

Les bases du raisonnement clinique (1)
Pr HLNS DEBBACHE

Service de médecine interne
CHU Benbadis de Constantine
Le 26 Octobre 2021

Objectifs pédagogiques :

1. Analyser les données de l'anamnèse et de l'examen physique
2. Regrouper les données de l'anamnèse et de l'examen physique en syndrome afin de dégager des hypothèses diagnostiques

Plan

I. Définition du raisonnement clinique :.....	3
II. Depuis quand s'intéresse-t-on au raisonnement clinique ?	3
III. Pourquoi le raisonnement clinique est-il important?	3
IV. Types de raisonnement en sciences de la santé :	3
A. Non Analytique : automatique .Intuitif. Spontané :.....	4
B. Analytique : « réflexif », ou encore, « rationnel ».....	4
1. Démarche Internistique :	4
2. Utilisation d'algorithmes-Arbres décisionnels- Scores :	4
3. Hypothéticodéductive :	5
4. Démarche inductive :	5
V. Les étapes du raisonnement clinique :	5
VI.VIGNETTE CLINIQUE : « Douleur thoracique »	6
A. Analyser les données de l'anamnèse et de l'examen physique :.....	7
B. Regrouper les données de l'anamnèse et de l'examen physique en syndrome afin de dégager des hypothèses diagnostiques :.....	8
C. La présomption diagnostique :	10
VII. Conclusion : Points essentiels	11
Références bibliographiques :.....	11

I. Définition du raisonnement clinique :

Le raisonnement clinique (RC) est un processus de pensée qui interpelle les connaissances acquises afin d'effectuer l'action jugée la plus appropriée dans un contexte spécifique de résolution de problème de santé. Le raisonnement clinique est une compétence. La compétence est un savoir agir complexe qui prend appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources résoudre des problèmes. Le RC est présent partout tout au long de la démarche clinique .Il sert à prendre des décisions éclairées et à résoudre des problèmes dans un contexte de pratique clinique. Le RC est au cœur de l'expertise professionnelle. Reasonner efficacement permet en particulier de réduire les erreurs, dans un environnement de soins de plus en plus complexe et exigeant. Un raisonnement efficace est ainsi nécessaire pour identifier les problèmes des patients et intervenir de façon appropriée.

Définitions du raisonnement clinique selon certains auteurs:

1. Barrows et Tamblyn définissent le raisonnement clinique comme l'ensemble des processus cognitifs nécessaires à l'évaluation et à la prise en charge du problème médical d'un patient.
2. 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.
3. Selon Boshuizen et Schmidt (1992), le RC est un processus de pensée et de prise de décision qui permettent au clinicien d'agir de manière appropriée dans un contexte de résolution de problèmes.

II. Depuis quand s'intéresse-t-on au raisonnement clinique ?

L'intérêt des chercheurs pour le raisonnement clinique est ancien. Les premiers travaux datent en effet de la fin des années soixante-dix. C'est également la période à laquelle est apparue la notion de « médecine fondée sur les preuves » («Evidence-Based Medicine »), qui désigne une pratique consciencieuse dans laquelle le diagnostic et les choix thérapeutiques reposent sur les dernières données de la littérature médicale, afin d'optimiser la prise en charge individuelle des patients. Elle valorise une approche scientifique basée sur des travaux de recherche rigoureux.

III. Pourquoi le raisonnement clinique est-il important?

La connaissance médicale est la base d'un raisonnement clinique solide, mais la connaissance seule n'est pas suffisante!

- Le diagnostic est erroné 10 à 15% du temps. 85% des erreurs de diagnostic sont considérées comme évitables.
- Une erreur de diagnostic est plus susceptible d'entraîner des dégâts que les autres types d'erreur.
- Les deux tiers (2/3) des causes des erreurs de diagnostic impliquent des erreurs de raisonnement : Soit les données disponibles n'ont pas été collectées de manière adéquate, soit le plus souvent disponibles mais pas correctement synthétisées.

Causes d'erreur de diagnostic : Erreur cognitive humaine:

- ✓ Lacunes dans les connaissances
- ✓ Mauvaise interprétation des tests diagnostiques.

