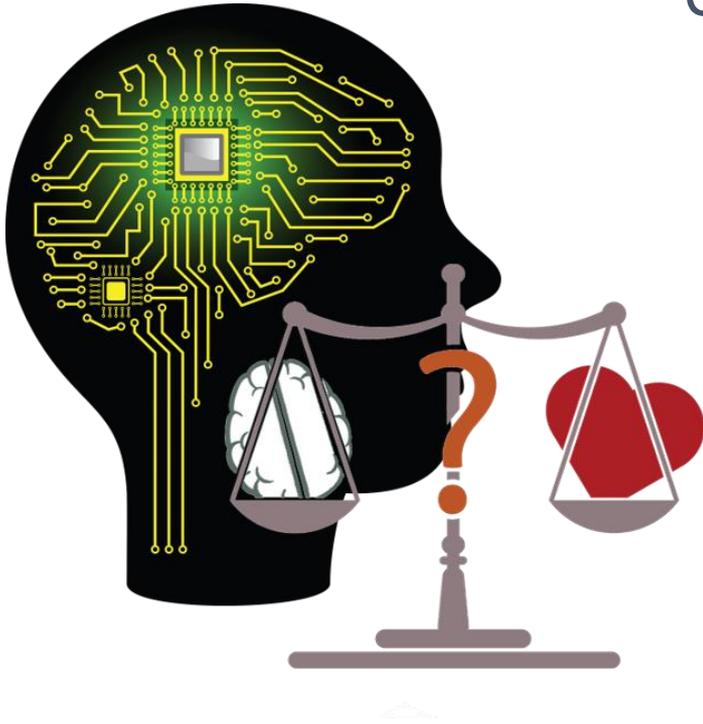


Biais cognitifs dans le contexte médical :

Comment notre raisonnement peut être influencé de manière implicite...



*Julia Sader*

*Psychologue FSP et Doctorante en  
éducation médicale*

*Affiliations:*

*Unité de Développement et de Recherche en Éducation Médicale  
(UDREM)*

*Service d'endocrinologie, diabétologie, nutrition et éducation  
thérapeutique du patient (ETP) aux Hôpitaux Universitaires de  
Genève (HUG)*

24ème Journée Scientifique Interjurassienne de la Santé  
Jeudi 15 juin 2023

# Conférence interactive !

Si vous n'avez pas de téléphone ou internet, regarder avec vos voisins et répondez ensemble



## Instructions

Go to

**www.menti.com**

Enter the code

**3824 1326**



# Le raisonnement

La raison est un **mode de pensée qui permet à l'esprit humain d'organiser ses relations avec le réel**. C'est, pour Aristote, la faculté distinctive de l'homme qu'il définit comme zoon logikon (« animal raisonnable ») Ref:

*Aristote (384-322 av. J.-C.)*

Le raisonnement est **l'action ou la faculté de raisonner, l'exercice de la pensée et la manière de l'exercer**. Il se traduit par la capacité à analyser le réel et à le comprendre, à percevoir les relations entre les êtres ou les objets. Ref: Dictionnaire Lexilogos (2002-2023)

