

# SOUTENIR LE RAISONNEMENT CLINIQUE DES STAGIAIRES\*

## FAIRE EXPLICITER ET EXPLICITER

Suzanne Laurin, Gilbert Sanche, Marie-Claude Audétat

Bien qu'il soit au cœur de la profession médicale, le raisonnement clinique n'est pas facile à aborder en supervision. Parce qu'ils ont peu conscience, tellement il est intégré, du processus par lequel ils prennent des décisions cliniques, les cliniciens enseignants ont plus de facilité à transmettre à leurs stagiaires des connaissances, des expériences cliniques ou des trucs qu'ils ont acquis au fil des années qu'à décoder leur raisonnement clinique.

Il existe pourtant, lors de la supervision, des moyens simples qui peuvent facilement être mis en œuvre pour soutenir ou corriger le raisonnement clinique des stagiaires.

### LE RAISONNEMENT CLINIQUE : UN BREF RAPPEL !

Le raisonnement clinique peut se définir comme les processus de pensée et de prise de décision qui permettent au clinicien de prendre des actions appropriées dans un contexte de résolution de problèmes<sup>1,2</sup>. Le raisonnement clinique comprend plusieurs étapes (*tableau I*), qui se réalisent parfois simultanément. Il permet au clinicien de construire, à partir du recueil des données (anamnèse et examen physique), un portrait de la situation clinique, de manière à pouvoir déduire un diagnostic probable et à élaborer un plan d'évaluation et de traitement.

Dès le premier contact avec un patient, alors qu'il a déjà quelques hypothèses diagnostiques à l'esprit, un clinicien rigoureux cherchera d'abord à préciser ou à caractériser le problème et à s'en faire une représentation initiale. De quel type de douleur s'agit-il ? Depuis quand ? Une circonstance particulière a-t-elle été associée au début des symptômes ?

Ces informations auront pour effet de soutenir ou d'exclure les hypothèses initiales. Elles provoqueront aussi la génération de nouvelles hypothèses que le clinicien devra vérifier au cours de l'anamnèse et de l'examen physique, jusqu'à ce qu'il en arrive à formuler un diagnostic probable.

La D<sup>re</sup> Suzanne Laurin, médecin de famille, est professeure agrégée de clinique au Département de médecine familiale et de médecine d'urgence (DMFMU) de l'Université de Montréal. Le D<sup>r</sup> Gilbert Sanche, médecin de famille, est professeur agrégé de clinique au DMFMU. M<sup>me</sup> Marie-Claude Audétat, psychologue, est professeure adjointe et responsable du développement professoral au DMFMU.

#### TABLEAU I | ÉTAPES DU RAISONNEMENT CLINIQUE

1. Caractérisation du problème
2. Génération et vérification d'hypothèses
3. Représentation globale de la situation clinique
4. Formulation d'une hypothèse de travail et d'un plan d'évaluation et de traitement adaptés au patient et au contexte

Cette démarche clinique, beaucoup plus riche qu'une collecte systématique de données, tiendra aussi compte, au moment d'élaborer un plan d'intervention, du contexte de la consultation (urgence, domicile, cabinet, etc.) et des moyens dont le médecin dispose. Elle intégrera aussi les valeurs, les croyances et les ressources du patient dans la construction d'une représentation globale de la situation clinique.

### LES STRATÉGIES PÉDAGOGIQUES POUR SOUTENIR LE RAISONNEMENT CLINIQUE

#### 1. FAIRE EXPLICITER SA PENSÉE : AVOIR ACCÈS AU RAISONNEMENT CLINIQUE DU STAGIAIRE

Lors des supervisions, à l'issue du récit de la situation clinique, le médecin enseignant peut avoir tendance à conclure rapidement qu'un stagiaire a un bon raisonnement clinique parce que sa présentation est synthétique et structurée ou

\* L'expression « stagiaires » s'entend des externes, des résidents et des autres professionnels de la santé en formation dans le cadre de stages cliniques. Cette expression a été choisie pour alléger le texte et en faciliter la lecture.

**1. Clarifier la situation clinique et la capacité du stagiaire à en trouver les éléments clés**

- ▶ Quels éléments du problème t'ont paru importants au début de la consultation ?
- ▶ Qu'est-ce qui te fait penser à... ?
- ▶ Que recherchais-tu en faisant telle manœuvre à l'examen ou en posant telle question ?
- ▶ Comment interprètes-tu tel signe clinique ou tel symptôme dans ce contexte ?
- ▶ Décris-moi le problème du patient en quelques phrases.

