

Formation pratique à la décision médicale complexe par la méthode du « microconsensus » : étude préliminaire

Guy LLORCA*

Résumé La décision complexe fait intervenir, dans une situation clinique donnée (en termes d'urgence, de gravité et de légitimité), des acteurs spécifiques directement impliqués (soignant, soigné et collectivité) et des facteurs décisionnels précis (scientifique, légal, économique, psychologique, socioculturel et politique) aboutissant à un modèle multivarié. **Buts :** 1) Placer chaque participant dans une situation authentique et simulée de prise de décision complexe. 2) Établir un « microconsensus » de groupe, dans ces situations simulées, à partir d'un raisonnement décisionnel structuré. 3) Évaluer les capacités des participants en matière d'expertise professionnelle et de démarche éthique. **Méthode :** ateliers interactifs d'analyse du raisonnement, à partir de cas cliniques, utilisant l'opinion des participants (boîtiers votants, système PowerVote™) comme prémices à l'analyse du raisonnement et à l'argumentation. **Résultats :** l'analyse de variation des scores obtenus par cette méthode a été préalablement validée. À partir de ce modèle, une série d'ateliers de 15 à 21 participants chacun a été testée pour chaque niveau de formation. L'analyse de satisfaction des participants est concluante. **Conclusions :** La démarche de microconsensus appliquée à l'analyse contextuelle de cas cliniques réels et complexes représente une méthode pédagogique particulièrement interactive, appréciée et susceptible d'enrichir l'apprentissage de l'expertise professionnelle et l'enseignement de l'éthique clinique, quel que soit le niveau de formation médicale sollicité.

Mots clés Décision médicale ; compétence professionnelle ; microconsensus ; éthique clinique ; formation médicale.

Abstract In a real clinical context (defined in words of emergency, severity and legitimacy) complex decision making is dependant on implicated actors (medical actors, patients and collectivity), and on decisional factors (scientific, legal proceedings, economics, psychological, sociocultural and political) based on a multivariate model. **Aim :** 1) to set each participant in a simulated but real and complex situation of decision making. 2) to end in a « microconsensus » of the group, from a structured reasoning. 3) to evaluate the participants in words of professional competence and ethical process. **Method :** interactive reasoning workshops using clinical cases, based on participant opinions (using electronic voting with PowerVote System™) and building group micro-consensus. **Results :** scoring analysis with this method had been previously established and described. A succession of workshops, including each 15 to 21 members, has been tested for each educational level. Opinion analysis of participants is satisfactory. **Conclusions :** microconsensus applied to complex case analysis is an effective and interactive method which is appreciated and can enrich professional competence teaching and ethical learning for all educational levels.

Key words Medical decision; professional competence; microconsensus; clinical ethics; medical education.

Pédagogie Médicale 2004 ; 5 : 204-210

* Université Claude Bernard - Lyon I - Laboratoire de Thérapeutique, 8 avenue Rockefeller - 69373 Lyon cedex 08 - France - mailto : guy.llorca@chu-lyon.fr

Introduction

Le savoir qui préside à la décision médicale peut être qualifié de simple ou de complexe selon que les données qui le constituent sont disponibles, complètes et consensuelles ou sont, au contraire, non disponibles, incomplètes, confuses voire contradictoires. Ainsi la distinction introduite par Schön¹ entre rationalité technique et compétence professionnelle prend tout son sens lorsque l'on veut appliquer les données médicales fondées sur des preuves à une réalité clinique fondée, elle, non seulement sur le malade, mais essentiellement sur le réel de la situation analysée. Dans un environnement de pratique clinique, les variations de réponse des professionnels sont manifestes² et bien expliquées par le contexte d'incertitude³. La formation médicale a une certaine difficulté à aborder ce domaine pratique de la compétence professionnelle car, dans une démarche d'évaluation classique, les items qui opposent les experts sont le plus souvent écartés pour ne conserver que ceux qui sont largement admis, réduisant ainsi la démarche à sa seule rationalité technique.