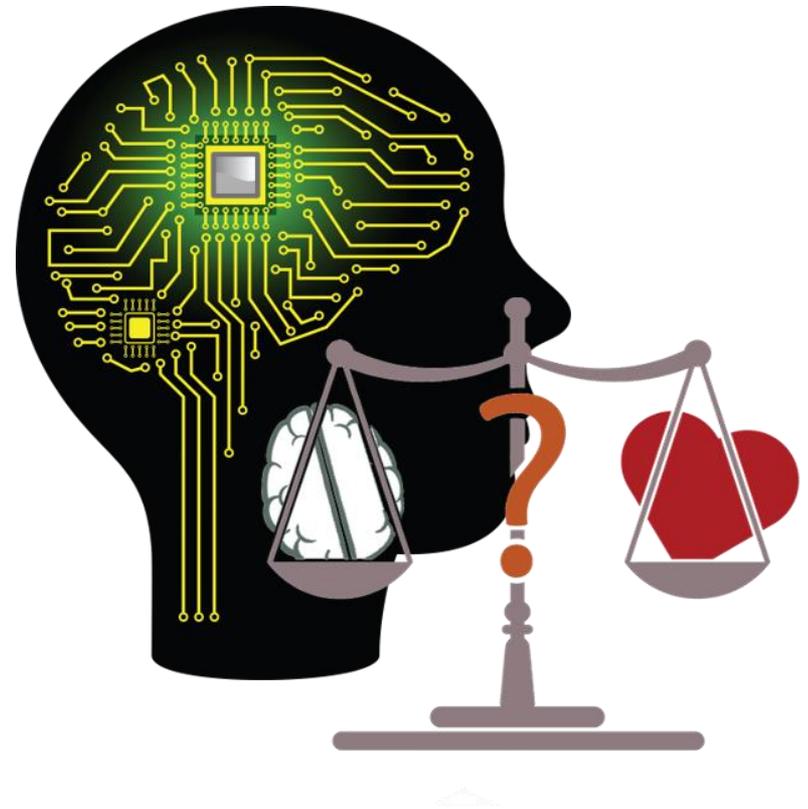


# Partie 1

Le raisonnement clinique

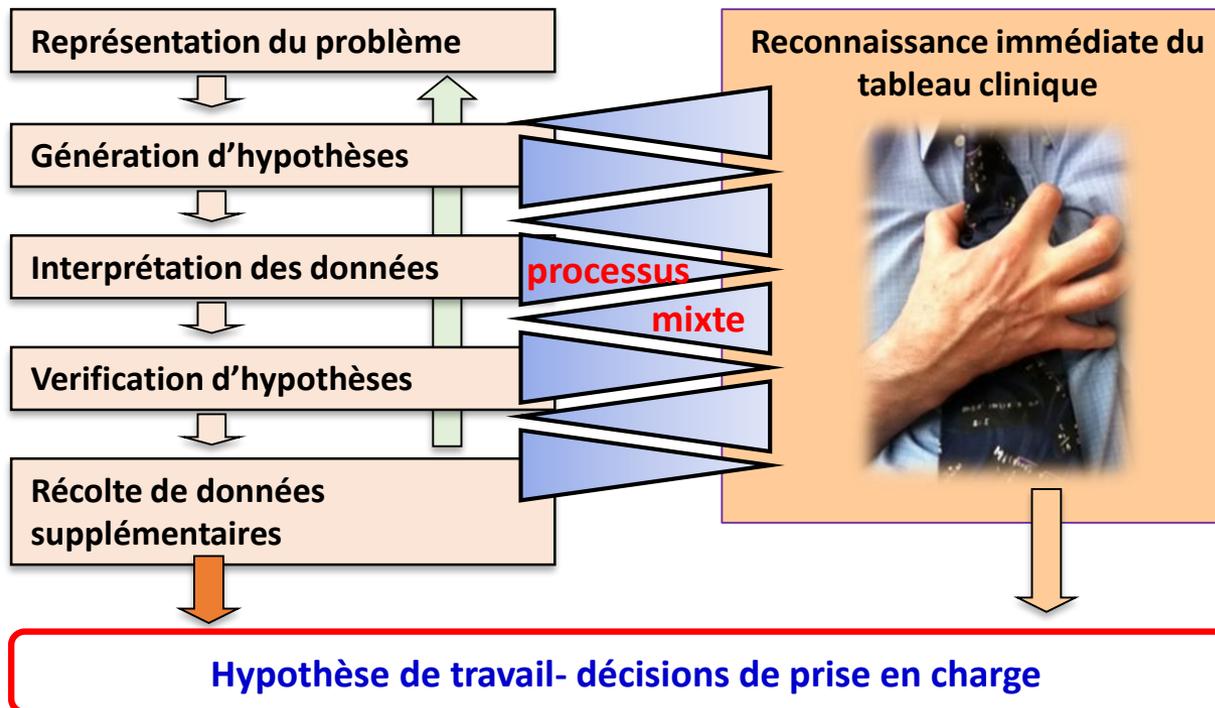
# Le raisonnement clinique

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 (e.g. DRS)

FACTEURS COGNITIFS OU EXTERNES  
PROCESSUS ANALYTIQUE      PROCESSUS NON ANALYTIQUE



Merci à Prof Nendaz pour cette diapo

**Information initiale du patient dans son contexte**

*Femme, 23 ans:  
« j'ai mal à la tête depuis 2 jours, J'ai pris du paracétamol, ça ne marche pas »*

*JF, céphalée depuis 2 jours, non soulagée par traitement usuel*

*Migraine? Céphalée de tension ?  
Méningite virale ?*

*Céphalée frontale, unilatérale, nausées, vomissements, atteinte d'un champ visuel...  
Localisation frontale pas discriminante  
Symptômes visuels et vomissements significatifs*

*Mais.. Tumeur cérébrale ? Saignement intracrânien ?*

*Episodes semblables ds le passé (menstruations)  
Aucun signe /symptôme de latéralisation  
Céphalée soulagée par le sommeil...*

*MIGRAINE AVEC AURA TRES PROBABLE*

Représentation du problème

Génération d'hypothèses

Interprétation des données

Vérification des hypothèses

Recherche d'informations supplémentaires

**Hypothèse(s) finale(s) – décisions de prise en charge**

**Système 2. Processus analytique (hypothético-déductif) Elstein 1978**

# Qu'est-ce que cette image représente ?

(mentimeter)



