

h e d s

Haute école de santé
Genève

Filière Nutrition et diététique

CLINICAL REASONING

Enseignement du Raisonnement Clinique

Jocelyne Depeyre, prof HES, responsable de filière,
filière Nutrition et diététique

Source : Christophe Richoz, Physiothérapeute



Hes·SO GENÈVE
Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale

Rue des Caroubiers 25
CH -1227 Carouge

T +41 22 388 56 00
F +41 22 388 56 01

dieta.heds@hesge.ch
www.hesge.ch/heds

Le raisonnement clinique

- une nouveauté ? NON
- son enseignement ? OUI
 - Bachelor des professions de santé en 3 ans
 - Mutation du système de santé
 - Pratique autonome
 - Praticien de premier recours
 - Projet LPSan
 - Révision de la LAMal
 - **11.418 – Initiative parlementaire**



Buts du cours

- Expliciter un processus automatique et familier
- Expliciter les étapes du processus pour
 - Identifier sa propre manière de raisonner et d'apprendre
 - Faciliter l'identification des obstacles perso/autrui
 - Faciliter l'accompagnement des étudiant-e-s
- Soutenir le leadership du PF
 - Efficacité personnelle
 - Pensée systémique
 - Pratiques professionnelles exemplaires
 - Efficacité professionnelle et interprofessionnelle



Définition du raisonnement clinique

- Is an ability to integrate and apply different types of knowledge, to weight evidence, critically think about argument and to reflect upon the process used to arrive at a diagnosis
- Requires not only an accumulation of knowledge but also a level of experience, which is generally what sets apart a practising clinician from a student [in a health profession]. There is also a degree of automation that occurs when clinician consult...

Clinical Reasoning : a guide to improving teaching and practice. Australian physician, 41, 1, 2012



Les étapes du raisonnement clinique

- Caractérisation du problème
- Génération et vérification d'hypothèses
- Représentation globale de la situation clinique
- Formulation d'une hypothèse de travail et d'un plan d'évaluation et de traitement adaptés au patient et au contexte

Soutenir le raisonnement clinique des stagiaires. Faire expliciter et expliciter.
S. Laurin et al. 2004. le médecin du Québec. 49, 1, 67-69.



2 Modèles de soins fréquemment utilisés

- **Biopsychosocial**
- **Santé - déficiences**

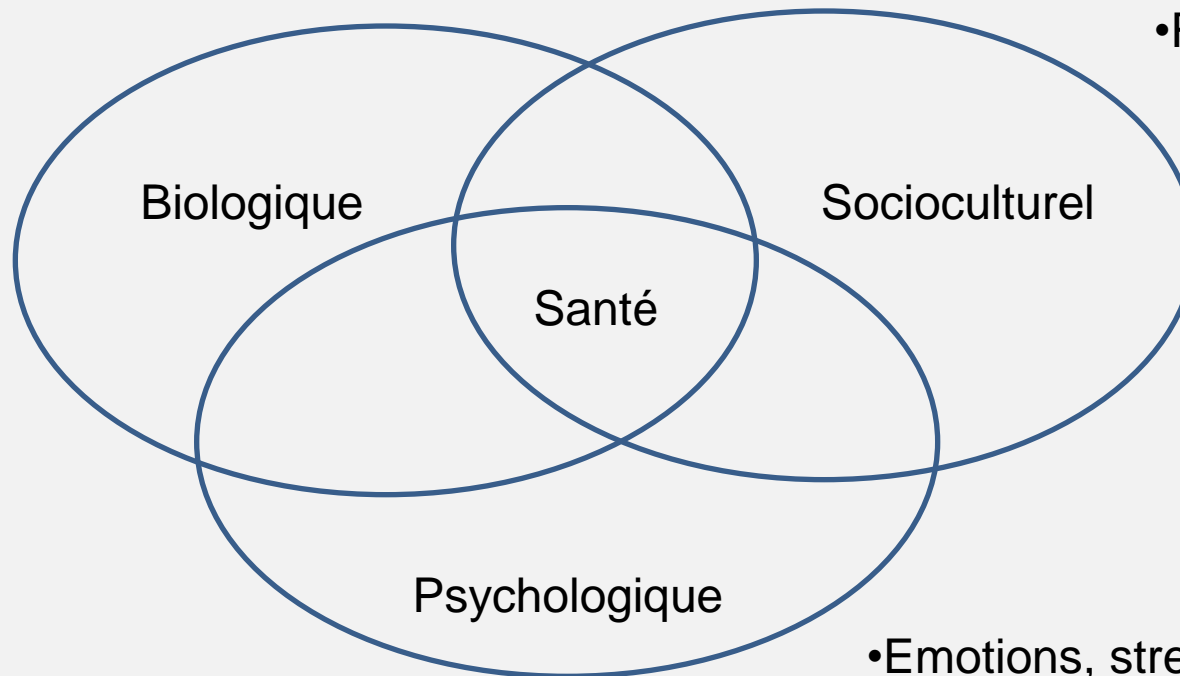


Modèle biopsychosocial

(inspiré de Waddel, 2004)

- Dysfonctionnement métabolique
- Neurophysiologie
- Modification composition corporelle

- Culture
- Interactions sociales
- Rôle de la maladie



participation active du patient

- Emotions, stress
- Comportements face à la maladie
- Croyances stratégie d'adaptation

