

Cicourel, Aaron V., La connaissance distribuée dans le diagnostic médical, *Sociologie du Travail* 36(4), 1994, 427-449.

Mots clés

Pratiques médicales, connaissance distribuée, travail en collaboration, interactions sociales, analyse de discours, organisation et autorité, pratiques de formation.

Domaines objet

Médecine (diagnostic médical).

Résumé

Dans cet article, l'auteur montre que si le diagnostic médical constitue certes une activité cognitive complexe, sa complexité est également sociale. Pour ce faire, il s'appuie sur des enquêtes de terrains menées dans des hôpitaux universitaires américains. Il procède à une analyse socio-cognitive des interactions sociales entre les membres du personnel soignant, aux statuts variés. Cette analyse montre l'importance de prendre en compte la façon dont sont évaluées et attribuées les aptitudes cognitives de chacun lors des interactions, puisque la réalisation d'un diagnostic nécessite que soient assemblées et évaluées des informations cliniques provenant de différentes sources. En ce sens, l'activité de diagnostic constitue, selon l'auteur, « un bon exemple de processus cognitifs socialement distribués » (p. 429).

Développement

1/ L'auteur souligne tout d'abord la nature complexe (et évidemment l'importance) du diagnostic en médecine. Le diagnostic (qui s'apparente à une prise de décision) est une tâche complexe car cette activité nécessite d'intégrer des données provenant de sources diverses (données provenant de différents laboratoires, de différents examens, de l'histoire médicale du patient, donc notamment des informations que ce dernier fournit...): ces informations doivent être évaluées par le médecin (à la lumière de ses connaissances). Si la complexité cognitive de cette tâche est reconnue, on reconnaît par contre trop rarement, selon l'auteur, sa complexité sociale (« un diagnostic implique d'obtenir et d'évaluer l'opinion d'individus n'ayant ni le même niveau, ni le même champ d'expertise », p. 428, je souligne).

2/ Pour tenter de le rationaliser, des formalisations des étapes du diagnostic médical ont été proposées et implémentées dans des systèmes experts, afin d'accroître la fiabilité des prises de décision médicales. L'auteur note toutefois que l'un des obstacles à ces formalisations du diagnostic est lié au fait que, dans leurs pratiques, les médecins évaluent la précision des informations médicales qu'ils obtiennent sur la base de la renommée ou de la crédibilité de leurs sources d'information (patients (bons ou mauvais historiens) tout comme autres médecins (bons docteurs ou pas...)). L'auteur considère ainsi que les systèmes informatisés d'aide au diagnostic sous-estiment la nature socialement distribuée des connaissances cliniques, c'est-à-dire des processus cognitifs conduisant au diagnostic en contexte hospitalier. Pour montrer en quoi « le contexte social sert de base pour

élaborer des diagnostics médicaux, et pour montrer la liaison entre pertinence de l'information et crédibilité de sa source » (p. 428, je souligne), l'auteur étudie les activités verbales des acteurs dans leurs échanges (échanges entre médecins, échanges entre médecins et personnel soignant). Il souhaite ainsi « attirer l'attention sur les aspects du système social qui sont générateurs du diagnostic médical » (p. 428).

3/ L'auteur précise ce qu'il faut entendre par « cognition distribuée » (ou « cognition sociale distribuée », « cognition socialement distribuée ») : « le fait que des individus travaillant en coopération sont susceptibles d'avoir des connaissances différentes, et doivent engager un dialogue pour rassembler leurs sources et négocier leurs différences » (p. 429). Ce concept, introduit par Edwin Hutchins (ethnologue) en sciences cognitives, souligne ainsi qu'il est nécessaire, dans de nombreux domaines, de s'intéresser aux propriétés cognitives de groupes d'individus (« dans leur environnement naturel ») plutôt qu'uniquement à celles d'individus.

4/ L'auteur discute ensuite de la façon dont le contexte institutionnel (ici hospitalier) agit sur les activités locales des acteurs, et plus particulièrement sur leurs interactions verbales. La structure organisationnelle particulière des hôpitaux (américains en l'occurrence), selon des divisions fonctionnelles, attribue ainsi à chaque individu (à chaque participant d'une interaction verbale) un rôle et un statut. Ces différents rôles et statuts vont ainsi encadrer la communication au sein de l'hôpital et influencer sur les informations dont un individu particulier dispose lors de ses interactions et sur la façon dont il sera soutenu lors de ses efforts de communication. Si les titres et responsabilités liés à ces statuts différents conduisent à attribuer à chaque individu du groupe certaines connaissances, le contexte local, basé sur l'expérience effective de collaboration des membres du groupe, conduit également à une distribution plus implicite de la connaissance, liée par exemple à la réputation de chacun. Ceci va, chez les acteurs, « susciter des croyances sur la distribution de la connaissance » (p. 430) qui influencent les personnes consultées lors des échanges verbaux. Selon l'auteur, de tels échanges permettent aux individus de montrer leur compétence. Le fonctionnement des hôpitaux universitaires est donc gouverné, pour l'auteur, par des réseaux interpersonnels reflétant le statut et les relations des différents acteurs (différents types de médecins et experts, d'autres membres du personnel soignant...), ce qui constitue la source d'une résolution distribuée des problèmes rencontrés. Enfin, la réalisation d'un diagnostic lors de l'activité de consultation, et plus généralement la prestation de soins, utilise un certain nombre de techniques « pour traiter, communiquer et modifier l'information » (p. 431), tel le dossier médical. Celui-ci, à l'élaboration duquel prennent part les différents types de personnel, va être interprété par ces derniers de façon différenciée. Ceci est, pour l'auteur, « le reflet d'un ensemble complexe de relations et d'attributions socio-professionnelles qui concourent à la distribution de compétences cognitives » (p. 431).

