



## **Supervision, identification et stratégies de remédiation des difficultés de raisonnement clinique**

**Marie-Claude Audétat, M. Ps, Ma (éd), PhD**

**Suzanne Laurin, MD., FCMFC**

Leaders pédagogiques en raisonnement clinique

Département de médecine de famille et de médecine d'urgence

Nous n'avons aucun conflit d'intérêt



# **Étude exploratoire des perceptions et pratiques de médecins cliniciens enseignants engagés dans une démarche de diagnostic et de remédiation des lacunes du raisonnement clinique**

**Participants:**

**Médecine familiale de l'Université de Montréal**

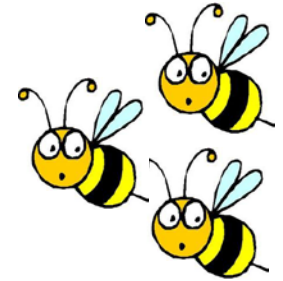
**Collège des médecins du Québec**

Marie-Claude Audétat, André Jacques et coll.

Pédagogie médicale mai 2011.

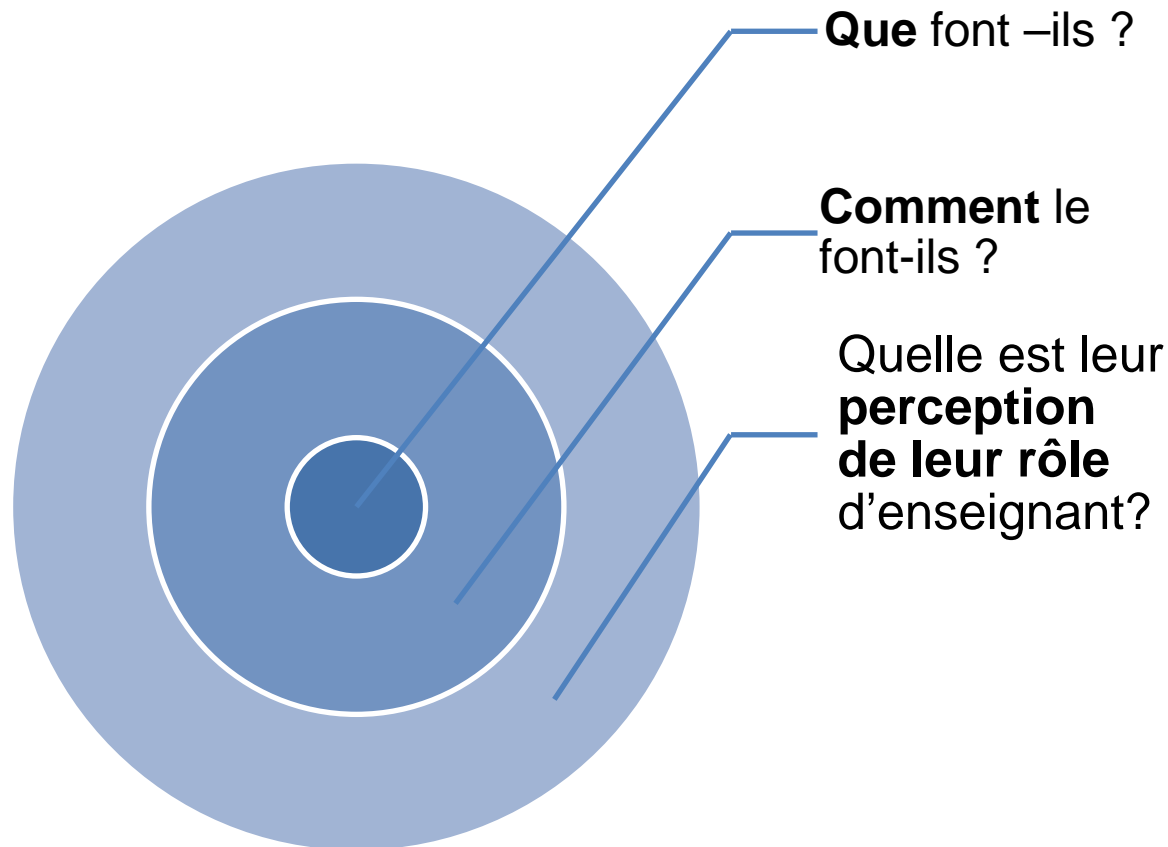


# Réflexion et discussion



1. Comment font les membres de votre équipe pour identifier les difficultés de raisonnement clinique ?
2. Une fois les problèmes identifiés, qu'en font-ils ?
3. Comment se sentent les enseignants, en terme de compétence, à ce sujet ?
4. Quels besoins identifiez-vous ?

# Un cadre conceptuel intéressant: le modèle de Hesketh



Hesketh, et al. A framework for developing excellence as a clinical educator (2001)

## Résultats

- Les cliniciens enseignants perçoivent rapidement la présence de difficultés chez un résident. Cette perception est globale et intuitive
- Il faut beaucoup de temps avant de nommer les problèmes
- Les enseignants maîtrisent mal le concept de raisonnement clinique. Ils ont tendance à tout mettre sur le compte d'un manque de connaissances du résident

# Résultats

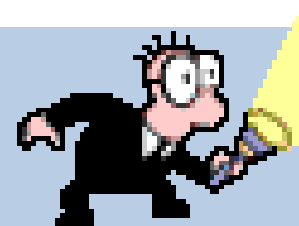
- Le enseignants se sentent peu compétents dans la démarche de diagnostic et de prescription pédagogiques spécifiques aux problèmes de raisonnement clinique
- Ils aimeraient avoir à disposition un outil d'appréciation du raisonnement clinique de façon à structurer leur raisonnement pédagogique

# Objectifs

- Mieux **connaître** le raisonnement clinique
- Développer un **langage commun** pour arriver à nommer les forces et difficultés des résidents
- **Décoder** les manifestations du raisonnement clinique
- Aborder une **démarche** systématique pour poser un **diagnostic pédagogique** et proposer des stratégies de remédiation

Qu'est-ce que le raisonnement clinique?

# Exemple

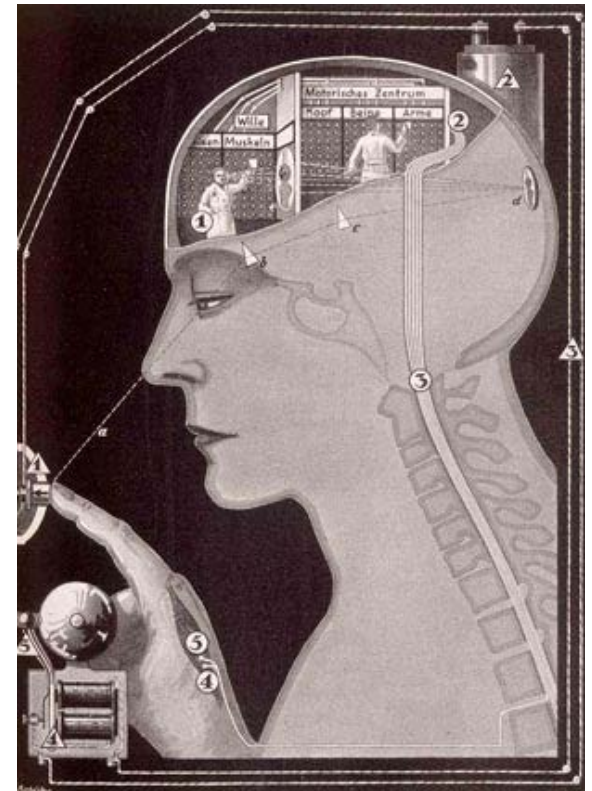


Vous voyez en consultation une femme de 35 ans  
référée pour une perte auditive à droite

# Définition du raisonnement clinique

**Processus de pensée et de prise de décision** qui permettent au clinicien de prendre des **actions** appropriées **dans un contexte** de **résolution de problèmes**

Boshuizen et Schmidt, 1992



# Processus de raisonnement clinique:

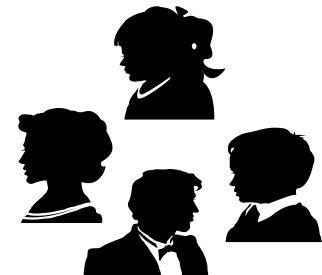
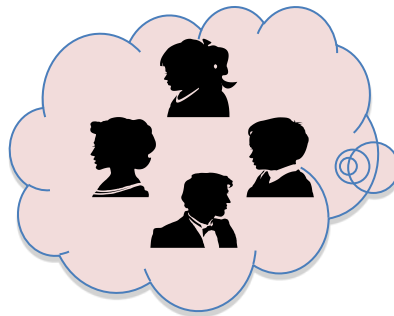
## La représentation du problème

- Tous les cliniciens ne procèdent pas exactement de la même façon pour faire le recueil des données; chacun a son style
- On trouve cependant certaines caractéristiques communes qui sont associées au succès diagnostique.
- Pour tous, la caractérisation détaillée / la clarification de la plainte du patient - **la représentation du problème** - est le point de départ du processus de raisonnement clinique

# Processus de raisonnement clinique: L'activation des hypothèses

## I. Le processus automatique, non analytique

- configuration caractéristique de signes (pattern recognition)
- similarité avec des cas rencontrés précédemment (raisonnement par analogie)



# Processus de raisonnement clinique: **L'activation des hypothèses**

## **II. Le processus analytique**

Hypothèses générées très tôt, 3 à 5 hypothèses à partir:

