

# Les raisonnements dans l'évaluation : Formes et illustrations

S. Meyer

24 juin 2022

# Les raisonnements dans l'évaluation : Formes et illustrations

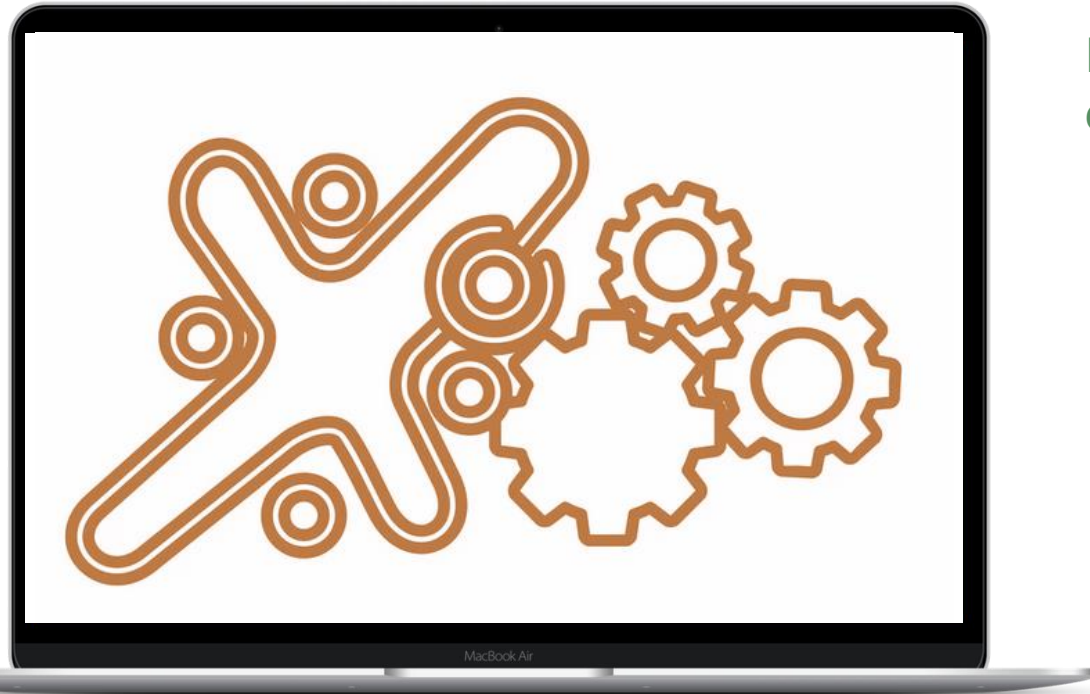
- 1 Introduction
- 2 Les raisonnements scientifiques
- 3 Les raisonnements implicites ou intuitifs
- 4 Pattern recognition
- 5 Les raisonnements narratifs
- 6 L'effet de l'expertise
- 7 Le raisonnement critique

# Introduction

# Line Vionnet, ergothérapeute Hôpital Riviera-Chablais

4

Evolution de la pratique de débutante à expérimentée



# De novice à expert

- Une progression éprouvée par la plupart des ergothérapeutes
- A priori l'impression d'une régression, d'une novice à laquelle la formation avait appris à raisonner scientifiquement à une ergothérapeute qui devient moins réfléchie, plus intuitive

Différentes formes de raisonnement existent  
Le poids de ces formes change avec l'expérience

# Raisonnement clinique : définition

- Le processus, complexe et à multiples facettes, employé par les praticiens pour planifier, conduire, réaliser et réfléchir aux soins du clients (Boyt-Schell & Schell, 2019, p. 494)
- Le processus réflexif grâce auquel les ergothérapeutes collectent et traitent les informations pour parvenir à une compréhension des besoins et des valeurs du client et ensuite planifier et mettre en œuvre les interventions (Cronin & Graebe, 2018, p. 20)

Le raisonnement a de multiples aspects – les formes de raisonnement – et il intervient dans la démarche de l'ergothérapie

