

Relation soignant-soigné et risque d'erreur de diagnostic dans la pratique médicale hospitalière en milieu urbain (Togo)

DOUTI Boaman Jovit Majoie^{1*}

Résumé

Le problème central mis en examen par cette recherche est le phénomène de l'erreur de diagnostic médicale devenu une donnée de plus en plus observable dans la pratique hospitalière du district sanitaire du Grand-Lomé. Ce constat difficilement retraçable à partir de données statistiques n'échappe pourtant pas au parcours de soin des patients qu'il a été possible de reproduire à partir de matériel de recherche sociologique combinant l'observation participante et l'enquête quantitative menée auprès de 120 praticiens et 176 patients rencontrés aléatoirement sur des sites de soins que nous avons pris le temps d'identifier au préalable selon des critères de choix raisonnés. La restitution des récits thérapeutiques des patients a été possible grâce à la mobilisation de techniques d'exploration en profondeur telles que l'entretien semi-directif et le focus group mené aussi bien avec les patients que les prestataires de soins dans le respect des règles de l'anonymat. L'activité du diagnostic ne pouvant être dissociée de sa composante relationnelle, il nous a semblé pertinent de recourir à une perspective interactionniste pour un décodage des relations entre le corps médical et les usagers des services de santé. Nous avançons l'hypothèse que l'incertitude permanente qui caractérise le travail de diagnostic du médecin révèle une double complexité médicale et relationnelle. La survenue d'un événement indésirable lié au diagnostic au-delà de sa dimension technique révèle surtout les éléments conflictuels d'une démarche de soin qui tente difficilement de concilier l'univers scientifique du médecin avec l'univers social du patient. Le corps du malade fait l'objet d'une médiation instrumentale qui accentue la distance entre le soignant et le soigné aussi bien du point de vue de la perception de la maladie que des protocoles envisagés qui sont parfois source de tensions et de plaintes.

Mots clés : Diagnostic-erreur-Hypertechnisation des soins-relation-soignant soigné-risque

Doctor-patient relationship and risk of error diagnosis in hospital medical practice in urban areas (Togo)

Abstract

The central problem examined by this research is the phenomenon of medical diagnostic error, which has become an increasingly observable fact in hospital

¹ Sociologie de la santé, FSHS/Université de Lomé

***Auteur correspondant :** DOUTI Boaman Jovit Majoie, Sociologie de la santé ; FSHS/Université de Lomé ; doutijovit@gmail.com

practice in the Grand-Lomé health district. This observation, which is difficult to trace from statistical data, does not escape the patient care pathway, which could be reproduced from sociological research material combining participant observation and quantitative survey conducted with 120 practitioners and 176 patients randomly encountered at care sites that we took the time to identify beforehand according to reasoned selection criteria. The restitution of patients' therapeutic stories was possible thanks to the mobilization of in-depth exploration techniques such as semi-directive interviews and focus groups conducted with both patients and care providers in compliance with the rules of anonymity. Since the activity of diagnosis cannot be dissociated from its relational component, it seemed relevant to us to use an interactionist perspective to decode the relationships between the medical profession and the health services users. We put forward the hypothesis that permanent uncertainty which characterizes the diagnostic work of the doctor reveals a dual medical and relational complexity. The occurrence of an adverse event linked to the diagnosis beyond its technical dimension reveals above all the conflicting elements of a care approach which tries with difficulty to reconcile the scientific universe of the doctor with the social universe of the patient. The patient's body is the object of an instrumental mediation which accentuates the distance between the caregiver and the patient both from the point of view of the perception of the disease and the protocols envisaged which are sometimes a source of tensions and complaints

Keywords: Diagnosis-error-Hypertechnization of care-doctor-patient relationship-risk

Introduction

La pratique médicale s'est pendant longtemps emparée de l'erreur médicale comme une contingence nécessaire à l'exercice de l'activité médicale. Une grande part du travail du médecin étant régi par l'imprévisibilité et l'incertitude, les marges d'erreur apparaissent comme une donnée tolérable à incorporer par l'expertise médicale. Bien que le recours à l'erreur médicale ne soit pas devenu un argument pour relativiser les actes manqués de la médecine en tant que sciences imparfaites, elle s'invite de plus en plus dans les réflexions éthiques et déontologiques sur les procédures rationnelles à mettre en place pour sécuriser l'acte médical. De ce point de vue éthique, N. Crigger (2004) reconnaît que l'erreur médicale peut être envisagée par le prisme des notions d'intentionnalité, de choix, de responsabilité et de secret. C'est ce qui invite également à considérer le décret N 2013-045/PR portant code de déontologie du médecin au Togo qui fixe les contours éthiques de la responsabilité médicale relatif à tout acte de soins y compris le diagnostic. La portée médico-légale et sociétale prise par la question de l'erreur médicale tend parfois à dépasser le cadre restreint de la profession médicale. La prévention et la gestion des événements

indésirables associés aux soins (EIAS) s'intègrent dans un large éventail d'actions gouvernementales visant à améliorer la qualité des soins et renforcer la sécurité des patients à toutes les étapes du processus de prise en charge des maladies. L'harmonisation des protocoles de soins, la construction des dispositifs de détection de risques font partie intégrante des stratégies universelles engagées pour minimiser l'occurrence du risque d'erreur et sa gravité pour les patients. Les hôpitaux ont cherché, ces dernières années, à renforcer leur politique de qualité-sécurité (T. Vogus et al., 2010). L'une des clefs de l'optimisation du système de soins est d'apprendre des erreurs commises antérieurement pour éviter leur reproduction (F. Latil et al., 2008). En effet, les risques d'erreurs techniques et humains autrefois moins fréquemment évoqués en milieu hospitalier sont devenus aujourd'hui des objets irréfutables d'alerte médicale. Les études à grande échelle dans différents pays ont montré que la part des événements indésirables associés aux soins (EIAS) dus à des erreurs diagnostiques allait de 7 à 36 % (AD. Auerbach et al., 2024).

L'ampleur croissante prise par le phénomène d'erreur se justifie dans un contexte de complexification de la pratique médicale et d'hypertechnisation des soins. En même temps qu'il paraît inévitable de souligner les progrès techniques et technologiques réalisés dans le domaine de la médecine, il nous est impossible de ne pas relever à quel point ils ont aussi contribué à une exacerbation des facteurs d'erreur dans la pratique médicale. Le pan le plus remarquable est celui du diagnostic médical qui débute le processus thérapeutique. L'excessive vigilance portée sur les actes médicaux dans les structures de soins, l'apprentissage répétitif des gestes médicaux par le personnel de santé, les principes de précaution applicables aux procédés de recherche et d'investigation thérapeutique témoignent du souci de réduire les marges d'erreur liées aux décisions médicales. Ce souci éthique et déontologique de préservation de la dignité humaine face à la maladie est une recommandation de la politique nationale de santé au Togo. Il se concrétise sur le terrain à travers les principes d'assurance qualité et mesures de sécurité respectivement applicables aux personnels aux démarches de soins en réponse à des injonctions internationales. Dans le rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) « *Global safety action plan 2021-2030 Towards eliminating avoidable harm in health care* », l'objectif stratégique 3 « Assurer la sécurité de chaque processus clinique » incite les gouvernements à établir un programme d'amélioration de la sécurité des patients portant notamment sur la

sécurité diagnostique, en particulier dans les soins primaires (World Health Organization, 2021)

Il est à noter cependant que l'examen des parcours de soins des patients dans les établissements de soins publics et privés à Lomé renseigne sur une occurrence croissante de l'erreur de diagnostic médical devenue un fait presque courant rencontré dans les univers hospitaliers en ville. Les erreurs correspondent parfois à des faits isolés non facilement retraceables à partir de rapports d'activités ou d'expertises médico-légales, s'il y a lieu. Bien qu'il nous soit difficile de retracer les données statistiques des erreurs médicales dans les établissements de soins dans la région sanitaire du Grand-Lomé, l'expérience thérapeutique des patients apporte des preuves que les erreurs se sont étendues au-delà de simples fautes d'inattention du personnel de santé ou de gestes techniques manqués. La difficulté à retracer les données tient en partie de la complexité organisationnelle à reconnaître les erreurs et à les classer en fonction de leur origine et incidence sur l'état de santé du patient. Les erreurs médicales sont très courantes du fait de la complexité des métiers liés aux soins. (J. Kalra et al., 2013).

