



HAL
open science

Le risque d'erreur de diagnostic médical: étude d'un thème épistémique

Michel De Fornel, Maud Verdier

► To cite this version:

Michel De Fornel, Maud Verdier. Le risque d'erreur de diagnostic médical: étude d'un thème épistémique. Chauviré Christiane; Ogien Albert; Quéré Louis. Dynamiques de l'erreur, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, pp.39-81, 2009. hal-01622764

HAL Id: hal-01622764

<https://hal.science/hal-01622764>

Submitted on 15 Dec 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

- Levin, S. D.
1995 « Elusive knowledge », *The Australasian Journal of Philosophy*, 74, p. 549-567.
- Nagel, T.
1983 « Quel effet cela fait-il d'être une chauve-souris ? », in *Questions mortelles*, Paris, PUF.
- Pearlrooke, Ch.
2005 « "Another I" : Representing conscious states, perception and others », in J. Bermúdez (ed.), *Thought, Reference and Experience : Themes from the Philosophy of Gareth Evans*, Oxford, Oxford University Press.
- Pylshyn, Z.
2004 *Seeing and Visualizing : It's Not What You Think*, Cambridge, MIT Press.
- Perry, J.
2001 *Knowledge, Possibility and Consciousness*. The Jean-Nicod Lectures, Cambridge, MIT Press.
- Siegel, S.
2006 « Which properties are represented in perception ? », in T. S. Gendler & J. Hawthorne (eds), *Perceptual Experience*, Oxford, Clarendon Press.
- Siewert, Ch.
1998 *The Significance of Consciousness*, Princeton, Princeton University Press.
- Sprenger, D.
2005 « Modularity and relevance : How can a massively modular mind be flexible and context-sensitive ? », in P. Carruthers, S. Laurence & S. Stich (eds), *The Innate Mind. Structure and Contents*, Oxford, Oxford University Press.
- Tranel, D., Damasio, H. & Damasio, A. R.
1995 « Double dissociation between overt and covert face recognition », *Journal of Cognitive Neuroscience*, 7 (4), p. 425-432.
- Young, A.
1998 *Face and Mind*, Oxford, Oxford University Press.
- Wittgenstein, L.
2006 *De la certitude*, Paris, Gallimard.

MICHEL DE FORNEL ET MAUD VERDIER

LE RISQUE D'ERREUR DE DIAGNOSTIC MÉDICAL : ÉTUDE D'UN THÈME ÉPISTÉMIQUE*

L'erreur de diagnostic médical est traitée en général comme le résultat d'une série de facteurs, d'ordre structurel, cognitif et pragmatique. On insiste souvent sur les défauts de raisonnement qui induisent un diagnostic erroné, les contingences qui en affectent le déroulement (le cas typique étant l'interruption de l'activité qui empêche d'entendre une réponse comportant une information essentielle ou conduit à négliger un fait important), la trop grande confiance en soi ou dans des informations disponibles¹.

Pour intéressantes qu'elles soient, ces approches présentent cependant deux défauts. Le premier est de traiter avant tout l'erreur comme un événement susceptible de se produire en raison de limitations cognitives ou de circonstances malheureuses, mais qui n'est en rien constitutif du diagnostic lui-même. Nous soutiendrons au contraire que l'établissement d'un diagnostic inclut de façon interne et inévitable la recherche d'erreur, autrement dit, que tant sur le plan épistémique que conceptuel, établir un fait clinique est indissociablement une *activité de confrontation au risque d'erreur*, d'où l'existence de procédures

* Nos remerciements à A. Ogien pour sa relecture critique. Cette recherche a reçu le soutien financier de la Fondation de France et du CNP. Pour une présentation plus complète, on consultera Fornel, Lantin-Mallet & Verdier (2008b).

1. Voir Cicourel (2002) ; et plus spécifiquement sur la dimension cognitive de l'erreur en contexte médical, on consultera : Elstein, Shulman & Sprafka (1978) ; Sebillotte (1984) ; de Keyser & Nyssen (1993) ; Raufaste (2001) ; Marquie, Raufaste, Marine & Ecoiffier (2003).

pratiques endogènes à cette activité visant à l'éviter. Bref, au lieu d'examiner des consultations présentant un diagnostic ou un traitement problématique en cherchant à déterminer les facteurs qui ont conduit à l'erreur, nous voudrions en appréhender le déroulement sans préjuger de leur caractère problématique, à partir de l'hypothèse que toute consultation met en jeu une attention à l'erreur qu'il convient d'interroger.

Le second défaut consiste à considérer que le diagnostic est avant tout une affaire de raisonnement, ce qui a pour effet de minorer la contribution de l'examen physique. Les travaux évoqués considèrent le plus souvent que ce dernier est avant tout un moment de recueil d'observations permettant de nourrir un diagnostic, et ce, au même titre que les connaissances d'arrière-plan sur le patient, la maladie, la symptomatologie, recueillies lors de la phase d'anamnèse. Une caractéristique centrale de la phase d'examen, à savoir qu'elle est le support d'un *jugement d'identification démonstrative* (« C'est sur la hanche », « C'est ça le signe », « C'est une allodynie ») qui « ancre » le diagnostic sur le corps du patient est laissée de côté. L'examen physique se caractérise par un primat accordé au jugement de perception. C'est à partir des données perceptives de la base évidentielle que s'établit le diagnostic, et les connaissances d'arrière-plan (qui peuvent inclure un pré-diagnostic) sont désormais mobilisées pour étayer, ou au contraire mettre en doute, ce que livre ce jugement. Comme nous allons le voir, sans une compréhension adéquate de ce phénomène, il est impossible de mettre au jour les procédures pratiques mises en œuvre dans la situation de consultation qui visent à éviter l'erreur de diagnostic.

Plus précisément, nous nous proposons de montrer, dans le présent article, que le jugement d'identification démonstrative qui va être réalisé lors de l'examen physique, est, de façon inhérente, confronté à deux *risques d'erreur* : le premier consiste à s'appuyer sur les connaissances d'arrière-plan en présence de prémisses perceptives problématiques (de façon typique des symptômes de douleur peu lisibles) ; le second consiste à l'inverse à s'appuyer avant tout sur les données de l'expérience perceptive en raison de connaissances d'arrière-plan faibles ou contradictoires. Nous allons étudier les diverses stratégies mises en œuvre pour contrer le risque d'inférence induite, ou au contraire celui d'erreur perceptive. Dans cette perspective, le risque d'erreur n'apparaît pas nécessairement lié à des situations problématiques mais comme une dimension inhérente au jugement d'identification, dès lors que celui-ci suppose nécessairement de résoudre de façon pratique le hiatus, inhérent à la situation d'examen, entre les connaissances d'arrière-plan disponibles et ce que présente l'expérience perceptive.

Cette recherche s'inscrit dans le cadre du programme ethnométhodologique visant à étudier, dans les interactions mettant en œuvre des connaissances

spécialisées (scientifiques, médicales, ou autres), le rôle que jouent ce que Michael Lynch a appelé des « *epistemics* », des *thèmes épistémiques*. Il s'agit de déterminer comment « *an activity comes to identify itself as an observation, a measurement, or whatever without assuming from the outset that the local achievement of such activities can be described under a rule or definition.* » (Lynch, 1993, p. 281). Le présent article se veut une contribution à ce programme en documentant les pratiques constitutives du jugement spécialisé de perception propre à l'activité médicale et de la gestion des risques d'erreur qu'il comporte.

Les consultations douleur

Les situations de diagnostic que nous étudions s'inscrivent dans le cadre de consultations douleur mises en place à l'initiative d'une spécialiste de la douleur, la Dr. É. Pichard, au sein de la fondation Paul Parquet, maison d'enfants fondée en 1920 à Neuilly-Sur-Seine. Ces consultations douleur concernent des enfants de 0 à 6 ans souffrant de pathologies graves. Atteints de maladies neurologiques de type dégénératif, ces enfants non-parlants reçoivent déjà des traitements préalables qui prennent en compte un problème relevant d'une douleur neuropathique. L'évaluation de ces enfants sur le plan de la douleur est extrêmement difficile en raison de plusieurs facteurs, dont la modification des perceptions sensorielles (surdité, cécité ou amblyopie) et la variabilité de l'état de base (Pichard-Léandri *et al.*, 2003 ; Pichard-Léandri, Gauvain-Picard, 1989). Les enfants ont de multiples raisons de souffrir, que ce soit de douleurs durables, neuropathiques (accident neurologique ou maladie dégénérative) ou nociceptives (articulaires, musculaires, osseuses ou viscérales). Les douleurs peuvent être aiguës, provoquées ou endurées². La consultation douleur mise en place au sein de la fondation se fait dans un cadre multi-participants et se déroule en plusieurs phases. Elle débute par une (longue) phase d'anamnèse au cours de laquelle la spécialiste interroge les interlocuteurs proches de l'enfant (parents, auxiliaire, infirmier/ère, puéricultrice, kinésithérapeute, psychologue, psychomotricien/ne, pédiatre, etc.) sur l'histoire médicale et personnelle de l'enfant, la (les) raison(s) pour lesquelles l'entourage proche de l'enfant a déclenché une demande de consultation douleur, les *patterns* expressifs de l'enfant et la posologie déjà mise en place. La spécialiste procède ensuite à l'examen physique où elle recherche de façon systématique les *patterns* expressifs

2. Ces douleurs peuvent être provoquées, entre autres, par la sonde nasogastrique, les injections, le positionnement (bain, habillage, déshabillage), la kinésithérapie respiratoire, l'aspiration trachéobronchique ainsi que par les percées dentaires, les otites, la constipation, les spasmes viscéraux, etc.

de l'enfant concernant des douleurs de type nociceptif et/ou neuropathique, les situations de souffrance³, et ce quelle que soit la raison à l'origine de la demande de consultation douleur et le type de douleur suspecté par l'entourage. Cet examen physique est suivi d'un diagnostic qui donne lieu ou pas à un traitement, en accord avec les participants. Les procédures de détection de la spécialiste s'appuient par conséquent sur la situation de crise qui a fait souhaiter la présence de l'enfant à la consultation, le dossier médical, et les informations fournies par l'entourage. C'est donc sur la base des connaissances d'arrière-plan que s'effectue le repérage lors de l'examen physique, durant lequel il s'agit pour la spécialiste de discriminer le plus finement possible les signes d'expression de douleur, tout en négociant de manière collective les interprétations à donner aux réactions de l'enfant. Dans tous les cas, et quelle que soit la pré-évaluation effectuée par l'entourage, lors de son examen physique, la spécialiste procède à une recherche systématique des différents types de douleur⁴. L'articulation entre les connaissances d'arrière-plan de la spécialiste et ses propres jugements de perception des *patterns* expressifs détectés lors de la manipulation de l'enfant peut être alors problématique.

L'examen physique

Il importe de remarquer que l'examen physique ne consiste pas simplement à observer les symptômes de douleur créés par la manipulation ou le contact de zones et ce, à partir des connaissances d'arrière-plan acquises par l'interrogation et la discussion avec l'entourage. En effet, il se présente rarement comme un rapport simple entre une manipulation et une réaction à celle-ci, immédiatement interprétable comme signe de douleur. L'identification démonstrative du signe de douleur dépend de la clarification épistémique de plusieurs éléments, clarification qui nécessite la collaboration de l'entourage :

1) Le symptôme obtenu est-il clairement identifiable ? Sur le plan sensoriel (auditif et visuel, ou tactile), a-t-on un référent identifiable comme étant un cri,

3. L'étude des consultations montre que la psychologue et la spécialiste de la douleur ne s'accordent pas sur l'acceptation à donner au terme « souffrance », et notamment sur la dimension psychique qu'il peut recouvrir. Dans cet article, nous utilisons ce terme pour désigner, négativement, ce qui ne relève pas d'une part des douleurs neuropathiques et nociceptives, et d'autre part du mécontentement (ce dernier point ne donnant pas lieu à un traitement particulier) ; et positivement, ce qui relève de l'anxiété, du stress, de la tristesse, voire de la dépression (psychique) et qui peut donner lieu à une posologie spécifique. Comme le notent Craig *et al.* (1994, p. 306) « *while all pain is stressful, all stress is not painful* ».
4. Selon la définition de l'International Association for the Study of Pain (IASP), la douleur est « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en des termes évoquant une telle lésion ». Cette définition présente la caractéristique d'intégrer la dimension affective et émotionnelle à la dimension sensorielle.

un mouvement de bras, un accélération de la respiration, etc. ? Dans certains cas limites, la question se pose même de savoir sur quoi doit porter l'attention focale de la spécialiste ;

2) Quelle catégorisation sémiologique donner au symptôme, compte tenu des *patterns* expressifs habituels de l'enfant ? Ainsi, si un enfant gémit beaucoup, en particulier dans des situations qui ne sont pas clairement dysphoriques, l'identification catégorielle sera problématique ;

3) Le lien entre la manipulation et le symptôme est-il avéré ? Dans quelle mesure peut-on soutenir que l'on a bien obtenu une réaction à la manipulation, qu'une douleur a bien été provoquée ?

4) Compte tenu des connaissances d'arrière-plan, quelle sémiologie peut-on associer à ce qui a été observé ? Quel diagnostic peut-on formuler ?

