

Plateforme Régionale d'Appui à la Gestion des Evènements indésirables.



Plateforme Régionale d'Appui à la Gestion des Evénements Indésirables - Nouvelle Aquitaine

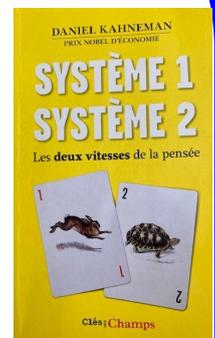
Les biais cognitifs en Santé



Un peu de théorie...

Nous faisons tous des erreurs dans notre quotidien. Nos décisions sont prises sur des raisonnements incomplets et génèrent des comportements qui semblent peu logiques. Depuis environ 40 ans les erreurs de jugements, de décisions, les choix ont été identifiés et étudiés par des chercheurs en psychologie, en sciences cognitives. Ces erreurs sont nommées Biais Cognitifs.

Ils sont répertoriés et décrits par de nombreux auteurs dont les plus connus sont Daniel Kahneman psychologue et économiste (ce qui lui a valu le prix Nobel d'économie en 2002) et Amos Tversky qui ont écrit « système 1, système 2 les deux vitesses de la pensée ». Thaler qui a co-écrit « Nudge » a lui aussi été récompensé du prix Nobel d'économie en 2017.



Un biais cognitif est une façon de penser qui influence le raisonnement et la prise de décisions, entraînant parfois des jugements erronés.

Les biais cognitifs (distorsions de la pensée) et les biais affectifs (intrusion des sentiments de la personne) peuvent entraver sérieusement la capacité de poser un diagnostic ou une évaluation de la situation juste.



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. Du point de vue de leurs domaines, on peut distinguer entre autres des erreurs de perception, d'évaluation, d'interprétation logique et de raisonnement. Ces biais cognitifs ne sont généralement pas conscients. Leur caractérisation est importante aussi bien dans les domaines judiciaire que scientifique puisqu'ils sont néfastes dans un 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 est sensible aux *biais cognitifs*. Plusieurs de ces biais sont interdépendants : il est possible que plus d'un biais influe sur le diagnostic d'un patient.

Système 1 /système 2 : les deux vitesses de la pensée pour les nuls...

Le système 1 est un mode de pensée rapide, instinctif et émotionnel. Il s'agit d'un mode automatique qui demande peu d'effort. Il est donc le mode par défaut de l'être humain. Il permet la créativité et associe intuitivement les informations à traiter. Et cela fonctionne très bien, la plupart du temps !

Le système 2 est un mode de pensée lent, réflexif et demande de la concentration. Il s'agit d'un mode analytique qui puise beaucoup de ressources et prend le relais du mode système 1 pour résoudre des problèmes complexes.

Pour simplifier le système 1 est le mode qui expose facilement aux biais cognitifs, alors que le système 2 y serait moins soumis. Les deux systèmes sont utilisés par l'individu lors d'actions et de prise de décisions.

Kahnemann va décrire les grands biais cognitifs dans cet ouvrage système 1 –système 2. Nous ne retenons dans ce fascicule, que les biais les plus fréquemment rencontrés en santé.

Personne n'échappe aux biais cognitifs, cependant les sciences cognitives et comportementales nous offrent la possibilité, en ayant conscience de ces biais, d'améliorer nos raisonnements et ainsi de diminuer les erreurs.

Ainsi il a été constaté que les professionnels expérimentés procèdent par une approche par reconnaissance quasi « automatique » (meilleure concordance des signes et symptômes présentés par le patient avec un répertoire mental propre à chaque soignant basé sur son expérience et ses connaissances). Ce système est très souvent efficace et juste. Le professionnel « novice » va lui, procéder par un mode analytique plus lent, en recueillant beaucoup d'informations pour poser un diagnostic. Cette approche ne sera utilisée par le professionnel expérimenté que si il est confronté à une absence de concordance des signes et symptômes, l'obligeant à revenir à une approche plus réflexive. Ce passage d'un mode pensée à l'autre est le signe d'un expert qui sait faire appel aux deux modes de pensée.