Modèle biopsychosocial

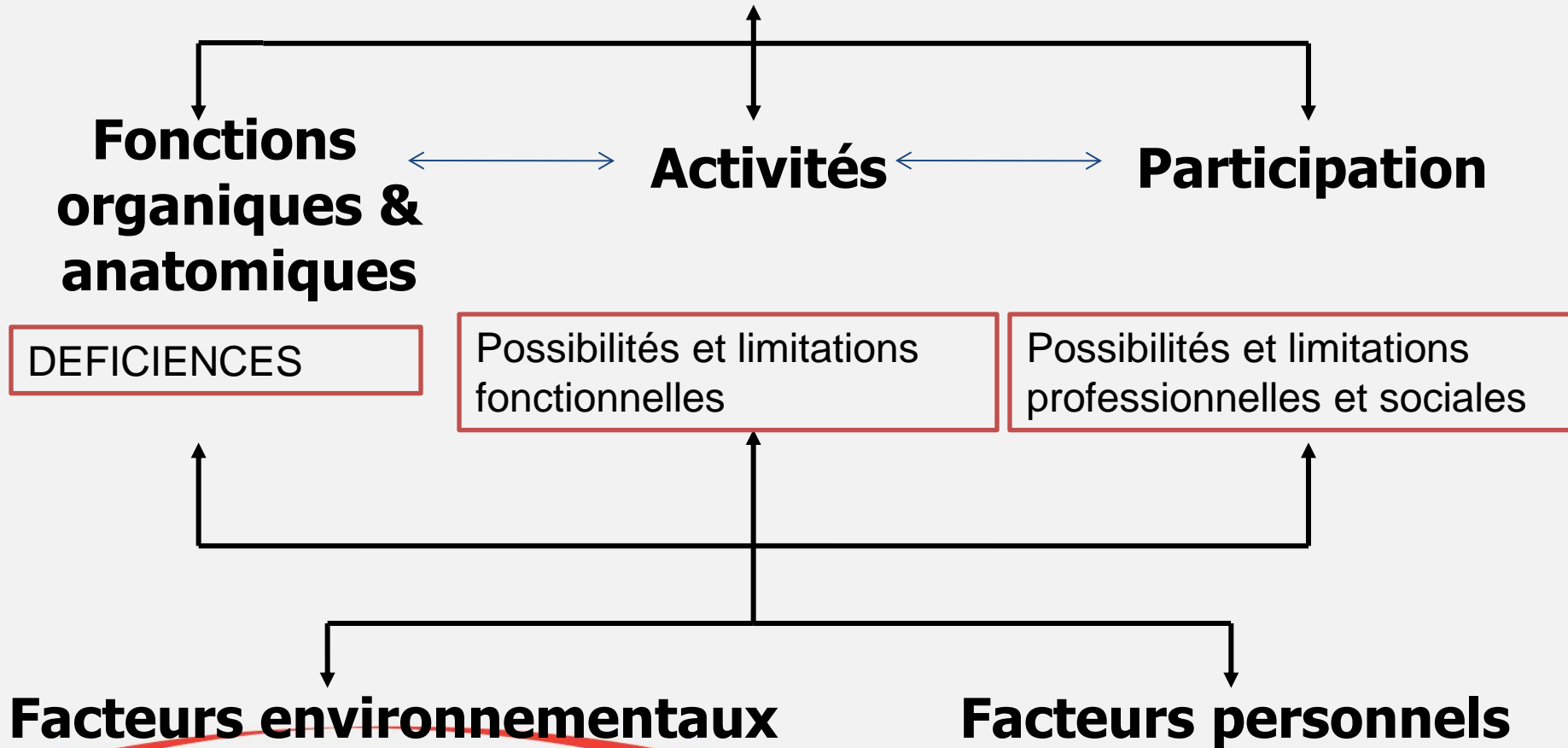
Est à la fois

- *un modèle théorique*,
 - c'est-à-dire un ensemble cohérent et articulé d'hypothèses explicatives de la santé et de la maladie,
- *et un outil clinique*,
 - c'est-à-dire un ensemble de moyens diagnostiques et thérapeutiques directement applicables.

Berquen, 2010



Problèmes de santé (atteintes ou maladies)



Modèle de santé et de déficiences

Est à la fois

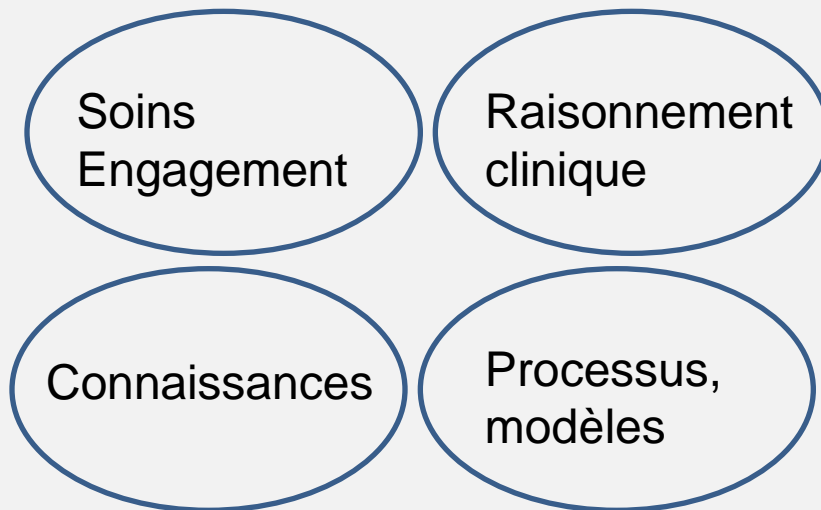
- *un modèle théorique,*
 - c'est-à-dire un ensemble cohérent et articulé d'hypothèses explicatives de la santé et du handicap/déficiences
- *et un outil clinique,*
 - c'est-à-dire un ensemble de moyens diagnostiques et thérapeutiques directement applicables.

