

# Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique\*

## VI. Les difficultés de raisonnement clinique à l'étape de l'élaboration du plan d'intervention

### *Tackling clinical reasoning from a pedagogical perspective*

#### *VI. Clinical reasoning difficulties when developing an intervention plan*

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 31 mai 2012 ; accepté pour publication le 13 juin 2012

#### Mots-clés

Raisonnement clinique ; supervision clinique ; diagnostic pédagogique

#### Keywords

Clinical reasoning; clinical supervision; educational diagnosis

#### Messages clés

- Le raisonnement clinique ne s'arrête pas avec la formulation du diagnostic. Il doit se poursuivre à l'étape de l'élaboration du plan d'intervention pour permettre au médecin de faire les meilleurs choix d'investigations, de recommandations, de traitements et de suivi.
- Au cours de la supervision, grâce à une démarche de diagnostic pédagogique semblable à celle appliquée en clinique, le clinicien enseignant peut identifier de telles difficultés de raisonnement clinique et tenter de les corriger.

#### Key messages

- Clinical reasoning does not end with coming to a diagnosis. It needs to be continued during the development of the intervention plan to allow the physician to make the best choices regarding investigations, therapeutic and preventive recommendations, treatment and follow-up.
- Through an educational diagnosis process similar to that applied in clinical settings, clinician teachers can, in supervision, identify clinical reasoning difficulties and try to correct them.

Cet article est le sixième et dernier 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<sup>[1, 2]</sup>. Le premier article présentait le cadre conceptuel du diagnostic pédagogique des difficultés de raisonnement clinique et les trois autres illustraient des difficultés de raisonnement clinique aux étapes de génération d'hypothèses et d'orientation du recueil des données et du

raffinement et du traitement des hypothèses<sup>[3, 4, 5, 6]</sup>. Le cinquième, présenté dans ce même numéro, aborde les difficultés de raisonnement clinique qui concernent l'étape de l'élaboration d'un portrait global de la situation clinique, telles qu'elles peuvent se présenter dans le contexte d'une supervision directe<sup>[7]</sup>.

Cette dernière chronique aborde les difficultés de raisonnement clinique qui concernent l'étape de l'élaboration du plan d'intervention, telles qu'elles peuvent se présenter dans le contexte d'une supervision différée (indirecte).

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

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)<sup>[7, 8]</sup>.

## Exemple clinique

Un autre quart de travail bien occupé s'achève en salle d'urgence. Un apprenant (un externe ou un interne/résident, selon le cas) vous rapporte l'histoire d'un homme de 48 ans, n'ayant aucun antécédent, qui souffre d'une douleur lombaire apparue il y a trois jours, après avoir soulevé un meuble. Votre apprenant a bien fait ressortir le caractère mécanique de la douleur et s'est assuré qu'il s'agissait d'un premier épisode de lombalgie. Rien ne permet de suspecter la présence d'une pathologie grave ou urgente. À l'examen physique, l'apprenant a trouvé une limitation des mouvements lombaires dans tous les axes, une douleur à la palpation des apophyses épineuses L4 et L5, de même qu'un spasme des muscles para-vertébraux. L'examen neuro-vasculaire des membres inférieurs est entièrement normal. L'hypothèse d'entorse lombaire est évoquée.

Vous discutez avec lui de son plan d'intervention.

- *Superviseur : Je suis d'accord avec ton hypothèse diagnostique. Que vas-tu proposer à ton patient ?*
- *Apprenant : Je vais prescrire une radiographie de la colonne lombo-sacrée, puis je lui donne ensuite congé avec une prescription d'anti-inflammatoire pour 10 jours. J'aimerais aussi obtenir une tomodensitométrie lombaire dans un deuxième temps. Je rappellerai le patient si le résultat de l'investigation est anormal.*
- *Superviseur : Pour quelles raisons demandes-tu ces deux examens ?*
- *Apprenant : Pour exclure la présence de métastases osseuses ou d'une hernie discale.*

Le résultat de l'anamnèse et de l'examen physique de ce patient aurait satisfait le clinicien expert

que vous êtes. L'incohérence entre les inquiétudes de l'apprenant, ses choix d'investigation et son plan de traitement vous surprennent et vous préoccupent.