- de la plainte du patient
- de quelques signes
- du contexte perçu

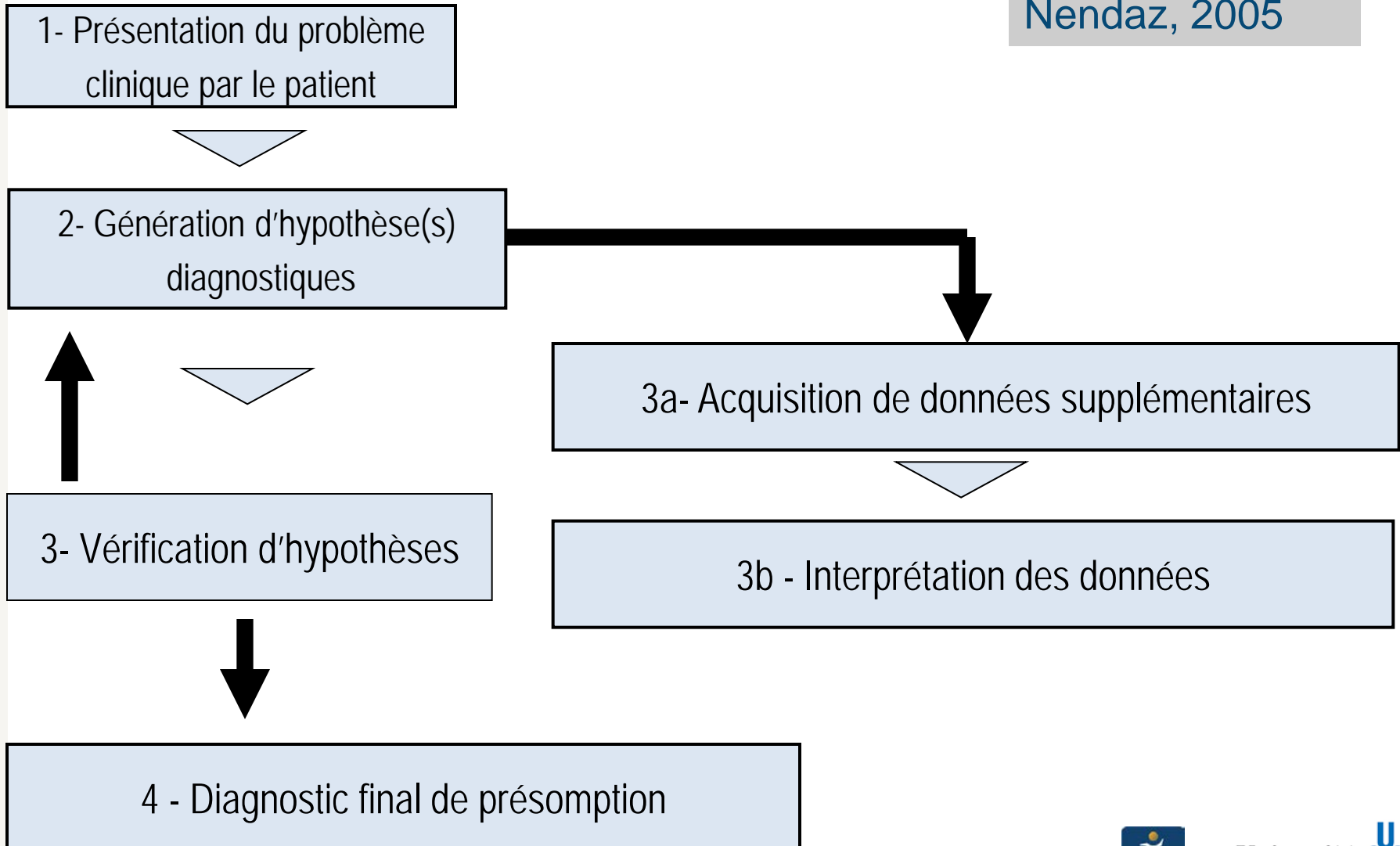
**Ces hypothèses orientent le recueil d'information**

Elstein et coll., 1978

# Processus analytique

## Processus hypothético-déductif

Nendaz, 2005



# Exemple de processus hypothético-déductif

1- Présentation du problème  
clinique par le patient



*Je suis une femme de 35 ans  
J'ai une sensation d'oreille bouchée et  
de perte auditive à l'oreille droite  
Je consulte pour la première fois en  
audiologie*

# Exemple de processus hypothético-déductif

1- Présentation du problème  
clinique par le patient



2- Génération d'hypothèse(s)  
diagnostiques

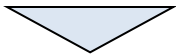
***Bouchon de cérumen?***  
***Otite séreuse ?***

# Exemple de processus hypothético-déductif

1- Présentation du problème clinique par le patient



2- Génération d'hypothèse(s) diagnostiques



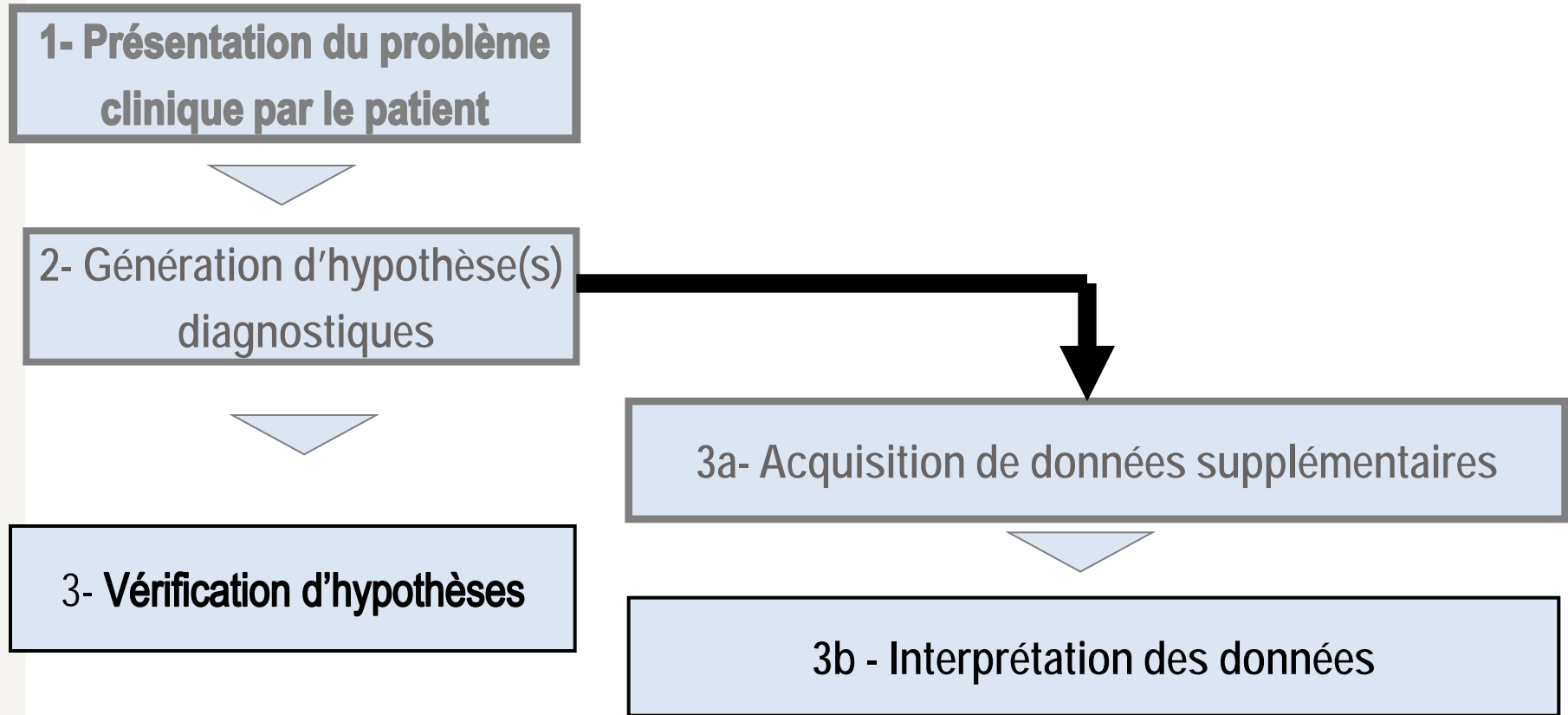
3- Vérification d'hypothèses



3a- Acquisition de données supplémentaires

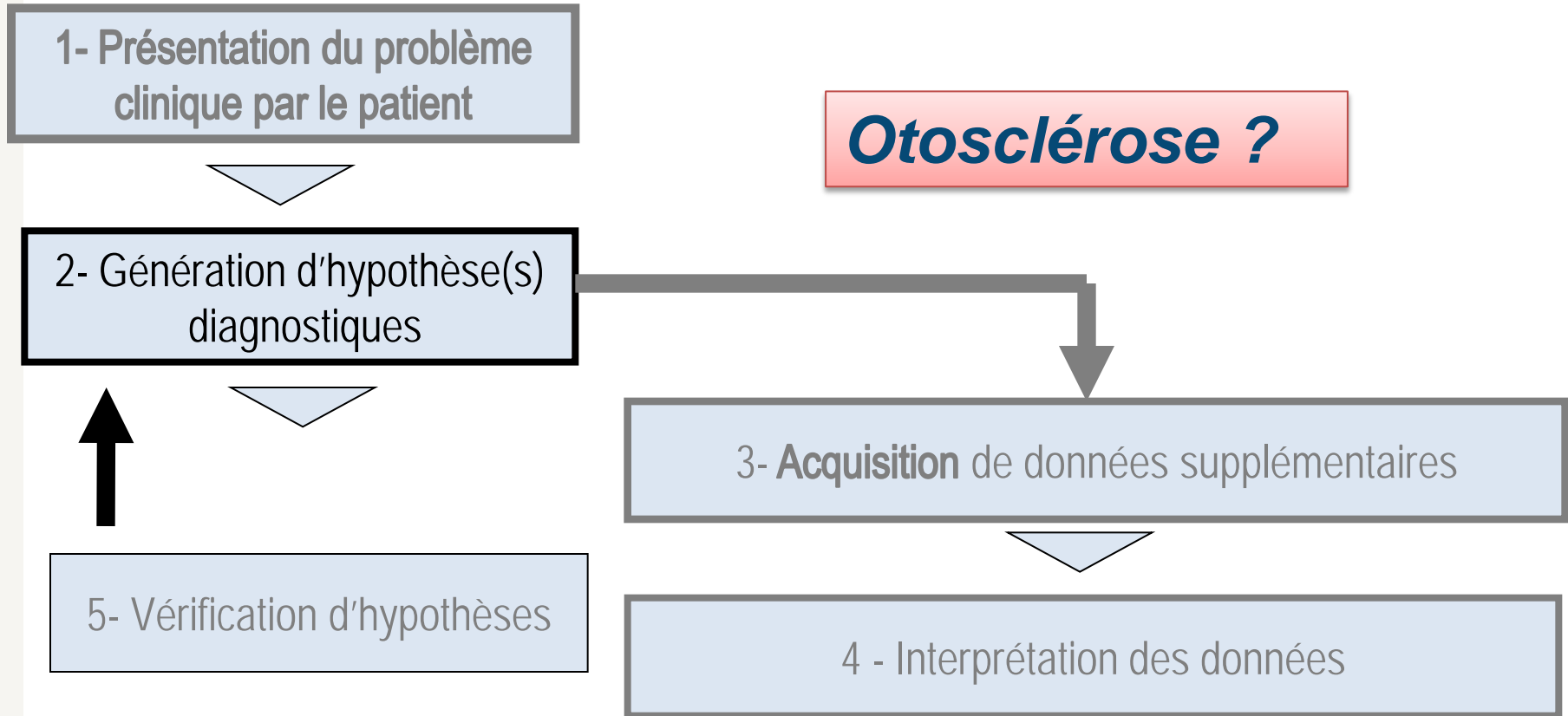
- Pas d'histoire familiale de surdité
- Pas d'histoire d'otites à répétition;
- Pas de rhume ou d'allergies
- Conduits libres de cérumen
- Tympanogramme abaissé à droite
- Perte cond. légère D