**2. Poser des questions pour tester le raisonnement clinique**

- ▶ Quelles hypothèses avais-tu à l'esprit quand le patient a mentionné tel symptôme ? Comment les as-tu vérifiées ?
- ▶ Vois-tu une relation entre... et... ?
- ▶ Quels éléments soutiennent ton hypothèse finale ?
- ▶ Que fais-tu de telle donnée ? Comment l'intègres-tu dans ton raisonnement ?
- ▶ As-tu pensé à telle possibilité diagnostique ?

**3. Aider et stimuler le stagiaire à enrichir son raisonnement clinique et à gérer l'incertitude**

- ▶ Comment en arrives-tu à cette impression finale ?
- ▶ Et si tu avais trouvé tel signe, que pourrais-tu en déduire ?
- ▶ Et si tu voyais ce patient à domicile, est-ce que cela changerait ta conduite ?
- ▶ Quels éléments te permettent d'exclure telle hypothèse qui nécessiterait une évaluation plus poussée ?
- ▶ Comment cet examen complémentaire t'aidera-t-il à vérifier ou à formuler ton hypothèse finale ?
- ▶ Comment peux-tu expliquer ton diagnostic et rassurer le patient qui craint telle maladie ?
- ▶ Et si le problème évoluait de telle manière, est-ce que cela changerait ton hypothèse diagnostique ?

encore parce que sa propre impression diagnostique est la même que celle de ce stagiaire. Pourtant, des erreurs de raisonnement peuvent s'être produites pendant la consultation sans que le stagiaire en ait eu conscience. Ainsi, un stagiaire qui aurait ignoré un indice clinique déterminant, mentionné par un patient, ne le signalera pas au superviseur qui « achètera » son diagnostic probable, surtout si sa présentation de la situation clinique respecte une logique *a priori* rassurante.

Le clinicien enseignant ne doit donc pas se contenter d'apprécier le résultat de la démarche du stagiaire (hypothèse diagnostique finale et décisions thérapeutiques), mais doit aussi s'intéresser au processus qui l'a conduit à ce résultat.

Une technique simple consiste à inviter le stagiaire à mentionner les hypothèses qui lui sont venues à l'esprit au cours de la consultation, à nommer les éléments qui lui ont permis de les écarter ou encore de les entretenir, à repérer les facteurs qui ont influé sur sa démarche ou encore à détailler les informations qu'il a recueillies à propos de l'une ou l'autre des hypothèses. Cette démarche d'explicitation permettra au clinicien enseignant d'évaluer la rigueur du raisonnement clinique de son stagiaire, en plus d'aider ce dernier à structurer sa démarche intellectuelle et à réfléchir aux éléments qui ont pesé sur sa décision.

Demander au stagiaire d'explicitier son raisonnement clinique rend donc possible la constatation de certaines forces ou difficultés qui n'apparaissent pas spontanément lors de la présentation du cas.

Le *tableau II* liste des interventions possibles en discussion de cas (supervision indirecte) pour mettre en lumière le raisonnement clinique du stagiaire.

Soulignons que certaines étapes du raisonnement clinique s'apprécient mieux pendant la consultation en supervision directe et d'autres, en discussion de cas (supervision indirecte) (*tableau III*). Nous ne saurions trop insister sur la nécessité d'observer les consultations pour avoir accès à toutes les étapes du raisonnement clinique et à la manière avec laquelle le stagiaire mène ses consultations médicales.

## 2. EXPLICITER : PRENDRE CONSCIENCE DE SON PROPRE RAISONNEMENT ET PARTAGER SA DÉMARCHÉ

Le clinicien expérimenté reconnaît plus facilement les modes de présentation atypiques des maladies, émet rapidement les hypothèses les plus probables et maîtrise d'avantage les questions clés à poser, de même que les manœuvres d'examen physique les plus pertinentes à effectuer. Les cliniciens enseignants ne devraient donc pas s'attendre à

**1. En supervision directe**

- ▶ Caractérisation, représentation initiale du problème
- ▶ Production d'hypothèses en cours d'anamnèse
- ▶ Vérification des hypothèses en cours d'anamnèse
- ▶ Examen physique réfléchi qui permet de vérifier les hypothèses principales
- ▶ Structure du recueil des données

