

# Troisième Conférence internationale de Montréal sur le raisonnement clinique : une pluralité de perspectives pour des enjeux partagés

*The Third Montreal International Conference on Clinical Reasoning: Shared Challenges, A Plurality of Perspectives*

Joseph-Omer DYER<sup>1, 2</sup>, Marie-Claude AUDÉTAT<sup>1, 3</sup>, Annie CARRIER<sup>4, 5, 6</sup>,  
Caroline FAUCHER<sup>7, 8</sup>, Stuart LUBARSKY<sup>9, 10</sup> et Meredith YOUNG<sup>9, 10</sup>

<sup>1</sup> Centre de Pédagogie Appliquée aux Sciences de la Santé (CPASS), Faculté de médecine, Université de Montréal, Québec, Canada

<sup>2</sup> École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal, Québec, Canada

<sup>3</sup> Unité des internistes généralistes et pédiatres (UIGP) et Unité de développement et de recherche en éducation médicale (UDREM), Faculté de médecine, Université de Genève, Genève, Suisse

<sup>4</sup> Chaire de recherche des IRSC en santé publique appliquée Connaissances, Politiques et Santé (PoCoSa), Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Québec, Canada

<sup>5</sup> Institut de recherche en santé publique (IRSPUM), Université de Montréal, Québec, Canada

<sup>6</sup> École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

<sup>7</sup> École d'optométrie, Université de Montréal, Québec, Canada

<sup>8</sup> Centre de perfectionnement et de référence en optométrie (CPRO), Québec, Canada

<sup>9</sup> Department of Medicine, McGill University, Montreal, Québec, Canada

<sup>10</sup> Centre for Medical Education, McGill University, Montreal, Québec, Canada

## Intention générale

Une conférence internationale portant spécifiquement sur le raisonnement clinique et réunissant des participants de diverses professions de la santé, tel était l'ambitieux pari. La Conférence internationale de Montréal sur le raisonnement clinique, organisée par l'Université de Montréal (Canada), en collaboration avec l'Université McGill (Canada) et l'Université de Sherbrooke (Canada), a réussi à le relever. Le succès des première (2012) et deuxième

(2014) éditions de cette conférence biennale bilingue (français / anglais) témoigne d'un engouement croissant pour le raisonnement clinique. La troisième édition, tenue à Montréal du 24 au 28 octobre 2016, a confirmé cet intérêt en attirant plus de 150 participants en provenance de 11 pays. Ces participants aux horizons professionnels diversifiés comptaient, parmi les plus représentés, des chercheurs en éducation, médecins de famille, médecins spécialistes, infirmières, nutritionnistes, psychologues, physiothérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes et audiologistes.

Reflétant cette variété professionnelle, six conférenciers-invités (chercheurs, médecins, ergothérapeute, physiothérapeute) ont présenté leurs réflexions et leurs travaux lors de sessions plénières. Chacune proposait un angle original de réflexion sur le raisonnement clinique et son développement. En considérant la richesse de ces présentations et des échanges qu'elles ont suscités, il nous a paru pertinent d'inviter chaque conférencier à publier un article basé sur sa prestation afin de partager cette richesse à l'ensemble de la communauté francophone des formateurs des professions de la santé. Tous les conférenciers ont généreusement accepté de participer à cet exercice en rédigeant des articles dans le format *Tribune*, qui résumeront leur présentation plénière, et qui seront publiés dans les prochains numéros de *Pédagogie Médicale*. La contribution de Thierry Pelaccia, publiée dans ce numéro, inaugure cette série. Le présent article vise à introduire ces textes en résumant les messages clés retenus par le comité scientifique de la conférence.

## Exégèse

Apprentissage et culture épistémique (par Joy Higgs, Australie)

Joy Higgs nous invite à considérer la pratique professionnelle comme étant guidée par certains savoirs tributaires d'une culture professionnelle. Consistant en un ensemble de comportements, d'interactions, de construits cognitifs et d'une compréhension de la réalité communs à un groupe de professionnels, cette culture n'est pas apprise de manière formelle. Elle s'acquière plutôt par la socialisation qui soutient l'interaction avec les autres et leurs discours. La culture professionnelle mène au savoir comment agir en tant que professionnel de son domaine, dans différents contextes et situations de la pratique. Il s'agit d'une culture épistémique car elle permet de générer et d'acquérir des connaissances utiles à la pratique<sup>[1]</sup>. Dans une perspective de développement professionnel, les praticiens devraient être mieux informés de l'épistémologie de leur pratique, notamment

au regard de l'apport de la culture professionnelle à leurs savoirs. Les personnes flexibles et habiles à apprendre des interactions avec les autres et leurs discours posséderaient une aisance épistémique qui faciliterait leur développement professionnel.

