

# Raisonnement clinique interprofessionnel

Atelier

Congrès suisse d'ostéopathie 2023

K. Blondon<sup>1</sup>, D. Gachoud<sup>2</sup>

1. Direction médicale, HUG et Faculté de médecine, Université de Genève
2. Service de médecine interne, CHUV et Ecole de Médecine, Université de Lausanne



# 1. Comment pose-t-on un diagnostic?



## + 2. Interpro



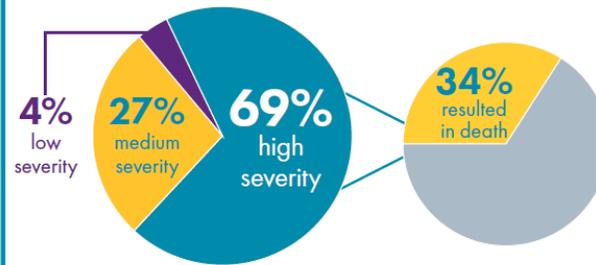
designed by freepik

# Erreurs diagnostiques : un enjeu de sécurité!

**1 in 3** patients experiences a diagnostic error firsthand.<sup>1</sup>



Of diagnostic-related malpractice cases...<sup>3</sup>



**Diagnostic-related communication failures occur across all settings.**<sup>4</sup>

Outpatient  
**55%**



Emergency Department  
**23%**



Inpatient  
**22%**



Inappropriate testing, wrong treatments & malpractice lawsuits result in expenses over **\$100 billion per year.**<sup>5</sup>



# Qu'est-ce qu'une erreur diagnostique?

Définition :

(a) l'incapacité à établir, dans des délais corrects, une explication adéquate au problème de santé du patient

**OU**

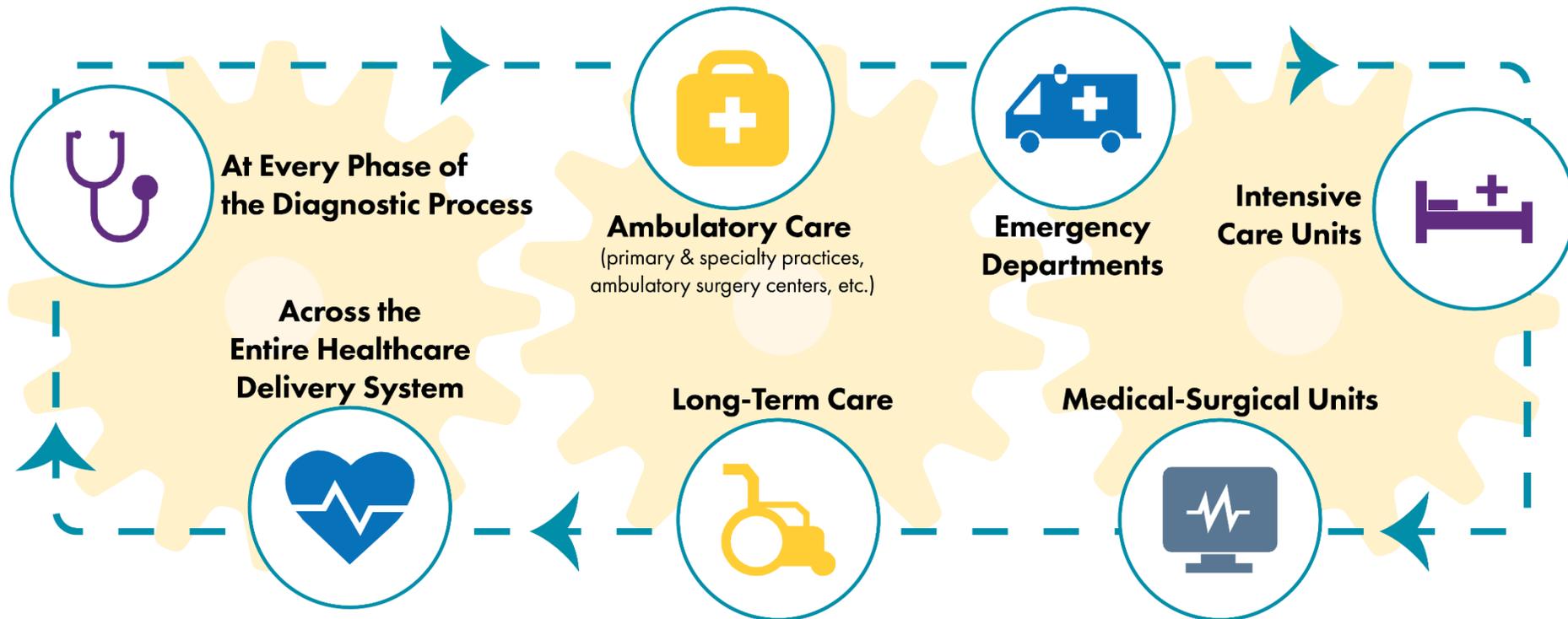
(b) de communiquer cette explication au patient.

Référence: National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2015.  
Aussi: OMS en 2016

# Types d'erreurs diagnostiques

- **Selon le type d'erreur:**
  - **Diagnostic raté/manquant** – Pas de diagnostic posé
  - **Diagnostic faux** – Le diagnostic retenu n'est pas juste
  - **Diagnostic retardé** – Le diagnostic aurait dû être posé plus tôt
- **Selon la prise en charge:**
  - Une erreur diagnostique révèle un problème dans le *processus* diagnostique.

