

Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique

III. Les difficultés de raisonnement clinique à l'étape du traitement et du raffinement des hypothèses : la fermeture prématurée

Tackling clinical reasoning from a pedagogical perspective

III. Clinical reasoning difficulties at the hypotheses and hypothesis testing stage: Premature closure

Gilbert SANCHE, Marie-Claude AUDÉTAT et Suzanne LAURIN

Département de médecine familiale et de médecine d'urgence, Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS), Université de Montréal, Montréal, Canada

Manuscrit reçu le 6 juillet 2011 ; commentaires éditoriaux formulés aux auteurs le 30 août 2011 et le 8 mai 2012 ; accepté pour publication le 22 mai 2012

Mots-clés

Raisonnement clinique ; supervision clinique ; diagnostic pédagogique ; fermeture prématurée

Keywords

Clinical reasoning; clinical supervision; educational diagnosis; premature closure

Messages clés : • Au cours du raisonnement clinique, la fermeture prématurée est une sorte de court-circuit qui peut survenir pour diverses raisons et qui centre hâtivement et exclusivement le raisonnement sur une seule hypothèse diagnostique.

• Elle peut entraîner des conséquences fâcheuses résultant de la banalisation ou de l'investigation excessive d'un symptôme.

• Grâce à une démarche de diagnostic pédagogique semblable à celle appliquée en clinique, développée dans le cadre de la supervision clinique, le clinicien enseignant peut identifier cette difficulté de raisonnement clinique, qui se manifeste à l'étape du traitement et du raffinement des hypothèses, et tenter de la corriger.

Key messages: • Premature closure happens when physicians focus too quickly on a single diagnostic hypothesis and conduct interviews superficially or direct it exclusively based on that hypothesis.

• The process can lead to serious consequences resulting in trivializing or unduly over-investigating symptoms.

• Through a process of educational diagnosis, similar to that applied in clinical settings, clinician teachers can, during clinical supervision, identify clinical reasoning difficulties that arise at this stage and try to remedy them.

* Du matériel éditorial complémentaire est disponible en ligne sur la version électronique du présent article.

Cet article est le troisième d'une série didactique de six chroniques qui s'appuient sur des travaux de recherche ayant permis d'élaborer une taxonomie des difficultés de raisonnement clinique, de décrire un processus de diagnostic pédagogique et de distinguer des stratégies de remédiation spécifiques^[1, 2]. Le premier article présentait le cadre conceptuel du diagnostic pédagogique des difficultés de raisonnement clinique, telles qu'elles se manifestent quotidiennement dans le contexte d'apprentissage en milieu clinique^[3]. Le deuxième abordait spécifiquement les difficultés qui concernent l'étape du recueil initial des données et de la génération d'hypothèses^[4].

Cette troisième chronique aborde les difficultés de raisonnement clinique qui concernent l'étape du traitement et du raffinement des hypothèses, telles qu'elles peuvent se présenter dans le contexte d'une supervision différée (indirecte).

Ce type de difficulté peut faire partie de la progression normale d'un apprenant et son identification rapide peut permettre aux superviseurs de soutenir l'évolution du raisonnement vers le niveau attendu, en évitant ainsi que des difficultés éventuelles ne se cristallisent et se transforment en impasses pédagogiques. Rappelons que plusieurs difficultés de raisonnement clinique peuvent coexister ou être associées à des lacunes d'autres ordres (affectifs, relationnels ou organisationnels)^[5, 6].

Exemple clinique

Vous avez observé la consultation d'un de vos apprenants (externe ou interne/résident, selon le cas) qui a rencontré une patiente de 69 ans souffrant d'arthrose lombaire, d'ostéoporose et de fibromyalgie. Elle se plaint depuis quelques jours d'une douleur sévère au haut de la cuisse droite, qui l'empêche marcher et de dormir. Sa médication habituelle qui comprend de l'acétaminophène, de l'oxycodone, du gabapentin et de l'amitriptyline ne la soulage pas.

Votre propre raisonnement clinique vous permet d'évoquer rapidement quatre ou cinq hypothèses diagnostiques. Après avoir examiné sa patiente, votre apprenant vous présente le cas.