# Exemple de processus hypothético-déductif

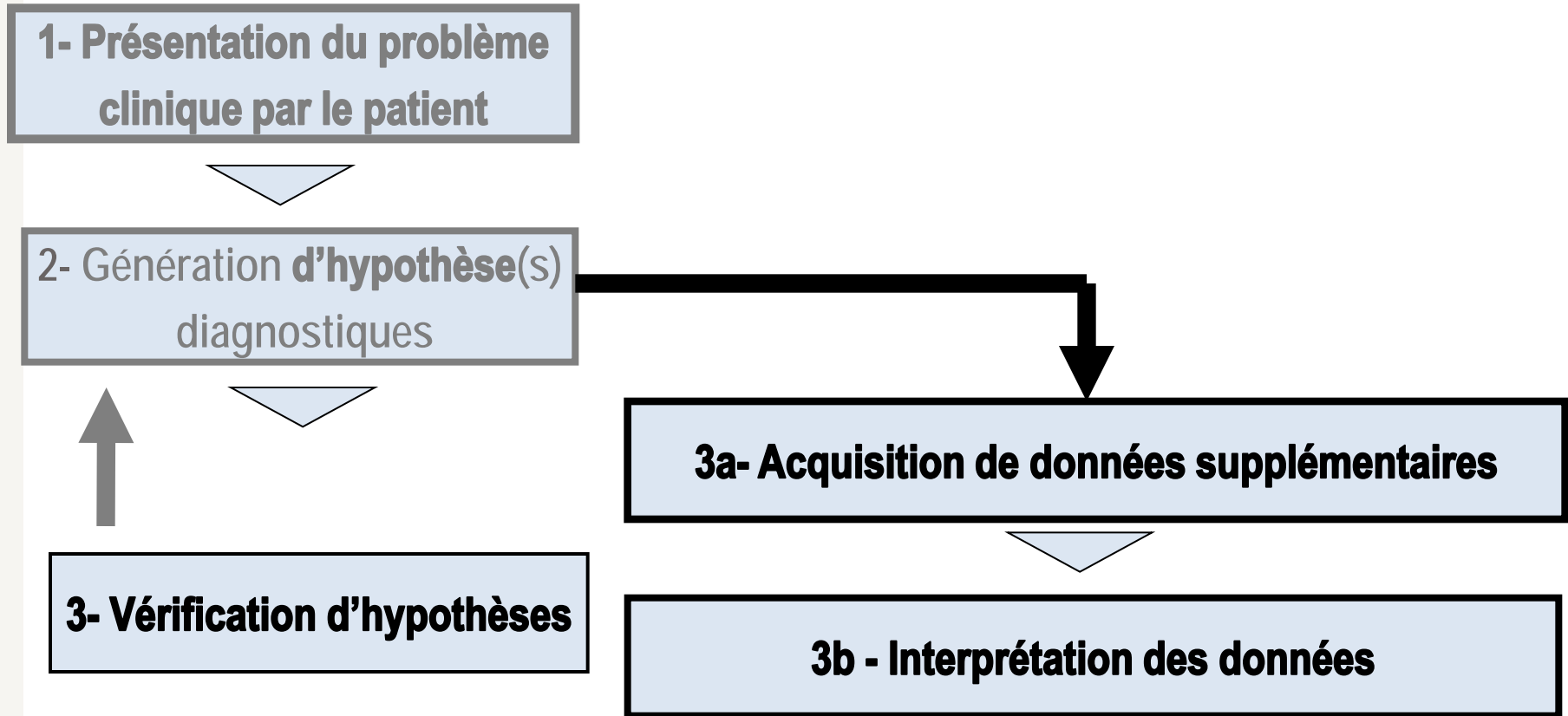


Pas d'histoire d'OM et pas de surdité familiale = neutre; Le conduit libre élimine l'hypothèse du bouchon de cérumen; L'absence de congestion nasale rend moins probable l'otite séreuse; Le tympanogramme plat vol. normal et perte conductive légère sont compatibles avec un problème à l'oreille moyenne ...

# Exemple de processus hypothético-déductif

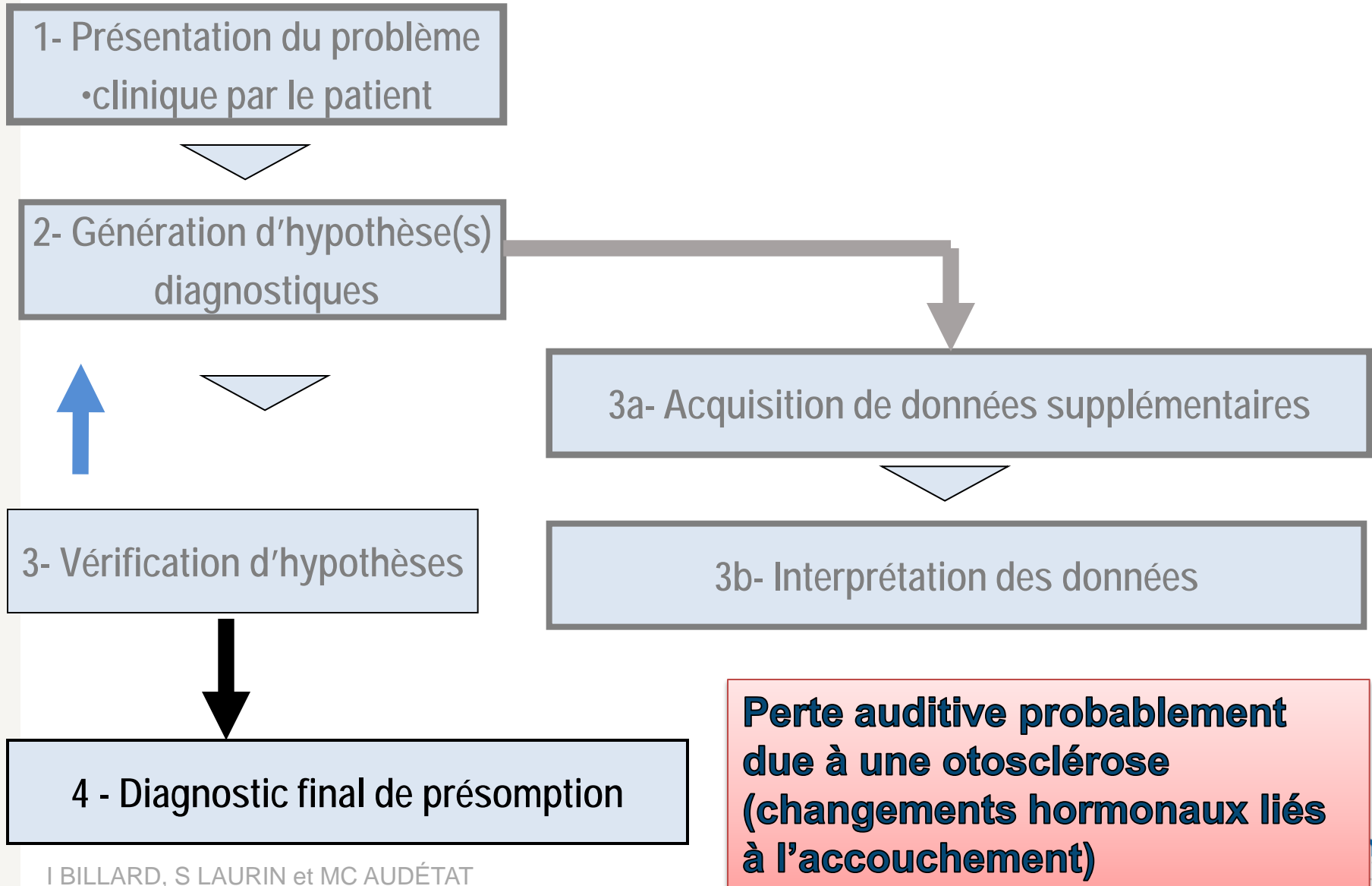


# Exemple de processus hypothético-déductif



**La perte auditive semble être apparue après un accouchement**

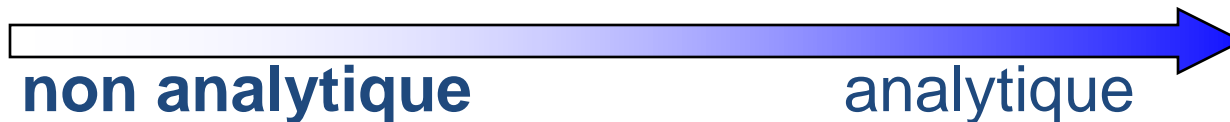
# Exemple de processus hypothético-déductif



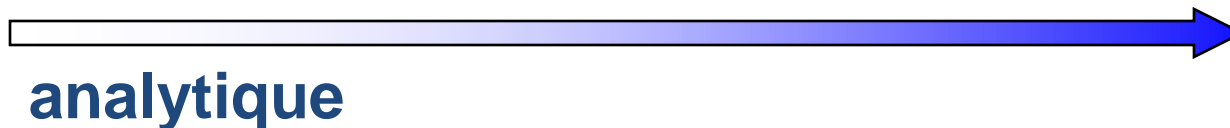
# Processus hybride: coexistence des deux systèmes

Selon le cas clinique

- Clinicien familier avec le cas / cas simples  
Reconnaissance immédiate puis vérification



