

RÉSUMÉ :

Le diagnostic des troubles de la communication est une tâche clinique complexe qui peut avoir des conséquences cliniques, sociales et économiques significatives pour le patient. La question des processus conceptuels en jeu est abordée ici. Dans cet article, l'auteur aborde le thème du diagnostic posé sur une dizaine de cas en les résumant, et décrit les quatre stratégies diagnostiques qui peuvent être utilisées en pratique.

MOTS-CLÉS :

Troubles de la communication - Diagnostic - Établissement du diagnostic.

Thomas F. Campbell, PH.D.
Department of Audiology and
Communication Disorders,
3705 Fifth Ave., Pittsburgh, PA
15213 - 2583
Etats-Unis

A PROPOS DU DIAGNOSTIC

par Thomas F. CAMPBELL,
traduction de Frédérique Brin

SUMMARY : Themes in diagnostic decision-making

The diagnosis of communication disorders is a complex clinical task that can have significant clinical, social, and economic consequences for the patient. This issue is about the conceptual process by which clinicians perform this important task. In this article, the diagnostic themes that have emerged from ten clinical cases are summarised and four diagnostic strategies that can be used in making clinical diagnoses are discussed.

KEY WORDS :

Communication disorders - Diagnosis - Diagnostic decision-making.

Le diagnostic des troubles de la communication est une des tâches les plus complexes et cruciales auxquelles est confronté un praticien [en orthophonie N.D.T.]. Elle est complexe parce que le praticien doit obtenir et intégrer une myriade de données médicales, cognitives, linguistiques et articulatoires afin de parvenir au diagnostic correct. Elle est cruciale parce qu'un diagnostic approprié d'un trouble de la communication mène logiquement à des interventions spécifiques qui, nous l'espérons, "font plus de bien que de mal"*.

Ce numéro de "Seminars in Speech and Language"* s'intéresse aux processus conceptuels en jeu dans cette tâche. Chacun des cas décrit dans ce numéro a été rédigé par un praticien expérimenté et présente un spectre large de troubles de la communication et des scénaris cliniques susceptibles de se présenter à l'orthophoniste au quotidien. [...].

Deux facteurs émergeant des cas cliniques [...] peuvent être interprétés comme le fil rouge reliant tous les articles présentés entre eux. Le premier de ces facteurs est qu'il y a de nombreuses raisons pour lesquelles les orthophonistes sont sollicités pour évaluer les patients. Dans certains cas, la question posée est de savoir si un individu donné présente ou non des troubles de la communication. Même si cette question semble relativement simple et claire, Dollaghan* illustre par un premier cas, la difficulté à déterminer dans quelle mesure un enfant présentait des difficultés parce que son langage se développait lentement, ou bien s'il présentait des troubles spécifiques de l'apprentissage du langage.

De façon similaire, dans le second article, Manning* raconte le processus diagnostique l'amenant à déterminer si un enfant dont la parole était dysfluente présentait un bégaiement ou bien s'il s'agissait de troubles du débit souvent observés chez des enfants entre 36 et 48 mois. Ces deux cas montrent la nécessité d'utiliser des protocoles d'évaluation fiables et validés susceptibles d'être réutilisés plus tard afin de répondre à la question posée.

Dans d'autres situations, la question concerne le type spécifique de trouble de la communication que le patient présente, ou quels sont les éventuels troubles neurologiques sous-tendant le trouble du langage. Ce sont des tâches diagnostiques difficiles à entreprendre étant donné le petit nombre d'indicateurs pathognomoniques (c'est-à-dire un signe ou un symptôme grâce auquel un diagnostic peut être posé) à la disposition des cliniciens pour établir un diagnostic définitif, sans compter notre méconnaissance des fondamentaux neurologiques déterminant le fonctionnement normal et pathologique de la parole et du langage.

[...]

Helm-Estabrooks et Hotz* ont évalué, dans une expertise légale, si une femme présentait un bégaiement neurogène ou psychogène suite à un accident de la voie publique. Bagnato* décrit les caractéristiques langagières et comportementales qui lui ont permis de déterminer si un jeune enfant présentait des troubles du spectre de type autistique ou bien un autre déficit cognitivo-linguistique. Le processus diagnostique utilisé pour évaluer les troubles progressifs de la communication est décrit dans le cas de deux patients, l'un par McNeil*, l'autre par Holland et Reinmuth**. Wertz*** nous emmène à travers le processus diagnostique dans le cas d'une femme qui avait été exposée au monoxyde de carbone. Enfin, Arvedson et Simon* nous fournissent un diagnostic différentiel pour un jeune enfant qui avait souffert d'un arrêt cardiaque durant son enfance. Chacun de ces cas illustre le fait que, en plus d'un raisonnement clinique approfondi, le diagnostic final requiert du temps.