IV. Types de raisonnement en sciences de la santé :

Il existe 2 systèmes utilisés pour raisonner: théorie du double processus : les systèmes analytique et non analytique intuitif sont conjointement impliqués dans la plupart de nos activités cognitives.

A. Non analytique : intuitif : Le raisonnement non analytique se base sur les connaissances expérientielles (expériences) du praticien : ça permet un regard global.

B. Analytique hypothético-déductif : le praticien va évoquer toutes les hypothèses possibles puis au fur et à mesure et en suivant plusieurs étapes il va en garder une.

Dans le domaine du raisonnement clinique, l'approche analytique la plus courante, fortement utilisée en pratique est dénommée « processus hypothético-déductif ». Il s'agit de vérifier des hypothèses (diagnostiques, d'évolution de l'état clinique, d'anomalies lors de la réalisation des soins, etc.) qui ont souvent été générées intuitivement, et de les faire évoluer en fonction de l'évaluation analytique de la situation.

En fonction de la situation clinique, les différentes démarches de raisonnements utilisées sont:

A. Non Analytique : automatique .Intuitif. Spontané : Tableau typique-Image

Ce type de raisonnement est mobilisé très précocement lors de la rencontre avec le patient, sans effort conscient de la part du soignant. Ce type repose sur la reconnaissance d'une forme typique, il permet de poser un diagnostic d'emblée en fonction d'un tableau type reconnu par le médecin. Il ne s'applique que dans une proportion très limitée de consultations et pour des tableaux cliniques évidents. Il recouvre la reconnaissance d'une image connue, comme un psoriasis ou une varicelle, ou celle d'un tableau type de grippe ou de colique néphrétique, des exemples concrets, qui désignent des situations cliniques vécues et restées gravées, stockées dans la mémoire à long terme. Vous allez identifier les ressemblances pour donner le diagnostic intuitivement en quelques secondes sans réfléchir : les cliniciens d'expérience qui ont une base de données plus vaste : c'est le raisonnement par analogie. Cette démarche est souvent insuffisante en elle-même, elle peut être le point de départ de la démarche hypothéticodéductive, à l'origine des hypothèses formulées par le médecin.

B. Analytique : « réflexif », ou encore, « rationnel ».

Ce type de raisonnement est particulièrement exigeant sur le plan cognitif. Il repose sur l'analyse rigoureuse de la relation entre les données de l'anamnèse, les signes et symptômes en utilisant par exemple les scores cliniques (Score de Wells, score de Glasgow, score d'Apgar etc..). Il existe 04 approches de type analytique :

1. Démarche Internistique :

La première approche est de réaliser un dossier d'évaluation exhaustif, de type internistique, nécessaire sans doute dans des situations d'exception, en ratisant large pour être sûr de ne rien manquer. Cette technique efficace, 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 offre la garantie de déboucher sur un diagnostic précis par élimination successive de toutes les causes possibles.

2. Utilisation d'algorithmes-Arbres décisionnels- Scores :

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. Elle ne se révèle d'aucune utilité dans la prise en charge d'une situation complexe, car elle nécessiterait la mise en parallèle d'une dizaine d'arbres décisionnels indépendants les uns des autres. Cette démarche utilise aussi les scores, son but est d'optimiser le raisonnement clinique par une approche probabiliste. Suivant cette évolution, de plus en plus de scores cliniques (SC) ont été développés. (« EBM », evidence-based medicine).

Types de score	Buts	Exemples
Diagnostique	Renseigne sur la probabilité d'avoir une pathologie spécifique (souvent divisée en 3 catégories: bas, moyen et haut risque)	<ul style="list-style-type: none"> • McIsaac ou Centor (angine à streptocoques) • Alvarado (appendicite) • Wells (thrombose veineuse profonde) • Genève (embolie pulmonaire)
Pronostique	Evalue le risque de mortalité ou de complications (souvent utile pour choisir entre une prise en charge ambulatoire ou hospitalière)	<ul style="list-style-type: none"> • PESI (embolie pulmonaire) • GRACE (syndrome coronarien aigu) • FINE (pneumonie) • Ranson (pancréatite)
Estimation d'un risque	Evalue le risque d'avoir un événement donné dans le futur	<ul style="list-style-type: none"> • CHA2DS2-VASc (risque embolique) • HAS-BLED (risque de saignement) • PROCAM ou Framingham (risque d'événement CV)
Dépistage	Permet de dépister une pathologie	<ul style="list-style-type: none"> • AUDIT (dépendance alcoolique) • GDS, Hamilton, PRIME MD (dépression) • MMS, MoCA (troubles cognitifs)