La théorie des scripts^{4,5} a conduit à la mise au point du test de concordance de script (TCS) qui permet de mieux analyser la démarche utilisée et d'intégrer des divergences d'appréciation d'experts⁶. Comme nous l'avons montré⁷, l'utilisation de cette approche est possible dans le domaine de l'aide au jugement de valeur de la décision complexe. La décision médicale peut être schématisée selon trois dimensions essentielles : les données caractérisant la situation analysée (en termes de légitimité, d'urgence et de gravité de la demande de soin), celles qui caractérisent les acteurs directement impliqués (soignants, soignés et collectivité), et celles qui proviennent des facteurs attachés classiquement à toute décision médicale (scientifiques, légaux, économiques, psychologiques, socioculturels et politiques)⁸. Cette schématisation aboutit à un modèle décisionnel qui permet de mieux caractériser le niveau d'incertitude d'une situation clinique donnée, de poser plus clairement les questions pertinentes et, ainsi, de mieux aborder les problèmes mal définis.

La situation complexe étant analysée et simplifiée, la question centrale demeure la référence normative qui va permettre d'éclairer la décision. Le raisonnement développé en éthique clinique intervient alors et cherche à établir un consensus qui soit susceptible de satisfaire les acteurs impliqués. C'est la démarche de la décision partagée⁸ qui s'exprime par l'accord mutuel librement consenti⁹. Pour préparer les soignants à la recherche de cet accord mutuel, la confrontation à des situations simulées est indispensable.

Utilisant les méthodes de dynamique de groupe¹⁰ appliquées à l'analyse de cas¹¹ et des règles simples d'argumentation⁹, nous avons élaboré des ateliers de formation à la décision médicale centrés, non seulement sur les savoirs techniques, mais aussi sur la compétence professionnelle. Le but de ces ateliers est le suivant : 1) placer chaque participant dans une situation authentique simulée de prise de décision complexe ; 2) établir, dans ces situations simulées, un micro-consensus de groupe, à partir d'un raisonnement décisionnel structuré, susceptible d'aboutir à un accord mutuellement consenti sur la ou les attitudes les mieux adaptées ; 3) évaluer les capacités des participants en matière d'expertise professionnelle et de démarche éthique.

Méthode

La formation est construite autour de deux principes pédagogiques élémentaires :

- 1- c'est l'expérience structurée et non la croyance qui doit guider la décision ;
- 2- l'entraînement à l'argumentation évite la décision affective.

Le matériel pédagogique

Le matériel pédagogique repose sur l'analyse de cas. Chaque cas est standardisé et comporte la structure suivante :

- un énoncé descriptif court décrivant la demande de soin ;
- un énoncé conditionnel, apportant les données qui en font une situation complexe ;
- une proposition d'attitudes possibles (traduction des options disponibles) rationnellement recevables ou irrecevables.

Pour être véritablement exploitable, chaque cas doit être authentique, exemplaire, représenter une situation complexe et induire une décision complexe. Chaque proposition doit être indépendante et réaliste, telle que l'ensemble des propositions couvre les différents courants et attitudes qui peuvent être sollicités en fonction des données factuelles et des principes éthiques^{9, 12}.

Un recueil de cas a été élaboré à partir des problématiques les plus fréquentes ou les plus exemplaires et publié¹². Il comporte de nombreux exemples d'énoncés et de propo-

sitions d'attitudes. De tels cas peuvent être aussi classés par disciplines et servir alors des formations spécialisées ou thématiques¹³. Le choix judicieux du thème et de la complexité de la situation peut servir autant la formation médicale initiale (prégraduée) que la formation médicale continue (postgraduée), en fonction des objectifs poursuivis. Une situation peut, enfin, être univoque, répondant à une problématique unique et conduisant à une attitude prépondérante ou à un nombre limité d'attitudes recevables. Elle peut, aussi, être composée et répondre à un choix issu de priorités ou répondre à plusieurs attitudes recevables¹⁴.