## Les problèmes liés à l'élaboration d'un plan d'intervention

Que désigne-t-on par « difficulté à élaborer un plan d'intervention » ?

Précisons d'emblée que la notion de plan d'intervention doit être comprise dans son sens large : elle inclut tant les investigations que les recommandations thérapeutiques et préventives, le traitement et le suivi. Le processus de raisonnement clinique doit se poursuivre après la formulation du diagnostic pour guider les choix à faire à chacune des composantes du plan d'intervention. Une difficulté à conduire cette étape du raisonnement clinique se manifeste lorsque le processus d'intégration et de synthèse de tout le processus de raisonnement est insatisfaisant et conduit à un plan d'intervention inadéquat ou mal adapté à la situation clinique.

Comment reconnaître la difficulté à élaborer un plan d'intervention ?

Le tableau I présente quelques indices qui peuvent permettre de déceler des problèmes d'élaboration d'un plan d'intervention.

Comment expliquer la difficulté à élaborer un plan d'intervention ?

Après avoir identifié un problème lors de l'élaboration du plan d'intervention, 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 : Quelle est la probabilité, à ton avis, de découvrir une hernie discale ou des métastases osseuses chez ce jeune patient ? Quels indices te font évoquer des telles hypothèses et te poussent à prescrire une investigation ?*

**Tableau I.** Indices de difficulté d'élaboration d'un plan d'intervention éprouvée par un apprenant.

Indices (non exhaustifs)	Exemples
<b>En supervision après observation (directe) :</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan d'intervention absent ou déficient.</li> </ul>	Le plan est trop exhaustif, stéréotypé, ambigu, vague, ne règle rien ou repousse sans cesse la prise de décision.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de traitement insatisfaisant, inapproprié pour la situation, ou qui ne tient pas compte des préoccupations du patient.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan d'intervention que l'apprenant peine à expliquer au patient.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Suivi inapproprié.</li> </ul>	Le suivi est trop rapproché, trop éloigné, mal justifié ou indûment absent.
<b>En supervision différée (indirecte) :</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan d'intervention qui n'est pas cohérent avec la démarche de raisonnement.</li> </ul>	L'apprenant suggère de prescrire une tomodensitométrie du rachis lombaire alors que son évaluation clinique lui permet de conclure à une lombalgie mécanique simple.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan d'intervention que l'apprenant est incapable de justifier.</li> </ul>	L'apprenant justifie son investigation avec des arguments peu convaincants : exclure l'improbable présence d'une hernie discale ou de métastases osseuses.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan d'intervention qui ne prend pas en considération la disponibilité ou le coût des ressources, la prévalence, ou l'urgence des problèmes, ou encore les contraintes ou préoccupations du patient.</li> </ul>	L'apprenant n'a pas évalué le rapport « coût bénéfice » des deux examens qu'il compte prescrire.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan d'intervention déficient : trop exhaustif, stéréotypé, ambigu, vague, qui ne règle rien ou qui repousse sans cesse la prise de décision.</li> </ul>	L'apprenant veut prescrire une investigation excessive compte tenu du tableau clinique.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan d'intervention qui n'intègre pas l'anticipation de l'évolution du problème clinique (se limite à une seule étape par exemple).</li> </ul>	L'apprenant ne prévoit pas l'éventuelle persistance de la douleur après le traitement anti-inflammatoire et ne planifie pas un suivi en conséquence.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de traitement insatisfaisant, inapproprié pour la situation.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Suivi inapproprié.</li> </ul>	L'apprenant remplace le suivi du problème, dont l'évolution pourrait permettre de confirmer ou de remettre en question l'hypothèse retenue, par une investigation et se contentera de rappeler le patient si les résultats des examens sont anormaux.
<b>En supervision à partir du dossier :</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan d'intervention absent, déficient ou inapproprié.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan d'intervention qui ne traduit pas les étapes subséquentes envisageables en fonction de l'évolution du problème.</li> </ul>	

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

**Tableau II.** Hypothèses pédagogiques permettant d'expliquer les difficultés d'élaboration d'un plan d'intervention éprouvées par un apprenant.