# Raisonnement clinique et démarche de l'ergothérapie en cascade ou agile

Demande d'intervention	
Prescription médicale	- Vérifier la prescription, demander la garantie de prise en charge à l'assurance.
Demande d'une institution, d'un organisme, d'une entreprise, ...	- Clarifier la demande, convenir du tarif.
Évaluation	
Établir le profil occupationnel	- Clarifier le contexte et les préoccupations actuelles du ou de la client-e. - Recueillir des informations sur l'histoire occupationnelle, les besoins, les problèmes et les ressources du ou de la client-e. - Identifier des facteurs environnementaux qui limitent ou soutiennent la réalisation des occupations souhaitées. - Prendre en compte les priorités et les attentes de résultats du ou de la client-e.
Établir l'état occupationnel	- Collecter des données objectives et subjectives sur les performances occupationnelles du ou de la client-e à l'aide d'instruments d'obtention de données spécifiques et documenter les informations obtenues.
Intervention	
Poser les objectifs	- Établir avec le ou la client-e, des objectifs d'intervention évaluable, significatifs, centrés sur l'occupation et définis dans le temps.
Organiser l'intervention	- Définir le type d'intervention et l'organiser en fonction de la théorie, des preuves, ainsi que de l'expérience et des valeurs du ou de la client-e. - Planifier la durée de l'intervention et la fréquence des séances. - Au besoin référer plus loin.
Mener l'intervention	- Mener l'intervention ergothérapeutique.
Contrôler l'intervention	- Évaluer la progression de l'intervention en rapport avec les résultats attendus. - Si nécessaire, ajuster les objectifs et le plan d'intervention avec le ou la client-e.
Résultats	
Évaluer l'atteinte des objectifs et les résultats de l'intervention	- Comparer les performances occupationnelles actuelles du ou de la client-e avec leur état à l'entrée en thérapie et évaluer l'atteinte des objectifs.
Conclure l'intervention et définir les suites	- Évaluer avec le ou la client-e et les parties prenantes si l'intervention doit être poursuivie, modifiée ou terminée. - Émettre des recommandations pour la fin de l'intervention ou pour la suite des soins. - Clôre et facturer.

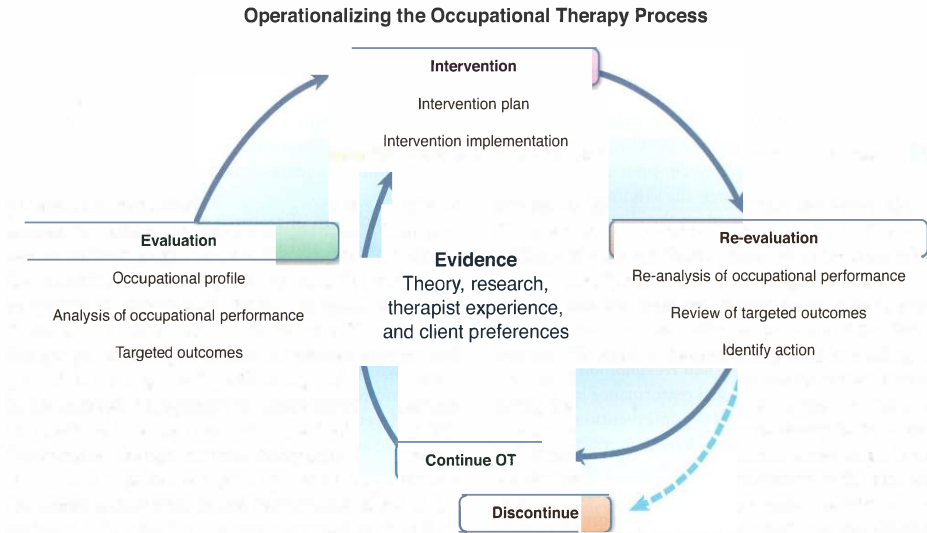


FIGURE 27-1 The occupational therapy process.

Chisholm & Boyt-Schell, 2019, p. 353

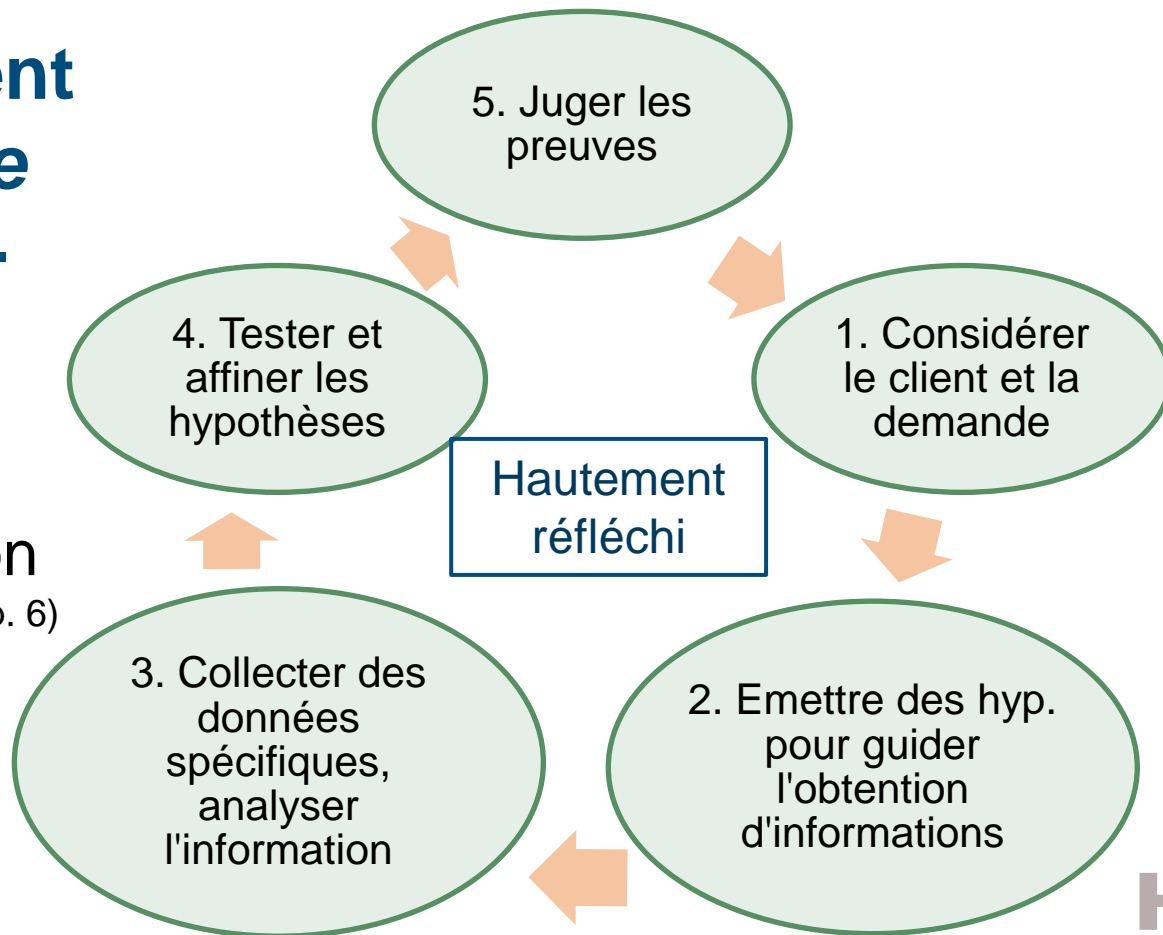
Scientifiques car soutenus par l'approche scientifique biomédicale pour comprendre les situations occupationnelles

