

RAISONNEMENT CLINIQUE¹

*Gérer des hypothèses s'imposant à l'esprit
lors du recueil des données initiales,
conduire des investigations, traiter, établir un pronostic*

1. INTRODUCTION

Le raisonnement clinique désigne les processus mentaux qui permettent au médecin de porter un diagnostic, prescrire un traitement, établir un pronostic. Le médecin fait appel à trois éléments : les connaissances qu'il a en mémoire, le raisonnement qui les utilise, la conscience de ses limites.

- **Les connaissances mémorisées** portent sur les maladies, la physiopathologie, les moyens d'investigations, les traitements, plus globalement les stratégies diagnostiques et thérapeutiques :
 - celles qui utilisées fréquemment s'imposent automatiquement à l'esprit ;
 - celles utilisées occasionnellement ne sont accessibles qu'après un « *effort de mémoire* » ;
 - d'autres connaissances limitées à un nom ou une notion permettent néanmoins d'orienter les recherches dans des documents ressources (livres, CD-roms, internet) ou de faire appel à des spécialistes du sujet.
- **Le raisonnement :**
 - ce sont les indispensables réflexions sur les données pour résoudre un problème ;
 - les unes sont immédiatement organisées, car déjà mémorisées ; elles nécessitent tout au plus « *un petit effort de réflexion* » ; d'autres doivent être élaborées par un raisonnement déductif.
- **Avoir conscience de ses limites** permet d'évaluer les probabilités avec lesquelles nos connaissances mobilisées et notre raisonnement sont justes, *de savoir ce que l'on ne sait pas*. Ceci ressort de l'honnêteté intellectuelle et de la déontologie médicale.

¹ Ce chapitre traite les items 3 « *le raisonnement et la décision en médecine...* », et 4 « *Évaluations des examens complémentaires dans la démarche médicale* » du module 1 du programme de la 2^e partie du 2^e cycle des études médicales.

Le texte qui suit comprend deux parties :

- des réflexions générales sur le diagnostic, le traitement, le pronostic ;
- l'exposé des étapes du raisonnement clinique.

La mémoire est un ensemble de « registres » mémoires en réseau parmi lesquels on distingue :

- la mémoire sémantique, celles des définitions, des descriptions, des cours, des stratégies établies ;
- la mémoire autobiographique portant sur des événements personnels, mais aussi sur les grands faits historiques ;
- la mémoire des émotions, des réactions affectives ;
- la mémoire des gestes (mémoire des habiletés, des habitudes).

Pour mémoriser au mieux les connaissances médicales il faut les ancrer dans les différentes mémoires, établir des liens entre elles, varier les situations d'apprentissage. Les stages hospitaliers apportent des expériences qui sont mémorisées simultanément dans la mémoire *des événements personnels* et celle *des émotions*. Ainsi en suivant un patient arrivé aux urgences avec une douleur thoracique, l'infarctus du myocarde devient plus l'histoire d'un patient que le n° chapitre d'un polycopié ; c'est pourquoi tant que l'événement est proche, chargé d'émotion, il faut apprendre le chapitre correspondant au patient qui a suscité de l'intérêt, de l'émotion.

2. NOTIONS GÉNÉRALES SUR LE DIAGNOSTIC, LE TRAITEMENT, LE PRONOSTIC

Pour répondre à la demande du patient, être guéri ou soulagé, le médecin porte un diagnostic, prescrit un traitement, établit un pronostic.

Porter un diagnostic est un préalable à tout traitement, y compris la réalisation des gestes d'urgence, ce qui implique de distinguer le diagnostic nosologique du diagnostic décisionnel,

Porter un diagnostic nosologique est par exemple identifier un ulcère gastrique, un infarctus du myocarde. Cet acte précis est valorisé par les esprits se voulant cartésiens.

Le **diagnostic décisionnel est le niveau suffisant pour prendre une décision thérapeutique** (opérer une péritonite bien qu'on n'en connaisse pas la cause, traiter un œdème aigu du poumon sans encore connaître l'affection sous-jacente).

Porter un diagnostic implique aussi :

- d'établir des probabilités diagnostiques: en dehors du diagnostic certain (probabilité 100 %) **les degrés de probabilités d'hypothèses sont rarement** exprimables en **valeur absolue**; on recourt habituellement aux **probabilités relatives**, en classant par ordre de fréquence (ou de gravité) les hypothèses sans donner de chiffre;
- de distinguer les niveaux de précision diagnostique: **la notion de niveaux de précision** diagnostique est illustrée par la différence entre simplement énoncer qu'un patient a un cancer colique et préciser qu'il s'agit d'un cancer du sigmoïde de stade T3N2M0, soit son siège et sa place dans la classification TNM (*tumor* pour l'extension de la tumeur dans la paroi, *nodes* pour l'envahissement des ganglions lymphatiques, *metastases* pour l'existence ou non de métastases).