Toute identification démonstrative d'un signe de douleur dépend de la perception d'un symptôme et de sa catégorisation sémiologique adéquate, au cours d'une observation *in situ*. L'examen physique est d'abord le lieu d'exercice d'un regard clinique, que l'on peut caractériser comme un regard guidé par une compétence professionnelle, dans une situation de contact avec l'enfant et dans un contexte d'action, puisque la spécialiste va manipuler ou toucher certaines parties du corps de l'enfant⁵. Une relation de co-présence active est donc constitutive du déploiement de ce regard clinique, à un double titre. D'un côté, elle sert à l'organiser et à lui donner sa dimension de pratique publique. C'est par le contact et la manipulation que le regard professionnel peut observer des symptômes qu'il va ou non convertir en signes de douleur. Elle constitue, d'un autre côté, une ressource pour l'interprétation car l'attitude de l'enfant face à sa mise en place, la facilité ou la difficulté avec laquelle il se prête à l'examen sont des éléments qui sont pris en compte dans l'évaluation de l'état de douleur de l'enfant. L'examen physique est donc, en d'autres termes, indissociable de l'introduction d'un nouveau cadre de participation au sein de la consultation, où actions, gestes, et discours servent d'arène publique à l'exercice du regard clinique. Ainsi, la façon dont l'enfant va réagir à l'introduction de ce cadre, à son maintien et à ses transformations, est elle-même incluse dans le champ d'interprétation des *patterns* expressifs. La présence de nombreux commentaires, par la spécialiste, du comportement de l'enfant au début de l'examen physique est loin d'être anecdotique. Que l'enfant se prête avec placidité à l'exercice ou qu'au contraire il semble éviter le contact voire opposer une résistance constituent des faits significatifs avant même l'étude précise des caractéristiques sémiologiques des réactions à la manipulation.

5. Ce regard est présent dès la phase d'anamnèse, où il prend essentiellement la forme de notations observationnelles à distance. Lors de la phase d'examen, il s'inscrit au contraire dans une situation de contact avec l'enfant.

L'autonomie de l'examen et son corollaire, le primat de la perception dans l'établissement du diagnostic, se manifestent par le fait qu'il est rare que la spécialiste formule immédiatement de manière explicite des constatations liées à l'examen et aux éléments évoqués précédemment. Autrement dit, si ce dernier va permettre de préciser certaines manifestations de douleur que la phase d'anamnèse a fait émerger, ce fait n'est pas immédiatement apparent. La spécialiste cherche en premier lieu à se faire sa propre idée de la douleur de l'enfant. C'est sur la base de cette construction épistémique propre où domine le jugement de perception que les informations glanées auparavant vont être rapportées et jaugées. Étroitement associé au contact et à la manipulation, le regard clinique a pour objet d'aboutir à l'identification d'un signe de douleur (ou de son absence) au service du diagnostic⁶. D'où le statut double du jugement d'identification démonstrative qui permet à la fois de rendre public ce qui a été observé et d'indiquer de façon explicite ou tacite la nature de la concordance entre les données livrées par l'observation et les connaissances d'arrière-plan concernant l'enfant. À titre d'illustration, examinons le cas d'Ethan.



(T11) La mère, au centre, à la spécialiste, à droite, qui examine l'enfant assis sur les genoux de sa mère : quand il fait ça- c'est- il se mord la lèvre là il est fâché

6. Si l'observation à distance peut conduire à des catégorisations, ces dernières ne sont formulées le plus souvent qu'à titre provisoire.

1) Séquence Ethan_14_002958⁷

1. (*L'enfant est dans les bras de sa mère assise sur le canapé de la salle de consultation. La spécialiste est assise près d'eux. Elle essaie de plier la jambe droite de l'enfant, mais elle n'y parvient pas. Elle arrête son geste et se tourne vers le pédiatre en charge de l'enfant.*)⁸
2. S : elle, elle peut le faire mais moi je pourrai pas parce qu'il me résiste
3. (*La spécialiste se tourne vers l'enfant. Elle manipule le bras en le levant vers le haut. La respiration de l'enfant devient plus forte. Elle repose le bras et se retourne vers le pédiatre.*)
4. S : il reste très inquiet. (.) °c'est-à-dire que moi je peux pas faire grand chose°
5. (*La spécialiste soulève le bras de l'enfant.*)
6. S : il me résiste (.) tout simplement (.) il a pas mal mais il me résiste
7. (*La spécialiste repose le bras et vérifie la douleur au niveau de la bouche. Elle regarde l'enfant. Elle se retourne vers l'auxiliaire, assise derrière elle.*)
8. S : vous vous ne voyez pas de signe de douleur à votre-
9. Aux : [non non non]=
10. M : []
11. ⇒ M: (*la mère pointe vers la bouche de l'enfant*) =quand il fait ça- c'est- il se mord la lèvre [là il est fâché
12. S : [alors
13. S : qu'est-ce qu'il se passe ? (.) quand- il s'passe là- il est fâché- alors qu'est-ce que vous venez de me dire
14. M : il se mord la lèvre
15. S : oui
16. M : (le voilà)
17. S : alors pour vous ça signifie quoi ?
18. M : je sais pas c'est la colère
19. S : c'est ça mais je veux dire c'=-
20. M : =vous voyez il a ses dents là
21. S : (.) il a ses dents qui viennent=
22. M : =(la mère montre ses propres dents) il attrape là
23. (*La spécialiste et la mère se penchent près du visage de l'enfant et le regardent.*)
24. S : bon alors attendez je vais me reculer (.) vous le gardez.
25. (*La spécialiste se lève, et se rassoit à son bureau.*)
26. S : (je me recule)
27. S : (*parle à voix basse à la psychologue pendant qu'elle se rassoit. Inaudible. Elle s'adresse ensuite au médecin et à la psychologue assis près d'elle.*)
28. S : °°c'est vraiment de l'anxiété°° (.) °dès que j'ai commencé à le toucher° (. . .)

7. Intervient dans cette séquence : la spécialiste (S), la mère (M), la psychologue du service (Psy) et l'auxiliaire (Aux).

parce qu'en fait il a un () en fait i :: alors quand j'essaye de- la maman l'a plié je sais pas si vous avez vu (.) il a bien plié ses jambes (.)

29. (7 lignes manquantes.)

30. (La mère montre le visage de l'enfant à l'auxiliaire. Inaudible. Puis, à la spécialiste :)

31. M : il se (rend) raide il attrape [la lèvre (la mère montre sa propre bouche)

32. S : [oui il s'enraidit absolument parce que moi j'ai essayé de le prendre tout doucement il s'est enraidit, alors pas avec vous il a pas: il s'est pas raidi avec vous

Une consultation précédente a permis d'établir que l'enfant était très anxieux et ne présentait pas de nouvelles douleurs neuropathiques. Dans la séance suivante, d'où provient l'extrait ci-dessus, la phase d'anamnèse en présence de la mère a permis de mettre en évidence que celle-ci pouvait manipuler sans problème l'enfant, en particulier lors de massages en profondeur. L'examen physique fait apparaître une raideur très grande suscitée par la manipulation, que la spécialiste interprète comme une marque d'anxiété (en raison aussi du diagnostic provisoire du même type déjà formulé lors de la séance précédente et de ce qu'elle a pu observer du comportement de l'enfant avec sa mère lors la phase d'anamnèse)⁸.

On remarquera cependant que la spécialiste ne se contente pas d'affirmer l'existence d'un signe d'anxiété. Elle contraste deux éléments : la différence de comportement avec une personne familière et étrangère – le premier étant indicatif de l'attitude normale, et le second étant considéré comme un facteur déclencheur de l'anxiété qui autorise la formulation d'un diagnostic d'anxiété –, manifestant ainsi qu'elle cherche à éviter le risque d'erreur que représente l'existence d'une prémisses perceptives fortes (une raideur au contact qui se donne sur le plan observationnel comme une marque d'anxiété). Cette séance illustre une situation où il s'agit de vérifier la fiabilité d'une donnée perceptive qui invite à une catégorisation relativement évidente et dont précisément la spécialiste se méfie, ce qui requiert de rechercher s'il n'existe pas des connaissances d'arrière-plan qui la rendraient possible ou probable. Il s'agit donc de déjouer les pièges de la perception, et dans le cas présent de vérifier si ce qui a été perçu l'a bien été à sa juste valeur. Si le comportement de raideur se retrouvait dans une situation non anxiogène (avec la mère par exemple), alors un doute serait nécessairement permis et une réorientation (vers la douleur) peut-être obligatoire. Les connaissances d'arrière-plan servent dans le cas présent, non à suppléer à une perception défaillante ou simplement insuffisante, mais de garde-fou face à l'évidence d'une prémisses perceptives fortes.

8. On notera qu'un autre signe, l'action de se mordre la lèvre (de T11 à T23), qui est mentionné dans la séquence ci-dessus, fait l'objet d'un traitement spécifique de la part de la spécialiste.

Epistémologie de la perception

L'analyse que nous avons présentée renvoie à un problème classique de l'épistémologie du jugement de perception, à savoir celui des modalités d'articulation dans la constitution de celui-ci entre la contribution perceptive et la contribution cognitive, entre les éléments qui viennent de l'expérience perceptive et ceux qui proviennent des connaissances d'arrière-plan. Dans un article du présent volume, Jérôme Dokic défend l'idée qu'il existe des erreurs de reconnaissance perceptive d'autrui qui ne seraient ni des illusions des sens ni des erreurs de jugement mais qui tiendraient à la mise en jeu d'une présupposition épistémique fautive. L'exemple est celui du jugement de reconnaissance, de type « Tiens, voilà Marie » qui met en jeu une relation d'identité entre la personne que l'on désigne à l'attention par la préposition « voici » et la personne connue du locuteur (et se prénommant « Marie »). La situation est celle où l'on informe le locuteur que la personne qu'il a sous les yeux n'est pas Marie mais sa sœur jumelle, ce qui conduit ce dernier, selon Dokic, à « annuler la présupposition qui sous-tendait mon système de croyances : je ne tiens plus pour acquise l'identité pertinente entre la personne que je vois et Marie ». Si la conclusion de l'auteur est plausible, on peut remarquer qu'elle est plus ou moins inévitable dès lors que l'on présente le jugement de reconnaissance de façon statique en ignorant la dimension d'enquête qui lui est constitutive (sur la nécessité d'inscrire l'erreur dans la dynamique des enquêtes, voir l'article de Quéré et Olszewska du présent volume). Car il faut se demander ce qu'il en résulte exactement pour le locuteur au niveau de son jugement de reconnaissance, une fois qu'il est informé que c'est la sœur jumelle. Est-ce qu'il se contente de changer de référent ? Est-ce qu'il ne va pas se mettre à observer plus attentivement la personne pour découvrir des éléments qui lui indiquent que ce n'est pas Marie ? Ou, au contraire, est-ce qu'il ne va pas opérer un changement de référent et, tout en sachant que ce n'est pas Marie, ne pas pouvoir s'empêcher de continuer à voir cette dernière ?

La diversité des réactions possibles montre que le problème n'est pas simple (plusieurs attitudes sont possibles) et ne peut se résoudre que par une enquête, conçue comme une situation dynamique de confrontation entre les données perceptives et les connaissances d'arrière-plan. On doit d'ailleurs remarquer que la solution proposée par Dokic, si elle est plausible dans le cas d'école de la sœur jumelle où aucune donnée perceptive (les sœurs se ressemblent parfaitement) ou cognitive (pas de connaissances d'arrière-plan supplémentaires à évoquer dans le réseau de croyances) n'est disponible, constitue clairement un cas limite, où le locuteur n'est pas en mesure de réinterpréter la donnée perceptive et doit se contenter d'annuler une présupposition en la remplaçant par une

autre. Autrement dit, son nouveau jugement de reconnaissance « Voici la jumelle de Marie » dépend entièrement de la confiance qu'il accorde à la personne qui lui apporte cette information. La substitution catégorielle effectuée par le locuteur ne dépend en rien du jugement de perception. Il suffit de modifier l'exemple et de penser à la même situation, en permettant que le locuteur, informé par la personne de confiance, initie une enquête qui le conduit à détecter des différences significatives au niveau perceptif (dans certains traits du visage, ou des particularités des cheveux). Une telle situation (fort courante d'ailleurs) conduit à un jugement de perception considérablement plus assuré car l'annulation d'une présupposition (et l'introduction, concomitante, d'une nouvelle) conduit cette fois à une nouvelle évaluation perceptivo. Plutôt que d'en être purement dépendant, le locuteur utilise la présupposition comme guide pour parvenir à un nouveau jugement de perception.

On notera que dans un jugement de perception *spécialisé* tel que l'illustre l'examen physique en consultation douleur dans la séquence présentée plus haut, la solution proposée par Dokic serait épistémologiquement très problématique. Dès lors qu'il y a un enjeu pratique quant à la fiabilité du jugement de perception (ce qui peut aussi se produire lorsqu'il s'agit d'un problème de référence, comme dans l'exemple des jumelles), on ne peut se contenter d'opérer une modification catégorielle en fonction d'une connaissance d'arrière-plan. Cette dernière peut sans aucun doute inviter à douter du jugement de perception mais elle ne peut entraîner l'introduction d'un nouveau jugement si rien dans les données perceptives de la base évidentielle ne vient soutenir une telle réorientation (que l'on pense à une situation d'enquête policière).

