

Université   
de Montréal  
et du monde.

Faculté des  
sciences infirmières

CiFi-AP

CENTRE D'INNOVATION  
EN FORMATION INFIRMIÈRE  
et apprentissage professionnel

CENTER FOR INNOVATION  
IN NURSING EDUCATION  
and professional learning



**IURDPM**

Institut universitaire sur la réadaptation  
en déficience physique de Montréal

**CRIR**  
Centre de recherche  
interdisciplinaire  
en réadaptation  
du Montréal métropolitain

Le raisonnement clinique : données issues de la  
recherche et implications pour son  
développement continu

Marie-France Deschênes, inf. PhD

1 mai 2024

# Objectifs d'apprentissage

- Se familiariser avec la variété des termes associés au raisonnement clinique
- S'approprier l'approche du compagnonnage cognitif favorisant l'instauration de mesures de soutien au développement continu du raisonnement clinique



Social Sciences and Humanities  
Research Council of Canada

Conseil de recherches en  
sciences humaines du Canada

Canada



# Absence de conflit d'intérêts

# Se familiariser avec la variété des termes associés au raisonnement clinique

# Le raisonnement clinique

Processus cognitifs menant à l'intégration des données cliniques, des connaissances professionnelles et contextuelles ainsi que les facteurs situationnels pour prendre des décisions menant à un accompagnement et un suivi de la personne

Traduction libre, Cook et al., 2023, p. 80

# Le raisonnement clinique ...



Une activité cognitive



Une activité située



Une activité socialement construite



**COMPREHENSIVE REVIEW**

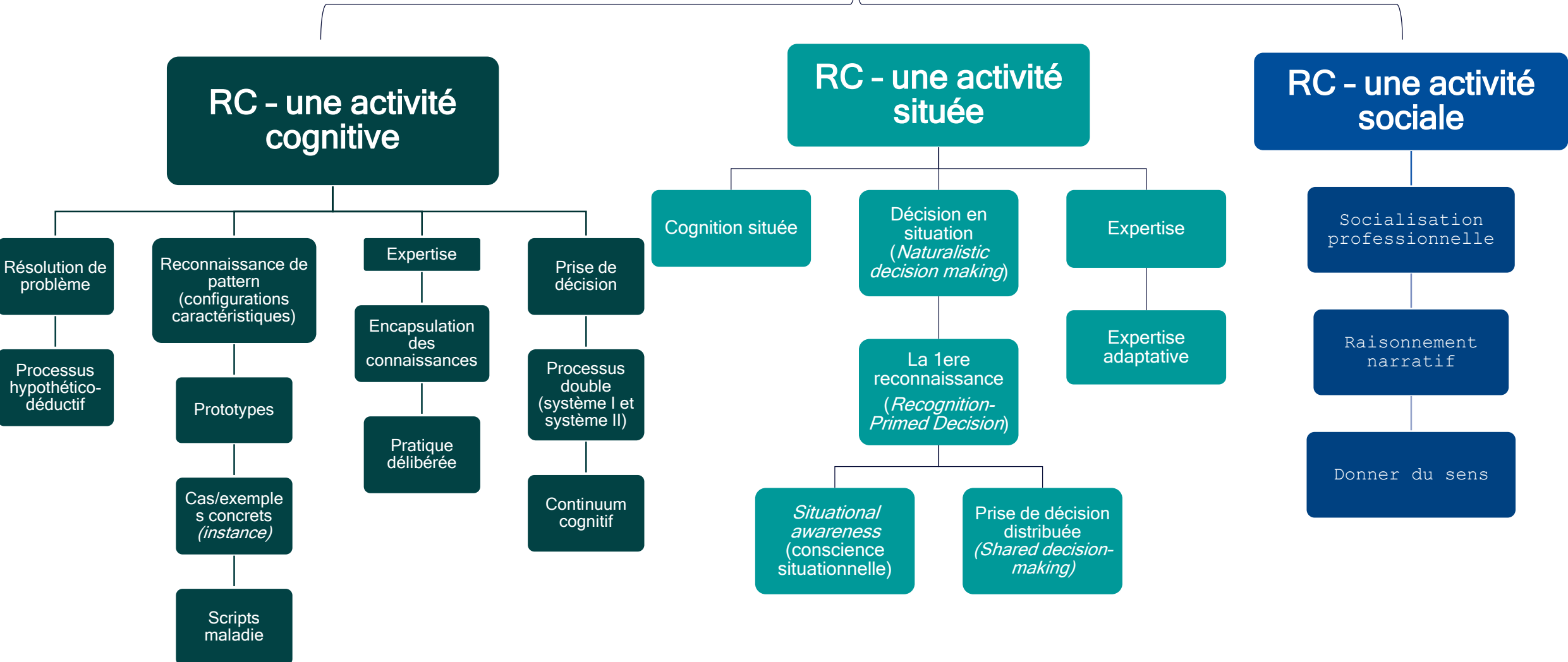
Journal of Evaluation in Clinical Practice  
International Journal of Public Health Policy and Health Services Research

