

Raisonnement clinique et décision médicale

*Dominique Pestiaux, Carl Vanwelde,
Suzanne Laurin et Marie-Claude Audétat*

Christian vient vous consulter au retour d'un séjour désastreux en Italie. Il souffre de diarrhées et d'un côlon irritable depuis des années. Il présente aussi de temps en temps des aphtes handicapants et douloureux. Des arthralgies périodiques l'accablent aussi, sans fièvre ni plaintes inflammatoires nettes, sans diagnostic précis non plus. Il vit seul actuellement. Il n'a pas eu d'enfant, même si son épouse était en parfaite santé, et cela le chagrine. Ses récentes vacances en Toscane ont été une vraie catastrophe. Après trois jours, les plaintes coliques sont réapparues d'une manière aiguë, malgré l'arrêt des salades, des épices, des petits cafés expressos et des pousse-café. Il a perdu deux kilos pendant son séjour.

« **C**E QUE L'ON CONÇOIT BIEN s'énonce clairement, et les mots pour le dire arrivent aisément¹ ». La consultation médicale nécessite une bonne communication, une gestion adéquate du temps, des connaissances cliniques approfondies, un contexte adapté... et un raisonnement clinique efficace.

Quelle démarche clinique adopter face à de nombreuses plaintes? Comment faire écho à cette intuition que quelque chose ne va pas, point de départ fiable d'un questionnement de la part du médecin? Multiplier les consultations spécialisées et les examens coûteux et souvent inutiles? Renvoyer le patient avec l'impression inévitable d'incompréhension qu'une telle

Le Dr Dominique Pestiaux, médecin de famille, exerce en maison médicale à Charleroi, en Belgique. Il est également professeur au Centre académique de médecine générale de l'Université catholique de Louvain, en Belgique. Le Dr Carl Vanwelde, médecin de famille, exerce en médecine générale à Bruxelles. Il est également professeur de médecine générale à l'Université catholique de Louvain. La Dr^e Suzanne Laurin, médecin de famille, exerce à l'UMF de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. M^{me} Marie-Claude Audétat, psychologue, travaille comme chargée d'enseignement de clinique au sein de la même UMF ainsi qu'au Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal.

Encadré 1

Définition du raisonnement clinique²

Selon Newble, le raisonnement clinique est une activité intellectuelle qui consiste à synthétiser l'information obtenue au départ d'une situation clinique, à l'intégrer avec les connaissances préalables et l'expérience pour poser un diagnostic et à prendre des décisions thérapeutiques. Il est considéré comme un des trois éléments de la compétence clinique, qui comprend également les connaissances et les aptitudes pertinentes.

attitude suscite bien souvent? Ou bien tenter de combiner l'étude des antécédents cliniques de ce patient et son expertise en matière de raisonnement clinique afin de résoudre ce qui s'apparente à un problème complexe indifférencié?

Comment définir le raisonnement clinique?

La définition du raisonnement clinique proposée par Newble est reprise dans l'encadré 1². Si certaines approches diagnostiques bien connues sont réalisables, elles ne sont pas pour autant suffisantes en pratique courante. Pour le médecin, il existe différents moyens de raisonnement utilisés en fonction de la situation clinique (tableau).

La première approche est de réaliser un dossier d'évaluation exhaustif, de type internistique, nécessaire sans

Tableau

Types d'approches cliniques³

1. Réaliser un dossier d'évaluation exhaustif
2. Faire appel à un arbre de décision ou algorithme
3. Utiliser la reconnaissance d'un archétype ou canevas (*pattern recognition*)
4. Privilégier une démarche hypothéticodéductive

doute dans des situations d'exception, en ratissant large pour être sûr de ne rien manquer⁴. On ne peut lui dénier une efficacité réelle dans le cas de maladies univoques ni sa fonction d'apprentissage qui a permis à des générations entières de cliniciens d'apprendre le métier. Elle consiste à faire l'inventaire des éléments susceptibles d'aboutir à un diagnostic. Cette technique coûteuse en temps et en examens techniques complémentaires se veut, par définition, aussi peu intuitive que possible de manière à ne négliger aucune hypothèse. Elle possède les défauts propres aux dossiers d'évaluation, à savoir la lenteur et l'encombrement progressif par des données parasites pouvant occulter un diagnostic parfois évident. Elle n'offre la garantie de déboucher sur un diagnostic précis que par élimination successive de toutes les causes possibles et ramène de manière systématique dans ses filets de nouvelles affections, occultes, signifiantes ou non, qui inquiéteront le patient et qui nécessiteront à leur tour examens et traitements.

