

# LES BIAIS COGNITIFS AUX URGENCES

Nathalie Robinson, Cadre IADE - Facilitatrice CRM Santé - Gestionnaire de risques

## Histoire vécue

Un nourrisson de 10 mois est admis aux urgences pour fièvre depuis trois jours et apparition d'une éruption cutanée associée à des signes respiratoires. L'anamnèse est imprécise en raison d'une barrière de la langue avec les parents, le diagnostic de rougeole sans signes de gravité est évoqué par l'urgentiste sans autres diagnostics différentiels, car les parents sont opposés aux vaccins. Le **contexte saisonnier de grippe** et gastroentérite bat son plein. Le service est **surchargé**. De plus, la région est confrontée depuis plusieurs mois à la résurgence de cas de rougeole et les prises en charge pour des cas avérés ont été nombreuses. Le pédiatre valide au téléphone l'hypothèse diagnostique présentée : « probable rougeole chez un enfant non vacciné » et autorise le retour à domicile de l'enfant; des consignes de surveillance sont transmises aux parents. Une déclaration obligatoire de rougeole est réalisée. La maman enceinte étant venue 4 jours plus tôt en consultation d'obstétrique accompagnée du nourrisson, le diagnostic de rougeole fait déclencher une gestion urgente des femmes enceintes présentes ce jour-là.

Pendant 2 jours, aucun événement n'est signalé aux professionnels. La nuit du 3ème jour, les parents se présentent aux urgences, l'examen du nourrisson montre des signes de gravité : somnolence, détresse respiratoire avec marbrures généralisées et temps de recoloration de plus de 5 secondes, taches purpuriques sur les membres supérieurs et le corps. La radio pulmonaire montre un poumon blanc de pneumopathie.

La réanimation cardiorespiratoire est rapidement mise en place et, devant un nourrisson hypoxémique et bradycarde, le diagnostic de **choc septique** est porté. Les différents prélèvements réalisés concluront à une infection systémique à streptocoque A sous forme d'un syndrome de choc toxique streptococcique. La sérologie rougeole réalisée lors de la première venue aux urgences revient négative.

## Clés pour comprendre

Depuis environ 40 ans, des erreurs de jugements, de décisions, de choix ont été identifiées et étudiées par des chercheurs en psychologie, en sciences cognitives. Ces erreurs sont bien souvent issues de biais cognitifs.

Un **biais cognitif** est une forme de pensée qui met en œuvre, de **manière systématique**, des **distorsions dans le traitement de l'information**. Il correspond à une sorte de court-circuit mental qui assure un traitement immédiat des informations internes (notre mémoire) ou externes (notre environnement) dont nous disposons à un moment donné pour faire le plus rapidement possible une analyse de la situation qui soit cohérente avec notre vision du monde. Notre cerveau interprète notre environnement en le simplifiant et forme des stéréotypes, des préjugés, des croyances, des catégorisations qui servent à ordonner le monde qui nous entoure. Ces raccourcis, au fur et à mesure de la montée en compétences des professionnels, sont bien souvent efficaces et positifs.

La plupart des études montrent que les médecins aboutissent rapidement à 2 ou 3 diagnostics possibles, les plus doués posent 4 ou 5 hypothèses diagnostiques. Tous développent leurs hypothèses à partir d'informations incomplètes. Pour cela ils utilisent des **raccourcis** qui sont nommés heuristiques. Ces heuristiques foisonnent lorsqu'un médecin est sous **pression temporelle** avec des ressources limitées. Les raccourcis sont la réponse face à **l'incertitude** et la situation contrainte comme celle vécue aux urgences. Ce sont aussi les principaux outils de médecine clinique lorsqu'un médecin doit **combiner réflexions et action**. Ils sont, comme le dit Croskerry, « rapides et économiques ».