WILEY

## Unravelling the polyphony in clinical reasoning research in medical education

Charilaos Koufidis MD, MSc<sup>1,2</sup> | Katri Manninen RN, PhD<sup>1,3</sup> |  
Juha Nieminen PhD<sup>1</sup> | Martin Wohlin MD, PhD<sup>4</sup> | Charlotte Silén RN, PhD<sup>1</sup>

# Le raisonnement clinique



RESEARCH ARTICLE

Open Access

## Mapping clinical reasoning literature across the health professions: a scoping review




Meredith E. Young<sup>1\*</sup>, Aliko Thomas<sup>2</sup>, Stuart Lubarsky<sup>3</sup>, David Gordon<sup>4</sup>, Larry D. Gruppen<sup>5</sup>, Joseph Rencic<sup>6</sup>, Tiffany Ballard<sup>7</sup>, Eric Holmboe<sup>8,9</sup>, Ana Da Silva<sup>10</sup>, Temple Ratcliffe<sup>11</sup>, Lambert Schuwirth<sup>12,13,14,15</sup>, Valérie Dory<sup>16</sup> and Steven J. Durning<sup>17</sup>

 **But** : Cartographier la littérature scientifique sur le concept du raisonnement clinique

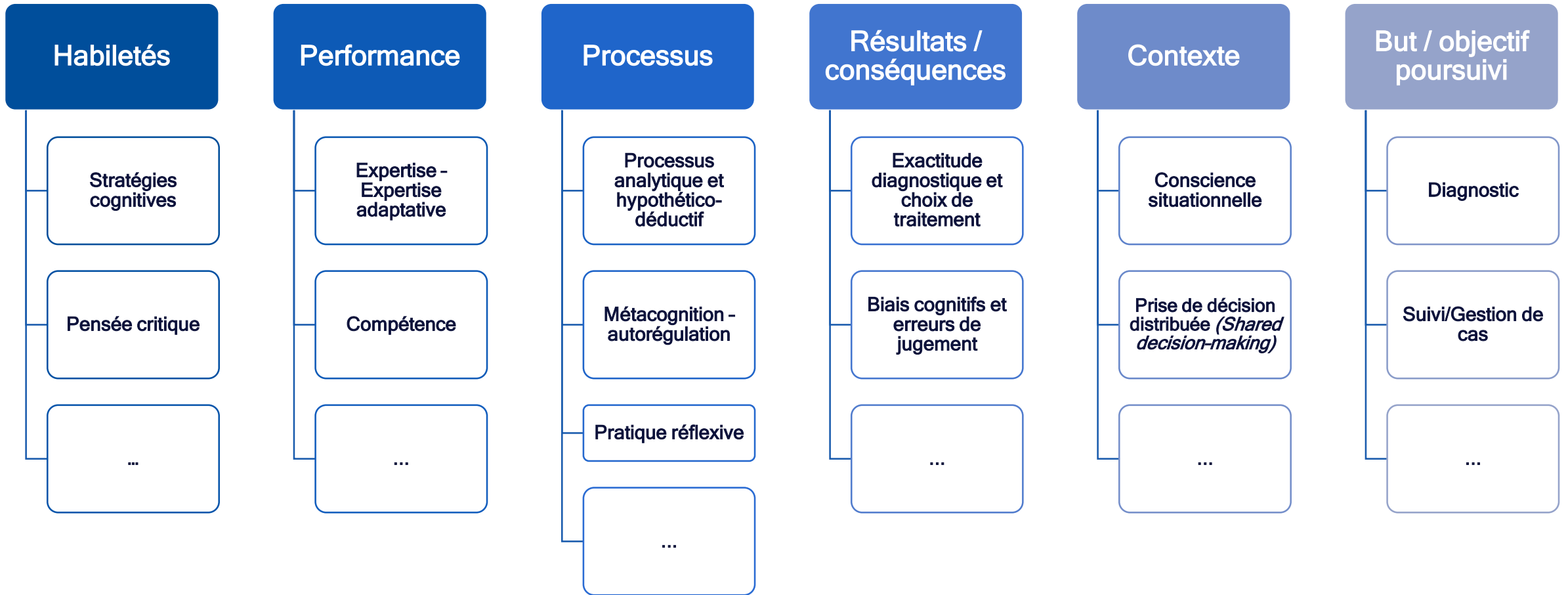
 **Question** : Comment est défini le raisonnement clinique ?

