

Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique

IV. Les difficultés de raisonnement clinique à l'étape du raffinement et du traitement des hypothèses : les difficultés de priorisation

Tackling clinical reasoning from a pedagogical perspective

IV. Clinical reasoning difficulties at the hypotheses and hypothesis testing stage: prioritizing difficulties

Suzanne LAURIN, Marie-Claude AUDÉTAT et Gilbert SANCHE

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

Keywords

Clinical reasoning; clinical supervision; educational diagnosis

Messages clés : • Au cours du raisonnement clinique, le clinicien interprète les informations recueillies, décide de l'importance à leur donner et priorise les éléments pertinents pour l'évolution de sa démarche de raffinement et de vérification d'hypothèses cliniques.

• 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 les difficultés de raisonnement clinique qui se manifestent lors de cette étape de la priorisation et tenter de les corriger.

Key messages: • During clinical reasoning, clinicians interpret the information collected, determine its significance, and prioritize the information relevant to hypothesis process and testing.

• Through a process of educational diagnosis, similar to that applied in clinical settings, clinician teachers can, in clinical supervision, identify the 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 quatrième 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^[3]. Le deuxième abordait les difficultés à l'étape du recueil initial des données et de la génération d'hypothèses et le troisième, présenté dans ce même numéro, illustre les problèmes de fermeture prématurée tels qu'ils peuvent se manifester quotidiennement dans le contexte d'apprentissage en milieu clinique^[4, 5].

Cette quatrième chronique aborde les difficultés de raisonnement clinique qui concernent l'étape d'interprétation des données et de priorisation des informations, 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)^[6,7].

Exemple clinique

C'est l'hiver, saison des virus et de leurs complications. Vous avez vu beaucoup de patients avec une apprenante (une externe ou une interne/résidente selon le cas) cet après-midi et vous avez pu réviser avec elle les causes courantes de rhinorrhée et de toux. Au cours de cette journée, vous avez pu remarquer que, bien que sa collecte des données vous ait permis de vous faire une idée assez claire du problème de chacun des patients, cette apprenante n'arrivait pas, malgré vos efforts pour guider son raisonnement, à distinguer une bronchite d'une toux chez un asthmatique enrhumé ou d'une sinusite. Ce constat vous préoccupe : comment se fait-il qu'à l'écoute de la

description des données que votre apprenante a obtenues, vous arriviez facilement à une impression diagnostique assez claire alors qu'elle vous propose une hypothèse alternative moins probable ? Les problèmes rencontrés aujourd'hui vous semblaient pourtant simples. Vous décidez d'aborder la question.

– Superviseur : *Bien que tous les patients semblaient consulter pour la même chose, nous avons pu identifier une variété de pathologies associées à la toux et la rhinorrhée. Que retiens-tu de cet après-midi ?*

– Apprenante : *J'avoue que je suis confuse et que j'ai du mal à comprendre comment vous arrivez à vous faire une idée juste des problèmes. Tous les cas me semblaient pareils. Chaque fois que je croyais avoir trouvé le bon diagnostic, vous me faisiez voir un élément dont je n'avais pas tenu compte et qui vous permettait d'en évoquer un autre. Je ne comprends pas ce qui cloche dans ma démarche. Ce soir, je vais réviser la bronchite, l'asthme, la rhinite et les autres variantes de la toux et de l'écoulement nasal.*

Les problèmes liés à difficulté de priorisation des informations

Que désigne-t-on par « difficulté de priorisation » ?

Cette difficulté survient lorsque le clinicien n'arrive pas à interpréter les données pour choisir de façon pertinente d'accorder ou non de l'importance à des indices ou des informations obtenus au cours de l'entrevue ou encore qu'il a des difficultés à centrer son recueil des données sur les éléments les plus importants, surtout lorsqu'il y a plusieurs plaintes. Le clinicien ne parvient pas à identifier les éléments-clés ou à hiérarchiser les différentes informations obtenues pour arriver à poser le diagnostic le plus probable dans une situation donnée.

Comment reconnaître une difficulté à prioriser les informations ?

Le tableau I présente quelques exemples d'indices qui auraient pu être présents et auraient permis de déceler la difficulté de priorisation.

Tableau I. Indices de difficultés de raisonnement clinique à l'étape de la priorisation des informations.

