

# RAISONNEMENT CLINIQUE

COMPRENDRE POUR DÉCIDER...



*Dr Thomas Lebouvier  
Médecin Anesthésiste-réanimateur  
Maître de conférence associé*

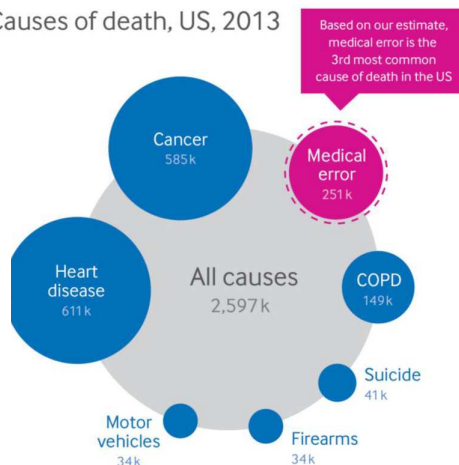
# ERREUR MÉDICALE

■ Classer par ordre de fréquence ces 5 causes de décès ?

- Cancer
- Armes à feu
- BPCO
- Erreur médicale
- Suicide

**56%** des EIGS sont évitables en 2020

Causes of death, US, 2013



En France :  
16 000 décès / an

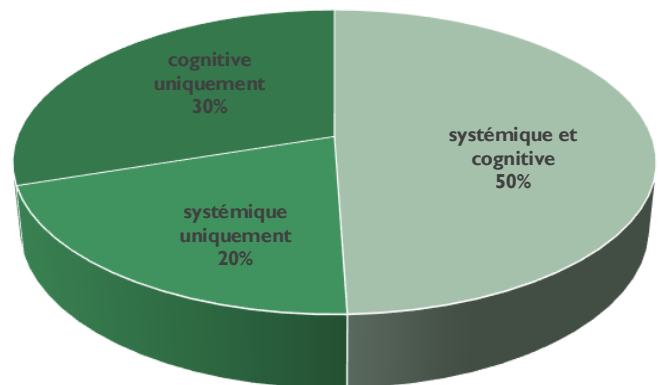
OMS : [https://www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/fr/](https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/fr/);

Makary MA, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 2016 May 3; 353:i2139.

# ERREUR DIAGNOSTIQUE

- Part de l'erreur diagnostique dans l'erreur médicale : **Non chiffrée**
- Erreur diagnostique : 5 à 15 % des diagnostics
- 50 % des erreurs ont des conséquences pour le patient
- Absence de faute dans le process décisionnel : 7% uniquement
- Etiologie plurifactorielles : 6 causes en moyenne /erreur

causes d'erreur diagnostiques

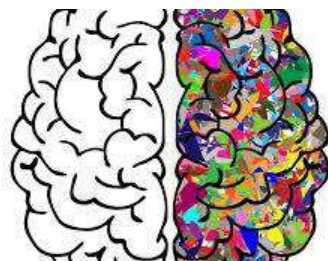


*Diagnostic Error in Internal Medicine*  
Mark L. Graber, MD; Nancy Franklin, PhD; Ruthanna Gordon, PhD  
*Arch Intern Med.* 2005

The global burden of diagnostic errors in primary care  
Singh H, et al. *BMJ Qual Saf* 2017

## ERREUR DIAGNOSTIQUE

*Raisonnement clinique, un outil efficace ?*



# RAISONNEMENT CLINIQUE : PHASES INTUITIVES

Étape  
1

Prélèvement intuitif de  
quelques informations patient  
(immédiatement accessibles)



Étape  
2

Genèse d'hypothèse(s)  
(quel est le problème  
auquel je suis confronté ?)



Processus Inconscient

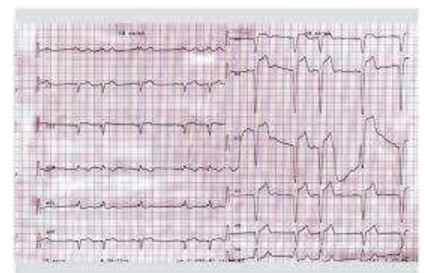
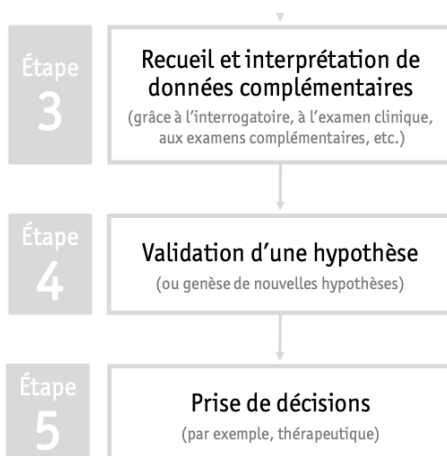
**PROTOTYPES**