 **Publications sélectionnées et analysées** : 625

 **110 termes associés** au raisonnement clinique



# Les différents attributs du RC et thèmes liés



Young et al. (2020). Mapping clinical reasoning literature across the health professions: a scoping review. *BMC Medical Education*, 20, 1-11. Traduction libre

# S'approprier l'approche du compagnonnage cognitif favorisant l'instauration de mesures de soutien au développement continu du raisonnement clinique

- Importance de développer le **raisonnement clinique** = préoccupation partagée dans les programmes de formation
- **Développement continu de la compétence** - assurer une pratique professionnelle sécuritaire

**Le compagnonnage cognitif : une approche pédagogique à explorer pour le développement du raisonnement clinique infirmier? - Cognitive Companionship: a potential pedagogical approach to developing clinical reasoning in nursing?**

Marie-France Deschênes  
*Université de Montréal, marie-france.deschenes@umontreal.ca*

Louise Boyer  
*University of Montreal, louise.boyer@umontreal.ca*

Nicolas Fernandez  
*University of Montreal, nicolas.fernandez@umontreal.ca*

Johanne Goudreau  
*University of Montreal, johanne.goudreau@umontreal.ca*

- Les processus de raisonnement clinique des expert(e)s dans des situations authentiques sont peu exposés ou exploités ;
- Sous-utilisation des « savoirs vivants » des expert(e)s, savoirs contributifs au développement du raisonnement clinique de la communauté apprenante  
(Bédard et al., 2000; Frenay et Bédard, 2004; Deschênes et al., 2018)

