



Dans la tête de la Docteure L. « autopsie » d'une décision

Suzanne Laurin et Marie-Claude Audétat

L'histoire que vous allez lire est vraie. Seuls les noms ont été changés pour préserver la réputation des innocents.

Vous recevez M^{me} Blais, 28 ans, que son médecin a envoyée à l'urgence en raison d'un diagnostic probable de grossesse ectopique. La patiente a vu son médecin deux fois en deux semaines. Le diagnostic de grossesse ectopique a été évoqué la veille. Vous êtes surpris de constater que cette femme n'a pas été dirigée tout de suite vers l'urgence. Le bulletin de juin 2009 de l'Association canadienne de protection médicale faisait pourtant état de dossiers où le retard à poser un diagnostic de grossesse ectopique était à l'origine de problèmes médicalogaux. Qu'est-il arrivé ?

Pour tenter de comprendre, repassons le film des deux visites de la patiente et entrons dans la pensée de la Docteure L.

Que s'est-il passé ?

M^{me} Blais n'a pas d'antécédents médicaux particuliers. Elle est séparée et mère monoparentale de deux enfants de 3 et 5 ans. Elle porte un stérilet Nova-T depuis trois ans et ne prend pas de médicaments. Elle consulte son médecin de famille pour une douleur pelvienne présente depuis une semaine. À la suite de l'anamnèse et de l'examen physique, notamment

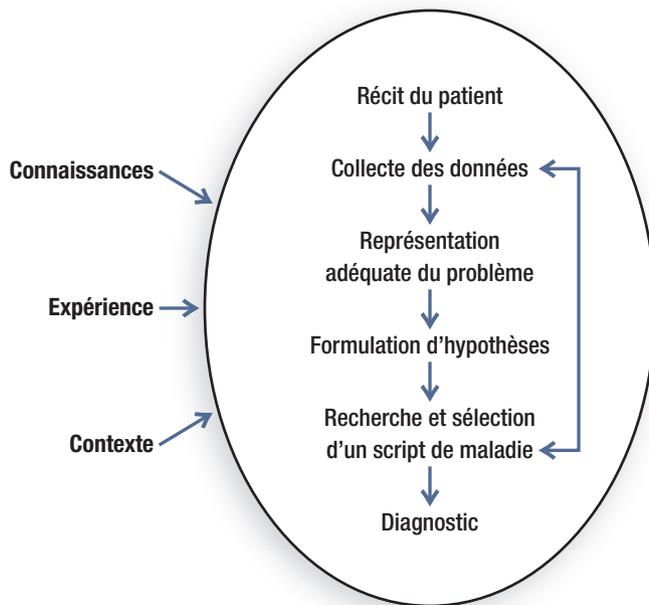
La D^{re} Suzanne Laurin, médecin de famille, exerce à l'unité de médecine familiale (UMF) de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et est professeure adjointe de clinique au Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal. M^{me} Marie-Claude Audétat, psychologue, travaille dans les UMF de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et du CLSC Bordeaux-Cartierville. Elle est aussi chargée d'enseignement de clinique au Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal. Elle est titulaire d'une maîtrise en pédagogie médicale.

d'un examen pelvien, votre collègue se fait la réflexion suivante : « J'ai une patiente avec stérilet, qui a plusieurs partenaires sexuels et des relations non protégées. Ses cycles menstruels sont irréguliers, et ses règles remontent à cinq semaines. Elle ressent une douleur à la mobilisation et à la palpation de l'annexe gauche. Tous les autres éléments sont normaux. Il s'agit donc probablement d'une salpingite. Le stérilet est un facteur de risque d'ITS. Je vais faire les prélèvements cervicaux de rigueur, prescrire des antibiotiques et la revoir sous peu. Toutefois, je ne sais plus s'il faut retirer le stérilet. Que décider ? Je ne suis pas disponible pour un suivi avant une semaine. Je vais donc l'ajouter à ma prochaine clinique. »

À la demande du médecin, la patiente revient à la clinique une semaine plus tard. Elle a bien pris son traitement, mais la douleur n'a pas changé et ses menstruations ne sont pas revenues. L'examen physique est comparable à celui de la semaine précédente. Le médecin fait un test de grossesse urinaire. « Le test de grossesse est positif ! C'est une grossesse ectopique ! J'aurais dû y penser la semaine dernière. Il faut que je l'envoie à l'urgence ce soir. »

Figure

Éléments clés du processus de raisonnement clinique



Source : Traduit et adapté de Bowen J. Educational strategies to promote clinical diagnostic reasoning. *N Engl J Med* 2006 ; 355 (21) : 2217-25. Reproduction autorisée.