Dr Pat Croskerry a beaucoup publié sur ces sujets et raconte ses erreurs et ses recherches sur cette question. Il décrit le raisonnement des médecins lorsqu'ils doivent réaliser un diagnostic aux urgences, sachant qu'un médecin urgentiste ne dispose pas précisément des antécédents complets du patient, ni de son traitement. « Il va se baser sur des **indices clés** (radiographies, biologie, examen clinique, etc.) qui s'unissent dans un modèle que le médecin attribue à une maladie ou une pathologie. La **reconnaissance par modèle** reflète une perception immédiate qui se déroule en quelques secondes, sans que celui-ci en ait une réelle conscience, et s'appuie principalement sur l'évaluation visuelle du patient par le médecin. »

Cependant ils sont parfois dangereux lors de raisonnements qui demandent plus de réflexion et de ressources mentales. Il s'agit là d'un paradoxe du fonctionnement de notre cerveau. Certains biais s'expliquent par les **ressources cognitives limitées**. Lorsque ces dernières (temps, informations, intérêt, capacités cognitives) sont insuffisantes pour réaliser l'analyse nécessaire à un jugement rationnel, les raccourcis cognitifs (heuristiques) permettent de porter un jugement rapide. Ces jugements rapides sont souvent utiles, mais sont aussi à la base de décisions erronées typiques. Les biais cognitifs qui sont, en général, **inconscients**, peuvent conduire à des erreurs de perception, de raisonnements, d'évaluation, d'interprétation logique, de jugement, d'attention etc., à des comportements ou à des décisions inadaptées.

Dans cet exemple, les professionnels ont été confrontés à 2 biais décrits un peu plus loin :

Le **biais de confirmation** : l'existence au moment de la prise en charge d'autres cas de rougeole dans la région aboutit à un diagnostic sur une seule hypothèse diagnostique.

Le **biais de cadrage** : lors de la présentation du cas de l'enfant au téléphone, le cas est étiqueté comme une rougeole sans complications; la charge de travail importante aux urgences et un taux important d'occupation des lits renforcent la décision de ne pas hospitaliser le nourrisson.

L'étude des biais cognitifs fait l'objet de nombreux travaux en psychologie cognitive, en psychologie sociale et plus généralement dans les sciences cognitives. Ces travaux ont identifié de nombreux biais cognitifs propres à l'esprit humain à travers de multiples domaines : perception, statistiques, logique, causalité, relations sociales, etc. On peut distinguer, entre autres, des erreurs de perception, d'évaluation, d'interprétation logique et de raisonnement. Ces biais cognitifs ne sont pas conscients. Leur caractérisation est importante aussi bien dans les domaines judiciaires que scientifiques puisqu'ils biaisent le processus logique.

Au cours des dernières années, de nombreux psychologues cognitivistes et médecins ont étudié le raisonnement diagnostique et la prise de décisions. Ils ont constaté que, peu importe la méthode utilisée pour poser un diagnostic, **toute décision diagnostique bénéficie des heuristiques et est exposée aux biais cognitifs**. Plusieurs de ces biais sont interdépendants : il est possible que plus d'un biais influe sur le diagnostic d'un patient.

## Quelques biais en quelques mots et exemples :

Fermeture ou conclusion prématurée : accepter un diagnostic prématurément sans considérer les diagnostics différentiels possibles. Par exemple supposer qu'une hypotension artérielle est causée par un saignement et ne pas diagnostiquer un pneumothorax.

Biais de confirmation : chercher ou reconnaître les seuls renseignements qui confirment le diagnostic désiré ou suspecté. Par exemple ne pas « croire » la valeur indiquée par un capnographe parce que l'on pense que ce matériel est défectueux et que l'on est persuadé que la ventilation du patient est correcte à l'auscultation.

Ancrage : focaliser sur une question au détriment de la compréhension de la situation dans son ensemble. Par exemple être tellement absorbé par le réglage d'un dispositif médical peu connu, ne pas percevoir un saignement peropératoire et l'hypotension du patient.

Effet de cadrage : se laisser influencer par la présentation initiale pour les déductions ultérieures : par exemple après avoir été prévenu par un confrère que le patient était extrêmement anxieux avant l'opération, attribuer l'agitation postopératoire à sa personnalité plutôt qu'à la glycémie.

