

# REVUE DE STATISTIQUE APPLIQUÉE

HENRI PÉQUIGNOT

## La décision médicale

*Revue de statistique appliquée*, tome 9, n° 3 (1961), p. 77-81

[http://www.numdam.org/item?id=RSA\\_1961\\_\\_9\\_3\\_77\\_0](http://www.numdam.org/item?id=RSA_1961__9_3_77_0)

© Société française de statistique, 1961, tous droits réservés.

L'accès aux archives de la revue « *Revue de statistique appliquée* » (<http://www.sfds.asso.fr/publicat/rsa.htm>) implique l'accord avec les conditions générales d'utilisation (<http://www.numdam.org/conditions>). Toute utilisation commerciale ou impression systématique est constitutive d'une infraction pénale. Toute copie ou impression de ce fichier doit contenir la présente mention de copyright.

NUMDAM

Article numérisé dans le cadre du programme  
Numérisation de documents anciens mathématiques  
<http://www.numdam.org/>

# LA DÉCISION MÉDICALE

Henri PÉQUIGNOT

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris  
Médecin des Hôpitaux

*Les 30 juin, 1er et 2 juillet 1960 s'est déroulée une rencontre des anciens stagiaires des enseignements économiques du Centre de Formation.*

*Le thème central de cette rencontre était la dialectique entre théorie et observation. A des ingénieurs dont certains n'avaient eu avec la discipline statistique que le rapide contact d'un stage, on souhaitait proposer quelques réflexions sur le rôle de l'hypothèse dans toutes les démarches humaines, sur la parenté des comportements à travers la diversité des enjeux, sur l'impuissance du modèle abstrait sans l'information concrète comme de l'information concrète sans le modèle abstrait.*

*Jean Ulmo, Louis Armand, Henri Péquignot, André Le Garff, Gérard de Bernis et Claude Gruson ont, sous la présidence du Professeur Henri Laugier, présenté tour à tour le thème de la rencontre sur des sujets qui leur sont familiers et sous l'éclairage de leurs expériences respectives.*

*Nous sommes heureux de présenter aujourd'hui à nos lecteurs la communication du Professeur Péquignot, qui a bien voulu en reconstituer pour eux l'essentiel.*

On nous a demandé d'analyser la décision médicale devant un public d'ingénieurs, de façon, je pense, à ce que la décision médicale leur serve de référence comme un exemple, choisi dans un domaine tout à fait distinct de leur activité, ou une action individuelle concrète se trouve exercée en fonction d'une culture scientifique appropriée. C'est le résultat de mes réflexions que je voudrais apporter ici à propos d'exemples choisis dans le cadre de la médecine curative (1) d'individus déterminés. Ces exemples seront réels, bien que leur présentation en soit nécessairement simplifiée pour des raisons d'exposition devant un public auquel il n'est pas possible de faire un cours de médecine.

-----

(1) Il est peut-être intéressant de noter que je n'ai pu trouver aucun exemple concret à analyser, en dix ans de politique et d'administration sanitaires, et c'est pourquoi mon exposé sera celui d'un clinicien et non celui d'un hygiéniste.

Ma remarque basale est tirée de mon expérience d'enseignant. Lorsque je suis entouré d'étudiants débutants et que j'ai la charge de commenter devant eux mon comportement vis à vis d'un malade déterminé, la grande difficulté à laquelle je me heurte est l'existence, dans leur esprit, d'une séquence qui leur paraît évidente, qui leur paraît aller de soi, qu'ils appellent le schéma "logique" de la décision médicale. Or, ce schéma, qui fait succéder "logiquement" l'examen (analyse des informations), puis le diagnostic (synthèse des informations), puis le traitement, est très rarement réalisé en pratique. Il peut être un procédé d'exposition après la bataille, il n'est pas la description réelle de la décision médicale. En ce qui me concerne, je répugne à appeler "logique" une hypothèse de comportement précédant toute expérience.