## Les raisonnements scientifiques



# Raisonnement *diagnostique* hypothético- déductif

Démarche de  
problématisation  
(Cronin & Graede, 2018, p. 6)



# Raisonnements hypothético-déductifs en ergothérapie

## Vision biomédicale

Effets des conditions de santé sur les fonctions corporelles et leurs conséquences dans les performances dans des activités

## Vision occupationnelle

Contribution des conditions de santé, des facteurs personnels et environnementaux aux dysfonctions occupationnelles en situation écologique

Raisonnements dont les aspects déductifs ne sont pas clairs surtout dans la vision occupationnelle car la réflexion existe dans un contexte d'incertitudes. Les inférences sont probablement davantage inductives que déductives (Evans & Over, 2013)

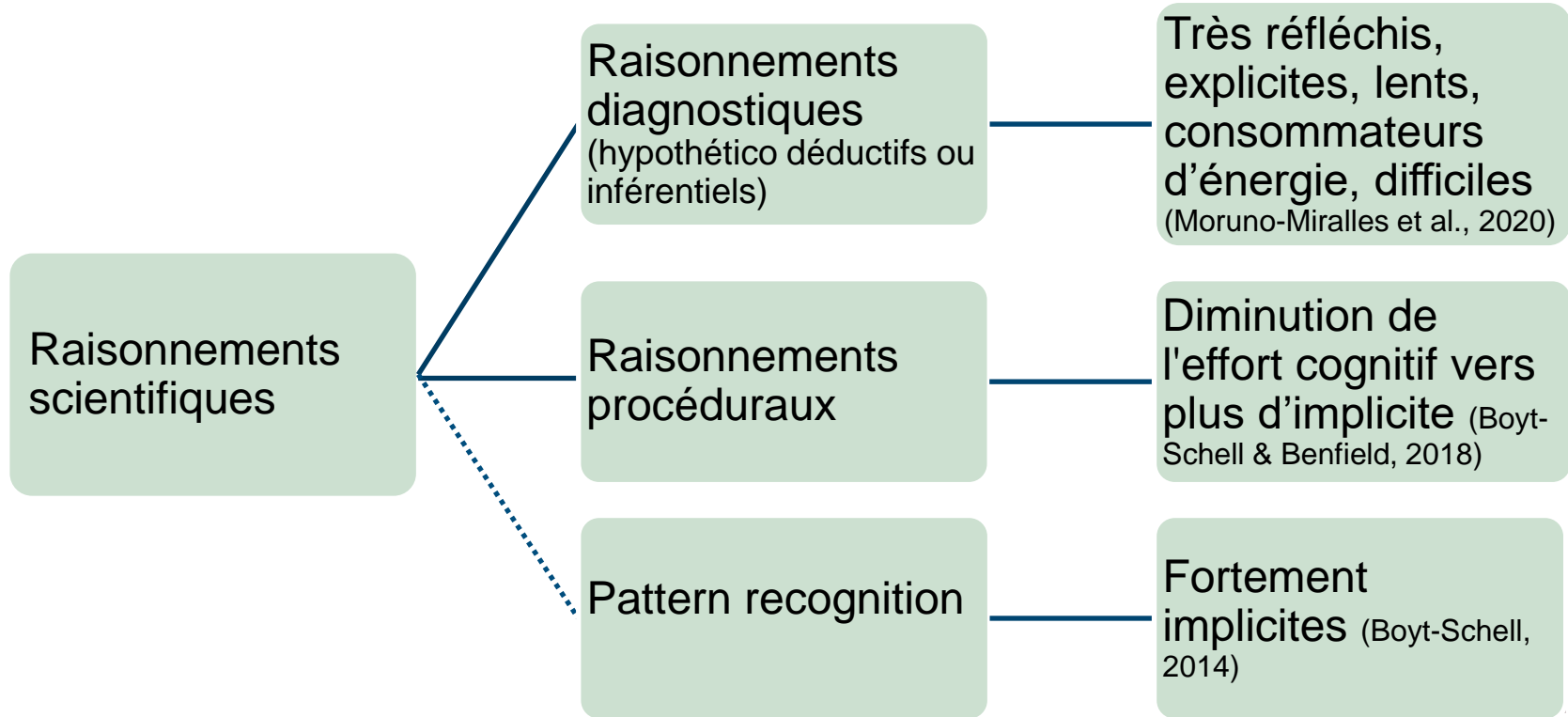
## Définition

- L'application de procédures d'évaluation pour identifier les problèmes fonctionnels du patient et intervenir avec des approches appropriées (Mattingly & Fleming, 1994)

## Nombreuses procédures formalisées en ergothérapie

- Procédures d'utilisation des instruments de mesure
- Guide de bonnes pratiques pour l'évaluation et l'intervention
- Démarches EBP
  
- Mais aussi routines personnelles du thérapeute ou de l'équipe dans un service particulier (Boyt-Schell & Benfield, 2018)

# Raisonnements scientifiques (Unsworth, 2021, p. 181)

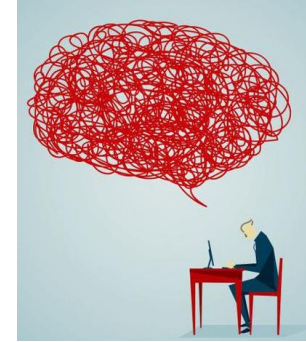


# Raisonnements implicites ou intuitifs

# Raisonnements implicites et explicites

## Raisonnement explicite

- L'ergothérapeute sait qu'elle raisonne et fournit un effort cognitif



## Raisonnement implicite

- L'ergothérapeute n'a pas l'impression de raisonner mais perçoit, observe, ajuste sa communication, adapte la tâche, modifie l'environnement, change son comportement d'une manière qui lui semble naturelle