Berquen, 2010

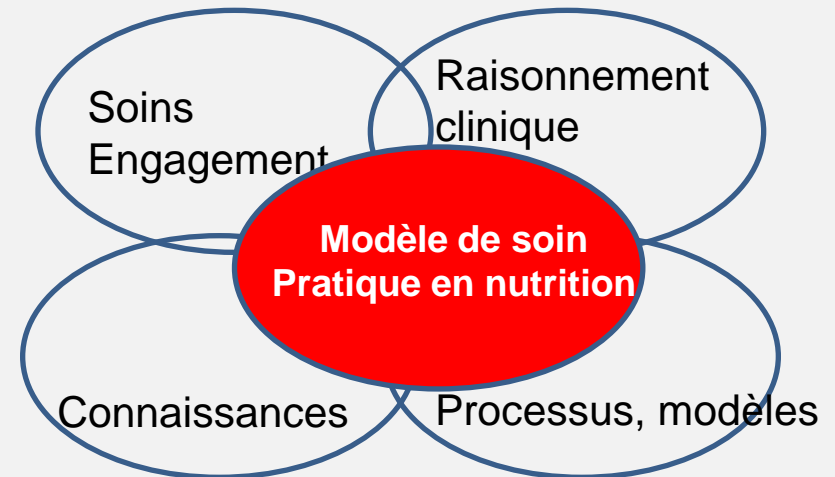
La construction du professionnel



Acquisition des compétences professionnelles



Etudiant-e-s 1^{er} année



Etudiant-e-s 3e année

Vers l'expertise



Adapté de « Clinical Reasoning in the health professions, 2008, p128

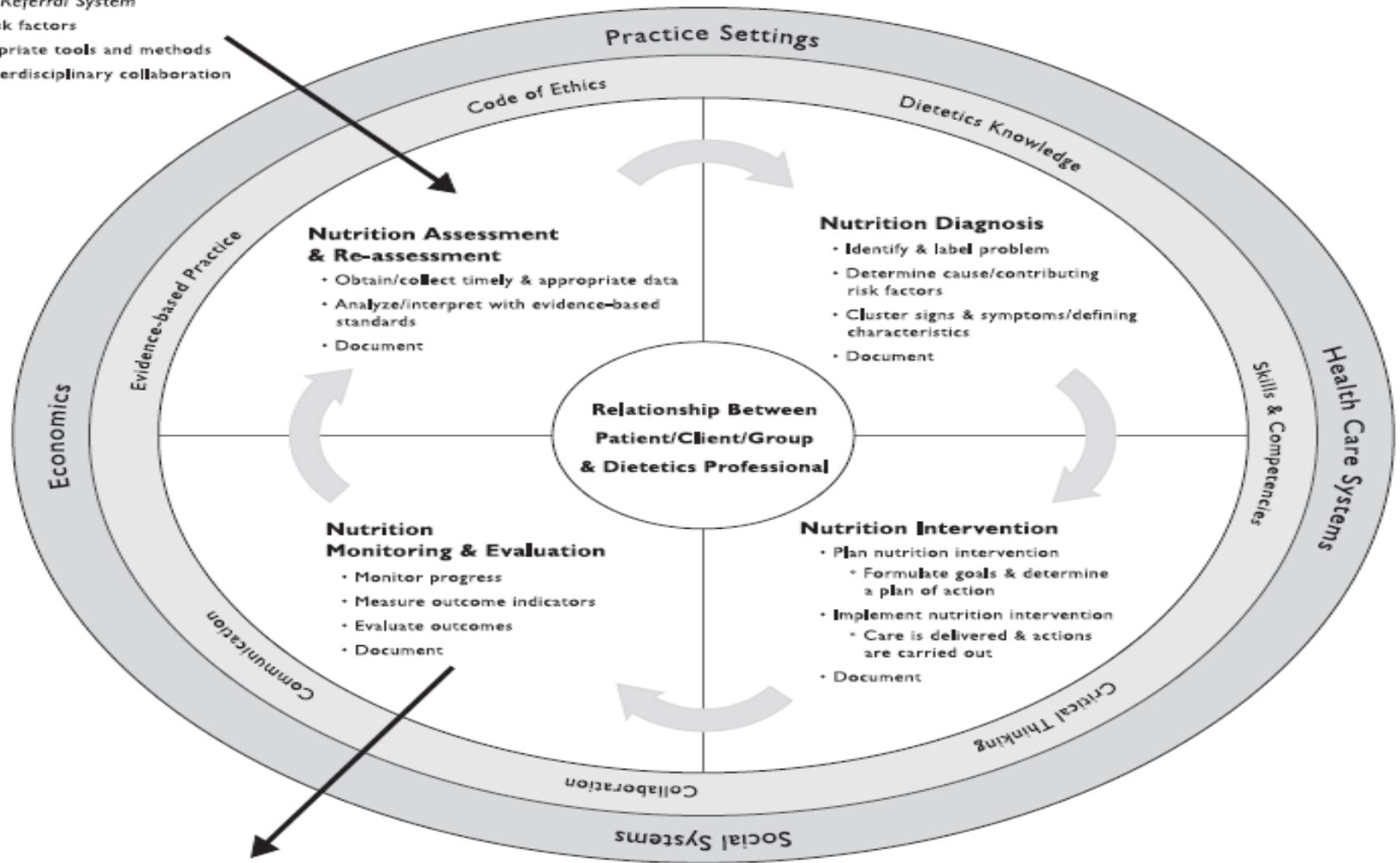
Modèle d'action professionnelle



The Nutrition Care Process

Screening & Referral System

- Identify risk factors
- Use appropriate tools and methods
- Involve interdisciplinary collaboration