**SCRIPTS**

Abstraction Antérieure

## RAISONNEMENT CLINIQUE : PHASES D'ANALYSE

### Raisonnement analytique



- Démarche hypothético-deductive
- Raisonnement dual
- Objectif : Prise de décision

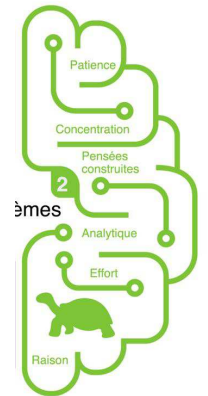
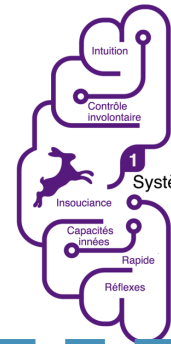
Étape 1  
Prélèvement intuitif de quelques informations patient  
(immédiatement accessibles)

Étape 2  
Genèse d'hypothèse(s)  
(quel est le problème auquel je suis confronté ?)

Étape 3  
Recueil et interprétation de données complémentaires  
(grâce à l'interrogatoire, à l'examen clinique, aux examens complémentaires, etc.)

Étape 4  
Validation d'une hypothèse  
(ou genèse de nouvelles hypothèses)

Étape 5  
Prise de décisions  
(par exemple, thérapeutique)

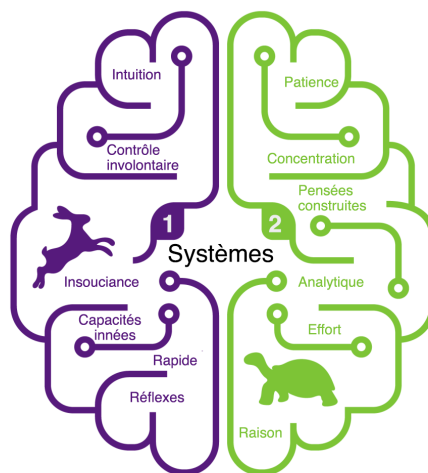


# RAISONNEMENT CLINIQUE ET SYSTÈME COGNITIFS

- Processus cognitif contextuel de prise de décision
- Mobilise deux systèmes cognitifs

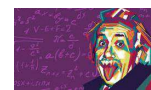
## Systeme 1

- Rapide et intuitif
- Basé sur les heuristiques
- Mobilisé avec peu d'effort
- Peu coûteux en énergie