# Etendre la définition de raisonnement

Les processus **cognitifs et non cognitifs** par lesquels un professionnel de la santé **consciemment ou inconsciemment** interagit avec le patient et l'environnement pour collecter et interpréter des données, apprécier les bénéfices et les risques des actions possibles et saisir les préférences du patient afin de déterminer un diagnostic et un plan d'intervention dont l'intention est d'augmenter le bien-être du patient (Trownbridge et al, 2015)

## Exemples de raisonnement

Analyser, appliquer, appréhender, calculer, catégoriser, choisir, comparer, comprendre, conclure, décider, déduire, **discerner**, **donner du sens**, **éprouver**, estimer, évaluer, examiner, expérimenter, imaginer, induire, inférer, juger, mesurer, observer, organiser, penser, **percevoir**, problématiser, raisonner, réfléchir, résoudre, **ressentir**, **saisir**, synthétiser ... (Mattingly, & Fleming, 1994)

Raisonner est un phénomène qui dépasse la pensée, incarné (*embodiment*) dans la perception et la motricité (Kinsella, 2018) ou les émotions (Marcum, 2013), émergeant des interactions (Mattingly, & Fleming, 1994), puisant dans les convictions (Hooper, 2018)



# Raisonner = associer des connaissances <sup>17</sup> (Lee, 2011)

Connaissances formelles ou déclaratives issues de la théorie, de la recherche

- Savoirs théoriques, méthodologiques, techniques

Connaissances informelles **issues de l'expérience**

- Habiletés professionnelles (*professional craft knowledge*) issues de l'expérience professionnelle
- Connaissances personnelles (*personal knowledge*) acquises au fil des expériences de vie

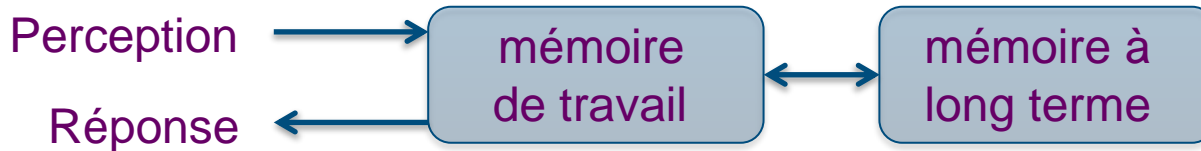
Toujours **une part de formel et d'informel**

- Les connaissances théoriques ne sont pas dans la mémoire comme dans la documentation
- Les connaissances non déclaratives peuvent être formalisées

