ils cherchaient tant à promouvoir » p. 117

3 Le « regard extérieur » comme révélateur de la résistance infra-verbale des acteurs-trices subalternes

Pour autant, si la prédominance des positions médicales semble consolidée par la présence du regard extérieur du politiste, sa présence permet également de rééquilibrer la relation entre médecins et infirmières, médecins et patients. A son contact, les membres des professions paramédicales (cadres de santé, infirmières, auxiliaire de santé) et patients émergent comme sujets et interlocuteurs, par la construction d'un savoir et d'un pouvoir spécifiques de profane¹⁵.

Tout d'abord, la dimension participative et argumentative apportée par le chercheur et son regard extérieur opère comme un contexte d'action et d'énonciation dont les effets sur les acteurs subalternes et leurs pratiques sont souvent indirects. Chaque participant au dispositif éthique ressent une « incertitude normative » (Dodier, 2005), une tension nourrie par des interprétations contradictoires qui induit une autre forme de conversation engageant à sa manière chez les infirmières un retour sur le sens des choses et des rapports entre les personnes. Infirmières et usagers ne peuvent participer à un groupe de réflexion éthique qu'en raison du fait qu'ils reconnaissent la légitimité de la prise de distance qui est incarnée par le représentant du regard extérieur dont la seule présence permet une mise en perspective de la parole du médecin.

Par exemple, lorsque je rejoins le groupe de réflexion éthique, il n'existe pas de règles et de rôles fixés mais une situation de départ qui conduit les acteurs à ressentir intuitivement une frustration professionnelle (éthique ou déontologique) et à se tourner vers un regard extérieur. Cependant, cette attente est intuitive et son contenu est flou. Elle prend comme point de départ une suggestion faite par un acteur associatif de formation philosophique à la coordonnatrice du groupe, actrice associative, qui la reprend à son compte et qui trouve en elle une forme de sens susceptible de conforter les parties prenantes. L'intention de départ n'est donc pas claire et rationnelle, résumée dans un calcul stratégique en fonction d'un objectif précis à atteindre. Il s'agit tout au contraire d'une idée assez vague dont la persuasion et la force résultent d'une position associative et participative partagée qui trouve dans la posture universitaire – et par conséquent dans la personne du chercheur – une figure perçue comme bienveillante et consensuelle. A l'origine, ce sont donc les usagers et les patients qui sollicitent le regard extérieur, et non les médecins qui sont plutôt autosuffisants et prétendent piloter par eux-mêmes la vie de l'hôpital et réguler les éventuels différends. L'intervention politologique leur apparaît comme étant extérieure, ou bien redondante ou potentiellement risquée et dangereuse dans la mesure où elle pluralise les autorités et donc contribue à réversibiliser les rapports hiérarchiques. Cette position se traduit lors des entretiens avec des médecins plus généralement engagés dans des dispositifs éthiques qui, tout en reconnaissant la nécessité de l'inclusion participative, ne se privent pas de me rappeler que la réflexion en éthique médicale est une question de compétence et de responsabilité professionnelles et qu'à ce titre les infirmières – et jusqu'au psychologue des services - gagnent à être recadrées et formées. Sur ce point, il est clair que la présence du chercheur peut apparaître aux yeux de certains médecins comme déstabilisante.

Le passage de compte-rendu ci-dessous permet de rendre compte de la difficile articulation des points de vue entre celui du chercheur et celui des médecins.

DS (chercheur) souhaite replacer le sujet du jour **dans la continuité du questionnement du groupe autour de la responsabilité et de la participation des parents. Pour lui, le mot *participation* recouvre une idée forte, transversale, un acte politique, social qui implique un rapport d'égalité dans le souci du respect des droits de l'individu.** La participation à une décision de fin de vie, ou à l'évolution des soins, n'est pas seulement une problématique psychologique. C'est un principe de paix (...).

ZI (médecin) pose la question de ce que cela signifie concrètement : participation des parents ou non aux décisions?

YI (médecin) souligne l'importance d'aborder l'intérêt de l'enfant de façon globale sans opposer les droits des enfants à ceux des parents, et/ou à ceux des médecins, d'ouvrir un champ de réflexion commun, en respectant l'asymétrie des positions, qui favorise le principe de paix évoqué plus haut. Si

¹⁵ Jean-Christophe Mino, « Lorsque l'autonomie du médecin est remise en cause par l'autonomie du patient : le champ de l'éthique clinique aux Etats-Unis et en France », *Revue française des affaires sociales*, 2002/3 n° 3.

on met en avant les droits de chacun, on va au conflit.

QP (usager, actrice associative) propose l'idée d'une mise en perspective des positions de chacun, sans clivage et sans uniformisation.

Dans ce fragment de discussion apparaît clairement l'exploitation du regard extérieur par les acteurs traditionnellement subalternes dans leur effort pour reversibiliser la parole et sortir des voies de l'asymétrie médicale. A cette fin, la mise en perspective produite par le chercheur constitue clairement un moyen de contrebalancer «l'invincibilité discursive»¹⁶. (E. Seguin) du discours médical.

