

# Je pense, donc je soigne les dessous de la décision clinique

# 3

*Nathalie Caire Fon et Gilbert Sanche*

La journée du D<sup>r</sup> Boisvert tire à sa fin. Il ne lui reste plus qu'à revoir les patients dont Paul, l'externe, s'occupe. Cela ne devrait pas être long, car tout le monde « est stable ». Paul s'empresse de parler de M<sup>me</sup> Nguyen, une patiente de 70 ans hypertendue et diabétique qui a été hospitalisée pour une pneumonie. Paul a remarqué que sa pression artérielle atteint parfois 150 mm Hg/80 mm Hg, au lieu d'être inférieure à 130 mm Hg/80 mm Hg comme le recommandent les guides de pratique<sup>1</sup>.

### Étape 1 Le désaccord

Paul a l'impression que le traitement antihypertenseur de la patiente n'est pas optimal et veut augmenter ses doses. Il souhaite, en outre, lui prescrire une alimentation faible en sodium et en gras et a demandé à la nutritionniste de revoir la patiente pour l'aider à perdre du poids. Le D<sup>r</sup> Boisvert n'est pas d'accord avec les suggestions de Paul, car il a l'impression que ces interventions thérapeutiques ne sont pas souhaitables. Toutefois, comment expliquer une intuition qui n'est pas fondée sur la littérature médicale? Et, plus important encore, que retiendra Paul de l'expérience? (tableau I)

La D<sup>re</sup> Nathalie Caire Fon, omnipraticienne, pratique à l'unité de réadaptation intensive de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, est professeure adjointe de clinique au Département de médecine familiale de l'Université de Montréal et est membre au Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé de l'Université de Montréal (CPASS). Le D<sup>r</sup> Gilbert Sanche, omnipraticien, exerce à l'unité de médecine familiale du CLSC du Marigot, à Laval, et est professeur adjoint de clinique au Département de médecine familiale de l'Université de Montréal.

### Tableau I

#### Le processus réflexif (étapes 1 et 2)<sup>2,3,11,12</sup>

#### 1. Apparition d'un doute, d'un malaise, d'un désaccord ou d'une situation d'incertitude

- Les suggestions de Paul créent un doute chez le D<sup>r</sup> Boisvert.

#### 2. Définition du problème

- Le désaccord entre Paul et le D<sup>r</sup> Boisvert crée un conflit cognitif.
- Les suggestions de Paul amènent le D<sup>r</sup> Boisvert à se remettre en question.
- Existe-t-il une meilleure approche thérapeutique?
- Qu'y a-t-il derrière l'intuition du D<sup>r</sup> Boisvert?

### Étape 2 La définition du problème

#### Des décisions cliniques reposant sur l'intuition?

Lorsqu'un clinicien fait face à des problèmes courants qui font partie de sa pratique quotidienne, il met en action des mécanismes de raisonnement clinique

**Lorsqu'un clinicien fait face à des problèmes courants qui font partie de sa pratique quotidienne, il met en action des mécanismes de raisonnement clinique en apparence automatiques et intuitifs.**

Repère

## Tableau II

### Les catalyseurs d'un processus réflexif

#### Éléments appartenant au praticien : ses émotions

- Apparition d'un doute sur une conduite ou un diagnostic
- Satisfaction face à la résolution d'un problème complexe
- Perception d'une erreur (voir l'article de la D<sup>e</sup> Suzanne Laurin et de M<sup>me</sup> Marie-Claude Audétat intitulé : « Dans la tête de la Docteure L. : "Autopsie" d'une décision », dans le présent numéro)

#### Éléments extérieurs appartenant au contexte d'apprentissage

- Questions des étudiants
- Décisions cliniques des résidents supervisés
- Décisions cliniques pouvant être mal interprétées par les étudiants

#### Éléments extérieurs appartenant au contexte clinique

- Remarque d'un collègue, d'un consultant ou d'un autre professionnel
- Dilemme éthique
- Questions des patients et des familles

#### Patient

- Évolution inhabituelle
- Complexité du tableau clinique
- Insatisfaction face aux soins

en apparence automatiques et intuitifs. Schön décrit un savoir dans l'action, qui est tacite et difficile à exprimer<sup>2</sup>, communément appelé l'intuition.

