

# Le raisonnement médical



**R. YAKOUBI,  
F. ATOUI,  
R. BENALI**

Pneumo-Phthisiologie – Faculté de Médecine  
Université Badji Mokhtar, Annaba

## Introduction :

### La démarche opérationnelle

Lors de nos stages étudiants, une des tâches assignées est la rédaction de l'observation du malade.

« L'observation est mère du raisonnement » selon un proverbe guinéen.

Observer c'est regarder avec intelligence, pour recueillir les signes pertinents à l'élaboration du processus de raisonnement.

Dans les amphithéâtres, dans les salles de malades, la démarche d'abord du patient était standardisée.

Nous avons tous été formés de la même façon ; lors de la plainte du patient, nous devons l'observer, récolter le maximum d'informations en approfondissant chaque signe pour en faire un symptôme, par le moyen d'une anamnèse la plus exhaustive ; un examen clinique soigneux et complet à la recherche de la moindre anomalie, afin de réunir ces différents éléments en un syndrome qui nous permettra d'émettre des hypothèses diagnostiques et par la suite, motivera notre demande d'examen complémentaires pour établir le diagnostic final. Tout notre apprentissage, notre pratique s'opère de la façon suivante : plainte du malade (mal à la poitrine), traduite en signe par le médecin (douleur thoracique) ; puis il approfondit les caractéristiques de ce signe pour le rendre symptôme par un questionnement : où ? Quand ? Comment ? Avec quoi ? Est-elle fixe ou irradie-t-elle ? Vers où ? Cède-t-elle à des médicaments ? Lesquels ?

Puis on réunit les symptômes pour en faire des syndromes. On élabore la première génération d'hypothèses diagnostiques, au nombre de quatre.

Pour confirmer ou infirmer ces hypothèses, on procède à des examens biologiques, morphologiques (radiologique), signal (électrique : ECG ;EMG...)

Après interprétation des résultats et une confrontation avec la clinique, on élabore la deuxième génération d'hypothèses.

Une demande d'examen spécifiques est faite. Il y a une confirmation d'un diagnostic par un examen de certitude. La décision de prise en charge peut être prise après une stadification de la maladie et le choix d'une thérapeutique idoine.

## La démarche expérimentale

Des études psychologiques ont démontré tout à fait le contraire.

Nous partons toujours d'un ensemble de diagnostics supposés, d'une idée préformée qu'elle soit motivée par notre expérience clinique ou connaissances enfouies, qui nous incitent inconsciemment à rechercher les informations correspondantes et guider notre démarche diagnostique<sup>(1,2)</sup>.

Ce paradoxe est constaté par l'étudiant en médecine dès son passage de l'enseignement théorique à la vie pratique réelle.

Dès lors, la tâche de l'enseignant clinicien devient plus compliquée, non seulement il doit assurer la transmission du savoir médical à ses étudiants mais aussi les former à devenir des producteurs de soins en développant leur raisonnement médical face à des situations cliniques diverses survenant dans un contexte précis<sup>(4,6)</sup>.

De ce fait, Il est indispensable pour les enseignants cliniciens de connaître les processus mis en route dans le raisonnement médical.

## Définition du raisonnement

La définition littéraire du raisonnement est l'argumentation visant à établir une conclusion. Cette opération d'argumentation exige l'utilisation de données initiales, la détection de liaisons possibles entre ces données, l'établissement de théorème et la quête de nouvelles données pour la confirmation de l'hypothèse par le biais des règles logiques. Le raisonnement médical repose sur le même fondement, nous utilisons des données cliniques que nous complétons par des examens paracliniques pour confirmer un diagnostic et aboutir à une décision thérapeutique<sup>(5)</sup>. En termes basiques, le raisonnement serait « le chemin emprunté pour trouver une solution à un problème donné ».

Le raisonnement clinique correspond aux processus de pensée et de prise de décision qui permettent au clinicien de prendre les actions les plus appropriées dans un contexte spécifique de résolution de problème de santé<sup>(4)</sup>. Depuis les années 70, deux grandes approches ont été décrites :

1. **Approche descriptive** basée sur la psychologie cognitive où le praticien fait appel instinctivement à un processus naturel et cartésien.

2. **Approche décisionnelle** que le clinicien est tenu d'appliquer pour optimiser son raisonnement médical en se basant sur une approche probabiliste<sup>(4)</sup>.

## Quand les médecins raisonnent-ils ?

Le processus du raisonnement clinique est déclenché dès les premiers instants du contact avec le patient où le médecin : observe, accueille, sert la main au patient. C'est comme si il essayait de deviner la raison de sa visite et ce 'pourquoi' se poursuit après l'écoute de la plainte principale du patient en demandant au patient les compléments d'informations, son examen physique ...

