

Le raisonnement clinique : quelques données issues de la recherche

En 1978, les travaux d'Elstein, Shulman et Sprafka¹ ont fait voler en éclat la tradition d'enseignement du raisonnement clinique. On demandait, jusqu'alors, aux étudiants d'effectuer un interrogatoire et un examen clinique exhaustifs, système par système, avant d'interpréter les données obtenues et de générer les hypothèses cliniques pertinentes à la situation. En effet, l'observation et l'écoute attentive, selon des protocoles de recherche rigoureux issus de la psychologie cognitive, ont montré que les cliniciens expérimentés ne suivent pas du tout un tel modèle. En fait, dès le début de l'entretien, à partir des premières données obtenues, des hypothèses sont générées et dès lors la collecte des données est orientée par ces hypothèses. Celles-ci sont alors évaluées itérativement jusqu'à obtention d'un diagnostic qui peut être définitif ou provisoire, selon que des examens complémentaires sont ou non nécessaires. Ces travaux ont été confirmés par d'autres équipes de recherche et à l'heure actuelle, il est largement reconnu que le raisonnement médical est hypothético-déductif, tout au moins dans la majeure partie des activités cliniques. Ce n'est que dans les cas complexes ou inhabituels que le clinicien fait appel à un raisonnement physiopathologique et causal pour résoudre le problème clinique. Les chercheurs ont ensuite été rapidement confrontés à une découverte inconfortable : les cliniciens qui raisonnent à un niveau exemplaire dans un problème clinique ne raisonnent pas toujours à ce même niveau dans un autre problème et ce, même au sein de leur propre discipline. C'est dire que la capacité à raisonner adéquatement en médecine n'est pas une capacité générique, elle dépend du contexte clinique. Ce concept, décrit notamment par Elstein¹ et Norman,² porte le nom de spécificité de contenu. Il souligne l'importance de la qualité de la base de connaissances que le clinicien possède dans ses domaines d'activité. Bordage³ a observé et enregistré des cliniciens en train de raisonner à haute voix sur des problèmes cliniques. L'interprétation de ses données l'a amené à qualifier d'élaborée la base de connais-

sances des cliniciens performants, caractérisée par des liens riches et fonctionnels. Cette qualité contraste avec la nature réduite ou dispersée de la base de connaissances des cliniciens moins performants. Cet intéressant concept permet de donner un but à la formation clinique: l'acquisition de bases de connaissances élaborées dans les domaines de pratique.

Schmidt, Norman et Boshuizen⁴ ont proposé, à partir d'une analyse de travaux expérimentaux, un modèle de développement de la compétence au raisonnement clinique. Selon eux, les médecins et futurs médecins organisent leurs connaissances en fonction des tâches qu'ils ont à accomplir. Dans la partie des études qui précède la clinique, les tâches demandées aux étudiants sont essentiellement explicatives, descriptives et causales. Les étudiants créent alors des réseaux de connaissances adaptés à la réalisation efficace de ces tâches. C'est au moment où ils sont confrontés à leurs premiers patients, et ce avec des contraintes de temps et d'efficacité, qu'ils réalisent la nécessité de réorganiser leurs connaissances afin d'effectuer adéquatement leurs nouvelles tâches cliniques : diagnostiquer, pronostiquer, traiter. Ces auteurs proposent d'appeler « scripts de maladie » les réseaux de connaissances spécifiquement adaptés à ces tâches. Selon cette théorie, la démarche hypothético-déductive de raisonnement clinique se caractérise, dans chaque situation clinique, par la recherche, la sélection et la vérification des scripts appropriés. Charlin, Tardif et Boshuizen⁵ ont proposé récemment un modèle d'organisation de ces scripts qui permet d'expliquer les performances extrêmement rapides de traitement de l'information dans les tâches cliniques.

Dans le domaine de l'éducation ces travaux de recherche ont eu de nombreuses retombées. Kassirer,⁶ dans un article phare paru dans le *New England Journal of Medicine* au début des années quatre-vingt prenait acte des travaux d'Elstein, en plaidant pour que l'on cesse d'enseigner un modèle artificiel du raisonnement cli-

nique et que l'on enseigne ce qui est réellement pratiqué par les cliniciens expérimentés, c'est à dire le raisonnement hypothético-déductif et l'évaluation itérative des hypothèses pertinentes à la situation. Cet article a été à l'origine d'une prise de conscience chez les éducateurs médicaux. Barrows et Pickell⁷ par exemple, dans un remarquable petit ouvrage paru en 1991, ont offert une synthèse des données issues de la recherche et proposé un enseignement adapté.

En éducation médicale, de nombreux travaux ont étudié l'efficacité des nouvelles méthodes d'apprentissage dans les sciences fondamentales. On les trouve essentiellement dans la littérature de langue anglaise. En revanche nous manquons

sérieusement de travaux d'évaluation de l'efficacité des méthodes de formation à l'acquisition du raisonnement clinique. C'est sans doute dû au fait que nous ne disposons pas jusqu'à maintenant de modèles théoriques décrivant adéquatement les buts à atteindre, notamment en terme d'organisation des connaissances. Les travaux présentés dans ce numéro par Chamberland et collaborateurs ouvrent un champ de recherche nécessaire à l'optimisation des méthodes de formation en milieu clinique.

Bernard CHARLIN

Rédacteur en chef

Charlinb@meddir.umontreal.ca

Références :

1. Elstein AS, Shulman LS, Sprafka SA. Medical Problem Solving: An Analysis of Clinical Reasoning. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1978.
2. Norman GR, Tugwell P, Feightner JW, Muzzin LJ, Jacoby LL. Knowledge and Clinical Problem Solving. Medical Education 1985 ; 19: 344-536.
3. Bordage G. Elaborated Knowledge: A key to Successful Diagnostic Thinking. Academic Medicine 1994 ; 69 : 883-885.
4. Schmidt HG, Norman GR, Boshuizen HPA. A Cognitive Perspective on Medical Expertise: Theory and Implications. Academic Medicine 1990 ; 65: 611-21.
5. Charlin B, Tardif J, Boshuizen HPA. Scripts and Medical Diagnostic Knowledge: Theory and Applications for Clinical Reasoning Instruction and Research. Academic Medicine 2000 ; 75: 182-190.
6. Kassirer JP. Teaching Clinical Medicine by Iterative Hypothesis Testing: Let's Preach What We Practice. N Engl J Med 1983 ; 309: 921-23.
7. Barrows HS, Pickell GC. Developing Clinical Problem-Solving Skills: A Guide to More Effective Diagnosis and Treatment. New York: Norton Medical Books, 1991.