Indices (non exhaustifs)	Exemples
• En supervision après observation (directe) :	
• Conduit une entrevue avec une structure et un plan rigides.	Questionne tous les patients de la même façon, sans insister sur leurs caractéristiques spécifiques.
• Ne caractérise pas la plainte principale façon détaillée.	Ne cherche pas à se faire une idée précise du type de toux présentée par le patient, de son mode d'apparition, son évolution, etc.
• Passe beaucoup de temps à explorer un élément secondaire.	Fait une recherche exhaustive des éléments irritants ou des allergènes environnementaux chez un patient sans antécédent, qui se plaint de rhinorrhée avec mal de gorge et fièvre depuis deux jours.
• Ne précise pas assez les éléments qui lui permettraient de retenir une hypothèse plutôt qu'une autre.	N'adapte pas son anamnèse de façon à distinguer la toux provoquée par la rhinorrhée postérieure de celle d'origine bronchique.
En supervision différée (indirecte) :	
• Élabore une conclusion et un plan d'investigation et de traitement qui ne correspondent pas à ce que l'on attend.	
• Éprouve des difficultés à faire une intégration et une synthèse des éléments recueillis.	N'évoque pas l'hypothèse d'asthme devant une toux persistante chez un adolescent qui a des antécédents de rhinite allergique et d'eczéma.
• N'identifie pas les éléments-clés qui pourraient lui permettre de distinguer une pathologie d'une autre.	Ne tient pas compte de la très courte durée de la fièvre et souhaite exclure une pneumonie chez tous les enfants enrhumés qui toussent.
• Le superviseur éprouve le besoin de retourner voir le patient pour se faire une idée de la situation clinique.	
En supervision à partir du dossier :	
• Rédige une longue note qui ne permet pas d'identifier les éléments-clés – ne fait pas de synthèse.	
• N'identifie pas les éléments qui caractérisent le problème prioritaire et/ou fournit un excès de détails sur des éléments secondaires.	

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

Comment expliquer les difficultés à prioriser les informations ?

Plusieurs facteurs peuvent expliquer le problème de priorisation et c'est le rôle du superviseur de rechercher celui ou ceux qui concernent notre apprenante pour ensuite proposer des stratégies de remédiation ciblées.

- Superviseur : *Je crois que nous devrions d'abord tenter de mieux comprendre ce qui s'est passé aujourd'hui.*
- Apprenante : *Il y avait beaucoup de patients à voir et je voulais aller vite et être rigoureuse en même temps, pour ne pas rater de diagnostic grave, sans savoir comment faire.*

Tableau II. Hypothèses pédagogiques permettant d'expliquer la difficulté à prioriser les informations.

Hypothèses explicatives de la difficulté à prioriser les informations (non exhaustives)	Exemples
<ul style="list-style-type: none"> Influence de facteurs en lien avec le contexte ou avec le rapport de l'apprenant au patient (psychosociaux, personnalité, etc.). 	Contexte d'affluence, pression du temps, tous les patients semblent consulter pour la même raison.
<ul style="list-style-type: none"> Influence de facteurs propres au résident (expérience, valeurs et préjugés, préoccupations, contre-transfert, etc.). 	Crainte de ne pas reconnaître une pathologie grave qui nuit à la démarche d'analyse du problème.
<ul style="list-style-type: none"> Maîtrise insuffisante de certaines compétences, telles que les techniques de gestion d'entrevue, affirmation de soi, etc. 	
<ul style="list-style-type: none"> Problème d'organisation des connaissances. 	Les connaissances ne sont pas construites de façon à contraster les éléments-clés différentes pathologies.

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

- Superviseur : *Pour aller à l'essentiel sans perdre de temps, il faut bien connaître chacune de ces pathologies et les signes et symptômes que les caractérisent de façon à pouvoir les identifier.*
- Apprenante : *Je les connais très bien. Ce sont des problèmes courants que j'ai révisés récemment.*
- Superviseur : *Pourrais-tu les comparer en relevant ce qui permet de les distinguer les uns des autres ?*
- Apprenante : *Je n'ai jamais étudié comme cela en comparant les différentes pathologies.*

Le tableau II illustre plusieurs hypothèses qui pourraient expliquer la difficulté de l'apprenante à prioriser les informations. Il est important de les distinguer, car les correctifs pourront varier en fonction des causes.