**Système 1. Processus non analytique (intuitif)**

Sader J 2023

Peintre: Oleg Shouplyak

# Combien de visages voyez-vous ?

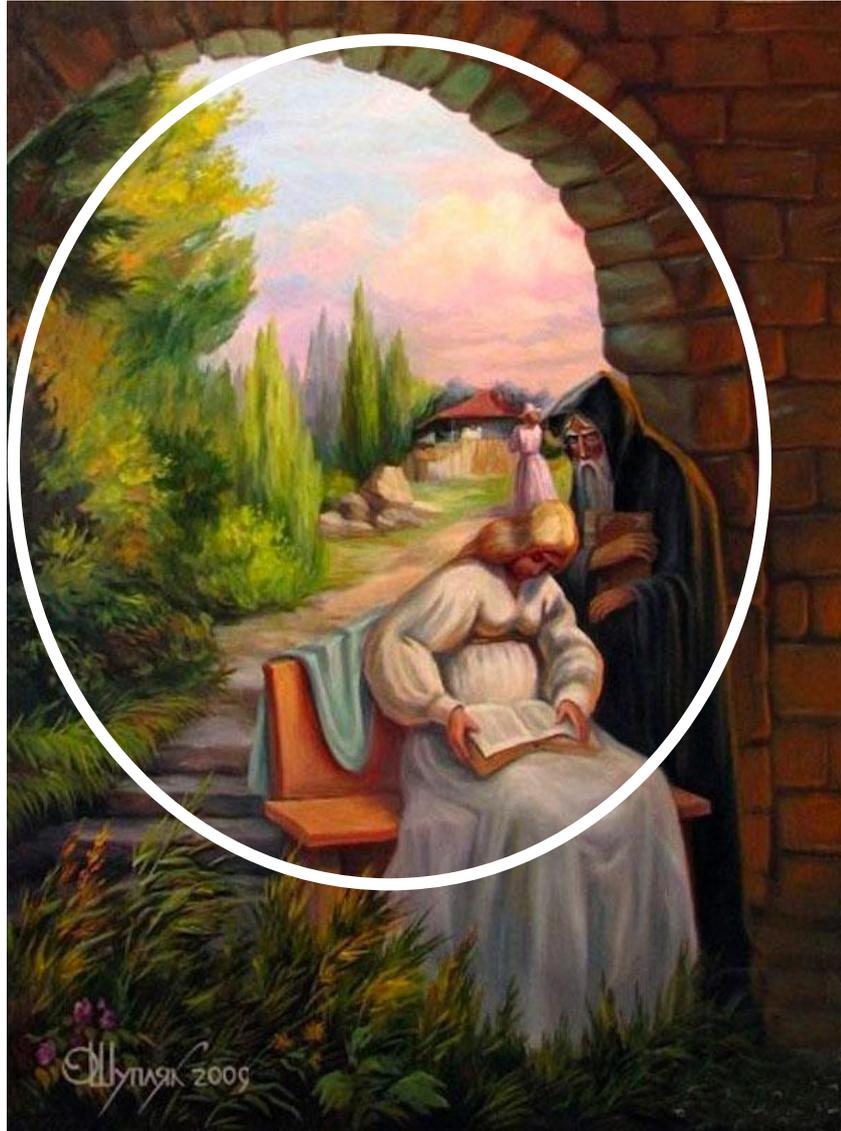


# Avez-vous vu ses visages ?



Peintre: Oleg Shouplyak

# Et celui-ci ?



Peintre: Oleg Shouplyak

# Un exemple de configuration caractéristique de signes et symptômes: l'**eczéma**



## **Les éléments clés sont:**

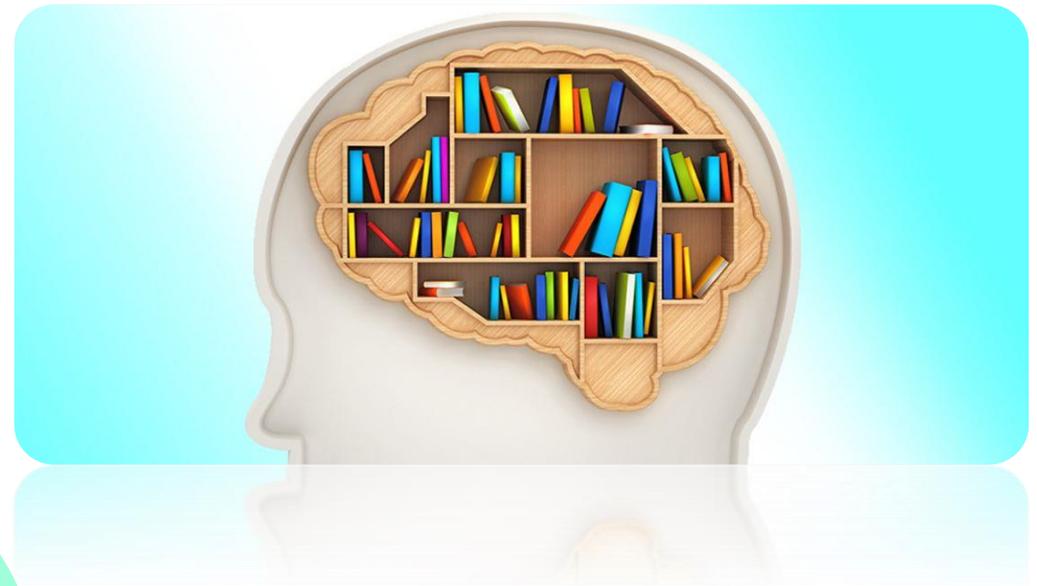
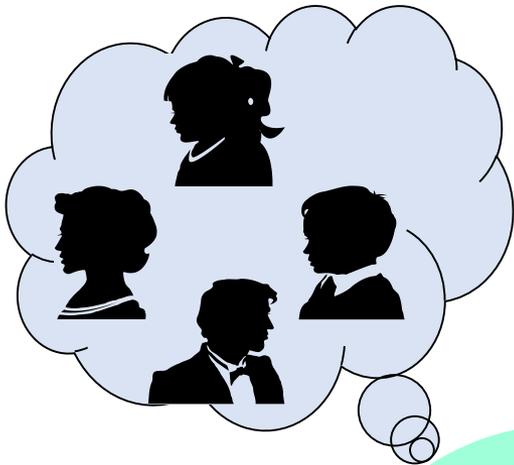
L'eczéma est une dermatose prurigineuse caractérisée par une inflammation non contagieuse de la peau qui s'accompagne de :