# Pattern recognition

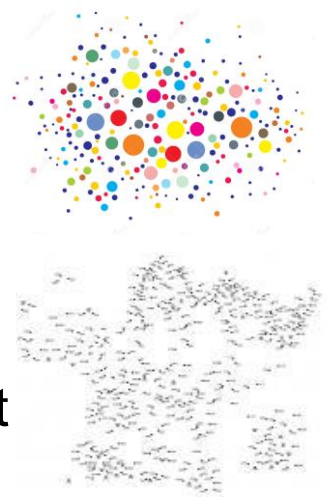
# Le processus cognitif de traitement de l'information (*information processing theory IPT*) (Boyt-Schell, 2014, Carr & Shotwell, 2018)

- Le processus cognitif de traitement de l'information s'intéresse à comment les souvenirs sont organisés et quels sont les processus utilisés pour apprendre des informations, les organiser et les utiliser



# Pattern recognition (Boyt-Schell, 2014, Carr & Shotwell, 2018)

- Les connaissances formelles ou issues de l'expérience (donc des souvenirs) sont organisées et stockées en mémoire à long terme sous forme de représentations ou de configurations (scripts ou patterns)
- Ces représentations sont la seule manière de traiter l'information en mémoire de travail puisque celle-ci n'est pas assez performante pour gérer beaucoup d'items



La reconnaissance de pattern est fortement dépendante de l'expérience et largement implicite

# Pattern recognition (Boyt-Schell, 2014, Carr & Shotwell, 2018)

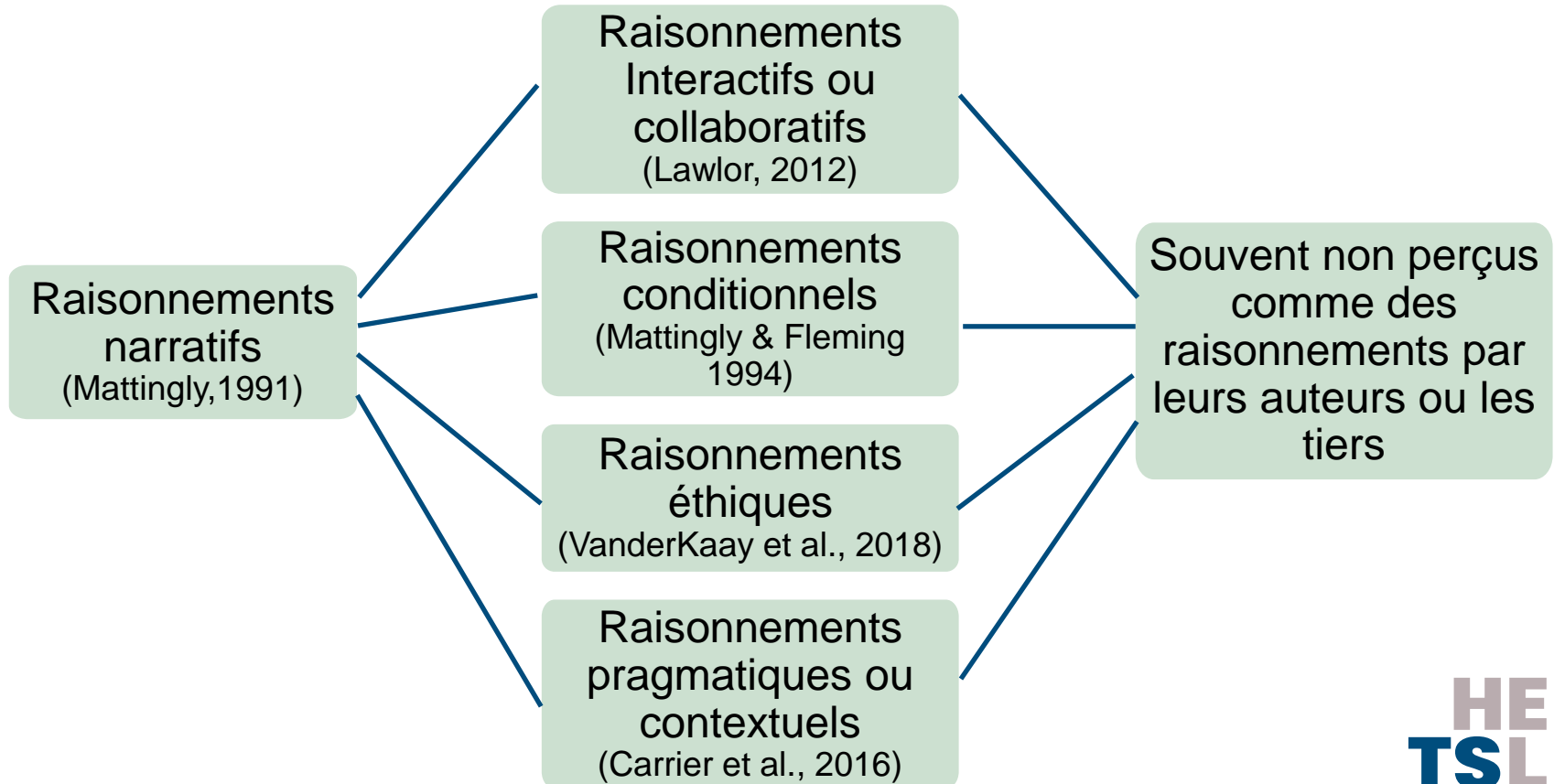
Dans une situation le clinicien « reconnaît » une configuration (*pattern recognition*)