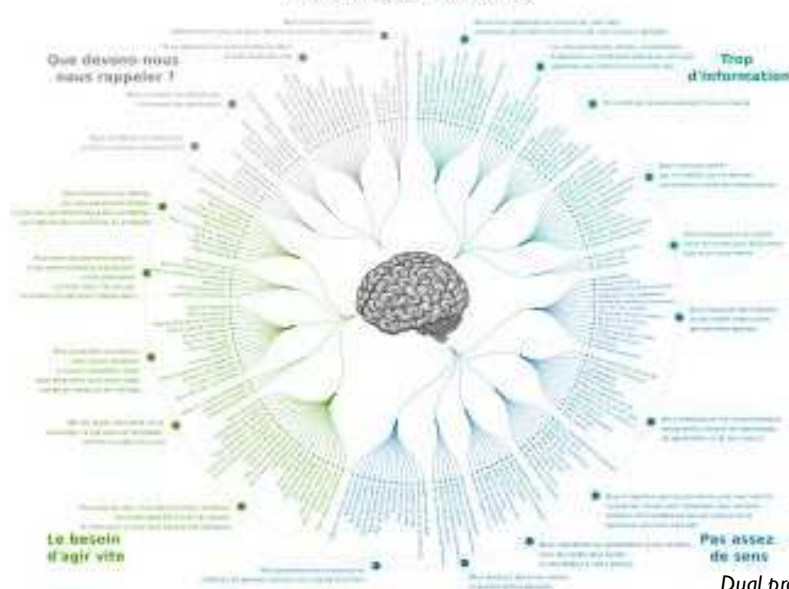
## Systeme 2

- Lent et réfléchi
- Contrôle logique
- Fiable et efficace
- Coûteux en énergie



# LES BIAIS COGNITIFS

## LE CODEX DES BIAIS COGNITIFS



### Biais cognitifs : une réalité

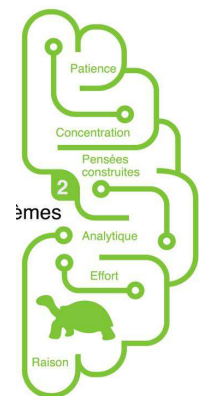
- Très nombreux / seuls 3 dans le raisonnement clinique
- Inhérents au raisonnement
- Lien avec l'erreur diagnostique faible
- Sensibilité réduite par l'expertise

*John Manoogian III et Buster Benson ; 2016*

*Dual process models of clinical reasoning: The central role of knowledge in diagnostic expertise; J Eval Clin Pract. 2024*

## AMÉLIORER LE RAISONNEMENT

- Stratégie de forçage du système 2 : « Prendre le temps »
  - Prise de décision plus longue si « l'on prend le temps »
  - Taux de diagnostic correct identiques
  - Prise de décision plus longue si diagnostic incorrect

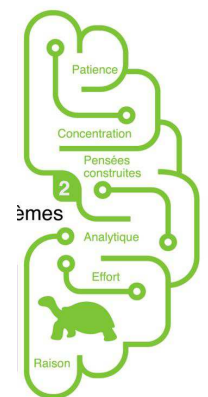


The Etiology of Diagnostic Errors: A Controlled Trial of System 1 Versus System 2 Reasoning , Academic Medicine, February 2014

*Comparing diagnostic performance and the utility of clinical vignette-based assessment under testing conditions designed to encourage either automatic or analytic thought. Acad Med. 2013*

## AIDE COGNITIVE : LES LIMITES

- Aide cognitive au moyen d'une Check-list :
  - Pas d'impact si check-list des biais cognitifs à disposition
  - Pas d'impact si check-list de connaissances
  - Résultats identiques sans aide diagnostique

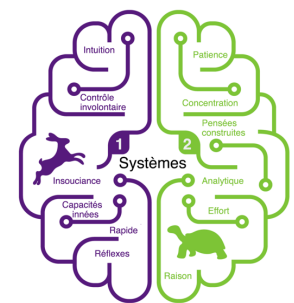


**L'expertise explique les différences de réussite diagnostique !**

*Debiasing versus knowledge retrieval checklists to reduce diagnostic error in ECG interpretation. Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2019*

# AMÉLIORER LE RAISONNEMENT CLINIQUE

- Réflexion délibérée : une métacognition structurée
  - *Qu'est ce qui soutient mon diagnostic ?*
  - *Qu'est ce qui va contre mon diagnostic ?*
  - *Quels autres diagnostics dois-je considérer ?*
  - *Qu'est ce qui va contre ou pour ces autres diagnostics ?*



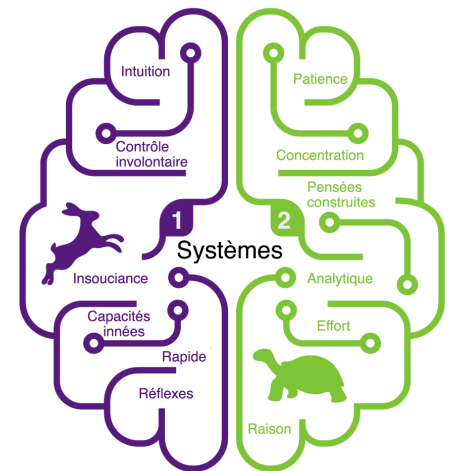
Mamede S, Schmidt HG. Deliberate reflection and clinical reasoning: founding ideas and empirical findings. *Med Educ.* 2023;57(1):76-85.