# Où surviennent les erreurs diagnostiques?



# Définition du raisonnement clinique

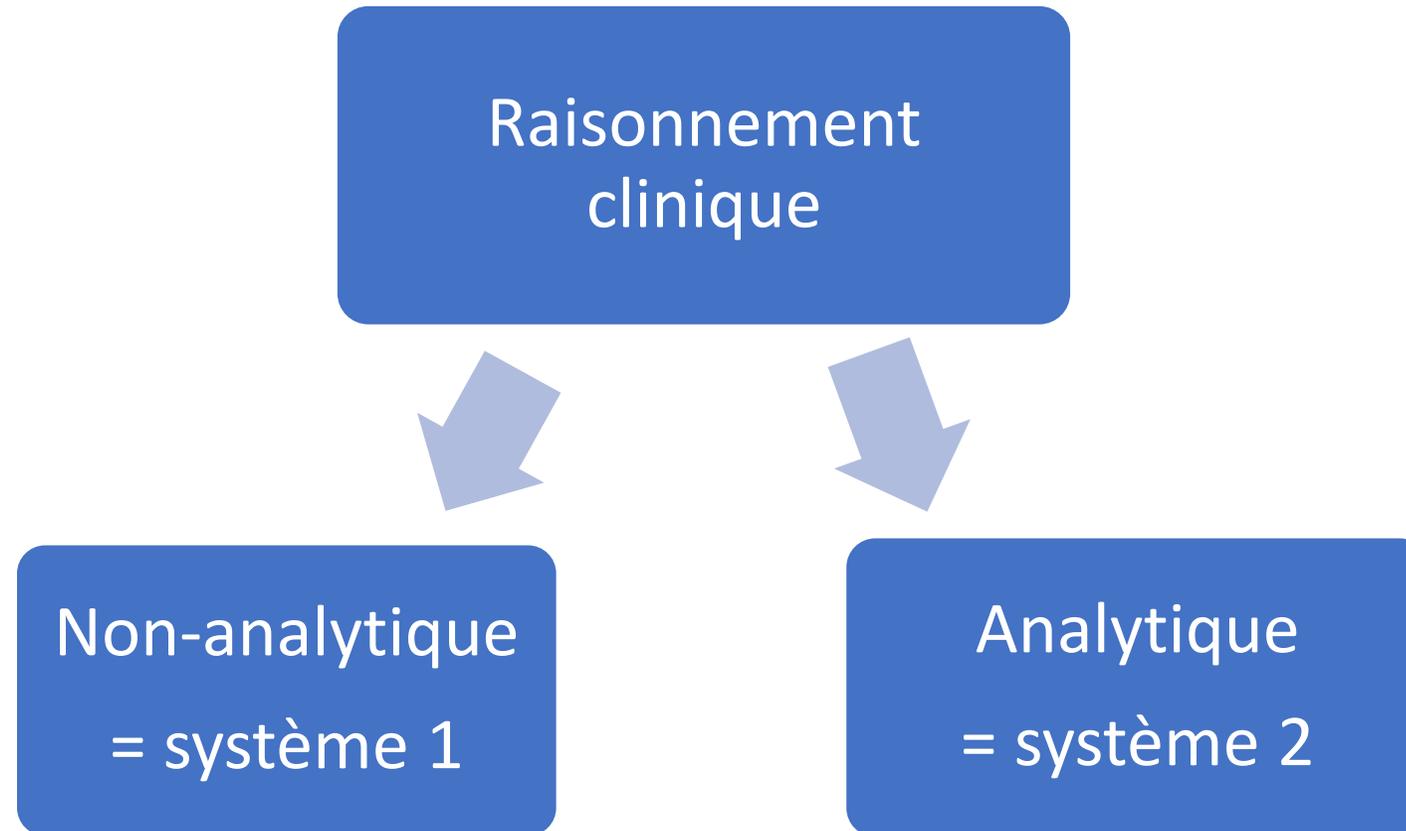
« L'ensemble des processus cognitifs, conscients ou inconscients, qui permettent, à partir du problème du patient, de formuler une hypothèse de travail et une prise en charge thérapeutique. »

*Triacca 2017*

« Il permet aux clinicien-ne-s d'établir un diagnostic et de prendre des décisions. C'est l'un des facteurs déterminants de la compétence clinique. »