Dans le cas de Christian, une quantité d'examens techniques complémentaires seraient entrepris en raison de l'abondance des symptômes, sans hiérarchisation préalable ni interconnexion des tableaux cliniques dans le temps.

La deuxième approche fait appel à un arbre de décision, ou algorithme, utilisant un cheminement de type binaire qui amène le médecin à poser un diagnostic par éliminations successives. *Dans le cas de Christian, le clinicien aurait recours, par exemple, à un algorithme décisionnel pour la diarrhée et ciblerait ce symptôme en méconnaissant l'ensemble des plaintes de même que le contexte.* C'est cette façon de faire que privilégient les programmes informatiques d'aide au diagnostic. Elle ne se révèle d'aucune utilité dans la prise en charge d'une situation complexe et ne convient pas dans le présent cas clinique, car elle nécessiterait

Encadré 2

Définition du modèle hypothéticodéductif⁵

La méthode hypothéticodéductive repose sur la triade « hypothèses, indices, confirmation (ou infirmation) ». Après une écoute attentive du récit du patient, le médecin voit affluer mentalement une série de situations cliniques antérieures compatibles avec la description actuelle. Le médecin se construit ensuite une série d'hypothèses de travail qui se verront renforcées ou infirmées par l'anamnèse et l'examen clinique.

la mise en parallèle d'une dizaine d'arbres décisionnels indépendants les uns des autres.

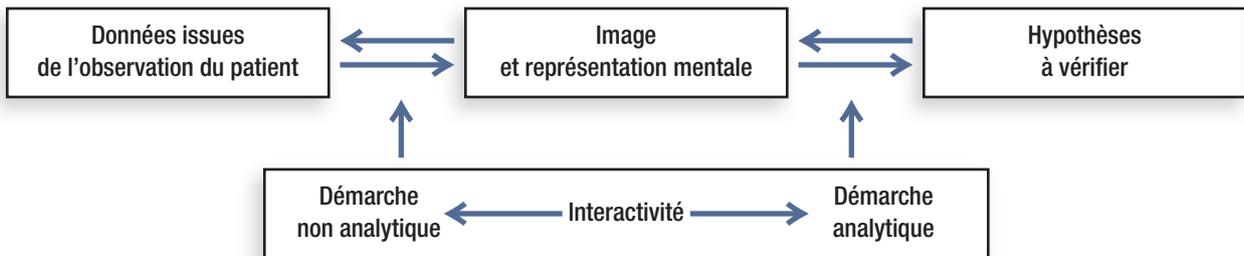
Quant à la troisième, reposant sur la reconnaissance d'un archétype, ou canevas (*pattern recognition*), elle permet de poser un diagnostic d'emblée en fonction d'un tableau type reconnu par le médecin. Elle ne s'applique que dans une proportion très limitée de consultations et pour des tableaux cliniques évidents. Elle recouvre aussi bien la reconnaissance d'une image connue, comme un psoriasis ou une varicelle, que celle d'un tableau type de grippe ou de colique néphrétique.