*L'intuition fait référence à une pensée rapide, automatique, inconsciente qui permet de résoudre des problèmes souvent complexes, sans effort intellectuel apparent<sup>3</sup>.*

L'expertise médicale se caractérise par une automaticité de l'action. Il est donc inhabituel qu'un clinicien expert s'arrête au milieu d'une tâche clinique pour y réfléchir, à moins qu'un élément catalyseur, comme les suggestions de Paul, crée un conflit cognitif. Le tableau II énumère plusieurs situations qui pourraient déclencher un tel processus réflexif chez

le praticien en exercice. La liste n'est pas exhaustive, mais elle souligne néanmoins certaines situations fréquentes en pratique.

*Le praticien qui entre dans une démarche réflexive est capable de se distancer de ses actions et de ses expériences pour y réfléchir de façon consciente afin de les comprendre et d'en tirer des leçons.*

*Si le D<sup>r</sup> Boisvert ne s'engage pas dans une démarche réflexive, il pourrait être tenté d'invoquer le flair ou l'instinct pour justifier le fait qu'il tolérerait les valeurs de pression artérielle de M<sup>me</sup> Nguyen et qu'il craint de les diminuer. En revanche, en s'arrêtant pour y réfléchir, il va pouvoir expliciter à Paul sa décision et l'amener à comprendre qu'elle est l'aboutissement d'un raisonnement clinique rapide et efficace reposant sur une grande expérience clinique : l'intuition du clinicien expert<sup>2</sup>.*

Le médecin enseignant, dans sa double tâche de clinicien et de professeur, a la particularité d'avoir à expliciter ses actions pour que les étudiants qui l'observent puissent bâtir leur expertise en clarifiant les dessous d'une décision clinique. L'explicitation leur permet non seulement d'acquérir des compétences cliniques, mais aussi d'éviter d'interpréter une action et de tirer à l'occasion des conclusions erronées. Par exemple, Paul pourrait penser que le D<sup>r</sup> Boisvert ne connaît pas les guides de pratique ou, pire encore, qu'il les ignore pour une partie de la population, les patients âgés dans ce cas.

*Le praticien enseignant en processus réflexif est capable de reconnaître les situations où il doit se distancer de ses actions pour y réfléchir de façon consciente afin de les rendre explicites et accessibles aux étudiants qui l'observent.*

## Étape 3

### L'analyse critique des décisions du clinicien

#### Qu'est-ce qui motive la décision du D<sup>r</sup> Boisvert et pourquoi est-elle différente de celle de Paul ?

#### Les guides de pratique

Le nombre important de patients atteints de plusieurs maladies chroniques concomitantes rend la

pratique médicale plus complexe, notamment celle du médecin généraliste qui doit gérer l'ensemble des maladies sans oublier le patient. Au Québec, 38,6 % des personnes de 65 à 79 ans sont atteints de deux maladies ou plus. À partir de 80 ans, c'est 48,6 %<sup>4</sup>. La polyopathie nécessite une analyse au cas par cas au cours de laquelle le clinicien doit évaluer les effets et le pronostic de chacune des maladies, tout en gardant à l'esprit le risque non négligeable d'iatrogénicité liée à un traitement médicamenteux complexe.

À cette difficulté s'ajoute le besoin d'exercer la médecine en respectant les guides de pratique issus de la médecine factuelle. La grande majorité de ces guides ont cependant été conçus pour des affections uniques. Si, pour une maladie isolée chez un groupe spécifique de patients, un traitement s'est révélé efficace, il est impossible d'en prévoir les répercussions lorsqu'on applique scrupuleusement les guides de pratique propres à chacune des maladies dont le patient souffre. En effet, les affections médicales complexes sont souvent exclues des études tandis que l'effet de l'association de médicaments est rarement étudié<sup>5</sup>.

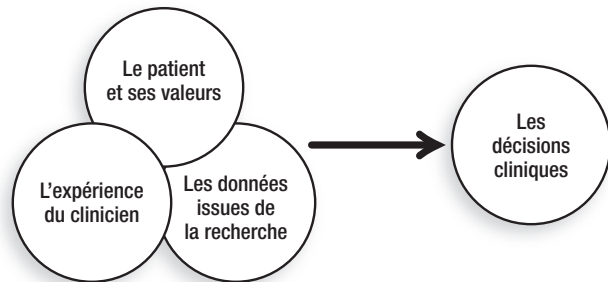
*Le D<sup>r</sup> Boisvert connaît les limites des guides de pratique, mais, tout comme Paul, il en reconnaît aussi l'importance. Pourquoi hésite-t-il donc à les appliquer ?*