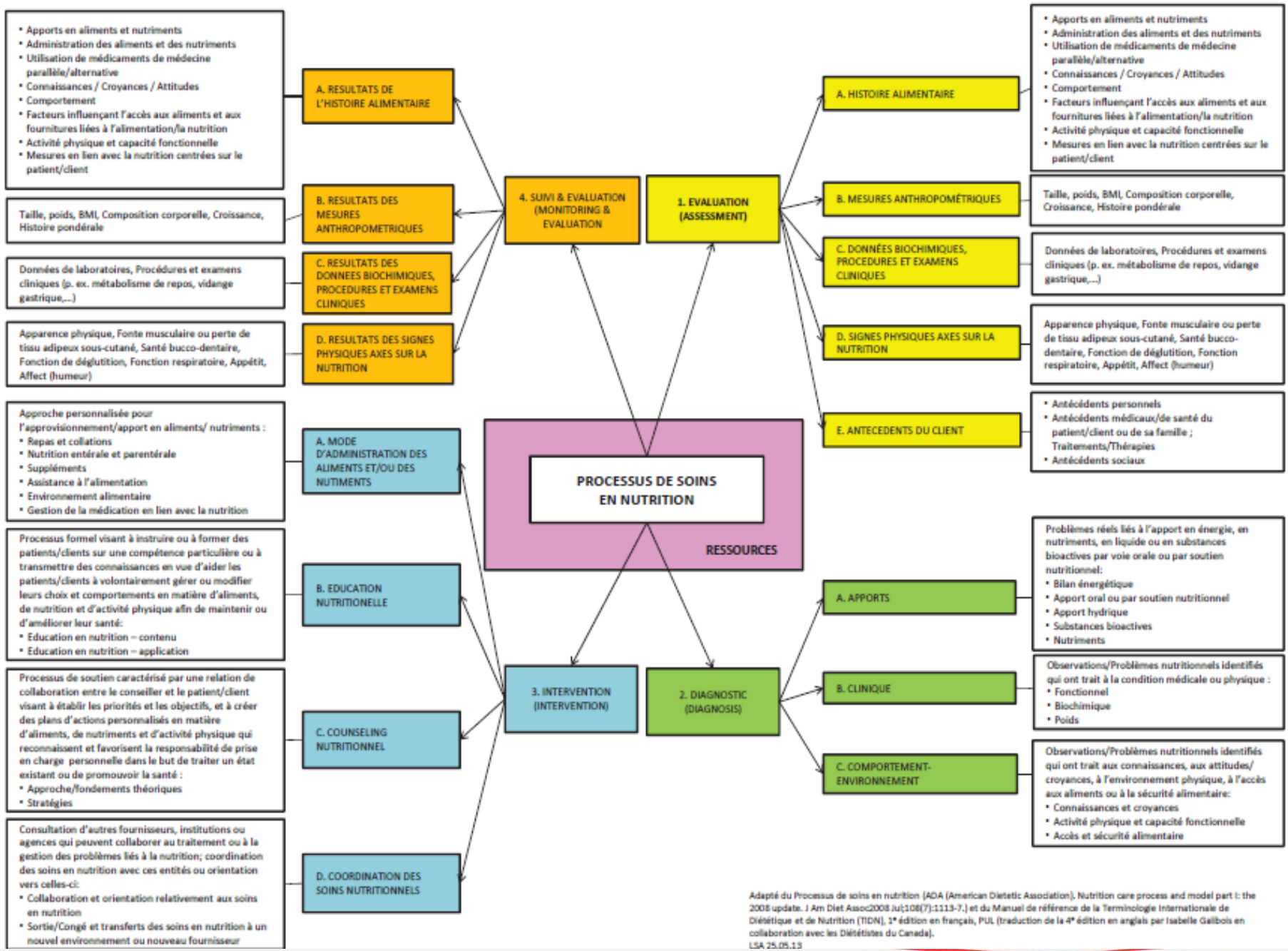


Outcomes Management System

- Monitor the success of the Nutrition Care Process implementation
- Evaluate the impact with aggregate data
- Identify and analyze causes of less than optimal performance and outcomes
- Refine the use of the Nutrition Care Process

Modèle professionnel

Figure 2. The four distinct but interrelated and connected steps of the Nutrition Care Process and Model.



Adapté du Processus de soins en nutrition (ADA [American Dietetic Association], Nutrition care process and model part 1: the 2008 update. J Am Diet Assoc 2008 Jul;108(7):1113-7.) et du Manuel de référence de la Terminologie Internationale de Diététique et de Nutrition (TIDN), 3^e édition en français, PUL (traduction de la 4^e édition en anglais par Isabelle Galbois en collaboration avec les Diététistes du Canada). LSA 25.05.13

Les différentes étapes

- **Nutrition Assessment:** The RDN collects and documents information such as food or nutrition-related history; biochemical data, medical tests and procedures; anthropometric measurements, nutrition-focused physical findings and client history.
- **Diagnosis:** Data collected during the nutrition assessment guides the RDN in selection of the appropriate nutrition diagnosis (i.e., naming the specific problem).
- **Intervention:** The RDN then selects the nutrition intervention that will be directed to the root cause (or etiology) of the nutrition problem and aimed at alleviating the signs and symptoms of the diagnosis.
- **Monitoring/Evaluation:** The final step of the process is monitoring and evaluation, which the RDN uses to determine if the patient/client has achieved, or is making progress toward, the planned goals.