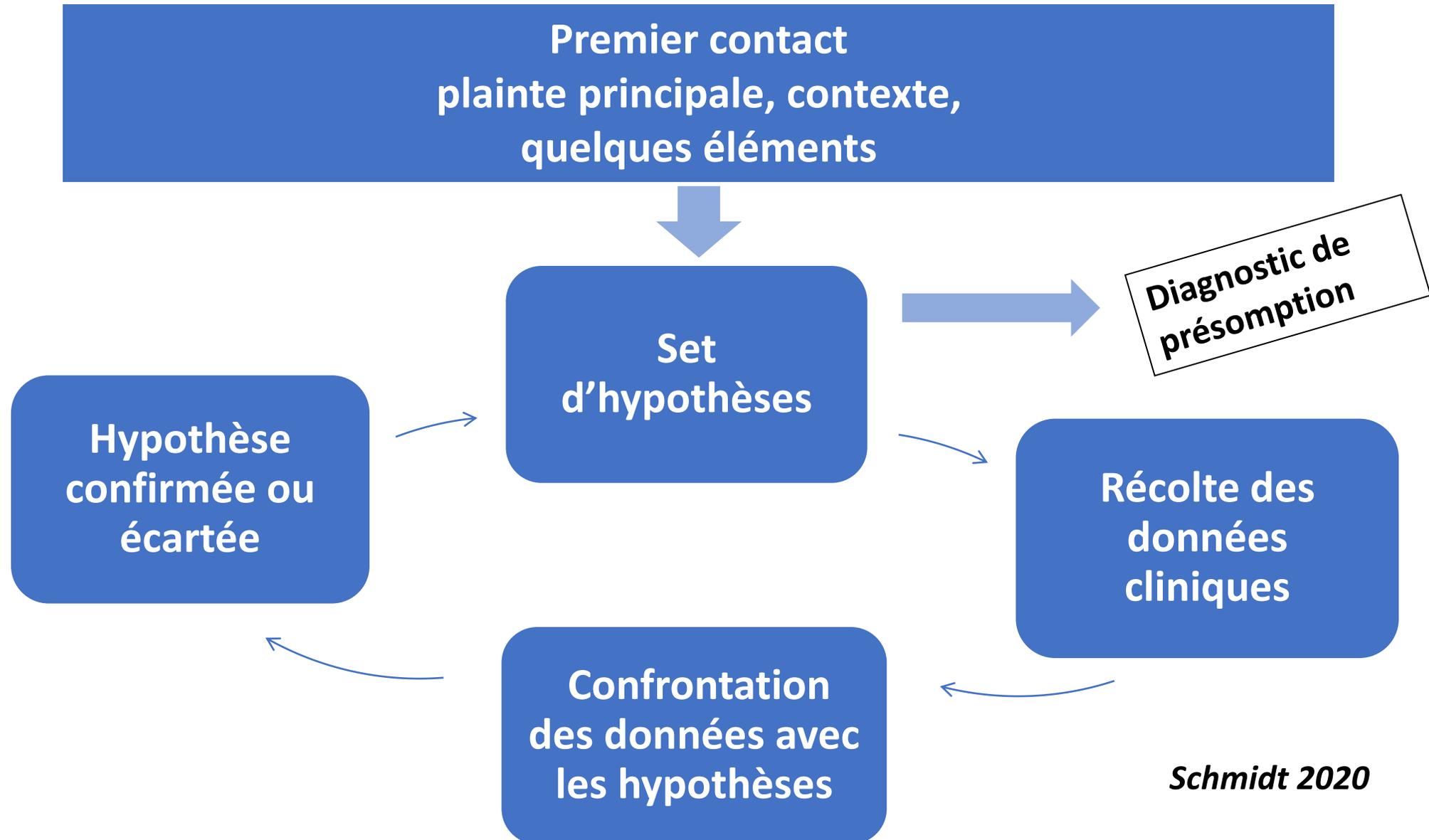
*Pelaccia 2011*

# Principes du raisonnement clinique



*Dual Process Theory; Kahneman 2011*

# Processus (analytique) hypothético-déductif



# Processus (analytique) hypothético-déductif

Utilisé préférentiellement dans les situations suivantes:

- Sans pression de temps
- Avec enjeux importants
- Complexe
- Ambiguë, non-routinière, mal définie ou incertaine

*Pelaccia 2011,  
Schmidt 2020*

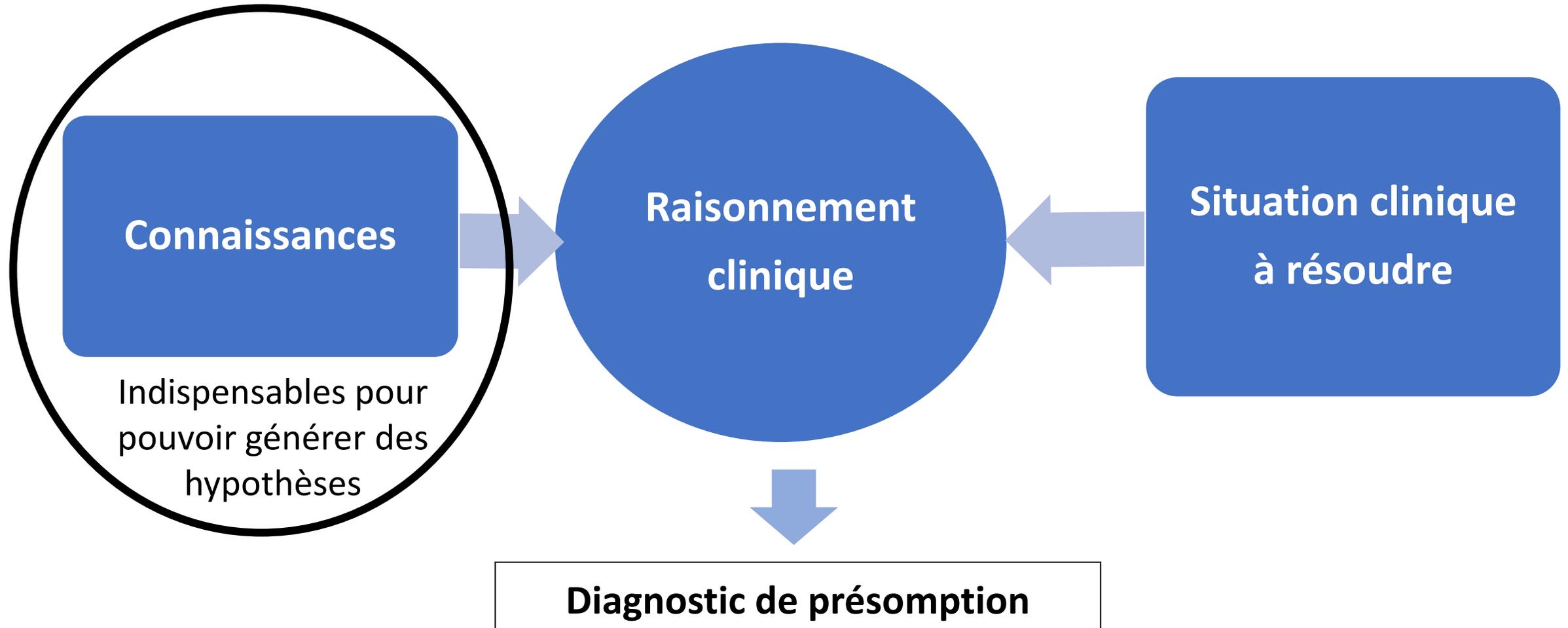
# Processus non-analytiques de raisonnement clinique