- Clinicien non familier avec le cas / cas complexes  
Processus hypothético-déductif



# Le raisonnement et les connaissances



Activer une hypothèse, c'est **avoir accès aux connaissances** qui y sont reliées

Activer ses connaissances  
**en donnant un sens**  
aux informations obtenues du patient

# Activer ses connaissances en faisant une **transformation sémantique**

## La patiente dit...

- *J'ai 35 ans*
- *J'entends moins bien de l'oreille droite depuis deux jours*
- *Depuis un cours de plongée*

## L'audiologiste pense...

- Jeune femme
- Unilatérale, aiguë
- Contexte de variation de pression



TRANSFORMATION, ABSTRACTION

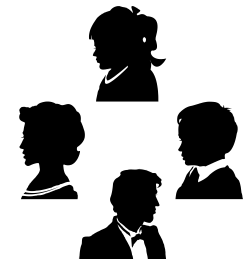
D'après Mathieu NENDAZ

# Les connaissances et le raisonnement clinique

- Quantité



- Organisation



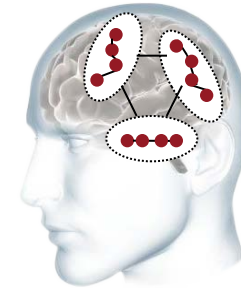
# L'organisation des connaissances

- Les prototypes
- Les schémas / algorithmes
- Les « collections de cas »

# Organisation des connaissances: les réseaux sémantiques

## Les scripts de maladie

*(Charlin et coll., 2007)*



- Réseaux de connaissances
- Constitués de relations / liens entre signes cliniques et entités cliniques
- Mobilisés en bloc en contexte clinique
- Incluent des éléments théoriques et des données issues de l'expérience

# De l'importance de développer ses scripts...

C'est en développant ses scripts cliniques que le clinicien arrive à:

- Avoir rapidement des hypothèses diagnostiques
- Prendre moins de détours avant d'arriver à un diagnostic probable / Poser plus rapidement les questions clés
- Reconnaître plus facilement les modes de présentation atypiques
- Prendre moins de temps pour évaluer un cas clinique

Accéder aux connaissances stockées en mémoire

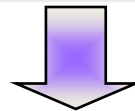
Données cliniques “brutes” offertes par patient



Transformation (abstraction ) en axe sémantique



**REPRÉSENTATION DU PROBLÈME**



Accès facilité aux connaissances organisées en réseaux  
dans la mémoire



Hypothèses diagnostiques

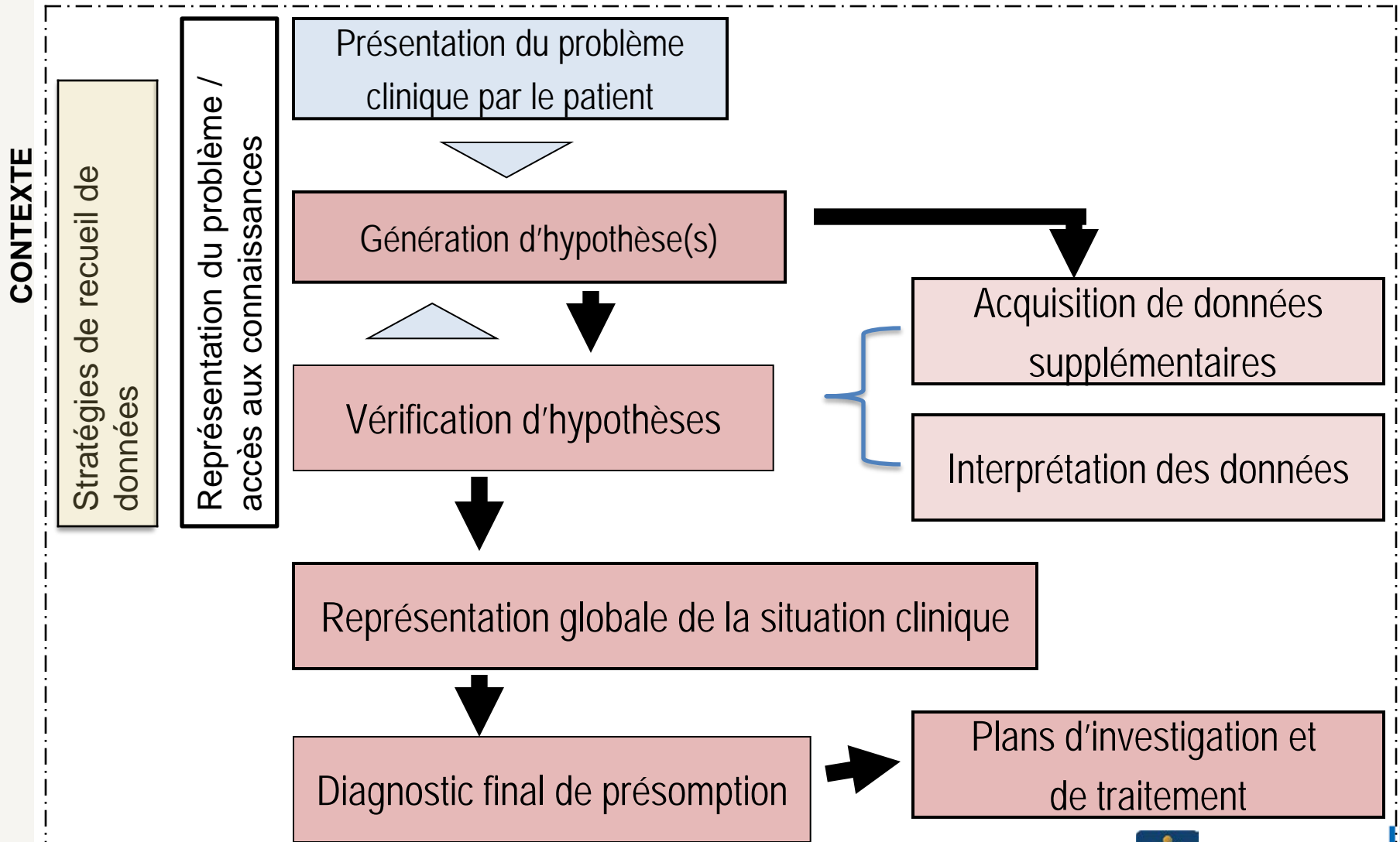
# Le diagnostic: la finalité du raisonnement ?

- Le raisonnement ne s'arrête pas au diagnostic: il se poursuit aux étapes du plan d'investigation, de traitement et de suivi
- La finalité du raisonnement varie selon la spécialité et le contexte clinique, entre autres
- Le raisonnement peut tenir compte des interactions avec l'environnement, le contexte, les ressources: l'espace problème

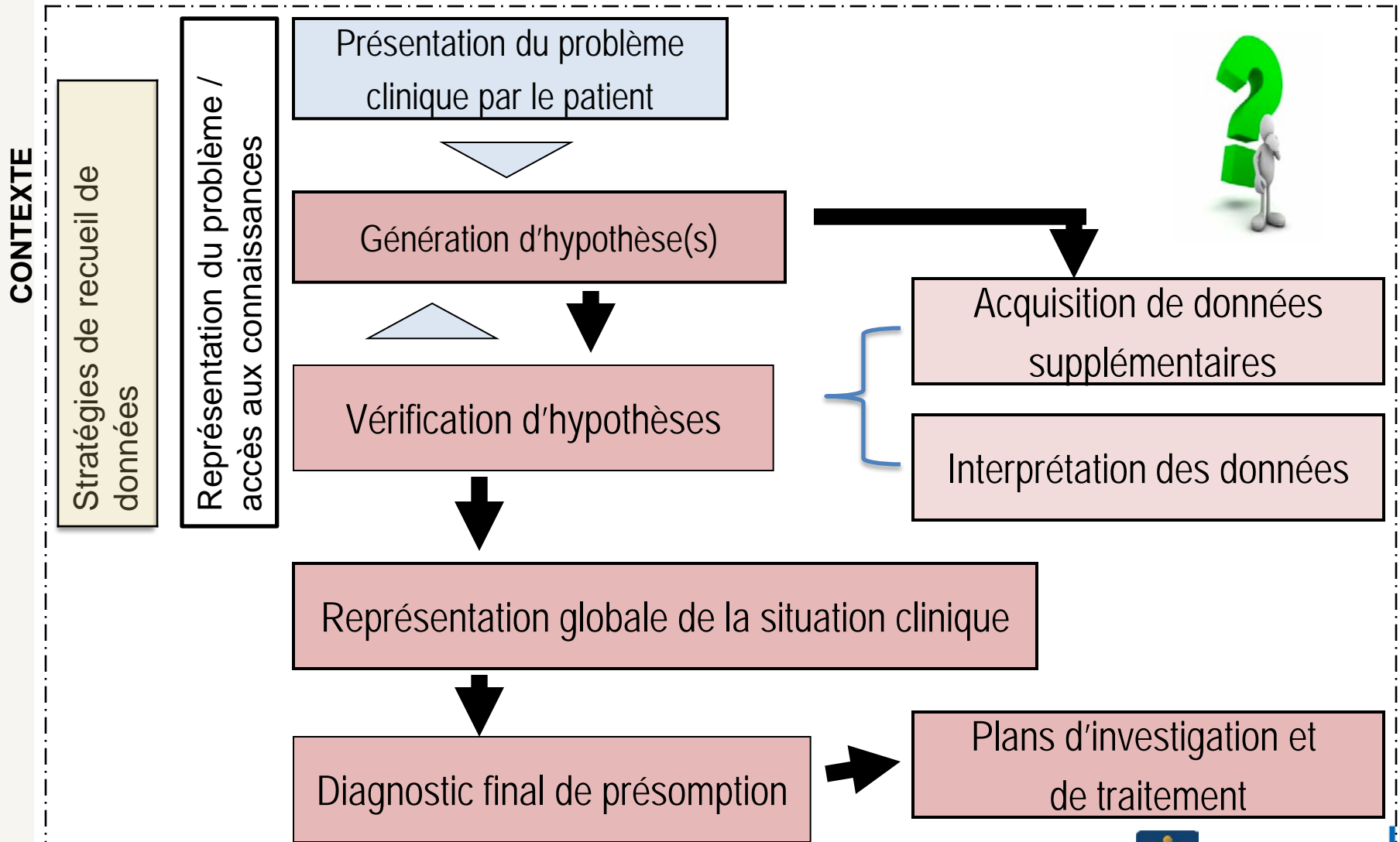
# Le raisonnement clinique - un processus complexe