On peut aussi rapprocher ces concepts au système SRK (Skills-Rules –Knowledge) de J. Rasmussen. Le système 1 pourrait être « Skills » (habitudes, compétences) et le système 2 serait « Knowledge » (les connaissances– le savoir).

Erreurs fréquentes à propos des biais cognitifs

Olivier Sibony dans son livre « Vous allez commettre une terrible erreur - combattre les biais cognitifs pour prendre de meilleures décisions » nous met en garde sur les points suivants fréquemment rencontrés avec la connaissance et l'utilisation des biais et nous invite à une certaine prudence à tirer des conclusions hâtives (tient donc ! le système 1 reprend le dessus :-)

- **Voir des biais partout** : chaque erreur n'est pas imputable à un biais et chaque biais n'engendre pas forcément une erreur .
 - **Attribuer rétrospectivement un évènement indésirable à tel ou tel biais.**
- ◇ Lorsque nous recherchons les biais qui ont contribué à une décision passée nous sommes souvent nous mêmes victimes du biais rétrospectif.

Erik Hollnagel dans son livre ETTO nous dit : « Nous trouvons ce que nous recherchons » notamment lors des analyses approfondies des causes...avoir conscience de nos biais et rester ouvert et confronter nos avis lors de débats contradictoires est essentiel.

- **Enfin chercher « le » biais qui « explique » une erreur.**

L'auteur nous rappelle que nos erreurs ne sont jamais attribuées à un seul biais et que les biais se renforcent mutuellement.



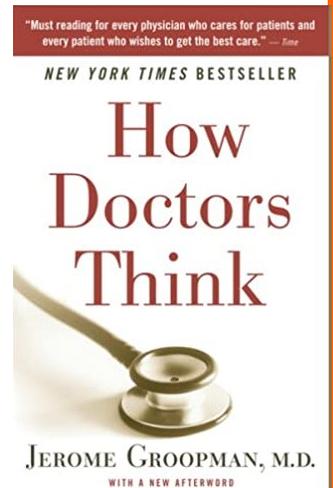
Un livre à connaître :

Le livre « How doctors think » est une compilation de plusieurs prises en charge par des médecins américains qui livrent à l'auteur lui-même médecin (J. Groopman) des histoires vécues de prises en charge colorées par des biais cognitifs identifiés par leurs auteurs.

Il déclare « j'ai longtemps pensé que les erreurs que nous commettons en médecine étaient principalement des erreurs techniques. Mais en rassemblant une bibliographie et une large revue de la littérature sur ce sujet, j'ai réalisé que la part des erreurs techniques était faible parmi les erreurs de diagnostics et de prescriptions de traitement médicamenteux. La plupart des erreurs étaient dues à des erreurs de raisonnement. La cause de ces erreurs cognitives était imputable à nos ressentis, ressentis que souvent nous ne voulons pas admettre ou dont nous n'avons pas conscience la plupart du temps. »

On y retrouve les biais affectifs qui teintent parfois les raisonnements (par exemple ne pas évoquer un diagnostic de cancer, non pas par manque de connaissance ou de données, mais parce que ce patient suivi depuis des années à fini par devenir si familier que le médecin s'est profondément attaché à ce patient).

Le fait de ne pas suffisamment reconnaître et admettre l'intuition d'une maman (qui a effectuée beaucoup de recherches) vis-à-vis du diagnostic posé pour sa fille qui ne correspond pas point par point (les symptômes ne sont pas tous présents) et dont les traitements ne fonctionnent pas, alors qu'elle propose une piste qui n'est pas suffisamment explorée car considérée improbable pour être peu rencontrée aux Etats-Unis (carence vitaminique).



La prise de décision, notamment dans les services d'urgence, les nombreux biais présents lors des prises en charge sous forte contrainte temporelle, budgétaire et humaines sont largement décrites avec des références à des experts comme le **Dr Pat Croskerry** qui a beaucoup publié sur ces sujets et qui raconte ses erreurs et ses recherches sur le sujet.

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 **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. »

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 médicale 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** »

Des médecins aguerris nous livrent quelques moyens qu'ils ont mis en place pour les aider à contre carter ces biais.