- L'évaluateur produit des **attentes** (*expectations*) issues des connaissances formelles et **expérientielles** organisées en patterns qui permettent de percevoir, d'interpréter et de répondre
- Une nouvelle situation à évaluer est comparée **aux cas semblables stockés en mémoire à long terme** mais convoqués en mémoire de travail
- La reconnaissance s'effectue en **repérant les similitudes et les différences entre ses représentations et les informations obtenues** par l'observation, des questions ou des mesures
- Les éléments d'informations n'ont pas tous la même valeur ; des éléments sont jugés plus pertinents que d'autres

Narratifs car soutenus par l'approche phénoménologique et appuyés sur la narration pour comprendre les situations

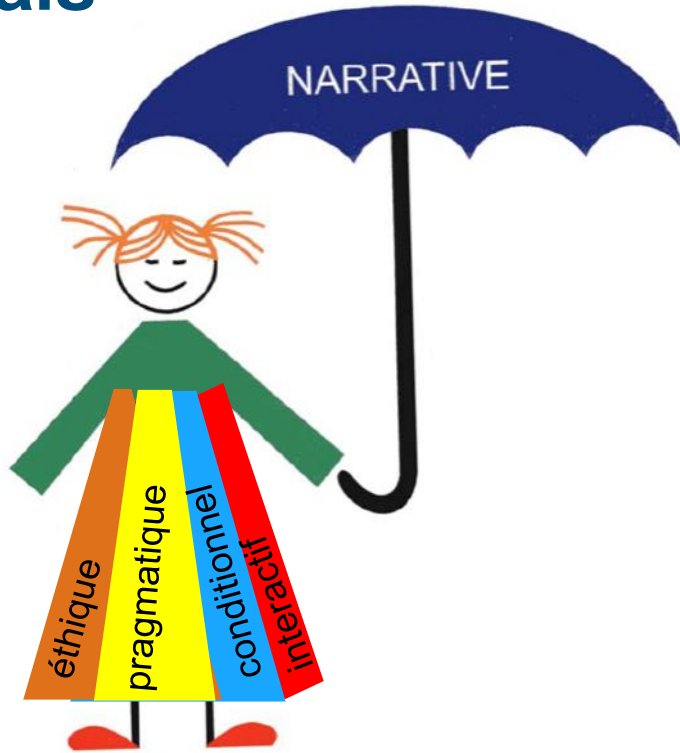
## Les raisonnements narratifs

# Les raisonnements narratifs (adapté de Unsworth, 2021, p. 181)



# Line Vionnet, ergothérapeute Hôpital Riviera-Chablais

24





# Les raisonnements narratifs

## Raisonnements Interactifs ou collaboratifs

- Utilisés dans les interactions verbales ou non verbales avec les clients pour les comprendre et soutenir leur engagement dans l'intervention, ou avec des professionnels pour donner sens à la situation

## Raisonnements conditionnels

- Utilisés pour se forger une représentation de la condition humaine passée, présente et future de la personne

## Raisonnements éthiques

- Utilisés pour définir ce qu'il est bon d'évaluer ou de faire sur la base de valeurs souvent tacites

## Raisonnements pragmatiques

- Utilisés pour s'ajuster aux contextes organisationnels, politiques, économiques de travail

## Les raisonnements narratifs

Les raisonnements interactifs, conditionnels, éthiques ou pragmatiques sont souvent tacites et lorsqu'ils ne le sont pas ils ne sont peu communiqués car peu valorisés dans un environnement soumis à un modèle dominant biomédical

Je connais alors mieux la personne, m'ajuste plus facilement et peut expliquer au colloque la perspective du client

# Raisonnements implicites ou intuitifs

(Harries, 2007)

- Les raisonnements qui sont attachés aux savoirs tacites sont éprouvés comme de l'intuition, du feeling, de l'instinct
- L'ergothérapeute n'a pas l'impression d'avoir raisonné
- L'intuition n'est pas toujours reconnue comme raisonnement par son auteur mais comme une évidence simple ou une décision sage

# L'effet de l'expertise

# Expertise

phénomène très courant

Faire la bonne chose au bon moment  
Parvenir à un bon ou à un excellent résultat

Des connaissances hautement développées fondées sur  
des expériences larges et variées en rapport à  
l'occupation (Unsworth & Baker, 2016)

La capacité à montrer des performances adaptatives ou  
des comportements appropriés ou exceptionnels en  
réponse à une situation qui contient un certain degré  
d'imprévisibilité ou d'incertitude (King et., al, 2008)

## Novices

- Guident la pratique avec la théorie
- Méthodiques, lents
- Raisonnements hypothético-déductifs ou procéduraux +++
- Peinent à ajuster les procédures aux situations
- Efforts cognitifs conscients
- Cherchent beaucoup d'infos mais ne savent pas les organiser et les prioriser
- Faible mémoire à long et court terme
- Erreurs d'identification des problèmes
- Vision superficielle des situations
- Incapables de réfléchir dans l'action
- Peu confiants en eux et peu autonomes