Le Nutrition Care Process (NCP)

- Succession d'activités structurées et systématiques permettant la prise en charge globale du patient
 - Construit sur le modèle biopsychosocial
 - Structuré selon le processus de raisonnement clinique
- Objectifs :
 - formuler des hypothèses pour aboutir à un diagnostic diététique
 - Formuler des hypothèses en cas de réponse/non réponse à la thérapie, évolution attendue/non attendue...etc
- Chaque étape mobilise une partie du processus de raisonnement clinique



Le raisonnement clinique



Raisonnement clinique

Les capacités mobilisées

- Connaissances
- Aptitudes cognitives
- Métacognition/réflexivité
- Capacités émotionnelles
- Capacités sociales



3 formes de connaissances (Higgs & Titchen, 1995)

1. La connaissance propositionnelle « savoir »

- Biomédicale, diagnostique/pathologique, connaissance basée sur la recherche (evidence-based) ou l'expérience (normes de bonnes pratiques)
- La connaissance propositionnelle est transmise par les cours, les ouvrages et la littérature.



3 formes de connaissance (Higgs & Titchen, 1995)

2. La connaissance non propositionnelle « savoir-faire »
- Connaissance professionnelle permettant d'utiliser le savoir propositionnel dans la pratique;
 - Connaissance personnelle acquise durant sa vie et qui forme les perspectives personnelles les croyances et attitudes.



3 formes de connaissance (Higgs & Titchen, 1995)

3. La « connaissance personnelle » (celle du professionnel et celle du patient/famille) est essentielle pour comprendre la personne, le contexte du problème, comment ce problème affecte la vie du patient et comment il s'y adapte
 - requiert une compréhension des perspectives personnelles du patient (culture, famille, travail, croyances, attentes, émotions...etc.)

3 formes de connaissance (Higgs & Titchen, 1995)

Synthèse

- La connaissance propositionnelle, du métier (savoir faire) & la connaissance personnelle sont essentielles pour comprendre et prendre en charge le problème.



Cognition

- Les processus de réflexion, tels que la perception d'informations pertinentes, les interprétations spécifiques et l'analyse des données à un niveau plus élevé avec une synthèse;
- Les stratégies d'enquête telles que le test des hypothèses;
- Les compétences cognitives et les connaissances sont interdépendantes;
- Les erreurs sont souvent des erreurs cognitives.

Métacognition/réflexivité

- La conscience et la capacité à juger sa réflexion;
- Le savoir dans l'action (Schön, 1983, 1987) : la capacité à répondre de façon adéquate aux informations reçues durant l'échange avec le patient;
- Requiert une réflexion dans l'action et une réflexion sur l'action.



Métacognition/réflexivité

- Caractéristiques des réflexions métacognitives
 - Conscience de son propre savoir, de son fondement et de ses limitations;
 - Connaissance du modèle utilisé (théorie biopsychosociale) et de sa philosophie, la connaissance procédurale, le raisonnement clinique, les valeurs personnelles;
 - Conscience de la qualité et de la pertinence de l'information collectée;
 - Conscience de la performance et de l'efficacité procédurale et communicative.



Raisonnement clinique

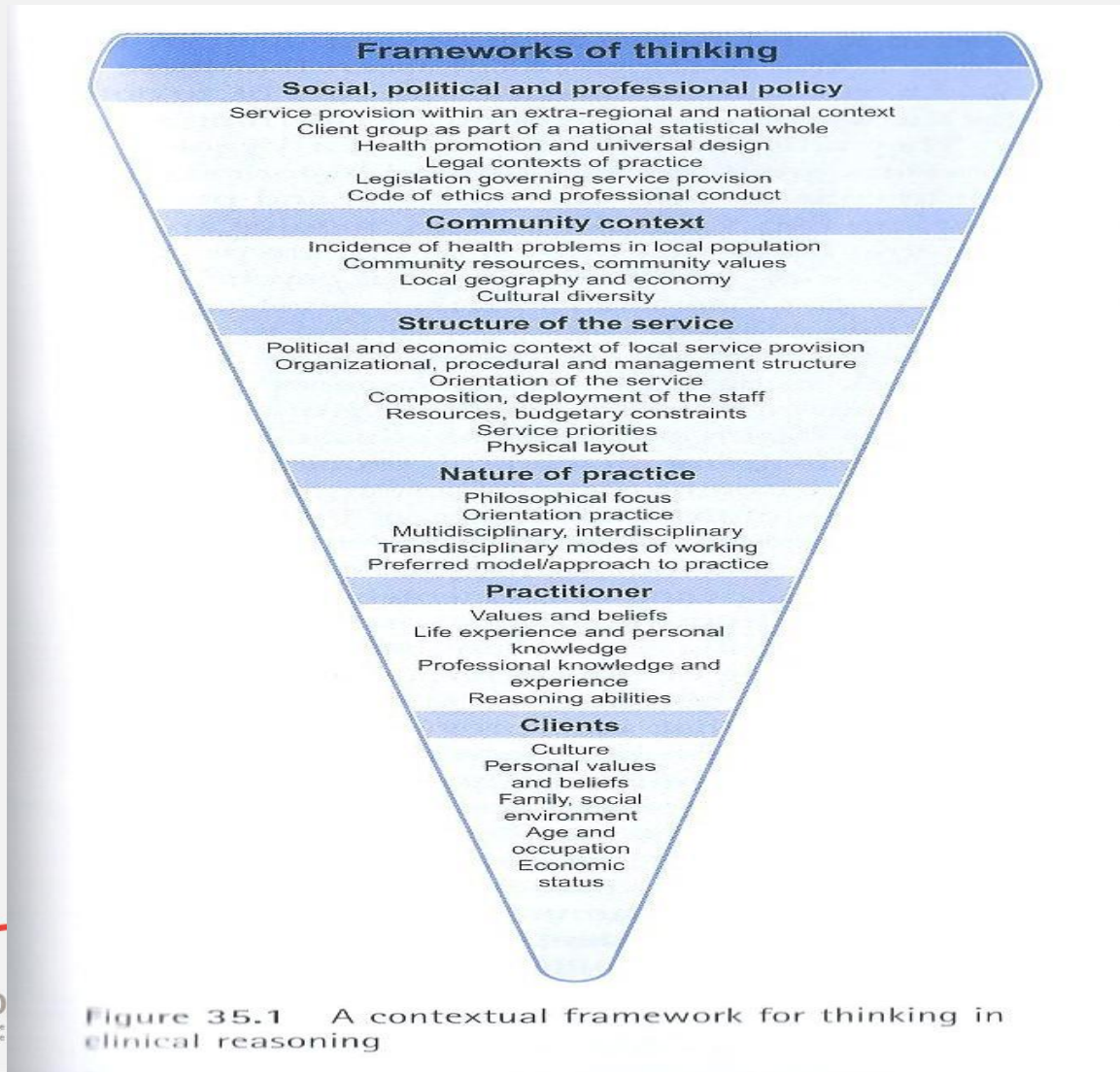
- Est un processus et un résultat
- Produit des hypothèses et les vérifie
 - Selon une logique hypothético-déductive
 - Au travers de l'anamnèse
- Conduit au diagnostic et à la décision clinique et à l'intervention.