L'interrogation des participants porte sur les propositions d'attitudes recevables. Chaque attitude peut appeler une réponse binaire de type pour/contre (ou, ce qui est proche en matière de décision, pour/sans opinion/contre). Elle peut appeler une réponse plus élaborée et utiliser alors une échelle de Likert (par exemple à 5 niveaux allant du désaccord total à l'accord total). Ce type de pondération des réponses se prête bien à la démarche du TCS et de son application à l'évaluation de la décision complexe^{6, 7}.

En cas de désaccord, les règles devant aboutir à un véritable « microconsensus » de groupe sont les suivantes¹² :

- contextualisation : aucun élément conjoncturel ne doit être délaissé ;
- légitimité : tout arbitraire est exclu ;
- liberté de jugement : tout rapport de force est illégitime ;
- parité : l'opinion de chaque personne impliquée pèse le même poids ;
- équilibre réfléchi : l'option doit tenir compte des divergences éventuelles ;
- généralisation : la décision doit être reproductible pour des situations identiques.

Le microconsensus est représenté par l'accord librement consenti qui s'établit sur une ou plusieurs des propositions.

La séance d'analyse et d'apprentissage proprement dite

Le choix de la méthode pédagogique est important, puisqu'il doit permettre l'échange d'arguments et la discussion entre les participants. L'atelier en groupes restreints nous semble bien adapté pour permettre à chaque participant de s'impliquer directement et effectivement. Des séances d'1 heure et demie à 2 heures permettent de traiter complète-

ment la problématique de 1 à 4 situations exemplaires présentées. Chaque séance peut être encadrée par un apport théorique de concepts décisionnels et éthiques. En fait, chaque désaccord conduit, par l'élaboration obligatoire d'un argumentaire recevable, à envisager les concepts décisionnels et éthiques attachés à chaque situation analysée. Les séances se déroulent ainsi en 4 phases : 1) présentation du cas ; 2) vote sur les attitudes proposées ; 3) argumentation des positions ; 4) élaboration du microconsensus. Le microconsensus est considéré comme établi lorsqu'un accord total est obtenu sur une proposition décisionnelle précise (situations homogènes), ou un accord partiel sur plusieurs propositions acceptées sans réserve par le groupe (situations hétérogènes).

Variantes possibles

- L'utilisation de boîtiers de votes électroniques représente un enrichissement certain. En effet, outre l'aspect ludique, cette utilisation oblige chaque participant à prendre position activement et évite, au moins lors du premier vote, la prise de pouvoir d'un individu sur le groupe. La visualisation immédiate des données statistiques produites par le groupe permet de lancer la phase d'argumentation et d'échanges. Chaque participant peut se comparer efficacement à la tendance générale du groupe ou à celle d'un groupe de référence prétesté. Cette technique peut aussi servir de manière nominative si l'on a au préalable affecté spécifiquement chaque boîtier de vote. Le résultat peut ainsi être utilisé comme score d'un test ou d'un examen. Nous utilisons le système Power Vote™ dont la souplesse permet d'intégrer les principaux types de questions et de traiter les réponses en conservant leur trace sur une feuille de calcul au format Excel™ qui peut servir par la suite à des analyses plus poussées.

- L'atelier peut aussi utiliser la technique du jeu de rôle et mettre en situation simulée certains participants qui en deviennent alors les acteurs et abordent la situation analysée d'une manière pré-établie. Ces jeux de rôle filmés peuvent être montés en support DVD et réutilisés par la suite en mode interactif où chaque proposition différente peut être testée séparément.

- La qualité de la décision qui a conduit à l'accord peut être analysée à l'aide d'une grille de critères essentiels¹². Une évaluation du confort décisionnel du soignant¹⁵ et du degré de conflit décisionnel¹⁶ en cas de comparaison avec

l'opinion d'un soigné simulé peut être couplée à la démarche en utilisant les échelles disponibles.

