

EDITORIAL

La vignette diagnostique de l'étudiant : apprentissage au raisonnement diagnostique

G. MOONEN (1), A.J. SCHEEN (2)

Les objectifs prioritaires de la formation que doivent donner les facultés aux futurs médecins sont immuables : former au raisonnement diagnostique et à la prise en charge thérapeutique. Cette formation impose connaissance et expérience, la première étant un préalable. Les modalités de l'enseignement des connaissances (du «savoir») varient selon les époques, les lieux et les personnes et n'ont évidemment pas échappé aux évolutions que permettent les nouvelles technologies comme «l'e-learning». C'est le champ de la pédagogie médicale.

La Revue Médicale de Liège, que reçoivent gratuitement tous les étudiants de master en médecine, fait partie du dispositif pédagogique de la Faculté de médecine de l'Université de Liège. Elle a récemment créé une rubrique «La vignette thérapeutique de l'étudiant» qui est une aide à la préparation de l'examen de thérapeutique de fin de master 4. Un autre «temps fort» de cette dernière année d'étude est l'examen de compétence qui se déroule devant un jury de trois ou quatre professeurs et au cours duquel l'étudiant raisonne une vignette clinique. C'est à la préparation de cet exercice qu'est dédiée cette nouvelle rubrique. L'accent y sera mis sur le raisonnement diagnostique et cette série se veut complémentaire de la vignette thérapeutique.

Le raisonnement diagnostique a l'ambition de répondre à trois questions :

- *Y a-t-il une lésion ?*
- *Si oui, où est cette lésion ?*
- *Et quelle en est la nature ?*

A cette fin, la démarche médicale commence par les trois étapes que comprennent l'anamnèse et l'examen physique : recueillir les symptômes (ce dont le malade se plaint), recueillir les signes (ce que le médecin constate au cours de l'examen physique) et contextualiser ces symptômes et signes (âge, sexe, antécédents personnels et familiaux,...) (Fig. 1). Ces trois étapes

ne s'apprennent que par la pratique, autrement dit, et selon l'expression consacrée, «au chevet du patient». C'est l'acquisition de l'art médical («savoir-faire»), apprentissage auquel est consacré un temps important, plus de 90% des masters 3 et 4. C'est ici que l'exemple des aînés est essentiel : la démarche de cet enseignement s'apparente, en effet, au compagnonnage.

La quatrième étape consiste à interpréter ces données, interprétation qui est fondée sur la connaissance à l'acquisition de laquelle est dévolu l'essentiel des cinq premières années des études de médecine (la césure baccalauréat – master, imposée par le dispositif de Bologne, n'a ici guère de sens). Interpréter signifie répondre aux questions énoncées ci-dessus :

Y a-t-il une lésion ? Autrement dit, les symptômes sont-ils du registre psychiatrique au sens large ou de nature «organique» ? On sait combien il peut être difficile de répondre à cette question et il ne suffit pas «de n'avoir rien objectivé» pour conclure à l'origine somatiforme d'une plainte. Il faut aussi des éléments positifs. Ceci relève de la psychologie médicale et de la psychiatrie.

Où est la lésion ? D'analytique, la démarche sémiologique devient syndromique. Rappelons la définition d'un syndrome : association non fortuite de signes et de symptômes. Sans connaissance préalable de l'anatomie, de la physiologie et de la biochimie, l'exercice spécialisé ou non de la médecine est, tout simplement, impossible.

Quelle est la nature de la lésion ? Cette réflexion est complexe tant sont diverses les étiologies (Tableau I) mais, à nouveau, elle est fondée sur la connaissance préalable de la

TABLEAU I. ETIOLOGIES LES PLUS COURANTES EN PRATIQUE MÉDICALE

- Infectieuses
- Inflammatoires non infectieuses
- Auto-immunes
- Néoplasmatiques bénignes ou malignes
- Paranéoplasmatiques
- Malformatives
- Dégénératives, y compris l'athérosclérose
- Traumatiques
- Toxiques

(1) Professeur ordinaire, Université de Liège, Doyen de la Faculté de Médecine.