- Processus:
  - inconscients, intuitifs
  - automatiques
  - rapides
- Utilisés dans des situations non-problématiques

*Pelaccia 2011,  
Schmidt 2020*



# Raisonnement clinique et connaissances médicales



"Le raisonnement ne peut être séparé des connaissances spécifiques à la situation clinique"

# Le raisonnement et l'équipe interprofessionnelle

## Une représentation mentale... partagée (Shared Mental Model)



Chacun-e se construit une **représentation mentale** de la situation. En travail d'équipe, le défi est de partager le même modèle.



Un modèle mental partagé permet aux membres d'une équipe de mieux anticiper les actions, d'améliorer son efficacité et la sécurité des soins.



Le partage au sein de l'équipe nécessite (1) une communication efficace (rôle du vocabulaire) et (2) la connaissance du mode de penser des autres membres.

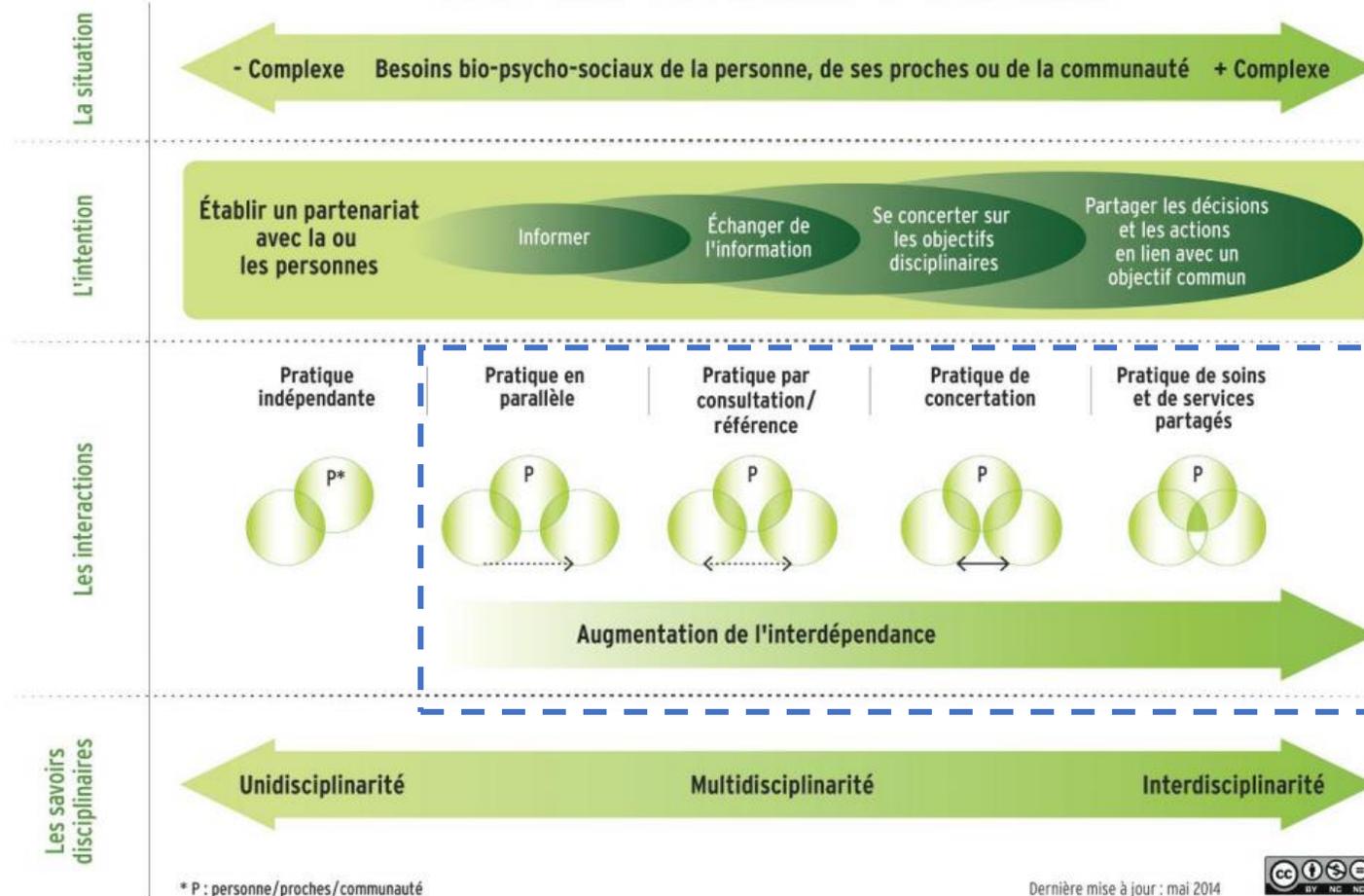
# Raisonnement clinique et place du patient