### La médecine factuelle

La médecine factuelle, c'est-à-dire fondée sur les données probantes, est souvent perçue par les étudiants comme une pratique clinique faisant appel uniquement à la connaissance et à l'application des données scientifiques issues de la recherche. Elle est souvent synonyme de protocoles ou de guides de pratique à appliquer sans modification ni adaptation. Or, selon la définition de Sackett, la médecine factuelle consiste à prendre des décisions cliniques en tenant compte de trois éléments, soit l'expérience du clinicien, les données probantes issues de la recherche médicale et le malade avec ses préférences en matière de soins et ses valeurs<sup>6</sup> (figure 1).

**Figure 1**

### Les composantes de la décision clinique reposant sur les données probantes<sup>6</sup>



### Les scripts

Au fil de sa formation puis de sa pratique, le clinicien bâtit ses connaissances. Selon la théorie des scripts, ces connaissances s'organisent en réseau en fonction de tâches particulières et sont mobilisées en bloc pour permettre au médecin d'interpréter (poser un diagnostic) ou d'agir (prescrire une évaluation ou un traitement)<sup>7</sup>. Chaque fois qu'il rencontre un patient, il ajoute à ses savoirs cette expérience qui peut comprendre une multitude d'éléments, tels que le succès d'une approche thérapeutique ou un diagnostic manqué, comme le cas de la grossesse ectopique relaté dans l'article de la D<sup>re</sup> Suzanne Laurin et de M<sup>me</sup> Marie-Claude Audétat intitulé : « Dans la tête de la Docteure L. : "Autopsie" d'une décision », dans ce numéro. En intégrant jour après jour ses expériences cliniques à ses connaissances, le médecin enrichit et complexifie ses scripts.

*Devant M<sup>me</sup> Nguyen, le D<sup>r</sup> Boisvert va mobiliser un script clinique qu'il a bâti au fil des années chaque fois qu'il a eu à résoudre un problème semblable. Paul, clinicien novice, n'a pas la même somme d'expériences. Ses décisions reposent donc surtout sur ses connaissances théoriques, dans ce cas sur les guides de pratique.*

**En combinant l'approche centrée sur le patient aux données probantes et à son bagage d'expériences, le clinicien prend des décisions cliniques judicieuses.**

Repère

**Tableau III**

**Le processus réflexif (étapes 1 à 3)<sup>2,3,11,12</sup>**

**1. Apparition d'un doute, d'un malaise ou d'une situation d'incertitude**

**2. Définition du problème**

**3. Analyse critique des décisions du clinicien**

- ⊗ Le D<sup>r</sup> Boisvert explicite sa décision en indiquant à Paul qu'il a modulé l'application des guides de pratique pour M<sup>me</sup> Nguyen en se fondant sur :
  - ⊕ sa connaissance de la médecine factuelle ;
  - ⊕ ses expériences passées similaires ;
  - ⊕ son approche centrée sur la patiente.

**L'approche centrée sur le patient**

Dans une approche centrée sur le patient, telle que la définit Stewart<sup>8</sup>, le clinicien doit :

- ⊗ explorer la raison de la consultation et les inquiétudes du patient face à sa maladie ;
- ⊗ comprendre et intégrer la dimension psychosociale du patient ;