Par ailleurs, on a vu que la non-participation au débat des acteurs subalternes est caractéristique du fonctionnement du groupe. Cependant, elle n'est perceptible au plan méthodologique que lorsqu'on s'en tient au «Public transcript»¹⁷. Les acteurs subalternes ne s'autorisent pas facilement à prendre la parole en public en raison des sanctions le plus souvent symboliques qu'ils risquent de recevoir. En revanche, lorsque l'on change de perspective, alors on peut voir apparaître un «Hidden transcript» qui traduit une expression (voix) et donc une participation politique au sens où elle traduit une opinion politique critique du pouvoir et de l'hégémonie - «résistance infra-politique» -, et en même temps non politique au sens de non publique, qui n'apparaît pas dans l'espace public partagé par tous les acteurs. Les infirmières reprennent à leur compte un discours officiel hégémonique largement emprunté au discours des médecins en acceptant de siéger sans contestation dans des groupes éthiques dominés par les médecins. En même temps, lorsqu'elles sont interrogées à part lors d'entretiens individuels, elles acceptent de parler sous couvert d'anonymat ou bien en parlant par périphrase. En particulier, lorsque le chercheur formule une interprétation critique des groupes d'éthique présentés comme lieu de perpétuation de l'hégémonie médicale et lorsqu'il leur demande de réagir, elles abondent volontiers dans son sens. Dans ce cas, le chercheur, pris à part, constitue au contraire un appui extérieur permettant de publiciser (sans pour autant officialiser), c'est-à-dire de franchir un premier degré de publicité tout en se maintenant à l'intérieur de la scène privée. Par exemple, après l'une de mes prises de parole sur les enjeux de la participation mettant en évidence le risque que les groupes d'éthique ne deviennent une tribune pour les seuls médecins, une infirmière discrète et silencieuse profite d'un moment où nous nous trouvons seuls après la réunion pour reprendre à son compte l'une de mes formulations : « le risque de monologue du médecin ».

De même, après une séance d'un groupe de réflexion d'un autre hôpital mais au fonctionnement similaire, un cadre infirmier profite du moment où nous prenons congé les uns des autres pour me dire avec un large sourire et sur un ton partiellement ironique : « Bravo ! Vous autres parlez avec un tel brio. Non, vraiment, on ne se lasse pas de vous écouter. » (rires). Contextualisée, c'est-à-dire mise en situation, cette prise de parole laisse transparaître un «Hidden transcript» à lire en filigrane parce qu'enchevêtré dans le «Public transcript». Or, clairement, ce genre de déclaration a moins de chance d'apparaître dans l'interaction publique avec le médecin. En une prise de position, cet acteur combine les deux qualifications possibles de l'activité du chercheur dans le groupe selon la partie de discours que l'on choisit d'accentuer. Tantôt, cette activité s'apparente à celle des médecins cultivés et beaux parleurs («Vous autres» ou bien «on ne se lasse pas»), tantôt elle ouvre une possibilité d'expression privée du caché. A première vue, la présence du chercheur en tant qu'acteur et observateur dénature et rend artificielle l'observation en consolidant la dimension exclusivement publique et donc superficielle de l'observation. D'un autre côté, elle permet, si l'observation publique est prolongée d'une observation des à-côtés ou d'entretiens, d'ouvrir un espace d'expression privée et critique pour les acteurs subalternes – ce qui correspond à l'expression d'une «politique ordinaire» ou «personnalisée» au sens de N. Eliasoph¹⁸ -, et du même coup un champ d'observation plus exhaustif pour le chercheur.

¹⁶ Eve Seguin, «L'invincibilité discursive des nouvelles technologies de la reproduction», *Mots*, septembre 1995, n° 44, p. 41.

¹⁷ James C. Scott, *Weapons of the weak: Everyday forms of Peasant Resistance* (1985) James C. Scott, *Domination and the arts of resistance: Hidden Transcripts*. (1990)

¹⁸ N. Eliasoph, *Avoiding Politics, How Americans produce apathy in everyday life*, Cambridge, Cambridge University Press, 1998.

En conclusion, du fait de son éthos et des schèmes qu'il privilégie, le chercheur se range du côté des médecins et il est prédisposé à passer à côté de l'infra-politique. En même temps, du fait de la distanciation critique, de l'ouverture qu'il rend possible et de sa disponibilité en dehors de la scène publique *stricto sensu* pour les formats du type « petit comité », le chercheur constitue un catalyseur pour l'expression des acteurs subalternes.

Résumé :

Cette communication vise à rendre compte de façon critique d'une collaboration construite, en tant que chercheur en science politique, avec les acteurs de la participation au sein d'un groupe de réflexion éthique à l'Hôpital. Occupant à la fois le rôle d'acteur de la participation, en répondant à une demande d'encadrement de la discussion, et le rôle d'observateur engagé dans une observation participante, le politiste se trouve en situation sensible. Tout d'abord, il doit privilégier l'immersion alors que les membres du groupe l'invitent à jouer le rôle du regard extérieur et du candide. Puis, son extériorité une fois assumée le conduit tantôt à en rallier les médecins contre tous les autres par l'utilisation de ses compétences argumentatives, tantôt à mettre au jour des ressorts cachés du groupe de réflexion éthique en révélant des conduites de résistances infra-verbales (Scott, 1998)

This article intends to describe the process of a sociological inquiry relating to the interaction of a political scientist with participating actors within an ethical committee at a Hospital. Playing the double role, actor embedded in a participatory design on one side, and social scientist dealing with a participatory observation on the other, the political scientist stands in tension. He must focus on observation and sociological immersion whereas the actors (doctors, physicians and nurses among others) urge him to endorse the outsider's approach. In addition, being an outsider leads him to contrasted effects: on one hand, his argumentative skills contribute to foster the medical approach and, on the other hand, his sociological interaction with the weak reveals « hidden transcripts » (Scott, 1998).