La littérature médicale tient à séparer le concept d'erreur médicale de celui d'« aléa médical » ou encore « d'accident médical ». Alors que les deux derniers renvoient à la survenue accidentelle d'événements indésirables lors des actes de soins chirurgicaux, ou encore à des défaillances de nature systémique, le premier paraît plus insister sur les processus humains et techniques à la base de la survenue de l'erreur. Les discours des patients rencontrés lors de nos visites de terrain situent le plus souvent l'erreur dans les prises de décisions thérapeutiques. Dans les hôpitaux publics à Lomé, il est parfois questionné l'efficacité des actes diagnostiques, dont certains induisent des erreurs de traitement et des risques complications pour les patients. Des retards de diagnostic vécus par les patients hospitalisés sont souvent associés au tâtonnement et à l'indécision du corps médical. Quelques fois, l'absence de diagnostic de départ clair lors des consultations médicales, obstétricales, pédiatriques aboutit à des événements indésirables, et dans les cas les plus sévères les risques de décès prématurés de patients.

À première vue, l'analyse de ces constats nous renvoie aux théories de la responsabilité du médecin. Elles portent un jugement critique sur le modèle de raisonnement hypothético-déductif du médecin en formulant l'hypothèse qu'il ne dispose pas toujours d'informations complètes

pour une prise de décision rationnelle. Bien que pertinente, cette posture exclut radicalement du processus de fabrication de l'erreur un acteur important du processus transactionnel de diagnostic, le patient. Or l'erreur médicale même si elle renvoie à un champ d'application clinique ne peut être envisagée en dehors de la relation thérapeutique médecin-patient.

I. Petite clarification conceptuelle

La perception de l'erreur médicale varie selon les contextes de rencontre thérapeutiques, les caractéristiques des patients et les biais relationnels en jeu. En cela, l'apport fondamental de cette recherche est de contribuer à une évolution des réflexions scientifiques sur le processus de production de l'erreur médicale. Nous défendons le postulat que c'est la rencontre sociale du patient avec le médecin qui déclenche le processus d'erreur médicale. Ici, ce qui est mis en examen, ce n'est pas tant la légitimité du médecin, mais plutôt les circonstances de la rencontre entre médecin et patient qu'il convient d'explorer en profondeur. L'erreur de diagnostic même si elle conserve sa propriété médicale est envisagée dans le cadre d'une relation soignant-soigné. L'objet du questionnement sociologique porte donc logiquement sur les processus relationnels qui sont en jeu dans la production du risque d'erreur diagnostic. Cette réflexion propre à la sociologie médicale s'intéresse moins à la réalité médicale de l'acte diagnostic. Elle n'adopte pas non plus une posture behavioriste qui a pour finalité de décrypter les biais cognitifs et individuels pouvant conduire à l'erreur. La recherche porte un regard sur la complexité relationnelle qui caractérise le processus diagnostic et qui parfois tend à mettre en échec le rôle professionnel du médecin dans sa quête excessive de neutralité affective au sens de Talcott Parsons. Les données de l'erreur diagnostic ne sont donc pas à rechercher spécifiquement dans une sorte d'audit technique de la pratique médicale. L'erreur est une caractéristique plus large du processus de soins qui invite à s'interroger sur les dimensions relationnelles de la rencontre prestataire-malade.

« L'histoire actuelle du champ de la santé est marquée par des transformations profondes qui affectent aussi bien les définitions officielles de la santé que les objectifs assignés aux institutions de santé ou les relations entre soignants et soignés, en raison de la place nouvelle reconnue à ces derniers, à leur participation et à leur expérience » (D. Jodelet, 2013, p. 37).

À ce titre nous n'avons à cet effet aucune prétention de décrire l'expertise du corps médical, mais plutôt de relever quelques données d'une dimension relationnelle à prendre en compte pour une plus grande efficacité du processus de soin incluant l'acte du diagnostic. Les propriétés techniques et organisationnelles de l'erreur médicale en ont fait un champ exclusivement réservé au droit ou à la médecine experte. Bien que les mécanismes de production de l'erreur renvoient à un domaine technico-pratique, il ne peut s'inventer tout seul en dehors des interactions de soins. L'erreur, quelle que soit sa nature ou son origine systémique ou cognitive tel que pourraient le qualifier restrictivement les thèses en psychologie clinique et en épidémiologie s'insère dans un espace relationnel de pouvoir et de jeux d'acteurs.

II. Méthodologie

Dans la mesure où chaque phénomène social peut-être analysé conformément à la méthode d'analyse quantitative ou qualitative (H.S. Becker, in F. De Singly 1992, p 23), le choix d'un dispositif mixte s'impose dans le cadre de cette recherche en considération des nombreuses variables à croiser. Ce modèle hybride de raisonnement méthodologique nous a amenés à mobiliser une diversité de matériaux de recherche sociologique incluant le guide d'entretien, la grille d'observation et le questionnaire. La dimension interprétative du phénomène à l'étude et la nature des questionnements soulevés suggèrent que l'on s'intéresse aux vécus des patients. Au total 50 entretiens individuels et 15 *focus groups* ont été réalisés avec les patients de profils sociodémographiques variables dans les espaces de soins étudiés. L'analyse croisée de ces discours avec une vingtaine d'entretiens individuels réalisée avec les professionnels de santé apporte une perception claire des jeux relationnels qui s'invitent dans la pratique du diagnostic médical. Les données sociales sur le malade, les interactions verbales et non verbales font toutes partie intégrante d'une mise en scène relationnelle qui se déroule au même moment que le jeu de consultation. La saisie de ces données microsociologiques a été rendue possible grâce à l'observation participante que nous avons menée sur la période du 15 juillet au 15 septembre 2024 dans les services hospitaliers du district sanitaire du Grand-Lomé. Après avoir obtenu leur consentement, nous nous sommes rendus en qualité d'accompagnant au côté de certaines personnes malades lors de leur consultation. Cette immersion dans l'univers hospitalier a été un pas déterminant pour décrire de très près des réalités cachées du monde hospitalier.

En marge de la démarche qualitative, l'enquête par questionnaire est réalisée auprès 120 prestataires de soins et 176 patients rencontrés accidentellement aux points d'entrée des services de soins visités. Grâce à une équipe de 7 agents enquêteurs titulaires d'un diplôme master de recherche en sociologie, nous nous sommes rendus sur le terrain à l'aide d'un questionnaire. Comme site d'observation, l'enquête de terrain a ciblé de manière indifférenciée des formations sanitaires dans la région sanitaire du Grand-Lomé. Cependant, nos préférences sélectives ont porté sur deux hôpitaux en raison de leur statut et de leur niveau de complexité organisationnelle. Il s'agit des hôpitaux de Bè et du CHU Syllanus Olympio. Ils concentrent un grand nombre de services portes et de pôles de consultation qui augmentent les fréquences d'observation des relations de diagnostic. À cette liste nous avons ajouté 5 structures de soins privés choisis aléatoirement. La revue documentaire vient renforcer le socle méthodologique existant.