Une autre question diagnostique fréquemment posée est de savoir si un patient peut bénéficier d'un traitement. Bien que cette question soit légitime, les parents, les médecins, et d'autres professionnels de la santé la posent avant qu'un diagnostic approprié ait été posé par un orthophoniste. Dans le cas décrit par Murry*, on montre que fournir une rééducation à un individu sans un diagnostic précis et complet présente des inconvé-

* Sackett, Haynes, Guyatt, et Tugwell, 1991)
** Vol 19, N°1

* 1998

* 1998

* 1998

* 1998

* 1998 ** 1998 *** 1998

* 1998

* 1998

* 1973

nients majeurs. Murry présente le cas d'une femme qui avait suivi une rééducation pour un trouble de la voix sans un bilan approfondi ni de diagnostic précis. Ce cas va dans le même sens que l'affirmation souvent citée de Charles Van Riper*, qui dit que tout traitement commence par le diagnostic. Dans les cas où ceci ne se produit pas, des ressources précieuses pour le traitement peuvent être gâchées, ou mal utilisées, donnant lieu à une intervention qui pourrait produire plus de mal que de bien.

* 1991

Un second facteur important dans cette question du diagnostic concerne le type de stratégie utilisé pour poser le diagnostic. Dans leur ouvrage sur l'épidémiologie clinique et le diagnostic dans la médecine clinique, Sackett, Haynes, Guyatt, et Tugwell* discutent de quatre stratégies diagnostiques qui sont souvent utilisées pour poser des diagnostics cliniques. La première stratégie est fondée sur la *reconnaissance de modèles*, qui est "la réalisation instantanée que la situation du patient est conforme à une image (ou modèle) d'une maladie". Pour un individu présentant un trouble de la communication, la reconnaissance des modèles peut être visuelle et/ou auditive, comme dans le cas d'une personne avec une fente palatine. La reconnaissance d'un modèle est utilisée souvent par le praticien qui a développé cette compétence grâce à de nombreuses années d'évaluation des patients présentant des troubles de la communication.

La deuxième stratégie est décrite comme la stratégie d'*arborisation ou à branches multiples*. Dans cette approche, le clinicien progresse le long d'un algorithme des symptômes possibles ou d'indicateurs d'un trouble. La réponse à chaque question diagnostique dans l'arbre guidant la prise de décision, mène automatiquement à la question suivante à considérer, amenant finalement au diagnostic correct. Comme Sackett et coll. l'indiquent, cette approche permet au clinicien expert de déléguer le fait de poser le diagnostic à un individu moins expérimenté, à partir du moment où les causes pertinentes d'un trouble peuvent être spécifiées précisément, et reliées logiquement dans un organigramme jusqu'au diagnostic final. Comme on peut s'y attendre, cette approche peut être difficile à mettre en œuvre pour un patient dont le trouble de la communication semble complexe. Cependant, la mise au point de tels algorithmes cliniques a été tentée concernant la prise en charge d'individus présentant des troubles de la communication*.

* Yoder et Kent, 1988

La troisième stratégie utilisée pour poser un diagnostic est le *diagnostic par élimination*. Cette méthode requiert, selon Sackett et coll., une "recherche coûteuse et incessante (mais sans considération immédiate) des faits médicaux concernant un patient, suivie d'une étude des données visant à établir le diagnostic". Cela se produit habituellement à travers l'anamnèse complète du patient, suivie de l'administration non moins exhaustive de tests diagnostiques avant d'établir un diagnostic. En raison de la sécurité didactique d'une telle approche, elle est fréquemment utilisée par les cliniciens novices, puis abandonnée peu à peu une fois que ces mêmes cliniciens gagnent en expérience dans le processus de diagnostic.