3. Hypothéticodéductive :

La démarche hypothético-déductive est fortement utilisée en pratique et efficace: il s'agit de vérifier systématiquement les hypothèses diagnostiques, le praticien cherche à confirmer ou redresser les hypothèses diagnostiques envisagées à travers les données récoltées à l'examen. La méthode hypothéticodéductive est privilégiée et fondamentale dans la démarche diagnostique du médecin.

4. Démarche inductive : déconseillée : explore toutes les hypothèses possibles même les plus rares, c'est l'approche typique du médecin débutant demandant de très nombreux examens complémentaires sans prioriser les hypothèses, il faut l'éviter, elle est coûteuse et dangereuse car vous allez peut être retenir des diagnostics erronés et vous tromper à cause des faux positifs.

V. Les étapes du raisonnement clinique :

Le raisonnement clinique est un processus complexe. Il nécessite différentes compétences: connaissances, habiletés de communication pour le recueil des données, maîtrise de l'examen physique, capacité de prioriser, de gérer la consultation, etc. Il se fait dans un contexte clinique spécifique avec un patient, son histoire, sa façon d'être et de présenter ses symptômes, etc, dans un environnement spécifique avec ses caractéristiques et ses contraintes, chez un clinicien avec sa personnalité, son état d'esprit, son expérience personnelle et professionnelle

Le Processus de raisonnement clinique privilégié de base est un Processus analytique hypothético-déductif qui implique l'activation des hypothèses :

« Activer une hypothèse, c'est avoir accès aux connaissances qui y sont reliées »

Les étapes :

1- Présentation du problème clinique par le patient :

§ La représentation initiale du problème est le point de départ du processus de raisonnement clinique

§ Dès les premiers instants, le clinicien procède à la caractérisation / la clarification de la plainte du patient

2- Génération d'hypothèse(s) diagnostiques. Hypothèses générées très tôt, 3 à 5 hypothèses à partir de la plainte du patient « symptôme »: anamnèse, de quelques signes à l'examen physique, et du contexte perçu. Il faut hiérarchiser les hypothèses par probabilité et fréquence.

3- Vérification d'hypothèses :

3a - Acquisition de données supplémentaires

3b - Interprétation des données

4 - Diagnostic final de présomption

5- Plan d'intervention.

VI.VIGNETTE CLINIQUE : « Douleur thoracique »

"Ecoutez attentivement le malade, il vous dit le diagnostic !" William Osler (1849-1919).

" Ne touchez pas le malade, notez d'abord ce que vous voyez ; développez votre sens de l'observation.

"Sir William Osler (1849-1919).

Le diagnostic médical est l'art de reconnaître les maladies par leurs symptômes et par leurs signes et de les distinguer les unes des autres. L'anamnèse est une étape essentielle dans l'apprentissage au raisonnement clinique (ARC) que doit acquérir tout étudiant en médecine. Les signes, détectés objectivement par le médecin, sont essentiellement récoltés lors de l'examen clinique qui suit l'anamnèse. Ces deux approches, anamnèse et examen clinique, complémentaires, représentent les étapes de la séméiologie médicale et constituent les fondements de la démarche médicale globale. La première étape d'un diagnostic repose sur une anamnèse médicale performante. En effet, on estime qu'au cours de sa consultation, le praticien pose environ 50 % des diagnostics par l'anamnèse, 30 % par l'examen clinique et 20 % seulement grâce aux examens complémentaires. Un diagnostic précis permet de se faire une idée sur le pronostic et d'instaurer un traitement étiologique plutôt que simplement symptomatique. L'absence de temps consacré à l'anamnèse entraîne bien souvent des examens inutiles, coûteux et parfois dangereux. Une bonne anamnèse concrétise trois qualités essentielles attendues d'un médecin, le savoir, le savoir-faire et le savoir-être. L'exemple choisi dans cette vignette clinique à « analyser » est celui du diagnostic différentiel d'une douleur thoracique, un problème classique, fréquemment rencontré en clinique et qui recouvre un certain nombre de pathologies susceptibles d'hypothéquer le pronostic vital.

