

**Ce cours est enregistré
et mis en ligne sur les
plateformes UNIGE.**



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

La décision médicale partagée

- Evidence-based medicine et narrative-based medicine (2h); *Décision et incertitude* (1h) - Pr T. Agoritsas (*jeudi 4 décembre*)
- Dimensions éthiques et de la décision médicale (2h) - Pre S. Hurst-Majno (*jeudi 11 décembre*)
- Le raisonnement clinique: le processus de décision - Dr J. Sader (1h) (*jeudi 8 janvier 2026*)
- Relation thérapeutique, placebo & nocebo (1h) - Pre M. Besson (*jeudi 8 janvier*)
- Répétitoire (1h) (*jeudi 8 janvier*)

Incertitude et décision

Evidence-Based Medicine (EBM) & Narrative-Based Medicine (NBM)

Prof Thomas Agoritsas MD, PhD

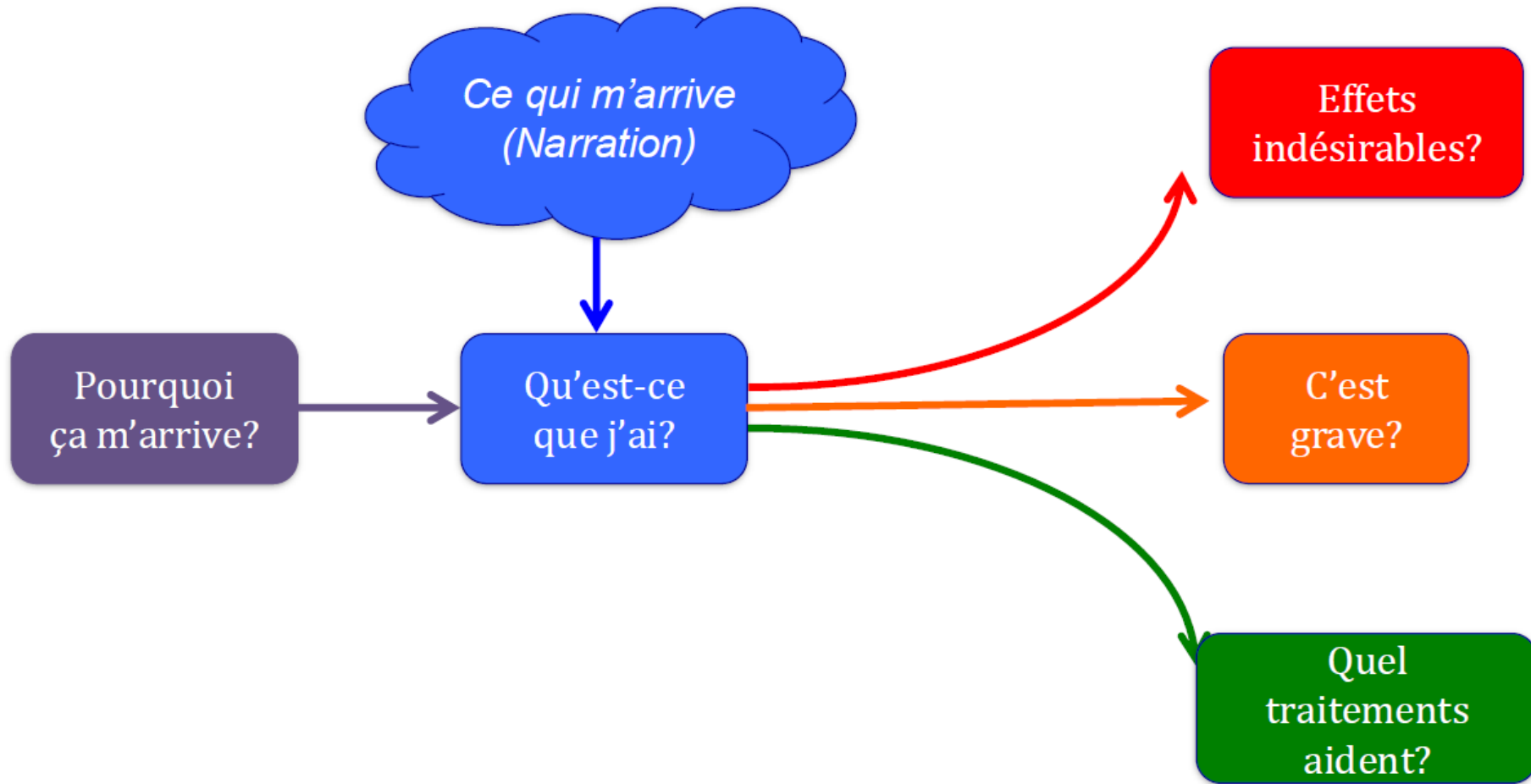
Médecin adjoint agrégé
Service de Médecine Interne Générale
HUG, Genève

[@thomasagoritsas.bsky.social](https://bsky.app/profile/thomasagoritsas.bsky.social)

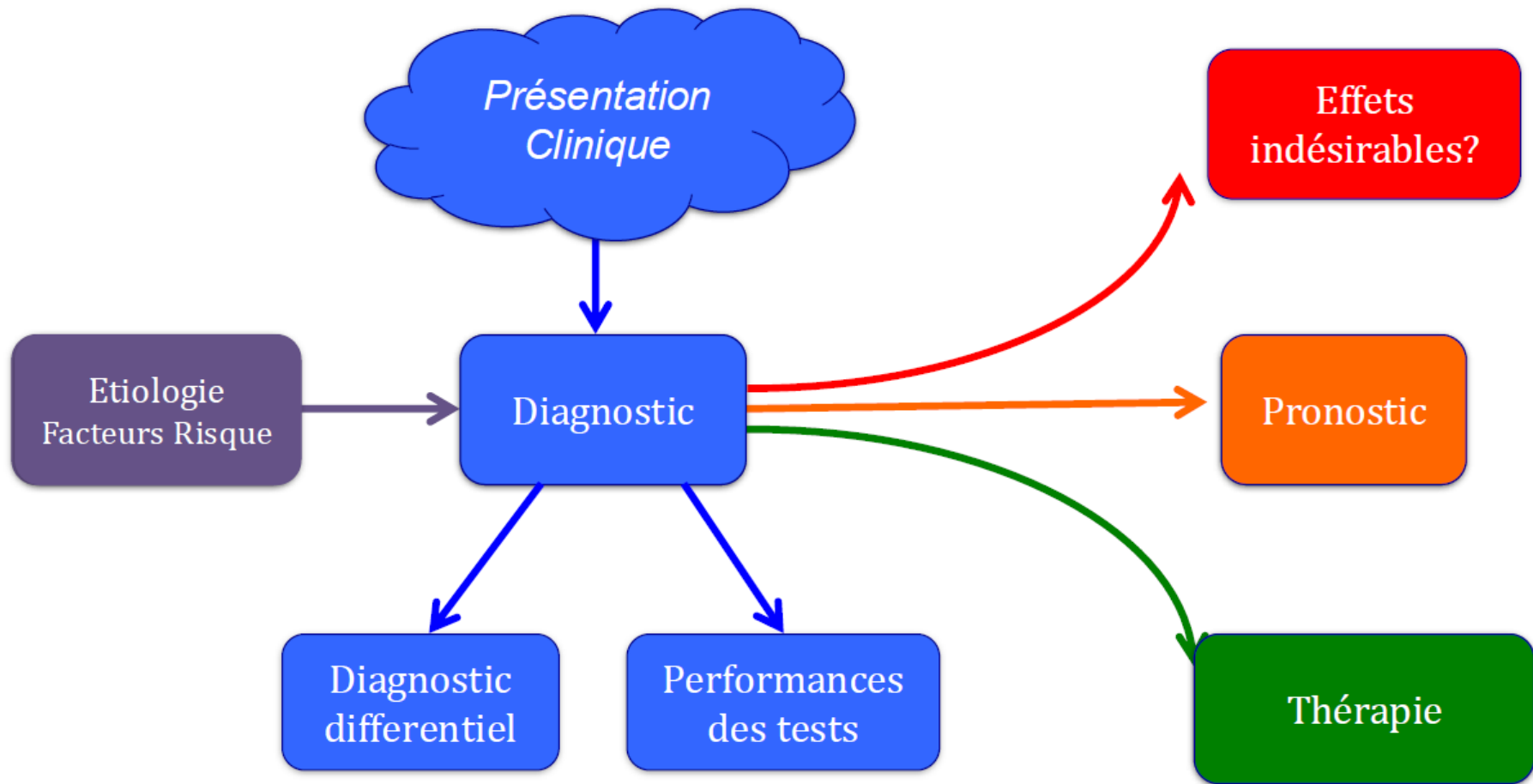


Reproduced JAMA, Users' Guide to the Medical Literature, 3rd ed.

Quelles questions nous posent nos patients?