Par exemple un des médecins nous livre sa façon de procéder en disant : « j'ai appris de mes erreurs et maintenant même si je pense avoir la réponse, un diagnostic, **je vérifie d'avoir établi une liste d'alternatives, de diagnostics différentiels. Et cette stratégie s'avère l'une des plus robuste pour lutter contre les erreurs cognitives.**

Top 10 des erreurs cognitives en anesthésie (Centre de Simulation Angers)

Fermeture ou conclusion prématurée : accepter un diagnostic prématurément sans considérer les diagnostics différentiels possibles.

Exemple : supposer qu'une hypotension chez un traumatisé est due à des saignements et manquer un pneumothorax.

Biais de confirmation : chercher ou reconnaître les seuls renseignements qui confirment le diagnostic désiré ou suspecté.

Exemple : reprendre à plusieurs reprises la TA (en changeant le brassard ou l'appareil) parce qu'on ne croit pas la lecture fiable.

Coûts irrécupérables : être réticent à abandonner un diagnostic ou une décision, surtout si du temps ou des ressources ont déjà été dépensés. L'égo peut jouer un rôle.

Exemple : après avoir décidé que le patient serait intubé vigile sous fibroscopie, refuser de changer de stratégie en dépit de multiples tentatives infructueuses.

Activisme : tendre vers l'action plutôt que l'inaction, c'est-à-dire exécuter des manœuvres non indiquées, s'écartant du protocole, peut être en raison d'un excès de confiance ou de la pression des autres.

Exemple : « mieux vaut prévenir que guérir » mettre en place des surveillances invasives, des voies d'abord supplémentaires pouvant entraîner des complications.

Hésitation : retarder la mise en œuvre de manœuvre d'urgence, de peur d'être dans l'erreur, tendre à l'inaction.

Exemple : tarder à mettre en place le drainage lorsque l'on suspecte un pneumothorax parce que si l'on a tort, on sera responsable de l'acte.

Ancrage : Focaliser sur une question au détriment de la compréhension de la situation dans son ensemble.

Exemple : pendant le réglage d'une alarme sur une pompe à perfusion, ne pas être attentif au saignement chirurgical soudain et à l'hypotension.

Présomption : ne pas reconnaître la nécessité de recourir à une aide, tendre à croire en son infailibilité.

Exemple : tarder à demander de l'aide en cas d'intubation difficile parce qu'on est certain de finir par réussir.

Effet de cadrage : Se laisser influencer par la présentation initiale pour les déductions ultérieures

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.

Exemple : prendre un bronchospasme simple pour une réaction anaphylactique, car on a déjà vécu un cas d'anaphylaxie grave.

Biais de feed-back : interpréter l'absence de feed-back comme un feed-back positif.

Exemple : aucune plainte n'ayant jamais été énoncée, considérer qu'il n'y a donc pas eu de problème.



Autres biais cognitifs rencontrés fréquemment en santé.

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 garde forestier sportif et entretenant sa condition physique est associé à une personne en bonne forme physique et santé. Si celui-ci se présente aux urgences pour une douleur thoracique, après un examen clinique rassurant ainsi que des examens complémentaires corrects, le médecin élimine les facteurs de risque le patient étant sportif et sans comorbidités. Il attribue la douleur à des douleurs musculaires par étirement et renvoie le patient chez lui. Le lendemain matin le patient revient aux urgences : un infarctus du myocarde est diagnostiqué et traité.

Ou lorsqu'un patient correspond à un stéréotype négatif par exemple un patient octogénaire, retraité de la marine marchande vivant seul est admis aux urgences pour des douleurs abdominales avec un œdème des membres inférieurs et une distension abdominale. Son apparence est un peu négligée (il est mal rasé et ses vêtements sont vieux et effilochés). Lors de l'examen le patient sent l'alcool et déclare sans ambages qu'il boit chaque soir un verre de rhum. Sans plus de résultats biologiques ou radiologique l'interne qui présente son dossier formule « M. X 73 ans, retraité de la marine marchande, avec un lourd passé d'alcoolique présente une fatigue croissante et une rétention hydrique. Il présente un foie élargi et nodulaire. » lorsque le médecin sénior demande à l'interne à quoi il pense celui-ci lui répond cirrhose alcoolique. L'interne avait en tête de sevrer le patient de son addiction alcoolique, de lui prescrire des diurétiques et de le renvoyer à domicile le plus rapidement possible. Le médecin sénior n'est pas convaincu. Ce patient présentait une maladie de Wilson et ne buvait vraiment qu'un petit verre de rhum le soir.