Hypothèses pouvant expliquer une difficulté à élaborer un plan d'intervention (non exhaustives) :	Exemples
• Déficit de connaissances.	
• Intégration et synthèse inadéquate des données.	
• Influence de circonstances cliniques.	L'apprenant se sent l'obligation d'investiguer parce qu'il travaille à la salle d'urgence. Expérience clinique limitée à des cas graves.
• Difficulté de gestion de l'incertitude.	L'apprenant arrive mal à se convaincre, sur la base de la clinique, que son patient n'a pas de pathologie grave. Il n'utilise pas le suivi clinique comme outil de gestion de l'incertitude.
• Difficulté à intégrer les nouveaux indices (réponse au traitement, résultat d'investigation, etc.) dans le raisonnement.	
• Difficulté à intégrer la perspective du patient ou son contexte psychosocial.	
• Difficulté à développer une perspective longitudinale du suivi du patient.	
• Influences extérieures.	Caractéristiques du patient (âge, sexe, race, etc.) Caractéristiques du médecin (âge, sexe, ethnie, spécialité, etc.) Pressions provenant du patient. Craintes de suites légales. Publicité et pressions de l'industrie.

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

- Apprenant : *Le risque est très faible, je crois. J'ai peu d'éléments pour soutenir ces hypothèses, c'est vrai...*
- Superviseur : *Alors, pourquoi rechercher ces pathologies ?*
- Apprenant : *Parce qu'elles sont graves et que je ne veux pas les rater, surtout en salle d'urgence. Et puis les cas de lombalgie que j'ai vus à ce jour, dans mes stages hospitaliers, étaient tous causés par des pathologies graves.*
- Superviseur : *La lombalgie est un motif de consultation très fréquent en médecine de première ligne. La majorité des patients qui en souffrent n'ont pas de pathologie grave. As-tu pensé au coût que représente le fait d'investiguer systématiquement tous ces patients ? À l'encombrement des ressources ? Au temps que devra y investir ce patient ? Comment pourrais-tu mieux sélectionner les patients à qui recommander une investigation ?*

- Apprenant : *En me fiant mieux à la clinique, probablement.*
- Superviseur : *Assurément ! Dans ce cas, les éléments-clés sont : l'âge du patient, le mécanisme de la blessure, le caractère mécanique de la douleur, l'absence de tout autre symptôme inquiétant et de signe d'anomalie radiculaire à l'examen. Une investigation n'est donc pas indiquée. Connais-tu l'évolution habituelle d'une lombalgie mécanique simple ?*
- Apprenant : *Les symptômes disparaissent en quatre à six semaines.*
- Superviseur : *Exact. Comment peux-tu intégrer cette donnée dans ton plan d'intervention ?*
- Apprenant : *En assurant un suivi pour vérifier si le problème de mon patient s'est résolu dans le temps prévu.*

Le tableau II illustre plusieurs hypothèses qui pourraient expliquer une difficulté à élaborer un plan d'intervention. Il est pertinent de les distinguer car les