Souvent insuffisante en elle-même, elle peut être le point de départ de la quatrième méthode, appelée démarche hypothéticodéductive⁵, à l'origine des hypothèses formulées par le médecin expérimenté (*encadré 2*). Claude Bernard, Karl Popper et Conan Doyle y ont attaché leur nom, chacun dans leur domaine, bien avant qu'Elstein, en 1978, ne la décrive comme une démarche diagnostique appropriée aux situations médicales complexes⁶. Elle fait de tout clinicien un Sherlock Holmes potentiel pour une raison bien explicable : Conan Doyle, médecin lui-même, a utilisé sa propre formation sémiologique lorsqu'il a créé le personnage de son détective. La méthode hypothéticodéductive est fondamentale dans la démarche diagnostique du médecin. Elle lui donne la possibilité de baliser efficacement une situation clinique, sans pour autant accumuler des détails d'importance secondaire.

Il est à noter que les problèmes cliniques et le raisonnement du médecin sont influencés par le fait que plusieurs organes peuvent être en cause et que le contexte de la consultation, des questions et des attentes du patient va se répercuter sur l'attitude du médecin.

Figure

Raisonnement clinique : un modèle combiné



Modèle combiné de raisonnement clinique, associant les approches analytique et non analytique. Chacune des approches est susceptible d'interférer soit avec la représentation mentale du cas clinique, soit avec les hypothèses diagnostiques suscitées.

Source : Eva K. Ce que tout enseignant devrait savoir concernant le raisonnement clinique. *Pédagogie Médicale* 2005 ; 6 : 225-34.

Tentons d'appliquer cette démarche clinique à la gestion des plaintes évoquées par Christian, soit des diarrhées chroniques et des arthralgies migratrices itératives depuis de trois à quatre ans. En toile de fond, il y a un amaigrissement, des aphtes récidivants et de la fatigue.

Il est important dès ce stade d'établir un paysage diagnostique⁷. Selon le regard du soignant, il va fixer l'une ou l'autre partie du tableau clinique, sans pour autant ignorer d'autres éléments qui pourraient s'avérer essentiels par la suite. La démarche diagnostique consiste à ne retenir, finalement, qu'une seule hypothèse en excluant les autres au moyen d'arguments satisfaisants et valides : éléments de l'anamnèse et de l'examen clinique, aspects psychologiques et sociologiques, résultats d'examens paracliniques soigneusement choisis pour leur force probante ou excluante. Cette démarche de confirmation ou d'infirmité peut parfois être instantanée ou au contraire évolutive, être modifiée en fonction des résultats des tests, mais aussi de l'évolution clinique. Élément essentiel de la décision médicale, le choix des examens complémentaires ou du traitement doit être pesé en fonction du risque éventuel et des avantages attendus⁸.

Pour Christian, trois pistes diagnostiques sont envisageables au terme d'un premier contact si on privilégie les symptômes digestifs : une colopathie fonc-

tionnelle, une affection intestinale inflammatoire ou une malabsorption. Comme la présence simultanée d'arthralgies, d'aphtes récidivants et de stérilité ainsi que la perte de poids ne sont pas vraiment compatibles avec des troubles fonctionnels, le clinicien demandera un bilan sanguin de base qui révélera une anémie ferriprive et une augmentation inexpliquée du taux de transaminases. Les aphtes peuvent s'expliquer aussi dans un contexte de malabsorption, comme dans la maladie cœliaque tardive. Jusqu'ici, la démarche diagnostique a été essentiellement clinique. Elle va maintenant explorer une triple piste sérologique, histologique et thérapeutique (exclusion du gluten) pour infirmer ou confirmer l'hypothèse rapidement privilégiée.

L'exercice est-il pour autant terminé ? Non bien sûr, car l'hypothèse d'opter au départ pour le paysage diagnostique « diarrhées chroniques » n'écarte guère la possibilité d'autres bases, d'autres hypothèses, d'autres scénarios ou certaines zones d'ombre : Pourquoi cette fatigue ? Pourquoi l'Italie ? Sans parler de déterminants extérieurs de nature sociologique (environnement, métier). La connaissance antérieure du patient et la qualité de la relation construite avec lui au fil du temps jouent également un rôle important de même que l'expérience clinique du praticien.

Selon que les cas cliniques sont habituels ou non, simples ou complexes, le clinicien active et emploie différentes stratégies pour résoudre le problème.

Repère

Quel est l'intérêt de la démarche hypothético-déductive pour le clinicien ?