Notre médecin transmet son impression diagnostique et recommande à M^{me} Blais de se rendre immédiatement à l'urgence. La patiente lui explique que ce n'est pas possible. Une voisine garde ses enfants ce soir. Il est déjà presque 20 heures, et elle doit rentrer. Elle propose d'attendre au lendemain matin et promet d'aller à l'urgence à la première heure.

« Je me sens déjà plutôt mal de ne pas avoir posé le diagnostic la semaine dernière. Elle doit subir une échographie rapidement, mais ce ne sera pas fait ce soir. Et ce sera très compliqué pour elle de passer la nuit à l'hôpital. Elle est assez bien, et ses signes vitaux sont normaux. J'accepte qu'elle attende à demain, mais je vais insister pour qu'elle se présente à l'urgence plus tôt si la douleur augmente ou si elle se sent plus mal. »

L'entente est conclue. La nuit suivante, le médecin se réveille en sueurs et se dit qu'elle aurait dû insister, que M^{me} Blais est peut-être en état de choc, seule à la maison avec ses deux jeunes enfants. Très tôt le lendemain, elle téléphone à l'urgence où on lui dit que sa patiente est arrivée sur pied il y a un moment et qu'elle attend pour une échographie.

« Je suis soulagée, mais mon collègue doit penser que je suis incompétente. Il m'a fallu deux visites pour poser le diagnostic de grossesse ectopique, puis une fois que j'y ai pensé, je n'ai pas pris la meilleure décision. Pourquoi ? »

Quels facteurs ont pesé sur la décision ?

Le médecin se fait une idée des diagnostics possibles dès les premiers symptômes signalés par le patient. Il émet alors des hypothèses. Au cours de l'anamnèse et de l'examen physique, il vérifie ses hypothèses de façon à les confirmer ou à les infirmer. Une fois le recueil des données complété, il se fait un portrait global de la situation clinique et transmet son impression définitive au patient. Le médecin propose alors un plan d'évaluation complémentaire et de traitement qui tient compte des caractéristiques du patient, du choix et de la disponibilité des examens complémentaires et des options thérapeutiques.

Devant le récit d'un cas clinique comme celui-ci, un médecin compétent appliquera un raisonnement logique qui le conduira très probablement au bon diagnostic. Il pourra alors proposer l'évaluation et le traitement appropriés. Dans la réalité, il nous arrive de nous égarer, de « passer à côté » de ce qui semble évident *a posteriori*, et de prendre des décisions qui peuvent surprendre un collègue extérieur à la situation et qui connaît « la fin de l'histoire ». Certains facteurs semblent donc influencer sur la démarche et moduler les décisions du médecin pendant la consultation.

Selon Judith L. Bowen, trois éléments sont au point de départ du raisonnement clinique : les connais-

Dans la réalité, il nous arrive de nous égarer, de « passer à côté » de ce qui semble évident a posteriori, et de prendre des décisions qui peuvent surprendre un collègue extérieur à la situation et qui connaît « la fin de l'histoire ».

Repère

sances, l'expérience et le contexte¹ (*figure*). Nous sommes d'avis que ces facteurs agissent aussi tout au long du processus et influent sur la démarche du médecin, sur sa façon de recueillir l'information, sur son interprétation des données, sur le portrait global de la situation clinique et sur son impression diagnostique.

Revenons donc sur l'exemple du diagnostic retardé de grossesse ectopique pour illustrer les répercussions des connaissances, de l'expérience et du contexte sur le processus décisionnel de la Docteure L.

Les connaissances

« Ce ne sont pas mes connaissances qui ont fait défaut. Je connais les signes et symptômes de la grossesse ectopique et je peux en expliquer le plan d'évaluation complémentaire et le traitement. »

On ne reconnaît que ce que l'on connaît

Au fil de sa formation et de sa pratique clinique, le médecin se construit un réseau de connaissances auquel il fera appel pour aborder les problèmes de ses patients et qui l'aidera à émettre des hypothèses diagnostiques. Il tiendra aussi compte de la prévalence des différentes maladies dans la population à laquelle appartient son patient au moment d'élaborer ses hypothèses.

Il semble que la douleur pelvienne, le stérilet, le retard menstruel et la douleur à la palpation d'une anexe n'aient pas fait émerger le diagnostic de grossesse ectopique à la première consultation. Bien qu'elle possède les connaissances requises, la Docteure L. n'a pas réussi à les appliquer à la situation clinique.