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. Notre cerveau a utilisé un raccourci mental et le système 1.

Par exemple : Une patiente se rend aux urgences pour des difficultés respiratoires. Depuis plusieurs semaines un virus provoque des pneumopathies. La patiente explique qu'elle pensait avoir un mauvais rhume et qu'elle avait bu beaucoup de jus d'orange, de thé et pris quelques aspirines mais que son état s'aggravait. A l'examen elle présente un fébricule, une polypnée, l'auscultation pulmonaire semble normale. Un bilan sanguin n'indique pas de signes infectieux mais le bilan électrolytique indique un déséquilibre de la balance acidobasique. La radiographie thoracique n'indique pas de signes en faveur d'une pneumopathie. Le médecin des urgences explique à la patiente qu'elle est probablement au début de l'infection, ce qui explique que les résultats des examens ne montrent pas encore les signes infectieux. Le dossier est revu en staff avec des médecins internistes. Après avoir exposé le cas et plusieurs minutes de réflexion l'une des médecins interniste suggère que la patiente présente une intoxication à l'aspirine.

Le médecin urgentiste étant confronté depuis plusieurs semaines à une épidémie virale provoquant des pneumopathies, il a été victime d'un biais de disponibilité. Le diagnostic est posé à partir d'une hypothèse diagnostique disponible basée sur les plus récentes expériences.

Le médecin a retenu les signes qui confirmaient une pneumopathie naissante : la polypnée, la fièvre, le déséquilibre acidobasique. Il a ensuite sans le vouloir rationaliser les données contradictoires comme la radiographie, la NFS normale. Ce biais est aussi un biais de confirmation.

S'éloigner du concept du zèbre :

On apprend aux étudiants en médecine de prendre en considération la cause la plus probable plutôt que de diagnostiquer en premier une maladie rare. La médecine moderne décourage à partir à la chasse aux zèbres en utilisant l'aphorisme suivant : « si vous entendez un bruit de sabots, pensez à des chevaux, pas des zèbres ».

Par exemple : une jeune femme se présente aux urgences avec une douleur au niveau du membre inférieur après une chute. Elle bénéficie d'un traitement contraceptif oral. Le diagnostic de contusion d'un muscle est posé. La jeune femme décède d'une embolie pulmonaire massive deux jours plus tard.

Les solutions possibles ...les 10 pistes du Jedi



Connaitre les biais cognitifs, tu sauras

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.

Mettre en place une routine pour considérer les alternatives, tu feras

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.

Toujours en question, ta première hypothèse tu remettras

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, tu tenteras

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, tu pratiqueras

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.

À Coucher sur le papier des diagnostics différentiels, tu t'emploieras

S'obliger à écrire des diagnostics différentiels aide à reconsidérer sa première hypothèse.

Faire des temps d'arrêt cognitif (de type Time out de la Checklist) tu dois!

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 prévues)

Une culture positive et apprenante de l'erreur, tu construiras

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.

Des facteurs connus pour augmenter les erreurs, tu te méfieras comme :

- **la fatigue** et tu mettras en place des stratégies pour gérer (siestes, temps de repos, caféine, techniques d'optimisation du potentiel, etc.)
- **les interruptions de tâches** tu minimiseras (confère notre document sur le travail en équipe)
- **la pression temporelle** tu réduiras (ceci n'est pas une tâche aisée mais elle est essentielle pour optimiser le processus cognitif)
- **tes émotions** tu reconnaitras (éviter de prendre des décisions si vous vous sentez débordé par vos émotions et prenez 2 minutes au calme avant de prendre la décision)