Sur le plan de l'analyse des données, les données quantitatives ont fait l'objet d'une analyse statistique pour la production des tableaux et graphiques à Focus groups partir du logiciel SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Les données narratives collectées à la suite des entretiens et des focus group ont fait l'objet d'une analyse de contenu. Il faut noter que l'enregistrement vidéo ou audio (C. Joffray-Carre et T. Piot, 2015) des interactions de soin en situation réelle pose à la fois des problèmes d'ordre éthique et des difficultés techniques. Par conséquent nous avons mobilisé l'écoute active pour une reconstitution fidèle de la parole du malade. Dans le souci éthique de préserver l'anonymat des sources, des règles de confidentialité et de non-divulgateion d'informations personnelles ont été respectées à toutes les étapes du processus de recherche. Par ailleurs, l'autorisation de collecte et d'exploitation des données a été assujettie à une déclaration verbale de consentement que nous avons obtenu auprès des enquêtés ayant marqué leur adhésion à participer à de l'enquête.

III. Résultats et discussion

III.1. L'erreur médicale : un non-dit dans la relation praticien et malade

Les résultats confirment la présence de l'erreur de diagnostic dans la pratique médicale hospitalière. Malgré l'occurrence statistique faible de l'erreur de diagnostic médicale, sa survenue dans les situations d'interaction clinique soulève quelques questionnements sur sa nature, les circonstances de sa survenue et son étiologie. Même si la réalité

objective parfois imprévisible de l'erreur n'est plus à nier comme une composante de l'activité experte, cette dernière tarde à se faire une place légitime dans le discours du médecin comme celui du patient. C'est ce qui se dégage de la lecture des tableaux suivants :

Tableau I : Fréquence de déclaration de l'erreur de diagnostic médical chez le patient

Avoir été victime d'erreur de diagnostic médicale	Effectif	Fréquence
Oui	22	12%
Ne veut pas répondre	26	15%
Non	128	73%
Total	176	100%

Source : Enquête de terrain, Septembre 2024

Le tableau I montre que 15% des patients interrogés n'a pas voulu se prononcer sur les erreurs médicales dont ils ont été victimes. 73% nient formellement avoir été victime d'erreur de diagnostic médical. 12% des patients enquêtés reconnaissent avoir été touchés par l'erreur de diagnostic médical.

Tableau II : Connaissance d'un proche ayant été victime d'erreur de diagnostic médical

Connaissance d'un proche ayant été victime d'une erreur de diagnostic médical	Effectif	Fréquence
Oui	120	68% %
Ne veut pas répondre	10	6%
Non	46	26% %
Total	176	100%

Source : Enquête de terrain, Septembre 2024

D'après les données du tableau II, les patients déclarent à 68% connaître un proche qui a déjà été victime de la survenue d'une erreur de diagnostic médical lors de consultation médicale contre 26% qui affirme le contraire.

Tableau III : statut de reconnaissance de l’erreur de diagnostic par le praticien de santé

Reconnaitre avoir déjà commis au moins une fois une erreur de diagnostic médical	Effectif	Fréquence
Oui	34	28%
Ne veut pas répondre	6	6%
Non	80	66%
Total	120	100%

Source : Enquête de terrain, Septembre 2024

Selon le tableau III, 28% des prestataires enquêtés reconnaissent avoir au moins une fois commis une erreur de diagnostic médicale lors de consultations médicales. Plus de la moitié nie avoir déjà commis une erreur de diagnostic médical.

Tableau IV : Signalement de l’erreur de diagnostic médical au patient

Avoir déjà informé le patient d’une erreur de diagnostic médical	Effectif	Fréquence
Oui	2	6%
Ne veut pas répondre	4	11%
Non	28	82%
Total	34	100%

Source : Enquête de terrain, Septembre 2024

Il ressort des données du tableau IV que 82% des prestataires reconnaissant avoir au moins une fois commis une erreur de diagnostic médical estiment en majorité n’en avoir jamais informé les patients.

Sur le plan quantitatif, les données indiquent une occurrence statistique moyenne de l’erreur de diagnostic médical dans la pratique médicale hospitalière. L’expérience personnelle de l’erreur de diagnostic est confirmée pour 68% des patients enquêtés qui en ont été témoin par le biais d’un proche. Elle reste une donnée particulièrement discrète de la relation patient-prestataire. En d’autres termes, si l’existence de l’erreur est bien reconnue statistiquement, sa présence est moins tolérée dans le discours du malade comme celui du praticien. Cette caractéristique de l’erreur qui la rend peu transparente dans l’espace relationnel médecin-patient est en partie du fait des propriétés qu’elle possède. Les contours parfois flous et incertains de la survenance de l’erreur de diagnostic, son annonce, les réactions qu’elles déclenchent chez les patients et ses

conséquences juridiques (F.Bourdeaut, 2012) en font un angle mort de la relation soignant-soigné. Bien que souvent représentée dans une large portée comme un pan indiscutable de l'activité de soin, l'erreur ne fait que très peu irruption dans le langage de communication du praticien dans sa relation avec le patient. « *Ce sont des non-dits communicationnels* », assure un médecin généraliste rencontré un mardi 10 Août 2024 lors de nos visites de terrain. L'évitement verbal de l'erreur dans le dialogue médecin-patient n'est pas une preuve en soi qu'elle n'existe pas ou qu'elle n'est pas fréquente dans la pratique de diagnostic. Ce silence met également en exergue une propriété de l'erreur qui n'est facilement domesticable que dans un langage médical inaccessible aux non-initiés. À première vue, la causalité de l'erreur, son interprétation, et ses incidences sont des données inaccessibles au malade. Elles restent entièrement soumises à un répertoire de savoir biomédical dont seul le savant médecin a le monopole. Si l'erreur est objectivement reconnue comme une part imprévisible de l'activité du soignant, son traitement et sa gestion s'insèrent moins dans un processus de médiation soignant-patient tel que le montrent les résultats. S'il est bien reconnu dans les faits que les situations d'erreur font appel à des concertations fréquentes entre les acteurs du corps médical, elles ne sont que rarement abordées avec les patients qui n'en maîtrisent que très peu les termes, les contours et les circonstances de survenance. Les erreurs médicales donnent notamment lieu à des discussions approfondies dans le cadre de réunions multidisciplinaires (F. Latil *et al.*, 2008). Il faut cependant remarquer que la réponse médicale à l'erreur fait plus appel à des jeux de concertation interne entre acteurs du corps médical. Un spécialiste du corps médical fait cette déclaration :

« L'erreur est presque taboue. Les situations d'erreurs se gèrent parfois à l'interne faute d'un comité éthique qui statue sur les fautes commises. Pour des cas graves d'erreur constatés un conseil expert est toute de suite mise en place parfois suite à la plainte des patients ou de son entourage mais aucun mécanisme formel de droit n'existe à ce jour pour une gestion de l'erreur qui inclut le patient à toutes les phases depuis sa déclaration jusqu'à sa réparation » (Propos d'entretien, Août 2024).

Ce refus du corps médical de traiter l'erreur médicale comme une chose sociale trouve en partie son explication dans l'exercice d'une profession médicale régi par ses propres règles et normes, le fossé existant entre expert et profane. Le corps médical s'approprie donc du concept d'erreur comme d'une réalité exotérique propre à la profession médicale sans rapport avec le corps social. Il semble donc peu