Pour faire saisir le caractère systématique que peut prendre, dans certains cas, l'abandon de ce schéma, je vais prendre l'exemple suivant : une des grandes complications d'un très grand nombre de maladies ou d'opérations chirurgicales est la thrombose (coagulation du sang) veineuse, qui peut se compliquer d'embolie pulmonaire. Elle a été longtemps le mode le plus fréquent de terminaison brusque de beaucoup d'états morbides. Nous savons maintenant qu'elle se passe parfaitement de symptômes, et on ne la soupçonne guère que parce que le malade se trouve dans une situation où elle est fréquente. Le jour où on a disposé d'un traitement efficace contre la thrombose, que pouvait-on faire ? Evidemment, et cela a été proposé, opacifier le système veineux de l'individu pour voir aux rayons X si certains secteurs sont thrombosés. En fait, il vaut mieux le mettre au traitement, qui lui fait courir moins de risques, est beaucoup plus simple et beaucoup moins désagréable que ne le serait la méthode de diagnostic. On a dit, quelquefois, le mettre "préventivement" au traitement. Ce terme n'est pas nécessairement exact, car, en pratique, presque toujours, il y a déjà des thromboses veineuses lorsqu'on commence. Est-ce un traitement systématique ? Pas tout à fait, car, souvent, on ne se décide au traitement que sur un certain nombre de soupçons et, dans certains cas, des symptômes vagues, en disparaissant avec l'installation du traitement, justifieront par cette disparition même l'interprétation qu'on en avait donnée et les conséquences pratiques qu'on en avait tirées.

Prenons un second cas particulier. En général, une pleurésie primitive séro-fibrineuse est considérée comme tuberculeuse et, depuis que nous disposons de médicaments actifs, traitée comme telle. Cette attitude choque parfois la "logique" des débutants et ils s'étonnent qu'on ne s'acharne pas plus à la mise en évidence positive de la preuve de l'étiologie, qu'on n'attende pas plus cette preuve. Comment peut-on justifier cette attitude ?

1/ En apparence, statistiquement : la tuberculose est vraiment la cause la plus fréquente, et de beaucoup.

2/ La cause la plus fréquente, après elle, est le cancer secondaire, pour lequel les traitements sont peu actifs et dont, d'ailleurs, l'origine la plus habituelle est le cancer du sein, rarement méconnu, même à un examen superficiel.

3/ Le traitement antituberculeux est très efficace, très facile à appliquer et ses risques sont négligeables.

4/ Il n'y a pas de méthode commode, simple et sûre, de mettre en évidence les germes de ces pleurésies, car ils sont extrêmement peu nombreux.

Ces arguments donnés en vrac, par ordre de "poids" décroissant, sont-ils d'ordre analytique, synthétique ou thérapeutique ? C'est bien difficile à dire. Il est même difficile d'analyser ce qui est statistique et connaissances pathologiques générales de ce qui est examen clinique individuel dans la conscience rapide que l'on prend de l'argument n° 2 !

°  
° °

Nous allons citer maintenant une observation, avec les discussions qu'elle a comportées, pour pousser l'analyse plus concrètement encore :