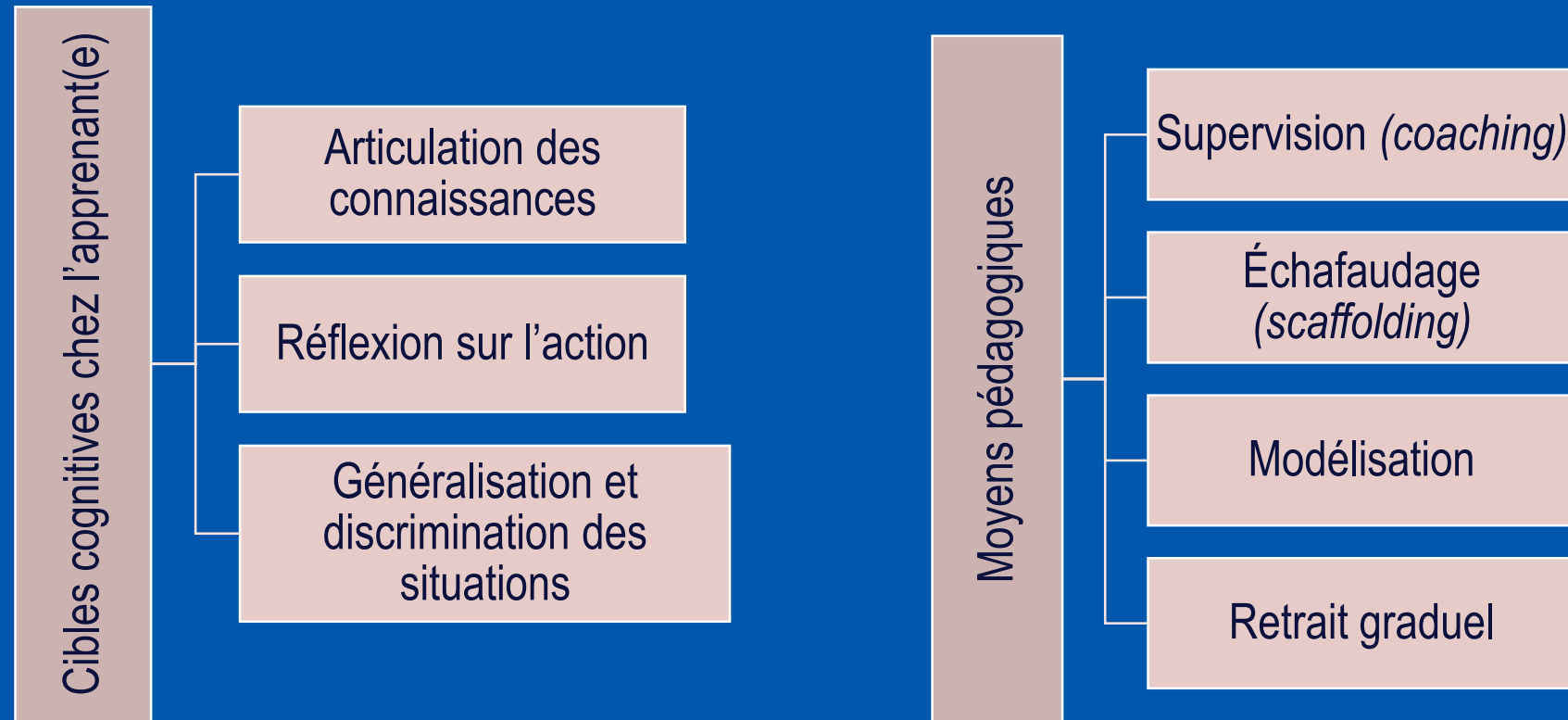
# Le compagnonnage cognitif

## L'objet de l'activité pédagogique vise ...

- la résolution d'un problème **en situation authentique**
- l'établissement d'une relation pédagogique où les stratégies cognitives et métacognitives déployées à la résolution d'un problème sont **socialement partagées**

(Bédard et al., 2000; Frenay et Bédard, 2004; Deschênes et al., 2018)

# Les principes du compagnonnage cognitif



Adaptation de Collins, Brown, & Holum (1991)

Source : Deschênes et al. (2018)



# Quelques exemples

...

- **Explicitation des processus de pensée** (ex.: discussion de cas, schématisation, synthèses, *One-Minute Preceptor*, documentation clinique, rapports interservices)
- **Questionnement fréquent** auprès de l'apprenant(e)
- **Rétroaction** constructive et liée au contexte d'apprentissage

Source : Deschênes et al. (2018)





## Quelques exemples ...

- **Décrire à voix haute** les subtilités et les nuances qui guident vos choix cliniques **ainsi que les zones d'ambiguïté et d'incertitude**
- **Observation et dialogue avec des expert(e)s cliniques**, par études de cas, simulations, jeux interactifs, formations par concordance, etc. ainsi qu'une période de **discussion suivant ces activités**

Source : Deschênes et al. (2018)





Difficultés du raisonnement  
clinique et mesures de  
remédiation

—

# Études de cas avec des supervisé(e)s

Vous étudiez les notes au dossier rédigées par **Andrew**. Certaines données sont présentes, mais peu organisées dans une séquence ou une organisation logique. D'autres fois, il y a trop de détails. Plusieurs données inscrites s'avèrent non pertinentes.

Vous observez aussi qu'Andrew collecte des données de façon très stéréotypée et peu ciblée. En bref, sa collecte ne s'adapte pas selon les indices ou les informations que lui transmet le patient. La collecte est courte, décousue et sans fil conducteur. Andrew pose des questions, mais il ne semble pas comprendre la pertinence de celle-ci. Il persiste dans une séquence de questions non pertinentes.