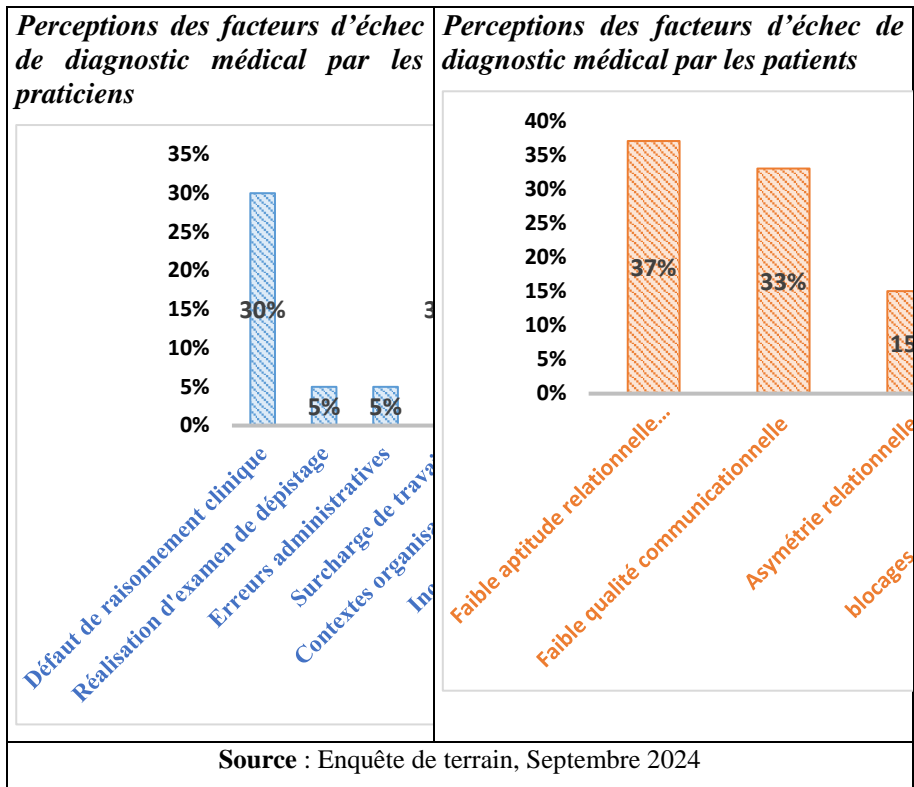
contestable de formuler l'hypothèse d'une légitimité verbale de l'erreur propre au discours de l'expert contrairement au profane. Il nous a par conséquent été difficile lors de nos enquêtes de terrain de retracer les traces d'erreurs médicales, car très souvent assujetties aux mêmes règles de confidentialité et d'anonymat que le secret médical inviolable. P. Ricœur (2004) utilise en ce sens le concept de « *pacte de soin fondé sur la confiance* » pour désigner cette alliance entre malade et médecin basée sur des principes de respect et de confidentialité. Il est aussi reconnu en pratique que les professionnels de santé ont encore tendance à sous-déclarer les erreurs médicales par réaction de crainte de la victime et de sa famille (T. Vogus et al., 2010). Ce manque de communication ouverte sur l'erreur médicale n'a pas facilité une ouverture du discours médical sur la question. Il y va aussi de l'absence indicateurs de qualité diagnostique (de structure, de processus ou de résultat) permettant aux établissements de santé et aux professionnels de dresser un état des lieux sur le sujet des erreurs diagnostiques, de pouvoir suivre leur évolution dans le temps et de suivre les actions d'amélioration mises en place.

III.2. Le diagnostic : une double complexité médicale et relationnelle

L'analyse croisée des données recueillies auprès des patients et du corps médical prédispose à une compréhension plus globale et plus holistique du diagnostic. Contrairement aux thèses en épidémiologie et en psychologie clinique, le diagnostic n'est pas uniquement à classer comme un acte médical.

L'évaluation des conditions de succès d'un bon diagnostic par les soignants et les patients renvoie à une gamme très élargie d'indicateurs couvrant à la fois les aspects médico-cliniques et relationnels de l'interaction soignant-malade. Le graphique I fait état des causes perçues d'échec du diagnostic médical par les acteurs de la relation de soins.

Graphique 1 : Perceptions des facteurs d'échec ou d'erreurs de diagnostic médical par les praticiens et les patients dans les services hospitaliers du district du Grand-Lomé



Les données du graphique 1 mettent en lumière une perception duale des facteurs d'échecs de diagnostic médical au cours de la rencontre clinique. Si l'argument médical paraît d'emblée attribuer l'échec de diagnostic à la complexité des facteurs techniques et organisationnels, le point de vue des patients vient corroborer l'hypothèse selon laquelle le diagnostic se construit aussi autour des repères relationnels inconditionnels. D'après les résultats, les conceptions étiologiques de l'erreur de diagnostic médicale ne mettent pas qu'en évidence la complexité des procédures organisationnelles d'évitement de l'erreur ou encore la faillibilité jugement du clinicien. Elles s'attachent à décortiquer un ensemble de variables inhérentes à la position de l'acteur malade dans sa relation avec le médecin. L'échec du diagnostic de l'avis des patients interrogés paraît bien plus souvent lié à un échec de qualité relationnelle. L'empathie (Flickinger et al., 2015), la communication (Worthington et al., 2005), l'écoute (Marron-Delabre

et al., 2015), la disponibilité (Dedienne et al., 2003), le respect, l'accessibilité et la qualité de l'accueil (Marron-Delabre et al., 2015), la bienséance et la considération des cultures africaines (Kotobi, 2000) sont les paramètres relationnels susceptibles d'influencer la qualité du diagnostic et par conséquent de réduire les risques d'erreur. En même temps que les données obtenues permettent de dépasser le sens premier de l'erreur du diagnostic comme une production technico-médicale, il convient aussi de nuancer le sens même donné à l'activité de diagnostic médical et ce qui définit sa complexité. Si l'acte de diagnostic s'applique presque assez souvent à la reconnaissance des symptômes des maladies, les résultats suggèrent qu'il comporte aussi un versant relationnel non négligeable. En effet, la complexité inhérente à l'acte diagnostic ne réside pas uniquement dans l'évaluation des processus biologiques de production et de manifestations de la maladie. Dans sa conception technicienne, l'activité de diagnostic semble privilégier en premier lieu le raisonnement clinique du médecin dans sa capacité à prédire un modèle rationnel d'explication de la maladie en partant des examens cliniques. Bien que l'erreur de diagnostic médical soit parfois imputable à des fautes techniques et humaines, ce point de vue est à relativiser. Il survient d'ailleurs le plus souvent des cas où le processus diagnostic est soumis à d'autres mécanismes d'erreur. Ils portent sur l'incertitude relationnelle qui caractérise la démarche du diagnostic. Des études ont montré que la qualité de la relation dépend des facteurs propres au patient (M-P Pomey et al., 2015), des variables liées au soignant (M. Flickinger et al., 2015). En ce sens, la pratique diagnostic au-delà de sa complexité médicale revêt une forte complexité sociale et relationnelle. D'ailleurs, cette dimension transactionnelle est nécessaire pour que se mettent en place les bases sociologiques d'une activité diagnostique réussie. La complexité relationnelle de l'acte diagnostique suggère qu'elle n'est pas uniquement assujettie aux données étiologiques de la maladie, mais aux caractéristiques des acteurs qui entrent en jeu. Ces deux pôles à la fois clivant et interdépendant l'activité de diagnostic sont soutenus par la thèse de E. Jouet, (2016, p.113)

« L'axe médical, d'une part, qui postule, études scientifiques et développements cliniques à l'appui, que l'on peut se remettre des effets des symptômes des troubles psychiques – conception objective du « rétablissement ». Et d'autre part, l'axe davantage personnel et social, autodéterminé, qui est conçu comme la conception expérientielle du « rétablissement ».