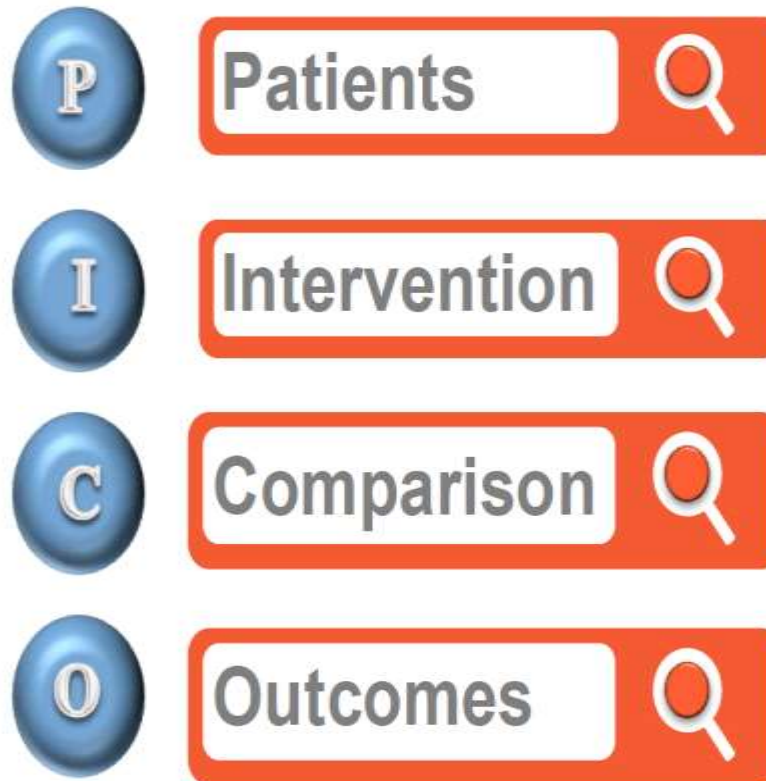
Quelles questions cliniques se pose-t-on ?



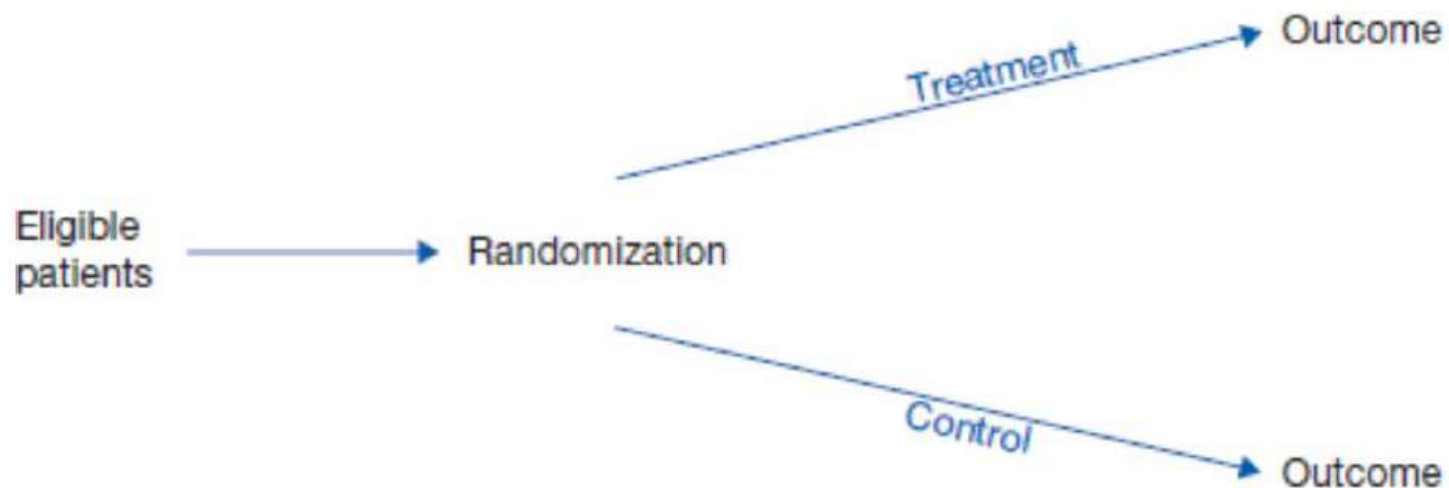


Les cliniciens ont généralement plus de 5 questions par jours qui pourraient être informées par la recherche clinique

La structure PICO des questions cliniques



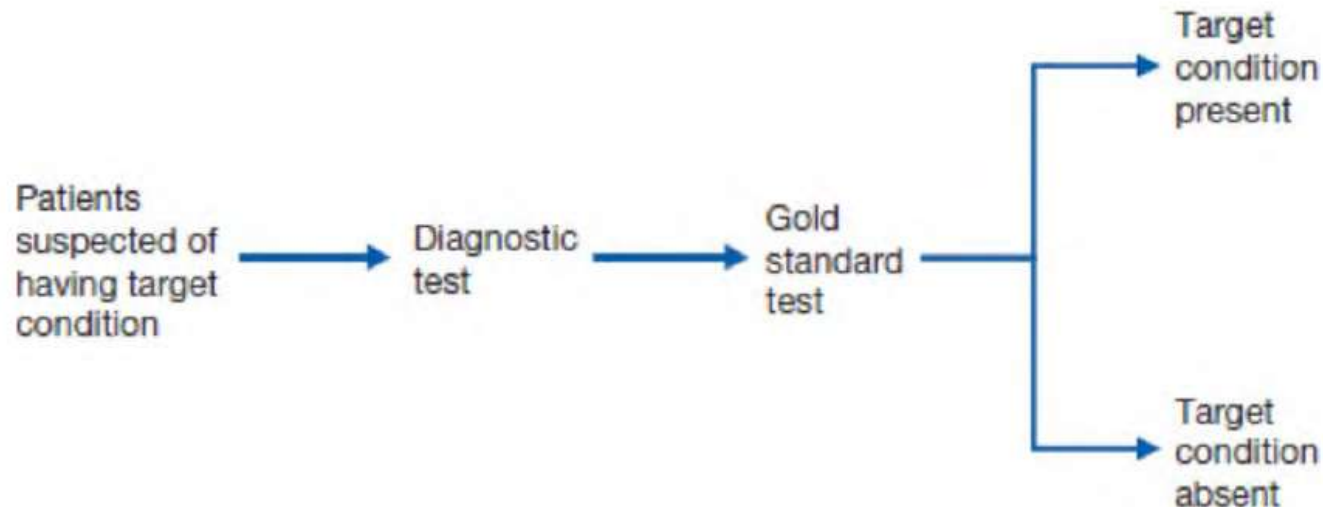
Structure des essais cliniques randomisés Randomized clinical Trials (RCT)



From: What Is the Question?

Users' Guides to the Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Clinical Practice, 3rd ed, 2015

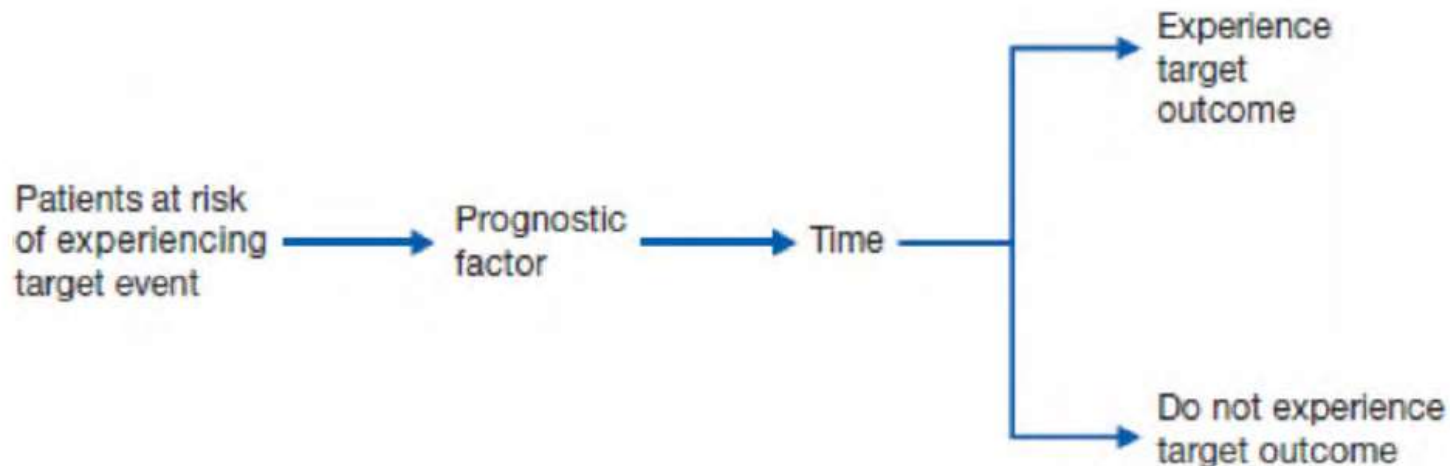
Structure des études transversales diagnostiques (*Cross-sectional Studies of Diagnostic Test Properties*)



From: What Is the Question?

Users' Guides to the Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Clinical Practice, 3rd ed, 2015

Structure des études de cohortes prospectives (*Prospective Cohort Studies*)



From: What Is the Question?

