

QUESTION OU PROBLÈME PÉDAGOGIQUE :

Tom est un résident PDA3 en MU prenant soin d'un homme de 60 ans ayant un historique médical de pierres aux reins et dont la principale plainte est une douleur au flanc droit. Il termine son quart en pleine nuit et prescrit une uro-TDM le lendemain matin, car la douleur du patient ne s'est pas estompée. Le lendemain, il est informé que son patient souffre d'une rupture de l'AAA et qu'il est au bloc opératoire pour une chirurgie urgente. Tom est dans tous ses états pour avoir manqué un diagnostic critique. Il se demande pourquoi ses connaissances cliniques ont échoué. Tom se demande s'il existe des stratégies éducatives pour limiter les erreurs de diagnostic.

Référence

Geoffrey R. Norman, Ph. D., Sandra D. Monterio, Ph. D., Jonathan Sherbino, MD, Jonathan S. Ilgen, MD, Hen G. Schmidt, Ph. D., et Silvia Mamede, MD, Ph. D. : *The Causes of Errors in Clinical Reasoning: Cognitive Biases, Knowledge Deficits, and Dual Process Thinking*. *Academic Medicine*, Vol. 92, No.1/Janvier 2017.

En quoi est-ce pertinent pour la formation en médecine d'urgence?

Les cliniciens sont susceptibles de faire des erreurs de diagnostic qui pourraient entraîner de sérieuses conséquences pour les patients. Cet article examine les théories pour comprendre pourquoi des erreurs sont faites et les stratégies qui existent pour aider à les réduire.

Niveau de revue / Niveau d'apprentissage

Intégration/Synthèse — Examen narratif

Sources de financement

Article partiellement soutenu par le Conseil de recherches en sciences humaines par le biais d'une chaire de recherche du Canada de Geoffrey R. Norman.

Résumé de l'étude

Le raisonnement clinique a été identifié comme une combinaison de la réflexion rapide (type 1) et de la réflexion lente (type 2). La réflexion de type 1 dépend de l'heuristique ou des raccourcis mentaux pour reconnaître des tendances dans le but d'arriver à un diagnostic de manière efficace. La réflexion de type 2 dépend d'un raisonnement hypothético-déductif plus lent et énergivore. Les pensées préliminaires sur le sujet présument que

la réflexion de type 1 était responsable de la plupart des erreurs et qu'une sensibilisation sur les différents types de biais cognitifs réduirait les erreurs.

Les recherches démontrent que les erreurs peuvent survenir dans les deux types de réflexion. Il y a trois principales catégories de stratégies pour réduire les erreurs cognitives :

1. Ralentir et faire usage de la réflexion de type 2. La littérature suggère que le simple fait de ralentir la réflexion n'améliore pas la précision.
2. Approche heuristique : l'enseignement des biais spécifiques utilisés dans la réflexion de type 1. La littérature suggère que le simple fait d'être conscient de ces biais (il y en a plus de 100 maintenant) réduira les erreurs. Les preuves démontrent que la sensibilisation sur les biais ne réduit pas les erreurs, mais que c'est plutôt l'expérience qui joue un rôle important.
3. Approche basée sur les connaissances : l'écriture du raisonnement pour faire un diagnostic et la considération d'alternatives possibles par la suite n'est pas simplement un moyen de réflexion plus lent ou une recherche de biais, cette approche puise explicitement dans les connaissances. Cette réflexion délibérée semble avoir un certain petit effet sur la précision des diagnostics dans ces cas simulés. Toutefois, les jeunes stagiaires ne possédaient pas les connaissances nécessaires pour que cette stratégie soit constamment efficace et les cliniciens d'expérience arrivaient souvent au diagnostic sans réflexion. La réflexion délibérée nécessite également que les cliniciens reconnaissent qu'ils se trouvent dans une situation où ils pourraient faire une erreur pour pouvoir utiliser cette stratégie, ce qui est certes difficile.

ESSENTIEL :

Les résultats de cet article suggèrent qu'au-delà de l'expérience, il n'existe pas de méthodologie constante pour réduire les erreurs de diagnostic et qu'il est également difficile de savoir à quel point les erreurs de diagnostic peuvent être réduites. À présent, les preuves suggèrent qu'il s'agit d'un exercice futile de demander aux stagiaires d'être conscients des biais cognitifs lors de la prise de décisions ou de recommander qu'ils « réfléchissent plus lentement », car ni l'une ni l'autre de ces stratégies feront d'eux de meilleurs diagnosticiens. Des recherches plus poussées axées sur le développement des stratégies de raisonnement clinique d'un clinicien et des méthodes pour réduire les erreurs cognitives sont justifiées. Si quelqu'un peut découvrir comment accélérer l'expérience, peut-être que cela fonctionnerait !