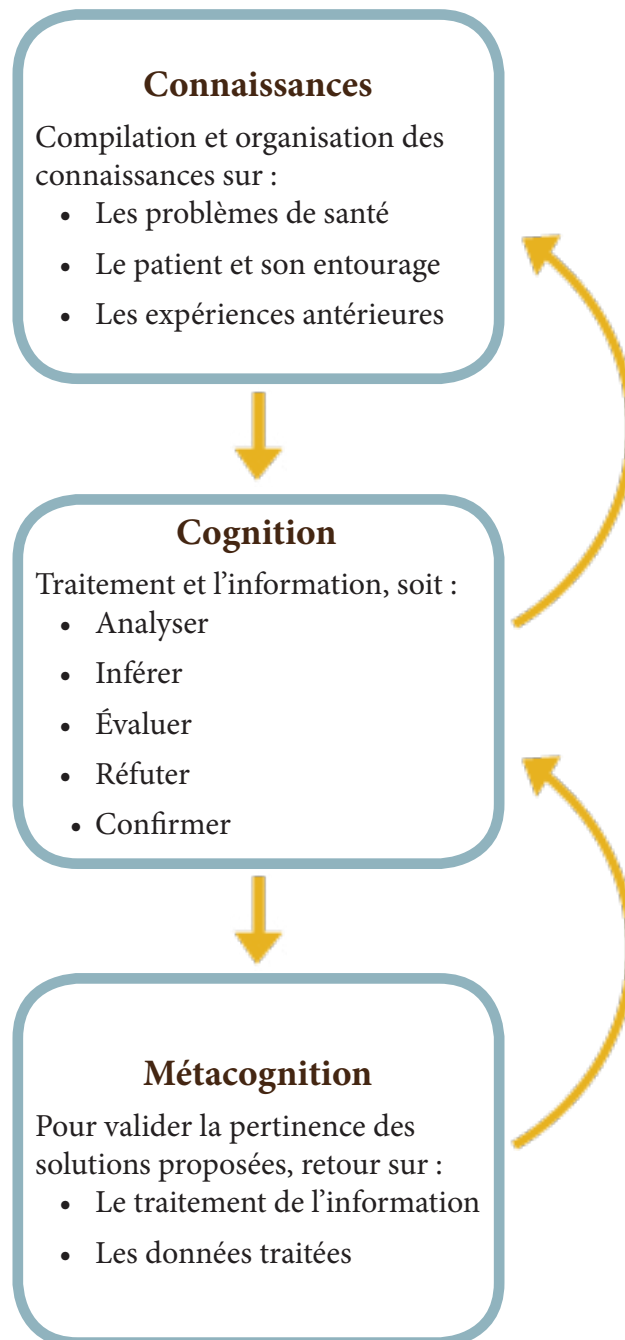


Un survol des concepts étudiés et des modèles de raisonnement

Les étapes du raisonnement clinique

Voici les trois composantes du raisonnement clinique telles que présentées dans l'Unité 1.



Les connaissances associées aux problèmes de santé, au patient et à sa famille, ainsi que les expériences antérieures du clinicien constituent l'information à compiler et à organiser.

Les données recueillies sont alors analysées selon diverses activités cognitives qui permettent d'établir des liens entre elles.

Un retour sur le traitement (l'analyse) de l'information et sur les données recueillies permet de valider la pertinence des solutions proposées et de les prioriser pour choisir ultimement la plus probable.

Avant de valider la solution finale, il faut parfois revisiter les liens établis à l'étape de la cognition, ce qui peut se traduire par la recherche de données supplémentaires, c'est-à-dire le retour à l'étape de la cueillette de données.

Les trois composantes du raisonnement clinique s'animent selon différents modèles de processus de pensée plus ou moins complexe. Nous avons retenus trois modèles.

Le modèle de la reconnaissance de schèmes illustre un processus de pensée non analytique. Il s'agit d'une simple « addition » de faits observés qui correspond à une situation bien connue (un schème).

Le modèle hypothético-déductif est un processus de pensée analytique connu depuis longtemps qui consiste à formuler des hypothèses afin de comprendre les causes d'un problème.

Le modèle mixte, dans lequel des processus de pensée analytique et non analytique se combinent, est souvent utilisé en clinique.

L'utilisation d'un modèle de raisonnement clinique répondant aux besoins du patient dans une situation clinique donnée, témoigne d'un jugement clinique juste.