Du concept des **soins centrés** sur le patient au **patient comme partenaire**

- Les patients ont leur propre opinion et raisonnement quant à leurs maladie et symptômes.
  - Les patients utilisent leur vocabulaire (vs jargon des professionnels)
  - Les patients choisissent [souvent] les professionnels qu'ils consultent en fonction de leur raisonnement et de leurs préférences en termes d'approche thérapeutique.
- ✓ Chaque consultation auprès d'un patient implique un raisonnement clinique partagé!

## Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux

Auteurs : Careau, E.; Brière, N.; Houle, N.; Dumont, S.; Maziade, J.; Paré, L.; Desaulniers, M.; Museux, A.-C.

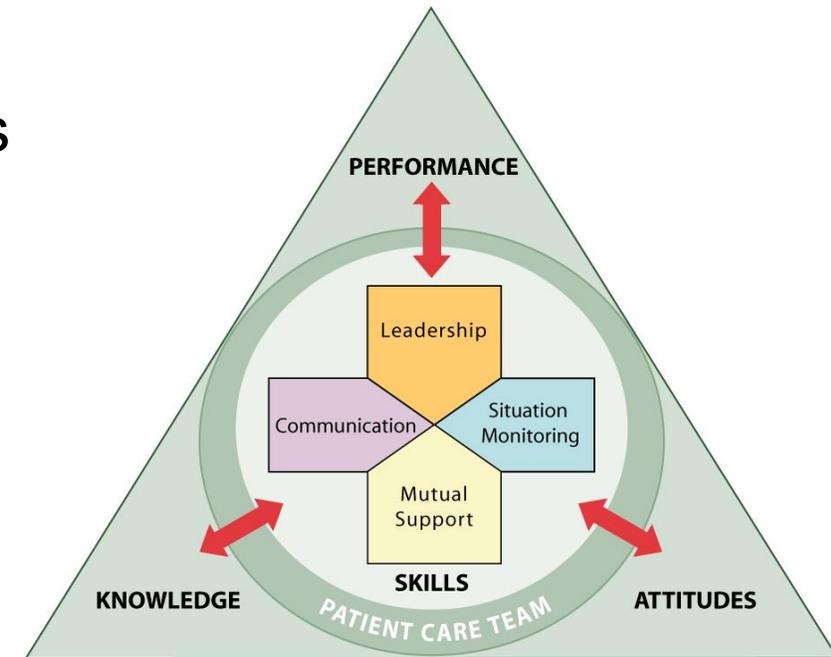


Le type de collaboration dépend du problème clinique:

- Professionnels à impliquer
- Complexité du problème
- Temporalité (urgence ou non)
- Contexte ambulatoire ou hospitalier

# TeamSTEPPS

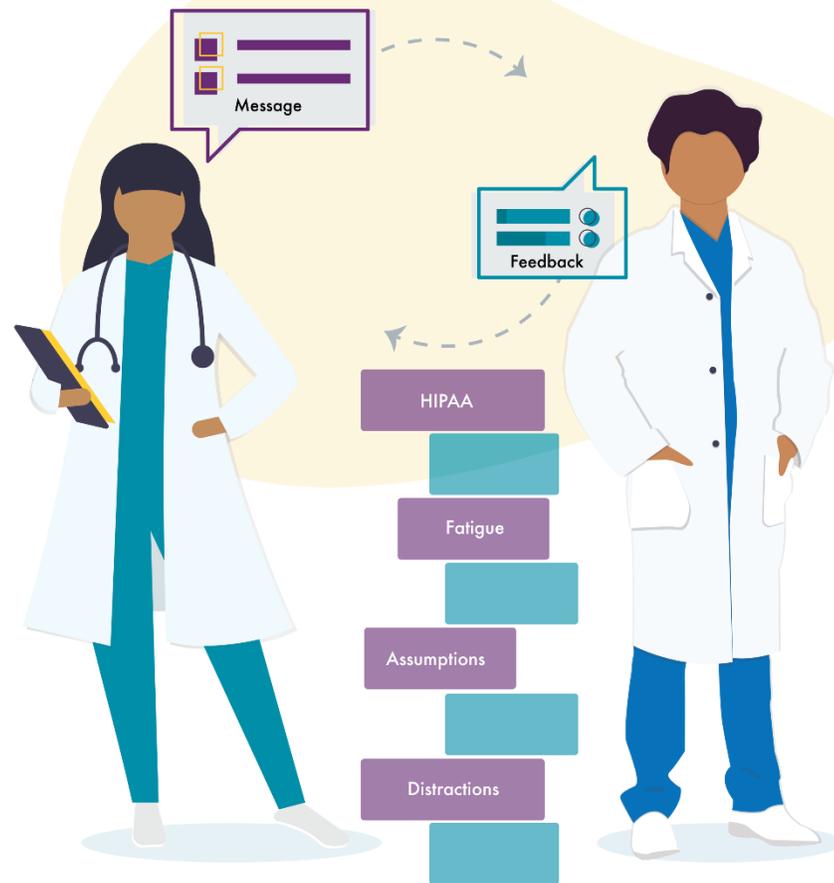
- Un concept pour travail d'équipe basée sur l'évidence
- Vise à améliorer la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins
- Outils pratiques et adaptables
- Boîte à outils pour la formation des équipes et pour la formation continue