# RAISONNEMENT CLINIQUE ET SYSTÈME COGNITIFS



- Système 1 et 2 fonctionnent ensemble et alternativement
- Système 1 à l'initiative du raisonnement clinique
- Qualité du système 1 dépend de l'expertise et des connaissances accumulées

**Qualité du système 1 dépend donc du système 2 !**



## RAISONNEMENT CLINIQUE ET INCERTITUDE

- Définition : perception subjective de ne pas pouvoir expliquer avec certitude le problème
- 3 dimensions:
  - Techniques : Outils / Données / Temps
  - Scientifique : limite de la connaissance scientifique
  - Ethique : dilemme de communication et de décision partagée
- Impact sur le système, le praticien et le patient
- Lien avec l'expertise :
  - Novice : source d'anxiété, et de paralysie
  - Expert : gestion de l'incertitude, une compétence !!!

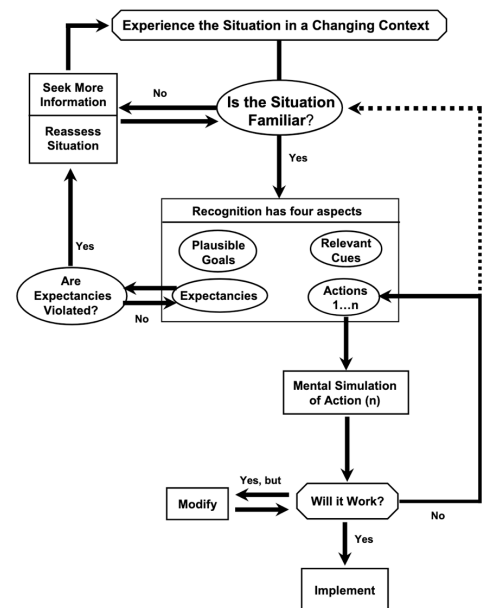


**30 % des médecins rencontrent une incertitude > 40% dans leur pratique quotidienne !**

*Bhise et al.: Defining and Measuring Diagnostic Uncertainty  
J Gen Intern Med; 2018*

# RAISONNEMENT CLINIQUE ET INCERTITUDE

- Modèle de Klein
- Incertitude gérée en 3 phases :
  - Reconnaissance de pattern : **Système 1**
  - Simulation mentale : **Système 2**
  - Prise de décision



Klein GA. *Naturalistic Decision Making*. Human Factors, 2008

## RAISONNEMENT CLINIQUE ET INCERTITUDE

- Stratégies validées :
  - Nommer explicitement l'incertitude
  - Diagnostic de travail vs Diagnostic définitif
  - Le « test du temps »
  - Accepter l'incertitude : un changement culturel !
  - Le raisonnement collaboratif



L'incertitude une chose certaine - La certitude, une illusion !

## RAISONNEMENT CLINIQUE COLLABORATIF

- Selon l'OMS : pour réaliser 1 soin
  - 2 soignants en 1980 - 15 soignants en 2000
- Définition RCC : processus de discussion d'au moins 2 professionnels des décisions diagnostiques et thérapeutiques
- 5 dimensions :
  - Raisonnement diagnostic
  - Prise en charge
  - Surveillance
  - Explications au patient
  - Communications interprofessionnelles
- Pas de données en contexte clinique réel



**Kiesewetter J, Fischer F, Fischer MR.** *Collaborative clinical reasoning — a systematic review of empirical studies.* Academic Medicine. 2017

## RAISONNEMENT CLINIQUE COLLABORATIF

- Intérêts démontrés :
  - Enrichissement mutuel des informations
  - Gestion partagée de l'incertitude
  - Réduction des « angles morts » collectifs
- Les obstacles :
  - L'ancrage collectif
  - Les rapports de pouvoir
  - Les coûts humains et temporels
  - Recherche limitée dans le domaine médicale



## TAKE HOME MESSAGE

- L'intuition experte est fiable à condition de savoir quand lui faire confiance
- L'expertise protège mais n'immunise pas
- L'incertitude est certaine : sa gestion est une compétence
- Collaborer enrichit le raisonnement à condition de prendre conscience des obstacles



MERCI POUR VOTRE ATTENTION

**LE RAISONNEMENT CLINIQUE N'EST PAS INNÉ,**

**C'EST UN APPRENTISSAGE QUI S'ENRICHIT AU COURS DE LA CARRIÈRE !**

*Dr Thomas Lebouvier  
Médecin Anesthésiste-réanimateur  
Maître de conférence associé*