Le jugement d'identification démonstrative

Pour éclairer le primat de la perception dans l'examen physique, il importe de revenir aux caractéristiques du jugement d'identification démonstrative. On considère souvent qu'il est toujours possible qu'un jugement contienne une erreur d'identification. Si l'entourage annonce à propos d'un enfant, « la hanche droite est douloureuse », il y aura erreur d'identification s'il s'agit en fait de la hanche gauche. L'erreur d'identification concerne donc le sujet et non le prédicat, le fait que la hanche soit douloureuse restant vrai, en dépit de l'erreur. Dans le prolongement d'une remarque de Wittgenstein, Shoemaker a proposé l'expression *immunity to error through misidentification* pour décrire une propriété de certains jugements qui seraient nécessairement préservés d'une telle erreur, comme les énoncés à la première personne de type « j'ai mal à la tête » (Shoemaker, 1968 ; Pryor, 1999). Comme le remarque Wittgenstein (1951, p. 126) :

On peut distinguer deux modes d'usage du mot « je » (ou « moi ») que je nommerai « l'usage objectif » et « l'usage subjectif ». Voici quelques exemples du premier : « j'ai le bras cassé », « j'ai grandi de douze centimètres », « j'ai une bosse au front », « le vent ébouriffé mes cheveux » ; ainsi que du second : « je vois un tel », « j'entends un tel », « j'essaie de lever le bras », « je crois qu'il va pleuvoir », « j'ai mal aux dents ». On peut préciser la différence entre ces deux catégories d'exemples en disant que les cas de la première catégorie nécessitent la reconnaissance d'une personne particulière et laissent la porte ouverte à l'erreur, ou plutôt, devrais-je dire, l'erreur en de tels cas est permise [...] Il n'est pas impossible, dans l'éventualité d'un accident, que j'éprouve une douleur au bras, que je voie à mon côté un bras cassé, et pense qu'il s'agit de mon bras, alors que c'est celui de mon voisin [...] Au contraire, quand je déclare que j'ai mal aux dents, il n'est pas question de reconnaître quelqu'un ; et il serait absurde de me demander : « Êtes-vous bien sûr que c'est vous qui souffrez ? » Mais lorsque aucune erreur n'est possible, comme dans ce cas, c'est que la possibilité d'erreur, le « faux mouvement », dirions-nous, ne fait pas partie de la règle du jeu.

Pour Shoemaker, les emplois comme sujet se caractérisent, à la différence de ceux comme objet, par le fait qu'ils sont « immunisés » contre l'erreur en termes de mauvaise identification, étant donné qu'il est absurde de poser la question « j'ai mal à la tête, mais est-ce moi ? ». Il n'est pas possible dans ce cas d'avoir émis le jugement que quelqu'un a mal à la tête et d'être dans l'erreur quant à la personne. Evans a proposé la même distinction à propos des jugements d'identification démonstrative. Ainsi, en affirmant « ceci est douloureux », et en pointant vers une certaine zone, le spécialiste introduit un jugement de perception à propos d'un état de choses publiquement observable. Étant donné qu'elle utilise un terme démonstratif, son jugement est *identification-free* et est prémuni contre le danger d'identification erronée qui guette un énoncé *identification-dependent* comme « la hanche est douloureuse ». Comme le note Evans (1982, p. 181), « *knowledge of the truth of a singular proposition is identification-free in the narrow sense if (i) it is not identification-dependent, (ii) it is based on a way of gaining information from objects* ». Cette distinction est essentielle pour comprendre le statut du jugement de perception dans l'examen physique. Indépendamment de toute identification présente ou passée, ce jugement introduit une base évidentielle (qui peut elle-même être problématique, mais ceci est une autre question) : les participants peuvent s'accorder sur ce qui est référé par le démonstratif, en particulier sur l'existence, la localisation et les caractéristiques du *pattern* expressif qu'ils ont sous les yeux, indépendamment de ses identifications catégorielles passées, présentes et futures. Sans cette convergence préalable sur le symptôme observable et en

l'absence du repérage par rapport au corps de l'enfant produit par le jugement de perception, aucune procédure d'enquête sur l'identification sémiologique adéquate n'est possible, aucune révision de catégorie liée à un risque d'erreur ne serait possible.

L'examen physique permet donc d'échapper à la « dépendance identificationnelle » caractéristique de la phase d'anamnèse, en introduisant un objet de jugement directement perçu, comme par exemple, suite à une manipulation, une accélération de la respiration, un geste de repousser, une bouche à l'envers, etc. À partir du moment où la donnée perceptive est produite, qu'elle est publiquement partagée et constitue la base évidentielle de l'enquête, la dépendance par rapport à une identification sémiologique antérieure est levée et cette dernière confirmée ou modifiée en fonction d'une prémisse perceptive libre d'identification. Dès lors qu'il y a identification *démonstrative*, l'identification que contient le jugement n'est pas essentielle quant à la capacité de réfléchir et d'acquiescer ou de modifier des croyances concernant ce qui a été pointé. Ceci vaut à l'évidence pour les catégorisations introduites dans le jugement d'identification démonstrative lui-même, qui sont révisables en fonction des résultats de l'enquête. Lorsqu'il y a stabilisation de la donnée perceptive, que celle-ci est constituée en objet sur lequel on se focalise, de façon publiquement partagée, par l'emploi du démonstratif, les catégories introduites par le jugement perceptuel démonstratif (allodynie, signe d'anxiété, etc.) sont potentiellement révisables.

Les situations de risque d'erreur

Nous avons montré plus haut, avec le cas d'Ethan, comment le diagnostic se voit confronté à un risque d'erreur perceptive, celui que pose l'existence d'un jugement d'identification démonstrative qui semble s'imposer alors même que les connaissances d'arrière-plan dont on dispose sont faibles ou contradictoires. La stratégie mise en œuvre pour contrer ce jugement consiste alors, soit à étayer la base évidentielle par de nouvelles données observationnelles (par la répétition de la manipulation, ou la mise au jour d'un nouveau signe de douleur), soit plus couramment à rechercher s'il n'existe pas des connaissances d'arrière-plan en accord avec le jugement de perception et que la phase d'anamnèse n'aurait pas fait apparaître. Cette situation, relativement simple, montre à l'évidence que la formulation du diagnostic s'inscrit dans le cadre d'une procédure pratique d'évitement du risque d'erreur.

Nous allons maintenant tenter de brosser le tableau des diverses modalités d'articulation, dans la constitution du jugement de perception, de la contribution perceptive et de la contribution cognitive, afin de dégager les procédures pratiques d'évitement du risque d'erreur et d'apprécier le degré de complexité

du dispositif de vérification qu'elles mettent en œuvre.

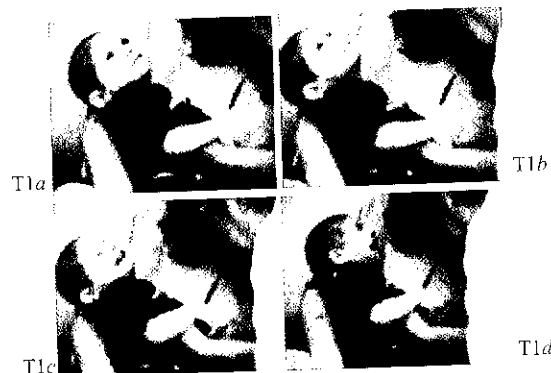
Une première modalité d'articulation correspond aux situations où l'examen physique n'a pas permis de constituer une base évidentielle solide. Si les connaissances d'arrière-plan sont aussi bien établies et sont concordantes, le diagnostic s'établit aisément et ne nécessite pas en général de prise en compte d'un risque d'erreur potentiel : il s'agit principalement des situations où l'entourage a décelé un problème d'ordre nociceptif (ce type de douleur est généralement détecté sans trop de difficultés par les proches). L'examen physique permet alors de confirmer l'existence d'un *pattern* expressif lié à cette douleur, d'en évaluer l'intensité, voire de préciser les signes de douleur associés. Si par contre les connaissances d'arrière-plan ne convergent pas, le risque d'erreur est lié au fait de s'en tenir à ce qu'offre l'expérience perceptive et diverses stratégies vont être mobilisées pour surmonter le dilemme (voir *infra* les cas de Kim et de Carole). Un troisième type correspondra aux situations où les connaissances d'arrière-plan sont mal établies, qu'elles aillent dans le même sens (sous-type déjà illustré par le cas d'Ethan et *infra*, de façon plus complexe avec Niels) ou qu'elles soient divergentes (cas de Kaan, *infra*).

Une seconde modalité d'articulation correspond aux situations où l'examen n'a pas permis de délivrer des prémisses perceptives solides. Si les connaissances d'arrière-plan sont aussi bien établies et vont dans le même sens, le risque est de s'appuyer sur ces dernières pour faire contrepoids à la faiblesse de la base évidentielle. On se trouve alors dans une situation d'inférence induite (voir le cas de Yannick, *infra*) et la stratégie pour y parer peut consister à renforcer les prémisses perceptives. Enfin, si les connaissances d'arrière-plan ne sont pas bien établies, le diagnostic sera particulièrement difficile à formuler et le risque d'erreur particulièrement important, comme c'est le cas avec ces enfants dits en « *blindage actif* » : cas limite s'il en est, où connaissances d'arrière-plan et prémisses perceptives sont faibles.

Le poids épistémique du jugement de perception

On s'intéressera tout d'abord à un très jeune enfant, Kim, qui a eu de graves séquelles neurologiques dues à une anoxie néonatale et qui présente en outre d'importants problèmes de comportement. L'enfant est présenté par deux fois en consultation, l'entourage soupçonnant dans les deux cas un problème d'ordre allodymique, notamment au niveau du thorax. L'examen physique du thorax dont nous présentons une séquence ne révèle pas de problème particulier : les réactions de l'enfant à l'effleurement du thorax – il rit et se met tout contre son auxiliaire (voir les photos T1a à T1d) – ne vont à l'évidence pas du tout dans le sens d'une douleur de type neuropathique. Ce qui fait dire à la spécialiste

qu'elle ne trouve pas de douleur allodynique de manière affirmée (voir en T2 le jugement démonstratif « c'est pas net là hein » et la répétition du geste, accompagnée de la répétition de l'évaluation perceptive « aujourd'hui c'est pas net »).



(De T1a à T1d) Vérification par la spécialiste, à droite, de douleurs allodyniques au niveau du thorax de l'enfant qui est dans les bras de son auxiliaire, au centre. L'examen se fait par effleurement, ce qui déclenche le rire chez l'enfant.

(2) Séquence_Kim5_002210⁹

1. (La spécialiste examine le ventre de l'enfant en l'effleurant, ce qui déclenche un rire chez l'enfant – Voir photos T1a à T1d.)
2. ⇒ S (en se tournant vers les psychologues derrière elle) : c'est pas net là hein. (Puis elle se retourne à nouveau vers l'enfant en continuant l'effleurement sur le thorax) aujourd'hui c'est pas net¹⁰.
3. P : c'est pt'être dans le cadre du rituel du bain c'est pour
[ça que je suis-
4. S : [alors c'est (elle se retourne vers le pédiatre et les psychologues) ce qu'on disait c'est qu'on le savonnait hors de l'eau
5. P : oui.
6. S : (.) et que peut-être (.) ce serait peut-être mieux si on le savonnait dans l'eau (.) =
7. Psy : =parce que c'est quand même un enfant j'ai l'impression qu'il s- qu'il s'agrippe beaucoup avec les mains.

La spécialiste ne trouvant pas de réaction de douleur chez l'enfant à l'effleurement (ainsi qu'elle l'annonce en T2), l'un des destinataires privilégiés de son jugement démonstratif, le pédiatre en charge de l'enfant au sein de l'institution, enchaîne en suggérant la possibilité non pas d'une douleur, mais d'un

9. Interviennent dans cette séquence : la spécialiste (S), le pédiatre (P) et la psychologue (Psy).
10. Quelques minutes plus tard, la spécialiste dira de manière plus explicite : « c'est difficile à dire aujourd'hui si c'est une allodynie ou pas. »

problème de comportement lié au « rituel du bain » (T3). L'examen effectué n'ayant pas confirmé ce qui lui a été annoncé lors de l'anamnèse, la spécialiste privilégie alors une autre piste (T4 - T6), celle de troubles comportementaux, dont l'existence a été évoquée par ailleurs, piste qui nécessiterait un changement dans les pratiques des soignants. Ce raisonnement est aussitôt repris par l'une des psychologues qui enchaîne elle aussi sur la dimension comportementale du problème de l'enfant (en T7).