Présentation de la vignette:

Monsieur X, 57 ans, 89 kg pour 175 cm, appelle son médecin traitant en urgence pour une douleur thoracique inaugurale ayant débuté il y a une trentaine de minutes. Il signale également un état de faiblesse généralisée. Le patient mentionne avoir fait des efforts inhabituels la veille suite à un déménagement et croit qu'il a sans doute eu une contusion musculaire ou costale et qu'il est épuisé par la surcharge de travail de la veille. Par ailleurs, il avait présenté une bronchite avec des efforts de toux il y a une bonne semaine. Il est néanmoins inquiet car son père est décédé prématurément d'un infarctus du myocarde. Le patient est bien connu du médecin. Il présente plusieurs facteurs de risque cardiovasculaire (ancien tabagisme estimé à 30 paquets-années, hypertension artérielle traitée, diabète de type 2 connu depuis l'âge de 50 ans). Par ailleurs, il avait été exploré il y a 5 ans pour une claudication intermittente du mollet gauche et avait bénéficié d'une angioplastie de l'artère fémorale commune gauche. Il prend 160 mg d'acide acétylsalicylique et 75 mg de clopidogrel depuis lors. Devant ce tableau et après avoir rapidement complété l'anamnèse par quelques questions précises concernant la douleur et les symptômes d'accompagnement, le médecin traitant décide d'appeler une ambulance médicalisée et de transférer d'urgence le patient à l'hôpital. Examen physique: patient conscient, pâle, fréquence cardiaque 120 battements/mn, Fréquence respiratoire 20 cycles/mn, TA 15/9 mmHg, Saturation en O₂ 98%. Auscultation cardiaque: tachycardie régulière, souffle de Rao, Auscultation des carotides : souffle systolique 3/6^{ème}.

A. Analyser les données de l'anamnèse et de l'examen physique :

1) Indiquez quels éléments anamnestiques vous paraissent particulièrement importants à pointer dans les antécédents du patient :

L'anamnèse systématique doit envisager successivement les antécédents familiaux et les antécédents personnels. Les antécédents familiaux sont surtout intéressants dans le cadre de maladies héréditaires, y compris complexes polygéniques. Les antécédents personnels (chirurgicaux, médicaux, gynécologiques, psychiatriques) constituent le socle médical sur lequel vient se greffer l'histoire récente. En première intention, le médecin doit faire l'hypothèse que la plainte actuelle pourrait être en relation avec un des antécédents du patient. Une fois cette éventualité rejetée, d'autres hypothèses diagnostiques doivent alors être évoquées. La recherche des antécédents peut s'organiser de façon différente selon le contexte, l'urgence, l'attitude du malade, etc. Quel que soit le point de départ, l'interrogatoire doit être aussi complet que possible, tout en ciblant bien l'objectif, a fortiori dans un contexte évoquant l'urgence.

2) Indiquez quels éléments anamnestiques vous paraissent particulièrement importants à faire préciser concernant la plainte principale du patient :

Le questionnement doit se faire avec une suite logique et, dans un premier temps, se focaliser sur la plainte principale du patient. Chaque question doit être sous-tendue par une arrière-pensée diagnostique. En posant la question, le praticien anticipe une réponse qui doit amener une autre question complémentaire sur le même sujet.

Il faut éviter de changer de thématique tant que l'on n'a pas le sentiment d'avoir épuisé le sujet (même si on peut toujours revenir plus tard sur ce symptôme s'il s'avère intéressant). Lors de l'interrogatoire, il faut éviter de passer sans cesse «du coq à l'âne», une erreur souvent rencontrée chez les étudiants en médecine débutant dans cet exercice difficile. En effet, cette absence de ligne de conduite risque d'égarer le praticien dans un dédale diagnostique, véritable labyrinthe duquel il aura toutes les difficultés de sortir avec une hypothèse valable dans un temps raisonnable.