– Apprenant : *Il s'agit d'une dame de 69 ans, que je connais bien, qui consulte régulièrement pour des*

douleurs chroniques provoquées par de l'arthrose lombaire sévère et de la fibromyalgie et que j'arrive mal à satisfaire. Elle se plaint maintenant d'une douleur nouvelle au haut de la cuisse droite, d'allure mécanique, qui est invalidante. Il n'y a pas eu de traumatisme important, si ce n'est une chute il y a deux semaines. Elle demande des médicaments plus puissants pour soulager cette douleur. L'examen révèle une sensibilité à la palpation des adducteurs de la cuisse droite. L'adduction contrariée de la hanche droite reproduit sa douleur.

- Superviseur : *Quelle est ton hypothèse diagnostique ?*
- Apprenant : *Je crois que ma patiente souffre d'une tendinite des adducteurs.*
- Superviseur : *As-tu considéré d'autres diagnostics ?*
- Apprenant : *Non, puisque le diagnostic s'impose : la douleur est différente de sa douleur habituelle de lombalgie, elle est reproduite par la palpation des adducteurs et l'adduction contrariée. Bien sûr elle a aussi mal au bassin, mais elle a toujours mal à cet endroit.*
- Superviseur : *Que vas-tu proposer à ta patiente ?*
- Apprenant : *Je vais lui expliquer la nature de sa blessure et ajuster sa médication pour soulager sa douleur. Le repos et le temps feront le reste.*

La présentation du problème est claire et synthétique et le raisonnement de l'apprenant cohérent. Vous êtes néanmoins surpris qu'il n'ait pas évoqué la possibilité d'une fracture chez une dame souffrant d'ostéoporose, présentant une douleur importante et ayant chuté deux semaines auparavant. Vous réexaminez la patiente avec votre apprenant et constatez que la palpation du pubis provoque une douleur intense. Une radiographie révèle une fracture du rameau pubien. Comment comprendre que l'apprenant ait raté le diagnostic ?

Les problèmes liés à la fermeture prématurée du raisonnement clinique

Que désigne-t-on par « fermeture prématurée » ?

Au cours du raisonnement clinique, la fermeture prématurée survient lorsque le clinicien se centre

Tableau I. Indices de difficultés de raisonnement clinique liées à une fermeture prématurée du raisonnement clinique, éprouvées par un apprenant à l'étape du traitement et du raffinement des hypothèses.

Indices (non exhaustifs)	Exemples
En supervision après observation (directe) :	
• Recherche seulement les informations qui confirment une unique hypothèse diagnostique.	Se centre sur la tendinite des adducteurs.
• N'explore pas les indices ou les éléments qui peuvent mener à d'autres hypothèses diagnostiques.	Néglige l'histoire de chute, l'ostéoporose et l'intensité de la douleur.
• Ne clarifie ou ne vérifie pas les plaintes du patient.	
• Ne remarque pas de nouveaux indices qui pourraient apparaître en cours d'entrevue ou d'examen.	
En supervision différée (indirecte) :	
• Élabore peu sur d'autres hypothèses diagnostiques.	« Non, puisque le diagnostic s'impose... ».
• Ne retient ou n'identifie pas certains éléments qui auraient pu soulever d'autres hypothèses.	Néglige la chute et l'ostéoporose « Bien sûr elle a aussi mal au bassin, mais elle a toujours mal à cet endroit. ».
En supervision à partir du dossier :	
• N'inscrit pas dans la note des éléments-clés qui servent à exclure d'autres hypothèses que celle retenue (éléments négatifs pertinents).	
• Formule une impression diagnostique qui ne comporte pas de diagnostic différentiel	

En tramé : les éléments relatifs à l'exemple clinique rapporté dans le corps du texte.

rapidement sur une seule hypothèse diagnostique et conduit le recueil des données en l'orientant exclusivement en fonction de cette unique hypothèse. Il reconnaît rapidement le diagnostic qui lui paraît être le plus à même d'expliquer les symptômes du patient et, sans chercher à exclure d'autres possibilités, se focalise sur les indices qui confirmeront sa pensée.

Comment reconnaître la fermeture prématurée ?

Le tableau I présente quelques indices qui auraient pu être présents et auraient permis de déceler des problèmes de fermeture prématurée. Les éléments relatifs à l'exemple formulé ci-dessus et identifiables en supervision différée (indirecte) se retrouvent dans les cases tramées du tableau.