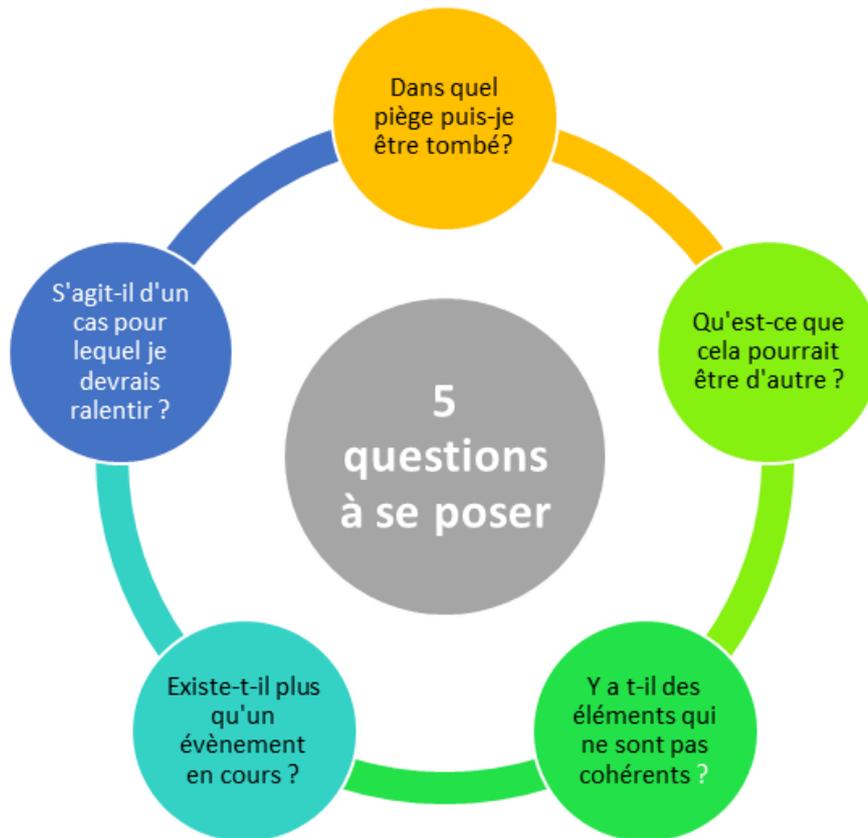


A la simulation avec scénarios spécifiques pour identifier le piège des biais cognitifs, tu t'exerceras !

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: c'est les exercices de simulation en équipe ou le thème de Serious game (par exemple, le jeu Anne-Lise Décoz reprend des situations avec l'analyse par l'équipe impliquée des conditions latentes et des facteurs immédiats retrouvés et particulièrement l'identification de certains biais). <https://www.ccecqamoodle.fr/prage/>



Les questions à avoir en tête. Des exemples



Effectuer une minute d'arrêt et se demander s'il s'agit d'un:

- Diagnostic grave ?
- Diagnostic probable ?
- Diagnostic remarquable ?
- Diagnostic traitable ?

Et se poser la question de faire appel à un collègue expert, ou un avis neuf mais sans influencer la présentation du cas en donnant vos hypothèses et en veillant à communiquer toutes les informations (pour éviter les biais de confirmation ou d'ancrage ou de cadrage).

Les pistes de solutions

Les biais sont plus facilement repérés chez les autres que chez soi.

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 recueilli suffisamment d'informations ?
- Nous avons plusieurs diagnostics différentiels ?
- Nous avons réévalué si l'état clinique ne s'améliore pas comme prévu ?
- Nous avons envisagé le pire ?
- 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 tous les membres de l'équipe se sont exprimés ? Ont-ils des doutes ?
- Avons-nous pris en compte l'influence des diagnostics récents ? L'influence de la présentation du cas clinique telle qu'elle a été faite ?

Travailler ensemble

Le crew ressource management

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 formation se base sur des vignettes cliniques qui aident l'équipe à prendre conscience de ses forces et de ses faiblesses.