3. LES ÉTAPES DU RAISONNEMENT CLINIQUE

(schéma page suivante)

- **Étape clinique** qui conduit, soit à un diagnostic de certitude, soit à des hypothèses.
- Éventuellement **l'étape des examens complémentaires** pour assurer et préciser le diagnostic.
- **Prescription d'un traitement.**
- **Établissement du pronostic.**

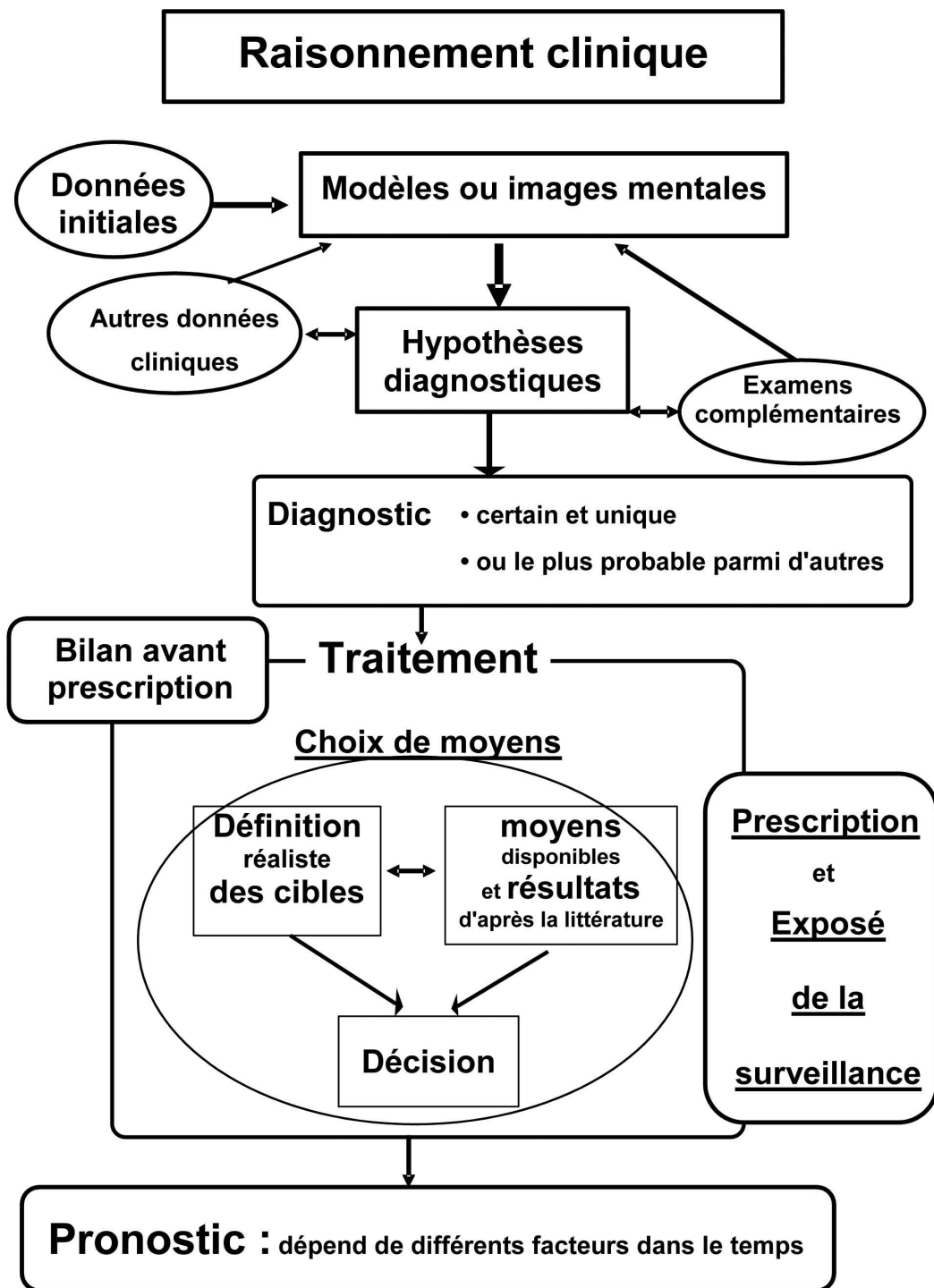
Ces quatre actions complémentaires s'interpénètrent avec l'expérience.