C'est au cours de la rencontre thérapeutique que se révèlent les différences entre praticien et les malades dans l'interprétation des signaux de la maladie, le sens donné aux symptômes et la manière de les exprimer. Ce rapport différencié et différentiel à la maladie participe parfois à un brouillage des repères diagnostiques lors des consultations. L'anthropologie culturelle s'est emparée des champs de la pratique médicale en tentant de décortiquer les désaccords culturels pouvant apparaître dans la relation thérapeutique dépendant de la rationalité de chaque acteur. Comme le décrit Garfinkel cité par A. Coulon (1987), loin d'être un « *idiot culturel* » englué dans un flot de normes qu'il se contenterait d'assimiler et de reproduire, l'acteur social est un individu « compétent » au sens où il met en œuvre d'authentiques « savoirs en actes » nécessaires pour évaluer (et évoluer dans) son environnement. Chaque malade est détenteur d'un modèle de savoir et de rationalité qui entrent en concurrence avec les normes expertes de désignation et classification de la maladie propre aux professionnels de santé. Comme l'explique P. Lecorps (2004), le malade ne se limite pas à un dysfonctionnement organique, mais constitue un sujet avec une histoire et une identité propre. C'est parfois de l'incapacité à combiner ces données médicales et représentationnelles et relationnelles qu'échoue le travail du diagnostic dans la production de pronostics fiables et précis. Pour rappel 37% des patients interrogés pour expliquer l'erreur de diagnostic médical mettent en avant la faiblesse de l'aptitude relationnelle des prestataires. À ce propos G. Canguilhem (1978, p. 408-409) écrit :

« Il faut parvenir à au mettre que le malade est plus et autre qu'un terrain singulier où la maladie s'enracine, qu'il est plus et autre qu'un sujet grammatical qualifié par un attribut emprunté à la nosologie du moment. Le malade est un Sujet, capable d'expression, qui se reconnaît comme Sujet dans tout ce qu'il ne sait désigner que par des possessifs : sa douleur et la représentation qu'il s'en fait, son angoisse. Ses espoirs et ses rêves. [...) Alors même qu'au regard de la rationalité on décèlerait dans toutes ces possessions autant d'illusions, il reste que le pouvoir d'illusion doit être reconnu dans son authenticité. Il est objectif de reconnaître que le pouvoir d'illusion n'est pas de la capacité d'un objet. [...] En bref, il est impossible d'annuler dans l'objectivité du savoir médical la subjectivité de l'expérience vécue de la maladie. »

III.3. Le diagnostic dans la relation soignant-soigné

III.3.1. Marge sociale d'erreur de diagnostic médical : Une séparation du sujet malade de la maladie

Une des spécificités du processus diagnostique développé plus haut est son contour relationnel. La relation praticien patient apporte un éclairage sur les potentielles sources d'erreur pouvant survenir au cours de l'acte diagnostique. Dans les contextes de soins étudiés, ils sont rarement le fait de l'incompétence du corps médical, mais plutôt de l'échec de construction d'une démarche partenariale visant à renforcer la participation du patient à toutes les étapes du processus thérapeutique y compris le diagnostic. Les mutations survenues dans les relations entre praticien et malade en font un acteur influent du processus thérapeutique. Ce dernier est particulièrement investi d'une culture personnelle de la maladie qui ne peut être ignorée dans l'acte diagnostique. C'est bien souvent le contraire qui est observé dans certains milieux hospitaliers ou le statut « ignorant » ou « profane » « naïf » du malade lui vaut d'être écarté en tant qu'être social et émotionnel. C'est l'une des implications du paternalisme qui repose sur le postulat de domination du médecin et de l'unidirectionnalité décisionnelle de l'acte médical. Or la participation des patients à la gestion des soins concernant leur santé constitue un droit fondamental de toute société démocratique (Conseil de l'Europe, 2001). Le médecin en se préoccupant uniquement des données objectives de la maladie délaisse une grande quantité d'informations à prendre en compte dans la construction de l'arbre décisionnelle. L'attention portée sur la maladie plutôt que sur le patient trouve sa justification dans les propos de certains professionnels de santé qui mettent en avant l'éthique de la profession médicale, le souci de détachement personnel avec le patient, le souci d'impartialité et de neutralité émotionnelle. « La rencontre clinique est une expérience irréductible aux relations habituelles d'affaire, de parenté, de camaraderie, d'amitié ou d'amour » (D. Folscheid, 1997 : 247). Bien que ses règles d'objectivité universelle soient compatibles avec la profession médicale, la prise en compte des données du patient, son état de souffrance émotionnel, psychologique s'impose comme un invariant. Ce qu'il faut surtout redouter c'est le risque de construction d'un diagnostic abstrait qui se désintéresse totalement des caractéristiques socioculturelles psychologiques du sujet malade, des savoirs magico-religieux qui composent l'univers du patient. Dans certains discours, les significations mystico-culturelles attribuées au corps malade l'éloignent des repères étiologiques du

soignant. La résistance culturelle du corps du malade au pouvoir du médecin s'illustre à travers les propos relatés d'un agent de santé retraité :

« Un petit garçon de 10 ans est admis au centre avec des vomissements et une forte fièvre de 40°C. Le protocole indiqué par l'infirmier était une prise d'abord veineuse pour perfusion et bilan sanguin. Toute l'équipe était saisie par une grande stupéfaction. L'abord veineux est introuvable. 20 tentatives ! Echec inexplicable. Les investigations auprès de la mère de l'enfant ont révélé qu'elle n'avait pas obtenu le consentement de son mari pour faire hospitaliser l'enfant. Plutard, les révélations du mari convoqué par l'équipe de soignant pour répondre à ce mystère n'ont pas manqué de nous sidérer. Il dit je cite : Mon grand-père m'a toujours dit que l'hôpital ce n'est pas pour nous. Donc vous allez chercher, mais vous n'allez rien trouver (...) Le pouvoir de vie et de mort appartient aux ancêtres » (Propos d'entretien, Août 2024)

L'échec de diagnostic médical paraît donc intimement lié au cadre relationnel négocié entre le prestataire et le malade. La rencontre thérapeutique est de toute évidence ouverte à de multiples confrontations et oppositions qui orientent le jeu de diagnostic. Elle n'est pas le lieu de prescription d'une démarche unilatérale d'investigation clinique comme pourrait l'induire le postulat du paternalisme médical. Le souci paternaliste qui doit guider la recherche des causes de la maladie doit également tenir compte du malade en tant qu'acteur aussi guidé par un ensemble de logiques culturelles, sociales sur la maladie. C'est ce qui traduit l'idée des marges sociales de l'erreur de diagnostic. Il s'agit d'une conception médicale de l'acte diagnostic qui en se construisant en marge des données sociales et culturelles du patient s'expose à des biais d'erreur. J.Clavreul (1978) utilise le terme de « L'ordre médical » pour qualifier cette dimension objectivable de la relation clinique qui a pour but de séparer le sujet malade de la maladie.

III.3.2. Du paternalisme médical à un modèle relationnel centré sur la négociation

Pour rappel, le paternalisme en tant qu'approche a émergé pour décrire la relation à sens unique entre le patient et le médecin considérant qu'il détient le monopole de savoir scientifique, de diagnostic et par conséquent de prise de décision sur la vie du patient en partant des données de la science. Or Nous sommes passés à une ère où un malade autrefois considéré comme passif s'affirme comme un acteur du processus de soin capable d'émotions, de sentiment, d'actions. Un travail de médiation est nécessaire pour dépasser les ambivalences et

contradictions apparentes entre l'univers du médecin et l'univers social et parfois du patient.

« Au médecin certes d'informer et de préconiser. Mais la décision finale revient aux deux partenaires entre lesquels sera établie, on peut l'espérer, une relation de confiance. Cette confiance ne peut être aveugle, comme au temps du paternalisme médical. Elle ne peut reposer que sur l'instauration d'un véritable dialogue au cours duquel sera progressivement donnée l'information, et finalement négocié l'accord sur le traitement » (P. Vespieren, 2005, p. 38).

Cet impératif de médiation inhérent à la complexité relationnelle du processus diagnostic fait basculer le soignant d'un simple statut de diagnostiqueur-prestataire de soin à celui de négociateur. C'est cette incapacité à jouer cette double fonction de diagnostiqueur et de négociateur qui augmente l'incertitude de l'acte de diagnostic. La négociation dont il est question ne consiste pas un compromis sur la scientificité ou l'objectivité des résultats du diagnostic. « (...)»

« Il ne s'agit pas non plus de promouvoir une « médecine sensible à la compassion qui s'approprie la subjectivité du malade, risquant même, parfois de ne pas l'alerter, de passer sous silence des informations importantes. Le malade a le droit de ne pas savoir, mais non d'être trompé ou laissé dans l'ignorance d'une information importante contre son gré » (D. Sicard, 2002a, p.121-122).