Ce n'est pas parce que l'on connaît que l'on reconnaît

Dans sa démarche d'analyse, le médecin pondère l'importance qu'il donne aux éléments recueillis pour ne retenir que ceux qu'il juge pertinents. Il fait

donc un choix. La littérature montre qu'un médecin possédant une conviction diagnostique aura tendance à sous-évaluer l'importance des symptômes qui l'amèneraient à remettre en question son hypothèse principale et à accentuer celle qu'il donne aux symptômes qui la soutiennent². C'est ce qu'on appelle le biais de confirmation.

Dans le cas qui nous occupe, notre collègue a peut-être sous-estimé le retard menstruel parce qu'elle s'est rapidement convaincue du diagnostic de salpingite. Par la suite, trop absorbée par un doute quant au retrait du stérilet, elle a mis fin prématurément à son raisonnement clinique sans réexaminer son hypothèse initiale.

L'expérience

« J'ai vu plusieurs cas de grossesse ectopique, mais toujours à l'urgence. Les patientes étaient très souffrantes ou en état de préchoc. Le tableau clinique de ma patiente ne correspondait pas à la représentation que je me faisais d'une grossesse ectopique. Par contre, j'ai vu beaucoup de cas de salpingite qui y ressemblaient. »

Au fil des expériences cliniques, le médecin se construit une « collection de cas »³ qu'il garde en mémoire et qui vient s'ajouter à son réseau de connaissances. Dans sa démarche d'analyse, il utilisera ces prototypes ou archétypes⁴ qu'il comparera à la situation actuelle. Cette reconnaissance de prototypes accélère le processus de raisonnement parce qu'elle permet de circonscrire le problème en quelques questions. Elle peut toutefois conduire à des raccourcis cognitifs⁵ qui orienteront le clinicien vers le mauvais diagnostic s'il n'est pas attentif à tous les éléments pertinents à l'analyse de la situation.

La construction des prototypes dépend donc de l'exposition clinique de chaque médecin. La « collection de cas » de la Docteure L. s'est bâtie à l'urgence. Son prototype de grossesse ectopique ne correspondait donc pas au tableau clinique de sa patiente.

« Je n'ai jamais eu à décider de la conduite à tenir dans

Les connaissances, l'expérience et le contexte agissent tout au long du processus d'analyse de la situation clinique et influent sur la démarche du médecin, sur sa façon de recueillir l'information, sur son interprétation des données, sur le portrait global de la situation clinique et sur son impression diagnostique.

Repère

une situation pareille. J'ai été influencée par l'insistance de la patiente parce que j'avais perdu mes repères. »

L'expérience clinique conditionne aussi le sentiment d'assurance et la capacité à gérer l'incertitude. Le clinicien expérimenté peut s'appuyer sur les situations qu'il a vécues pour agir avec confiance. De la même façon, un médecin inexpérimenté peut douter de la validité de son opinion quand cette dernière ne repose que sur un raisonnement et non sur des expériences passées. Notre collègue, déjà ébranlée par la faible concordance de son prototype et du diagnostic probable, s'est mise à douter du plan de traitement qu'elle connaissait pourtant.

Le contexte

« Le contexte socioéconomique de ma patiente et son comportement sexuel m'ont orientée vers un diagnostic d'ITS, et j'ai négligé le retard menstruel. Je me demandais si je devais retirer le stérilet, je réfléchissais à ce que j'allais faire et j'ai perdu de vue les autres possibilités diagnostiques. Lors de la visite suivante, le diagnostic de grossesse ectopique s'est imposé. Je me sentais tellement mal d'être passée à côté. Je n'osais plus parler avec autorité au moment de discuter de l'urgence d'aller à l'hôpital. Je me suis dit qu'il serait mieux que ma patiente rentre chez elle ce soir-là, surtout parce que son état clinique était stable. Il faut dire qu'il était presque 20 heures. Si j'avais vu la patiente en matinée, les choses auraient été différentes. »

Par contexte, on entend les particularités du patient, l'environnement dans lequel les problèmes sont apparus, le cadre de la consultation ainsi que les caractéristiques personnelles et professionnelles du médecin.

Le fait que la consultation ait lieu au début ou à la fin de la journée, que le médecin soit pressé, préoccupé par une question d'ordre personnel ou professionnel ou encore qu'il ait des préjugés négatifs ou favorables envers une clientèle donnée influent grandement sur le processus de raisonnement et la

décision qui en découle.