Lors d'une activité de simulation clinique, vous remarquez que **Joseph** se concentre rapidement sur une seule hypothèse clinique dès qu'il a trouvé des informations qu'il juge pertinentes sur la situation du patient. Satisfait d'avoir ciblé rapidement l'hypothèse dans la situation, il n' explore pas d'autres indices ou d'autres éléments qui pourraient le mener à d'autres constats ou interventions à réaliser.

Il est très confiant qu'il a ciblé la bonne hypothèse, intervient rapidement dans la situation et rédige ses observations dans les notes simulées au dossier.

# Les causes probables des difficultés de raisonnement clinique (RC)

## Difficulté à générer des hypothèses

- Manque de connaissances
- Inexpérience et insécurité
- Besoin de poser beaucoup de questions pour se sécuriser
- Méconnaissances du processus de raisonnement clinique
- Biais cognitifs (accessibilité – représentation)

## Vision en tunnel (fermeture prématurée du processus de RC)

- Des facteurs (manque de temps, gêne, manque de connaissances, immaturité)
- Biais cognitifs (ancrage)
- Excès de confiance
- Méconnaissance du processus de raisonnement clinique

# Mesures de remédiation

## Difficulté à générer des hypothèses

- Expliciter le RC
  - Explication pas à pas
  - Verbalisation à voix haute
- Questionner pour susciter la génération d'hypothèses
- Questionner pour développer la reconnaissance des indices

## Vision en tunnel (fermeture prématurée du processus de RC)

- Demander à l'apprenant(e) de résumer la situation et d'émettre 2-3 hypothèses
- Soutenir la rigueur du RC
  - Justification
  - Lecture et recherche
- Encourager l'apprenant(e) à réfléchir sur les raisons qui l'ont amené à ne pas considérer d'autres hypothèses

## Études de cas avec des supervisé(e)s

**Yasmine** consacre beaucoup trop de temps à explorer avec sa patiente des éléments que vous jugez plutôt secondaires. Lorsque vous lui posez des questions, elle a du mal à caractériser, de façon détaillée, la ou les plaintes de la patiente. Cette dernière semble d'ailleurs assez insatisfaite des soins reçus. Vous apprenez en fin de quart de travail que la patiente présente de la fièvre depuis quelques heures, un élément important du suivi de la patiente, mais Yasmine n'a pas avisé. Lorsque vous lisez les notes au dossier, vous remarquez qu'elles manquent sérieusement de synthèse. En bref, vous remarquez qu'il y a énormément de détails sur des éléments superflus.

De son côté, **Busra** travaille des éléments de ses soins de façon compartimentée. Elle applique les mêmes protocoles ou les mêmes procédures, et ce, peu importe la situation du patient. Vous pensez qu'elle manque de flexibilité dans sa manière d'appliquer les guides de pratique. La perspective du patient est plus ou moins prise dans sa globalité et les soins de Busra semblent stéréotypés. Au niveau de la rédaction du plan thérapeutique, vous notez que les propos de Busra sont vagues, les directives manquent de clarté ou semblent inappropriées pour la situation.

# Les causes probables des difficultés de raisonnement clinique (RC)

## Difficulté de priorisation

- Manque de connaissances
- Inexpérience
- Des habiletés sous-développées (mener à bien une collecte des données, aiguïser la reconnaissance des signes cliniques, etc.)
- Biais cognitifs (représentation - ancrage)

## Difficulté à élaborer un portrait global de la situation et à établir un plan

- Inexpérience (incompréhension de l'importance des éléments psychosociaux)
- Manque d'intérêt
- Mauvaise intégration de l'approche centrée sur le patient
- Intégration et synthèse inadéquate
- Manque de connaissances

# Mesures de remédiation

## Difficulté de priorisation

- Expliciter le RC qui sous-tend une priorisation
  - Explicitation à voix haute
- Susciter la génération et **la comparaison** d'hypothèses
- Développer la **reconnaissance des indices** et leurs influences dans le RC
- Faire raconter l'histoire du patient par l'apprenant(e) **et encadrer**

## Difficulté à élaborer un portrait global de la situation et à établir un plan

- Demander à l'apprenant(e) de résumer la situation et de réfléchir **sur les liens entre les différents éléments**
- Résumer une situation à l'aide du SAER (SBAR)
- Faire construire un schéma ou carte conceptuelle et en discuter
- Expliciter le RC
- Soutenir la rigueur du RC
  - Justification
  - Lecture et recherche