Users' Guides to the Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Clinical Practice, 3rd ed, 2015

Structure des études de cohortes diagnostic différentiel (*Prospective Cohort Studies of Differential Diagnosis*)



From: What Is the Question?

Users' Guides to the Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Clinical Practice, 3rd ed, 2015

Vers une architecture de l'évidence

Hierarchy of evidence for Primary Studies

Different hierarchy of designs
for each type of questions :

Therapy & Harm {
1. Randomized trial
2. Observational study
3. Unsystematic obs.

Diagnosis

Prognosis

Differential Diagnosis

Level of Processing

Guidelines
Decision Analyses

Systematic Reviews

Primary Studies

EBM Resources to search for answers

Summaries
& Guidelines

Preappraised Research
Synopsis & Systematic Reviews

Non-preappraised Research
& Clinical Queries

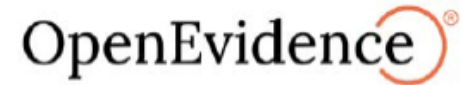
AI

De nombreuses ressources EBM on été développées





vs.



	ChatGPT	OpenEvidence
Base de Données	Large volume de textes généraux et scientifiques accessibles publiquement jusqu'en 2023, mais sans accès direct aux bases spécialisées	Sources médicales spécialisées (essais cliniques, méta-analyses), accès direct et mise à jour en temps réel
Précision et Fiabilité	Réponses en langage naturel, adaptées aux questions générales et à la vulgarisation ; informations médicales sans validation par niveaux de preuve	Réponses spécifiques basées sur des niveaux de preuve classés (e.g., essais randomisés, méta-analyses) ; rigueur scientifique
Interaction et Personnalisation	Personnalisation des réponses pour divers niveaux de compréhension, idéal pour l'éducation et le conseil théorique	Données structurées pour les décisions cliniques ; moins d'interaction mais très pertinent pour la prise de décision médicale
Actualisation des Données	Connaissances figées à la date de formation (2023), pas d'accès aux publications récentes, limité pour les traitements ou recommandations évolutifs	Actualisation continue en fonction des nouvelles recherches et publications médicales, assure des recommandations à jour
Adaptabilité	Capable d'adapter les réponses à des contextes variés et de répondre à des questions non structurées	Orienté pour les questions cliniques spécifiques avec des réponses standardisées, appuyées sur des algorithmes d'aide à la décision
Utilisation en Pratique	Convient pour la discussion théorique, l'éducation, et l'accompagnement général	Outil de référence en EBM pour la prise de décision clinique immédiate et basée sur les preuves

Source: ChatGPT

SGMI SSIM SSMI

Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Informatik
Società Svizzera d'Informatica Medica
Swiss Society for Medical Informatics



eMpfehlung-RecommendaTion-RaccomandaziOne-Recommendation

Die Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Informatik publiziert zu aktuellen Themen
Empfehlungen für ihre Mitglieder und die Öffentlichkeit.

La Société suisse d'Informatique médicale publie des recommandations sur des sujets d'actualité à
l'intention de ses membres et du public.

ChatGPT im klinischen Alltag

ChatGPT dans le quotidien clinique

La Società Svizzera d'Informatica Medica pubblica raccomandazioni su temi di attualità per i suoi
membri e per il pubblico.

The Swiss Society for Medical Informatics publishes recommendations on current topics for its
members and the public.

Septembre 2023

Principe directeur MENTOR n° 1

Respecter la protection des données !

Lors de l'interaction avec ChatGPT, la protection de la personnalité et des données du patient doit être respectée à tout moment et impérativement. La demande doit être anonymisée dans la mesure du possible avant d'être saisie. En cas d'incertitude concernant les thèmes de la protection des données, il convient de renoncer à une utilisation.

Principe directeur MENTOR n° 2

Vérifier les réponses !

Il est toujours de la responsabilité (également juridique) du médecin de vérifier l'exactitude et la pertinence des réponses de ChatGPT et de reconnaître les hallucinations. Pour cela, nous recommandons d'examiner les réponses de manière critique directement dans le chat. Les décisions ayant des conséquences cliniques ne doivent jamais être prises *uniquement* sur la base des recommandations de ChatGPT.

Principe directeur MENTOR n° 3

Acquérir de l'expérience !

Nous recommandons d'essayer ChatGPT dans le quotidien (clinique) et de faire ses propres expériences avec le logiciel. L'interaction directe permet de saisir rapidement les possibilités et les limites de l'outil. Idéalement, les premiers contacts devraient avoir lieu dans un domaine où l'expertise personnelle est grande et où les réponses de ChatGPT peuvent être vérifiées plus facilement.

Principe directeur MENTOR n° 4

Rester vigilant!

Les réponses de ChatGPT et de systèmes similaires suggèrent la vérité et l'intelligence, deux choses qui n'existent pas sous la forme attendue. En conséquence, les réponses doivent être prises en compte et traitées avec prudence, attention et considération.

Sur la base de la présente analyse, il apparaît que l'utilisation potentielle de ChatGPT dans le quotidien médical est multiple.

Mais à l'heure actuelle, il existe encore de grands obstacles. Les hallucinations fréquentes, le manque des connaissances les plus récentes ainsi que l'absence de références limitent encore considérablement l'utilisation judicieuse de ChatGPT dans le quotidien clinique.

De même, les questions réglementaires en suspens concernant la responsabilité et la protection des données freinent une utilisation à grande échelle.

Mais en principe, nous recommandons, comme pour toute autre nouvelle technologie, d'acquérir de l'expérience sur des tâches bien maîtrisées et avec la prudence nécessaire afin de se faire sa propre opinion sur les avantages et les risques de cette technologie.

Incertitude diagnostique: quelles stratégies ?



➤ **“Possibilistes”**

Quels sont les diagnostics possibles (diagnostic différentiels):



➤ **Pronostiques**

Quels sont les diagnostics graves à ne pas manquer



➤ **Pragmatiques**

Quelles stratégies permettent de considérer plusieurs diagnostic en même temps “d’une pierre deux coup”



➤ **“Probabilistes”**

Quelle sont les diagnostics les plus probables?

Examinons un test presque parfait (1)



- Sensibilité = 99% (1% faux négatifs)
- Spécificité = 99% (1 % faux positifs)

Scénario A

10'000 patients

prévalence 1% (= 100)

Probabilité
Pré-test

1%



Test +

+

99

99

Test -

100

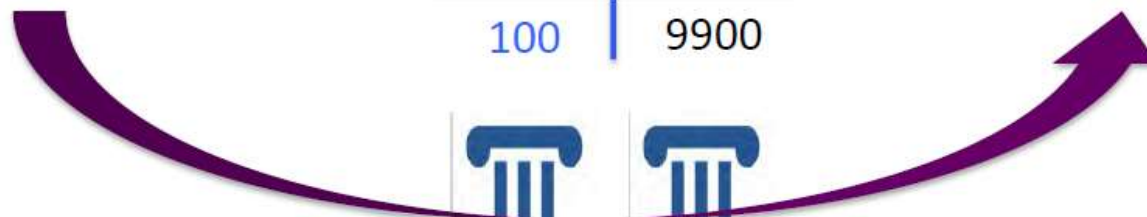
9900



$$= 99 / 99+99$$
$$= 1 / 2$$

= 50%

Probabilité
Post-test



Examinons un test presque parfait (2)



➤ Sensibilité = 99% (1% faux négatifs)

➤ Spécificité = 99% (1 % faux positifs)

Scénario B

200 patients

prévalence 50% (= 100)