(2) Professeur ordinaire, Université de Liège, Rédacteur en Chef de la Revue Médicale de Liège.

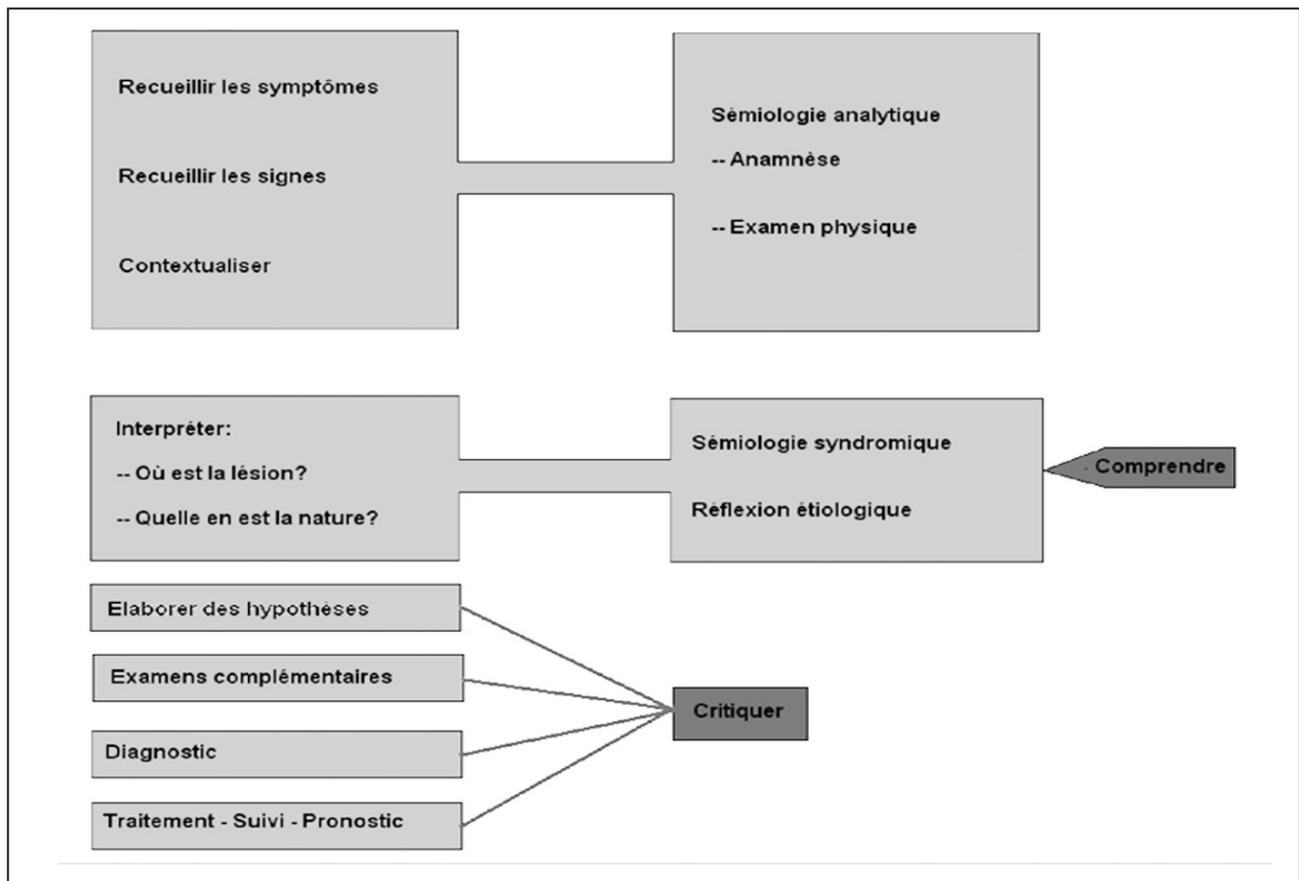


Figure 1. Illustration des étapes principales du raisonnement diagnostique.

microbiologie, de la génétique, de l'immunologie, de l'embryologie, de la physiopathologie, de la biochimie pathologique, de l'histologie normale et pathologique,...