La population cible

Elle doit être numériquement limitée pour conserver au groupe toute sa dynamique et ses possibilités d'échange. Dans notre expérience, des groupes de 10 à 25 participants apportent une diversité d'opinions suffisante tout en demeurant dans les normes traditionnelles des groupes restreints⁹. Les participants peuvent appartenir uniquement au monde des soignants (médecins confirmés ou en formation, paramédicaux, ces deux catégories pouvant être associées). Ils peuvent être également d'origine pluridisciplinaire et associer alors aux soignants des personnes concernées mais extérieures au champ médical proprement dit (psychologues, sociologues, anthropologues, philosophes, théologiens, juristes, économistes, membres de Comités d'éthique, représentants d'associations du domaine de la santé...). Le choix de la variété des participants dépend évidemment des intentions pédagogiques qui peuvent soit s'inscrire dans le cadre de l'apprentissage médical de l'expertise professionnelle, soit dans celui de la recherche d'une rationalité pratique d'expertise à des fins normatives (constitution de références, validation des cas...)⁷.

L'animation

Elle est effectuée par un ou plusieurs animateurs qui ont la responsabilité du bon déroulement des séances (organisation pratique, proposition de cas si les participants n'en soumettent pas spontanément, respect des règles du microconsensus, synthèses...). L'animateur doit demeurer le plus neutre possible et veiller à ne pas être identifié comme le détenteur de la bonne solution pour que chaque situation soit analysée dans son intégralité et que le microconsensus représente bien un accord mutuel. Il peut cependant mettre à profit les résultats des votes pour rappeler les principes éthiques ou toute donnée technique attachée spécifiquement à la situation analysée. Il doit donc posséder les compétences théoriques et pratiques nécessaires pour apporter toute aide réclamée par le groupe.

Résultats préliminaires

Notre expérience porte sur des ateliers aussi bien médicaux que pluridisciplinaires. Leur évaluation pédagogique

globale a été essentiellement représentée par une enquête d'opinion réalisée en fin de formation et a porté sur le perçu des séances et sur l'apport qu'elles représentent pour la pratique quotidienne ultérieure. Les résultats de cette évaluation, qui portent sur 80 % des participants qui ont accepté de remplir le questionnaire proposé, mettent en évidence une excellente satisfaction générale et la reconnaissance d'une utilité certaine (*Tableau I*). La différence des appréciations données aux ateliers médicaux et pluridisciplinaires n'est pas significative. Parmi les autres critères testés, plus de 90 % des participants à ces ateliers ont considéré que les conditions matérielles étaient appropriées, que les formations étaient interactives et correspondaient aux objectifs proposés. La totalité des participants se sont dit motivés à poursuivre ce type de formation. Concernant l'évaluation comparative des réponses, l'analyse de variation des scores a été validée à partir d'un cas exemplaire⁷. Une collection de cas est maintenant proposée aux animateurs¹². La validation d'autres cas est en cours et effectuée par différents groupes testés selon la même approche que celle utilisée pour la validation initiale.

L'évaluation d'efficacité est plus délicate et nécessite des travaux complémentaires à moyen terme, portant sur l'impact sur les pratiques et la satisfaction du ou des personnes directement concernées par les décisions étudiées (un travail de thèse en cours d'achèvement concernant l'évaluation du partage de la décision entre des médecins et des malades hospitalisés devrait pouvoir servir de référence à l'évaluation des pratiques). Cependant, une enquête à 6 mois menée chez les participants soignants indique que plus de 80 % d'entre eux ont le sentiment que ce type de formation a induit une modification de leurs pratiques habituelles et a amélioré leur approche des problèmes complexes.