**Tableau III.** Stratégies de correction de la difficulté d'élaboration d'un plan d'intervention.

Objectifs	Actions
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inciter l'apprenant à se prononcer et à se positionner.</li> </ul>	<p>Le superviseur stimule la réflexion de l'apprenant et, si nécessaire, propose des différents scénarios d'évolution du problème pour stimuler l'élaboration d'un plan d'intervention complet et intégré.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « <i>Quelle est la probabilité de trouver une hernie discale ou des métastases osseuses chez ce jeune patient, qui présente une lombalgie mécanique simple sans aucun autre signe ou symptôme inquiétant ?</i> ».</li> <li>• « <i>Quelle est l'évolution habituelle d'une lombalgie mécanique simple ?</i> ».</li> <li>• « <i>Comment peux-tu intégrer ces données dans ton plan d'intervention ?</i> ».</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expliciter son raisonnement clinique (modèle de rôle explicité).</li> </ul>	<p>À partir des informations cliniques, le superviseur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifie les éléments-clés à la base de son raisonnement et explique pourquoi il favorise un tel plan.</li> <li>• Insiste sur l'importance du raisonnement clinique non seulement pour le diagnostic, mais aussi pour construire le plan d'intervention.</li> </ul> <p><i>« Dans ce cas, les éléments-clés sont : l'âge du patient, le mécanisme de la blessure, le caractère mécanique de la douleur, l'absence de tout autre signe ou symptôme inquiétant. Je ne préconise donc pas d'investigation. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explique comment utiliser le suivi clinique comme outil de gestion de l'incertitude.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reprendre le raisonnement clinique pour nuancer les guides de pratique en se centrant sur les différents facteurs spécifiques à la situation clinique.</li> </ul>	<p>Le superviseur explicite comment, tout en restant rigoureux du point de vue médical, il module l'application des recommandations pour tenir compte des spécificités du patient.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encourager les lectures comparées entre les différentes options d'investigation et de traitement et mise en perspective de leurs avantages et inconvénients.</li> </ul>	<p>Le superviseur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demande à l'apprenant de lire : <ul style="list-style-type: none"> <li>- En reliant la sémiologie aux diagnostics différentiels.</li> <li>- En comparant diverses pathologies (lombalgie simple vs. hernie discale).</li> </ul> </li> <li>• Discute des lectures avec l'apprenant pour favoriser l'intégration des connaissances.</li> </ul>

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

interventions correctives pourront varier en fonction des causes.

Comment corriger la difficulté à élaborer un plan d'intervention ?

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

à mettre en place un plan d'intervention pédagogique qui comprendra différentes stratégies, présentées ci-dessous dans le tableau III, adaptées aux objectifs préalablement circonscrits.

Ces interventions se réalisent parfois avantageusement après la consultation, lorsque l'apprenant et l'enseignant sont plus libres de leur temps.

## Conclusion

Le processus de raisonnement clinique ne s'arrête pas à la formulation du diagnostic ; il doit se poursuivre à l'étape d'élaboration du plan d'intervention. C'est ce raisonnement qui permettra au médecin de faire les meilleurs choix d'investigations, de recommandations thérapeutiques et préventives, de traitement et de suivi pour chacune des situations cliniques. Des erreurs de raisonnement auront des répercussions sur l'une ou l'autre des composantes et conduiront à un plan d'intervention insatisfaisant ou inapproprié.

Il appartient au superviseur de déceler un tel problème et de soutenir le raisonnement jusqu'au bout de la démarche clinique, en encourageant les apprenants à mieux adapter leurs interventions en fonction des particularités du patient et du problème clinique et en modulant les recommandations issues des guides de pratique.

Le Guide d'aide au diagnostic pédagogique et au développement de stratégies de remédiation, disponible en ligne en tant que matériel éditorial complémentaire, propose des stratégies d'identification et de correction des problèmes de raisonnement clinique à chacune des étapes, dont celle de l'élaboration d'un plan d'intervention.

### 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.

## 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, Béïque C, Caire-Fon N, Blais J, et al. Clinical reasoning difficulties: a taxonomy for clinical teachers. *Med Teach* 2011, soumis.
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:xx-yy
6. Laurin S, Audétat MC, Sanche G. 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 *Pédagogie Médicale* 2012; 13:xx-yy
7. Laurin S, Audétat MC, Sanche G. Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique. V. Les difficultés de raisonnement clinique à l'étape de l'élaboration d'un portrait global de la situation clinique. *Pédagogie Médicale* 2012;13:xx-yy
8. Vaughn L, Baker R, T:DW. The problem learner. *Teach Learn Med* 1998;10:217-22.
9. Steinert Y, Lewitt C. Working with the "problem" resident; guidelines for definition and intervention. *Fam Med*. 1993;25:627-32.

Correspondance et offprints : Gilbert Sanche. Département de médecine familiale et de médecine d'urgence. Université de Montréal C.P. 6128, succ. Centre-ville, Montréal (Québec) H3C 3J7. Mailto : gilbert.sanche@umontreal.ca