Un garçon de 26 ans entre dans mon service, au quinzième jour d'une fièvre entre 38 et 39°, soigné à son domicile par un médecin qui avait fait trois essais d'antibiotiques, sans trouver d'argument diagnostique en faveur d'une maladie déterminée. Successivement, l'association pénicilline-streptomycine, puis pénicilline-terramycine avaient été inefficaces. La température était tombée au cours d'un traitement par la tifomycine, mais elle était remontée ensuite, et c'est dans ces conditions qu'il fut hospitalisé. La fièvre était "nue", sans aucun signe d'orientation ou de localisation. Il avait présenté deux furoncles avant de tomber malade ; il avait eu vaguement mal à la gorge autrefois, mais pas récemment. L'absence de tout signe fait faire trois hypothèses : septicémie à pyogènes, peut-être à staphylocoques, à cause du furoncle (?), typhoïde, à cause de l'action de la tifomycine, tuberculose aiguë. La numération globulaire montre une augmentation des globules blancs, surtout granuleux, favorable aux diagnostics (1) et (3), éliminant à peu près le diagnostic (2). Aucun traitement n'est prescrit pendant huit jours, pendant lesquels on pratique une radiographie pulmonaire, qui revient normale, trois hémocultures, un séro-diagnostic de la typhoïde, une culture de l'urine et des selles. Tout ceci est négatif, le malade est un peu moins fébrile. On cherche alors une affection urinaire, car elles sont souvent latentes, par une urographie : celle-ci est normale. Après neuf jours de fièvre, aucun argument diagnostique n'ayant été trouvé, on reprend la tifomycine qui avait paru précédemment la moins inefficace. Après cinq jours, l'échec est total. On fait alors l'hypothèse d'une forme purement fébrile de rhumatisme articulaire aigu et un traitement d'épreuve salicylé, assez étroitement spécifique est prescrit ; une petite amélioration de 24 heures risque d'induire en erreur ; en fait, après dix jours de tifomycine et cinq jours de salicylate, l'état du malade s'aggrave, sa fièvre oscille ; c'est alors qu'apparaît une douleur en ceinture ; à droite, une ponction de la plèvre retire une goutte de liquide, trop peu pour être analysé ; la leucocytose a augmenté. On fait alors l'hypothèse d'une amibiase hépatique et on prescrit, en arrêtant toute autre thérapeutique, l'émétine qui, en 48 heures, transforme l'état du malade, dont il n'y a plus qu'à terminer le traitement. (Voir graphique ci-joint).

Dans cette longue histoire, il est évidemment très difficile de décrire la décision médicale autrement que comme une opération continue. Bien sûr, on est guidé par une certaine information. Ici la fièvre isolée, mais aussi les causes les plus fréquentes de tels états à Paris, en 1960. D'une certaine manière on prend une décision, purement diagnostique, en décidant de ne faire aucun traitement. En fait, l'hospitalisation et le lit sont déjà un traitement. Mais, très vite, cette abstention ne suffit pas et, sans aucun élément nouveau, on est amené à des tentatives aveugles. On les choisit en fonction de leur innocuité et de l'étroitesse de leur champ d'activité : par exemple, on choisit le salicylate et non la cortisone dans l'hypothèse du rhumatisme,

car le salicylate n'est guère actif que dans le rhumatisme, alors que la cortisone peut amener l'apyrexie dans beaucoup trop de maladies (et masquer des symptômes utiles), mais, en même temps, on prescrit des examens complémentaires (urographie, sérologie du rhumatisme, etc.) en fonction de la rapidité de leur réponse, de la sécurité de l'interprétation de leurs résultats et, bien entendu, de la fréquence du diagnostic recherché. En fait, cette conduite thérapeutique, comme cette conduite diagnostique, seront efficaces surtout par les arguments négatifs qu'elles apportent. On élimine la tuberculose et les affections à pyogènes et, lorsque le premier signe de localisation apparaîtra, l'augmentation de la leucocytose permettra de penser à l'amibiase qui ne sera jamais prouvée autrement que par la seule efficacité d'un traitement très étroitement spécifique.

°  
° °

Peut-on tenter une synthèse sans multiplier d'une façon lassante les exemples ?

1/ La décision médicale est une opération continue, qui est toujours simultanément et d'emblée recherche et synthèse d'informations et attitude thérapeutique. De même que l'attitude thérapeutique amène des informations nouvelles, l'attitude diagnostique a sa valeur thérapeutique. On pourrait donner des exemples dans les deux sens. La guérison, sous abstention thérapeutique, la valeur psycho-thérapeutique d'un examen psychiatrique de diagnostic, l'action curative de rayons X ou de la baryte, donnés à titre diagnostique. D'ailleurs, un acte de diagnostic et a fortiori thérapeutique peut aussi être à l'origine de complications. On ne voit pas plus comment l'attitude cesserait d'être diagnostique que d'être thérapeutique.

