

CONGRÈS DES MEMBRES

BIAIS COGNITIFS SOUS SURVEILLANCE

ANNIE LABRECQUE

Quels biais cognitifs affectent les médecins dans leur pratique? Et comment en limiter l'influence sur le raisonnement clinique?

Photo: Mélanie Cabanes



D^r Pierre Desaulniers

Les biais cognitifs peuvent affecter le jugement clinique et, par ricochet, la qualité des soins offerts aux patients. Lors du dernier congrès des membres de la FMOQ, le **D^r Pierre Desaulniers**, spécialiste en médecine d'urgence au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), a présenté des stratégies permettant de reconnaître ces biais et d'en atténuer les effets sur la pratique.

Un biais cognitif est un mécanisme de pensée inconscient qui déforme le jugement : un raccourci mental, en quelque sorte. « C'est un phénomène qui nous accompagne tout au long de notre carrière, du début à la fin », observe le médecin, qui souligne l'importance de s'y attarder. Aucune discipline n'est à l'abri. Une simple recherche associant une spécialité aux mots « biais cognitifs » dans un moteur de recherche suffit pour s'en convaincre.

LES DEUX MODES DE PENSÉE DU CERVEAU

Que ce soit dans le brouhaha de l'urgence d'un hôpital ou dans le calme d'un cabinet de consultation, le raisonnement clinique est constamment sollicité. Selon le D^r Desaulniers, les erreurs diagnostiques découlent plus souvent de biais cognitifs que d'un manque de connaissances ou d'expérience.

« Nous sommes généralement beaucoup plus habiles à reconnaître les biais cognitifs chez les autres que dans nos propres décisions », souligne-t-il. Dans certaines spécialités où l'interprétation visuelle domine, comme la radiologie ou l'anatomopathologie, un biais cognitif surviendrait dans environ 5 % des cas, selon une étude publiée dans *The American Journal of Medicine*. Chez les cliniciens de première ligne, cette proportion avoisinerait 15 %. « Cela ne signifie pas qu'il y a des conséquences dans 15 % des situations, mais plutôt que notre raisonnement clinique trébuche un peu », nuance-t-il.

Le D^r Desaulniers explique que le raisonnement clinique repose principalement sur deux modes de pensée. Le premier type, la reconnaissance de formes ou *pattern recognition*, est rapide et intuitif. Avec l'expérience, les omnipraticiens reconnaissent rapidement des tableaux cliniques familiers et associent spontanément certains patients à des cas déjà rencontrés, souvent sans en être conscients. Par exemple, une éruption caractéristique du zona. « Certaines données indiquent que les cliniciens ayant plus de dix ans d'expérience utilisent le raisonnement de type 1 jusqu'à 70 % du temps », explique-t-il.

« Nous sommes généralement beaucoup plus habiles à reconnaître les biais cognitifs chez les autres que dans nos propres décisions ».

- D^r Pierre Desaulniers

Le deuxième mode de pensée est plus lent, analytique et conscient. Il s'appuie sur les connaissances physiopathologiques du clinicien. Ce mode de pensée est moins exposé aux biais cognitifs, mais il est aussi plus fragile. « La fatigue, le stress ou encore la pression clinique, notamment la surcharge hospitalière, peuvent diminuer la capacité à mobiliser la réflexion analytique. Le raisonnement intuitif (mode de pensée de type 1) prend alors davantage de place, ce qui augmente le risque de biais cognitifs », souligne le D^r Desaulniers.



COMBATTRE LES BIAIS

Reconnaître les biais est essentiel, mais cela ne suffit pas à les limiter. Selon le D^r Pierre Desaulniers, une première étape consiste à examiner son propre raisonnement clinique et à en discuter ouvertement dans l'enseignement, les départements et les activités cliniques. « En parler permet de développer notre expérience. Si je prends le temps de réfléchir à mon raisonnement clinique, il est possible que, la prochaine fois que je risque de reproduire le même raisonnement biaisé, je sois un peu plus attentif aux signes avant-coureurs », explique-t-il.

Concrètement, le D^r Desaulniers recommande des stratégies de forçage cognitif, c'est-à-dire des habitudes volontairement intégrées à la pratique pour réduire les biais. Par exemple : réviser systématiquement les bilans et les résultats d'exams avant le congé d'un patient, envisager au moins trois diagnostics possibles et utiliser une liste de vérification, comme celle proposée par Mark Graber et ses collègues.



**CONSULTER
LA LISTE DE
MARK GRABER**

Le D^r Desaulniers souligne l'utilité de ces outils. « Ils amènent à se poser des questions clés dans les situations complexes ou incertaines : suis-je influencé par un diagnostic déjà proposé ? Ai-je négligé une information discordante ? Suis-je pressé ou en surcharge cognitive ? » Contrairement à ce que certains pourraient craindre, cette démarche n'alourdit pas la charge de travail. « Après quelques fois, cette façon de penser devient naturelle et ne prend qu'une trentaine de secondes. Ce court moment de recul peut vraiment faire une différence dans les décisions cliniques », rassure le D^r Desaulniers.

Finalement, les outils tels que les lignes directrices, les règles cliniques et les discussions entre collègues demeurent des remparts efficaces pour contrer les biais cognitifs. Le recours à un second avis oblige aussi le clinicien à prendre du recul et à réexaminer son raisonnement de façon plus analytique. ■

LES PRINCIPAUX BIAIS COGNITIFS

Le D^r Pierre Desaulniers a présenté au congrès des membres de la FMOQ les principaux biais rencontrés chez les professionnels de la santé. Il signale que les omnipraticiens sont susceptibles d'en cumuler plusieurs.

BIAIS DE FERMETURE PRÉCOCE :

Le plus fréquent. Survient quand le processus diagnostique s'interrompt dès qu'une hypothèse paraît satisfaisante. Par exemple : « ça siffle, donc c'est de l'asthme » ; « c'est rouge et chaud, donc c'est une cellulite ».

BIAIS DE CONFIRMATION :

Se manifeste lorsque le clinicien ne retient que les éléments appuyant le diagnostic envisagé en ignorant les autres données qui le contredisent.

BIAIS D'ANCRAGE (OU AIGUILLAGE) :

Apparaît lorsque le raisonnement clinique est influencé par une information initiale, souvent la première reçue, provenant notamment des ambulanciers, du triage ou du dossier du patient.

BIAIS DE SATISFACTION :

Bien connu en radiologie, il apparaît lorsque la recherche d'un diagnostic cesse une fois qu'une première anomalie est trouvée. Par exemple : une fracture évidente sur la radiographie peut détourner l'attention d'autres fractures ou lésions.

BIAIS DE DISPONIBILITÉ :

Correspond à une tendance à estimer la probabilité d'une maladie selon la facilité avec laquelle un exemple vient à l'esprit. Par exemple : si le professionnel de la santé a vécu récemment un cas marquant ou s'il s'intéresse à une pathologie en particulier, il aura plus tendance à voir ce type de cas.

BIAIS DE RÉTROSPECTION (HINDSIGHT BIAS) :

Se produit après les événements : un diagnostic paraît évident une fois la conclusion connue.