# Pourquoi utiliser TeamSTEPPS?

- Même les professionnels de santé très compétents et motivés sont à risque de commettre des erreurs.
- La communication est le défaut principal de système lors d'erreurs diagnostiques.
- TeamSTEPPS améliore la communication et d'autres compétences de travail en équipe qui aident une organisation à évoluer vers une haute fiabilité
- Les compétences pour travailler en équipe ne sont pas innées; il faut les apprendre!

# Raisonnement diagnostique et communication : considérations



Le public



Mode de communication



Standards associés avec chaque mode de communication



Pouvoir de la communication non-verbale

# Communication structurée: SBAR



## Situation

*Qu'est-ce qui se passe avec le patient?*



## Background (ou Contexte)

*Quels sont les antécédents et le contexte?*



## Appréciation

*D'après moi, quel est le problème?*



## Recommandations or Requêtes

*Qu'est-ce que je propose?*

*De quoi ai-je besoin de ta part?*

# SBAR et Pratique réflexive



## Situation & Contexte

### Qu'est-ce que je SAIS?

- Identifier le patient, son âge et genre, ses problèmes et antécédents, et les résultats d'interventions récentes.



## Appréciation

### Quelles sont les ALTERNATIVES?

- Evaluer d'autres possibilités et envisager le pire scénario.

### Quelles INFORMATIONS seraient utiles?

- Rechercher des signes et symptômes de la plainte principale ainsi que les résultats d'examens et de labo.
- Etudier la perspective du patient et des proches.

### Quelles sont les CONSEQUENCES?

- Evaluer les conséquences de la situation actuelle et considérer les alternatives.



## Reformuler Recommandations Requêtes

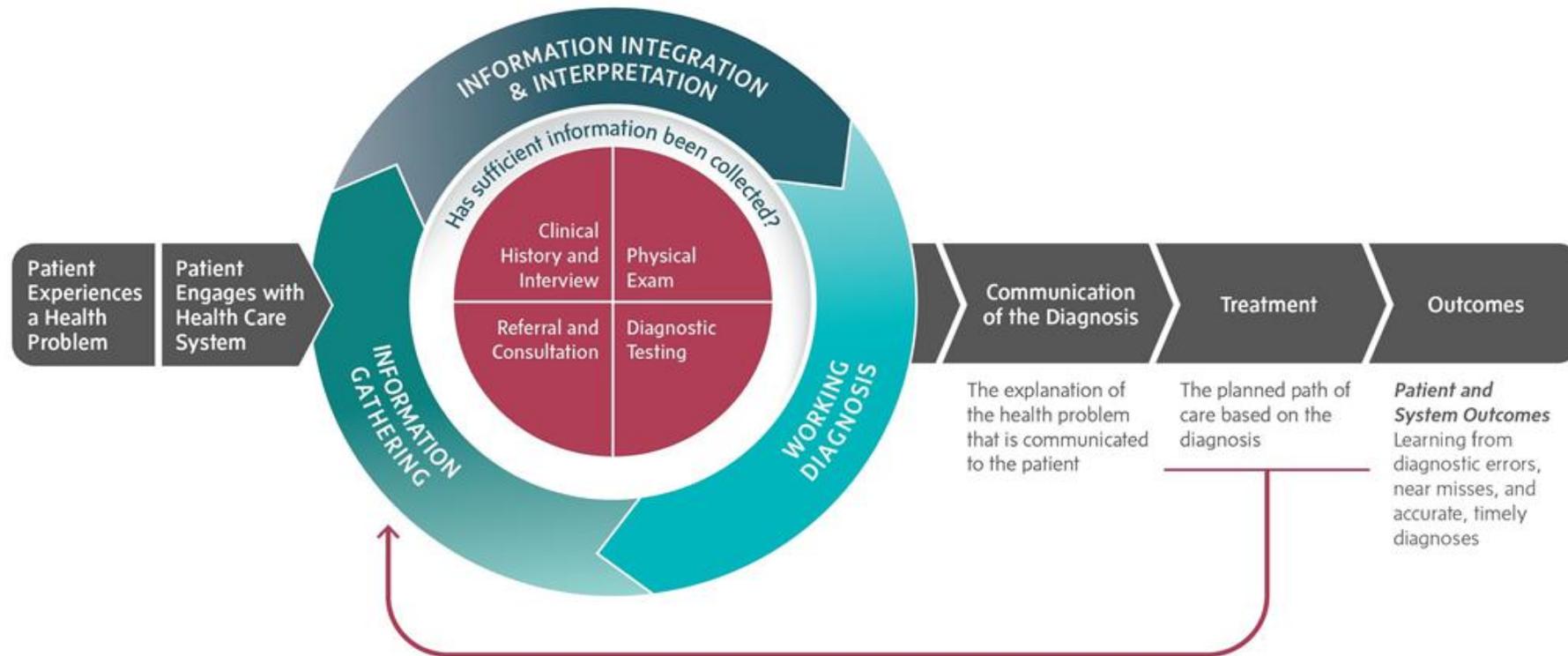
### Quelles sont les PROCHAINES ETAPES?