- Il nécessite **différentes compétences**: connaissances, habiletés de communication pour le recueil des données, maîtrise de l'examen physique, capacité de prioriser, de gérer la consultation, etc.
- Il se fait dans un **contexte clinique** spécifique:
  - Avec un **patient**, son histoire, sa façon d'être et de présenter ses symptômes, etc.
  - Dans un **environnement spécifique** avec ses caractéristiques et ses contraintes
  - Chez un **clinicien** avec sa personnalité, son état d'esprit, son expérience personnelle et professionnelle

# Le raisonnement clinique en contexte réel



# Des problèmes de raisonnement? À quelle étape?



# Exercice pédagogique

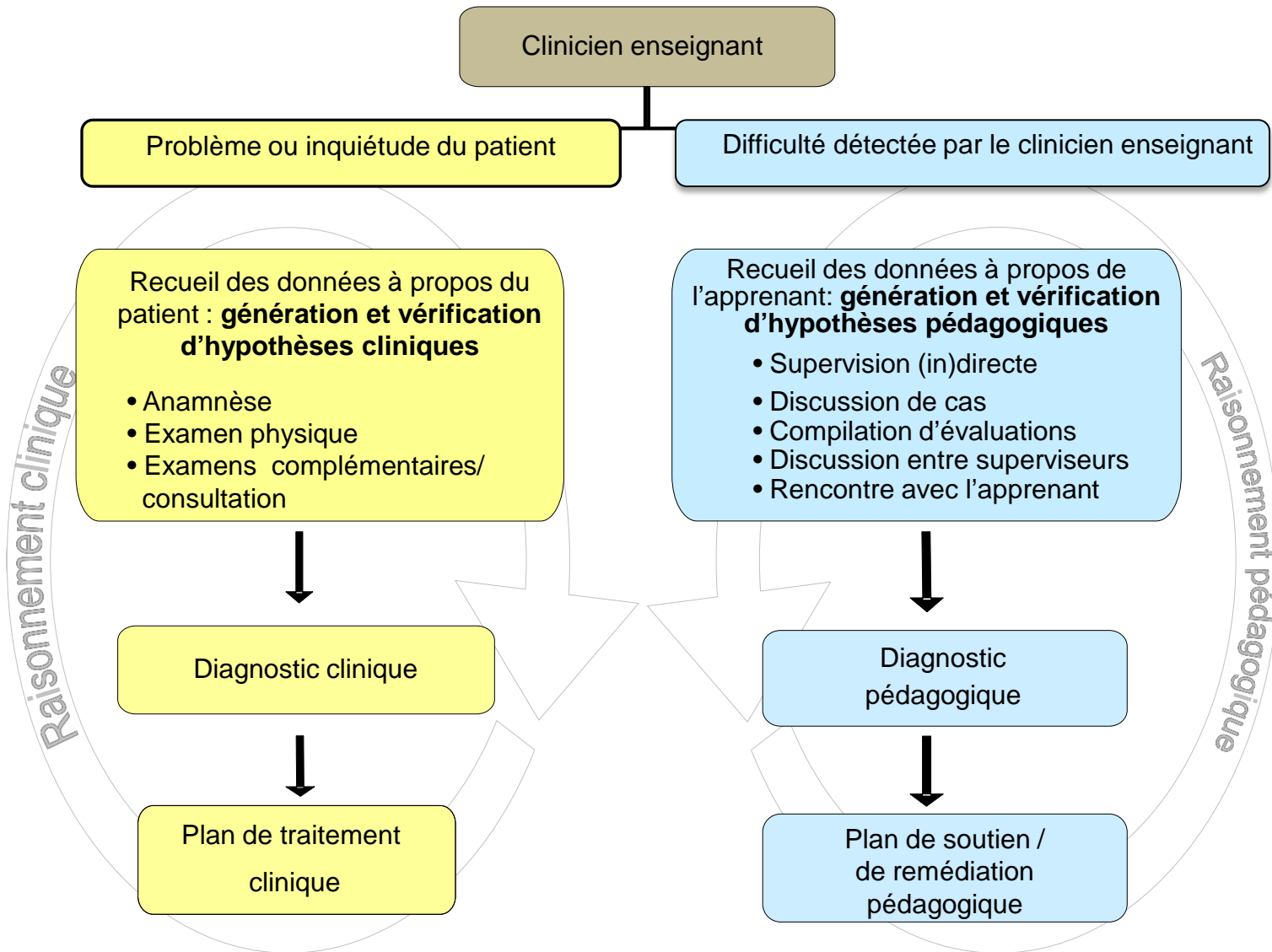
## Vidéo 1

Que pouvez-vous dire du raisonnement clinique  
de cette stagiaire en audiologie ?

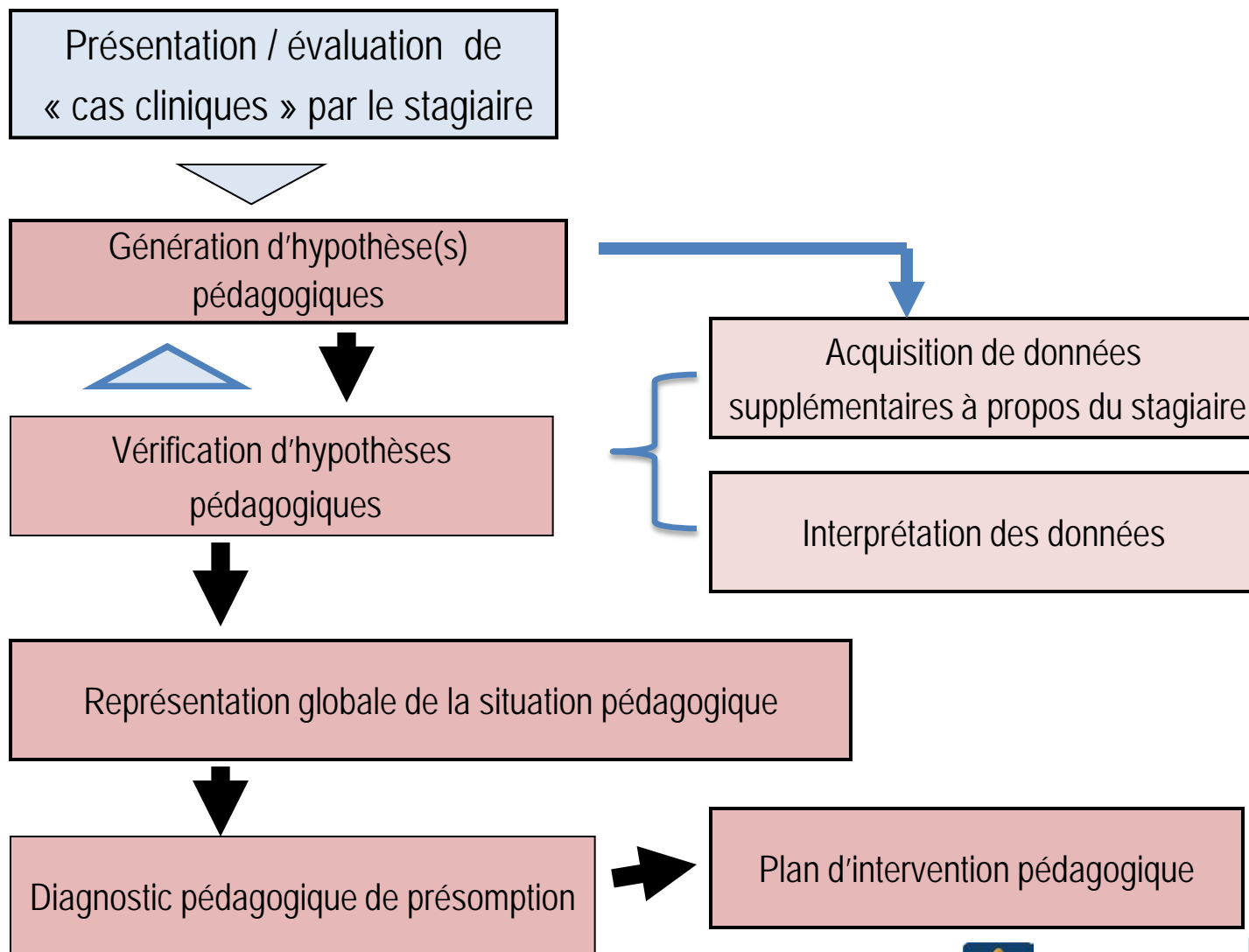
# Une démarche de diagnostic pédagogique

Dans votre expérience d'enseignants, quels indices vous permettent de penser qu'un étudiant a un raisonnement clinique adéquat ou encore qu'il a des difficultés de raisonnement clinique?