Ce cas illustre non seulement le primat du jugement de perception dans l'élaboration du diagnostic, puisqu'il produit la base évidentielle à l'aune de laquelle les informations réunies durant la phase d'anamnèse sont jaugées mais montre aussi que ce jugement a plus de poids épistémique que les connaissances d'arrière-plan, même si celles-ci semblaient bien établies. En effet, lors de la phase d'anamnèse, l'auxiliaire a présenté les raisons pour lesquelles elle pensait, de même que ses collègues, que le bébé était douloureux, suite à une question de la spécialiste :

(3) Séquence_Kim5_000004¹¹

1. S : oui pourquoi vous me le représentez ? simplement parce que j'avais besoin de le voir ou , parce que justement avec Marie¹² on se posait le problème de (.) pourquoi ne s'adapte-t-il pas
2. (3 lignes manquantes)
3. ⇒ Aux : il pleure beaucoup pendant les:: le bain au savonnage surtout quand on lui savonne le buste

La connaissance établie de manière précise lors de l'anamnèse a donc été une douleur à l'effleurement (le savonnage du buste), laissant fortement suspecter une douleur de type allodynique¹³ – d'autant plus que l'enfant avait subi un changement dans le traitement de fond. Bien que l'existence d'un trouble du comportement (l'enfant passe du rire aux larmes ; il aurait besoin de se donner des sensations) soit aussi mentionnée lors de cette phase, ce dernier ne semble pas constituer une cause d'inconfort, ni même de douleur. Si elle s'était fondée seulement sur ces éléments, identifiés sans ambiguïté par le personnel soignant, la spécialiste aurait pu conclure à l'existence d'une douleur neuropathique. Mais, au vu du *pattern* expressif de l'enfant en réaction à la manipulation, la spécialiste est conduite à préférer la piste du comportement. Le jugement d'identification démonstrative (« c'est pas net là hein (.) aujourd'hui c'est pas net ») permet donc de parer au risque d'erreur

11. Interviennent dans cette séquence : la spécialiste (S) et l'auxiliaire (Aux).
12. Marie est le prénom de la psychologue qui participe aux consultations douleur de la spécialiste.
13. On ne soupçonne pas de douleurs nociceptives en ce cas, car de telles douleurs sont provoquées non pas par effleurement mais par le massage, comme cela est par ailleurs expliqué lors de la phase d'examen : voir plus loin dans cet article.

que constitue le caractère solidement documenté par les connaissances d'arrière-plan fournies par l'entourage (et qui sont le fruit d'une relation affective et sociale approfondie avec l'enfant) d'une pré-orientation diagnostique en terme de douleur neuropathique. On notera d'ailleurs que ce jugement ne remet pas en cause l'existence possible d'une douleur neuropathique antérieure chez l'enfant.

L'absence de connaissances d'arrière-plan

Examinons le cas de Carole, une petite fille âgée de 4 ans lors de la consultation. Pour ne pas trop la déstabiliser, la spécialiste examine l'enfant assise sur les genoux de sa mère (voir photos ci-après). Elle effectue alors son examen physique en deux temps, en vérifiant d'abord la présence ou non de douleurs de type nociceptif en manipulant le rachis de l'enfant (de T1 à T17 ; voir photos de T1a-d, pages suivantes), puis en cherchant d'éventuels problèmes d'ordre neuropathique (voir *supra*).

(4) Séquence_Carole8_004356¹⁴

1. (La spécialiste examine le dos de de l'enfant qui est sur les genoux de sa mère. L'enfant essaie de se dégager en gémissant très légèrement. Puis, suite à une manipulation dans le dos, l'enfant pousse une sorte de cri et porte la main à sa bouche – Voir photos de T1a-d).

2. S : ah (Elle arrête son geste. Elle regarde l'enfant. La mère chuchote quelque chose à l'enfant. La spécialiste se tourne vers le personnel soignant.)

3. S : (en montrant l'enfant, tournée vers le personnel) c'est la première fois qu'elle fait ça depuis [le début] de l'examen

4. Psychomo & Inf : [mmh]

5. S : et ça pour vous c'est quand même- bon c'est pas de l'auto-mutilation complète mais c'est quand même une tenta[tive] hein

6. Psychomo : [et elle sait que quand elle se mord on va-

7. S : - on arrête -

8. Psychomo : =intervenir. et on va :- elle le sait () ça je pense qu'elle le sait

9. D : et à ce moment-là elle réagit comment

10. Psychomo : quand on l- ? =

11. S : - ben là elle a réagi ::

12. Psychomo : elle s'arrête.

13. S : elle s'arrête.

14. ()

14. Interviennent dans cette séquence : la spécialiste (S), la psychomotricienne (Psychomo), la docteur généraliste (D) et l'infirmière (Inf).

15. S : y a pas de post-effet

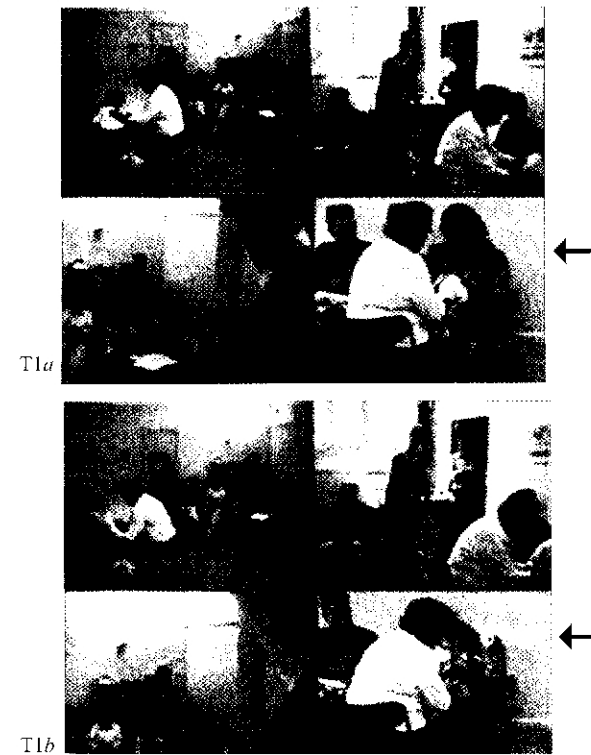
16. Inf: quand elle est dans l'engrenage de la crise mais là comme on vient de faire ::

17. S : alors là j'crois que je vais pas recommencer parce que bon je pense que je l'ai un petit peu déstabilisée euh m :::

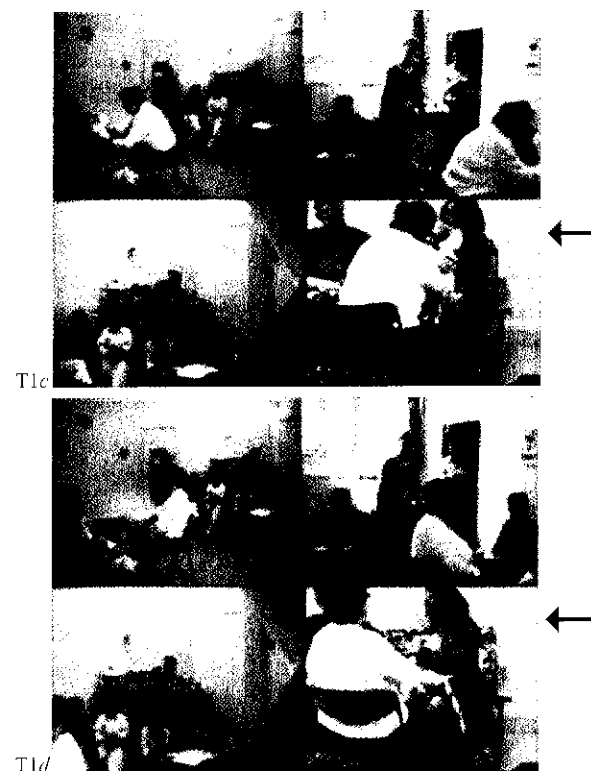
18. là y a eu tentative de morsure donc si je recommence le rachis ça va être un (petit) peu difficile

19. en revanche vous vous pouvez l'faire dans le bain le rachis ça c'est :: vous montez du haut vers le bas (.)

Les quatre photos présentent la situation vue à chaque fois sous quatre angles de vue simultanés (la flèche indiquant l'angle principal). La spécialiste est assise sur la chaise, en face de la mère, qui tient l'enfant sur ses genoux. Autour: le personnel soignant.



(T1a-b) La spécialiste vérifie la présence de douleurs nociceptives dans le dos de l'enfant, assise sur les genoux de sa mère.



(T1c-d) L'enfant se cabre et porte la main à la bouche suite à la manipulation.

Dans ce premier temps d'examen, la base évidentielle est forte : l'enfant a une réaction immédiate d'auto-morsure (voir les photos de T1c-d) lors de la manipulation du rachis. D'où le jugement démonstratif (T3) : « c'est la première fois qu'elle fait ça depuis le début de l'examen. » La spécialiste demande à l'entourage d'évaluer à son tour le type de geste qu'a eu l'enfant (T5), ce qui rend visible la proposition qu'elle-même peut faire : un tel *pattern* expressif de l'enfant indique qu'il y a une possibilité de douleur de type nociceptif. La psychomotricienne enchaîne sur le fait que l'enfant ferait ce geste pour que l'on cesse ce type de manipulation (T6/8/12). En T15, la spécialiste, en affirmant qu'il n'y a pas de « post-effet », évalue l'intensité de la douleur (celle-ci ne persiste pas). Cependant, elle suspend pour l'instant son diagnostic parce que le signe de douleur n'est pas stabilisé – et elle ne peut effectuer une nouvelle manipulation pour vérifier si la réaction est bien liée à la manipulation du rachis sans déstabiliser définitivement l'enfant (voir T17). Sur fond de

proposition d'une douleur nociceptive, qui se base sur le caractère public et observable de la donnée perceptive identifiée comme une réaction à la douleur, elle invite les participants à faire à leur tour le geste potentiellement douloureux qu'elle a effectué sur le rachis de l'enfant, et ce lorsque les conditions seront optimum (T19), le bain étant justement un moment idéal où généralement les enfants sont détendus. Le jugement démonstratif apparaît donc suffisant pour déterminer un diagnostic, et ce, même en l'absence d'informations concernant une telle douleur mentionnée lors de la phase d'anamnèse. Ce cas illustre donc un autre aspect du primat du jugement de perception, à savoir qu'en l'absence de connaissances d'arrière-plan, un diagnostic peut parfois être proposé uniquement sur la base d'une prémisse perceptive. Si ces connaissances sont en général décisives pour l'orientation donnée à l'examen et sont mobilisées pour qualifier ce que livre la perception, il reste que cette dernière peut servir à elle seule de point d'appui au diagnostic (l'inverse étant rarement vrai).

Le danger d'inférence induite

On ne s'étonnera pas dans ces conditions que l'existence de connaissances d'arrière-plan bien établies ne suffise pas à contrebalancer aisément une contribution perceptive plus ou moins défaillante. L'examen physique est confronté au risque d'erreur que constitue la mobilisation d'une inférence induite, visant à pallier cette défaillance, comme dans le cas qui suit.

Yannick, un bébé de quelques mois qui souffre de leucodystrophie, est montré pour la première fois en consultation douleur en présence de sa mère, de l'auxiliaire, du docteur généraliste, de la psychomotricienne, de la psychologue et de la puéricultrice. L'enfant est profondément endormi pendant la séance, ce qui a des conséquences importantes pour la tenue de l'examen physique, ainsi que nous allons le voir. L'enfant a subi un examen préalable par un pédiatre. Ce dernier a détecté des douleurs de deux types, dans les deux cas de manière bien localisée, ainsi que le rappelle la psychomotricienne [voir la séquence (5) (en T7/9/11)] : des douleurs nociceptives (au niveau de l'épaule et du dos) et des douleurs neuropathiques (allodynie). Or, suite à l'examen physique, nous allons voir que si le diagnostic de nociception ne fait pas problème, étant donné la réaction appuyée et immédiate de l'enfant aux manipulations douloureuses (voir T1 à T6 et les photos de T1a-d à T2), et ce malgré son profond endormissement, l'évaluation neuropathique est quant à elle reportée en raison des réactions cette fois trop peu marquées de l'enfant.

Ainsi, dans cette première séquence de l'examen physique de l'enfant, la spécialiste effectue des manipulations au niveau de la tête, qui ne révèlent rien (l'enfant n'a aucune réaction), puis ensuite au niveau du dos, ce qui déclenche

chez l'enfant la réaction immédiate de lever les bras et de se cambrer. Elle réitère son geste (T5 – voir photos de T5a à T6) après avoir vérifié auprès du personnel si ses propres observations étaient corroborées par l'examen du pédiatre (T2). La psychomotricienne lui rappelle alors les propres conclusions du pédiatre (T7/9/11), tandis que la spécialiste manipule l'enfant.

(5) Séquence_Yannick3_002355¹⁵

1. (La spécialiste vérifie une première fois la douleur de l'enfant au niveau de la tête – douleurs de type allodynie –, sans obtenir de réaction de l'enfant. Puis, à la recherche de douleurs de type nociceptif, elle manipule le dos de l'enfant, ce qui déclenche une réaction : l'enfant se cambre et relève les bras. – Voir photos de T1a-d à T2.)

2. S : ah. (..) il avait trouvé dans le dos hein monsieur ::=

3. Psychomo : =oui.

4. D: oui dans-

5. (Deuxième vérification de douleur de type nociceptif dans le bas du dos. L'enfant réagit à la manipulation en se cambrant et en relevant les bras. – Voir photos de T5a à T6.)