Probabilité
Pré-test

50%



Test +

+

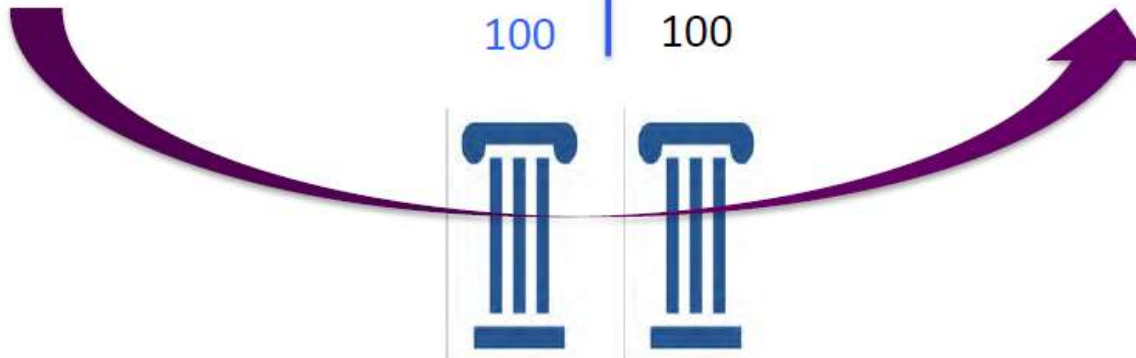
	+	-
Test +	99	1
Test -	1	99
	100	100



$$= \frac{99}{99+1}$$
$$= \frac{99}{100}$$

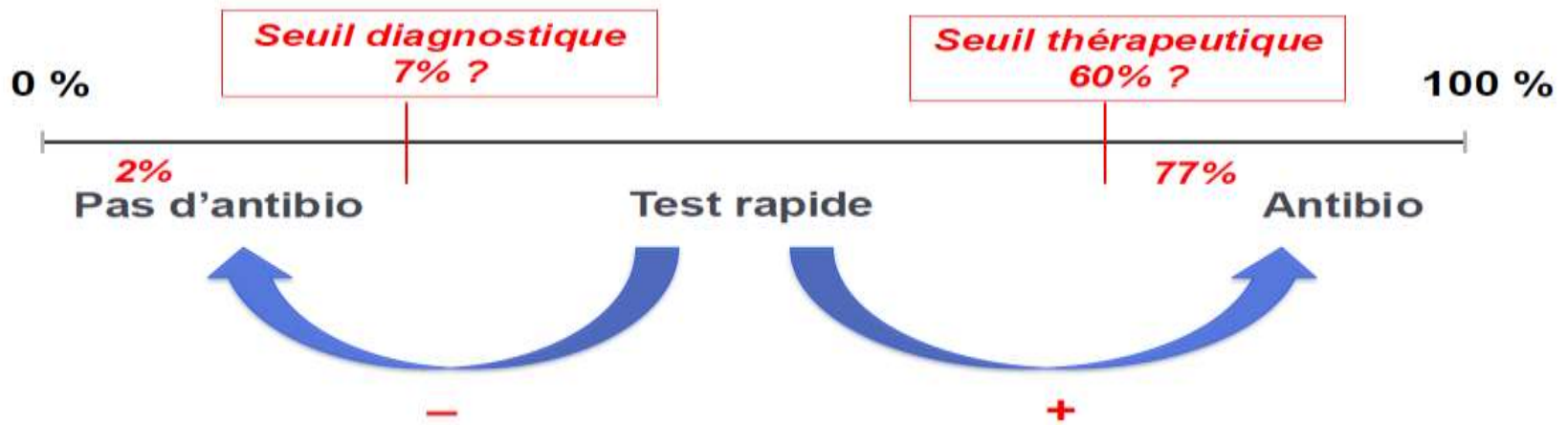
$$= 99\%$$

Probabilité
Post-test



Application aux seuils diagnostiques

- Probabilité initiale 20%
- Test de Cantor: 2 points = 16%
- Performance du test (se 90% - sp 95%)



Appliquons le test rapide à notre patient (se 90%; sp 95%)

Score clinique:

Probabilité pré-test de Streptocoque 16% (= p clinique)

Si test rapide négatif:

probabilité d'absence de
Streptocoque = 98%

Donc p de strepto diminue à
2%

Valeur prédictive négative du test

= la probabilité de ne **pas** avoir la
maladie recherchée, si le test est négatif

Si test rapide positif:

probabilité de présence de
Streptocoque monte à

77%

Valeur prédictive positive du test

= la probabilité d'avoir la maladie
recherchée, si le test est positif

Pourquoi des effets absolus ?

Intervention vs. Comparaison

Avec une réduction de 50 % de mortalité (relative)

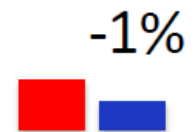
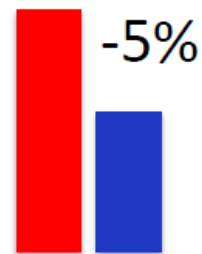
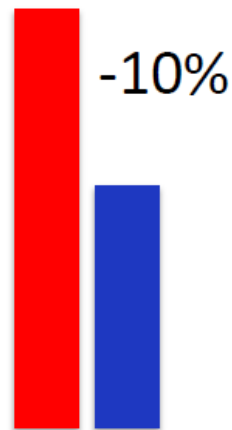
RR = 0.5

Scénario 1
20 % → 10%

Scénario 2
10 % → 5%

Scénario 3
2 % → 1%

Différence
absolue:



Patients
sauvés:

10 patients
sur 100

5 patients
sur 100

1 patients
sur 100

Efficacité_{études} x Implémentation = Efficacité_{population}



**Typiquement
≤ - 15%**

x

**Typiquement
≤ 25%**

=

- 4%

RR_{moy} = 0.85

**Patient
adherence
~50%**

**Clinician
adherence
~ 50%**

Reduction relative de 4%
Par exemple, si appliquée
à un risque d'environ 10%
= Réduction absolue de
0.4%

10 % → 9.6%

-0.4%



Most important decisions in health care are not clear cut

Strength of recommendations in UpToDate (n=9451)

	Weak Recommendations	Strong Recommendations	All Recommendations
	N (%)	N (%)	N (%)
Low confidence	4335 (66.7%)	366 (12.4%)	4701 (49.7%)
Moderate confidence	2019 (31.1%)	1740 (59.0%)	3759 (39.8%)
High confidence	147 (2.3%)	844 (28.6%)	991 (10.5%)
Total	6501 (68.8% of all rec)	2950 (31.2% of all rec)	9451 (100%)
	2 / 3	1 / 3	

Evidence-Based Medicine

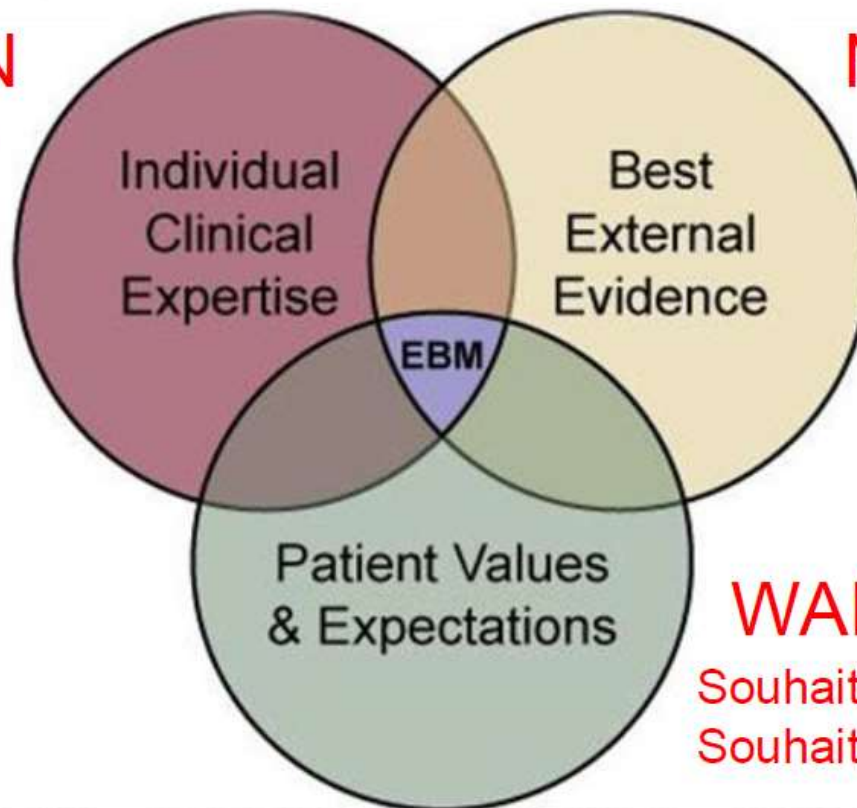
A New Approach to Teaching the Practice of Medicine

Evidence-Based Medicine Working Group

A NEW paradigm is emerging in medicine, one that de-emphasizes clinical expertise and emphasizes rational clinical decision-making. It requires new approaches to clinical examination, search, and evaluation. It requires new approaches to teaching and learning. It requires new approaches to the application of evidence evaluation.

An important problem in the practice of medicine. Strathclyde Medical Academy voted to recruit medical students with a focus on evidence-based medicine; and providing faculty with feedback on their performance as role models and teachers of evidence-based medicine. The influence of evidence-based medicine on clinical practice and medical education is increasing.

CAN
Faisable?



NEED
Approprié?

and at 3 and 60%. 18 months likely be this information with a record of medication 18 months. an idea of

WANT
Souhaitable?
Souhaité?

scientific problems that and the that may defects in relate to the no longer

In a state of vague preparation about the risk of subsequent seizure.

The Way of the Future

The resident asks herself whether she knows the appropriate management of a patient

tenable, the paradigm is challenged and replaced by a new way of looking at the world. Medical practice is changing, and the change, which involves using the medical literature more effectively in

Décision (médicale) partagée

Définition

La décision partagée est un processus par lequel
un **patient** et un **clinicien**
travaillent ensemble,
ont une **conversation**,
entrent en partenariat
afin d'identifier la **meilleure approche**,
le meilleur traitement ou test
dans une situation donnée.

C'est **un partage de ce qui compte**

Les cliniciens partagent l'information sur les alternatives, les risques, bénéfices, implications pratiques.

