

## Courrier des lecteurs

### La science de la décision

Courrier des lecteurs concernant: de Torrenté A. Overkill<sup>1</sup>

Cher Ami,

J'ai lu avec intérêt ton éditorial «Overkill». Ce qu'il y a derrière cette petite histoire est peut-être plus important qu'il n'y paraît. Les médecins qui découvrent la médecine ambulatoire en venant de services hospitaliers ont souvent de la difficulté avec ce qu'on appelle «le diagnostic».

Au sens traditionnel, le diagnostic est censé définir de manière précise une maladie. C'est cette capacité de décrire correctement une maladie qui a permis les progrès de la médecine. Lorsqu'on fait une intervention chez deux patients qui ont la même maladie, la variable, c'est l'intervention, pas le malade, car sa maladie est décrite de manière univoque. On peut donc ainsi conclure sur le bénéfice de l'intervention.

En médecine ambulatoire, le diagnostic, c'est l'ensemble des informations (anamnestiques, cliniques, et paracliniques) qui permettent de prendre une décision, en tenant compte par ailleurs de l'utilité. On part de la probabilité *a priori*, on ajoute des éléments d'information, qui ont une certaine valeur (sensibilité, spécificité) pour trier parmi les hypothèses qui ont une certaine utilité, ce qui nous permet d'utiliser le temps lorsque le risque est «raisonnable».

Devant le cas décrit (brûlure et picotement au-dessus de l'œil gauche), on peut légitimer une approche diagnostique différentielle, qui inclut des troubles intracérébraux, ce qui motive l'IRM.

On peut aussi considérer que la probabilité d'un herpès est très élevée, que la probabilité d'une affection grave du cerveau est très basse, qu'on peut prendre le risque d'attendre quelques jours la confirmation d'un herpès par la présence de l'éruption, qui peut apparaître classiquement quelques jours après les premiers symptômes.

Dans la première approche, on n'utilise pas la notion d'utilité, on a une pratique horizontale, tous les diag-

nostics possibles ont la même valeur et la même urgence.

Dans la deuxième approche, on ajoute l'utilité et la gestion du risque. C'est le monde de l'analyse décisionnelle pratiquée de manière régulière par tous les médecins en pratique ambulatoire, souvent sans le savoir, comme Jourdain faisait de la prose dans la pièce de Molière («Par ma foi! il y a plus de quarante ans que je dis de la prose sans que je n'en susse rien...»).

L'expérience et l'intuition des vieux cliniciens sont probablement en rapport avec cette science de la décision. Cette science de la décision est actuellement le parent pauvre du monde universitaire, fasciné par les fondamentalistes intégristes, alors que c'est un monde pratiquement vierge, dont la maîtrise pourrait améliorer la qualité de la médecine pratiquée, tout en diminuant son coût.

Amicalement,

Marc-André Raetzo

---

#### Correspondance:

Dr Marc-André Raetzo  
3, route de Loëx  
CH-1213 Onex

#### Réponse

Un grand merci pour ton commentaire judicieux! C'est précisément contre cette pratique de pensée «horizontale» que mon édito était dirigé. Si tous les diagnostics sont possibles, tous les moyens d'investigations le sont aussi, ce qui aboutit à un cul-de-sac. Etre médecin, c'est aussi hiérarchiser les probabilités diagnostiques et choisir l'attitude dont l'utilité est la plus grande. Sinon, pas besoin d'être médecin!!

Avec mes meilleurs messages,

A. de Torrenté

---

<sup>1</sup> Forum Med Suisse. 2010;10(21):357.