**Tableau IV**

**Le processus réflexif (étapes 1 à 4)<sup>2,3,11,12</sup>**

**1. Apparition d'un doute, d'un malaise ou d'une situation d'incertitude**

**2. Définition du problème**

**3. Analyse critique des décisions du clinicien**

**4. Nouvelle définition du problème**

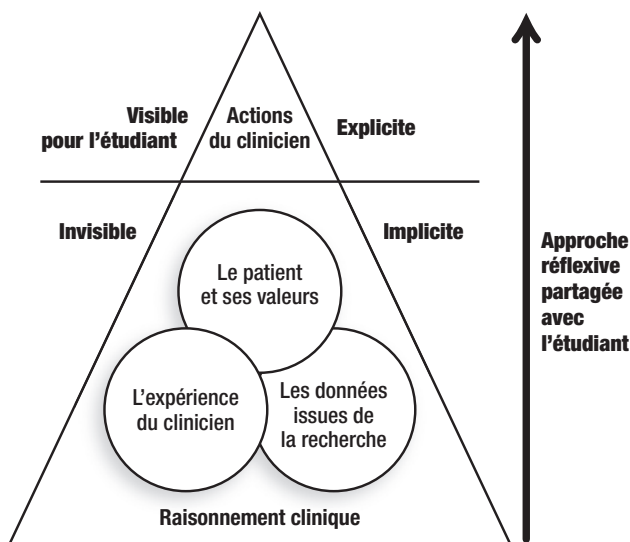
- ⊗ En raison de ses nombreuses affections, M<sup>me</sup> Nguyen pourrait ne pas tolérer les valeurs de pression artérielle prônées par les guides de pratique ni les traitements requis pour y arriver.

- ⊗ s'entendre avec le patient sur le problème à résoudre et décider d'un commun accord du traitement à entreprendre ;
- ⊗ faire la promotion de la santé ;
- ⊗ établir et consolider la relation patient-médecin.

En combinant l'approche centrée sur le patient aux données probantes et à son bagage d'expériences, le médecin prend des décisions cliniques judicieuses. Cette capacité d'intégration est difficile pour le clinicien novice, dont les décisions cliniques sont fonction d'une approche biomédicale qui ne tient pas toujours compte de la globalité du patient (tableau III).

**Figure 2**

**Dessous de la décision clinique<sup>2,3,6,9</sup>**



**Étape 4**  
**La nouvelle définition du problème**

Après avoir analysé les raisons ayant motivé le choix du traitement de M<sup>me</sup> Nguyen, le D<sup>r</sup> Boisvert va reformuler la situation pour permettre à Paul d'apprendre de cette expérience. M<sup>me</sup> Nguyen n'a pas une affection isolée à traitement unique comme le pense Paul. Elle est plutôt fragile et souffre de multiples maladies dont les traitements peuvent interagir les uns avec les autres. De plus, ses valeurs et ses croyances peuvent entrer en contradiction avec les solutions proposées et méritent donc qu'on s'y attarde.

La redéfinition de la situation met en lumière la complexité d'une décision clinique en apparence banale et routinière, les éléments pouvant l'influencer



et les différentes approches thérapeutiques possibles (tableau IV).

Pour reprendre l'analogie de l'iceberg de Fish et Coles<sup>9</sup>, la partie visible comprend les actions et les comportements du clinicien tandis que la section submergée comporte l'ensemble du raisonnement clinique qui, malgré son immensité, est invisible et ne peut être dévoilé qu'à travers une démarche réflexive qui permet de redéfinir le problème (figure 2).

### Étape 5 L'apprentissage

#### Réfléchir ensemble pour apprendre ?

Lorsque Paul réalise qu'il n'existe pas de traitement unique aux problèmes de santé de M<sup>me</sup> Nguyen et qu'il faut tenir compte de plusieurs autres dimensions que les guides de pratique pour arriver à une décision clinique optimale, il va vivre un déséquilibre cognitif qui sera particulièrement propice à l'acquisition de nouveaux savoirs. En se questionnant, il met en relation ses connaissances nouvelles et antérieures et prend conscience des notions qu'il doit encore acquérir. Le socioconstructivisme met l'accent sur le contact avec les autres pour bâtir ses connaissances. Dans cette perspective, nous élaborons notre compréhension d'une situation et nos savoirs en confrontant notre perception à celles des autres et en en discutant<sup>10</sup>. Il est donc essentiel que l'enseignant partage ses réflexions et encourage les étudiants à en faire autant. À travers ce processus, les deux construisent et enrichissent leur expertise respective. Le processus réflexif culmine par l'étape de l'apprentissage. Ces moments de réflexion essentiels à l'acquisition de l'expertise sont malheureusement peu fréquents durant les journées de travail du clinicien surchargé. Les réunions de service et les clubs de lecture peuvent ainsi devenir des moments particulièrement propices à de telles réflexions et des occasions de partage d'expériences cliniques

#### Tableau V

##### Le processus réflexif (étapes 1 à 5)<sup>2,3,11,12</sup>

**1. Apparition d'un doute, d'un malaise ou d'une situation d'incertitude**

**2. Définition du problème**

**3. Analyse critique des décisions du clinicien**

**4. Nouvelle définition du problème**

**5. Apprentissage**

⊗ Cette réflexion a permis au D<sup>r</sup> Boisvert :

- ⊕ d'expliciter sa démarche clinique à Paul sans invoquer le « flair » pour justifier ses décisions ;
- ⊕ de clarifier le message que Paul va retenir.