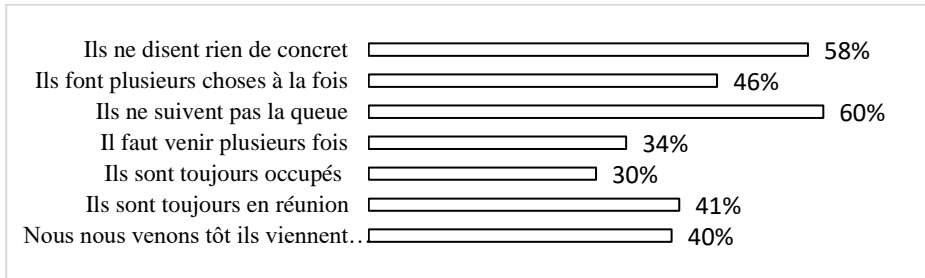
Il s'agit plutôt de l'institution au cours de l'acte de consultation d'une démarche de communication active, de dialogue, d'écoute et d'empathie qui va au-delà du raisonnement scientifique du spécialiste. Elle correspond à un renoncement partiel par l'expert de son pouvoir absolu pour valoriser le droit à la parole, à l'expression du malade, l'identité culturelle du patient. La rencontre avec certains groupes de patient et nos visites à l'hôpital nous ont confirmé que cette tendance à la négociation n'était pas toujours présente dans l'attitude relationnelle des soignants lors des consultations. Sur le terrain, cette hostilité relationnelle se traduit par l'absence suffisante d'écoute profonde du patient, un désintéressement de la parole du patient et une quasi-absence de rétroaction sur les hypothèses de diagnostic. Une patiente d'une trentaine d'années rencontrée au service de pédiatrie confiait ce témoignage :

«C'est à peine qu'il a levé les yeux pendant toute la consultation. Son regard est resté braqué sur son ordonnance, pressé de se débarrasser d'un nième cas de la journée. J'étais arrivé pour faire consulter ma fille de 4 ans qui tousse depuis 3 jours. Il nous a envoyés faire des analyses sans faire de commentaires.

Quand j'ai voulu comprendre ce qu'elle avait. Il a juste répondu d'un air un peu distant : Madame faites les analyses et acheter les ordonnances. Ça ira mieux. » (Propos d'entretien, Septembre 2024)

Ces faits constatés rappellent les traits d'une « médecine inhospitalière » décrits par Y. Jaffré et J.P. Olivier de Sardan (2003) dans leur ouvrage collectif. Ils s'attaquent aux dysfonctionnements des structures de santé dans les capitales africaines décrivant les rapports parfois controversés entre les soignants et les soignés. Il est parfois difficile de séparer ces aspects relationnels du contexte de déroulement de l'action diagnostique pouvant affecter l'état psychologique du médecin, les conditions de travail ne prédisposant pas à une médecine consultatoire centrée sur le patient. « Parfois, c'est le burnout qui nous tue. Quand tu es bon, ils viennent tous en consultation chez toi. Tu es obligé d'aller vite pour satisfaire tous les patients » affirme un médecin généraliste lors d'une consultation dont nous avons été nous-mêmes patients. Dans certains cas observés, ce ne sont pas tant ces aptitudes communicationnelles et relationnelles qui sont absentes puisqu'elles sont supposées faire partir d'un long processus de socialisation professionnelle du soignant. C'est plutôt la manière dont elles se croisent ou s'emboîtent avec l'univers de langage, de représentations, de croyances des patients. Y. Jaffré (2003) utilise le terme de « synchronie relationnelle » pour désigner cet emboîtement entre l'univers du médecin et celui du patient. L'auteur fustige dans le même temps le caractère désinvolte et automate de la pratique médicale qui s'apparente à une sorte de routine professionnelle sans vrai contact humain et social avec le patient. Ces traits de désinvolture décrit par Y. Jaffré (2003) sont observables dans les rapports entre praticiens et patients en milieu hospitalier urbain. Quelques propos standardisés recueillis auprès de patients décrivent cet état de malaise relationnel et communicationnel avec le personnel soignant. La figure 1 illustre quelques propos standardisés recueillis des patients en salles d'attente de consultation.

Graphique 2 : Propos standardisés recueillis des patients en salles d’attente de consultation



Source : Enquête de terrain, septembre 2024

Ces brefs contenus de discours trouvent leur justification dans un fait que relate un père de famille décontenancé par le caractère distant d’une médecine de procédure et non de patient.

« Ma belle-sœur arrive dans un centre de santé avec une douleur pelvienne remontant à 3 jours. Après une consultation de routine, les infirmiers ont d’abord suspecté la présence d’une fièvre jaune sans réaliser d’examen complémentaires. Le traitement a donc consisté à la combinaison d’antibiotiques et d’antalgiques administrés par voie intraveineuse. Les douleurs s’estompaient puis reprenaient encore quelques jours plus tard avec une plus grande intensité. De retour au même centre, les infirmiers ont repris le même protocole affirmant que c’est un cas comme les autres. La douleur était devenue insupportable. Et personne ne semblait vraiment s’en occuper. On a la situation en main nous disait-il ! Devant la passivité apparente du corps médical que la douleur ne semblait pas alerter, il était impossible de garder patience. Sous la pression des proches, une échographie a finalement été demandée par l’équipe soignante. Les résultats interprétés ont conclu à la présence d’un calcul urétral. Le premier diagnostic était loin du compte. Ce qui au départ ne semblait qu’un simple cas de routine est devenu une vraie urgence, une course contre la montre.. » (Propos d’entretien, Septembre 2024)

La routinisation des démarches de soins, la stéréotypisation du discours du soignant et la standardisation de l’acte diagnostic sont des éléments marquants de la relation soignant-soigné. Ils contribuent à dépouiller l’acte de diagnostic de son contenu humain relationnel ne laissant que très peu de place à un vrai dialogue constructif entre les deux acteurs dans la recherche des causes de la maladie et des moyens de le traiter. Seul est maître de son savoir le soignant s’efforce de le démontrer en usant de posture paternaliste, de gestes techniques, et de propos impersonnels pour marquer sa distance avec le patient. Cette dépersonnalisation de l’acte de diagnostic est d’autant plus exacerbée

lors de la consultation de patients « anonymes » que les patients non-anonymes. Ces derniers en raison de leur rang social ou du fait de liens de familiarité bénéficient parfois d'une plus grande attention relationnelle à travers toutes les étapes de la prise en charge médicale incluant l'examen thérapeutique. Un médecin reconnaissait ses faits :

« Tout va tellement vite ici. Je reconnais que ce n'est pas toujours aisé de traiter tous les patients avec la même attention même si c'est ce qu'exige l'éthique de notre profession. Il y a des cas qui se ressemblent, donc pour le patient landa il m'arrive parfois de sauter certaines étapes ou d'aller vite dans le diagnostic pour gagner du temps. Les parents et les proches on n'y peut rien. Avec eux on prend parfois un peu de temps pour mieux expliquer. Ça dépend aussi parfois des cas à traiter. Parfois on se trompe. » (Propos d'entretien, Août 2024)

L'investigation des démarches de diagnostic dans les univers hospitaliers révèle une plus grande attention médicale portée au processus de soins qu'aux ressenties du malade. Le malade souvent dépossédé de sa nature de personne doit se comporter comme un objet sur lequel porte la curiosité de diagnostic du soignant sans que ce dernier ne s'engage à le faire réagir, penser, agir, communiquer. La relation contractuelle étant construite sur l'autorité du soignant, il est parfois difficile d'établir les bases d'un diagnostic qui soit le résultat d'un partenariat ou d'une négociation. Cette attitude médicale parfois marginalisante accroît les marges d'erreur en raison de l'incapacité relationnelle ou communicationnelle à prendre en compte des données perceptuelles, subjectives du patient. Un changement de paradigme est donc plus que nécessaire du passage du modèle de paternalisme médical à un modèle partagé de décision centré sur le patient en tant que être social dont le corps ne peut être dénié de toute subjectivité. La décision ne repose ni sur le médecin comme unique détenteur du savoir médical (C. Charles et al., 1999), ni sur le patient comme seul maître de son corps (C. Charles et al., 1999) : elle est le résultat d'un travail conjoint. La prise de décision est ainsi définie comme un « processus dans lequel les patients sont impliqués comme des partenaires actifs avec les médecins pour clarifier les options cliniques acceptables et choisir une série de soins cliniques préférée » (S. Sheridan et al., 2004).