La douleur est une des plaintes principales motivant la consultation médicale d'un malade. Il est indispensable d'en faire préciser toutes les caractéristiques sémiologiques pour orienter au mieux le diagnostic. Le tableau I résume les points essentiels à relever à l'anamnèse devant toute douleur, en particulier thoracique. Ainsi, il est important de faire préciser :

TABLEAU I. ÉLÉMENTS IMPORTANTS À RECUEILLIR À L'ANAMNÈSE
POUR CARACTÉRISER UNE DOULEUR

- Siège principal, irradiations éventuelles
- Type, genre
- Intensité, durée
- Moment d'apparition, horaire et évolution dans le temps
- Facteurs/positions qui favorisent ou soulagent
- Historique (douleur inaugurale ou récidive)
- Résolution, mode de terminaison
- Symptômes d'accompagnement

La simple caractérisation sémiologique précise de la douleur permet souvent au médecin de faire le diagnostic différentiel entre une douleur d'origine cardiaque, pleuropulmonaire, œsophagienne ou pariétale. La méthodologie d'interrogatoire minutieux, rappelée ici pour la caractérisation d'une douleur, peut être appliquée à d'autres plaintes, sources fréquentes de consultation médicale comme la fatigue, la fièvre, ...

3) Indiquez quels éléments connexes accompagnant éventuellement la douleur sont importants à rechercher à l'anamnèse :

Un symptôme est rarement isolé et le patient rapportera souvent des plaintes multiples. Une anamnèse performante devra faire le tri entre celles a priori banales, qui risquent de faire égarer le praticien dans son interprétation des faits, et celles qui, au contraire, sont particulièrement intéressantes pour faire progresser le diagnostic, parfois de façon déterminante. Les symptômes d'accompagnement peuvent précéder la douleur, être concomitants ou survenir secondairement. Ils peuvent être très variés, mais souvent ils sont très instructifs pour l'orientation diagnostique. Par ailleurs, ils sont extrêmement utiles pour déterminer le caractère d'urgence à accorder à cette douleur, caractère qui sera généralement conforté par l'examen clinique (présence de signes évocateurs d'un état de choc, par exemple). Le tableau II donne quelques symptômes d'accompagnement à rechercher en cas de douleur thoracique. Un symptôme d'accompagnement pouvant être rencontré est la dyspnée et celle-ci doit alors être intégrée dans le diagnostic différentiel.

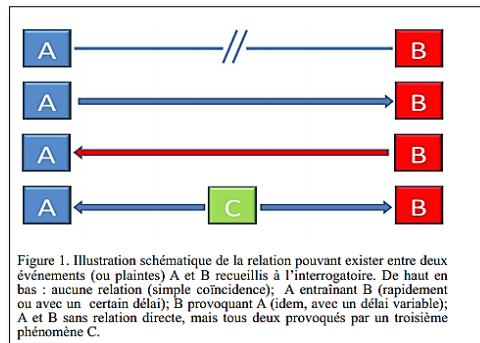
Symptômes associés	Orientation diagnostique
Dyspnée	Embolie pulmonaire Pneumothorax Insuffisance cardiaque gauche
Hémoptysie	Embolie pulmonaire
Nausées/vomissements	Infarctus du myocarde
Fièvre	Pneumonie Pleurésie Péricardite
Signes généraux (sudations, pâleur)	Infection pulmonaire Pré-choc
Lipothymies Faiblesse majeure	Choc débutant

B. Regrouper les données de l'anamnèse et de l'examen physique en syndrome afin de dégager des hypothèses diagnostiques :

1) Indiquez comment interpréter correctement la survenue simultanée ou séquentielle de deux événements :

Lorsque deux événements surviennent de façon simultanée, il peut certes s'agir d'une pure coïncidence qui doit toujours être considérée comme possible (Figure 1). Cependant, la démarche diagnostique doit, en première intention et selon toute logique, évoquer une relation possible entre deux symptômes ou deux événements survenant de façon quasi concomitante. De façon schématique, s'il existe bien une relation entre deux événements A et B (ce qui doit, bien entendu, encore être prouvé), celle-ci peut prendre trois orientations différentes :

L'événement A peut être responsable de la survenue de l'événement B ou l'événement B peut être à l'origine de l'événement A ou encore un autre événement C détermine la survenue quasi simultanée des événements A et B (Figure 1). Tout l'art de la démarche médicale consistera à relier les événements entre eux pour parvenir, aussi rapidement que possible, à un diagnostic de présomption, aussi précis et fiable que possible.