Biais de réminiscence : choisir un diagnostic, car il est très présent à l'esprit en raison du souvenir d'une mauvaise expérience. Par exemple, ayant été confrontée récemment à un syndrome malin des neuroleptiques toute hyperthermie avec une rigidité musculaire est

identifiée comme telle alors qu'il peut s'agir d'autres diagnostics

Biais de feed-back : interpréter l'absence de feed-back comme un feed-back positif. Par exemple, si personne ne se plaint, c'est donc qu'il n'y a pas de problème.

Biais de disponibilité ou heuristique de disponibilité : Les diagnostics récents ou frappants chez les patients reviennent plus facilement en mémoire et sont surestimés pour établir un diagnostic.

Erreur d'attribution et/ou biais d'attribution : Il s'agit de se laisser prendre au piège d'une forme de stéréotype et échouer à envisager des possibilités qui contredisent cet étiquetage et attribuer les symptômes à une mauvaise hypothèse. Par exemple un homme sportif qui se présente avec des douleurs thoraciques et dont les premiers examens sont rassurants, il est étiqueté sportif et sans comorbidités souffrant de douleurs musculaires. Il sera de nouveau admis aux urgences pour un infarctus du myocarde le lendemain.

## Clés pour agir :

**Connaitre les biais cognitifs** : le fait d'avoir connaissance des biais cognitifs nous sensibilise et nous aide à repérer ceux-ci lorsque l'un d'entre eux est à l'œuvre. Nous sommes plus doués pour repérer les biais cognitifs lorsqu'ils sont à l'œuvre chez nos collègues que sur nous-mêmes. Le travail en équipe prend alors tout son sens, pour identifier, nommer et atténuer, voir corriger ces biais.

Mettre en place une **routine pour considérer les alternatives** : se poser la question : qu'est-ce que cela pourrait être d'autre que ce à quoi je pense en premier ? Cela nous oblige à passer en « mode système 2 », mode réflexif.

**Écrire sur papier des diagnostics différentiels** : S'obliger à écrire des diagnostics différentiels aide à reconsidérer sa première hypothèse.

**Remettre en question la première hypothèse** : pour échapper au biais d'ancrage ou de confirmation, rechercher l'information qui ne « colle » pas au tableau et chercher ce qui peut contredire la première hypothèse (c'est un raisonnement scientifique).

**Soulager la charge mentale** : pour libérer de l'espace dans la mémoire, tout ce qui peut être utile, comme les aides cognitives, les applications sur le téléphone ou l'ordinateur, laisse de l'espace pour activer votre pensée critique et réflexive.

**Se former spécifiquement** dans les domaines sujets aux erreurs cognitives : l'enseignement spécifique aux erreurs communes et à la théorie des probabilités de base peut aider à prévenir les erreurs, car l'être humain est réputé pour sa faiblesse pour évaluer la probabilité d'une situation.

Faire des **temps d'arrêt cognitif** (de type Time out de la Checklist) : réaliser des temps d'arrêt pour revoir une situation ou un diagnostic aide à prendre du recul et analyser les prises en

charge (notamment si elles ne se déroulent pas comme prévu).

**Une culture positive et apprenante de l'erreur** à mettre en place : pour apprendre de ses erreurs encore faut-il les déclarer et les analyser. Les RMM, les AAC, les CREX sont des outils permettant de développer une culture apprenante de l'erreur et de mettre en place une culture juste.

Certains facteurs sont connus pour augmenter les erreurs comme :

- la fatigue (mettre en place des stratégies pour gérer celle-ci; siestes, temps de repos, caféine, techniques d'optimisation du potentiel, etc.)
- les interruptions de tâches (à minimiser en équipe).
- la pression temporelle (à réduire : ceci n'est pas une tâche aisée, mais elle est essentielle pour optimiser le processus cognitif)
- les émotions (éviter de prendre des décisions si on se sent débordé par ses émotions et prendre 2 minutes au calme pour reconnaître ses émotions avant de prendre la décision)

Enfin prévoir des temps de simulation avec scénarios spécifiques pour identifier le piège des biais cognitifs : créer des situations cliniques, des scénarios impliquant des cas cliniques lors desquels les biais cognitifs sont présents, pour, lors du débriefing, prendre conscience de ces biais avec bienveillance.