## Experts

- Guident la pratique avec des connaissances nombreuses accessibles organisées en pattern
- Vision approfondie, étendue de leur domaine
- Catégorisent les problèmes selon des principes abstraits
- Rapides, cherchent peu d'informations, savent lesquelles sont pertinentes
- Bonne mémoire à court terme
- Raisonnements intuitifs, flexibles et créatifs
- Contrôle personnel élevé des actions facilitant l'apprentissage
- Peu d'erreurs, confiance en eux

# Expertise et formes de raisonnements

(Carr & Shotwell, 2018 ; Carrier et al., 2010 ; Unsworth & Baker, 2016)

- Toutes les formes de raisonnements sont perceptibles chez les novices et chez les experts
- Tous les raisonnements (diagnostiques, procéduraux, pattern recognition, pragmatiques, éthiques, interactifs, conditionnels) sont positivement influencés par l'expérience
- Les raisonnements scientifiques et procéduraux sont dominants chez les novices qui expliquent plus facilement leur démarche clinique que les experts
- Les experts recourent plus fréquemment à plusieurs formes de raisonnements simultanément que les novices

# Le raisonnement critique



# Raisonnement critique : rendre le tacite explicite

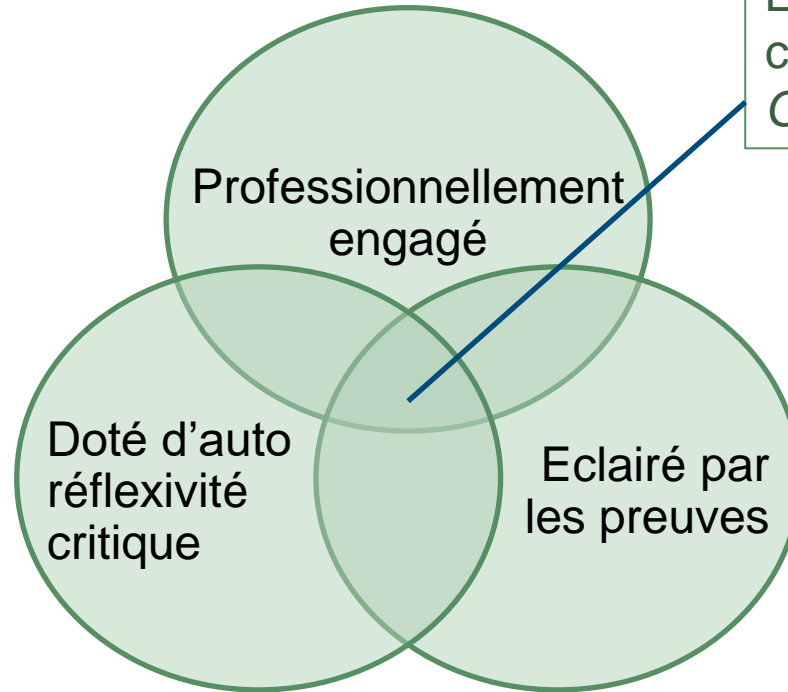
(Knightbridge, 2019 ; Robertson et al., 2015)

Utiliser raisonnablement

- les preuves scientifiques
- les informations du client
- sa propre expérience

Raisonner pour

- décider et agir
- contrôler l'action
- comprendre après coup



L'ergothérapeute critique  
*Critical practitioner*

# Conclusion

- Prendre conscience des diverses formes de raisonnements utilisés
- Faire confiance aux aspects intuitifs du raisonnement construits par l'expérience
- Recourir de façon critique à l'ensemble de ses raisonnements dans l'évaluation pour obtenir les informations et les traiter
- Oser communiquer avec les autres professionnels en s'appuyant sur tous les types de raisonnements

- Association suisse des ergothérapeutes. (2017). *La démarche de l'ergothérapie*. <https://www.ergotherapie.ch/pour-medecin/>
- Boshuizen, H., & Schmidt, H. (2019). The development of clinical reasoning expertise In J., Higgs, G., Jensen, S., Loftus, & N., Christensen (Eds.), *Clinical reasoning in the health professions* (4<sup>th</sup> ed., pp. 57-65). Elsevier.
- Boyt-Schell, B. (2014). Professional Reasoning in practice. In B. Boyt Schell, G. Gillen, & M. Scaffa (Eds.), *Willard and Spackman's Occupational Therapy* (12<sup>th</sup> ed., pp. 384-397). Wolters Kluwer.
- Boyt-Schell, B. (2019). Professional reasoning in practice. In B. Boyt Schell & G. Gillen (Eds.), *Willard and Spackman's Occupational Therapy* (13<sup>th</sup> ed., pp. 482-497). Wolters Kluwer.
- Boyt-Schell, B., & Schell, J. (2018). Clinical and professional reasoning in occupational therapy (2<sup>nd</sup> ed.). Wolters Kluwer.
- Boyt-Schell, B., & Benfield, A. (2018). Aspects of professional reasoning. In B. Boyt-Schell & J. Schell (Eds.), *Clinical and professional reasoning in occupational therapy*. (11<sup>th</sup> ed., pp. 127-144). Wolters Kluwer.