Comment corriger la difficulté à prioriser les informations ?

Une fois que le superviseur a identifié une cause probable au problème de raisonnement clinique, la dernière étape du raisonnement pédagogique consiste à mettre en place un plan d'intervention qui comprendra différentes stratégies, adaptées aux objectifs

préalablement circonscrits. Quelques exemples sont présentés dans le tableau III.

Ces interventions peuvent s'appliquer aux supervisions quotidiennes et d'autres, faire partie d'un plan pédagogique plus large, comprenant des activités d'apprentissage diverses.

Conclusion

La démarche de raisonnement clinique implique de savoir choisir judicieusement quels indices doivent être explorés et quelle importance doit être accordée aux éléments recueillis à l'anamnèse et à l'examen physique, en tenant compte des particularités du patient et de son contexte. Les difficultés qu'éprouvent les apprenants à prioriser les informations peuvent se manifester par une absence de choix et un traitement égal de toutes les données ou encore par une banalisation ou une surestimation de certaines. Comprendre l'origine de ces erreurs peut permettre de mettre en place des stratégies pour tenter de les corriger.

Dans sa démarche pédagogique, le clinicien enseignant expérimenté doit faire l'effort d'identifier

Tableau III. Stratégies de correction des difficultés de priorisation.

Objectifs	Actions
Identifier les raisons qui ont amené l'apprenante à ne pas prioriser les éléments-clés.	Formuler et communiquer la difficulté à l'apprenante « J'ai remarqué que tu avais du mal, devant tous ces cas qui paraissent semblables, à distinguer les différents diagnostics possibles. Comment expliques-tu cela? ».
Expliciter son interprétation des données et son choix d'information à prioriser (modèle de rôle explicite).	« Chez ce patient qui a une toux sèche et persistante depuis un épisode viral, je pense à de l'asthme ou à une pneumonie. Les antécédents d'eczéma et d'allergies sont des éléments qui soutiennent l'hypothèse d'asthme. Tu n'as pas relevé d'indice d'infection tels que la fièvre, une douleur thoracique ou des expectorations colorées. Je me dis alors que la toux est probablement provoquée par un asthme activé par l'infection virale. ».
Amener l'apprenant à considérer une priorisation différente.	« Et si tu considérais que tel symptôme était très important, quel impact cela aurait-il sur ton hypothèse finale ? »
Mettre en évidence différents éléments et facteurs présents durant la consultation, discuter l'importance à leur accorder et réfléchir à leur influence sur le raisonnement clinique. Confronter l'apprenant dans une perspective réflexive et rendre explicite l'impact de ces facteurs lors de la supervision.	« Ta deuxième patiente était convaincue de souffrir de sinusite. Est-ce que cela a pu avoir un impact sur ton processus de raisonnement ? » « Il peut nous arriver d'être influencé par une demande d'antibiotiques de la part d'un patient et avoir tendance à minimiser le problème pour ne pas en prescrire. On peut aussi donner trop d'importance à des signes mineurs de surinfection parce qu'on n'a pas envie de refuser la prescription. As-tu déjà été confrontée à ce genre de situation ? »
Encourager à développer ses connaissances en contrastant les éléments clés qui permettent de distinguer les pathologies entre elles.	« J'aimerais que tu révises les pathologies courantes qui causent de la toux et que tu inscribes dans un tableau les signes et symptômes qu'elles ont en commun et ceux qui les distinguent. »

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

cette étape de priorisation des informations, qu'il fait souvent sans s'en rendre compte, de façon à guider l'apprenant et soutenir son raisonnement clinique. Le *Guide d'aide au diagnostic pédagogique et au développement de stratégies de remédiation* a pour objectif d'aider le clinicien enseignant dans sa tâche pédagogique. Il est disponible en ligne en tant que matériel éditorial complémentaire.

Contributions

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

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. Sanche G, Audétat MC, Laurin S. 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. *Pédagogie Médicale* 2012; 13:103-8
6. Vaughn L, Baker R, De Witt T. The problem learner. *Teach Learn Med* 1998;10:217-22.
7. Steinert Y, Lewitt C. Working with the "problem" resident; guidelines for definition and intervention. *Fam Med* 1993;25:627-32.

Correspondance et offprints : Suzanne Laurin. 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 : suzanne.laurin@umontreal.ca