Les observateurs des cliniciens qui désiraient informatiser la pensée médicale ont été déroutés par la plasticité de la pensée médicale: différents médecins arrivent aux mêmes résultats avec des algorithmes différents, un même médecin confronté à des situations paraissant identiques n'utilise pas toujours la même approche.

3.1. Étape clinique

où le médecin raisonne sur les hypothèses qui s'imposent automatiquement à lui (démarche hypothético-déductive)

Dès le premier contact avec le patient **la réflexion du médecin commence. Automatiquement** il traite les propos du patient (communication verbale) et ses messages non verbaux (son allure, son comportement, sa tenue vestimentaire, sa voix) **en les organisant**



en ensembles qu'il compare à des modèles¹ (ou représentations mentales) précédemment mémorisés, qui s'imposent à sa conscience.

Ces modèles, simples ou complexes, **sont faits d'éléments sensibles** (visuels, auditifs, olfactifs, tactiles) **et de concepts** (exprimés par le langage) **dont le regroupement prend une signification**.

Tout médecin a des modèles qui lui permettent de reconnaître d'emblée une crise d'asthme, une varicelle, un syndrome parkinsonien, la description d'une douleur d'ulcère.

Les modèles sont indispensables pour orienter la recherche du diagnostic. **Sans modèle il est difficile, voire impossible, d'identifier un objet, une situation, un symbole.**

Exemple 1

Un homme de 40 ans, ne paraissant pas consommateur excessif d'alcool, consulte pour une dysphagie datant de quelques semaines et dont il désigne le siège, du plat de la main, comme rétro-sternale moyenne.

Ces premières données constituent un ensemble proche de deux modèles :

- modèle « *sujet jeune qui présente une dysphagie chronique* » évocateur d'achalasia ou de sténose peptique, avec une préférence pour la seconde hypothèse car le patient a tout de même 40 ans ;
- modèle « *dysphagie chronique du sujet alcool-tabagique* » évocatrice de cancer, mais ici notre patient n'a pas l'allure d'un alcoolique et on ne sait pas s'il fume.

Ces deux modèles conduisent donc à **trois hypothèses diagnostiques** *cancer, sténose peptique, achalasia*, qu'il va falloir explorer par l'interrogatoire et l'examen.

Spontanément le médecin exprime sa réflexion en termes d'hypothèses diagnostiques et non de représentations mentales, l'hypothèse étant plus synthétique et plus impersonnelle que la représentation mentale qui est une intime synthèse d'apprentissage livresque et d'expériences².

1 Le modèle mental est soit un simple élément d'orientation, soit très élaboré. L'enfant qui a vu des images d'animaux a acquis des modèles suffisants pour les reconnaître dès sa première visite d'un zoo. L'anthropologue identifie d'un coup d'œil un fragment d'os ou de poterie. Rien qu'en écoutant un moteur un mécanicien peut identifier l'origine du bruit anormal.

2 Dans cet ouvrage, les commentaires de dossiers présentent des modèles dont l'apprentissage *par cœur* vous donnera, au prix d'un modeste effort, une base de représentations mentales initiales de premier ordre pour la démarche diagnostique. Quant aux dossiers, eux-mêmes, lorsque vous vous les serez appropriés, ils seront devenus des « *modèles* » complexes.

Ayant reconnu les modèles et les hypothèses qui leur sont liées **le médecin interroge et examine le patient pour recueillir d'autres informations** affinant les poids respectifs de chaque hypothèse.

Les apports de la psychologie cognitive dans la compréhension de la façon dont les experts résolvent des problèmes.

Dans les années 1970, dans le but de reproduire avec l'ordinateur le raisonnement humain, toute une série de travaux ont porté sur la façon dont des experts résolvaient, chacun dans son domaine d'expertise, des problèmes. Au même titre que le raisonnement des joueurs d'échecs, des économistes, des mécaniciens, les raisonnements des médecins (raisonnement clinique) ont été l'objet de nombreuses études.

Il a été montré que **chez tout expert 4 et 6 représentations mentales pertinentes s'imposent à son esprit dans un délai très court** (en moyenne 20 secondes dans une étude chez les médecins). Ensuite c'est sur ces représentations mentales **que l'expert raisonne**.

Le champion d'échecs **reconnaît** sur l'échiquier une disposition des pièces qui va lui permettre de développer une stratégie mémorisée. Le **médecin identifie une situation clinique** qui se rapproche d'autres surgissant de sa mémoire et s'imposant à sa pensée; plus ces situations sont pertinentes, plus son raisonnement sera rapide et juste.

En reprenant l'exemple précédent on va rechercher à l'interrogatoire des signes en faveur ou contre chacune des trois hypothèses, cancer, sténose peptique, achalasie.