Méconnaître l'événement déclenchant, ou omettre d'évoquer la relation possible entre celui-ci et les plaintes ultérieures, risque d'exposer à la prescription d'un nombre, parfois important, d'exams complémentaires à la recherche, le plus souvent vaine, d'une cause.

Exemple : présence simultanée d'une ascite (événement A) et splénomégalie (événement B) chez un patient, peut s'expliquer par un syndrome d'hypertension portale (événement C).

2) Décrivez brièvement ce qu'on appelle, dans l'anamnèse médicale, et l'examen physique une approche analytique et une approche syndromique :

L'anamnèse analytique est la technique de recueil des symptômes élémentaires selon une approche systématique. Elle peut être générale, recherchant tous les symptômes traduisant un dysfonctionnement de chacun des grands systèmes (cardiovasculaire, respiratoire, digestif, nerveux, ostéo-articulaire, endocrinien, ...) ou orientée, c'est-à-dire ciblée sur l'organe ou le système a priori impliqué dans la plainte principale. Pour gagner en efficacité, il est important de «contextualiser» l'approche (par exemple, orienter l'anamnèse en fonction de l'âge, du sexe, de circonstances particulières, ...).

L'examen physique rigoureux appareil par appareil **➡** *Regrouper les symptômes et signes en éventuels syndromes*: exemples:

- ✓ syndrome général, syndrome anémique,
- ✓ syndromes neurologiques,
- ✓ syndrome méningé,
- ✓ syndrome infectieux,
- ✓ syndrome hémorragique,
- ✓ syndrome tumoral,
- ✓ syndromes pleuraux,
- ✓ syndromes pulmonaires,
- ✓ syndromes bronchiques, syndromes médiastinaux, etc...

L'anamnèse et l'examen physique syndromiques est la stratégie visant à rassembler et intégrer les symptômes (et éventuellement les signes cliniques) pour aboutir à un syndrome qui finalement caractérisera une maladie plus ou moins complexe. Dans certains cas, l'orientation diagnostique restera hypothétique mais, dans d'autres, l'approche syndromique aboutira à une description caricaturale qui sera pathognomonique et donnera le diagnostic. L'approche syndromique, contrairement à l'approche analytique, est donc déjà un exercice d'interprétation des données recueillies. Elle réclame à la fois savoir et savoir-faire.

Le processus de raisonnement clinique doit les faire évoluer, plus ou moins rapidement, d'une approche analytique stricte vers une approche syndromique, la seule véritablement performante sur le plan diagnostique. Une anamnèse performante, et un examen physique progressant d'une démarche analytique vers une approche syndromique, allient savoir, savoir-faire et savoir-être.

C. La présomption diagnostique : se fonde, d'une part, sur des données épidémiologiques (en privilégiant les diagnostics les plus fréquents en première intention), d'autre part, sur l'histoire clinique du patient (en analysant les symptômes par regroupement évocateur). A partir de l'anamnèse l'approche est analytique, puis rapidement devient syndromique pour aboutir à une proposition diagnostique. A titre d'exemple et toujours dans le cas du diagnostic différentiel des douleurs thoraciques, la triade douleur-dyspnée-palpitations (tachycardie) doit faire évoquer le diagnostic d'embolie pulmonaire. Dans le cas particulier de la vignette clinique, l'association d'un profil à haut risque cardiovasculaire, d'une douleur typique et de symptômes autonomes associés ne laisse guère de doute quant au diagnostic de syndrome coronarien aigu (tableau III).