**2. En discussion de cas (supervision indirecte)**

- ▶ Synthèse et organisation des données
- ▶ Priorisation des éléments les plus pertinents dans l'élaboration du diagnostic différentiel
- ▶ Prise en compte des particularités de la situation du patient dans les plans d'évaluation et de traitement
- ▶ Prise en compte du contexte clinique dans les plans d'évaluation et de traitement

ce que les stagiaires aient un raisonnement clinique aussi efficace et devraient accepter qu'ils prennent des détours leur paraissant peu utiles. Leur rôle consiste plutôt à les aider à faire évoluer leur démarche, en partageant avec eux les éléments de leur propre raisonnement.

Le processus intellectuel qui conduit un clinicien expérimenté à poser un diagnostic ou encore à choisir un traitement est tellement intégré qu'il en est presque inconscient. Avant d'en arriver à expliciter son raisonnement, le clinicien enseignant doit en prendre conscience. Il peut le faire en se remémorant les diagnostics qu'il a évoqués pendant le récit que fait le stagiaire de la situation clinique (ou en cours d'entrevue s'il a observé la consultation) et en nommant les informations qui lui ont permis de les confirmer ou de les exclure ou celles qui ont guidé ses choix thérapeutiques.

Des interventions simples vont permettre au superviseur d'expliquer au stagiaire comment il en est arrivé, par exemple, à une conclusion différente : « Quand le patient a mentionné tel symptôme, j'ai pensé à tel diagnostic », « J'aimerais que tu précises tel symptôme parce qu'il est déterminant pour m'orienter vers telle hypothèse plutôt que telle autre », « Pour ma part, je tiendrais compte des difficultés de déplacement du patient et je choisirais donc tel examen complémentaire au lieu de celui que tu proposes. »

Rappelons que cette explicitation du raisonnement clinique de l'enseignant devrait se faire après que le stagiaire a énoncé sa démarche. Elle ne doit pas remplacer l'explicitation du stagiaire, qui constitue un exercice nécessaire.

**CONCLUSION**

Les cliniciens enseignants peuvent, par des interventions simples, soutenir le raisonnement clinique de leurs stagiaires

en se concentrant non seulement sur leurs connaissances et leurs décisions cliniques, mais aussi sur leur processus d'analyse des situations cliniques.

Demander au stagiaire d'explicitier son raisonnement peut l'aider à structurer sa pensée et sa démarche, à mieux comprendre et à mieux interpréter les éléments d'une situation clinique et à recueillir les données de façon rigoureuse et efficace. Cet exercice permet aussi au superviseur de se faire une idée de la qualité du raisonnement de son stagiaire, puis d'intervenir pour le soutenir ou le corriger.

Explicitier son propre raisonnement clinique donne l'occasion au médecin enseignant de prendre conscience des facteurs qui modulent ses décisions cliniques, mais lui permet surtout d'aider le stagiaire à comprendre et à intégrer la démarche d'un clinicien expérimenté et à développer ses compétences cliniques. //

**BIBLIOGRAPHIE**

1. Higgs J, Jones MA, Loftus S et coll. Chapitre 1 : Clinical decision making and multiple problem spaces. Dans : Higgs J, Jones MA, Loftus S et coll., rédacteurs. *Clinical Reasoning in the Health Professions*. 3<sup>e</sup> éd. Oxford : Butterworth-Heinemann ; 2008.
2. Boshuizen HPA, Schmidt HG. On the role of biomedical knowledge in clinical reasoning by experts, intermediates and novices. *Cognitive Science* 1992 ; 16 : 153-84.

**LECTURES SUGGÉRÉES**

- ▶ Audétat MC, Laurin S, Sanche G. Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique I. Un cadre conceptuel pour identifier les problèmes de raisonnement clinique. *Pédagogie médicale* 2011 ; 12 (4) : 223-9.
- ▶ Eva KW. Ce que tout enseignant devrait savoir concernant le raisonnement clinique. *Pédagogie médicale* 2005 ; 6 (4) : 225-34.
- ▶ Nendaz M, Charlin B, Leblanc V et coll. Le raisonnement clinique : données issues de la recherche et implications pour l'enseignement. *Pédagogie médicale* 2005 ; 6 (4) : 235-54.