La finalité du raisonnement varie aussi selon le contexte dans lequel se déroule la consultation : un médecin s'assurera d'exclure les diagnostics les plus sérieux à l'urgence, mais souhaitera avoir une compréhension plus globale du problème dans un contexte de suivi au cabinet.

Le médecin doit non seulement tenir compte des différents éléments contextuels qui enrichissent son raisonnement, mais aussi reconnaître les risques de dérive afin de prendre la meilleure décision possible dans une situation donnée.

Quelle leçon tirer de cette expérience ?

Dans une étude qui passait en revue des situations de mauvais diagnostic, le manque de connaissances n'était à l'origine de l'erreur que dans un petit nombre de cas⁶.

La décision médicale est le résultat d'un processus complexe dont le médecin n'a souvent pas pleinement conscience. C'est souvent lorsque le clinicien croit avoir fait une erreur qu'il réfléchit à sa décision et qu'il prend conscience des différents facteurs qui sont venus brouiller le déroulement logique de sa pensée.

L'expérience est un mode d'apprentissage puissant, surtout si le soignant arrive à poser un regard sur lui-même, sur son raisonnement clinique et sur les décisions qu'il prend⁷.

C'est en réfléchissant sur sa pratique que le médecin apprendra à repérer son manque de connaissances, à connaître ce qui l'influence, ce à quoi il est sensible et les circonstances qui le conduisent à sortir du cadre d'un raisonnement clinique rigoureux.

Parce qu'elle s'est donné la peine de se questionner sur son processus décisionnel, la Docteure L. a sûrement appris de cette expérience. Parions qu'elle réagira différemment la prochaine fois devant une patiente souffrant de douleur pelvienne et qu'elle sera plus attentive à ce qui se passe dans sa tête. ☞

C'est en réfléchissant sur sa pratique que le médecin apprendra à connaître ce qui l'influence, ce à quoi il est sensible et les circonstances qui le conduisent à sortir du cadre d'un raisonnement clinique rigoureux.

Repère

Summary

Autopsy of a doctor's decision. Upon hearing the story of a clinical situation, the skilled physician will apply a clinical reasoning leading him towards a good diagnosis and an appropriate conduct. In the reality of his practice, three determining factors will influence his clinical approach and modulate his decisions: context, knowledge and experience. The medical decision is the result of a complex process of which the doctor is not even aware. When he doubts his decision, he will review his thought process during his consultation to understand what made him drift from logical reasoning. That is how he learns about himself and recognizes the elements that disrupt his approach and lead him outside the frame of rigorous clinical reasoning.

Date de réception : le 9 novembre 2009

Date d'acceptation : le 8 janvier 2010

La D^{re} Suzanne Laurin et M^{me} Marie-Claude Audétat n'ont déclaré aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Bowen J. Educational strategies to promote clinical diagnostic reasoning. *N Engl J Med* 2006 ; 355 (21) : 2217-25.
2. Nendaz M, Charlin B, Leblanc V et coll. Le raisonnement clinique : données issues de la recherche et implications pour l'enseignement. *Pédagogie médicale* 2005 ; 6 : 235-54.
3. Héroux D, Grace A, Swiggum S. Grossesse ectopique – Le diagnostic en temps opportun, facteur clé dans la réduction des risques. *Bulletin de l'Association canadienne de protection médicale* 2009 ; 24 (2) : 1-2.
4. Pestiaux D, VanWelde C. Le difficile enseignement de la démarche clinique. *Santé Conjuguée* (revue de la Fédération des maisons médicales belges) 2008 ; 46 : 40-8.
5. Kempainen RR, Migeon MB, Wolf FM. Understanding our mistakes: a primer on errors in clinical reasoning. *Med Teach* 2003 ; 25 (2) : 177-81.
6. Groopman J. *How Doctors Think*. New York : Houghton Mifflin Company ; 2007. p. 24.
7. Mamede S, Schmidt HG, Rickers R. Diagnostic errors and reflective practice in medicine. *J Eval Clin Pract* 2007 ; 13 (1) : 138-45.

Correctif.

Une erreur s'est glissée à la page 36 du numéro de décembre 2009 dans l'article intitulé : « L'hormonothérapie : plus d'études, moins de certitude ! ». En effet, il aurait fallu lire Sylvie Demers plutôt que Dominique Demers dans le premier paragraphe de la colonne de droite.