Développement professionnel et pratique réflexive (par Elizabeth Anne Kinsella, Canada)

La réflexion permettrait au professionnel d'améliorer son niveau de compétence<sup>[2]</sup>. Selon Elizabeth Anne Kinsella, cette réflexion se décline en différentes formes faisant partie d'un continuum incluant : la réflexion intentionnelle, incarnée, réceptive ainsi que la réflexivité<sup>[3]</sup>. La réflexion intentionnelle consiste en la réflexion pendant (*reflection-in-action*) et après (*reflection-on-action*) l'action. La réflexion incarnée (*embodied reflection*) fait référence aux savoirs tacites et aux savoir-faire (*knowing-how*) qui sont révélés implicitement par la capacité du professionnel à agir adéquatement. Pour sa part, la réflexion réceptive consiste en un état d'esprit dans lequel la personne se rend disponible à recevoir les pensées, les images et les sensations sans tenter de les interpréter. La réflexion réceptive favoriserait la créativité et l'innovation en permettant au professionnel d'appréhender d'autres manières de concevoir sa profession au-delà des pratiques conventionnelles. Enfin, la réflexivité est l'action de s'interroger et de remettre en question les influences sociales, à savoir les systèmes qui modulent la manière dont les savoirs sont produits. La pratique réflexive intègre les différentes formes de ce continuum de réflexion et soutient le développement de la compétence d'agir dans des contextes variés de pratique professionnelle.

Contexte social et raisonnement clinique (par Thierry Pelaccia, France)

Les travaux de Thierry Pelaccia démontrent à quel point le contexte influence le raisonnement clinique. En l'occurrence, le contexte social qui inclut les collègues, les autres professionnels et le patient,

affecte la manière dont le professionnel raisonne. En effet, des résultats de recherche montrent que les médecins urgentistes donnent plus ou moins d'importance aux données provenant des autres professionnels et des patients en fonction de leurs jugements *a priori* sur la crédibilité de ces personnes<sup>[4]</sup>. Les médecins utilisent en quelque sorte des « filtres » qui trient les données à la source, au tout début de leur processus de raisonnement clinique. Ces travaux montrent que les perceptions et les opinions que le clinicien possède sur les autres professionnels et le patient (*know-who*) influencent son raisonnement clinique. Un tel constat pose un défi important quant à l'enseignement de l'influence de ces perceptions et opinions.

Supervision formative et approche centrée sur la personne (par Jean Jouquan, France)

Jean Jouquan nous enjoint à réfléchir sur le rôle de la supervision formative pour guider le développement du raisonnement clinique. En tant que formateur, le superviseur doit concilier deux raisonnements : clinique, pour comprendre le problème du patient et pédagogique, pour planifier le soutien à offrir à l'apprenant<sup>[5]</sup>. À l'instar du raisonnement clinique qui devrait être centré sur la personne plutôt que sur la maladie, la supervision formative devrait se centrer sur l'apprenant en tant que personne et pas seulement sur le contenu des apprentissages. Le superviseur doit guider l'apprenant dans le développement de sa compétence professionnelle. Dans ce rôle, la démarche du formateur est d'une triple nature : diagnostique dans le but de réguler les apprentissages; interprétative des situations d'apprentissages; et clinique, visant à co-construire la compétence en tant qu'objet, à partir de la parole de l'étudiant et de ses performances, grâce à l'intelligibilité qu'en permet le savoir du formateur<sup>[6]</sup>.

Cours en ligne ouvert à large échelle (MOOC) (par Nathalie Caire Fon, Canada)

Un MOOC («*Massive Open Online Course*») sur le raisonnement clinique a été développé par Nathalie

Caire Fon et ses collaborateurs à l'Université de Montréal. Ce cours en ligne disponible en français et en anglais s'adresse à tous les étudiants, enseignants et professionnels de la santé désireux d'en savoir plus sur les processus de raisonnement clinique. Le cours s'appuie sur les résultats d'une étude menant à la modélisation cognitive des processus de raisonnement clinique<sup>[7]</sup>. Des exemples concrets sont présentés pour plusieurs domaines de la santé dont la médecine, la médecine dentaire, la médecine vétérinaire, la pharmacie, et les sciences infirmières. Un tel outil d'apprentissage permet de rejoindre une clientèle importante. L'appropriation de connaissances communes par les superviseurs et les apprenants est susceptible de favoriser la co-construction des compétences et la régularisation des apprentissages.