Discussion

La méthode des cas est largement utilisée en pédagogie depuis longtemps¹⁰. En formation médicale, cette méthode d'analyse est certainement performante pour aider les processus de prise de décision dans les situations difficiles^{17, 18}. Dans les années soixante-dix, avec le développement de l'éthique clinique en tant que guide de l'action dans les décisions complexes, Jonsen et Toulmin^{19, 20} élaborèrent une méthode d'analyse casuistique basée sur trois concepts (morphologie, taxonomie et cinétique des cas). Cette approche du savoir pratique demeure cependant dépendante de règles ou maximes préétablies.

Recherche et Perspectives

Tableau 1 : Évaluation du perçu de 2 ateliers pluridisciplinaires (1 et 2) et de 3 ateliers médicaux (3, 4 et 5) de formation à la décision complexe réalisés en région Rhône-Alpes.

Critères Intervention	Satisfaction (/10)	Intérêt (/10)	Qualité (/10)	Utilité (/10)	Score Global (/10)
Atelier 1 Saint-Étienne n = 25	8.9 ± 1.1	9.5 ± 0.8	9.1 ± 1.0	9.2 ± 1.1	9.2 ± 0.9
Atelier 2 Genève n = 15	8.6 ± 1.5	9.0 ± 1.4	9.1 ± 0.8	8.4 ± 1.4	8.8 ± 1.1
Atelier 3 Lyon FMC n = 15	8.7 ± 1.3	8.7 ± 1.1	9.0 ± 1.1	8.0 ± 0.9	8.6 ± 0.8
Atelier 4 Lyon Internes n = 10	8.8 ± 1.2	9.3 ± 0.9	9.0 ± 0.8	9.3 ± 1.0	9.1 ± 0.8
Atelier 5 Lyon Étudiants n = 21	8.6 ± 1.1	8.8 ± 1.2	9.2 ± 1.0	7.8 ± 1.6	8.6 ± 1.0
Total N = 86	8.7 ± 1.3	9.1 ± 1.1	9.1 ± 0.9	8.5 ± 1.1	8.7 ± 0.9

Notre démarche cherche, par la pratique des micro-consensus, à aller au-delà de l'application simple de règles et de maximes consensuelles pour aboutir à un accord mutuel de groupe autour de la problématique pratique représentée par chaque cas analysé dans son contexte réel. Ainsi, par l'argumentation obligatoire des positions respectives différentes ou divergentes, cette méthode représente un entraînement au raisonnement en situation de décision complexe et à la résolution de conflits de valeurs, donc à l'enseignement pratique de l'éthique.

Elle est performante pour explorer les compétences professionnelles⁷ et peut valablement préparer aux situations délicates si les thématiques abordées représentent bien les difficultés habituellement rencontrées^{12, 21, 22, 23}.

Le bon déroulement des séances et la qualité du travail effectué dépendent cependant de la compétence des animateurs qui doivent, pour être crédibles, posséder une expérience clinique en même temps qu'une connaissance éthique et une formation à l'animation de groupe¹³.

Cependant, pour aboutir à une évaluation comparative, cette méthode doit utiliser des cas préalablement soumis à l'expertise de groupes de référence, ce qui en représente la principale limite⁷. Associée au TCS, elle peut toutefois représenter une méthode valide d'évaluation de l'expertise professionnelle, par exemple pour mesurer l'impact professionnel de stages pratique.

Conclusions

La démarche de microconsensus appliquée à l'analyse contextuelle de cas cliniques réels et complexes représente une méthode pédagogique particulièrement interactive, appréciée et susceptible d'enrichir l'apprentissage de la compétence professionnelle et l'enseignement de l'éthique clinique, quel que soit le niveau de la formation médicale. L'évaluation du retentissement de cette méthode sur les pratiques nécessite des travaux complémentaires portant sur l'aptitude à résoudre les situations complexes de manière satisfaisante pour tous les acteurs directement impliqués.

