



XXV^{ème} Colloque national des Centres d'enseignement des soins d'urgence

11 - 13 décembre 2013

Le raisonnement clinique en médecine d'urgence préhospitalière : quel est-il et quelle est sa particularité? Etude exploratoire chez seize smuristes

Auteur(s) : Aude CHARLES

Organisme de rattachement : CESU 51

Courriel de l'auteur principal : acharles@chu-reims.fr

RESUME :

En médecine d'urgence, les événements indésirables sont en général liés à un dysfonctionnement cognitif et non à un défaut de connaissance.

Si le raisonnement clinique, au cœur de la compétence clinique, a été bien étudié en médecine d'urgence côté hospitalier, le volet préhospitalier, médecine exercée dans des conditions hostiles, l'a été très peu.

Une étude a donc été menée auprès de seize médecins urgentistes volontaires du service de médecine et de réanimation de Reims, dans la marne, afin de leur faire prendre conscience de leur raisonnement clinique, d'en faire émerger les processus et de les comparer au modèle théorique du double processus issu de la psychologie cognitive du milieu des années 1990. Ceci pouvant permettre d'améliorer leurs performances dans la pratique quotidienne.

Ce travail est une étude exploratoire reposant sur un certain nombre de principes issus de la recherche qualitative, en particulier des entretiens semi-dirigés comme outil d'évaluation, afin de privilégier le contact avec les urgentistes. Les répondants ont été sélectionnés sur les critères suivants : être médecin et avoir ou avoir eu une pratique clinique de la médecine préhospitalière. On remarque que les médecins n'ont pas conscience de la façon dont ils raisonnent et ne peuvent rendre explicite leur raisonnement sans aide extérieure.

Un élément majeur ressort chez toutes les personnes interrogées : la visualisation de la ou les victimes est le reflet immédiat de la situation entraînant la génération d'hypothèse irrépressible, et d'une décision rapide avec mise en route des connaissances procédurales immédiates si nécessaire. Cette première phase très rapide, intuitive ou non analytique est suivie d'une seconde phase analytique où le praticien confirme sa ou ses hypothèses à l'aide des éléments cliniques ou paracliniques à sa disposition.

Un deuxième élément est systématiquement évoqué parallèlement dans la prise de décision : l'expérience clinique, permettant de se créer un répertoire de scripts, s'enrichissant au fil de la pratique, et auquel ils se réfèrent inconsciemment. Elle semble améliorer les performances cliniques dans le processus inconscient. Ainsi, des situations moins familières comme la pédiatrie ou l'accouchement semblent plus solliciter le raisonnement analytique.

Tout ceci est cohérent avec le phénomène de double processus du raisonnement clinique décrit par les psychologues cognitifs, avec une interaction entre le processus non analytique ou inconscient consistant à identifier des configurations caractéristiques de signes ou pattern recognition et le processus analytique.

La particularité du raisonnement clinique en médecine d'urgence préhospitalière, comprenant des contraintes de temps avec nécessité de résultat, fait que le processus non analytique ou intuitif prédomine, avec une performance accrue au fil de l'expérience, mais s'intrique rapidement avec le raisonnement non analytique afin de gérer efficacement et en un temps restreint des problèmes complexes dans des situations hostiles.