# Le processus de raisonnement pédagogique



# Génération d'hypothèses par l'activation des connaissances pédagogiques: **La transformation sémantique pédagogique**

## Le stagiaire dit...

- J'ai vu un enfant de 4 ans référé par son médecin pour un retard de langage expressif sur le plan phonologique et vocabulaire*
- *N'a jamais consulté en audiologie malgré des otites à répétition depuis 2 ans (5 par année)*
  - *Élevé dans un contexte multilingue (L1 anglais, L2 français L3 roumain)*
  - *Démontre un vocabulaire réceptif dans la norme*

## Le superviseur pense...

- Capacité de faire de la transformation sémantique
- Génération de 3 hypothèses
- Organisation des infos en fonction des hypothèses / vérification d'hypothèses
- Reconnaissance des éléments clés qui permettent de différencier les diagnostics possibles

TRANSFORMATION, ABSTRACTION



# Diagnostic pédagogique: les particularités

- Pas de raison de consultation

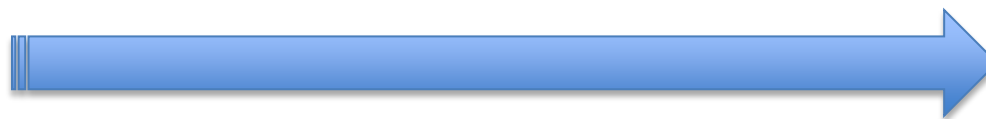
L'enseignant doit d'abord détecter la présence d'une difficulté dont le stagiaire n'est pas conscient

- L'enseignant travaille avec des manifestations de difficultés qui ne s'expriment pas à chaque entrevue clinique

Le recueil des données nécessite plusieurs observations / discussions de cas avec le stagiaire et partage des observations entre enseignants

# Diagnostic pédagogique: les particularités

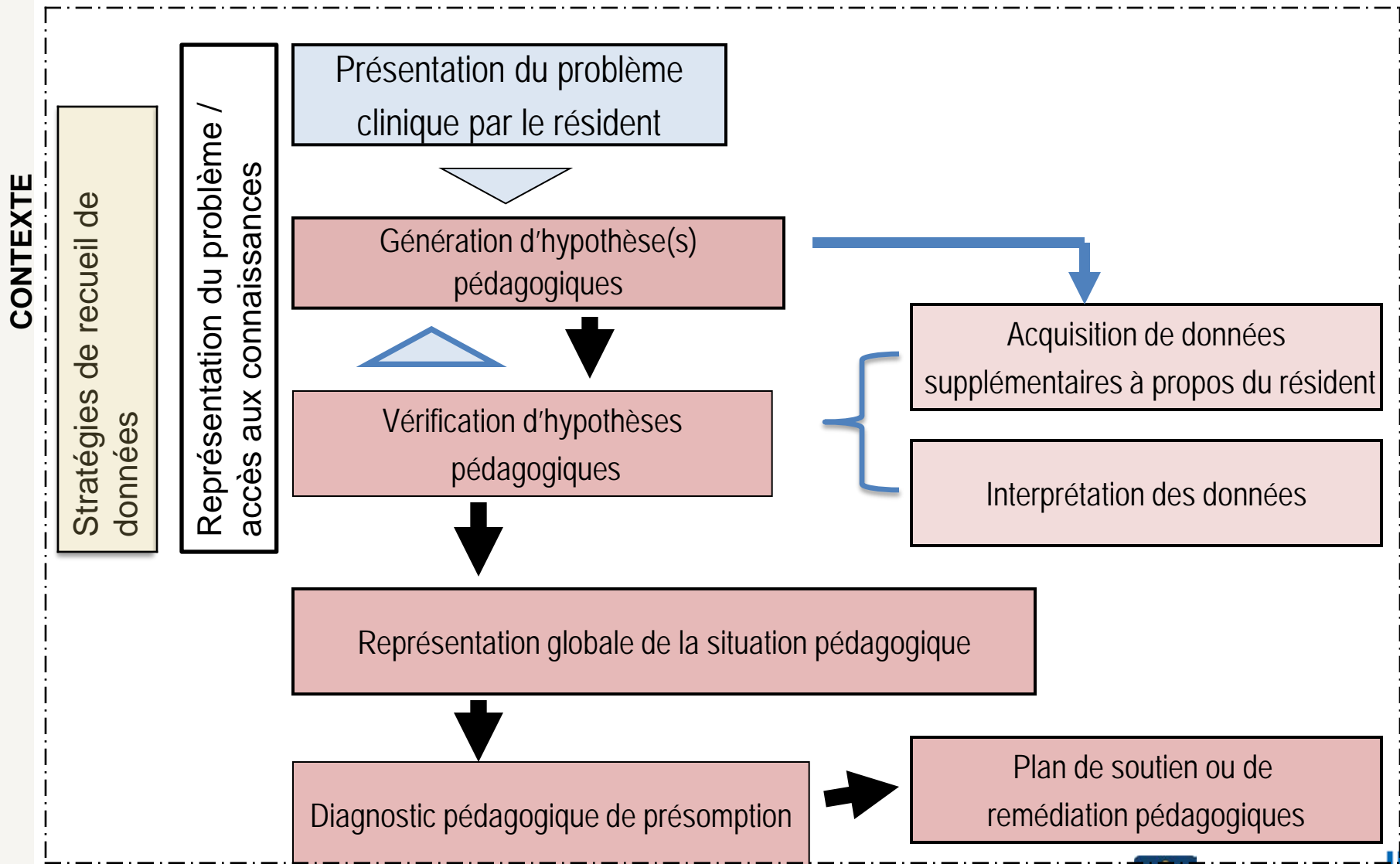
- Plusieurs enseignants supervisent un stagiaire et peuvent avoir du mal à identifier un problème
- Une difficulté peut être un retard dans l'acquisition d'une compétence ou d'un aspect d'une compétence; il peut s'agir d'une difficulté à performer au niveau attendu qui nécessite un soutien spécifique et non pas d'un 'problème' à corriger



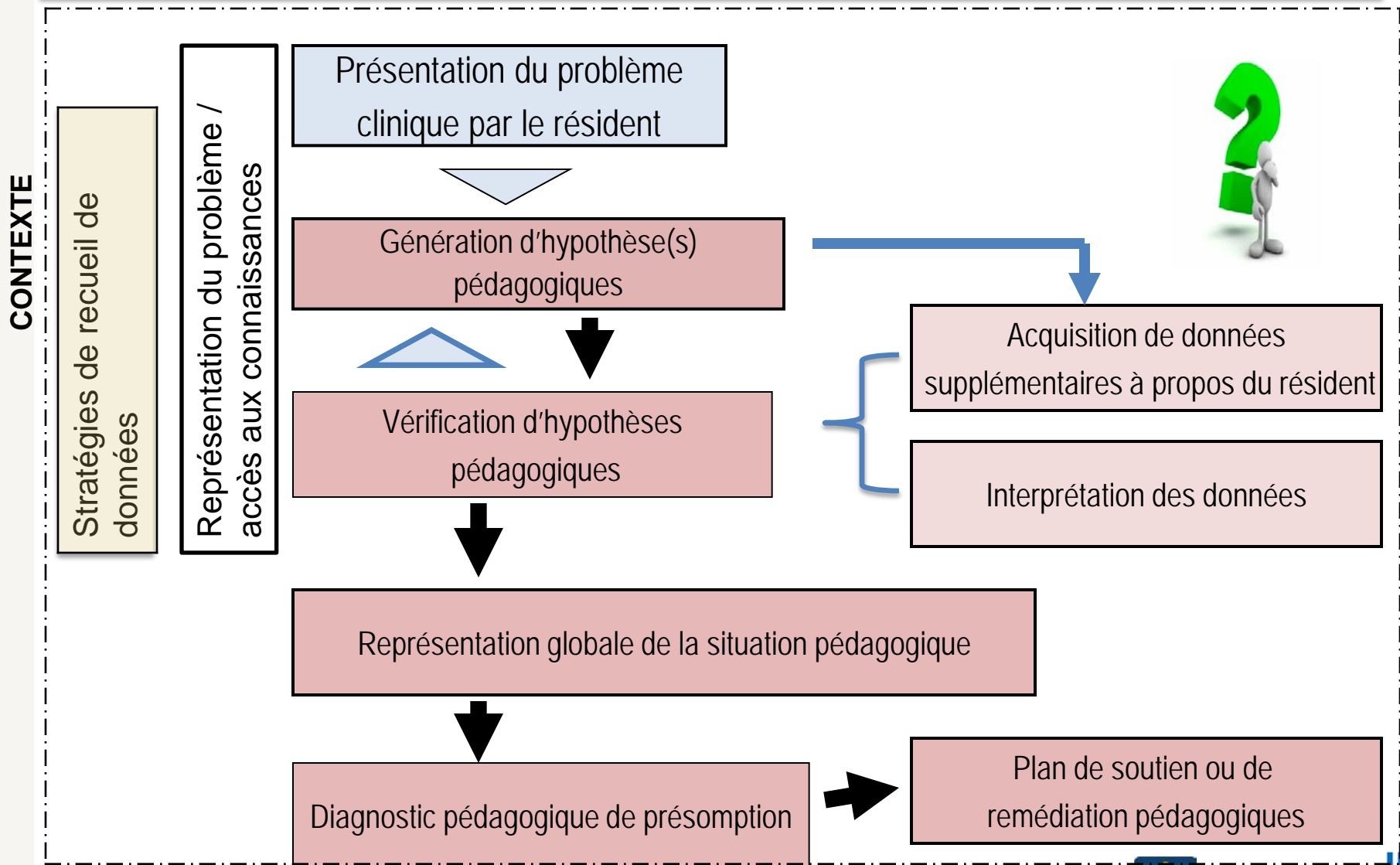
Novice

Expert

# Le raisonnement pédagogique en contexte réel



# Des problèmes de raisonnement pédagogique? À quelle étape?



# Le contexte de l'enseignement clinique

- Pratique clinique réelle, sans contrôle sur le débit, la nature et la variété des problèmes
- Responsabilité envers le patient et nécessité de laisser de l'autonomie au stagiaire (responsabilité d'enseignement)

La supervision (...) est un processus réfléchi, ciblé et dynamique. Nous pouvons la définir comme un « ***processus de guidance et de rétroaction*** » privilégié pour faire progresser le résident dans ses apprentissages. C'est un processus d'autant plus efficace qu'il a lieu fréquemment, et de façon constructive

Kilminster S, Cottrell D, Grant J, Jolly B. Effective educational and clinical supervision: AMEE Guide No 27. Medical Teacher. 2007;29:2-19.

# Le double rôle du superviseur

- **Clinique:**

- Responsabilité envers le patient
- Raisonnement clinique pour:
  - Résoudre un problème clinique
  - Assurer les meilleurs soins aux patients

- **Pédagogique:**

- Responsabilité envers l'apprenant
- Raisonnement pédagogique pour:
  - Enseigner
  - Aider l'apprenant à construire ses compétences

# La supervision clinique: un outil de recueil de données, de diagnostic et de soutien pédagogiques

- Chaque situation clinique est une occasion d'apprentissage; il ne suffit pas de s'assurer que le patient soit bien traité
- Un double raisonnement - clinique et pédagogique - est nécessaire
  - Pour aller au delà de l'intuition.
  - Pour identifier les forces et formuler un diagnostic des difficultés, même si elles sont passagères.
  - Pour pouvoir en faire quelque chose !