TABLEAU III. ELÉMENTS ANAMNESTIQUES ORIENTANT VERS UN SYNDROME CORONARIEN AIGU DANS LE CAS DE LA VIGNETTE CLINIQUE PRÉSENTÉE

Anamnèse	Description
Antécédents familiaux	Père avec coronaropathie précoce
Antécédents personnels	Cumul de plusieurs facteurs de risque cardiovasculaire Notion d'artériopathie des membres inférieurs
Caractéristiques de la douleur	Dominance rétrosternale Irradiation vers mâchoire Constrictive, intense et prolongée
Plaintes associées	Faiblesse, lipothymie Nausée/vomissement Sudation

Récapitulatif « Processus du raisonnement clinique » :

1. Choisissez les constatations les plus spécifiques et les plus importantes pour étayer votre diagnostic. D'autres symptômes peuvent être utiles au diagnostic mais ils sont beaucoup moins spécifiques.
2. Éliminez les diagnostics qui n'expliquent pas toutes vos constatations.
3. Comparez les différentes possibilités et retenez le diagnostic le plus vraisemblable parmi toutes les affections qui peuvent produire les signes du patient.
4. La chronologie des troubles du patient a un intérêt différentiel : Prendre en compte l'élément temporel et retracer soigneusement la chronologie des événements sont d'un apport, souvent majeur, dans l'établissement d'un diagnostic de présomption qui devra être confirmé, si besoin, par des examens complémentaires judicieusement sélectionnés.
5. Accorder une attention particulière aux affections qui comportent un risque vital mais qui peuvent être traitées (exemple méningite, endocardite bactérienne, embolie pulmonaire).
6. Enfin, une règle pratique consiste à toujours inclure « le scénario du pire » dans la liste des diagnostics et vous assurer que vous pouvez l'éliminer d'après vos constatations et l'évaluation du patient.
7. Consultez des collègues et relisez la littérature médicale pertinente pour éclaircir les incertitudes.
8. Testez vos hypothèses : complément d'anamnèse, examens complémentaires.
9. Posez un diagnostic de présomption.
10. Élaborer un projet acceptable pour le patient.

VII. Conclusion : Points essentiels

- Le raisonnement clinique constitue un élément fondamentalement important de la pratique médicale : c'est une compétence majeure.
- Le raisonnement clinique désigne l'habileté du soignant à évaluer les problèmes ou les besoins d'un patient, et à analyser les données afin d'identifier avec justesse ces problèmes et de les cerner dans l'environnement du patient.
- Raisonner implique la mobilisation de processus intuitifs et analytiques (des connaissances).
- Selon que les cas cliniques sont habituels ou non, simples ou complexes, le clinicien active et emploie différentes stratégies pour résoudre le problème.
- L'analyse des données de l'anamnèse et de l'examen physique est une étape capitale dans le raisonnement clinique visant à pointer les éléments importants pour avancer dans les hypothèses diagnostiques.
- La démarche purement analytique doit se muer en une démarche syndromique, associant plusieurs symptômes, beaucoup plus enrichissante pour faire progresser le diagnostic : c'est une étape fondamentale dans la démarche diagnostique.

Références bibliographiques :

1. Dominique Pestiaux, Carl Vanwelde, Suzanne Laurin et Marie-Claude Audétat. Raisonnement clinique et décision médicale. Le Médecin du Québec, volume 45, numéro 5, mai 2010
2. Charlin B., Tardif J., Boshuizen H.P. Scripts and medical diagnostic knowledge: Theory and applications for clinical reasoning instruction and research. Acad Med 2000 ;75 : 182-190.
3. Higgs J., Jones M.A. Clinical decision making and multiple problem spaces. In : Higgs J., Jones M.A., Loftus S. et al., Eds. Clinical reasoning in the health professions. Oxford, Butterworth-Heinemann 2008 : 3-18.
4. Schwartz A., Elstein A.S. Clinical reasoning in medicine. In : Higgs J., Jones M.A., Loftus S. et al., Eds. Clinical reasoning in the health professions. Oxford, Butterworth-Heinemann 2008 : 223-234.
5. Pelaccia T., Tardif J, Triby E. et al. An analysis of clinical reasoning through a recent and comprehensive approach: The dual-process theory. Med Educ Online 2011.
6. Croskerry P. A universal model of diagnostic reasoning. Acad Med 2009;84:1022-8.
7. Tardif J. Le transfert des apprentissages. Montréal: Les Éditions Logiques, 1999.
8. Barbara Bates .Guide de l'examen clinique .Editions Arnette. John Libbey Eurotext, Paris ,2014, 7^{ème} édition française.