Des références  
utiles sur le thème

Pédagogie Médicale 18, 129-138 (2017)  
© EDP Sciences / Société Internationale Francophone d'Education Médicale, 2018  
<https://doi.org/10.1051/pmed/2018012>

**Pédagogie  
Médicale**

Disponible en ligne :  
[www.pedagogie-medicale.org](http://www.pedagogie-medicale.org)

#### RÉFÉRENCES

### **Diagnostic et prise en charge des difficultés de raisonnement clinique. Guide AMEE n° 117 (version courte)★**

#### **Première partie : supervision du raisonnement clinique et diagnostic pédagogique**

*Diagnosis and management of clinical reasoning difficulties. AMEE Guide no. 117  
(short version)*

*Part I: Clinical reasoning supervision and educational diagnosis*

Marie-Claude AUDÉTAT<sup>1,2,\*</sup>, Suzanne LAURIN<sup>2</sup>, Valérie DORY<sup>3,4</sup>, Bernard CHARLIN<sup>2</sup>, et Mathieu NENDAZ<sup>1</sup>

Pédagogie Médicale 18, 139-149 (2017)  
© EDP Sciences / Société Internationale Francophone d'Education Médicale, 2018  
<https://doi.org/10.1051/pmed/2018011>

**Pédagogie  
Médicale**

Disponible en ligne :  
[www.pedagogie-medicale.org](http://www.pedagogie-medicale.org)

#### RÉFÉRENCES

### **Diagnostic et prise en charge des difficultés de raisonnement clinique. Guide AMEE n° 117 (version courte)★**

#### **Seconde partie : gestion des difficultés et stratégies de remédiation**

*Diagnosis and management of clinical reasoning difficulties AMEE Guide no 117  
(short version)*

*Part II. Clinical reasoning difficulties: management and remediation strategies*

Marie-Claude AUDÉTAT<sup>1,2,\*</sup>, Suzanne LAURIN<sup>2</sup>, Valérie DORY<sup>3,4</sup>, Bernard CHARLIN<sup>2</sup>, et Mathieu NENDAZ<sup>1</sup>



Merci

Période de questions  
et de commentaires ....



# Références

Audétat, M.-C., Laurin, S., Dory, V., Charlin, B., Nendaz, M. (2017). Diagnostic et prise en charge des difficultés de raisonnement clinique. Guide AMEE no 117 (version courte)-Première partie : supervision du raisonnement clinique et diagnostic pédagogique. *Pédagogie Médicale*, 18, 129-138.

Audétat, M.-C., Laurin, S., Dory, V., Charlin, B., Nendaz, M. (2017). Diagnostic et prise en charge des difficultés de raisonnement clinique. Guide AMEE n° 117 (version courte)-Seconde partie : gestion des difficultés et stratégies de remédiation. *Pédagogie Médicale*, 18, 139-149.

Boileau, E., Audétat, M.-C. et St-Onge, C. (2019). Just-in-time faculty development: a mobile application helps clinical teachers verify and describe clinical reasoning difficulties. *BMC Medical Education*, 19(1), 120. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1558-2>

Cook, D. A., Durning, S. J., Sherbino, J. et Gruppen, L. D. (2019). Management reasoning: implications for health professions educators and a research agenda. *Academic Medicine*, 94(9), 1310-1316. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002768>

Cook, D. A., Stephenson, C. R., Gruppen, L. D. et Durning, S. J. (2023). Management reasoning: empirical determination of key features and a conceptual model. *Academic Medicine*, 98(1), 80-87. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000004810>

Deschênes, M. F. (2021). Le raisonnement clinique: regards rétrospectif et prospectif sur le concept. *Pédagogie Médicale*, 22(4), 195-197.