# La supervision du raisonnement clinique

- L'enseignant travaille avec des manifestations du raisonnement qu'il doit décoder / traduire
- L'enseignant doit détecter la présence d'une difficulté qui ne se manifeste pas nécessairement à chaque consultation.
- Pour qu'elle soit significative, une difficulté doit se manifester à plusieurs occasions.
- Le recueil des données nécessite plusieurs observations / discussions de cas avec le résident et partage des observations entre enseignants

# Deux outils

Une **grille** pour structurer le recueil des données pédagogiques sur le raisonnement clinique

Un **guide** de diagnostics de difficultés de raisonnement clinique et de stratégies de remédiation

## Appréciation du raisonnement clinique

Nom du résident:	Nom du superviseur:
Situation clinique:	Date:

**1. En observant la consultation**

Recueil des données:

- ☐ Génération d'hypothèses en cours d'anamnèse
- ☐ Vérification des hypothèses en cours d'anamnèse
- ☐ Examen physique réfléchi et vérification des hypothèses (génération de nouvelles hypothèses au besoin)

☐ Structure du recueil des données

Si l'entrevue est complétée sans discussion avec le superviseur:

- ☐ Diagnostic qui intègre les éléments recueillis les plus pertinents
- ☐ Prise en compte des particularités de la situation du patient dans les plans d'investigation et de traitement

**2. En discutant du cas**

- ☐ Synthèse et organisation des données
- ☐ Priorisation des éléments les plus pertinents dans l'élaboration du diagnostic différentiel
- ☐ Prise en compte des particularités de la situation du patient dans les plans d'investigation et de traitement

☐ Cohérence entre la présentation et le déroulement de l'entrevue\*

\* Il est nécessaire d'avoir observé l'entrevue pour pouvoir apprécier cet élément.

**3. Éléments qui influent sur le raisonnement clinique**

- ☐ Niveau et structure des connaissances
- ☐ Contexte (éléments perturbateurs)
- ☐ Habiletés de gestion du temps
- ☐ Capacité de gestion de l'incertitude
- ☐ Qualité de la communication
- ☐ Autres éléments qui influent sur le raisonnement clinique

**4. Synthèse discutée avec le résident et recommandations pédagogiques**

Marie-Claude AUDÉTAT et Suzanne LAURIN, novembre 2009

## DIFFICULTÉS DE RAISONNEMENT CLINIQUE AIDE AU DIAGNOSTIC PÉDAGOGIQUE ET AUX STRATÉGIES DE REMÉDIATION

### PRÉAMBULE

Voici 5 types de difficultés fréquentes, pédagogiques, telles qu'elles se manifestent dans le contexte de la supervision clinique. Ces difficultés se retrouvent au cours des étapes du processus de raisonnement clinique que nous avons choisi de résumer ainsi :

Génération d'hypothèses et orientation de la récolte de données. **DIFFICULTÉ 1**

Raffinement et traitement des hypothèses (écoute - interprétation - synthèse - vérification). **DIFFICULTÉS 2 ET 3**

Diagnostic et élaboration d'un plan d'intervention. **DIFFICULTÉS 4 ET 5**

### NOUS PRÉSENTONS POUR CHAQUEUNE DE CES DIFFICULTÉS :

- des **INDICES** pour se repérer dans le cadre des supervisions ainsi que dans les notes au dossier
- des **EXEMPLES** de questions permettant de faire verbaliser le raisonnement clinique
- des **HYPOTHÈSES** de compréhension de la difficulté
- des **PROPOSITIONS** de stratégies de remédiation adaptées

Cet outil n'a pas la prétention d'être exhaustif. Il vise à fluster et soutenir la nécessaire démarche de raisonnement pédagogique (recueil des informations, hypothèses de compréhension et vérification de ces hypothèses, diagnostic pédagogique, élaboration d'un plan de remédiation, application de méthodes pédagogiques, et évaluation des résultats) des cliniciens enseignants face aux difficultés de leurs étudiants. Le raisonnement clinique étant un phénomène hautement complexe, les catégories de difficultés définies dans ce document ainsi que les indices permettant de les détecter ne sont pas mutuellement exclusives et peuvent se chevaucher.

Nous aurons plaisir d'échanger également l'étape du plan d'intervention pour souligner que le processus de raisonnement clinique se poursuit au-delà du diagnostic.

Les stratégies de remédiation proposées illustrent elles aussi des exemples possibles, qui nous serviront de points de repère. Elles s'inscrivent à la fois d'une perspective collective, en proposant des stratégies très concrètes, ainsi que d'une perspective réflexive. Il faut noter que certaines de ces mesures peuvent se faire dans un deuxième temps, après la conclusion de la consultation, pour éviter de faire attendre le patient ou de retarder les soins. Nous tenons à souligner que ces stratégies pédagogiques seront d'autant plus efficaces qu'elles seront répétées et intégrées à un plan de remédiation.

Enfin, nous ne saurions trop recommander de superviser en direct les étudiants soupçonnés de rencontrer des difficultés de raisonnement clinique, afin de documenter et mieux comprendre la nature précise du problème. La discussion du cas (supervision indirecte, après la supervision directe, permet de mieux apprécier la capacité de synthèse de l'étudiant et la mentalisation globale de la situation clinique et de ses différents enjeux. Les « petites bombes » qui vous trouveront au début de ce document sont là pour le rappeler.

Un lexique, définissant les cinquante termes\* utilisés se trouve à la fin de ce document. Cet outil a été construit à partir des données actuelles de la littérature sur le raisonnement clinique. Les auteurs remercient les lecteurs intéressés à approfondir le sujet aux annexes citées à la fin du document.

Marie-Claude Audétat, Caroline Béique, Nathalie Carre Fon, Suzanne Laurin, Gilbert Sanchez.

Université de Montréal  
Faculté de médecine  
Département de médecine familiale et de médecine d'urgence

CPJSS  
CENTRE DE RECHERCHE EN PÉDAGOGIE  
DES SCIENCES DE LA SANTÉ



## DIFFICULTÉS DE RAISONNEMENT CLINIQUE

### AIDE AU DIAGNOSTIC PÉDAGOGIQUE ET AUX STRATÉGIES DE REMÉDIATION

#### PRÉAMBULE

Voici 5 types de difficultés fréquentes, prototypes, telles qu'elles se manifestent dans le contexte de la supervision clinique. Ces difficultés se retrouvent au cours des étapes du processus du raisonnement clinique que nous avons choisi de résumer ainsi :

Génération d'hypothèses et orientation de la récolte de données DIFFICULTÉ 1

Raffinement et traitement des hypothèses (recette – interprétation – synthèse – vérification) DIFFICULTÉS 2 ET 3

Diagnostic et élaboration d'un plan d'intervention DIFFICULTÉS 4 ET 5

#### NOUS PRÉSENTONS POUR CHACUNE DE CES DIFFICULTÉS :

1. des **INDICES** pour les repérer dans le cadre des supervisions ainsi que dans les notes au dossier
2. des **EXEMPLES** de questions permettant de faire verbaliser le raisonnement clinique
3. des **HYPOTHÈSES** de compréhension de la difficulté
4. des **PROPOSITIONS** de stratégies de remédiation adaptées

Cet outil n'a pas la prétention d'être exhaustif, il vise à illustrer et soutenir la nécessaire démarche de raisonnement pédagogique (recueil des informations, hypothèses de compréhension et vérification de ces hypothèses, diagnostic pédagogique, élaboration d'un plan de remédiation, application de méthodes pédagogiques, et évaluation des résultats) des cliniciens enseignants face aux difficultés de leurs étudiants. Le raisonnement clinique étant un phénomène hautement complexe, les catégories de difficultés définies dans ce document ainsi que les indices permettant de les détecter ne sont pas mutuellement exclusifs et peuvent se chevaucher.

Nous avons choisi d'aborder séparément l'étape du plan d'intervention pour souligner que le processus de raisonnement clinique se poursuit au-delà du diagnostic.

Les stratégies de remédiation proposées illustrent elles aussi des exemples possibles, que nous souhaitons pratiques et réalistes. Elles s'inspirent à la fois d'une perspective cognitive, en proposant des stratégies très concrètes, ainsi que d'une perspective réflexive. Il faut noter que certaines de ces mesures peuvent se faire dans un deuxième temps, après la conclusion de la consultation, pour éviter de faire attendre le patient ou de retarder les soins. Nous tenons à souligner que ces stratégies pédagogiques seront d'autant plus efficaces qu'elles seront répétées et intégrées à un plan de remédiation.

Enfin, nous ne saurions trop recommander de superviser en direct les étudiants soupçonnés de rencontrer des difficultés de raisonnement clinique, afin de documenter et mieux comprendre la nature précise du problème. La discussion du cas (supervision indirecte), après la supervision directe, permet de mieux apprécier la capacité de synthèse de l'étudiant et sa représentation globale de la situation clinique et de ses différents enjeux. Les « petites bombes » que vous trouverez au détour de ce document sont là pour le rappeler.

Un lexique, définissant les principaux termes utilisés se trouve à la fin de ce document. Cet outil a été constitué à partir des données actuelles de la littérature sur le raisonnement clinique. Les auteurs renvoient les lecteurs intéressés à approfondir le sujet aux articles cités à la fin du document.

Marie-Claude Audétat, Caroline Béique, Nathalie Caire Fon, Suzanne Laurin, Gilbert Sanche.

# Le guide d'aide au diagnostic pédagogique et aux stratégies de remédiation

# Le cadre conceptuel du guide

- Le paradigme de l'approche (problem solving)
- Un outil issu de la pratique et de la supervision clinique, destiné aux enseignants cliniciens
- Fondé sur le parallèle entre diagnostic clinique et diagnostic pédagogique
- Fondé sur une analogie avec les prototypes des maladies de Bordage

# Le guide d'aide au diagnostic pédagogique et aux stratégies de remédiation

- Nous avons distingué trois étapes dans le processus de raisonnement clinique, en leur faisant correspondre les difficultés les plus souvent observées.
- Ces catégories ne sont pas mutuellement exclusives et elles peuvent se chevaucher.