Les deux cerveaux du clinicien : analytique et non analytique confondus

Dans un éditorial de la revue *Pédagogie Médicale*, Martine Chamberland⁹ (*figure*) revient sur deux articles de synthèse parus récemment, respectivement de Nendaz et d'Eva^{10,11}, confirmant qu'il n'y a pas de stratégie unique pour résoudre un problème clinique. On devrait dès lors davantage parler de répertoires de stratégies utiles où les deux processus (analytique et non analytique) peuvent coexister, ce que certains auteurs appellent le « double processus » (*dual-process theory*)¹². Selon que les cas cliniques sont habituels ou non, simples ou complexes, le clinicien active et emploie différentes stratégies pour résoudre le problème. L'expérience du praticien chevronné, parfois moins informé des dernières avancées scientifiques, proviendrait ainsi d'une capacité accrue de faire appel simultanément et instantanément à un plus grand nombre d'archétypes complexes que son collègue moins expérimenté. Il est aisément imaginable que la rencontre par le passé de cas de maladie cœliaque favorise la reconnaissance d'un tableau similaire, aussi efficacement et plus rapidement qu'une démarche diagnostique analytique.

Quelle démarche clinique adopter dans le cas de Christian qui a de multiples plaintes ? Deux attitudes aussi périlleuses l'une que l'autre sont à éviter : multiplier les examens paracliniques visant à fermer toutes les portes d'affections possibles, mais peu probables et évoquer systématiquement une cause fonctionnelle englobant les symptômes les plus antagonistes. Utilisée de manière spontanée lors d'une consultation de première ligne, cette démarche à la fois analytique (raisonnement conscient, maîtrisé) et non analytique (raisonnement inconscient, automatique) allie la théorie à l'expérience et fait appel à des processus mentaux variés et appropriés au contexte.

Quels sont les pièges du raisonnement clinique ?

Les pièges sont nombreux pour le clinicien souvent pressé¹³⁻¹⁵. Noyé dans le discours du patient décrivant sa plainte, pressé par le temps, envahi émotionnellement ou piégé par l'évidence, le médecin peut adopter un raccourci diagnostique et omettre de conserver son sens critique. Il peut encore être trompé par la « tache aveugle », bien décrite par Balint¹⁶, qui précise que ce sont les propres défenses du médecin à l'égard de ses problèmes affectifs personnels qui obstruent sa vision, sa perception et sa compréhension du problème du patient. Devant l'urgence, il pourrait aussi délaissier une question, un détail clinique ou une hypothèse parfois évidente. Le risque de classer trop rapidement un ensemble de symptômes en les raccordant à une affection déjà vue, par économie de temps et d'investissement intellectuel, est réel et menace le praticien expérimenté enlisé dans la routine. L'attribution rapide des plaintes à un simple dysfonctionnement ou à une cause psychosomatique relève d'un mécanisme similaire. Le contexte de la rencontre médicale est parfois un obstacle rendant la vision du paysage diagnostique limitée, biaisée par un détail ou un fait saillant présenté par le patient, au détriment d'une intégration adéquate des différents aspects essentiels à la formulation d'un nombre restreint d'hypothèses pertinentes pour le patient.

CHRISTIAN GUÉRIRA-T-IL ? Cette conclusion apporterait en fait un point final à la démarche clinique entamée au début de cet article. La démarche diagnostique centrée sur deux ou trois hypothèses plausibles à partir d'éléments de l'anamnèse, de l'examen clinique et d'un bilan sanguin de base, corroborée par la positivité des anticorps sériques et par les résultats de la biopsie duodénale et intestinale, débouchera sur un diagnostic de quasi-certitude de maladie cœliaque. La situation de Christian illustre bien la pratique clinique.

Utilisée de manière spontanée lors d'une consultation de première ligne, la démarche hypothético-déductive, à la fois analytique (raisonnement conscient, maîtrisé) et non analytique (raisonnement inconscient, automatique), allie la théorie à l'expérience et fait appel à des processus mentaux variés et appropriés au contexte.