Deschênes, M.-F., Boyer, L., Fernandez, N. et Goudreau, J. (2018). Le compagnonnage cognitif : une approche pédagogique à explorer pour le développement du raisonnement clinique infirmier? - *Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière*: Volume. 4: Iss. 2, Article 5. <https://doi.org/10.17483/2368-6669.1156>

Gonzalez, L., Nielsen, A., & Lasater, K. (2021). Developing Students' Clinical Reasoning Skills: A Faculty Guide. *J Nurs Educ*, 60(9), 485-493. <https://doi.org/10.3928/01484834-20210708-01>

Gordon, D., Rencic, J. J., Lang, V. J., Thomas, A., Young, M., & Durning, S. J. (2022). Advancing the assessment of clinical reasoning across the health professions: Definitional and methodologic recommendations. *Perspectives on Medical Education*, 11(2), 108-114. <https://doi.org/10.1007/s40037-022-00701-3>

Jouquan, J. (2010). La minute du superviseur. *Pédagogie médicale*, 11(1), 71-72.

Koufidis C, Manninen K, Nieminen J, Wohlin M, Silén C. (2021). Unravelling the polyphony in clinical reasoning research in medical education. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 27(2):438-450. <https://doi.org/10.1111/jep.13432>

Lavoie, P., Deschênes, M.-F., Richard, V., Pepin, J., Tanner, C. A. et Lasater, K. (2021). Traduction et adaptation d'un modèle du jugement clinique infirmier pour la recherche et la formation infirmière en contexte francophone. *Quality Advancement in Nursing Education*. Vol. 7: Iss. 2, Article 4. <https://doi.org/10.17483/2368-6669.1272>

Richmond, A., Cooper, N., Gay, S., Atiomo, W., & Patel, R. (2020). The student is key: A realist review of educational interventions to develop analytical and non-analytical clinical reasoning ability. *Medical Education*, 54(8), 709-719. <https://doi.org/10.1111/medu.14137>

Koufidis C, Manninen K, Nieminen J, Wohlin M, Silén C. (2021). Unravelling the polyphony in clinical reasoning research in medical education. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 27(2):438-450. <https://doi.org/10.1111/jep.13432>

Young M, Thomas A, Gordon D, Gruppen L, Lubarsky S, Rencic J, Ballard T, Holmboe E, Da Silva A, Ratcliffe T. The terminology of clinical reasoning in health professions education: Implications and considerations. *Medical teacher*. 2019;41(11):1277-1284. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2019.1635686>

# Les cinq étapes de « la minute du superviseur »

Étape	Questions	Écueils à éviter
1- Inviter l'étudiant à prendre position (en formulant une hypothèse diagnostique, en proposant une démarche d'investigation ou une décision thérapeutique)	Quelle est ta compréhension du problème de santé de ce patient ? Que proposes-tu de faire ? De quel examen complémentaire penses-tu que nous ayons besoin ?	Fournir d'emblée à l'étudiant la solution du problème, sans solliciter préalablement sa propre représentation et ses propres hypothèses
2- Demander à l'étudiant d'argumenter sa position	Qu'est-ce qui te permet d'arriver à cette conclusion ? Pourrait-il y avoir une autre explication ?	Faire réciter des connaissances déclaratives de manière décontextualisée
3- Énoncer une règle générale	Dans un contexte de faible présomption clinique, ce diagnostic peut être écarté lorsque tel signe est absent, compte tenu de son excellente valeur prédictive négative	Délivrer des messages anecdotiques ou fondés sur des habitudes idiosyncrasique

Source : Jouquan, J. (2010). La minute du superviseur. *Pédagogie médicale*, 11(1), 71-72.

# Les cinq étapes de « la minute du superviseur »

Étape	Questions	Écueils à éviter
4- Valider les éléments pertinents de la prise en charge proposée par l'étudiant	Ton inventaire des facteurs de gravité est tout à fait pertinent et complet ; tu n'as rien oublié	Fournir une rétroaction générale, non spécifique (« OK, c'est bien ! »)
5- Identifier les erreurs et suggérer des solutions alternatives	Ne penses-tu pas que tu as pris un risque excessif en ne demandant pas tel examen complémentaire en urgence ? Comment pourrais-tu procéder une autre fois dans un cas semblable ?	Se limiter à un jugement négatif et dévalorisant sans rendre explicite les représentations qui ont sous tendues l'action (« Comment, tu as fait cela ! C'est nul ! »)
Conclusion	Recontacte-moi dès que tu auras le résultat de tel examen et après avoir appelé le médecin traitant. On réévaluera nos hypothèses. Précise bien les consignes de surveillance pour l'interne de garde cette nuit	