Références

1. Schön DA. *The Reflective Practitioner : How Professionals Think in Action*. New York : Basic Books, 1983.
2. Elstein AS, Shulman LS, Sprafka SA. *Medical Problem Solving : An Analysis of Clinical Reasoning*. Cambridge (MA) : Harvard University Press, 1978.
3. Johnson EJ. *Expertise and decision under uncertainty : performance and process*. In : M.T.H Chi, R. Glaser, M.J. Farr (Eds) *The Nature of Expertise*. Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates, 1988 : 209-228.
4. Schmidt HG, Norman GR, Boshuizen, HPA. *A cognitive perspective on medical expertise : theory and implications*. *Acad Med* 1990 ; 65 : 611-621.
5. Charlin B, Tardif J, Boshuizen HPA. *Scripts and medical diagnostic knowledge : theory and applications for clinical reasoning instruction and research*. *Acad Med* 2000 ; 75 : 182-190.
6. Charlin B, Gagnon R, Sibert L, Van der Vleuten C. *Le test de concordance de script, un instrument d'évaluation du raisonnement clinique*. *Pédagogie Médicale* 2002 ; 3 : 135-144.
7. Llorca G, Roy P, Riche B. *Évaluation de résolution de problèmes mal définis en éthique clinique : variation des scores selon les méthodes de correction et les caractéristiques des jurys*. *Pédagogie médicale* 2003 ; 4 : 80-88.
8. Towle A, Godolphin W. *Framework for teaching and learning informed shared decision making*. *BMJ* 1999 ; 319 : 766-771.
9. Llorca G. *Du raisonnement médical à la décision partagée. Introduction à l'éthique en médecine. Introduction à l'éthique médicale*. Paris : Éditions Med-line, 2003.
10. Mucchielli R. *La dynamique des groupes*. Paris : Éditions ESF, 1989.

Recherche et Perspectives

11. Mucchielli R. *La méthode des cas*. Paris : Éditions ESF, 1992.
12. Llorca G. *Guide pratique de la décision médicale. L'éthique en clinique*. Paris, Éditions Med-Line, 2004.
13. Llorca G. *Éthique et formation médicale. Révision des concepts*. *Pédagogie Médicale* 2002 ; 3 : 169-179.
14. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Clinical ethics*. New York : McGraw-Hill ed., 4^o ed., 1998.
15. Legaré F, Graham ID, O'Connor AM, Dolan JG, Bélanger-Ducharme F. *Prise de décision partagée : traduction et validation d'une échelle de confort décisionnel du médecin*. *Pédagogie Médicale* 2003 ; 4 : 216-222.
16. O'Connor AM. *Validation of a decisional conflict scale*. *Med Decis Making* 1995 ; 15 : 25-30.
17. Radest HB. *From Clinic to Classroom*. Westport (Conn.) : Praeger Publishers, 2000.
18. Delfosse ML. *Casuistique*. In : *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*. Hottois G, Missa JN Ed, Bruxelles : Éditions DeBoeck Université, 2001 ; 159-162.
19. Jonsen A, Toulmin S. *The abuse of casuistry : A history of moral reasoning*. Berkeley : University of California Press Edition, 1988.
20. Jonsen A. *Casuistry as Methodology in Clinical Ethics*. *Theoretical Medicine* 1991 ; 12 : 295-307.
21. Huijjer M, van-Leeuwen E, Boenink A, Kimsma G. « *Medical students' cases as an empirical basis for teaching clinical ethics* ». *Acad Med* 2000 ; 75 : 834-839.
22. Cassidy VR. « *Literary works as case studies for teaching human experimentation ethics* » *J Nurs Educ* 1996 ; 35 : 142-144.
23. Marcoux H, Lamontagne C, Cayer S, Desrochers A, Gauthier D. *La formation en éthique. Identification des besoins par des médecins enseignants en médecine familiale*. *Can Fam Physician* 2001 ; 47 : 1208-1215.