Ainsi peut-on aboutir à une ou des hypothèses diagnostiques, qu'il faut, dans ce dernier cas, hiérarchiser. Il s'agit là d'une étape cruciale des séances d'ARC («Apprentissage au Raisonnement Clinique»), positionnées, depuis le renouveau pédagogique, en masters 1 et 2 dans le cursus des études médicales. Ces hypothèses fondent les choix, ainsi réfléchis et justifiés, des examens techniques diagnostiques qui en outre, avec la clinimétrie qui est de la sémiologie quantitative, contribuent souvent à la quantification des processus pathologiques.

L'étape suivante est l'intégration dans la réflexion du résultat de ces examens paracliniques permettant d'aboutir à un diagnostic d'où découle une proposition thérapeutique, un pronostic et, éventuellement, l'organisation du suivi. A ce stade, la réflexion doit devenir et rester critique. En particulier, le suivi est l'occasion

de reconsidérer le diagnostic retenu et, plus souvent encore, l'attitude thérapeutique adoptée.

Nous ne doutons pas que les praticiens expérimentés ne considèrent la démarche à laquelle nous avons l'ambition de former les étudiants comme guère applicable en pratique. Certes, l'expérience permet souvent de travailler par association d'idées et en sautant des étapes du raisonnement. C'est un aspect important de l'efficacité, mais nous tenons à souligner que :

- l'expérience s'acquiert seulement au fil des ans et n'a de valeur que si elle est construite sur une dialectique solide;

- une attitude fondée trop exclusivement sur les automatismes acquis par l'expérience conduit régulièrement à des erreurs et c'est là la raison de la dimension critique de la démarche à laquelle nous avons l'ambition de former les futurs médecins;

- les plus grands cliniciens reconnaissent être régulièrement confrontés à des situations qu'ils n'ont jamais rencontrées ou qu'ils ne comprennent pas. Dans ces cas, il est indispensable de revenir à la démarche analytique de base.

Un premier exemple de cette démarche structurée conduisant à une hypothèse diagnostique dûment étayée est proposé dans la vignette publiée dans ce numéro de la revue (1). Il n'est pas étonnant que ce soit la neurologie qui initialise cette nouvelle rubrique au vu de l'importance du raisonnement diagnostique, analytique et syndromique, dans cette discipline. Cette première vignette, rapportant une anomalie des mouvements oculaires, illustre parfaitement à quel point le diagnostic de localisation lésionnelle est fondé, d'abord, sur une analyse sémiologique précise, ensuite sur une interprétation syndromique basée sur la connaissance préalable de l'anatomie et de la physiologie de la motricité oculaire. Même si l'exercice peut paraître ardu au premier abord pour le non-spécialiste, il s'avère extrêmement enrichissant et remarquablement formateur.

L'objectif du Comité de Rédaction est de publier dans la Revue Médicale de Liège, de façon mensuelle, soit une vignette thérapeutique, soit une vignette diagnostique, et de contribuer ainsi à la formation des étudiants des 4 masters en médecine. L'exercice est idéal en

complément des séances d'ARC et en préparation aux examens oraux intégratifs, y compris l'examen dit de compétence en fin du cursus des études médicales. Nous espérons que les praticiens déjà diplômés trouveront également de l'intérêt, et du plaisir, à lire ces vignettes cliniques qui, nous n'en doutons pas, devraient parfaitement s'intégrer dans une formation continuée de haut niveau, en complément des autres rubriques régulièrement publiées dans la revue, par exemple, «Comment je traite» ou «Comment j'explore».

BIBLIOGRAPHIE

1. Moonen V, Phan Ba R, Rikir E, et al.— La vignette diagnostique de l'étudiant. Comment raisonner une anomalie des mouvements oculaires ? *Rev Med Liège*, 2010, **65**, 49-53.