L'importance du contexte, la coopération, la synergie, la communication, le leadership sont des temps de cette formation. Mais l'un des temps les plus importants et celui de l'échange, entre différents professionnels, sur leurs représentations de leur métier et du métier de l'autre et des attentes et besoins interprofessionnels. Le briefing est une méthode efficace pour le travail en équipe.

L'idée est de faire face ensemble aux imprévus.

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.

Le modèle d'animation



L'animateur a accès aux outils

- ☑ en s'inscrivant sur la plateforme Pacte
- ☑ un e-learning permet de visionner une session complète d'animation
- ☑ Un guide de l'animateur est disponible
- ☑ 6 supports d'animation clé en main sont disponibles



SÉCURITÉ DU PATIENT
... TRAVAILLER EN ÉQUIPE

Programme d'amélioration
continue du travail en équipe
Pacte

Crew Resource Management en Santé* (CRM Santé)



Extrait du e-learning

Bibliographie—Ressources

Vous allez commettre une terrible erreur ! Olivier Sibony

How doctors think—Jerome Groopman

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

HAS—SFAR

Association Canadienne de protection médicale (guide de bonnes pratiques=

Centre de simulation d'Angers

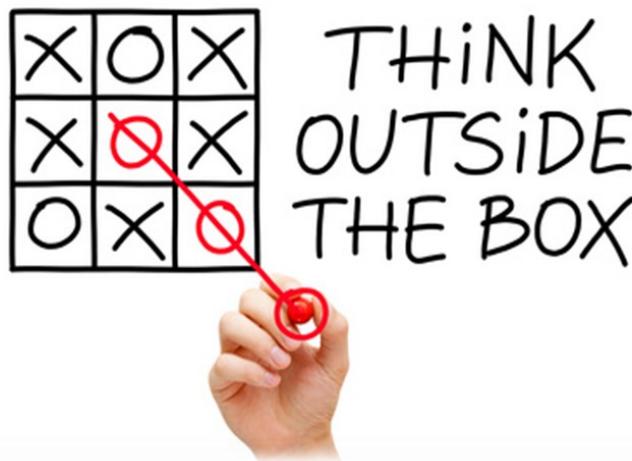
<https://first10em.com/cognitive-overview>

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

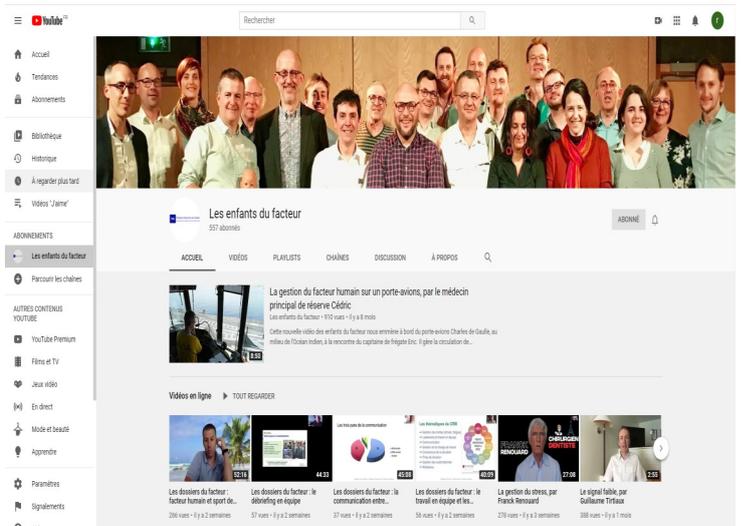
Croskerry P, Singhal G, Mamede S. Cognitive debiasing 1: origins of bias and theory of debiasing. BMJ Qual Saf. 2013; 22: ii58-ii64.

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

<https://sfar.org/espace-professionnel-anesthese-reaanimateur/outils-professionnels/boite-a-outils/aides-cognitives-en-anesthese-reaanimation/>



Le groupe « Facteurs humains en santé » une ressource utile et gratuite de professionnels investis pour aider les soignants



QUAND, QUI, QUOI, AVEC QUI

Un site internet, une chaîne Youtube, un colloque annuel, des podcasts, les réseaux sociaux Twitter, Facebook et LinkedIn.