- Carr, M., & Shotwell, M. (2018). information processing theory and professional reasoning. In B. Boyt-Schell & J. Schell (Eds.), *Clinical and professional reasoning in occupational therapy* (pp. 73-104). Wolters Kluwer.
- Carrier, A., Levasseur, M., Bedard, D., & Desrosiers, J. (2010). Community occupational therapists' clinical reasoning: Identifying tacit knowledge. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57, 356–365 <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2010.00875.x>
- Chisholm, D. & , Boyt-Schell, B. (2019). Overview of the occupational therapy, process and outcomes. In B. Boyt Schell, & G. Gillen (Eds.), Willard and Spackman's Occupational Therapy (13<sup>th</sup> ed., pp. 352-368). Wolters Kluwer.
- Cronin, A., & Graebe, G. (2018). Overview of the clinical reasoning process. In A. Cronin & G. Graebe. *Clinical reasoning in occupational therapy*. American Occupational Therapy Association.

Elvira, Q., Imants, J., Dankbaar, B., & Segers, M. (2017). Designing Education for Professional Expertise Development. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 61(2), 187–204.

<https://doi.org/10.1080/00313831.2015.1119729>

Evans, J., & Over, D. (2013). Reasoning to and from belief deduction and induction are still distinct. *Thinking & Reasoning*, 19,(3-4), 267-283.

[doi:10.1177/1745691612460685](https://doi.org/10.1177/1745691612460685)

Hooper, B. (2018). Therapists' assumptions as a dimension of professional reasoning. Dans B. Boyt-Schell & J. Schell (Eds.), *Clinical and professional reasoning in occupational therapy* (pp. 51-72). Wolters Kluwer.

King, G., Currie, M., Bartlett, D., Strachan, D., Tucker, M., & Willoughby, C. (2008). The development of expertise in paediatric rehabilitation therapists: The roles of motivation, openness to experience, and types of caseload experience. *Australian Occupational Therapy Journal*, 55(2), 108–122. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2007.00681.x>

- Kinsella, E. (2018). Embodied reasoning in professional practice. In B. Boyt-Schell & J. Schell (Eds.), *Clinical and professional reasoning in occupational therapy* (pp. 105-124). Wolters Kluwer.
- Knightbridge, L. (2019). Reflection-in-practice: A survey of Australian occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, 66(3), 337-346. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12559>
- Lawlor, M. C. (2012). The particularities of engagement: Intersubjectivity in occupational therapy practice. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 32(4), 151-159. <https://doi.org/10.3928/15394492-20120302-01>
- Lee, L (2011). Knowledge, Science & Clinical Practice: what do we need to know, how do we know what we know and what can and can't science tell us about how to treat your patient. *In Touch, Summer*, 135 (2-9).
- Marcum, J. (2013). The Role of Emotions in Clinical Reasoning and Decision Making. *Journal of Medicine and Philosophy*, 38, 501-519. <https://doi.org/10.1093/jmp/jht040>

Mattingly, C. (1991). The narrative nature of clinical reasoning. *American Journal of Occupational Therapy*, 45(11), 998-1005.

<https://doi.org/10.5014/ajot.45.11.998>

Mattingly, C. & Fleming, M. (1994). *Clinical reasoning : Forms of inquiry in a therapeutic Practice*. F.A. Davis.

Moruno-Miralles, P., Reyes-Torres, A., Talavera-Valverde, M., Souto-Gómez, A., & Márquez-Álvarez, L. (2020). Learning and Development of Diagnostic Reasoning in Occupational Therapy Undergraduate Students. *Occupational Therapy International*, 2020.

<https://doi.org/10.1155/2020/6934579>

Robertson, D., Warrender, F., & Barnard, S. (2015). The critical occupational therapy practitioner: How to define expertise? *Australian Occupational Therapy Journal*, 62, 68–71. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12157>

Trowbridge, R. L., Rencic, J. J., & Durning, S. J. (2015). *Teaching clinical reasoning*. American College of Physicians.

Unsworth, C. (2021). The evolving theory of clinical reasoning. In E. Duncan (Ed.), *Foundations for practice in occupational therapy*. Elsevier.

Unsworth, C., & Baker, A. (2016). A systematic review of professional reasoning literature in occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 79(1), 5–16.

<https://doi.org/10.1177/0308022615599994>

VanderKaay, S., Letts, L., Jung, B., & Moll, S. E. (2018). Doing what's right: A grounded theory of ethical decision-making in occupational therapy. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 1-14.

<https://doi.org/10.1080/11038128.2018.1464060>

Yazdani, S., Hosseinzadeh, M., & Hosseini, F. (2017). Models of clinical reasoning with a focus on general practice: a critical review. *Journal of Advances in Medical Education & Professionalism*, 5(4), 177-184.

[PMc5611427](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35611427/)