Raisonnement clinique et génération d'hypothèses



Du global au spécifique....



Questions ciblées / questionnement avancé

- Documents officiels et validés pour l'identification du risque nutritionnel (NRS, 2002, MNA short form, PG-SGA short form)
- Questionnement issu du savoir faire professionnel – questions ciblées
 - Comprendre et diagnostiquer les problèmes du patient;
 - Comprendre l'expérience du handicap et de la maladie par le patient;
 - Documenter la prise en charge de façon efficiente et collaborative.

Modèle d'anamnèse et de consultation

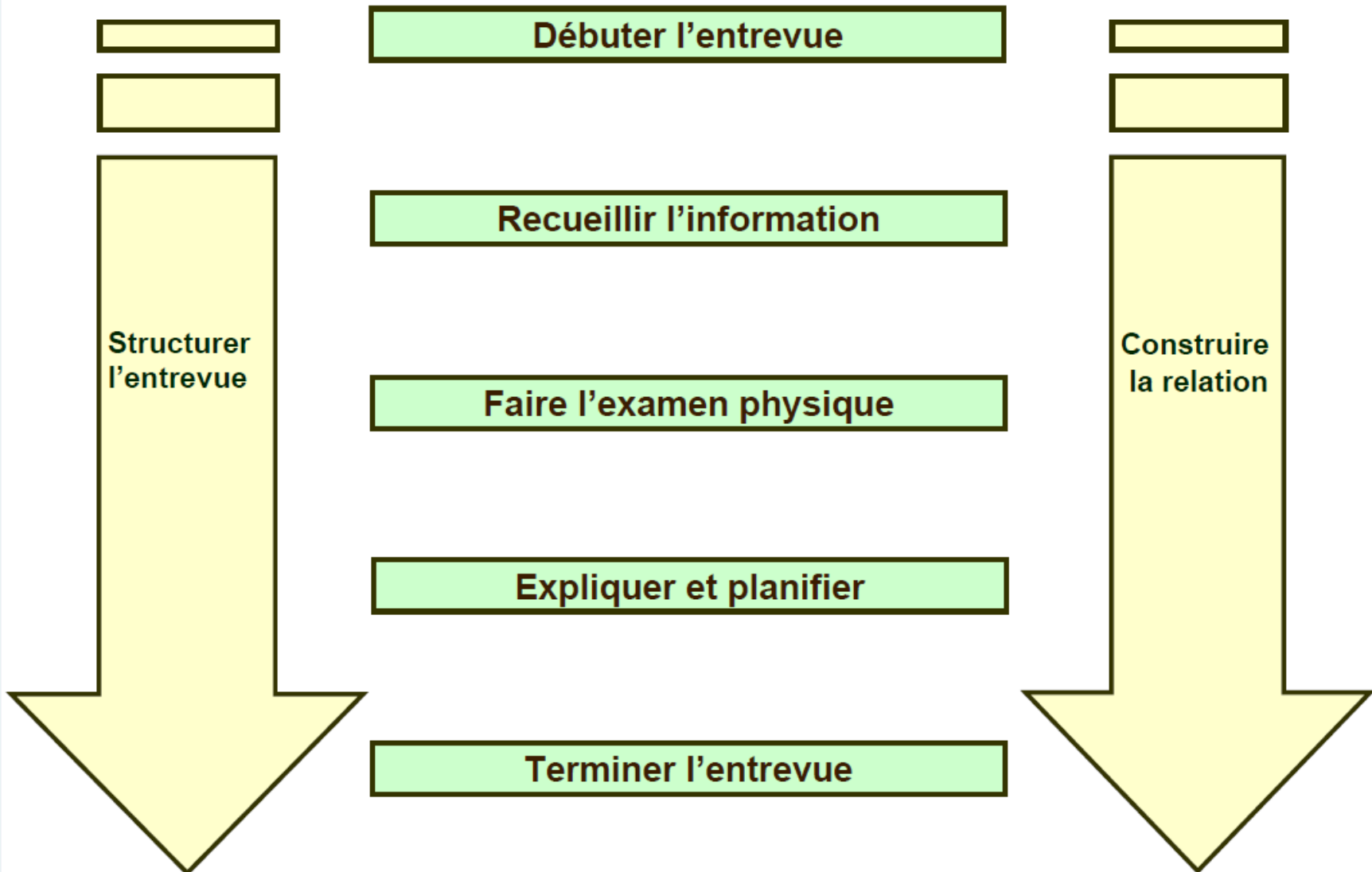
h e d s

Haute école de santé
Genève
Filière Nutrition et diététique

- Calgary-Cambridge
 - Modèle validé
 - Modélisation de la consultation médicale
 - Modèle utilisé par les diététicien-ne-s