6. S : oui ::

7. Psychomo : au niveau des épaules au niveau de l'épaule euh :: (..) qu'est-ce qu'il avait noté (..)

8. S : parce que [là c'est

9. Psychomo : [épaule gauche, médio- [dorsale droite (.)

10. S : [alors attendez non non mais euh : (rire)

11. Psychomo : et allodynique

12. S : alors l'allodynie j'ai pas fait (de preuve) mais il dort trop



T1a

T1b

15. Interviennent dans cette séquence : la spécialiste (S), la psychomotricienne (Psychomo) et le docteur généraliste (D).



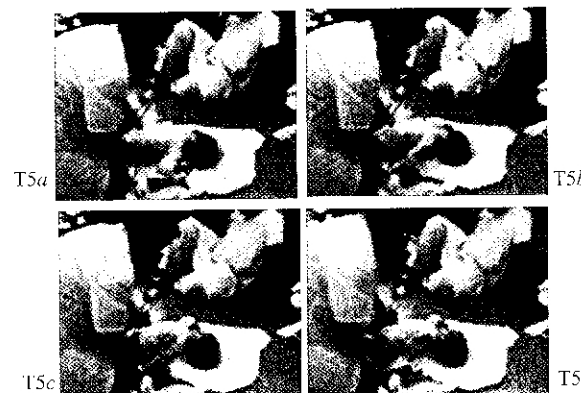
T1c

T1d

(T1a-d) La spécialiste (à gauche) vérifie une première fois la douleur de l'enfant au niveau de la tête – douleurs de type allodynie –, sans obtenir de réaction de l'enfant (T1a). Puis, à la recherche de douleurs de type nociceptif, elle manipule le dos de l'enfant (T1b); ce qui déclenche une réaction : l'enfant se cambre et relève les bras (Tc-d).



(T2) S : ah. (..) il avait trouvé dans le dos hein monsieur ::=



T5a

T5b

T5c

T5d

(T5a-d) Deuxième vérification de douleur de type nociceptif dans le bas du dos. L'enfant réagit à la manipulation en se cambrant et en relevant les bras.



(T6) S : oui ::

La spécialiste vérifie tout au long de son examen les douleurs nociceptives et en confirme explicitement l'existence (voir T2 & T6), étant donné les réactions immédiates de l'enfant (il lève les bras et se cambre, voir T1 et T5). Par contre les douleurs neuropathiques (localisées à la tête) lui posent plus de problème. Ainsi, lorsqu'en T11, la psychomotricienne indique que le pédiatre avait trouvé des douleurs de type neuropathique (allodynies), elle réplique qu'elle ne peut en fournir la preuve puisque l'enfant dort trop (T12).

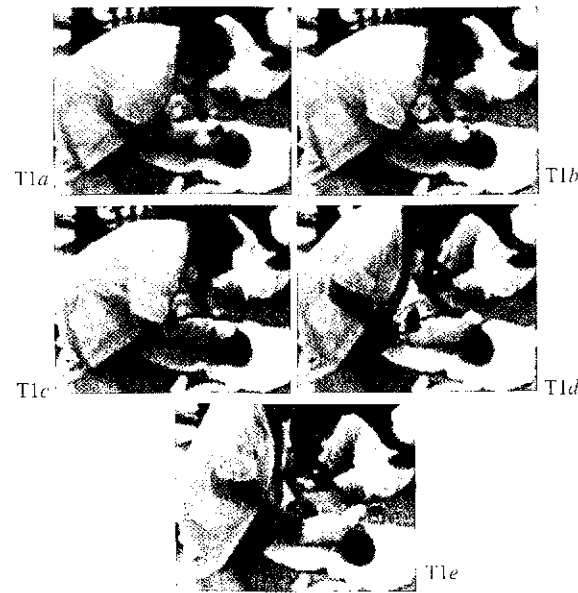
Dans la séquence (6) suivante, qui se produit quelques minutes après la précédente (5), après avoir à nouveau vérifié la présence d'une douleur nociceptive au niveau de l'épaule de l'enfant, ce qui a encore provoqué une réaction nette de l'enfant (T1 – voir photos de T1a à T1e), la spécialiste paraît de façon visible sensible au risque d'erreur qu'elle court face à l'existence d'une prémisses perceptives trop faibles. Elle revient sur le fait que l'allodynie ne peut pas être détectée en raison du profond endormissement de l'enfant et aussi du fait de son âge (il est trop petit pour avoir une telle sensation désagréable (T2)). On notera qu'elle oppose pour ce faire l'absence de base évidentielle de ce type de manipulations aux réactions nettes de l'enfant lorsqu'on lui manipule d'autres zones et insiste sur le fait que l'enfant ne pleure pas. L'absence de pleurs étant une preuve supplémentaire de l'intensité de la douleur nociceptive, *a contrario*, devant le manque d'évidence perceptives, la spécialiste s'interdit de soutenir la présence possible d'un problème neuropathique. Soumis à un risque d'erreur, celui d'inférence induite, en raison de l'existence de connaissances d'arrière-plan bien établies, elle choisit de privilégier un renforcement de la base évidentielle. Une manipulation qu'elle effectue sur la tête de l'enfant entraîne chez ce dernier un mouvement (T14). La psychomotricienne commente ce mouvement en réitérant ses craintes d'une douleur neuropathique (T15), la spécialiste faisant quant à elle le rapprochement avec une annonce qui lui avait été faite durant l'anamnèse, à savoir que l'enfant n'aime pas qu'on lui passe ses habits par la tête (effleurement problématique) (T16 et confirmation de psychomotricienne en T17). Notons que ce *pattern* expressif de l'enfant, associé à l'apport d'une nouvelle connaissance d'arrière-plan, semble modifier quelque peu l'appréciation de la spécialiste (T20), tout en ne lui permettant pas de statuer définitivement sur le type de douleur. Il est donc clair que seul un renforcement de la prémisses perceptives lui semble, à ce moment de l'examen, de nature à éviter une erreur sur le plan diagnostique, par exemple en provoquant par une nouvelle manipulation la manifestation d'un *pattern* expressif confirmatif. Or, ceci s'avère impossible car il faudrait réveiller l'enfant, et donc le déstabiliser (T20) : toute réaction de l'enfant serait alors impossible à interpréter, tant il est difficile en ce cas de distinguer entre les signes d'expression de la douleur et les signes d'inconfort.

(6) Séquence_Yannick3_002533¹⁶

1. (La spécialiste a manipulé l'épaule gauche de l'enfant qui a une réaction alors même qu'il est encore profondément endormi – Voir photos de T1a à T1e)
2. S : oui (.) c'est fini mon chéri (.) par contre l'allodynie j'peux pas vous l'faire (.) parce qu'il dort trop (.) et comme c'est un :: c'est une sensation :: c'est une sensation euh qu'est plutôt désagréable qu'il est encore trop petit pour me l'exprimer alors qu'il dort comme un loir (.) euh :: bon moi je suis d'accord avec Monsieur Ravel¹⁷ (.) vous avez vu (.) là vous avez vu que même avec le sommeil il réagit (.) sans pleurer hein (.) // (manifestement)=
3. Psychomo : =oui mais quand Monsieur Ravel l'a fait [il a pas pleuré non plus (.) mais il ne pleure pas.
4. S : [pareil
5. S : ah ben là il dort=
6. Psychomo : =oui oui mais quand il est réveillé=
7. S : =alors
8. Psychomo : il pleure pas et la maman disait il pleure pas
9. (.)
10. S : c'est paske t'es un gentil
11. Psychomo : ben voilà
12. M : (rire)
13. S : pour le reste non c'est très difficile faudrait l'allodynie faut que vous la recherchiez vous (.) (Elle caresse le crâne de l'enfant.) c'est-à-dire ben surtout au niveau du crâne hein (.) là il a pe=
14. => (L'enfant fait un mouvement suite à la manipulation sur la tête)
15. Psychomo : il aime pas qu'on lui touche la tête moi j'ai remarqué quand la première- premier jour où je l'ai observé=
16. S : =c'est ça mais sa maman qui disait que vous passiez le ::
17. Psychomo : oui le passage de la tête était difficile hein ? (.) hein vous disiez
18. M : oui
19. D : ()
20. S : y a peut-être un petit quequ'chose mais faut qu'il soit faut que vous le fassiez plus euh :: faut que vous le recherchiez vous (.) parce que là faudrait que je le réveille donc le faire pleurer je le mets :: je le déstabilise (.) tandis que là je l'ai pas déstabilisé en recherchant la douleur je l'ai trouvée (.) () y a quelque chose que j'ai pas regardé c'est le sacro-iliaque (.) non (.) mais ça a l'air d'être assez vif hein ,

16. Intervient dans cette séquence : la spécialiste (S), la psychomotricienne (Psychomo) et la mère de l'enfant (M).

17. Monsieur Ravel est le pédiatre qui a examiné l'enfant auparavant.



(De T1a à T1e) Procédure de vérification de la douleur au niveau de l'épaule gauche, par la spécialiste (à gauche). L'enfant a une réaction immédiate : il cambre son dos et lève le bras.

Remarquons cependant que quelques minutes après, alors même que l'examen physique se termine, l'état de l'enfant s'étant quelque peu stabilisé, le geste d'effleurement est réitéré sur les zones suspectées de neuropathie [voir séquence (7)]. Cette fois, l'enfant a une réaction nette : il bouge les jambes et la tête (voir photos T1a-d qui suivent la séquence). Cette réaction est commentée par la spécialiste en T2, cependant qu'à nouveau, elle suspend son diagnostic. Cette fois, l'entourage invite à reconsidérer le problème d'une autre manière : si les vêtements que l'on enfilaient par la tête semblaient être problématiques, le savonnage dans le bain ne poserait pas de problème, ainsi que l'indique la mère (T4), le savonnage étant effectué avec du savon doux (T6-9).

(7) Séquence 3_Yannick3_002724¹⁸

1. (La spécialiste termine son examen physique. Elle touche à nouveau la tempe gauche de l'enfant qui a des réactions, non immédiates, à un tel effleurement – Voir photos de T1a à T1d. La spécialiste réitère le geste d'effleurement cette fois derrière la tête et l'enfant a alors une réaction nette : il bouge les jambes et la tête. – Voir photos de T1a à T2).

18. Interviennent dans cette séquence : la spécialiste (S), la puéricultrice (Puér) et la mère de l'enfant (M).

2. S : °peut-être° (puis elle arrête son geste et se retourne vers le docteur) peut-être ça c'est à vérifier au niveau de la tête (.) là je suis pas sûre de moi bon je vais pas recommencer le reste vous l'avez déjà vu deux fois. deux fois l'dos=

3. Puér (à la mère) : = vous disiez que dans son bain il aimait bien que vous lui frottiez la tête=

4. M : =oui il aime bien oui.

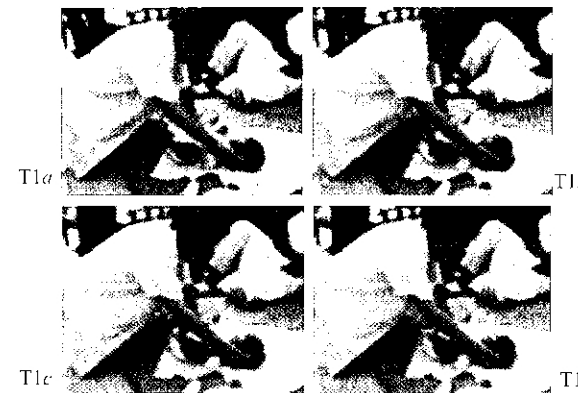
5. (.)

6. S : mais [comment vous lui frottez c'est:: fort ?

7. M : [() non c'est :: avec du [savon

8. S : [doux ?

9. M : c'est doux oui.



(De T1a à T1d) Procédure de vérification de douleurs allodymiques derrière la tête par la spécialiste (à gauche). L'enfant réagit immédiatement en levant ses jambes et ses bras suite aux manipulations.



(T2) S : peut-être ça c'est à vérifier au niveau de la tête (.) là je suis pas sûre de moi

Dès la phase d'anamnèse, une douleur neuropathique est très fortement suspectée, un pédiatre ayant décelé au préalable des allodynies, ainsi que nous l'avons déjà indiqué. Une telle dimension de douleur n'est nullement écartée du fait qu'elle n'a pas été trouvée lors de l'examen physique. Cependant, il s'agit, pendant l'examen, de renforcer la base évidentielle, et ce afin d'éviter une erreur

qui mobilise des inférences trop vite effectuées en raison de connaissances d'arrière-plan appuyées. Nous voyons ici comment s'est effectué le renforcement des connaissances d'arrière-plan pour affermir l'orientation vers l'allodynie (T17 seq. (6)) ou au contraire l'atténuer (T3 seq. (7)). Tout au long de son examen physique, la spécialiste conserve son orientation vers une suspension de diagnostic sur l'allodynie, malgré tout, en raison d'une absence de réaction de l'enfant (à mettre en rapport avec la réaction immédiate et vive que l'enfant a suite à des manipulations renvoyant à des douleurs d'ordre nociceptif).

Ce cas fait bien apparaître le statut des connaissances d'arrière-plan. Celles-ci, bien qu'issues d'une consultation antérieure menée par un pédiatre de la fondation habitué à traiter cette dimension de la douleur chez de tels enfants, ne sont jamais que des informations rapportées, qui nécessitent, on le voit ici, d'être confrontées à une expérience *in situ* d'ordre perceptif. Dans la séquence ci-dessus, l'enfant a réagi de manière différente selon qu'il s'agissait de manipulations ou d'effleurements, et cette différence de réaction constitue une indication importante pour l'évaluation de la douleur qui est alors suspendue pour le cas de l'allodynie.