5/ L'auteur décrit ensuite, pour les deux hôpitaux où il a mené son enquête, l'organisation des services de consultation. Ceci lui permet de préciser, dans ces services, « la structure des relations d'autorité » (p. 432) entre

les différents types d'acteurs : étudiants, médecins dits résidents, médecins dits attachés et infirmières¹. Il montre l'organisation temporelle et spatiale de ces services, les tâches de chacun, et souligne l'évaluation permanente des compétences des étudiants et résidents que réalise le médecin attaché, responsable de la santé des patients. Le dossier médical constitue ici « une base de raisonnement produit des échanges entre le patient, l'externe et l'expert » (p. 433). L'auteur précise enfin que l'organisation particulière de ces services, et plus généralement des hôpitaux *universitaires*, constitue un cadre de formation des futurs médecins, cette organisation permettant à ces derniers, via les relations personnelles qu'ils vont entretenir avec les autres acteurs, d'acquérir des « connaissances tacites », qu'ils pourront intégrer aux « connaissances déclaratives » contenues dans des cours, dans le dossier du patient...

6/ L'auteur s'intéresse ensuite aux relations qu'entretiennent de tels services de consultation (ou de soins) avec d'autres services employant des équipements technologiques (l'exemple étudié en détail est celui d'un laboratoire de microbiologie). Ces équipements technologiques vont offrir à l'équipe soignante des informations supplémentaires, que la consultation n'offre pas, et qui pourront leur permettre de résoudre des problèmes médicaux. Toutefois, précise l'auteur, « la pertinence clinique des informations produites par des technologies couramment employées dans la pratique de la médecine doit être évaluée ou interprétée par un ou plusieurs acteurs humains », cette pertinence clinique restant « affaire du jugement du médecin » (p. 436). Globalement donc, un diagnostic est réalisé à partir d'informations provenant de sources variées (consultations réalisées par les étudiants, les médecins résidents ; informations (température, tension...) obtenues par les infirmières ; informations obtenues via l'emploi de technologies variées (mise en culture, radiologie...)...), selon « un système de traitement de l'information socialement distribuée » (p. 436). Le diagnostic est donc le résultat « d'une coopération sociale que le médecin attaché a finalement pour responsabilité d'évaluer et de mettre en acte » (p. 436).

7/ Afin d'illustrer tous les points déjà évoqués, l'auteur présente ensuite une description empirique des relations entre différents acteurs au cours de réunions ayant lieu dans un laboratoire hospitalier de microbiologie. Cette étude empirique permet de saisir l'importance des aspects organisationnels du diagnostic médical. Elle permet aussi, en se centrant dans un second temps sur un cas de diagnostic particulier, de proposer des modèles d'interactions entre les acteurs. Ceci est obtenu via une analyse très fine des discours tenus en réunion par des médecins aux statuts variés. Un compte-rendu détaillé de cette partie, centrale, de l'article nous emmènerait toutefois trop loin.

8/ En conclusion, l'auteur insiste sur l'importance de la prise en compte de méthodes cognitives et sociolinguistiques, basées sur des études ethnographiques de terrain, dans la réalisation de systèmes experts d'aide au diagnostic. Il résume également de façon concise et intéressante son analyse, en déclarant : « Dans un centre

¹ Les fonctions dans les hôpitaux américains ne correspondent pas celles dans les hôpitaux français (voir à ce sujet la note du traducteur de l'article (B. Conein) p. 431). Les médecins résidents ont terminé leur internat et sont en cours de spécialisation avant de pouvoir postuler à un emploi de médecin associé.

hospitalier, chaque individu travaillant en collaboration acquiert des représentations différentes, bien que se chevauchant, de l'environnement dans lequel il interagit. Les connaissances reçues sont continuellement activées et simultanément modifiées, dans des situations où la priorité est mise sur les processus d'induction et la crédibilité des novices et des experts. Ce qui déclenche inductions ou déductions dépend de la procédure d'élucidation où coexistent des circonstances variables d'incertitude et de facticité » (p. 447).

Démarche

Analyse socio-cognitive des interactions sociales à l'hôpital (basée deux étude de terrain, dans deux centres hospitaliers universitaires américains).

Apports spécifiques

Cette étude me semble très intéressante dans l'optique du projet PratiSciens, notamment via l'emploi du concept de « cognition distribuée » (et les travaux de Cicourel, Hutchins et Norman que l'on pourrait discuter). De plus, l'analyse socio-cognitive proposée constitue à mon avis une base méthodologique réellement intéressante pour des enquêtes de terrain qui souhaiteraient mettre en valeur la collaboration entre acteurs différents (étudiants, doctorants, techniciens, chercheurs confirmés, directeurs de laboratoire...) permettant de produire des résultats scientifiques, dans le cadre de la division du travail ayant cours dans les laboratoires. A noter également que Cicourel a été l'un des fondateurs de l'éthnométhodologie (avec Garfinkel), éthnométhodologie dont se réclame certains chercheurs des Science Studies. Sa trajectoire sociologique est toutefois originale et en ce sens intéressante. L'article ici relaté est une traduction d'un chapitre de l'ouvrage suivant, à l'époque en cours de traduction mais aujourd'hui traduit : *Le raisonnement médical*, Seuil, 2002.

Cette notice a été réalisée par Frédéric Wieber : frederic.wieber@univ-nancy2.fr