La dernière stratégie diagnostique est appelée l'*approche hypothético-déductive*. Cette stratégie est utilisée par un grand nombre de cliniciens et est a priori la stratégie qui caractérise le clinicien expert. Dans cette méthode, l'orthophoniste commence à formuler, à partir du moment où le premier indice est révélé, une liste des diagnostics possibles ainsi que les procédures cliniques nécessaires pour réduire le nombre de ces résultats potentiels. Les hypothèses émanent généralement de la connaissance du clinicien des diverses étiologies, ainsi que de sa compréhension des processus sous-tendant la pathologie, qui peuvent s'associer à ces catégories de diagnostics. Ces hypothèses se développent également avec la capacité du praticien à reconnaître les modèles de diagnostics. L'attrait de cette approche, lorsqu'elle est utilisée correctement, est qu'elle demande au praticien d'obtenir des données qui infirment une hypothèse. Sackett et coll. mettent cependant en garde contre l'erreur commune et la tendance compréhensible des cliniciens à récolter des signes et des symptômes confortant leurs hypothèses de travail plutôt qu'allant à

leur rencontre. [...] La stratégie hypothético-déductive est sans conteste la stratégie la plus fréquemment utilisée comme vous le verrez dans ce numéro (de *Seminars in Speech and Language* N.D.T.), ce qui n'est pas surprenant de la part d'auteurs expérimentés.

Dans son article, Duffy* fournit une synthèse de ces stratégies à travers la description du cas d'un homme de 71 ans présentant une dysarthrie apparemment isolée suite à un AVC. Duffy décrit où et comment le processus de diagnostic fut entravé dans ce cas. Ainsi, il illustre l'intérêt de l'expérience dans la pose d'un diagnostic et décrit clairement l'importance de bien distinguer les faits des suppositions dans le processus de diagnostic.

Pour conclure, ce numéro me permet une fois encore de mesurer l'importance du diagnostic dans la prise en charge clinique d'individus présentant des troubles de la communication. Les cas présentés m'ont convaincu que l'approche choisie pour poser le diagnostic peut avoir d'énormes conséquences cliniques, économiques, et sociales pour le patient. Cela m'a également rappelé que, quelle que soit son expérience clinique, on apprend toujours beaucoup au sujet du diagnostic, de praticiens "experts" et expérimentés.

* 1998

BIBLIOGRAPHIE

- ARVEDSON J.A., et SIMON D.M. (1998). Acquired neurologic deficits in young children ; a diagnostic journey with Dora, in *Seminars in Speech and Language*, VOL 19, N° 1. New York : THIEME Medical Publishers, INC.
- BAGNATO S.J. (1998). Do actions speak louder than words ? The case of the disappearance of social communication oddities, in *Seminars in Speech and Language*, VOL 19, N° 1. New York : THIEME Medical Publishers, INC.
- DOLLAGHAN C. (1998). Late talker or SLI ? The story of Jay X, in *Seminars in Speech and Language*, VOL 19, N° 1. New York : THIEME Medical Publishers, INC.
- DUFFY J.R. (1998). Stroke with dysarthria : evaluate and treat ; garden variety or down the garden path ?, in *Seminars in Speech and Language*, VOL 19, N° 1. New York : THIEME Medical Publishers, INC.
- HELM-ESTABROOKS N. et HOTZ G. (1998). Sudden onset of "stuttering" in an adult : neurogenic or psychogenic ?, in *Seminars in Speech and Language*, VOL 19, N° 1. New York : THIEME Medical Publishers, INC.
- HOLLAND A.L., et REINMUTH O.M. (1998). Aphasia or dementia : the cautionary tale of Dr. JJ, in *Seminars in Speech and Language*, VOL 19, N° 1. New York : THIEME Medical Publishers, INC.
- MCNEIL M.R. (1998). The case of the lawyer's lugubrious language : dysarthria plus primary progressive aphasia or dysarthria plus dementia ?, in *Seminars in Speech and Language*, VOL 19, N° 1. New York : THIEME Medical Publishers, INC.
- MANNING W.H. (1998) Solving the mystery of Intermittent Fluency Breaks in a preschool child : chronic stuttering or normal fluency breaks ?, in *Seminars in Speech and Language*, VOL 19, N° 1. New York : THIEME Medical Publishers, INC.
- MURRY T. (1998). Chronic cough : in search of the etiology, in *Seminars in Speech and Language*, VOL 19, N° 1. New York : THIEME Medical Publishers, INC.
- SACKETT D.L., HAYNES R.B., GUYATT G.H., et TUGWELL P. (1991). *Clinical epidemiology : A basic science for clinical medicine*. Boston : Little, Brown and Company.
- YODER D.E., et KENT R.D. (1988). *Decision making in speech-language pathology*. Philadelphia : B.C.Decker, Incorporated.
- VAN RIPER C. (1973). *The treatment of Stuttering*. New York : Prentice Hall.
- WERTZ R.T. (1998). "speech problem" subsequent to carbon monoxide exposure ? I the Jury, in *Seminars in Speech and Language*, VOL 19, N° 1. New York : THIEME Medical Publishers, INC.