Le danger d'erreur perceptive

Comme l'a montré le cas d'Ethan, présenté en introduction, si l'émergence de prémisses perceptives est une condition essentielle à l'établissement d'un diagnostic en raison du rôle central qu'y joue le jugement de perception, c'est paradoxalement celles-ci qui font alors problème et qui exposent à un risque d'erreur perceptive. Pour l'écarter, il faut alors en scruter la fiabilité (par exemple, lorsque cela est possible, en réitérant la procédure d'examen) mais surtout interroger systématiquement la concordance avec les connaissances d'arrière-plan disponibles, même si celles-ci semblent au premier abord d'un faible secours, car soit peu probantes, soit contradictoires (invitant à des catégorisations sémiologiques divergentes), comme l'illustre le cas ci-dessous.

Niels est un enfant qui souffre d'une méningo-encéphalite herpétique. Lors de la phase d'anamnèse, les faits suivants, en attente de confirmation, ont été établis : l'existence d'un trouble du comportement (et l'introduction d'un nouveau médicament qui n'a pas eu les effets escomptés sur les crises de l'enfant). Avant l'examen physique, ce symptôme d'automutilation (en particulier il se tape l'œil avec son poing) est polysémique, puisqu'il peut indiquer la présence, soit d'une douleur de type nociceptif, soit d'une douleur de type allodynique, ou bien encore une aggravation du trouble du comportement¹⁹.

19. Le pédiatre en charge de l'enfant, penchant pour une douleur nociceptive, a administré un médicament en fonction. Il n'a pas trouvé de douleur de type allodynique.

La séquence qui suit se situe au moment de l'examen physique, dans le contexte des connaissances d'arrière-plan que nous venons d'évoquer.

La spécialiste commence par effleurer la tête de l'enfant (T2) en demandant à l'entourage de vérifier les réactions de l'enfant car elle fait un geste potentiellement douloureux du point de vue neuropathique. L'enfant crie puis a des mouvements comme s'il voulait s'écarter (T3-T6 – voir photos de T1 à T4). Face à un tel comportement, la spécialiste se demande s'il s'agit de douleurs ou bien de troubles du comportement. Le fait que la puéricultrice lui indique qu'elle-même ne peut pas faire de chatouilles dans la nuque de l'enfant (T14-19) est une connaissance qui vient renforcer la prémisse perceptive d'une douleur de type neuropathique, d'autant plus que l'enfant a eu une méningo-encéphalite, maladie qui peut entraîner des douleurs de ce type (T21). Réitérant le geste d'effleurement sur la nuque, la spécialiste évalue la réaction de l'enfant comme pouvant être une réaction de douleur (T26 – voir photos de T22a à T26). Elle récapitule son questionnement (T28), et conclut à des douleurs non pas sur le corps (T30) ainsi que cela avait été évoqué dans la phase d'anamnèse, mais bien au niveau occipital, et du côté droit uniquement (T36).

(8) Séquence Niels10_002629²⁰

1^{ers} effleurements au niveau de la nuque (vérification de douleurs neuropathiques)

1. (L'enfant crie.)
2. S (effleure l'arrière de la tête de l'enfant) : alors (.) regardez bien son visage pasque je suis en train de faire quèquc [chose là
3. [L'enfant crie.]
4. (La spécialiste continue d'effleurer l'arrière de la tête. L'enfant ne crie plus. Il a un mouvement de la tête et du corps d'écartement, puis un gémissement. Elle arrête son geste. Elle regarde l'auxiliaire – Voir photos de T1 à T4.)
5. S : est-ce qu'il aimerait pas ça ?
6. (L'enfant crie.)
7. Aux : le chatouiller au niveau de la nuque ?
8. S : oui. (La spécialiste gratte la nuque.)
9. (L'enfant crie et se débat.)
10. S : pasque de [deux choses l'une hein y a que ça
11. Aux : [on lui fait d'temps en temps
12. S : y a que ça que j'ai j'ai repéré là (.) [allez hop ()
13. [La spécialiste rallonge l'enfant sur le tapis. L'enfant gémit.]
14. Puér : il apprécie pas beaucoup qu'on lui fasse des guillis guillis dans la nuque hein

20. Interviennent dans cette séquence : la spécialiste (S), l'auxiliaire (Aux) et la puéricultrice (Puér).

Répétition du geste d'effleurement au niveau de la nuque (vérification de douleurs neuropathiques)

15. (La spécialiste touche l'arrière de la tête. L'enfant crie.)
 16. S : ou ça ? (Elle arrête son geste. Regarde la puéricultrice.)
 17. Puér: des petits [guillis guillis pasque moi je sais que c'est un réflexe chez moi et :=
 18. S : [là.
 19. S : =oui oui oui justement
 20. (.)
 21. S : pasque il a eu une méningocécéphalite quand même (.) ça peut être résiduel hein (elle reprend son geste de toucher la nuque de l'enfant) (.) il peut avoir une=
 22. =(L'enfant crie.)
 23. S : voilà.
 24. (L'enfant crie.)
 25. (La spécialiste regarde l'enfant puis la puéricultrice – Voir Photos de T21 à T25.)
 26. S : (. .) j'ai pas l'impression que ça soit très agréable
 27. (.)



(T2) La spécialiste (à gauche), effleure l'arrière de la tête de l'enfant, assis sur le tapis.
 S : alors (.) regardez bien son visage pasque je suis en train de faire quelque chose là



(T3) L'enfant crie.



(T4) La spécialiste continue d'effleurer l'arrière de la tête. L'enfant ne crie plus.
 Il a un mouvement de la tête et du corps d'écartement, puis un gémissement.
 La spécialiste arrête son geste et regarde l'auxiliaire.

Évaluation diagnostique

28. S : pasque bon (.) le problème actuel pour lui c'est de savoir si ces cris sont liés à une douleur (.) si c'est lié à une douleur ça serait plutôt des :: des fulgurances () et que ça régresse (.) ou c'est de nouveau enfin une aggravation du trouble du comportement
 29. (L'enfant crie.)
 30. S : sur le corps vous m'avez dit moi je vois rien d'extraordinaire hein
 31. (L'enfant crie.)
 32. S : oui (.) (rires)
 33. S : on est deux à parler c'est difficile hein=
 34. Aux : =agg[ravation des troubles du comportement euh ::
 35. S : [()
 36. S : c'est ça (.) c'est c'est- en occipital il aime pas par contre là (touche la tempe gauche) ça va



T21a-b

(T21a-b) La spécialiste, à droite, regarde l'enfant, allongé sur le tapis.

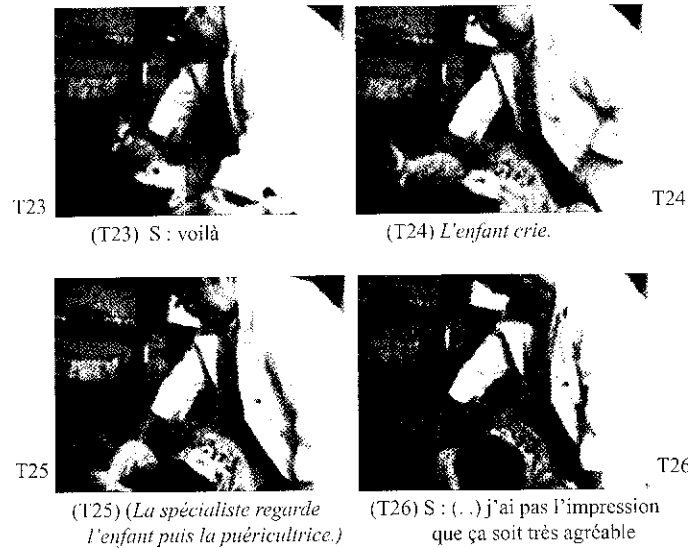
- S : pasque il a eu une méningo-encéphalite quand même (.) ça peut être résiduel hein (elle reprend son geste de toucher la nuque de l'enfant) (.) il peut avoir une=



T22a

T22b

(T22a-b) L'enfant crie. L'enfant commence à faire le geste de repousser avec sa main.



Émerge de façon nette de l'examen physique [voir la séquence (8)] l'existence d'une douleur neuropathique, à partir de l'identification perceptive d'un *pattern* expressif complexe : l'enfant a des gestes très nets visant à repousser la main qui réalise la palpation (voir la série de photos de T22 à 26), il anticipe ensuite cette action, le visage est crispé et l'enfant émet un type particulier de cris (qu'elle discrimine d'autres types de cris qui relèveraient du trouble du comportement) (T28), le corps entier est très réactif. Il est donc possible de suspecter des fulgurances. Ce jugement de perception peut s'appuyer sur divers éléments contextuels : l'enfant ne manifeste pas de telles réactions quand on manipule d'autres parties du corps ; l'entourage a rapporté que l'on évite de toucher cette zone.

Le geste visant à repousser la main et le geste de saisir sont donc dans un rapport d'anticipation et non de coordination. Mais c'est justement cette anticipation qui peut poser problème : le geste de repousser n'est pas directement lié à la palpation, il n'y a plus dans ce cas de lien causal évident entre les deux actions. Cependant l'anticipation peut aussi être un argument en faveur du signe de douleur : car l'enfant, ayant eu une expérience antérieure douloureuse du contact, peut chercher à l'éviter. De même, les manipulations génèrent une série de cris plus ou moins continus, mais qui ne sont pas nécessairement synchronisés avec les manipulations²¹.

21. L'enfant manifestant par ailleurs de nombreux troubles du comportements (automutilation – il se tape les yeux, l'oreille et la tête et a des crises associant l'automutilation à la tête à des cris et larmes), il est plausible qu'il y ait un lien avec la douleur.

L'examen est très long : il est repris plusieurs fois et dans différentes positions, pour laisser à l'enfant le temps de retrouver son calme. La difficulté tient à ce que la très grande plausibilité d'une douleur neurologique sur le plan sémiologique ne peut être confortée par les connaissances d'arrière-plan, qui, comme on l'a vu plus haut, sont contradictoires. La possibilité d'une aggravation d'un trouble du comportement n'est pas à exclure. Le diagnostic est donc confronté à un risque d'erreur perceptive, risque qui ne peut être en pratique levé que par une confrontation systématique avec la lecture alternative en termes de troubles du comportement – un refus du contact lié à une zone du corps – offerte par les connaissances d'arrière-plan (l'entourage décrivant ce refus comme une réaction d'agacement). Selon cette lecture, l'enfant utiliserait toutes les ressources dont il dispose pour éviter que l'on approche de cette zone. Lorsqu'on lui toucherait l'oreille droite, il essaierait de mordre la main, peut-être parce qu'il ne peut pas à ce moment là utiliser son bras pour effectuer l'action de repousser. Ce n'est donc pas la fugacité des signes qui crée la difficulté du diagnostic, mais tout au contraire le caractère incontestable d'un *pattern* global d'inconfort et du refus de contact qui se manifeste dès que l'on va toucher la nuque et les oreilles. Il est donc envisageable que l'enfant n'aime pas cette forme de contact, qu'elle l'indispose sans pour autant qu'il y ait douleur. D'où l'absence de corrélation entre cris et palpation. L'enfant serait donc globalement gêné lorsqu'on lui touche cette zone mais il n'y aurait pas apparition de douleurs par le fait même de la palpation. En abordant cette zone, l'examen clinique aurait donc engendré un scénario comportemental, une phase de manifestation d'inconfort, qui se marquera par une série de cris et de pleurs similaires à ceux émis dans les phases de crises ainsi que par des mouvements d'évitement.

Si le diagnostic va en définitive privilégier la piste neuropathique ouverte par la prégnance visuelle (et auditive, étant donné le type de cris) du *pattern* expressif en termes d'allodynie, c'est qu'une telle piste se voit confortée par certaines connaissances d'arrière-plan, comme la quasi-certitude que la maladie de l'enfant est de nature à entraîner des douleurs dans cette localisation précise (l'enfant n'est pas indisposé par un contact au niveau temporal par exemple), ou le fait que les actions quotidiennes par l'entourage (habillage/déshabillage ; coiffage ; etc.) ne sont pas problématiques (il n'y a donc pas de problème relationnel avec l'entourage lors des manipulations, dont la manifestation repérée constituerait un signe supplémentaire). C'est la mise en jeu de ces connaissances d'arrière-plan (ce qui implique d'en vérifier la pertinence en les convoquant à nouveau lors de l'examen physique) qui donne à penser que le risque d'erreur a été écarté, que le caractère très net sur le plan perceptif en termes d'allodynie lors de la première palpation n'est pas à mettre au registre de

l'illusion perceptive et que l'on n'est pas en présence d'un trouble du comportement, même si un scénario comportemental complémentaire a pu avoir été enclenché et expliquer les phénomènes d'anticipation lors des reproductions ultérieures des gestes²².