⊗ Cette réflexion a permis à Paul :

- ⊕ de mettre cette expérience clinique en relation avec des savoirs théoriques ;
- ⊕ d'enrichir son expérience et ses compétences cliniques ;
- ⊕ de prendre conscience des défis cliniques.

entre collègues qui doivent relever les mêmes défis (tableau V).

**L**E D<sup>r</sup> BOISVERT EST SATISFAIT. Malgré une longue journée, il a pris conscience de sa démarche clinique pour en expliciter les dessous à Paul, son externe, et s'assurer qu'il en comprend les enjeux. Il a alors défini un contenu pédagogique propre à cette situation clinique et a permis à son externe d'en retirer les apprentissages souhaités, soit le recours judicieux aux guides de pratique et la prise de décision en situation complexe. Le D<sup>r</sup> Boisvert quitte l'étage fatigué, mais avec le sentiment du devoir accompli. M<sup>me</sup> Nguyen recevra les soins appropriés à son état, et Paul aura appris de l'expérience. ☞

**Nous élaborons notre compréhension d'une situation et nos savoirs en confrontant notre perception à celles des autres et en en discutant.**

Repère

## Summary

**I think, therefore I treat: beyond clinical decision-making.** Clinicians' intuition refers to automatic and unconscious "quick thinking", enabling them to find solutions to complex problems without apparent effort. However, below the surface, a complex intellectual process is being harnessed to allow clinicians to make diagnoses, order investigations and initiate treatments. This process is often invisible to students observing the clinician. This article explores the elements affecting the clinical decision-making process and explains how, through a reflective approach, clinicians can help students enhance their learning experience.

**Date de réception :** le 9 novembre 2009

**Date d'acceptation :** le 3 janvier 2010

Les D<sup>rs</sup> Nathalie Caire Fon et Gilbert Sanche n'ont déclaré aucun intérêt conflictuel.

## Bibliographie

1. Société canadienne d'hypertension artérielle. Programme éducatif canadien sur l'hypertension. *Recommandations 2009 pour la prise en charge de l'hypertension*. La Société; 2009. Site Internet : <http://hypertension.ca/chep/fr/recommandations-2009> (Date de consultation : le 10 février 2010).
2. Schön DA. *The reflective practitioner: How professionals think in action*. 1<sup>re</sup> éd. New York : Basic Books; 1983. 374 p.
3. Barrows HS, Pickell GC. *Developing Clinical Problem-Solving Skills: a Guide to More Effective Diagnosis and Treatment*. 1<sup>re</sup> éd. New York : WW Norton & Company Inc.; 1991. 226 p.
4. Cazale L, Dumitru V. Les maladies chroniques au Québec : quelques faits marquants. Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. *Zoom Santé* mars 2008. Québec : Institut de la statistique. Site Internet : [www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2008/zoom\\_sante\\_mars08.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2008/zoom_sante_mars08.pdf) (Date de consultation : le 10 février 2010).
5. Tinetti ME, Bogardus ST, Agostini JV. Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions. *N Engl J Med* 2004; 351 (27) : 2870-4.
6. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS et coll. *Evidence-based medicine, how to practice and teach EBM*. 2<sup>e</sup> éd. Édinburgh : Churchill Livingstone; 2000. 261 p.
7. Nendaz M, Charlin B, Leblanc V, Bordage G. Le raisonnement clinique : données issues de la recherche. *Pédagogie Médicale* 2005; 6 : 235-54.
8. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ* 2001; 322 (7284) : 444-5.
9. Fish D, Coles C. Developing professional judgment in health care, learning through the critical appreciation of practice. 1<sup>re</sup> éd. Oxford : Biddles Ltd, Guilford and Kings Lynn; 1998. 318 p.
10. Lasnier F. *Réussir la formation par compétences*. 1<sup>re</sup> éd. Montréal : Guérin; 2000. 484 p.
11. Shapiro J, Talbot Y. Applying the concept of the reflective practitioner to understanding and teaching family medicine. *Fam Med* 1991; 23 (6) : 450-6.
12. Atkins S, Murphy K. Reflection: a review of the literature. *J Adv Nurs* 1993; 18 (8) : 1188-92.