2/ Cette opération continue se déroule dans un temps irréversible et la plus forte contrainte est celle du temps ou plutôt des temps. Il y a le temps du malade ; il y a le temps de la maladie ; il y a le temps nécessité par la réalisation de chaque examen ; il y a le temps nécessaire à l'action de chaque traitement ; il y a l'impossibilité de faire et d'obtenir tous les examens en même temps. D'où la nécessité de choisir parmi les hypothèses celles qui conduisent à une possibilité de vérification quelconque (diagnostic ou thérapeutique).

Encore ne nous sommes-nous pas préoccupés, dans notre exemple privilégié, du temps, de l'impatience de l'individu - elle peut être légitime, mais introduit une complication de plus -, de l'impatience de la famille (même observation), voire d'une certaine pression sociale (si l'on soigne un grand de ce monde). Nous avons choisi volontairement le cas particulier d'un malade confiant et coopérant qui nous facilitait beaucoup la tâche.

3/ Enfin, le temps, d'une part, la décision médicale permanente, d'autre part (fut-elle l'abstention) modifient d'une façon continue la situation qui n'est jamais une donnée fixe, mais quelque chose de fluide qui se modifie et que l'on modifie et doit modifier. En pratique, la pire cause d'erreur réside dans l'interprétation inexacte de ces modifications : attribuer à un traitement ce qui n'est qu'un accident évolutif spontané (guérison provisoire de notre malade par un antibiotique inactif). Le pire est quelquefois, lorsqu'on a fait appel à un médicament à large spectre d'action, d'attribuer son succès à une de ses propriétés, alors que c'est une autre qui a été efficace...

Nous ne prétendons pas avoir donné ici autre chose qu'un schéma très grossier. Encore l'avons-nous tiré d'une situation très simplifiée. Par exemple, nous n'avons pas parlé du rôle que jouent les contraintes d'équipement : tout médecin est, à tout instant, limité par l'ensemble des éléments matériels auxquels il peut faire appel. Nous n'avons pas évoqué les contrôles qui peuvent être paralysants. Nous n'avons pas évoqué les situations affectives qui contaminent les données les plus objectives, par exemple, un examen de laboratoire. Pour ne citer qu'un exemple, le jour où la découverte de bacilles tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien d'un malade atteint de méningite n'a plus eu pour signification un pronostic certain de mort, mais urgence d'un traitement actif, la même technique de recherche a donné beaucoup plus de résultats positifs. C'est qu'un examen de laboratoire passe par un intermédiaire humain, plus ou moins passionné par sa tâche.

C'est pourtant aussi de tout cela qu'est faite la décision médicale. Prise parfois dans l'urgence, devant l'angoisse, sur des éléments que le clinicien peut souvent très difficilement faire comprendre à des collaborateurs déjà avertis et familiers avec ces problèmes, elle est, pourtant, une décision rationnelle et scientifique. Elle mûrit à l'intérieur du clinicien, dans une zone de contact entre son observation quotidienne et sa science de la pathologie. "Taciturne et toujours menacée", elle s'explique mal dans le langage de tous les jours, même vis à vis de celui qui en est le bénéficiaire, et le médecin qui a besoin de le convaincre sait parfaitement qu'il a séduit, mais non démontré lorsqu'il réussit et qu'il n'a pas séduit quand il a échoué. Cette décision efface la situation qui la fait prendre, ce qui est mortel pour le contrôle et l'expertise. Cette décision, contrairement à ce que pensent certains, est rarement en défaut par manque d'hypothèses ; sa grosse difficulté est de disposer du temps nécessaire pour vérifier les plus raisonnables et les plus pratiques. Je me suis aperçu, en faisant cet exposé et en rédigeant ces quelques notes, qu'il était plus difficile encore de la faire comprendre dans son principe que d'en faire suivre un exemple particulier.