Une situation limite : le cas du « blindage actif »

Abordons enfin une situation limite, celle où le jugement de perception ne peut s'exercer, du fait d'un état particulier de l'enfant, qui rend extrêmement difficile le repérage de la douleur. Cet état, appelé « blindage actif », est généralement considéré comme une réponse de l'enfant face à une douleur chronique. Lorsqu'une telle atonie psychomotrice s'installe, l'enfant reste inexpressif, ce qui augmente la difficulté de l'examen physique en empêchant plus ou moins totalement l'émergence de prémisses perceptives. Sur le plan épistémique, l'information délivrée par la reconnaissance perceptive entraîne tout à la fois une certitude quasi absolue (l'enfant est très douloureux) et une très grande incertitude quant à la nature et aux caractéristiques précises des douleurs ressenties. Le risque d'erreur en termes d'inférence induc est alors à son apogée, puisqu'en l'absence quasi complète de prémisses perceptives, il ne reste plus guère pour fonder un diagnostic que les connaissances d'arrière-plan. Ce dernier consiste alors à partir des informations collectées lors de l'anamnèse, en particulier celles portant sur l'évolution comportementale et médicale de l'enfant, et sur les *patterns* expressifs établis antérieurement, de souffrance (dans cas, une anxiété) ou de douleur, à organiser de façon cohérente les connaissances d'arrière-plan pour obtenir une certaine *plausibilité* déductive.

Le cas de Missa illustre cette situation. Âgé de 7 ans, Missa est atteint du syndrome de Sturge-Weber avec un angiome facial congénital important. L'auxiliaire indique les problèmes qu'elle a détectés chez l'enfant, d'ordre nociceptif, avec localisation précise (bras et ballonnements dans le ventre), et s'interroge sur l'état relationnel de l'enfant chez qui elle note une perte du lien social. En présence de la psychologue, de la psychomotricienne, de l'infirmière et de l'auxiliaire, la spécialiste fait une première évaluation de l'état de l'enfant de manière explicite : « en blindage actif, il s'isole ».

Elle effectue un examen physique en vérifiant d'une part d'éventuels problèmes de type neuropathique (à l'effleurement des pieds et des mains), puis

22. Ce cas mériterait d'être rapproché d'un autre (Kaan), où les connaissances d'arrière-plan divergent des prémisses perceptives, non pas quant à la catégorisation du type de douleur – il s'agit bien d'une douleur neuropathique – mais quant à la localisation même de la douleur : la spécialiste détecte un problème de ce type à la tête et non pas sur les pieds et les mains comme le souligne avec insistance l'un des membres du personnel soignant. Ce cas est développé dans Fornel, Lantin-Mallet & Verdier (2008).

effectue les manipulations du bras, que l'auxiliaire lui a indiquées comme étant douloureuses. C'est le moment où se situe la séquence qui suit, alors qu'elle est en train de chercher à détecter si l'enfant a une réaction de douleur lorsqu'on lui lève un bras. L'enfant n'a aucune réaction (T1). Se tournant vers l'auxiliaire qui assiste aux manipulations, la spécialiste lui demande de ratifier ce qu'elle-même observe, à savoir une absence complète de réaction de l'enfant à la douleur (T2-5). L'auxiliaire exprime son accord, et indique qu'elle-même a déjà observé une perte du lien chez l'enfant (T7). Un malentendu surgit quant au fait que l'expression de douleur dont parle la spécialiste est liée aux manipulations *in situ* (T8) alors que l'auxiliaire parle de l'attitude générale de l'enfant qui n'échange plus (T9) et des réactions à la douleur de l'enfant en général (T9), réactions qu'elle a observées et qu'elle peut énumérer : gémissements, cris et mimique de la bouche (T11 et 13). Continuant à manipuler le bras de l'enfant, la spécialiste cherche à identifier la raison pour laquelle l'enfant n'a aucune réaction, en demandant à l'auxiliaire s'il s'agit bien du bras qu'elle manipule (T15), ce que ratifie l'auxiliaire, en précisant que les deux bras sont douloureux à l'habillage (T16). Ceci contredit la prémisse perceptive de la spécialiste, qui ne constate aucune réaction de l'enfant (T19 et T22).

(9) Séquence_Missa10_001344²³

1. (La spécialiste lève le bras gauche de l'enfant vers le haut. L'enfant n'a aucune réaction, les yeux restant fermés notamment.)
2. (Elle se retourne vers l'auxiliaire :)
3. S : y a pas d'expression hein ?
4. Aux : non
5. S : y a pas d'expression de douleur
6. Aux : (fait non de la tête) du tout
7. Aux : ça fait quelques temps je le dis en réunion y a plus y a y a plus rien
8. S : y a pas d'expression, même de douleur
9. Aux : (fait non de la tête) (.) si la douleur il:: ça il l'exprime mais sinon y a plus d'échanges
10. S : ()
11. Aux : mais il geint
12. S : il geint.=
13. Aux : =il fait des cris il :: (elle tire sa bouche) tire la bouche
14. (La spécialiste répète son geste de lever le bras gauche de l'enfant.)
15. S : c'est le bras là ou l'autre ?
16. Aux : les deux. (.) les deux. ben on sait en l'habillant en fait.
17. S : oui.

23. Interviennent dans cette séquence : la spécialiste (S) et l'auxiliaire (Aux).

18. Aux : on le ressent [l'habillant
 19. S : [parce que moi quand je fais le ::
 20. Aux : et parfois on fait des gestes moins moins doux (. .)
 21. Aux : on essaie d'être la plus douce possible=
 22. S : =parce que j'ai vu quand vous l'avez transféré là il s'est rien passé



*La spécialiste (sur la photo de gauche) manipule le bras de l'enfant, allongé sur son lit, sous le regard de l'auxiliaire (debout sur la photo de droite).
 (T16) S : c'est le bras là ou l'autre ?*

Malgré l'évidente faiblesse des prémisses perceptives (la spécialiste indique en T8 et T19 qu'elle ne détecte aucune expression de douleur), l'enfant restant muet dans son silence, les yeux fermés et sans réaction, le diagnostic de la spécialiste et le traitement préconisé vont dans le sens de ce qui lui a été annoncé, d'une douleur de type nociceptif. Il ne fait nul doute que cette orientation peut prendre appui sur le fait que le blindage indique de façon quasi certaine la présence d'un état chronique douloureux. Cependant, la validité du diagnostic quant aux caractéristiques précises de la douleur de l'enfant repose en conséquence pour l'essentiel sur les connaissances d'arrière-plan fournies par l'entourage, avec le risque d'inférence induit intrinsèquement associé à leur mise en jeu. La confrontation à ce risque d'erreur ne peut trouver les ressources pratiques liées au jugement d'identification démonstrative que l'on a décrites plus haut.

Surmonter l'effet de masquage du « blindage actif »

Face à ce type de situation, il semble cependant qu'il soit possible de mettre en œuvre dans certains cas une procédure pratique afin d'éviter une erreur de diagnostic. Elle consiste à essayer de surmonter l'effet de masquage de la douleur aiguë qu'entraîne le blindage en menant un examen physique long et minutieux afin d'établir des prémisses perceptives permettant la confrontation, si faible soit-elle, avec les connaissances d'arrière-plan.

Examinons le cas de Georges dans cette perspective. Sont présents, lors de la consultation, l'auxiliaire, le pédiatre, la psychomotricienne, la psychologue ainsi que la mère et la grand-mère de l'enfant. Lors de la phase d'anamnèse,

auxiliaire et puéricultrice présentent le problème de l'enfant de manière conjointe, et évoquent un *pattern* expressif au niveau de la posture et du regard (raidissement du corps et plafonnage des yeux) indiquant une possible douleur liée aux manipulations.

(10) Séquence_Georges4_001715²⁴

1. Aux : pendant les manipulations euh c'est vrai qu'il se raidit et puis moi je vois par rapport à ses yeux aussi (.) ses yeux tournent et euh (. . .) et
2. Aux : [il nous regarde pas de la même façon
3. Puér : [et puis quand on va lui faire un soin il se raidit aussi c'est l'appréhension hein

Si l'absence de localisation peut donner à penser qu'il s'agit d'une douleur de type neuropathique, le fait que les manipulations évoquées ne supposent par ailleurs pas de frôlement (contrairement à une manipulation dans le bain ou l'habillage de l'enfant par exemple) oriente plutôt vers une douleur d'ordre nociceptif. Avant que ne débute l'examen physique, la situation est alors la suivante : suite à l'anamnèse, la spécialiste a admis l'existence d'un certain blindage lié aux douleurs chroniques (et plutôt d'ordre neuropathique) mais obtient des indications quant à une probable douleur aiguë (l'enfant se raidit et met sa bouche à l'envers). Elle recherche les signes de douleur aiguë relevant d'un problème d'ordre nociceptif, notamment les yeux qui tournent et surtout l'accélération de la respiration, seule donnée fiable sur laquelle elle peut s'appuyer.

Lors de son examen physique, la spécialiste recherche d'abord s'il y a des problèmes d'ordre neuropathique chez l'enfant, en lui effleurant des zones présumées sensibles, mais, ne relevant aucune réaction notable chez l'enfant, elle diagnostique une amélioration sur ce plan-là. Elle détecte cependant des problèmes d'ordre nociceptif. En effet, elle établit un lien de cause à effet entre le fait de manipuler la hanche droite et les réactions de l'enfant : il lève un bras, étire l'autre et tourne sa tête au sol. Répétant le geste potentiellement douloureux, et relevant des réactions similaires, elle diagnostique une douleur localisée sur la hanche. L'examen lui permet par ailleurs de préciser, pour elle mais aussi pour toutes les personnes présentes, les modalités expressives de l'enfant. Or, la mère pense que son enfant, étant en blindage actif, n'a plus aucune expression, et encore moins de douleur, peut-être parce qu'il s'y est habitué, suggère-t-elle. La spécialiste, qui a détecté au cours de son examen physique des signes accompagnateurs de gestes potentiellement douloureux, explique le risque d'erreur, dans le cas de Georges, consistant à s'en tenir à une perte d'expression de l'enfant en raison de sa maladie.

24. Intervient dans cette séquence : l'auxiliaire (Aux) et la puéricultrice (Puér).

(11) Séquence_Georges4_004949²⁵

1. S : alors c'est vrai ça euh ce que vous dites la non expression du visage (.) elle existe chez l'enfant (non d'un) qui a pas la maladie euh de votre enfant (.) et c'est exact que le visage impavide impassible euh:: est un signe de douleur (.) mais lui on ne peut pas si vous voulez s'attacher là-dessus dans la mesure où une partie de son expression (elle) a disparu
2. M : mm
3. S : donc euh on ne peut pas se reposer sur cette échelle-là
4. M : mm
5. S : qui est faite pour les enfants à développement (.) moteur normal
6. m : mm
7. S : voilà (.) mais y en a une qui est faite pour les enfants enfin qu'on fait:: et puis que () que je fais va dans ce sens-là (.) qui est justement de rechercher quels étaient les petits signes en plus que nous on pouvait voir pour comprendre qu'on faisait mal
8. M : mm
9. S : c'est pour ça qu'on fait un:: un boulot si long vous voyez ce que je veux dire



La spécialiste (à gauche) explique la recherche des signes de douleur à la mère (à droite) de l'enfant allongé sur le tapis.

(T3) S : donc euh on ne peut pas se reposer sur cette échelle-là

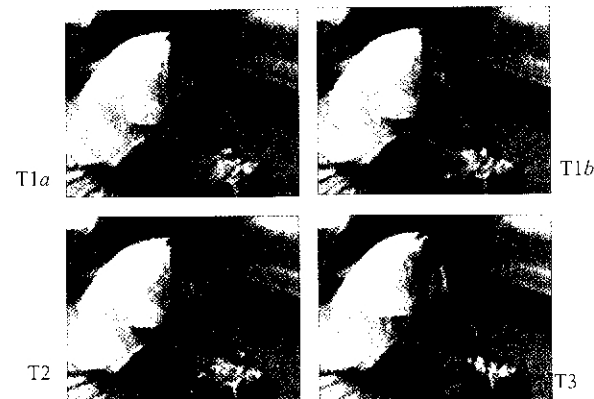
Le « blindage actif » se traduit par une immobilité et un manque d'expressivité, qui concernent surtout les traits du visage et le regard. Il reste donc comme ultime recours, pour formuler un jugement de perception, à modifier la base évidentielle en recherchant d'autres prémisses perceptives, certes assez faibles, mais cependant suffisantes pour ancrer ce jugement de perception et permettre une convergence (relative) entre perception et connaissances d'arrière-plan – ces dernières n'étant pas fortes, ni contradictoires, il n'y a alors pas de danger d'inférence induite. Dans ce cas, la réponse au blindage est constituée par une réorientation du regard clinique.

25. Intervient dans cette séquence : la spécialiste (S) et la mère de l'enfant (M).

Le chemin de l'erreur vers la vérité

La consultation de Georges (voir *infra*) a permis de montrer comment la spécialiste peut s'engager dans une explicitation de la procédure qu'elle met en place dans la consultation douleur en général et l'examen physique en particulier. Rappelons que le but d'une telle consultation est à la fois de diagnostiquer le type de douleur, sa localisation et son intensité, mais aussi d'établir de manière collaborative les modalités expressives des enfants, car c'est de l'entourage uniquement que peut venir le dépistage de crises de douleur. Dans le cas de Georges, l'explicitation vise à préciser l'importance qu'il y a à rechercher les signes de confort et d'inconfort, de douleur ou non, afin de pouvoir prévenir toute crise de douleur aiguë. Dans le cas présenté ici, l'explicitation, à visée pédagogique, concerne le personnel soignant : il s'agit pour la spécialiste de montrer la manière dont elle élabore son évaluation de la douleur afin que le personnel soignant soit à son tour capable d'une telle évaluation et évite tout erreur d'appréciation.