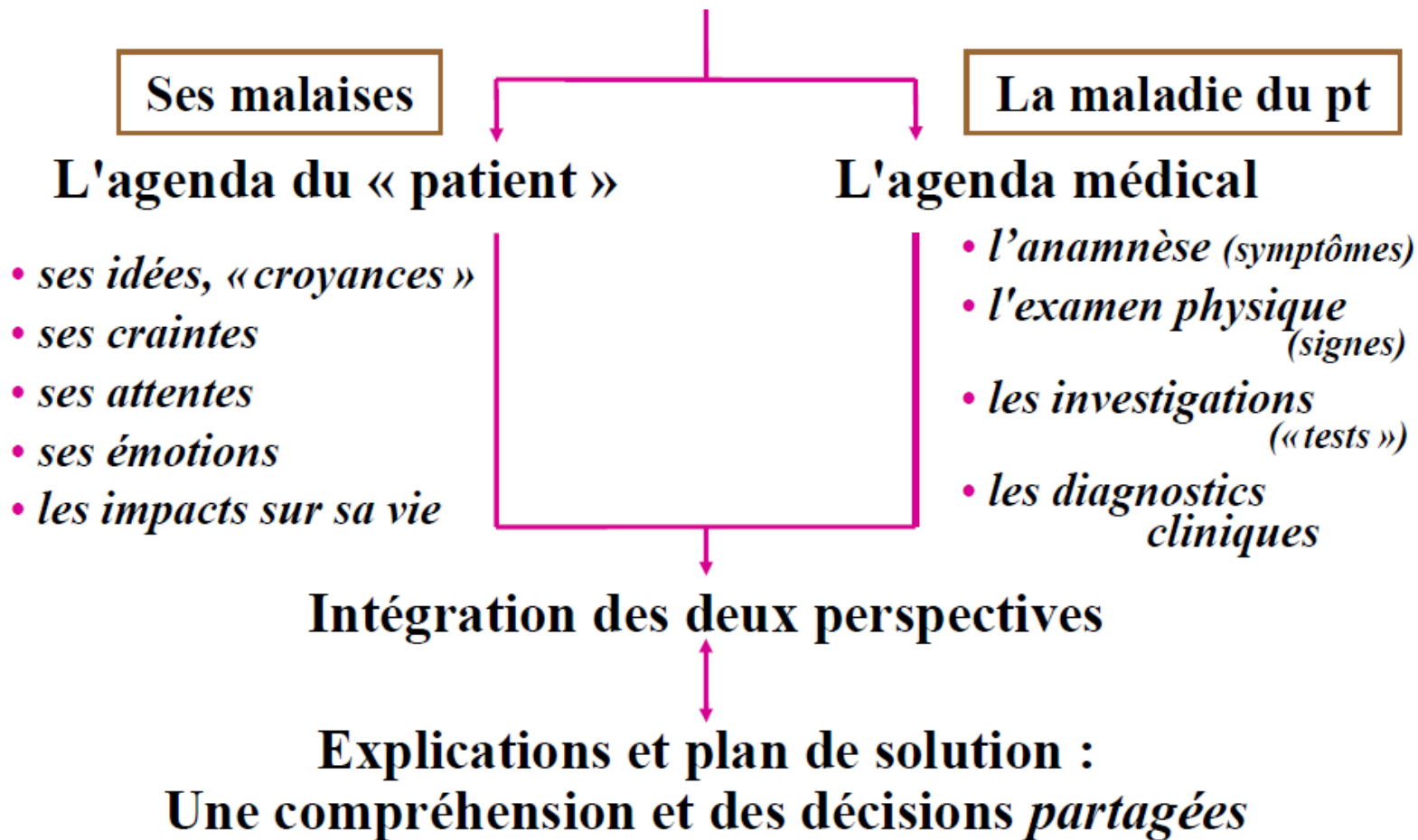
Guide *Calgary-Cambridge* de l'entrevue médicale



Traduit et adapté de Kurtz S., Silverman J., Benson J., Draper J, *Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching : Enhancing the Calgary-Cambridge Guides*, Academic Medicine, 78 (8) : 802-809, 2003

Une approche centrée sur le « patient » !

La rencontre « patient » - médecin



Traduit et adapté de Stewart M et coll. , 1995

Les liens « *contenu et processus* » : un exemple, recueillir l'information

- Le processus : les habiletés pour l'exploration des problèmes du patient
 - L'histoire du patient
 - Le style des questions: de ouvertes à fermées
 - L'écoute active
 - La facilitation
 - Le relevé des indices verbaux et non-verbaux
 - La séquence des évènements
 - Les résumés
 - L'emploi d'un vocabulaire approprié
 - Les habiletés additionnelles pour comprendre la perspective du patient

- Le contenu à découvrir

La perspective biomédicale (la maladie)

- La séquence des évènements
- L'analyse des symptômes
- La revue pertinente des systèmes

La perspective du patient (les malaises)

- Ses idées et croyances
- Ses préoccupations
- Ses attentes
- Les impacts sur sa vie
- Ses émotions

Les informations de base – le contexte

- L'histoire médicale antérieure
- L'histoire de prise de médicaments et d'allergies
- Les antécédants familiaux
- Les antécédants personnels et sociaux
- La revue des systèmes

Des stratégies communicationnelles

- ✓ L'écoute active, le silence
- ✓ La facilitation (*incluant le langage corporel du médecin*)
- ✓ Le style des questions : de ouvertes à fermées
- ✓ L'attention aux indices verbaux et non-verbaux
- ✓ L'annonce verbale des transitions, interruptions ou redirections
- ✓ Les énoncés de clarification
- ✓ Les reflets empathiques
- ✓ Les résumés périodiques (*énoncés de vérification-synthèse*)
- ✓ L'établissement de la séquence temporelle
- ✓ L'utilisation de questions et commentaires concis et faciles à comprendre
- ✓ Etc.