# 5 types de difficultés

Génération d'hypothèses et orientation de la récolte de données **DIFFICULTÉ 1**

Raffinement et traitement des hypothèses (récolte – interprétation – synthèse – vérification) **DIFFICULTÉS 2 ET 3**

Diagnostic et élaboration d'un plan d'intervention **DIFFICULTÉS 4 ET 5**

## NOUS PRÉSENTONS POUR CHACUNE DE CES DIFFICULTÉS :

1. des **INDICES** pour les repérer dans le cadre des supervisions ainsi que dans les notes du dossier
2. des **EXEMPLES** de questions permettant de faire verbaliser le raisonnement clinique
3. des **HYPOTHÈSES** de compréhension de la difficulté
4. des **PROPOSITIONS** de stratégies de remédiation adaptées

# 1

## DIFFICULTÉS DANS LA GÉNÉRATION DES HYPOTHÈSES, LA PERCEPTION DES INDICES ET L'ORIENTATION DE LA RÉCOLTE DE DONNÉES

**Définition :**

- 1) L'étudiant n'identifie ou ne sélectionne pas les éléments clés ou indices qui pourraient l'orienter vers la génération de quelques hypothèses diagnostiques, ou
- 2) ne génère pas un certain nombre d'hypothèses diagnostiques pour orienter son raisonnement ou
- 3) n'oriente ni ne cible sa collecte de données.

# 2

## FERMETURE PRÉMATURÉE

**Définition :** L'étudiant se centre rapidement sur une seule hypothèse diagnostique et conduit le questionnaire de façon superficielle ou orientée exclusivement en fonction de cette hypothèse diagnostique. Fermeture passive par défaut de génération d'hypothèses différentielles ou active par une focalisation rapide sur un élément.

# 3

## DIFFICULTÉS DE PRIORISATION

**Définition :**

- 1) Priorisation inadéquate des problèmes du patient : difficulté à centrer l'entrevue sur les éléments les plus importants, par exemple lorsqu'il y a plusieurs plaintes.
- 2) Difficulté à choisir de façon pertinente d'accorder ou non de l'importance à des indices ou des informations obtenus en cours d'entrevue.

# 4

## DIFFICULTÉS À ÉLABORER UN PORTRAIT GLOBAL\* DE LA SITUATION CLINIQUE

**Définition :** L'étudiant ne fait pas de liens entre les différentes données, n'intègre pas la perspective du patient ni les données du contexte pour construire un portrait de la situation clinique et y ajuster son plan d'investigation ou de traitement.

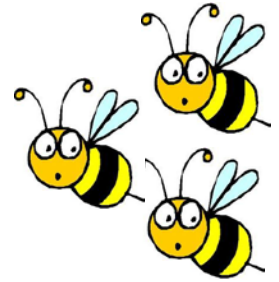
# 5

## DIFFICULTÉS À ÉLABORER UN PLAN D'INTERVENTION\*

**Définition :** Le processus d'intégration et de synthèse de tout le processus de raisonnement est insatisfaisant et l'étudiant débouche sur des plans d'intervention inadéquats.

# Exercice pédagogique

## Vidéo 2



Que pouvez-vous dire du raisonnement clinique  
de cette étudiante ?

Quelles sont vos hypothèses pédagogiques ?

# Les stratégies d'intervention

## DIFFICULTÉS DE RAISONNEMENT CLINIQUE

AIDE AU DIAGNOSTIC PÉDAGOGIQUE ET AUX STRATÉGIES DE REMÉDIATION

### PRÉAMBULE

Voici **5 types de difficultés** fréquentes, prototypiques, telles qu'elles se manifestent dans le contexte de la supervision clinique. Ces difficultés se retrouvent au cours des étapes du processus du raisonnement clinique que nous avons choisi de résumer ainsi :

Génération d'hypothèses et orientation de la récolte de données **DIFFICULTÉ 1**

Raffinement et traitement des hypothèses (récolte – interprétation – synthèse – vérification) **DIFFICULTÉS 2 ET 3**

Diagnostic et élaboration d'un plan d'intervention **DIFFICULTÉS 4 ET 5**

### NOUS PRÉSENTONS POUR CHACUNE DE CES DIFFICULTÉS :

1. des **INDICES** pour les repérer dans le cadre des supervisions ainsi que dans les notes au dossier
2. des **EXEMPLES** de questions permettant de faire verbaliser le raisonnement clinique
3. des **HYPOTHÈSES** de compréhension de la difficulté
4. des **PROPOSITIONS** de stratégies de remédiation adaptées

Cet outil n'a pas la prétention d'être exhaustif; il vise à illustrer et soutenir la nécessaire démarche de raisonnement pédagogique (recueil des informations, hypothèses de compréhension et vérification de ces hypothèses, diagnostic pédagogique, élaboration d'un plan de remédiation, application de méthodes pédagogiques, et évaluation des résultats) des cliniciens enseignants face aux difficultés de leurs étudiants. Le raisonnement clinique étant un phénomène hautement complexe, les catégories de difficultés définies dans ce document ainsi que les indices permettant de les détecter ne sont pas mutuellement exclusifs et peuvent se chevaucher.

Nous avons choisi d'aborder séparément l'étape du plan d'intervention pour souligner que le processus de raisonnement clinique se poursuit au-delà du diagnostic.

Les stratégies de remédiation proposées illustrent elles aussi des exemples possibles, que nous souhaitons pratiques et réalistes. Elles s'inspirent à la fois d'une perspective cognitiviste, en proposant des stratégies très concrètes, ainsi que d'une perspective réflexive. Il faut noter que certaines de ces mesures peuvent se faire dans un deuxième temps, après la conclusion de la consultation, pour éviter de faire attendre le patient ou de retarder les soins. Nous tenons à souligner que ces stratégies pédagogiques seront d'autant plus efficaces qu'elles seront répétées et intégrées à un plan de remédiation.

Enfin, nous ne saurions trop recommander de superviser en direct les étudiants soupçonnés de rencontrer des difficultés de raisonnement clinique, afin de documenter et mieux comprendre la nature précise du problème. La discussion du cas (supervision indirecte), après la supervision directe, permet de mieux apprécier la capacité de synthèse de l'étudiant et sa représentation globale de la situation clinique et de ses différents enjeux. Les « petites bombes » que vous trouverez au détour de ce document sont là pour le rappeler.

Un lexique, définissant les principaux termes\* utilisés se trouve à la fin de ce document. Cet outil a été construit à partir des données actuelles de la littérature sur le raisonnement clinique. Les auteurs renvoient les lecteurs intéressés à approfondir le sujet aux articles cités à la fin du document.

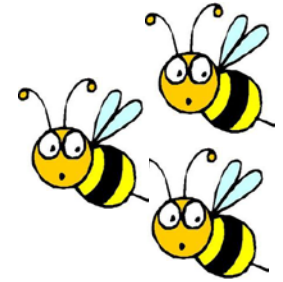
Marie-Claude Audétat, Caroline Béique, Nathalie Caire Fon, Suzanne Laurin, Gilbert Sanche.

# Les stratégies d'intervention: outils concrets pour soutenir ou corriger le développement du raisonnement clinique

- Stratégies générales
  - Expliciter et faire expliciter
- Stratégies spécifiques
  - Ciblées en fonction du diagnostic pédagogique

# Exercice pédagogique

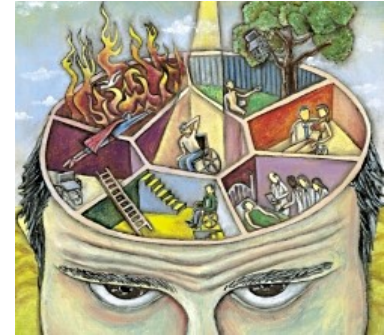
## Vidéo 3



Quel est votre diagnostic pédagogique ?



# Expliciter...



Le clinicien, dans un contexte de formation doit être particulièrement métacognitif et explicite par rapport à sa propre expertise professionnelle

- Prendre conscience de ses connaissances et de ses actions
- Être en mesure de rendre visible et accessible le résultat de sa démarche mais surtout son processus et l'articulation de ses savoirs sous-jacents

CHAMBERLAND M., HIVON R. « Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôles en formation clinique », Pédagogie médicale 2005;6; 98-111

# Faire expliciter...



Importance de faire expliciter le raisonnement clinique...

1. Mettre à jour et clarifier les faits, la situation
2. Poser des questions et tester le raisonnement clinique
3. Aider et stimuler le résident à enrichir son raisonnement clinique

# Faire expliciter...

## 1. Mettre à jour et clarifier les faits, la situation

- Qu'est ce qui te fait penser à...?
- Résume moi la situation en 2-3 phrases...

# Faire expliciter...

## 2. Poser des questions et tester le raisonnement clinique

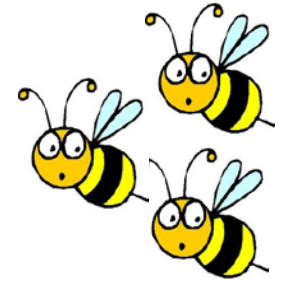
- Est-ce que tu vois une relation entre ...?
- A quoi penses-tu lorsque tu vois cela et cela ?
- Qu'est ce que tu vas faire de...?

# Faire expliciter...

3. **Aider et stimuler le stagiaire à enrichir son raisonnement clinique**
  - Partage et gestion de l'incertitude
  - Et si on trouvait aussi ....que pourrait-on en déduire ?

# Exercice pédagogique

## Vidéo 3



Quelles interventions spécifiques sont possibles  
en supervision ?

# Soutien ou remédiation?

De l'importance de distinguer:

- Les petites difficultés, les retard de développement du raisonnement clinique qui nécessitent un soutien lors des supervisions quotidiennes
- Des difficultés suffisamment importantes qui nécessitent un processus pédagogique de remédiation / un plan pédagogique structuré

# Messages clés

- La démarche de raisonnement et de diagnostic pédagogiques est semblable à celle que nous utilisons en clinique
- La supervision est un moyen privilégié de:
  - recueil de données pédagogiques
  - génération et de vérification d'hypothèses
  - application de stratégies de soutien ou de remédiation

si nous nous plaçons dans une dynamique pédagogique!

# Messages clés

- La plupart des difficultés sont des retards d'acquisition d'une démarche efficace et n'ont besoin que d'un soutien en supervision clinique
- En cas de difficultés majeures, un plan pédagogique comprenant plusieurs niveaux et types d'interventions est nécessaire

# Exercice de réflexion

Que comptez-vous changer / quelles actions prévoyez-vous prendre suite à cet atelier ?

# Merci de votre participation!

[mcaudetat@sympatico.ca](mailto:mcaudetat@sympatico.ca)  
[suzanne.laurin@umontreal.ca](mailto:suzanne.laurin@umontreal.ca)