Remédiation chez les apprenants en difficulté (par Jeannette Guerrasio, États-Unis)

Jeannette Guerrasio jette un éclairage sur les difficultés les plus souvent rencontrées chez les apprenants en médecine et sur les stratégies de remédiation de ces difficultés. Les apprenants en difficulté manquent de repères pour soutenir leur apprentissage. Ils ont notamment du mal à s'approprier les contenus informels de leur formation, c'est-à-dire qui relèvent du curriculum caché<sup>[8]</sup>. Ces apprenants ont aussi du mal à reconnaître les rétroactions fournies par leurs superviseurs, les pairs, les patients et l'environnement de soins. Les stratégies de remédiation doivent tableter, entre autres, sur l'explicitation fine du raisonnement clinique. La stratégie de remédiation développée par Jeannette Guerrasio est basée sur les connaissances actuelles concernant les processus cognitifs du raisonnement clinique et sur les principes de la pratique délibérée<sup>[9]</sup>. Elle inclut la pratique de résolution de cas cliniques en utilisant un cadre de travail par étapes concrètes où l'apprenant s'engage activement à rendre explicite son raisonnement clinique<sup>[10, 11]</sup>.

## Conclusion

Ces présentations proposent plusieurs perspectives complémentaires reliées à l'enjeu de la

formation professionnelle. Une première perspective est d'étudier en quoi consiste la compétence de raisonnement clinique. À cet égard, il faut s'interroger sur l'importance des savoirs tacites, des perceptions et du contexte sur la compétence. Une seconde perspective est l'élaboration de stratégies pour soutenir le développement de la compétence. Ces stratégies devraient considérer, entre autres, l'accès à large échelle aux savoirs disciplinaires, l'appropriation des savoirs tacites, l'engagement dans une pratique réflexive, la supervision formative et le support des apprenants en difficulté. La quatrième édition de la Conférence internationale de Montréal sur le raisonnement clinique de 2018 offrira l'occasion de suivre l'avancement de la réflexion et des données de la recherche sur ces thèmes.

## Références

1. Higgs J: Practice, Discourse and Epistemic Cultures. In Higgs J, Trede F (Eds.) : Professional Practice Discourse Marginalia. Rotterdam: SensePublishers, 2016:47-54.
2. Schön DA: Educating the reflective practitioner : toward a new design for teaching and learning in the professions (1st edn.) San Francisco: Jossey-Bass, 1987.
3. Kinsella EA: Embodied Reflection and the Epistemology of Reflective Practice. Journal of Philosophy of Education 2007;41:395-409.
4. Pelaccia T, Tardif J, Tribby E, Ammirati C, Bertrand C, Charlin B, Dory V: Do emergency physicians trust their patients? Intern Emerg Med 2016;11:603-8.
5. Audetat MC, Laurin S, Sanche G, Beique C, Fon NC, Blais JG, Charlin B: Clinical reasoning difficulties: a taxonomy for clinical teachers. Med Teach 2013; 35(3):e984-9.
6. Parent F, Jouquan J : Penser la formation des professionnels de la santé. Une perspective intégrative. Bruxelles : De Boeck Supérieur, 2013.
7. Charlin B, Lubarsky S, Millette B, Crevier F, Audetat MC, Charbonneau A, Caire Fon N, Hoff L, Bourdy C: Clinical reasoning processes: unravelling complexity through graphical representation. Med Educ 2012;46:454-63.
8. Hopkins L, Saciragic L, Kim J, Posner G: The Hidden Curriculum: Exposing the Unintended Lessons of Medical Education. Cureus 2016;8(10):e845.
9. Ericsson KA: Deliberate practice and the acquisition and maintenance of expert performance in medicine and related domains. Acad Med 2004;79(10 Suppl):S70-81.
10. Guerrasio J, Aagaard EM: Methods and outcomes for the remediation of clinical reasoning. J Gen Intern Med 2014;29:1607-614.
11. Guerrasio J, Garrity MJ, Aagaard EM: Learner deficits and academic outcomes of medical students, residents, fellows, and attending physicians referred to a remediation program, 2006-2012. Acad Med 2014;9:352-8.

---

Correspondance : Joseph-Omer DYER. Programme de physiothérapie, École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal, C.P. 6128, succursale Centre-Ville, Montréal, Québec, H3C 3J7, Canada  
Mailto : joseph.omer.dyer@umontreal.ca