Les patients partagent les expériences, attentes, valeurs, préférences

Variables influençant la décision

- Probabilité de la maladie
- Risques de la maladie

- Efficacité du traitement
- Risques du traitement

- Propriétés (sensibilité et spécificité) des tests
- Risques des tests

- Préférences du patient



Bases de l'éthique et de la déontologie médicale

Pre Samia Hurst

Institut Ethique Histoire Humanités

Faculté de médecine-UNIGE



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

FACULTÉ DE MÉDECINE

L'éthique au quotidien

« Que dois-je faire? »

« Aurais-je dû faire autrement? »

« J'ai fait comme ça, mais était-ce légitime? »

« Je comprends que tu fasses comme ça, mais je ne suis pas d'accord »

« Le chef a dit qu'il fallait faire ça: techniquement il a raison, éthiquement il a tort »

« Le livre sacré de ma religion dit que c'est mal de faire ça, mais est-ce vraiment mal? »

« C'est illégal, mais suis-je moralement obligé de le faire quand même ? »

- Dans notre vie morale, nous essayons de:
 - faire le plus de bien possible
 - suivre certaines règles
 - être une bonne personne
 - maintenir des relations harmonieuses
- Ce n'est pas toujours compatible
- Et voici ce que c'est qu'un dilemme éthique ...

Voilà pourquoi:

- Nous avons des controverses durables sur les questions de bioéthique
- Les patients et les professionnels de la santé ne sont pas toujours d'accord
- Les patients et leurs proches ne sont pas toujours d'accord
- Même les professionnels de la santé ne sont pas toujours d'accord entre eux non plus

La plupart du temps, nous avons les mêmes *valeurs*, mais nous ne leur donnons pas toujours la même priorité, et nous ne partageons pas le même avis sur la meilleure façon de les appliquer

Faire le *juste*

Faire le *bien*

Il a deux façons d'évaluer les actions sous l'angle de la morale...

...l'une implique un regard en arrière:

Déontologismes anciens et modernes (Kant, Rawls)
Contractualisme
Conceptions « fortes » des droits (jusnaturalisme etc.)

Principes

Droits

...l'une implique un regard en avant:

Eudémonisme (Aristote)
Conséquentialismes
Utilitarisme et ses 'descendants'

Buts

Conséquences

L'éthique médicale

- *D'abord ne pas nuire*
La médecine a été capable de nuire bien avant d'être capable d'aider.
- *Le bien du patient sera ma loi suprême*
La possibilité d'utiliser les outils de la médecine pour d'autres buts a dû être apparente aux premiers médecins, ainsi qu'à leurs patients.
- *La médecine n'évalue pas la fortune des personnes mais promet son aide à tous ceux qui implorent son secours.*
Lorsque les médecins deviennent sédentaires, on doit leur rappeler de soigner les riches et les pauvres, quelque soit l'impact sur leur revenu.

Le premier principe de l'éthique médicale est (plus ou moins): *tu n'abuseras pas du pouvoir requis pour exercer ton art.*

Les 4 principes

(d'après R. Veatch)

	principes conséquentialistes	principes déontologistes
Individu	Bienfaisance Non- malfaisance	Autonomie <i>respect du consentement</i> <i>véracité</i> <i>confidentialité</i>
Société	Utilité globale	Justice distributive

Limites de l'autonomie du patient

- Pour faire un choix authentique, il doit être capable de discernement et avoir compris les enjeux de son choix.
 - Il doit être *capable d'exercer son autonomie*.
- La capacité de discernement, pour la loi Suisse, c'est:
 - la « faculté d'agir raisonnablement », donc
 - De comprendre
 - D'apprécier correctement une situation
 - D'agir en fonction de sa volonté
 - La loi Suisse prévoit que l'incapacité **soit due** au jeune âge, à la maladie mentale, faiblesse d'esprit, ivresse ou « autres causes similaires ». Il faut donc un lien causal

Comprendre
Apprécier
Raisonner
Exprimer
(volitionnel + capable agir !)

Code Civil Suisse, art 16

Voilà pourquoi:

- Les médecins ne devraient pas utiliser les instruments de la médecine *contre* (ou *autrement que pour*) les patients
 - Participation à la peine de mort ou à la torture
 - Alimentation forcée de personnes capables de discernement
 - Détenir des opposants politiques
 - Vendre des médicaments non indiqués pour un gain personnel
 - Utilisation de connaissances confidentielles pour le capital social
 - Séduire les patients
- Les déontologies professionnelles font l'objet de surveillance et de sanctions en cas de transgression
- Elles sont à la fois un engagement individuel et un engagement collectif

L'enjeu est le maintien de la confiance, sans laquelle nos patients ne peuvent pas se *confier* à nous

Commission de déontologie

- Le [Code de déontologie](#) de la Fédération des médecins suisses (FMH)

Membres de la Commission de déontologie et de conciliation:

- Dr Vincent Barthassat, médecine interne générale (président)
- Dre Luisa Jacot des Combes, psychiatrie
- Dre Nicole Fournet Irion, gynécologie et obstétrique
- Dr Alain Lironi, chirurgie pédiatrique

Contact, **sous pli fermé et confidentiel**, à l'adresse de l'AMGe : rue Micheli-du-Crest 12, 1205 Genève.

Télécharger le [Règlement de la Commission de déontologie et de conciliation](#), du 3 septembre 2012 (modifié le 13 mai 2013 et le 25 janvier 2016).

- Instances professionnelles

Commission de déontologie

Chaque membre de la FMH est tenu de respecter les consignes et règles de comportement figurant dans le Code de déontologie de la FMH (CoD) et dans ses annexes. Les violations du Code de déontologie sont examinées et jugées en première instance par une [commission de déontologie cantonale](#). Des sanctions allant du blâme à l'exclusion de la FMH peuvent être prononcées.

Surveillance des professions de la santé et droit des patients

En tant que patient, proche d'un patient ou tiers, vous pouvez vous plaindre ou dénoncer les mauvaises pratiques d'un professionnel de la santé ou d'une institution auprès de la commission de surveillance des professionnels de santé et des droits des patients.

[Saisir la commission](#)

- Instances étatiques

Lancer une alerte et bénéficier d'une protection

1. L'essentiel en bref

Vous êtes membre du personnel de l'Etat, d'une institution de droit public ou d'une commune visée par la loi sur la protection des lanceurs d'alerte au sein de l'Etat [\(LPLA\)](#) ?

Dans le cadre de vos fonctions, vous avez constaté des irrégularités en rapport avec les activités ou le personnel de l'autorité ou de l'institution dans laquelle vous travaillez ?

Vous pouvez signaler ces irrégularités et, si vous estimez subir des désavantages professionnels en raison de votre signalement, bénéficier de la protection des lanceurs d'alerte. Les témoins peuvent également être protégés.

Le signalement peut être effectué de manière anonyme.

Voir aussi

[Personnel concerné par la LPLA](#)
[Quelles irrégularités peut-on signaler ?](#)
[Lancer une alerte](#)
[Faire appel au Groupe de confiance](#)

Partagez cette page



 Imprimer le livret



Ethique – droit - déontologie

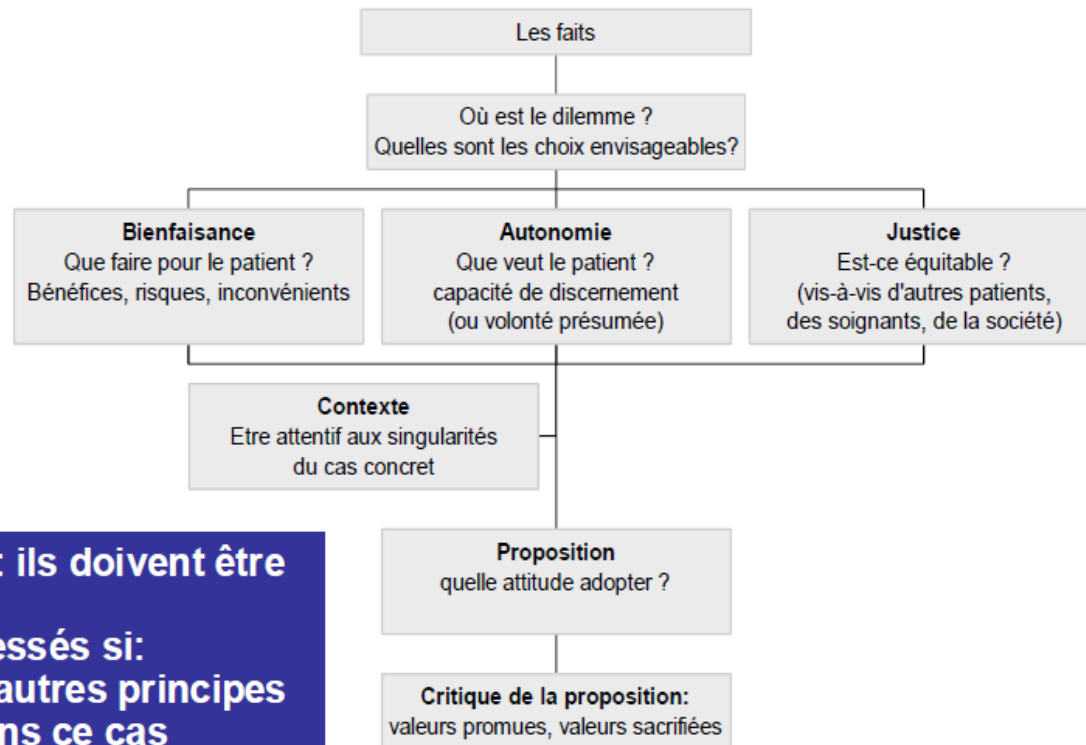
- Trois manières différentes de mettre en application...les mêmes valeurs.
- Elles y ont parfois des poids différents, des interprétations différentes parfois, des priorités différentes souvent.
- Ces domaines sont liés:
 - l'éthique fonde le droit et permet son application,
 - le droit a des sources éthiques et sanctionne des exigences morales,
 - la déontologie est fondée en éthique et sanctionnée par la loi.
- Dans un état de droit, les tensions ouvertes entre ces domaines sont rares.
 - Elles peuvent cependant arriver: à nous d'en faire des occasions constructives.