- Clarifier ce qu'il faut faire, le plan d'action, l'urgence et communiquer au patient et proches.

# Communiquer avec les patients: Exemple d'un SBAR

	Message souhaité	Exemples de phrases
<b>Situation</b>	S'assurer de la compréhension des symptômes.	“C'est bien d'être venu me voir. J'aimerais m'assurer d'avoir bien compris vos symptômes... [énumérer les symptômes]. Ai-je raté quelque chose?”
<b>Background / Contexte</b>	Reconnaître l'impact des symptômes.	“De ce que vous m'avez expliqué, vos symptômes ont cet impact sur vous...[décrire comment les symptômes affectent le patient]. Y a-t-il d'autres choses que vous aimeriez partager avec moi?”
<b>Appréciation</b>	Partagez votre première idée sur une hypothèse diagnostique.	“Vos symptômes me font penser à ... [nommer le diagnostic].”
	Discutez de l'incertitude pour le diagnostic.	“Je pense qu'il y a quelque chose qui se passe, mais je ne sais pas encore de quoi il s'agit” “Vous avez des symptômes qui ne sont pas typiques avec ce diagnostic et on aura besoin de faire un suivi.”
<b>Recommandations et Requêtes</b>	Invitez le patient à partager ses inquiétudes.	“Qu'est-ce qui vous inquiète le plus avec ce diagnostic initial?”
	Que devrait faire le patient à présent?	“J'aimerais vous faire d'autres examens.” “Je vous propose de voir ce spécialiste pour mieux comprendre ce qui se passe.”
	Quel impact cette prochaine étape aura-t-elle sur le diagnostic?	“Cet examen/consultation nous permettra de mieux cerner la cause de vos symptômes et confirmer le diagnostic.”
	Quelles attentes le patient peut-il avoir avec tel examen ou prise de sang?	“Ce serait bien de faire cet examen / débiter ce traitement cette semaine.” “Faites cet examen durant les 2 prochaines semaines puis revenez me voir pour qu'on puisse discuter des résultats et prévoir la suite.”
	Quand revoir le patient?	“Si vous avez tel ou tel nouveau symptôme, revenez me voir.”

# Où les erreurs surviennent-elles et quel rôle dois-je jouer?



TIME →

# Les 5 Questions de la pratique réflexive diagnostique



**Qu'est-ce que je SAIS?**

Quelle évidence soutient ma réflexion?  
Quels biais pourrait-il y avoir?  
Quelles sont les présomptions?



**Quelles sont les ALTERNATIVES?**

Est-ce que ça fait sens?  
Quelle serait une autre façon de voir les choses?  
Qu'est-ce que ça pourrait être d'autre?



**Quelle INFORMATION pourrait aider?**

Quelle information manque ou est incertaine?  
Ai-je écouté toutes les personnes de l'équipe?  
Est-ce que je sais ce que pensent le patient et ses proches?



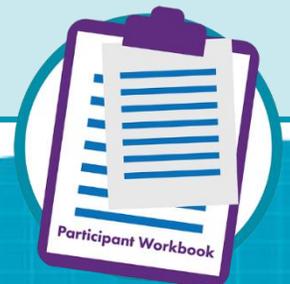
**Quelles sont les CONSEQUENCES?**

Si c'est ça, alors...?  
Quelle serait la pire option?  
Quel impact sur le patient et les proches?



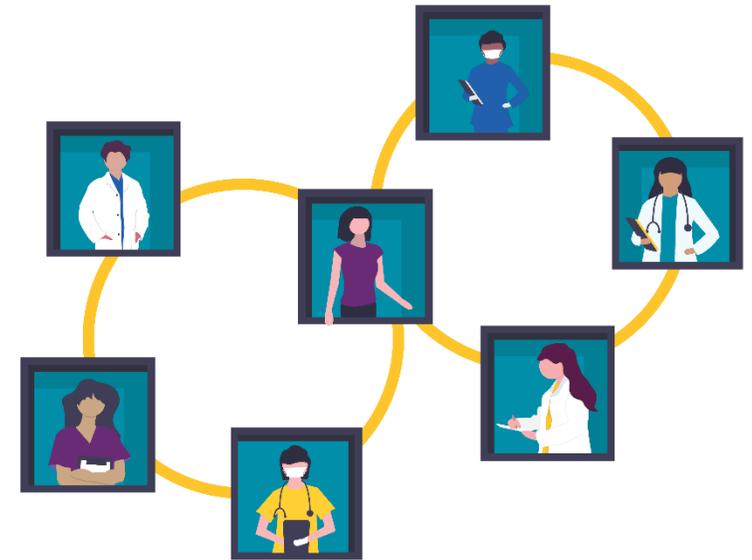
**Quelles sont les prochaines ETAPES?**

Qui va être concerné?  
Que faut-il faire et quand faut-il le faire?  
Quel est le plan pour la suite ?