Le raisonnement médical ne s'arrête pas au moment de l'établissement du diagnostic mais il se prolonge au delà, accédant à l'étape thérapeutique voire pronostique. Schématiquement, nous pouvons identifier quatre stades de raisonnement médical<sup>(5)</sup> :

1. Étape clinique
2. Étape paraclinique
3. Étape thérapeutique
4. Étape pronostique

## De quelle façon le personnel médical raisonne-t-il ?

En se basant sur la psychologie cognitive, nous décrivons trois types de processus : analytique, non analytique et mixte analytico-non analytique.

### 1. Le processus analytique :

#### Le processus hypothético-déductif :

C'est grâce aux travaux d'Elstein et collaborateurs (3) que ce processus a été mis en exergue. Il stipule que dès l'écoute de la première plainte du patient et en tenant compte de son contexte, le clinicien génère des hypothèses diagnostiques qui tourneront souvent autour de 4 à 5 diagnostics. Le clinicien tentera après d'appuyer ses hypothèses par le recueil de données cliniques. Ces nouvelles données vont éliminer ou conforter le clinicien dans sa démarche diagnostique pour justifier la demande de certains examens complémentaires. La conduite sera la même vis-à-vis des différents diagnostics évoqués. (3,4,2). Nous sortons du cadre du schéma unidirectionnel allant de l'interrogatoire vers le diagnostic formel. Ce processus étant analytique dans son approche ou le clinicien vérifie à chaque étape la validité de ces résultats.

Nous partons d'une hypothèse et nous recueillerons des informations par la suite.

#### L'application de règles causales ou conditionnelles – raisonnement par analogie

Dans cette approche, toutes les données sont présentées au clinicien en vrac. L'approche se fait après de façon analytique rejoignant un mode déductif. L'inconvénient de cette application est l'impossibilité d'évaluer le raisonnement du clinicien dans la progression du cas : comment il a obtenu les données nécessaires ? Quels sont les éléments ayant motivé la recherche de ces éléments ? À quel moment le clinicien a-t-il songé à les demander ? Tous ces mécanismes qui aboutissent aux hypothèses diagnostiques ne peuvent être évalués<sup>(4)</sup>.

#### Processus mixte analytico-non-analytique : raisonnement à base de cas :

Ce processus fait appel à notre expérience clinique. La similitude du cas avec un cas antérieurement vu, ou la présence de signes caractéristiques, stimulent directement notre mémoire ; et la conduite à tenir dégagée est appliquée de façon inconsciente. Il s'agit de situation familière. Dans ce cas de figure, le risque d'erreurs n'est pas sous estimé car le clinicien est parfois aveuglé par l'ancien cas et il ne relève pas les signes cliniques présents dans le cas échéant<sup>(1)</sup>. Par conséquent, l'analyse sera erronée. Pour pallier à ce problème, une proposition a été faite représentée

par le « listing » des différentes données au fur et à mesure pour ne pas les omettre<sup>(3)</sup>.

## 2- Processus mixte analytico-non-analytique ; raisonnement heuristique :

Le plus souvent, le clinicien fait appel à ces deux processus en fonction du contexte et des conditions dans lesquelles le praticien se trouve. Les situations inhabituelles sont celles qui déclenchent le processus de génération des hypothèses et l'incitent à un raisonnement analytique<sup>(2)</sup>.

Cependant, l'analyse du processus du raisonnement ne suffit pas à elle seule à expliquer la capacité de la résolution des problèmes. L'étude du raisonnement devrait être basée sur l'analyse du processus du raisonnement, l'étude de l'organisation des données et l'étude des stratégies impliquées par les cliniciens lors de ces processus.

## 3- L'analyse décisionnelle : raisonnement décisionnel

Ce modèle utilise un système basé sur la probabilité, où le praticien développe des relations de probabilité entre le signe et la maladie. Devant des signes cliniques, le clinicien évoque à priori un diagnostic évalué sur la probabilité de survenue de cette pathologie devant ces signes là. Selon le théorème de BAYES, l'addition d'un nouveau signe qu'il soit clinique ou paraclinique fait changer cette probabilité vers la hausse ou la baisse, concluant ainsi à une nouvelle probabilité, « probabilité à posteriori ». Nous remarquons ici que le processus mis en œuvre n'est pas analytique naturellement, basé sur des règles de logique physiopathologiques ou autres, mais se rapproche plutôt de celui d'une intelligence artificielle, où le clinicien avance selon une méthode prescriptive<sup>(5)</sup>.

Ce modèle d'analyse nous expose à deux grands risques d'erreurs : la surestimation de la probabilité pré-test et le poids donné au résultat d'un test<sup>(2)</sup>. Afin de réduire ces risques, des alternatives ont été proposées représentées par les scores cliniques qui ont pour intérêt de rendre les plus objectifs possibles les signes cliniques subjectifs en leur attribuant des valeurs numériques.

## Organisation des données

Après la première question, par quel processus le clinicien passe-t-il pour aboutir à un diagnostic. La seconde question s'est intéressé à la façon dont les cliniciens mobilisaient leurs connaissances durant ces processus. C'est l'organisation des connaissances dans leur mémoire qui reflétait le degré d'acquisition de l'expertise médicale. En effet, face à des symptômes, le clinicien mobilise des connaissances et des concepts qui vont lui permettre de générer des hypothèses diagnostiques et par la suite, suivant des stratégies données, il sera en mesure d'établir un diagnostic ou de prendre une décision médicale.