Questions ciblées

- Informations typiquement recherchées et de manière statistique;
- Nécessité d'être totalement au clair sur les buts des questions et des tests utilisés;
- Les réponses du patient apportent des indices pour les différentes catégorie d'hypothèses.



Questionnement avancé

- Relève de l'interview du patient plus que du processus d'obtention d'information
 - Contient les pensées du clinicien
 - Nature des questions posées
 - Réponses verbales et non verbales du patient
 - Nécessite de l'attention et du temps
 - Les questions avancées doivent être :
 - Ouvertes et spécifiques (ex comportement alimentaires, choix des aliments, variation poids corporel...etc.
 - Recherche de la compréhension de la personne et de son problème
 - Efficientes tout en donnant la parole au patient
 - Eclairantes au niveau de la précision/signification, consistance, pertinence et exhaustivité.



Questionnement avancé

- L'écoute et les réponses aux patients doivent :
 - Véhiculer l'intérêt porté, la reconnaissance/empathie, le respect, la collaboration (alliance thérapeutique pour prendre en charge le problème) tout en réservant son jugement;
 - Eviter l'argumentation;
 - Soutenir l'auto-efficacité (les patients ne sont pas motivés à changer ou à prendre des responsabilités s'ils ne croient pas aux bénéfices);
 - Résumer la compréhension de l'histoire du patient afin de valider ce que le patient a voulu dire.



Enseigner le raisonnement clinique

« Faire expliciter et expliciter »



Accéder au raisonnement clinique et le soutenir

- Clarifier la situation clinique et la capacité de l'étudiant à en trouver les éléments clés;
- Poser des questions pour tester le raisonnement clinique :
 - Quelles hypothèses avais-tu à l'esprit quand le patient a mentionné...
 - Vois-tu une relation entre...et...
 -
- Aider et stimuler l'étudiant à enrichir son raisonnement clinique et à gérer l'incertitude :
 - Comment en arrives-tu à cette impression finale
 -



Etapes du raisonnement clinique selon le type de supervision

1. En supervision directe

- Caractérisation, représentation initiale du problème
- Production d'hypothèse en cours d'anamnèse
- Vérification des hypothèses en cours d'anamnèse
- Structure du recueil de données
- Examen physique «réfléchi»

2. En discussion de cas (supervision indirecte)

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

Soutenir le raisonnement clinique des stagiaires. Faire expliciter et expliciter.
S. Laurin et al. 2004. le médecin du Québec. 49, 1, 67-69.



Le cerveau fonctionne par reconnaissance d'identités cliniques (fiches/vignettes cliniques)

- La fiche clinique est d'abord un raccourci qui représente un contenu de connaissances plus détaillées;
- L'accès au contenu est facilité lorsque l'identité faisant référence au contenu est identifiée par le cerveau;
- Le contenu est le fruit de l'expérience clinique vécue ou partagée avec d'autres cliniciens, et associée à des références bibliographiques sérieuses issues de l'expérience commune de cliniciens expérimentés et d'observations cliniques à caractère scientifique.



Reconnaissance d'identités cliniques / signes et symptômes des troubles d'alimentation – ~~ex~~ pour les diététiciens

- Physique

- Perte ou prise de poids corporel
- Fatigue chronique
- Déshydratation ou rétention d'eau; oedèmes prenant le godet
- Décoloration ou tâches des dents en contact avec l'acidité gastrique
- Peau sèche et cheveux secs; ongles cassants, perte de cheveux et présence de lanugo
-etc

Reconnaissance d'identités cliniques / signes et symptômes des troubles d'alimentation – ex pour les diététiciens

- Comportemental
 - Préoccupation pour le poids corporel, l'alimentation, les calories consommées, la silhouette..
 - Changement d'humeur, irritabilité
 - Commentaires fréquent sur l'image corporelle
 - Activité physique excessive
 - Elimination de nombreux aliments, compromettant l'équilibre alimentaire
 - Choix d'un mode alimentaire non conventionnel : ex. crudivorisme
 -etc

Constitution d'une bibliothèque personnelle de situations

- Au travers de sa propre expérience clinique;
- Au travers de la confrontation à des patients souffrants de pathologies identifiables;
- Par une consultation systématique de références bibliographiques;
- Par l'échange d'expériences entre cliniciens.



Erreurs courantes en raisonnement clinique

- Perception
- Demande de renseignements
- Interprétation
- Synthèse
- Planification
- Tests et validation
- Réflexion

©Christophe Richoz – revu JD 2013



Erreurs courantes en raisonnement clinique

- À un certain point nous sommes tous prisonniers de nos structures conceptuelles qui déterminent comment nous voyons nos expériences;
- Un cycle d'auto-confirmation se développe souvent ou nos suppositions non appréciées de façon critique entraînent des actions cliniques qui ne servent que de confirmation à une vérité en lien avec ces suppositions;
- Il est très difficile d'aller contre soi-même et de voir que certaines de nos valeurs et croyances les plus profondes nous conduisent vers des manières et contraintes de penser et de pratiquer (Brookfield, 2008).



Caractéristiques du formateur

- Un guide, un expert
- Une personne qui
 - met en interaction
 - questionne
 - se remet en question
 - prend des risques
 - aide à la compréhension et à la connaissance

Une personne qui rend explicite, l'implicite

T. Psiuk. 2012 L'apprentissage du raisonnement clinique. Concept fondamentaux.
Contexte et processus d'apprentissage. De Boeck. p161



Merci pour votre attention