Identifier une difficulté éthique

- Une difficulté éthique c'est parfois difficile à identifier. Cela peut parfois ressembler à:
 - Un inconfort, le sentiment inarticulé qu'on est mal dans une situation, que quelque chose « cloche ».
 - Un désaccord, l'impression qu'une autre personne concernée par la même situation prend une décision à laquelle on n'adhère pas.
 - Une opposition, ... car parfois on n'identifie pas la difficulté éthique soi-même.

Explorer un problème d'éthique: une proposition méthodologique

(d'après. Hébert, 1996)



Ils ne sont pas absolus : ils doivent être respectés *prima facie*
Ils peuvent être transgressés si:
au moins l'un des autres principes pèse plus lourd dans ce cas
il est impossible de trouver une solution qui n'en transgresse aucun

Il faut donc une démarche active au cas par cas

Points à retenir

- Toute décision entre une option A et une option B (et une option C et une option D) met en jeu des valeurs éthiques dès que des personnes (et pas que) sont affectées.
- Des personnes raisonnables peuvent être en désaccord sur les valeurs prioritaires
 - C'est également vrai pour les professionnels de la santé et les patients

Points à retenir

- Il y a des valeurs *dans* nos décisions, mais aussi dans notre *manière de décider*.
- Il y a différentes manières de partager la prise de décision
 - Entre un professionnel et un patient
 - Entre membres d'une équipe soignante
- « La bonne » peut changer selon les circonstances
 - Une limite claire cependant: pas d'abus de pouvoir.

Points à retenir

- Les difficultés éthiques peuvent être difficiles à reconnaître
- Il existe des outils et des concepts:
 - pour inclure systématiquement les éléments éthiques pertinents dans une décision,
 - pour aider à la résolution de désaccords autour d'enjeux éthiques.

78

Points à retenir

- Toute personne concernée a droit à une voix au chapitre
 - Le patient est en général le premier concerné
 - Il n'est pas seulement le premier concerné par la décision, il est aussi le premier concerné par *le choix de la manière de décider!*
- L'autonomie de chacun a des limites
 - Même celle du patient.



PSS thème de la décision médicale :

L'impact des biais cognitifs
sur la décision

Dre Julia Sader, PhD
Psychologue clinicienne
FSP, BAPCP, AGPsy

Affiliations :

*Oxford University – OCTC – Oxford Cognitive Therapy Center
– Trainee as a psychotherapist specialising in CBT, severe
mental health, trauma and personality theory*

Archipel réseau santé mentale – Genève – Psychologue

FACULTÉ DE MÉDECINE
clinicienne

UDM
UNITE
DE DEVELOPPEMENT ET DE
RECHERCHE EN EDUCATION MEDICALE

HUG

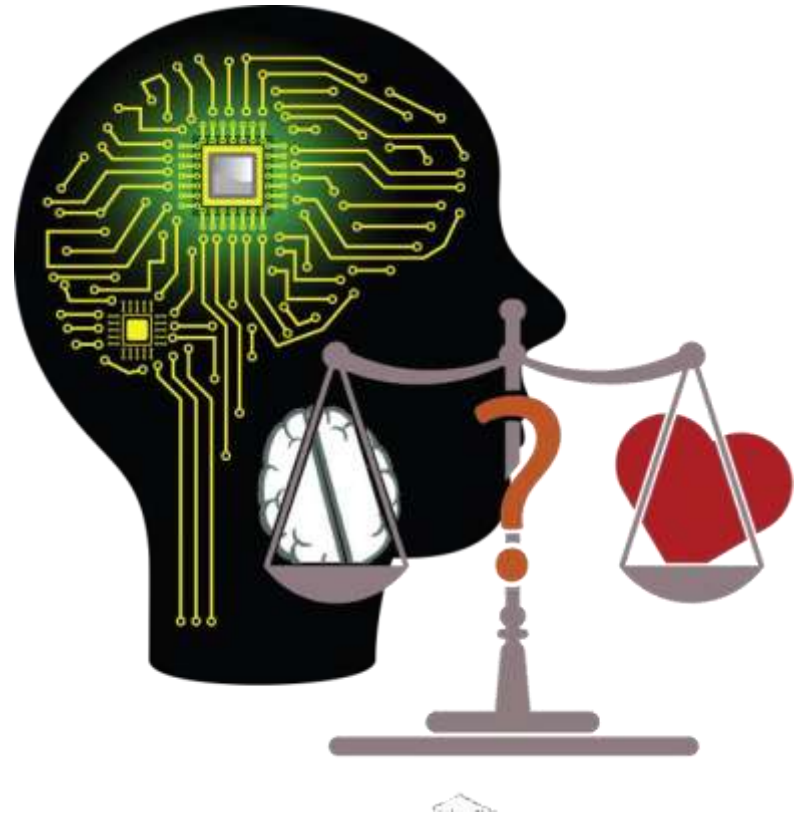
Hôpitaux
Universitaires
Genève



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

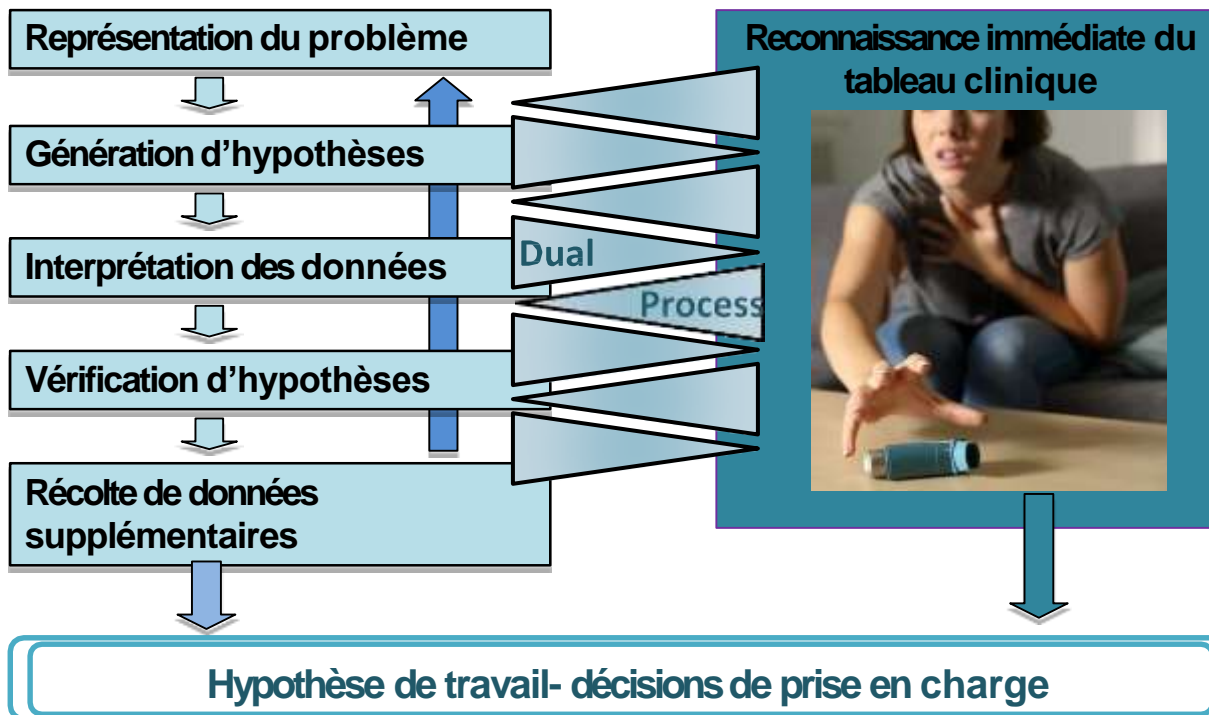
Le raisonnement clinique

Les **processus de pensée**
et de prise de décision
qui permettent au
clinicien de **prendre des**
actions appropriées
dans un **contexte de**
résolution de problèmes



Information initiale du patient dans son contexte (difficulté respiratoire)

FACTEURS COGNITIFS OU EXTERNES
PROCESSUS ANALYTIQUE PROCESSUS NON ANALYTIQUE



Refs: Adapté de Nendaz et al. Ped Med 2005;6:235–54. Nendaz et al. JGen Intern Med. 2006;21(12):1302–5.