Repère

Les problèmes indifférenciés sont le quotidien du généraliste qui utilise toutes les ressources de son expertise clinique et a recours à des moyens d'évaluation limités pour la plupart des plaintes des patients. En appliquant un raisonnement clinique adéquat, il est ainsi à même de résoudre plus de 85 % des problèmes rencontrés en pratique courante. 📖

Date de réception : le 9 novembre 2009

Date d'acceptation : le 1^{er} février 2010

Les D^{rs} Dominique Pestiaux, Carl Vanwelde et Suzanne Laurin ainsi que M^{me} Marie-Claude Audétat n'ont déclaré aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Boileau N. *Satires, Épîtres, Art poétique*. Paris : Poésie Gallimard ; 1985. p. 231.
2. Newble D, Norman G, Van der Vleuten C. Assessing clinical reasoning, chap. 16. Dans : Higgs J, Jones M, rédacteurs. *Clinical reasoning in the health professions*. 2^e éd. Oxford : Butterworth-Heinemann, Scientific Elsevier ; 2000. 156-65.
3. Haynes RB, Sackett DL, Guyatt GH et coll. *Clinical epidemiology: how to clinical practice research*. 3^e éd. Philadelphie : Lippincott Williams & Wilkins ; 2006.
4. Sackett D, Haynes RB, Guyatt GH et coll. *Clinical Epidemiology: A Basic Science for Clinical Medicine*. 2^e éd. Boston : Little Brown ; 1991.
5. Bowen J. Educational strategies to promote clinical diagnostic reasoning. *N Engl J Med* 2006 ; 355 (21) : 2217-25.
6. Elstein AS, Shulman LS, Sprafka SA. *Medical Problem Solving: An Analysis of Clinical Reasoning*. Cambridge : Harvard University Press ; 1978.
7. Van Puymbroeck H, De Wächter J, Blanckaert F et coll. Klinische Logica (Deel 1) Van aanmelding sklacht tot diagnostisch landschap. *Huisarts Nu* 2004 ; 33 (3) : 123-30.
8. Stolper E. Gut feelings in general practice. [Thèse de doctorat]. Maastricht : Universitaire Pers Maastricht ; 26 février 2010. 141 p.
9. Chamberland M. Comment exploiter les résultats de la recherche pour améliorer nos activités d'enseignement et d'apprentissage du raisonnement clinique ? *Pédagogie Médicale* 2005 ; 6 : 197-9.
10. Nendaz M, Bordage G. Promoting diagnostic problem representation. *Medical Education* 36 ; 8 : 760-6.
11. Eva K. Ce que tout enseignant devrait savoir concernant le raisonnement clinique. *Pédagogie Médicale* 2005 ; 6 : 225-34.
12. Croskerry P. A Universal Model of Diagnostic Reasoning. *Acad Med* 2009 ; 84 (8) : 1022-8.

Summary

Clinical reasoning and medical decision. According to Newble's definition, clinical reasoning is "the intellectual activity which synthesizes information obtained from the clinical situation, integrates it with previous knowledge and experience, and uses it for making diagnostic and therapeutic decisions".

This article is a review of several reasoning strategies to help analyze complex problems and warn physicians against the traps of hurried decisions.

13. Bordage G. Why did I miss the diagnosis? Some cognitive explanations and educational implications. *Acad Med* 1999 ; 74 (10) : S138-43.
14. Kempainen RR, Migeon MB, Wolf FM. Understanding our mistakes: a primer on errors in clinical reasoning. *Medical Teacher* 2003 ; 25 (2) : 177-81.
15. Groopman J. *How Doctors Think*. New York : Houghton Mifflin Harcourt ; 2007. 320 p.
16. Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris : Petite bibliothèque Payot n° 53 ; 2000. p. 268-80.

Le risque de classer trop rapidement un ensemble de symptômes en les raccordant à une affection déjà vue, par économie de temps et d'investissement intellectuel, est réel et menace le praticien expérimenté enlisé dans la routine.

Repère