III.3.3. Hypertechnisation des soins et transformations des relations de soin

Dans la relation médecin-patient, le corps du malade ne peut être pris pour un objet neutre et dépourvu de toute émotivité. D'ailleurs, une des fonctions que vise la rencontre thérapeutique avec le médecin est la

restauration d'un langage du corps et de la douleur qui facilite de travail de diagnostic du soignant. Cette relation, au départ nourrit de la conception que le médecin est seul face à son patient doit composer avec une nouvelle ère de révolution numérique qui voit apparaître un nouvel acteur : la technologie. Ce constat est d'autant plus renforcé avec l'avènement de la crise sanitaire du Covid-19 qui a contribué à cloisonner l'espace-temps du médecin et celui du patient. « Avec les appareils, on détecte tout. On soigne à distance » confirme un assistant médical. S'il est vrai aujourd'hui que l'hypertechnologisation de la médecine a accentué la précision des pronostics médicaux, il ne peut être fait abstraction des mutations qu'elle a apportées dans les relations soignant-soignés et désormais dans la manière dont le corps du malade est traité. Le constat d'une médecine abstraite basée sur la technoscience a inspiré les travaux de Sicard (2002b) qui en fait un objet de questionnement bioéthique. Il fait remarquer une confiscation du corps du patient par les instruments donnant l'impression que ce dernier n'existe plus. L'usage par l'auteur du concept de « médecine sans le corps » décrit l'image abstraite du corps du patient désormais perceptible à partir d'images numérisées sans relation avec le patient. À l'ère de la télémédecine, des technologies médicales très répandues dans la pratique hospitalière, il se forme un nouveau triangle relationnel soignant soigné-technologie. Contrairement à l'ancienne configuration relationnelle, la nouvelle tend à réduire les frontières relationnelles entre le médecin et le patient.

« La médecine technicienne ne touche plus le malade (...) le diagnostic à main nu (...) mais l'observe à distance par imageries interposées. Se confier aux mains de la médecine signifie être pris dans une technique qui prend à bras le corps le patient sans plus avoir de mains. La médiation de l'instrumentalisation prend souvent la place de la relation par la palpation » (J-P. Pierron , 2007, p.48).

Pourtant reconnue comme une composante majeure dans la démarche de soin, l'interaction soignant-soigné est facilement réduite à de simples manipulations de données d'imageries et de laboratoires sans réelles connexions humaines entre le corps médical et le corps du malade. Parfois la manipulation de ces données techniques par le personnel non qualifié laisse croire à des actes d'amateurisme dans le diagnostic. Les effets pervers de l'hypertechnisation du diagnostic sont mis en exergue dans ce témoignage.

« J'arrive en marchant au service de traumatologie avec le genou gauche gonflé suite à un mouvement de rotation interne pendant un match de football. Son

premier réflexe est de me prescrire une radio pour éliminer la fracture. C'est le protocole assure-t-il. Quelques minutes ont suffi au prestataire à l'observation rapide pour conclure le diagnostic d'une entorse mineure de grade 2 à ce genou. L'attèle est prescrite pour immobiliser le genou pour une période de 1 mois. Un an après, les douleurs sont toujours présentes au niveau de l'articulation avec une instabilité fonctionnelle au niveau du genou. J'ai dû arrêter le football. Suite à une autre consultation plus approfondie, une atteinte ligamentaire est soupçonnée. Une IRM doit être réalisée pour confirmer le diagnostic» (Un jeune homme de la trentaine, Propos d'entretien, Août 2024)

La rencontre même si elle a lieu entre le médecin et le patient ne sert souvent que de prétextes de recommandation médico-légale ou validation de prédictions parfois imprécises. Elle est rarement un moment de partage d'expérience relationnelle permettant au corps malade d'exprimer toutes les dimensions de sa souffrance à la fois physique, subjective, émotionnelle.

En effet, l'instauration du jeu de rencontre dans le cadre de la pratique médicale traditionnelle avait pour but de confronter les données biologiques du corps malade avec les données verbales et émotionnelles du patient pour une prise de décision éclairée. La médecine technicienne ne rejette pas certes ce principe d'écoute profonde du patient comme base de diagnostic. Elle semble plutôt l'avoir rendu facultatif en donnant une plus grande légitimité et confiance aux technologies médicales. Le plus grand danger souvent rencontré pour le soignant est de se limiter aux données de la science prédictive à l'imagerie, car elles ne dévoilent qu'une infime réalité du corps malade et peuvent parfois induire des distorsions dans l'interprétation des résultats. Ces faits relatés nous éclairent :

« Mon mari admis pour forte fièvre et douleur dans la fosse iliaque droite. Il est mis sous pansement gastrique par son médecin qui a cherché à traiter la fièvre. Les bilans sanguins ont révélé un taux anormalement élevé de globules blancs. Pendant ce temps, l'échographie abdominale et le scanner n'ont rien signalé. Une coloscopie a été demandée suspectant la présence d'une atteinte plus grave. Aucune piste concluante n'a été trouvée. La fièvre était permanente malgré les antibiotiques. Il a fallu l'intervention d'un interne qui à l'observation et la palpation a suspecté une appendicite confirmée au dernier moment. Trop tard. L'appendicite s'était suppurée. Il est évacué d'urgence au bloc. Il s'en est fort heureusement sorti indemne. Ça aurait pu tourner dans l'autre sens » (Une femme retraitée ex-soignante, Propos d'entretien, Septembre 2024)

Bien souvent, des contradictions peuvent apparaître entre les données biologiques du corps malade mesurable techniquement et les données exprimées par le patient lui-même non mesurable techniquement. Les

premières s'expriment sous la forme de chiffres, de probabilités. Les données du patient ont un rapport plus direct à son moi souffrant, ses symptômes, les signes cliniques détectables à l'observation. La difficulté à interpréter les deux aboutit souvent à des confusions dans le diagnostic surtout lorsque les signes biologiques de la maladie ne concordent pas avec les signes cliniques. Ces confusions justifient quelques fois les plaintes des patients dans les hôpitaux souvent soumis à des diagnostics qui ne reflètent pas leur état de santé biologique ou inversement. C'est l'un des paradoxes de la médecine hypertechnisée qui en donnant plus de précision à l'acte technique de diagnostic soulève plus de plaintes de la part des patients. Selon Sicard (2002a) Ce paradoxe qui, en faisant basculer la médecine du corps dans une médecine moléculaire de plus en plus désincarnée, technique, prévisionnelle, voire divinatoire, fait prendre conscience de l'abîme qui peut exister entre le progrès de la technique médicale et la plainte.