Supposons qu'au terme de l'interrogatoire on ait appris que :

- le patient n'a jamais eu de pyrosis, ni de gastralgie ;
- la dysphagie est intermittente ;
- les liquides passent mieux que les solides (ce qui est le plus habituel)
- il n'y a pas de douleur thoracique ;
- le patient fume depuis longtemps et ne boit plus que modérément ;
- mais pendant plus de vingt ans il a été un consommateur excessif d'alcool (vin, bière, whisky).

La réflexion, ici synthétisée dans un tableau (où les items affectés du signe + sont favorables à l'hypothèse, ceux du signe - défavorables), se fait le plus souvent *mentalement* et permet de déduire que l'hypothèse de cancer est la plus probable, alors que celle de sténose peptique n'a plus qu'une faible probabilité. Le passé alcoolique et le tabagisme pèsent lourdement en faveur de l'hypothèse de cancer alors que l'impression initiale était fortement marquée par l'absence de signe d'alcoolisme actuel.

	Sténose peptique	Achalasie	Cancer	Spasmes diffus
Homme 40 ans	+	+		
Absence de consommation actuelle d'alcool	+	+		
Passé de consommation excessive d'alcool			+++	
Pas de pyrosis ancien	---			
Pas de gastralgies	-			
Dysphagie intermittente		++	+	+
Liquides passent mieux que les solides	+		+	
Pas de douleur	--	+	+	-
Tabagisme			++	

Ensuite l'examen clinique orienté recueille des signes (mais aussi l'absence de signes) qui conduisent parfois à modifier le classement des hypothèses évoquées après l'interrogatoire. Dans l'exemple du patient de 40 ans dysphagique, compte tenu que notre interrogatoire est en faveur d'un cancer, on est particulièrement attentif à rechercher des signes qui traduiraient une extension cancéreuse : adénopathies sus-claviculaires gauches (ganglion de Troisier) ou gros foie dur métastatique.

Au terme de l'interrogatoire et de l'examen clinique on évoque un seul diagnostic ou plusieurs hypothèses diagnostiques qu'on classe par ordre de probabilité ou de gravité.

3.2 Étape de la stratégie de conduite des examens complémentaires (Stratégie d'investigation)

Après la formulation d'un diagnostic ou de plusieurs hypothèses, la stratégie d'investigation vise à obtenir les informations nécessaires pour atteindre plus de précision, dans les meilleurs délais, avec la moindre pénibilité pour le patient, en maîtrisant les coûts.

Cette stratégie est :

- soit bien connue, quasi automatisée ;
- soit élaborée après quelques minutes de réflexion ;
- soit élaborée après une réflexion de quelques heures ou jours avec l'aide de sources documentaires ou de contacts avec des spécialistes.

Des stratégies sont conseillées à la suite de conférences de consensus, qui s'appuient sur des études cliniques, ou par des comités d'experts. On parle de médecine basée sur les preuves (*evidence based medicine*).

cine), des Recommandations et Références médicales du Guide de l'Assurance-maladie, de « guide-lines », des SOR (standards, options et recommandations) des centres anti-cancéreux. La limite est que ces textes ne portent que sur une partie de l'activité médicale et que l'évolution rapide des connaissances les rend vite obsolètes.

Toute investigation apporte des informations, mais est pour le malade une contrainte, un désagrément, voire un danger, et a un coût pour le malade et la société.

En demandant un examen complémentaire il faut s'imposer des règles :

- **la demande doit avoir un but précis**, d'intérêt pratique et/ou scientifique, et il faut avoir conscience de son niveau d'utilité (indispensable, utile, ou superflu et donc à éviter) ;
- **connaître les inconvénients et risques** de l'examen ;
- **connaître ses qualités informationnelles diagnostiques** (sensibilité, spécificité, valeurs prédictives positive et négative, même approximativement) ;
- **connaître le coût.**

Exemple 2

Un homme de 52 ans présente depuis quelques jours du sang en allant à la selle alors qu'il ne souffre de nulle part.

On peut décomposer la démarche diagnostique :

- les représentations mentales ;
- les données de l'interrogatoire orienté ;
- la stratégie d'investigations.

Les représentations mentales : si on a en tête les deux modèles suivants

- Adulte de plus 40 ans – rectorragie isolée
 - hémorroïdes
 - cancer du rectum ou du sigmoïde
- Adulte de moins de 40 ans, coliques et diarrhée sanglante, pas de fièvre
 - recto-colite hémorragique le plus souvent
 - cancer colique rarement

On sait que les deux premières hypothèses sont l'une « hémorroïdes » et l'autre « cancer du rectum ou du sigmoïde » si les rectorragies sont isolées, mais qu'on pourrait aussi évoquer une recto-colite hémorragique si on a en fait une diarrhée sanglante.