Cette organisation de connaissances est le résultat d'un tissage de liens que chaque clinicien établit entre le savoir médical acquis et les situations cliniques antérieurement vécues<sup>(2,5)</sup>.

Selon les chercheurs, les médecins organisent leurs données en fonction des tâches qu'ils ont à accomplir<sup>(4)</sup>. En fonction de l'utilisation de leurs données (André QUIN-TON), nous distinguons alors :

- Connaissances accessibles et utilisables immédiatement, voire automatisées, car utilisées très fréquemment
- Certaines sont mobilisées après un effort de réflexion, due à l'utilisation occasionnelle de ces données,
- Les dernières, ne sont mobilisées que dans le cadre d'études de cas et entre experts de spécialités d'un domaine. Des moules d'organisation des données ont été proposés en s'appuyant sur : des cas concrets, des prototypes ou des cas complexes.

Si les pédagogues ont pu éclairer certaines zones d'ombres concernant les processus d'analyse impliqués dans le raisonnement médical et le type d'organisation des connaissances, ce n'est pas le cas des stratégies impliquées.

En définitive, les différentes études concluent à ce que le clinicien n'utilise pas un seul même mode d'analyse dans le raisonnement clinique même si le processus hypothético-déductif paraît le plus utilisé. Les caractéristiques identifiées comme probantes pour l'établissement précoce et pertinent de décision médicale sont :

- 1- La génération précoce d'hypothèses diagnostiques
- 2- La description fine et détaillée de la plainte du patient
- 3- La collecte pertinente et objective des informations (interrogatoire et examen clinique)
- 4- La mise en route précoce des liens entre les connaissances et le cas
- 5- La vérification de la validité des informations par une synthèse des données à chaque étape.

## Conclusion :

Le raisonnement médical est un vaste domaine qui ne cesse d'évoluer et de nous surprendre. Faut-il favoriser l'organisation architecturale des connaissances dans la mémoire et se référer à un raisonnement analytique comme dans la psychologie cognitive ou au contraire propager l'approche décisionnelle caractérisée par une représentation des connaissances, de meilleures méthodes d'inférences ? Les études n'ont pu trancher sur la supériorité d'une méthode par rapport à l'autre.

Néanmoins, les deux approches valorisent la nécessité d'enrichir l'expérience médicale. Ceci n'est possible que par l'apprentissage au lit du patient.

Le passage des étudiants à la vie pratique est caractérisé

par le développement d'une nouvelle organisation de leurs connaissances et l'établissement d'autres connexions que celles qui leur ont été enseignées. Des nouvelles méthodes d'enseignement tentent de répondre à cette problématique. Nous nous devons d'y être ouverts.

### Références :

- 1- CHARLIN. B. Le raisonnement clinique : quelques données issues de la recherche. *Pédagogie médicale* : éditorial. 2001; 2 (1): 5-5
- 2- HOUSSET. B. Le raisonnement médical. Référentiel de sémiologie : collègue des enseignants de pneumologie. 2009.
- 3- Kevin W. EVA. Ce que tout enseignant devrait savoir concernant le raisonnement clinique. *Pédagogie médicale* : 2005 ; 6 : 225-234
- 4- NENDA.Z.M et al. Le raisonnement clinique : données issues de la recherche et implications pour l'enseignement. *Pédagogie médicale* : 2005; 6: 235-254
- 5- QUINTON.A. L'enseignement du raisonnement clinique : les stratégies diagnostique et thérapeutique, l'établissement du pronostic. *Docimologie sur le raisonnement clinique*. Mémoire de diplôme universitaire de pédagogie. 2007
- 6- SENAND R. et al. L'extension de l'enseignement de la relation médecin/patient à l'apprentissage du professionnalisme est-elle possible ? *Exercer* : 2009;85:16-21.

## Courrier des lecteurs

# Réagissez à la Revue El-Hakim

Ceci est votre espace d'expression, votre avis nous intéresse.

Vous souhaiteriez réagir par rapport à l'un des articles de la revue, vous avez un avis à exprimer et vous voulez le partager avec d'autres lecteurs ? Merci d'adresser votre courrier à [redaction@el-hakim.net](mailto:redaction@el-hakim.net)

Merci également de bien vouloir respecter ces quelques recommandations : écrivez un texte court, adoptez une prise de position claire, mettez votre signature en bas de votre texte : nom, prénom, fonction / spécialité, localité, et si c'est le cas de toujours précisez à quel (s) article (s) précis ou publication (s) vous souhaitez réagir.

Merci également de noter que la rédaction de **El Hakim** se réserve le droit de ne pas publier les courriers qui ne seraient pas conformes à l'éthique professionnelle et au respect des personnes.