Conclusion

L'une des contributions majeures de cette recherche est de faire émerger une réflexion sociologique sur l'occurrence de l'erreur de diagnostic médical. Bien que le problème traité renvoie prioritairement à un champ d'expertise médicale, la survenance de l'erreur pendant la pratique du diagnostic fait intervenir une dimension sociologique importante. La pratique hospitalière tend à surestimer la place et le rôle professionnel du médecin seul détenteur de savoirs légitimes dans le processus d'investigation de la maladie. Une part importante des données du patient semble écartée y compris sa subjectivité, son interprétation de la maladie ne trouvant pas sa place dans le référentiel thérapeutique du médecin. C'est dans ce rapport conflictuel non négocié et souvent dominé par l'expert que ce dernier échoue à prendre en compte tous les paramètres décisionnels pour un diagnostic éclairé médicalement et culturellement. La relation du corps médical au corps malade ne prend corps qu'à travers un cheminement stéréotypé et standardisé de raisonnement clinique n'ayant que pour principal centre d'intérêt la réalité organique de la maladie. Cette réflexion ouvre la voie à la construction d'un paradigme décisionnel thérapeutique basé sur la coopération entre soignant et soigné. Elle encourage la promotion d'une médecine prédictive beaucoup plus centrée sur le sujet malade en n'occultant pas certes les données de l'étiologie médicale. Cependant, en reprochant à la démarche médicale son opacité et son caractère impersonnel, la recherche semble remettre en cause les principes

d'objectivité et de neutralité affective qui doivent orienter la posture scientifique du médecin-savant.

Références bibliographiques

AUERBACH Andrew D., LEE Tiffany M., HUBBARD Colin C., RANJI Sumant R., RAFFEL Katie, VALDES Gilmer, BOSCARDIN John, DALAL Anuj K., HARRIS Alyssa, FLYNN Elen, SCHNIPPER Jeffrey L., UPSIDE Research Group, 2024, “Diagnostic errors in hospitalized adults who died or were transferred to intensive care.” *JAMA Intern Med* 184(2):164-73 <https://dx.doi.org/10.1001/jamainternmedicine.2023.7347>.

BOURDEAUT Franck, 2012, « Patient et soignant à l'épreuve de l'erreur médicale », *Laennec*, numéro 3 Volume 60 p.24-38.

CANGHUILIEM Georges, 1978, *Études d'histoire et de philosophie des sciences*, Paris, Vrin.

CHARLES Cathy, GAFNI Amiram, WHELAN Tim, 1999, “Decision-Making in the Physician-Patient Encounter: Revisiting the Shared Treatment Decision-Making Model”, *Social Science & Medicine* volume 49, issue. 5, pp. 651-661.

CLAVREUL Jean, 1978, *L'ordre médical*, Paris : Le Seuil.

CONSEIL DE L'EUROPE, 2001, *Le Développement de structures permettant la participation des citoyens et des patients au processus décisionnel concernant les soins de santé*, Strasbourg, Éditions du Conseil de l'Europe.

COULON Alain, 1987, *L'ethnométhodologie*, Que sais-je ?, Paris, PUF.

CRIGGER Nancy J., 2004, “Always having to say you're sorry: An ethical response to making mistakes in professional practice”. *Nursing Ethics*. 2004; 11: 568-76

DEDIANNE Marie-Cécile, HAUZANNEAU P., LABARERE José , MOREAU Alain, 2003, « Relation médecin-malade: Qu'attendent les patients? » *Revue pratique de médecine générale*, 17(611): 653-668.

DE SINGLY François, 1992, *L'enquête et ses méthodes : le questionnaire*, Paris, Nathan université, Sociologie.

FLICKINGER Matthew, JUN Goo, ABECASIS Gonçalo, BOEHNKE Michael, KANG Hyun Min, 2015, “Correcting for Sample

Contamination in Genotype Calling of DNA Sequence Data.” *The American Journal of Human Genetics*, 97(2): 284-290.

FOLSCHEID Dominique, 1997, La relation médecin-patient, In Folscheid Dominique, Brigitte Feuillet-Le Mintier, Jean-François Mattei, eds, *Philosophie, éthique et droit de la médecine*, Paris, PUF, coll. Thémis Philosophie.

JAFFRE Yannick, 2003, « Le souci de l'autre: audit, éthique professionnelle et réflexivité des soignants en Guinée. », *Autrepart*, (28), pp. 95-110.

JAFFRE Yannick et OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre (dir), 2003, *Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala.

JODELET Denise, 2013, « La place des représentations sociales dans l'éducation thérapeutique » in Cathérine Tourette-Turgis (dir.). *Apprendre du malade. Éducation permanente*, 195, 2, pp. 37-47.

JOFFRAY-CARRE Carole et PIOT Thierry, 2015, « Les méthodes de l'ergonomie cognitive appliquées à l'analyse de l'activité de l'enseignant dans la classe » In : Yves Lenoir, et Roccio. Esquivel, (dir.). *Procédures méthodologiques en acte dans l'analyse des pratiques d'enseignement : approches internationales*, pp. 255-274, Longueuil.

JOUET Emmanuelle, 2016, « L'approche fondée sur le rétablissement : éducation diffuse et santé mentale », *Le Télémaque*, 49, pp. 111-124.

KALRA Jawahar, KALRA Natasha, BANIAK Nick, 2013, “Medical error, disclosure and patient safety: A global view of quality care.” *Clinical Biochemistry*, 46(13-14), pp.1161-1169. doi: 10.1016/j.clinbiochem.2013.03.025.

KOTOBI Laurence, 2000, « Le malade dans sa différence: les professionnels et les patients migrants africains à l'hôpital », *Hommes & Migrations*, 1225(1) : 62-72.

LATIL François, DE BOER Wel, CARDONA Jacqueline, 2008, « Pour une maîtrise médicalisée des préjudices liés aux soins », *Pratiques et Organisations des Soins*, 39(4), pp.331-339. doi: 10.3917/pos.394.0331.

LECORPS Philippe, 2004, « éducation du patient : penser le patient comme « sujet » éduicable ? » *Pédagogie Médicale*, Volume 5, Numéro 2, pp 82-86.

MARRON-DELABRE Alice, RIVOLLIER Elisabeth, BOIS Christophe, 2015, « Relation médecin-patient en situation de précarité économique : point de vue des patients. » *Santé publique*, 27(6): 837-840.

PIERON Jean-Philippe 2007, « Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins », *Sciences Sociales et Santé*, volume 25, Numéro 2, pp. 43-66.

POMEY Marie Pascal, FLORA Luigi, KARAZIVAN Philippe, DUMEZ Vincent, LEBEL Paule, VANIER Marie-Claude, DEBARGES Béatrice, CLAVEL Nathalie, JOUET Emmanuelle, 2015, « Le Montreal model : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé ». *Santé publique*, HS, S1, 41-50.

RICŒUR Paul, 2004, *Parcours de la reconnaissance*, Paris, Stock, Essais Folio n° 459.

SHERIDAN Stacey Lynn, HARRIS Russell Peyton, WOOLF Steven, 2004, “Shared Decision Making about Screening and Chemoprevention: A Suggested Approach from the U.S. Preventive Services Task Force”, *American Journal of Preventive Medicine*, n° 26, vol. 1, pp.56-66.

SICARD Didier, 2002a, « Le patient et le médecin », *Semaines sociales de France, Que ferons-nous de l'homme ? Biologie, médecine et société*, Paris, Bayard, pp. 110-122.

SICARD Didier, 2002b, *La médecine sans le corps: une nouvelle réflexion éthique*, Paris, Plon.

VESPIEREN Patrick, 2005, « Malade et médecin, partenaire », *Etudes*, Volume 402, Numéro 1 , pp.27-38.

VOGUS Timothy Joseph, WEICK Karl Edward, SUTCLIFFE Kathleen, 2010, “Doing no harm: Enabling, enacting, and elaborating a culture of safety in health care”, *Academy of Management Perspectives*, 24(4), pp. 60–77. doi: 10.2139/ssrn.1904620.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2021, *patient safety action plan 2021–2030. Towards eliminating avoidable harm in health care*. Geneva: WHO.

WORTHINGTON Catherine, KRENTZ Hartmut, 2005, “Socio-Economic Factors and Health-Related Quality of Life in Adults Living With HIV”. *International Journal of STD & AIDS*, 16(9) : 608-614.