Quel est le meilleur processus ?

L'utilisation des 2 processus **conjoint**s est plus efficace pour faire un diagnostic ou reconnaître un tableau clinique !

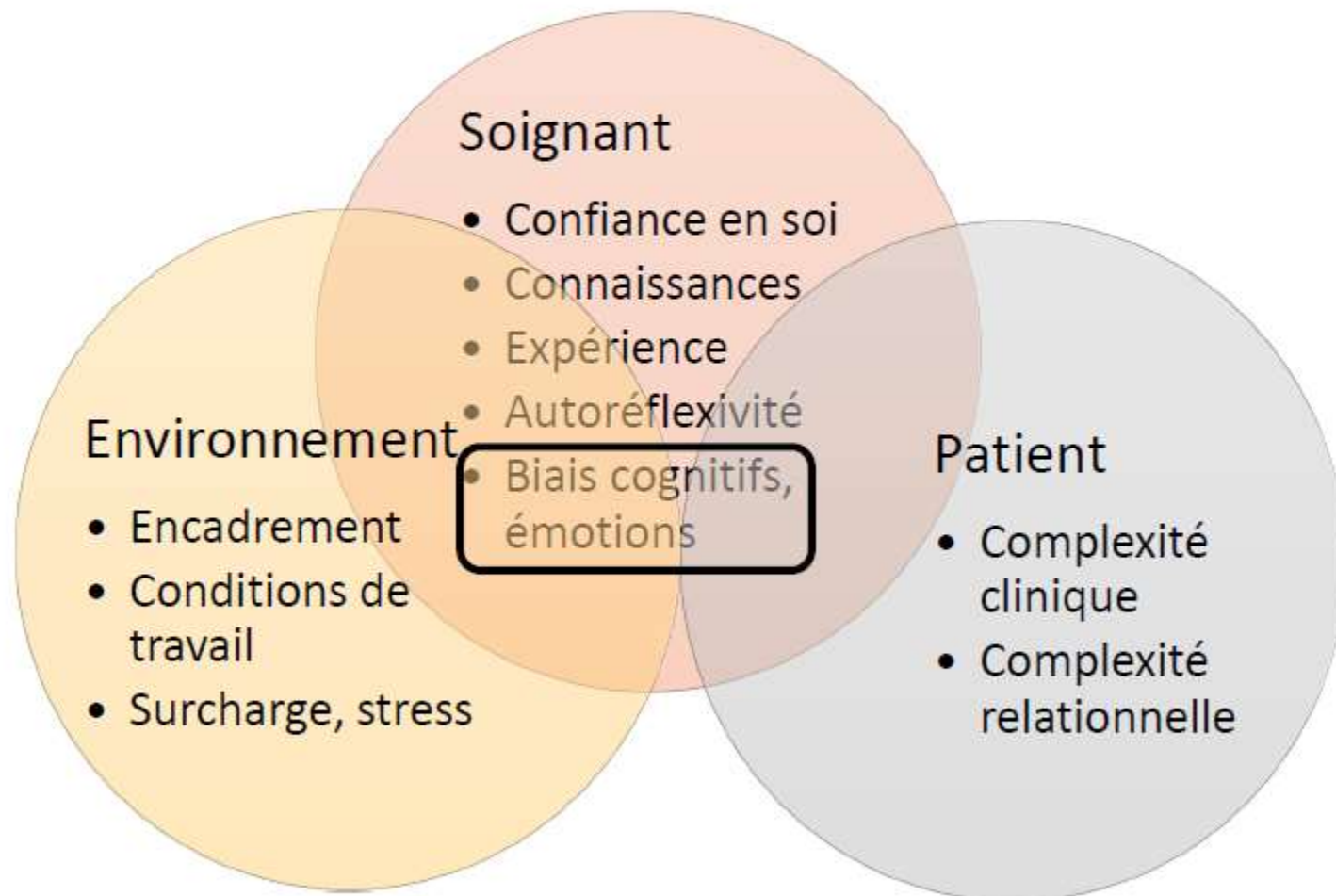
1. Première impression à valoriser (approche non analytique)
2. Impression à conforter par une analyse plus systématique (approche analytique)

Le raisonnement est un processus dynamique!



- *La représentation du problème peut évoluer selon les informations à disposition*

Facteurs influençant les potentielles difficultés de raisonnement clinique



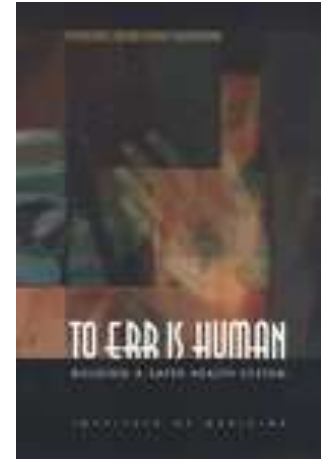
Les raccourcis de la pensée (=heuristiques) → les biais, quelques exemples

- **Représentation** : fausse idée de la prévalence d'une maladie
- **Disponibilité** : on se souvient mieux d'un événement frappant
- **Ancrage** : on reste fixé sur une hypothèse diagnostique initiale
- **Viscéral** : les émotions induites par le patient influencent la décision
- **Alinéarité** : passer de 40 à 42% est considéré comme différent de 94 à 96%
- **Narcissique** : optimisme sur ses propres capacités
- **Regret**: le souci principal est d'éviter de regretter une décision
- **Omission** : *primum non nocere...* jusqu'au péché d'abstention
- **Cadrage** : la manière d'énoncer des risques ou l'ordre des données influence la manière dont l'information est perçue

Conséquence centrale de ces biais:
Conclusion (diagnostique) prématurée

Culture de l'erreur...

- La plupart des gens seront victimes d'une erreur de diagnostic au cours de leur vie (Singh & Meyer & Thomas, 2014) ; (OMS, 2023)
- Créer une culture de l'erreur signifie créer un environnement dans lequel les erreurs sont valorisées et encouragées comme une partie nécessaire du processus d'apprentissage, ce qui peut aider les apprenants à considérer les erreurs et l'apprentissage de manière plus positive (Lyckholm, 2001).



«Good-Nature and Good-Sense must ever join;
To err is Humane; to Forgive, Divine.»
Alexander Pop, An Essay on Criticism,
Part II, 1711

L'erreur est humaine et même humaniste...

“Le problème ne sont pas les “mauvaises” personnes, le problème est que le système doit être plus sécurisé . . .”

Ref: IOM (2000). To Err is Human: Building a Safer Health System

Quelques exemples de questions QCM

Question 1 TYPE A

Un nouveau traitement anti-cancéreux, décrit comme révolutionnaire chez les patients présentant un certain type de cancer du poumon, est comparé à un ancien traitement couramment prescrit. Selon l'étude, environ 50% des patients ayant reçu l'ancien traitement sont décédés à un an alors que le nouveau traitement réduit de moitié le risque de mortalité à un an

Il est adéquat d'affirmer au patient que :

- (A) parmi les patients ayant reçu le nouveau traitement, aucun n'est décédé à un an
- (B) sur 100 patients ayant reçu le nouveau traitement, environ 25 sont décédés à un an
- (C) le nouveau traitement offre une réduction absolue du risque d'environ 50%
- (D) sur 1'000 patients similaires à ceux de l'étude qui recevront le nouveau traitement, environ 25 seront à risque de décéder à un an
- (E) parmi les patients ayant reçu le nouveau traitement, environ les trois quarts (75%) en ont bénéficié

Question 1 TYPE A

Un nouveau traitement anti-cancéreux, décrit comme révolutionnaire chez les patients présentant un certain type de cancer du poumon, est comparé à un ancien traitement couramment prescrit. Selon l'étude, environ 50% des patients ayant reçu l'ancien traitement sont décédés à un an alors que le nouveau traitement réduit de moitié le risque de mortalité à un an

Il est adéquat d'affirmer au patient que :

- (A) parmi les patients ayant reçu le nouveau traitement, aucun n'est décédé à un an
- (B) sur 100 patients ayant reçu le nouveau traitement, environ 25 sont décédés à un an
- (C) le nouveau traitement offre une réduction absolue du risque d'environ 50%
- (D) sur 1'000 patients similaires à ceux de l'étude qui recevront le nouveau traitement, environ 25 seront à risque de décéder à un an
- (E) parmi les patients ayant reçu le nouveau traitement, environ les trois quarts (75%) en ont bénéficié

Réponse correcte: B

Question 2 TYPE A

Concernant un large échantillon représentatif de recommandations cliniques utilisant la méthode GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) :

Veillez indiquer par une croix votre réponse

- (A) les recommandations dites faibles ne sont pas applicables dans la pratique clinique
- (B) plus de la moitié des recommandations est informée par une évidence de certitude incertaine
- (C) la force des recommandations est le plus souvent forte
- (D) une majorité des recommandations est informée par une évidence de certitude modérée

Question 2 TYPE A

Concernant un large échantillon représentatif de recommandations cliniques utilisant la méthode GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) :

Veillez indiquer par une croix votre réponse

- (A) les recommandations dites faibles ne sont pas applicables dans la pratique clinique
- (B) plus de la moitié des recommandations est informée par une évidence de certitude incertaine
- (C) la force des recommandations est le plus souvent forte
- (D) une majorité des recommandations est informée par une évidence de certitude modérée

Réponse correcte: B

Question 3 Type A

Madame Amélie, 70 ans, est dans le coma depuis un mois suite à un accident vasculaire cérébral. Elle attrape une pneumonie sévère. Cette infection pourrait être traitée par des antibiotiques, mais l'équipe est en désaccord sur l'introduction de ce traitement. Devant le pronostic incertain de cette patiente, certains estiment qu'il faut mettre toutes les chances de son côté. D'autres pensent qu'un tel traitement est de l'acharnement thérapeutique. Mme Amélie n'a pas de famille et n'a jamais exprimé ce qu'elle voudrait dans cette situation.