# Soutien mutuel

- Permet d'anticiper ce qui pourrait aider les autres membres de l'équipe : il faut connaître leurs tâches et leurs responsabilités.
- La surcharge de travail augmente le risque d'erreurs: l'entraide peut réduire la surcharge.



# Soutien mutuel



- Les médecins confirment leurs hypothèses diagnostiques avec l'imagerie et les analyses de laboratoire.
- Les médecins traitent avec des médicaments et des interventions.
- Les médecins ont besoin d'aide dans nombre de situations, comme la prise en soin de patients avec troubles fonctionnels, lorsque les médicaments sont moins efficaces et la chirurgie n'est pas indiquée.

# Le feedback sur les diagnostics peut améliorer les processus diagnostiques

- De nombreux patients qui ont été victimes d'erreurs diagnostiques n'informent pas leur équipe médico-soignante – ils vont simplement se faire soigner ailleurs.
- Idéalement, lorsqu'il y a une modification de diagnostic, les professionnels de santé “en amont” devraient en être informés.
- Le feedback peut inciter à la réflexion et ainsi améliorer le processus diagnostique, mais il faut être prêt à le recevoir!



# Conclusions

- Le raisonnement interpro survient avec chaque patient!
- La survenue d'erreurs diagnostiques illustre les difficultés du raisonnement interpro. Pour s'améliorer:
  - Connaître les rôles et compétences de chacun
  - Structurer les communications (SBAR)
  - Elaborer une représentation mentale partagé et vocabulaire commun
- La collaboration peut prendre des formes différentes
- Penser au feedback lors d'erreurs diagnostiques!

# Discussion

- Comment peut-on améliorer le raisonnement clinique interprofessionnel :
  - Avec les autres professionnels de la santé ?
  - En incluant les patients ?
- Quelles sont les barrières à la collaboration?

# Questions?

---

# Remerciements

- Mme Norina Cettou
- M. Fabrice Haller
- Mme Manon Dobler
- Mme Céline Zwicky

Merci de votre attention!

# Références

- Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. Farrar, Straus and Giroux.
- Triacca, M.-L., Gachoud D., Monti M. Aspects cognitifs de l'erreur en médecine. *Forum Med Suisse* 2018;18(1314):304-307. DOI: <https://doi.org/10.4414/fms.2018.03060>
- Pelaccia, T., Tardif, J., Tribby, E. *et al.* Comment les médecins raisonnent-ils pour poser des diagnostics et prendre des décisions thérapeutiques ? Les enjeux en médecine d'urgence. *Ann. Fr. Med. Urgence* 1, 77–84 (2011).
- Schmidt HG, Mamede S. How cognitive psychology changed the face of medical education research. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2020 Dec;25(5):1025-1043. doi: 10.1007/s10459-020-10011-0. Epub 2020 Nov 26. PMID: 33244724; PMCID: PMC7704490.
- Nendaz M, Perrier A. Diagnostic errors and flaws in clinical reasoning: mechanisms and prevention in practice. *Swiss Med Wkly.* 2012 Oct 23;142:w13706. doi: 10.4414/smw.2012.13706. PMID: 23135902.
- Mathieu JE, Heffner TS, Goodwin GF, et al. The influence of shared mental models on team process and performance. *J Appl Psychol.* 2000 Apr;85(2):273-83. doi: 10.1037/0021-9010.85.2.273. PMID: 10783543.
- Gachoud D, Albert M, Kuper A, et al. Meanings and perceptions of patient-centeredness in social work, nursing and medicine: a comparative study. *J Interprof Care.* 2012 Nov;26(6):484-90. doi: 10.3109/13561820.2012.717553. Epub 2012 Aug 28. PMID: 22928972.
- Pomey MP, Flora L, Karazivan P, et al [The Montreal model: the challenges of a partnership relationship between patients and healthcare professionals]. *Sante Publique.* 2015 Jan-Feb;27(1 Suppl):S41-50. French. PMID: 26168616.
- Careau E, Brière N, Houle N, et al. Interprofessional collaboration: development of a tool to enhance knowledge translation. *Disabil Rehabil.* 2015;37(4):372-8. doi: 10.3109/09638288.2014.918193. Epub 2014 May 14. PMID: 24828392.
- TeamSTEPPS Program: <https://www.ahrq.gov/teamstepps-program/index.html>
- Blondon KS, Maître F, Muller-Juge V, et al. Interprofessional collaborative reasoning by residents and nurses in internal medicine: Evidence from a simulation study. *Med Teach.* 2017 Apr;39(4):360-367. doi: 10.1080/0142159X.2017.1286309. PMID: 28379080.