## "Que faire ?"

- **niveau collectif :**

Les biais sont difficiles à repérer. En prendre conscience est difficile. Nous ne pouvons pas éliminer les biais. Par contre nous pouvons améliorer notre prise de décision. Il faut deux ingrédients : un collectif (l'équipe) et de la méthode (pour ne pas tomber dans le biais de pensée de groupe). Ainsi on peut ensemble se demander si :

- Nous avons **plusieurs diagnostics différentiels** ?
- Nous avons réévalué si l'état clinique ne s'améliore pas comme prévu ?
- N'y a-t-il pas autre chose qui se passe ?
- Devons-nous faire appel à un autre collègue ? Un spécialiste ?
- Avons-nous identifié tous les symptômes ?
- Sommes-nous dans un piège de l'étiquetage ? D'un stéréotype ?
- Est-ce que tous les membres de l'équipe se sont exprimés ? Ont-ils des doutes ?

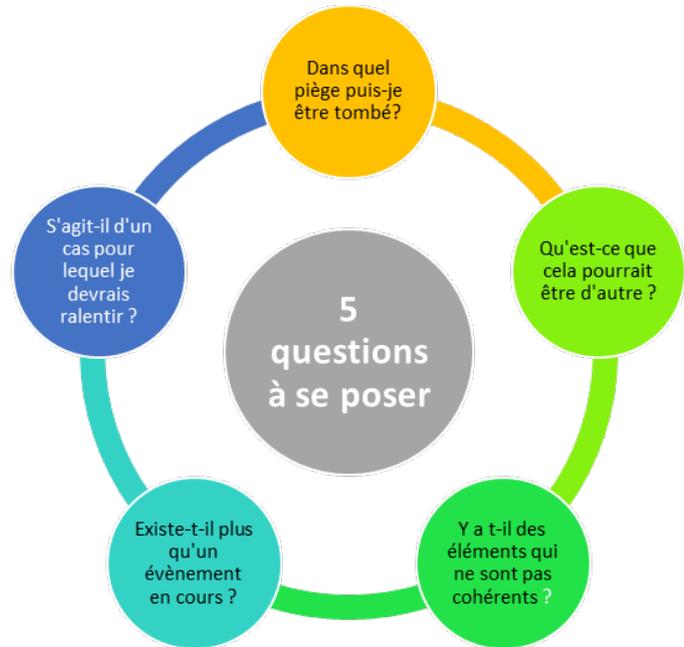
- **niveau organisationnel :**

Le travail en équipe (voir fiche CRM en santé) : la haute autorité en santé propose une

formation pour le travail en équipe au sein d'un projet PACTE qui repose sur un temps de prise de conscience de l'importance du travail en équipe, mais aussi de ses difficultés.

La simulation en équipe est un outil puissant pour apprendre ensemble des erreurs ou des réussites, afin d'être mieux préparé à la récupération des erreurs et biais cognitifs.

- niveau individuel :



## Pistes pour aller plus loin

How doctors think — Jerome Groopman

Système1-système 2 : les deux vitesses de la pensée — Daniel Kahnemann

Croskerry P. The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them. Acad.Med. 2003; 78:775-780.

Croskerry P, Singhal G, Mamede S. Cognitive debiasing 1: origins of bias and theory of debiasing. BMJ Qual Saf. 2013; 22:ii58-ii64.

Jenicek M. Medical error and harm: Understanding, Prevention and Control. CRC Press 2011

Vidéo Enfants du Facteur: <https://www.youtube.com/channel/UCXRx2Vq521jeo9o4l0KtOCA>

## Mots clés pour vos explorations

- Mots clés de la fiche : Biais cognitifs - Simulation – Erreur apprenante...

## Synthèse

Un médecin nous livre sa façon de prévenir les erreurs liées aux biais cognitifs : «j'ai appris de mes erreurs et maintenant même si je pense avoir la réponse, un diagnostic, je vérifie que j'ai établi une liste d'alternatives, de diagnostics différentiels. Et cette stratégie s'avère l'une des plus robustes pour lutter contre les erreurs cognitives.»