Quel énoncé est le plus exact?

- A. La décision de traiter ou non Mme Amélie doit être prise en concertation avec l'équipe soignante. Un consensus de l'équipe est souhaitable, mais en son absence il est important que tous soient entendus
- B. La décision de traiter ou non Mme Amélie doit être prise en concertation avec l'équipe soignante. Un consensus de l'équipe est crucial et aucune attitude ne pourra être entreprise en son absence
- C. La décision de traiter ou non Mme Amélie doit être prise par le médecin. Une concertation est généralement souhaitée par les équipes mais c'est souvent une perte de temps.
- D. La décision de traiter ou non Mme Amélie doit être prise par le médecin. Partager cette décision avec l'équipe serait en contradiction avec sa responsabilité professionnelle
- E. La décision de traiter ou non Mme Amélie doit être prise par le médecin. Une telle décision est lourde à porter quelle qu'en soit l'issue, et il est important de protéger nos équipes, qui exercent des métiers difficiles.

- A. La décision de traiter ou non Mme Amélie doit être prise en concertation avec l'équipe soignante. Un consensus de l'équipe est souhaitable, mais en son absence il est important que tous soient entendus
- B. La décision de traiter ou non Mme Amélie doit être prise en concertation avec l'équipe soignante. Un consensus de l'équipe est crucial et aucune attitude ne pourra être entreprise en son absence
- C. La décision de traiter ou non Mme Amélie doit être prise par le médecin. Une concertation est généralement souhaitée par les équipes mais c'est souvent une perte de temps.
- D. La décision de traiter ou non Mme Amélie doit être prise par le médecin. Partager cette décision avec l'équipe serait en contradiction avec sa responsabilité professionnelle
- E. La décision de traiter ou non Mme Amélie doit être prise par le médecin. Une telle décision est lourde à porter quelle qu'en soit l'issue, et il est important de protéger nos équipes, qui exercent des métiers difficiles.

Réponse : A

Question 4 type A

En médecine, les décisions doivent fréquemment être prises dans un contexte d'**incertitude**. Celle-ci peut avoir plusieurs origines.

Parmi les facteurs suivants, lequel contribue **LE MOINS** à l'incertitude de la décision médicale **au niveau du patient individuel** ?

- A. La sensibilité et la spécificité imparfaites des tests diagnostiques
- B. Le fait qu'un traitement n'ait pas une efficacité de 100 %
- C. L'absence de données scientifiques solides concernant un problème médical
- D. Le fait que le patient pris en charge diffère de ceux inclus dans les études scientifiques
- E. La variabilité biologique interindividuelle

Question 4 type A

En médecine, les décisions doivent fréquemment être prises dans un contexte d'**incertitude**. Celle-ci peut avoir plusieurs origines.

Parmi les facteurs suivants, lequel contribue **LE MOINS** à l'incertitude de la décision médicale **au niveau du patient individuel** ?

- A. La sensibilité et la spécificité imparfaites des tests diagnostiques
- B. Le fait qu'un traitement n'ait pas une efficacité de 100 %
- C. L'absence de données scientifiques solides concernant un problème médical
- D. Le fait que le patient pris en charge diffère de ceux inclus dans les études scientifiques
- E. La variabilité biologique interindividuelle

Réponse B

Question 5

Concernant l'**incertitude de la décision médicale**, quelle(s) proposition(s) est/sont correcte(s) ?

- A. L'incertitude est éliminée lorsque les recommandations de bonne pratique sont disponibles
- B. La probabilité pré-test correspond à la prévalence de la maladie dans une population comparable au patient
- C. Un test diagnostique très sensible est surtout utile pour confirmer un diagnostic
- D. Le seuil décisionnel dépend du rapport bénéfice/risque du traitement proposé
- E. L'incertitude justifie systématiquement une attitude attentiste plutôt qu'un traitement immédiat

Question 5

Concernant l'**incertitude de la décision médicale**, quelle(s) proposition(s) est/sont correcte(s) ?

- A. L'incertitude est éliminée lorsque les recommandations de bonne pratique sont disponibles
- B. La probabilité pré-test correspond à la prévalence de la maladie dans une population comparable au patient
- C. Un test diagnostique très sensible est surtout utile pour confirmer un diagnostic
- D. Le seuil décisionnel dépend du rapport bénéfice/risque du traitement proposé
- E. L'incertitude justifie systématiquement une attitude attentiste plutôt qu'un traitement immédiat

Réponses correctes B et D

Question 6

Concernant les **principes de l'éthique médicale** (autonomie, bienfaisance, non-malfaisance, justice), quelle(s) proposition(s) est/sont correcte(s) ?

- A. Le principe d'autonomie s'applique lorsque le patient a sa capacité de discernement.
- B. Le principe de bienfaisance peut entrer en conflit avec le respect de l'autonomie du patient
- C. Le principe de non-malfaisance interdit toute prise de risque thérapeutique
- D. Le principe de justice implique une allocation équitable des ressources de santé
- E. Le respect des principes éthiques garantit l'absence de conflit éthique dans la pratique clinique

Question 6

Concernant les **principes de l'éthique médicale** (autonomie, bienfaisance, non-malfaisance, justice), quelle(s) proposition(s) est/sont correcte(s) ?

- A. Le principe d'autonomie s'applique lorsque le patient a sa capacité de discernement.
- B. Le principe de bienfaisance peut entrer en conflit avec le respect de l'autonomie du patient
- C. Le principe de non-malfaisance interdit toute prise de risque thérapeutique
- D. Le principe de justice implique une allocation équitable des ressources de santé
- E. Le respect des principes éthiques garantit l'absence de conflit éthique dans la pratique clinique.

Réponse: A, B et D

Question 7 :

Les biais cognitifs en raisonnement clinique :

- A. N'existent pas chez les médecins expérimentés
- B. Peuvent influencer la décision et doivent être identifiés
- C. Ne concernent que les étudiants
- D. Peuvent être compensés par la réflexion critique et la vérification des hypothèses
- E. Interdisent l'utilisation de l'intuition

Question 7:

Les biais cognitifs en raisonnement clinique :

- A. N'existent pas chez les médecins expérimentés
- B. Peuvent influencer la décision et doivent être identifiés
- C. Ne concernent que les étudiants
- D. Peuvent être compensés par la réflexion critique et la vérification des hypothèses
- E. Interdisent l'utilisation de l'intuition

Réponse : B et D

Question 8

Le raisonnement face à l'incertitude diagnostique consiste à :

- A. Ne considérer qu'une seule hypothèse
- B. Lister plusieurs diagnostics possibles et les classer selon probabilité et gravité
- C. Utiliser des probabilités statistiques sans prendre en compte le patient
- D. Exclure les diagnostics rares systématiquement
- E. Réévaluer régulièrement les hypothèses face aux nouvelles informations

Question 8

Le raisonnement face à l'incertitude diagnostique consiste à :

- A. Ne considérer qu'une seule hypothèse
- B. Lister plusieurs diagnostics possibles et les classer selon probabilité et gravité
- C. Utiliser des probabilités statistiques sans prendre en compte le patient
- D. Exclure les diagnostics rares systématiquement
- E. Réévaluer régulièrement les hypothèses face aux nouvelles informations

Réponse : B et E

Question 9

Plusieurs patients atteints de COVID-19 nécessitent un respirateur, mais seuls 2 sont disponibles.

Quelle(s) approche(s) est/sont conforme(s) à l'éthique ?

- A. Prioriser les plus jeunes
- B. Évaluer le bénéfice attendu et chances de survie
- C. Tirer au sort
- D. Prioriser les patients ayant un statut social élevé
- E. Décider en équipe selon des critères transparents et équitables

Question 9

Plusieurs patients atteints de COVID-19 nécessitent un respirateur, mais seuls 2 sont disponibles.

Quelle(s) approche(s) est/sont conforme(s) à l'éthique ?

- A. Prioriser les plus jeunes
- B. Évaluer le bénéfice attendu et chances de survie
- C. Tirer au sort
- D. Prioriser les patients ayant un statut social élevé
- E. Décider en équipe selon des critères transparents et équitables

Réponse: B et E