Comment expliquer la fermeture prématurée ?

Après avoir identifié des manifestations de fermeture prématurée, le rôle du superviseur est d'utiliser son raisonnement pédagogique pour chercher à en expliquer les raisons afin de les corriger. Il aidera d'abord l'apprenant à prendre conscience du problème pour en comprendre les causes.

– Superviseur : *Comment se fait-il, à ton avis, que tu n'aies pas pensé à la possibilité d'une fracture chez cette dame âgée, souffrant d'ostéoporose, qui a chuté deux semaines avant l'apparition d'une nouvelle douleur ?*

– Apprenant : *Je crois que je me suis laissé influencer par le fait que cette dame se plaint toujours de douleurs multiples et qu'elle me demande sans cesse des médicaments plus puissants. J'étais heureux de*

Tableau II. Hypothèses pédagogiques permettant d'expliquer la fermeture prématurée du raisonnement clinique.

Hypothèses explicatives de la fermeture prématurée (non exhaustives)	Exemples
Personnalité du médecin	
• Excès de confiance en son jugement clinique.	
• Manque de rigueur dans le travail clinique.	
Circonstances cliniques	
• Fatigue du médecin.	
• Manque de temps qui force le médecin à travailler trop vite.	
• Vécu d'une expérience similaire conduisant à une reconnaissance rapide, parfois erronée d'un diagnostic.	« J'ai vu récemment un patient souffrant d'une tendinite des adducteurs et j'ai cru reconnaître le même tableau clinique. »
• Caractéristiques du patient qui irritent ou indisposent le médecin.	« Je me suis laissé influencer par le fait que cette dame se plaint toujours de douleurs multiples. Habituellement, j'arrive mal à la satisfaire. »
• Malaise du médecin qui l'empêche d'explorer certains aspects.	
Déficit de connaissances ou d'expérience qui limite la génération. d'hypothèses diagnostiques.	« Je n'avais jamais vu de patient avec une fracture du bassin. Je suis surpris que la douleur puisse survenir si tardivement après le traumatisme. »
Absence d'intégration de tous les éléments de la situation clinique. Certaines informations pertinentes sont ignorées.	Néglige la chute récente et l'ostéoporose.

En tramé : les éléments relatifs à l'exemple clinique rapporté dans le corps du texte.

trouver rapidement une solution simple à cette nouvelle plainte alors qu'habituellement j'arrive mal à la satisfaire. J'ai vu récemment un patient souffrant d'une tendinite des adducteurs et j'ai cru reconnaître le même tableau clinique. Et puis, je n'avais jamais vu de patient avec une fracture du bassin. Je suis surpris que la douleur puisse survenir si tardivement après le traumatisme.

Le tableau II illustre plusieurs hypothèses qui peuvent expliquer une fermeture prématurée. Il est pertinent de les distinguer car les correctifs pourront varier en fonction des causes.

Comment corriger la fermeture prématurée ?

Une fois le problème pédagogique mieux défini, la dernière étape du raisonnement pédagogique consiste

à mettre en place un plan d'intervention qui comprendra différentes stratégies adaptées aux objectifs préalablement circonscrit. Plusieurs auteurs ont décrit des interventions visant à corriger ce problème de raisonnement clinique^[7]. Le tableau III propose des actions plus concrètes applicables dans le contexte de supervision clinique.

Ces interventions peuvent avoir lieu après la consultation, lorsque l'apprenant et l'enseignant sont plus libres de leur temps.

Conclusion

La fermeture prématurée est un raccourci survenant dans le processus de raisonnement clinique, par lequel le clinicien se centre hâtivement et exclusivement sur une seule hypothèse diagnostique. Cette difficulté très

Tableau III. Stratégies de correction de la fermeture prématurée du raisonnement clinique.