Nous avons déjà évoqué le cas de l'enfant dont il est question : Kim. Lors d'une séance précédant celle que nous avons analysée [voir séquence (14)], l'entourage présente l'enfant en consultation pour un problème d'ordre neuropathique (effleurement du thorax problématique) en plus d'un trouble de la relation. Or, lors de l'examen physique de l'enfant, l'enfant éprouve manifestement du plaisir à être chatouillé, ayant une réaction de rire (voir photos de T1a à T3), alors même que la spécialiste est en train d'effectuer le geste (l'effleurement du thorax (T1)) qu'on lui a signalé comme potentiellement douloureux pendant la phase d'anamnèse.



(de T1 à T3) Vérification par la spécialiste, à gauche, des douleurs allodymiques au niveau du ventre. L'enfant, allongé sur le tapis, rit suite à ces effleurements.

Comme le montre la séquence ci-dessous, c'est alors l'occasion pour elle d'explicitier son raisonnement à l'œuvre. Catégorisant la réaction de l'enfant en l'évaluant d'abord comme un rire (T3 & T4), elle la signale aux autres participants en se tournant vers eux. L'auxiliaire commente alors la réaction de l'enfant (T5), appuyée par la pédopsychiatre. La spécialiste explicite alors ce qu'elle veut que les autres voient, qu'elle-même constate de manière évidente, en levant une ambiguïté potentielle quant à la nature du geste qu'elle est en train d'effectuer sur l'enfant : elle n'est pas en train de masser l'enfant (T8), ce qui supposerait qu'elle est en train de vérifier des douleurs de type nociceptif, mais elle effleure le thorax. De manière encore plus explicite, elle déclare qu'il n'y a pas d'allodynie (T9 et T10), catégorisant le type de douleur, puis décrivant à l'auxiliaire le type de manipulation que cela suppose (T12) tout en effectuant le geste qu'elle est en train de décrire. Cela déclenche la même réaction chez l'enfant - réaction qu'elle évalue maintenant sur le plan comportemental (T14) en prenant à nouveau l'entourage à témoin par le regard. La pédopsychiatre enchaîne sur un éventuel déséquilibre de ce type-là chez l'enfant (T15), ce que ratifie la spécialiste (T16).

(12) Séquence_kim3_00265⁷²⁶

1. (La spécialiste effleure le ventre de l'enfant. L'enfant rit.)
 2. S : (rire)
 3. (Elle se retourne en souriant vers la psychologue – Voir photos de T1a-b-T2-T3)
 4. (rires de la spécialiste)
 5. Aux : ben alors ça voilà ça il rigole
 6. Pédo : voilà voilà
 7. Aux : ouais ça ouais=
 8. S : =ah ben ça c'est pas du massage c'est du ::=
 9. Aux : [=c'est quand on:: le ::
 10. S : [là on peut dire que y a pas de allodynie enfin- (.) on peut dire que là:: y a pas d'allodynie quoi.
 11. Aux: non
 12. S : là vous êtes pas encore en profondeur on est en- en superficiel en faisant des petits gouzigouzi là (la spécialiste caresse le ventre de l'enfant)
 13. (L'enfant éclate de rire, le rire se prolongeant.)
 14. S : voilà . (regarde le personnel soignant) moi c'est ça qui me sidère c'est ce passage du rire [aux larmes=
 15. Pédo: [d'un excès à l'autre en fait=
 16. S : d'un excès à l'autre.
 17. (La spécialiste continue l'examen physique.)
26. Intervient dans cette séquence : la spécialiste (S), l'auxiliaire (Aux) et la pédopsychiatre (Pédo).

Dans cette séquence, la spécialiste se trouve confrontée au problème suivant : le jugement de perception qu'elle a formulé tend à contredire la proposition de douleur neuropathique formulée par l'auxiliaire. Or, cette dernière acquiesce immédiatement, d'où le soupçon qu'elle fait peut-être erreur quant au sens de la manipulation (ah ben ça c'est pas du massage) et de douleur (nociception). Une telle erreur expliquerait que le jugement de perception lui paraisse compatible avec sa proposition. L'indication explicite par une formulation négative (« là on peut dire que y a pas de allodynie enfin- (.) on peut dire que là:: y a pas d'allodynie quoi ») que le *pattern* expressif (rire) témoigne de l'absence d'allodynie a pour effet de lever tout doute à cet égard et d'inviter l'entourage à faire le chemin de l'erreur à la vérité. Comme le note Wittgenstein (1982, p. 13) :

Il faut commencer par l'erreur et lui substituer la vérité. C'est-à-dire qu'il faut découvrir la source de l'erreur, sans quoi entendre la vérité ne nous sert à rien. Elle ne peut pénétrer lorsque quelque chose d'autre occupe sa place.

Conclusion

Nous avons soutenu que l'erreur, en tant qu'elle s'incarne dans un ensemble de procédures endogènes, est une dimension routinière inhérente à toute activité spécialisée. En s'attachant à décrire et à analyser ces procédures, qui varient nécessairement d'une activité à l'autre, plutôt que de commenter les situations où l'erreur est identifiable seulement *a posteriori*, on a voulu rompre avec une posture théorique qui la réduit à une déviation d'un cours d'action. Cet argument peut, à notre avis, être généralisé à l'ensemble des activités pratiques. Dans le prolongement de la thèse de Schütz sur la réciprocité des perspectives, l'ethnométhodologie a montré l'importance du travail d'« accommodation » permettant de traiter des multiples perturbations qui affectent un cours d'action conjoint, et évitant ainsi des interruptions intempestives. Comme le souligne Garfinkel (1963, p. 187-188) :

[...] *structural phenomena... are emergent products of a vast amount of communicative, perceptual, judgemental and other « accommodative » work whereby persons, in concert, and encountering « from within the society » the environments the society confronts them with, establish, maintain, restore and alter the social structures that are the assembled products of the temporally extended courses of action directed to these environments as persons « know » them.*

Ce travail d'accommodation inclut, à notre sens, les procédures pratiques de « réparation » permettant de façon routinière de se corriger ou de corriger les autres « en passant », de façon à éviter l'émergence d'un problème d'ordre intersubjectif. Ces modalités d'ajustement *a minima* sont la contrepartie publique et négociée du travail de normalisation permettant de traiter les écarts aux attentes générées par les situations.

Comme Ogien le soutient dans ce volume, « même s'il est inévitable que des troubles adviennent dans un cours d'action en commun, ils sont si immédiatement corrigés qu'ils passent inaperçus puisque, dans l'essentiel des circonstances, ils ne parviennent pas à se constituer en "erreurs" déclenchant un processus d'identification ». À vrai dire, une telle conception ne vaut que pour les situations problématiques qui émergent lorsque les procédures de correction n'ont pas réussi à circonvenir l'erreur. Examinons, comme le fait l'auteur, les *breaching experiments* de Garfinkel, qui ont pour effet de créer des ruptures de l'activité pratique, afin de révéler ainsi la dimension normative liée aux attentes d'arrière-plan. L'une des expérimentations était celle du morpion où l'un des joueurs avait reçu comme consigne de réaliser des actions non prévues par les règles du jeu (ou par les conventions habituellement associées à celui-ci) – mettre une croix en dehors des cases, recommencer plusieurs fois de suite – provoquant soit l'étonnement ou la colère des partenaires, soit une redéfinition de la situation (initiation d'un autre jeu, ou visée comique, etc.). Garfinkel remarque que les partenaires les plus déstabilisés étaient ceux qui cherchaient le plus longtemps possible à maintenir le cadre d'interprétation en vigueur et qui, voyant leurs attentes systématiquement déçues, abandonnaient la partie. De telles réactions témoignent de l'activité d'accommodation mentionnée plus haut. Mais elles indiquent aussi que l'interprétation en termes d'erreur (inattention, oubli de la règle, etc.) était immédiatement mobilisée. C'est seulement parce qu'aucune des procédures ordinaires de réparation n'était réalisée par l'expérimentateur au cours de l'activité que la rupture du cadre d'interprétation s'opérait. De la même façon, prenons l'expérimentation consistant à demander systématiquement l'explicitation du sens d'une remarque, ce qui avait pour effet de battre en brèche les attentes liées à la réciprocité des perspectives. Par exemple, à un proche qui lui demande comment se porte sa copine, Ray (l'étudiant chargé de réaliser l'expérimentation) répondit « Qu'est-ce que tu veux dire par "comment elle va" ? tu veux dire physiquement ou mentalement ? » provoquant assez vite une réaction d'incompréhension, puis d'irritation (Garfinkel, 2007, p. 106). Il est intéressant de remarquer que ce type d'expérimentation consiste en fait à utiliser (et à détourner de son usage habituel) un format de demande de correction (ou plus précisément de réparation) en faisant comme si l'énoncé de départ (par exemple l'annonce

« je suis fatigué ») nécessitait d'une façon ou d'une autre d'être corrigé. Preuve, s'il en est, que quel que soit le jeu de langage, l'erreur est une dimension inhérente à l'activité d'ajustement que réalisent les personnes pour donner sens à ce qui se passe dans les activités pratiques.

Note sur les conventions utilisées pour la transcription :

[énoncés/gestes/regards en chevauchement (début)
]	énoncés/gestes/regards en chevauchement (fin)
(italique)	indications autres que orales
(.)	pause / intervalles entre les énoncés et à l'intérieur des énoncés
.	intonation descendante
,	intonation continue
?	intonation montante
<u> </u> (souligné)	emphase
°	pour ce qui est dit avec un volume plus bas que la conversation en cours
=	aucun intervalle (pause) entre les énoncés adjacents
:::	extension du son ou de la syllabe qui précède ; des points peuvent être ajoutés selon l'importance de l'extension
()	énoncés inaudibles
⇒	indique le tour de parole sur lequel porte l'analyse
T	désigne le tour de parole dans le texte.

Bibliographie

- Cicourel A.
2002 *Le raisonnement médical. Une approche socio-cognitive*, Paris, Seuil, « Liber ».
- Craig K.D. et al.
1994 « A comparison of two measures of facial activity during pain in the newborn child », *Journal of Pediatric Psychology*, 19.
- Elstein A. S., Shulman L. S. & Sprafka S. A.
1978 *Medical Problem Solving: An analysis of Clinical Reasoning*, Cambridge, Harvard University Press.
- Evans G.
1982 *The Varieties of Reference*, Oxford, Oxford University Press.

- Fornel M. de, Lantin-Mallet M. & Verdier M.
 2008a « Détecter la douleur : enquête sur un fait partagé », in M. Barthélémy *et al.* (eds), *Les données de l'enquête*, Paris, PUF.
 2008b *La douleur des enfants poly-handicapés et non-parlants. Une étude conversationnelle des consultations d'analgésie*, Paris, Celith-Lahic.
- Garfinkel H.
 1963 « A conception of, and experiments with, "trust" as a condition of stable concerted actions », in O. J. Harvey (ed.), *Motivation and Social Interaction*, New York, Ronald Press, p. 187-238.
 2007 *Recherches en ethnométhodologie* (trad. fr. coordonnée par M. Barthélémy et L. Quéré), Paris, PUF [1967].
- Keyser V. de & Nyssen A. S.
 1993 « Les erreurs humaines en anesthésie », *Le travail humain*, 56, 2-3, p. 243-260.
- Lynch M.
 1993 *Scientific Practice and Ordinary Action: Ethnomethodology and Social Studies of Science*, New York, Cambridge University Press.
- Marquié L, Raufaste É., Mariné C. & Ecoiffier M.
 2003 « L'erreur de diagnostic en médecine d'urgence : application de l'analyse rationnelle des situations de travail », *Le travail humain*, 66, 4, p. 347-376.
- Pichard-Léandri É., Guyot E., Lalau-Keraly J. & Ravel A.
 2003 « L'enfant handicapé non communiquant douloureux en phase palliative. Une approche clinique », 2^e Congrès en soins palliatifs pédiatriques au quotidien, *Revue INFOKARA*.
- Pichard-Léandri É. & Gauvain-Picard A.
 1989 « La douleur chez l'enfant », MEDSI/McGraw-Hill, Paris.
- Pryor J.
 1999 « Immunity to error through misidentification », *Philosophical Topics*, 26, p. 271-304.
- Raufaste E.
 2001 *Les mécanismes cognitifs du diagnostic médical. Optimisation du raisonnement et expertise*, Paris, PUF.

- Sébillotte S.
 1984 « La résolution de problème en situation de diagnostic, un exemple : le diagnostic médical », *Psychologie française*, 29-3, p. 273-277.
- Shoemaker S.
 1968 « Self-reference and self-awareness », *Journal of Philosophy*, 65, p. 555-567.
- Wittgenstein L.
 1951 *Le carnet bleu et le carnet brun*, Paris, Gallimard.
 1982 *Remarques sur le Rameau d'or de Frazer*, Paris, L'Âge d'homme.