



Preuves diagnostiques : vécu, EBM et exigences de terrain

P. Chevalier, M. De Jonghe

Plaintes et examens paracliniques

Lors de sa parution en 2001, la RBP de la SSMC sur les lombalgies communes¹ donnait une recommandation qui ne correspondait pas à la pratique de nombreux médecins : « En l'absence de 'Red Flags' à l'examen clinique, la radiographie standard de la colonne n'est pas recommandée chez un patient lombalgique avant un mois d'évolution non favorable. Après avoir bien interrogé et examiné le patient, il est important de lui faire savoir que, si aucun signe de pathologie sérieuse n'est découvert, aucune investigation complémentaire ne sera nécessaire. » Cette recommandation, commune à plusieurs guides de pratique, se basait sur une recherche dans la littérature montrant une faible corrélation entre les anomalies radiographiques et les symptômes cliniques^{2,3}.

Une synthèse méthodique a récemment analysé⁴ l'association entre les signes cliniques, symptômes, diagnostic et clichés radiologiques. La proportion de patients se plaignant de gonalgie et présentant une gonarthrose à la radiographie varie entre 15 et 76%. La proportion de sujets présentant une gonarthrose radiologique et se plaignant de gonalgie est située entre 15 et 81%. Les types de clichés radiologiques, les échelles de score de la douleur et de la gonarthrose ainsi que les facteurs démographiques (âge, ethnicité) varient considérablement entre les études. Les auteurs concluent que les clichés radiologiques ne peuvent être utilisés comme seul argument d'évaluation de patients individuels se plaignant de gonalgie.

Ces discordances entre plaintes du patient (lombalgie ou gonalgie dans nos exemples) et examens paracliniques (radiologiques) peuvent être analysées sous différents angles de vue.

Les voies du chemin de fer

Prenons l'exemple de cet homme de 40 ans, ouvrier placeur de rails à la SNCB. Lors d'une consultation pour lombalgies, son médecin prend en considération ses plaintes et les confronte à son examen clinique, tout en prenant en compte le vécu du patient, qui déraile : il vit seul depuis peu, suite au départ de sa femme et de son enfant, s'évadant dans l'alcool. Le médecin sera tenté dans un second temps d'objectiver de la manière la plus précise possible la preuve du problème de santé, via un examen paraclinique par exemple. L'objectif premier de cette approche est de pouvoir étiqueter le problème de santé de la personne concernée. Le second objectif est de pouvoir mieux évaluer les capacités de fonctionnement de son patient dans son environnement habituel (domicile, travail, etc.) en fonction de ce diagnostic. Le troisième est de lui dédier un traitement efficace et sûr, basé sur des preuves. Jusqu'où le médecin doit-il aller dans cette démarche de recherche de preuves, pour concilier une

démarche clinique basée sur l'EBM, une prise en charge adéquate du patient (avec tous les aspects à prendre en considération), les contraintes légales (justifier une incapacité de travail par exemple) ?

La voie de l'EBM

En suivant un processus de recherche systématique, une stratégie diagnostique basée sur les meilleures preuves disponibles peut être proposée. S'il n'est pas, par exemple, montré que la réalisation d'un cliché radiologique apporte, dans cette situation précise, d'arguments permettant de meilleurs soins, il est justifié de ne pas le réaliser. Cette décision sera prise de façon partagée avec le patient dûment informé des raisons de ce choix. Cette démarche permet une prise en charge du problème du patient conforme à l'EBM, en se limitant à l'expression d'un symptôme et à un examen clinique visant principalement à exclure un problème nécessitant d'autres investigations plutôt qu'à prouver que le patient souffre. Mais, en pratique, cette démarche, correcte d'un point de vue scientifique, peut sembler ne pas permettre l'apport d'arguments suffisants en matière de certification d'une diminution des capacités fonctionnelles du patient pour justifier, pour un médecin contrôleur ou conseil, une incapacité de travail. La même interrogation surgit quand un patient se plaint d'être très fatigué et que la prise de sang d'exploration fort large revient blanche d'élément indicateur.

Les arguments cliniques sont cependant les meilleures preuves disponibles dans ces cas précis et il n'y a pas de raison de les mettre en doute, en arguant, par exemple, de résultats d'examens paracliniques « normaux ».

La voix du patient

L'examen clinique limité à exclure, les examens paracliniques non recommandés par l'EBM, le médecin généraliste se retrouve avec peu d'arguments autres que la voix du patient pour guider la démarche thérapeutique. Peu ou beaucoup ? C'est le moment de rappeler qu'une démarche clinique basée sur l'EBM doit reposer sur la rencontre de trois éléments : l'expérience et les connaissances du médecin, l'apport des preuves dans la littérature et les croyances, les peurs et les attentes du patient. Si dans des situations précises et pour certains éléments de la démarche, les preuves se limitent à l'interrogatoire et à l'examen clinique (sans preuves de l'intérêt d'un examen paraclinique complémentaire), la démarche clinique du médecin dans l'accompagnement du patient se fera à la conjonction des trois éléments précités, tels qu'ils sont. Cette démarche clinique est bien respectueuse de l'EBM et ne devrait pas être mise en doute.

1. Timmermans B. Les lombalgies communes. Recommandations de Bonne Pratique. SSMC, 2001.
2. Wipf JE, Deyo RA. Low Back Pain. *Med Clin North Am* 1995;79:231-46.
3. Royal College of General Practitioners. Clinical guidelines for the management of acute low back pain. London, 1996.

4. Bedson J, Croft PR. The discordance between clinical and radiographic knee osteoarthritis: a systematic search and summary of the literature. *BMC Musculoskelet Disord* 2008;9:116.