Objectifs	Actions
Réfléchir aux raisons qui ont amené l'apprenant à ne pas retenir d'autres hypothèses.	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagner l'apprenant dans cette réflexion et lui en souligner l'importance. • <i>Comment se fait-il, à ton avis, que tu n'aies pas pensé à la possibilité d'une fracture chez cette dame âgée, souffrant d'ostéoporose, qui a chuté deux semaines avant l'apparition d'une nouvelle douleur ?</i>
Stimuler la génération systématique d'hypothèses diagnostiques alternatives.	<ul style="list-style-type: none"> • Demander systématiquement de résumer le cas clinique et de nommer, en plus du diagnostic principal, d'autres diagnostics possibles ou potentiellement très graves. • Insister sur l'importance de respecter cette démarche, particulièrement lorsque les circonstances cliniques sont difficiles (fatigue, manque de temps, patient difficile, etc.) ou que le diagnostic s'impose d'emblée.
Développer la rigueur du raisonnement en se focalisant sur la justification des hypothèses.	<ul style="list-style-type: none"> • Demander de justifier, en fonction des données positives et négatives pertinentes, le diagnostic le plus probable, de même que ceux qui constituent le diagnostic différentiel. • Faire classer les diagnostics différentiels envisagés en ordre de probabilité. • Proposer des hypothèses alternatives et demander au résident de nommer les éléments qui soutiennent ou infirment ces hypothèses. • Demander d'inscrire ces justifications au dossier.
Encourager l'organisation des connaissances.	<ul style="list-style-type: none"> • Demander à l'apprenant de faire des lectures : <ul style="list-style-type: none"> - En fonction de la sémiologie et des diagnostics différentiels. - En comparant diverses pathologies. • Discuter des lectures avec l'apprenant pour favoriser l'intégration des connaissances.

En tramé : les éléments relatifs à l'exemple clinique rapporté dans le corps du texte.

fréquente peut conduire à des erreurs diagnostiques qui font suite à la banalisation, la surestimation ou l'exclusion d'un signe ou d'un symptôme.

Pour identifier cette difficulté, le superviseur doit vérifier si l'apprenant a envisagé d'autres hypothèses et si son recueil des données lui a permis de les écarter. Le superviseur doit demeurer vigilant, car l'apprenant peut présenter son cas de façon très efficace et synthétique en omettant des éléments importants qu'il n'a pas retenus. Il peut arriver que le superviseur soit alors induit en erreur par cette apparente maîtrise de

Contributions

Les trois auteurs ont conjointement mené des discussions sur le contenu et la structuration de l'article. Gilbert Sanche a rédigé une première version qui a fait l'objet d'une révision par Marie-Claude Audétat et Suzanne Laurin. La version finale du manuscrit a été approuvée par les trois auteurs.

la situation clinique. Dans cette perspective, nous ne saurions trop recommander de superviser les apprenants en direct, que ce soit au chevet du patient, en assistant à la consultation ou à l'aide de caméras vidéo.

Le *Guide d'aide au diagnostic pédagogique et au développement de stratégies de remédiation*, disponible en ligne en tant que matériel éditorial complémentaire, peut aider le clinicien enseignant dans sa tâche pédagogique d'identification et de correction des problèmes de fermeture prématurée.

Références

1. Audétat MC. L'identification et la remédiation des difficultés de raisonnement clinique en médecine (État des pratiques, recherche d'outils et processus pour soutenir les cliniciens enseignants), Thèse par articles. Montréal : Université de Montréal ; 2011.
2. Audétat MC, Laurin S, Sanche G, Béique C, Caire-Fon N, Blais J, et al. Clinical reasoning difficulties: a taxonomy for clinical teachers, soumis : *Med Teach*. 2011.
3. 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 chez les étudiants. *Pédagogie Médicale* 2011;12:223-9
4. Audétat MC, Laurin S, Sanche G. Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique. II. Les difficultés de raisonnement clinique à l'étape du recueil initial des données et de la génération d'hypothèses. *Pédagogie Médicale*. 2011;12:231-6
5. Steinert Y, Lewitt C. Working with the "problem" resident; guidelines for definition and intervention. *Fam Med* 1993;25:627-32.
6. Vaughn L, Baker R, T: DW. The problem learner. *Teach Learn Med* 1998;10:217-22.
7. Nendaz M. Éducation et qualité de la décision médicale : un lien fondé sur des preuves existe-t-il ? *Rev Med Interne* 2011;32:436-42.

Correspondance et offprints : Gilbert Sanché. Département de médecine familiale et de médecine d'urgence. Université de Montréal Pavillon Roger-Gaudry bureau S-7072900, boulevard Édouard-Montpetit. C.P. 6128, succ. Centre-ville Montréal (Québec) H3C 3J7, Canada. Mailto :gilbert.sanche@umontreal.ca