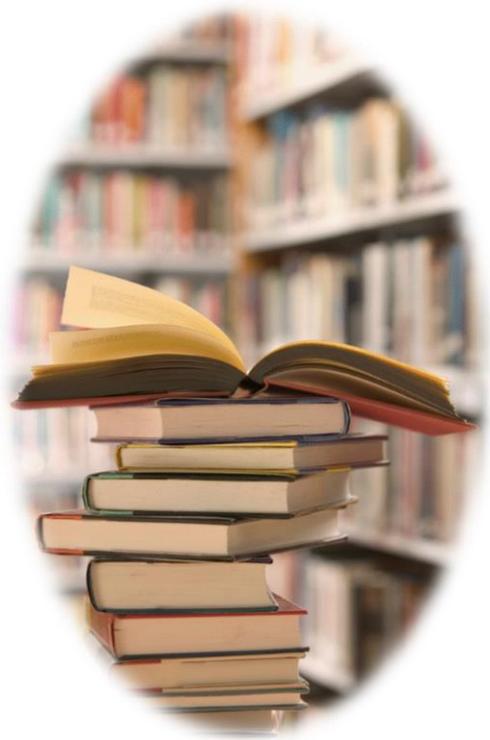
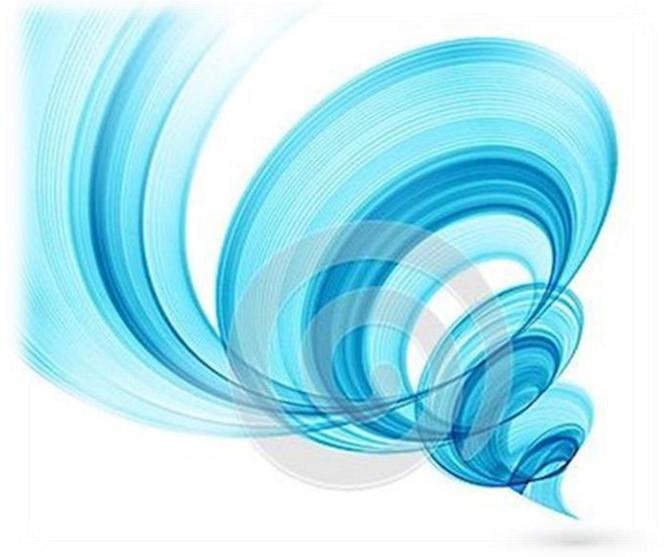
- rougeurs ;
- fines vésicules ;
- squames, c'est-à-dire de fines lamelles de peau qui se détachent de l'épiderme ;
- démangeaisons.

*La reconnaissance immédiate dépend des ingrédients valorisés dans le tableau clinique !*

Processus immédiat, non analytique

# Mémorisation d'exemples concrets





*Les processus de  
raisonnement...  
ne peuvent fonctionner  
sans connaissances  
organisées*

# 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!*

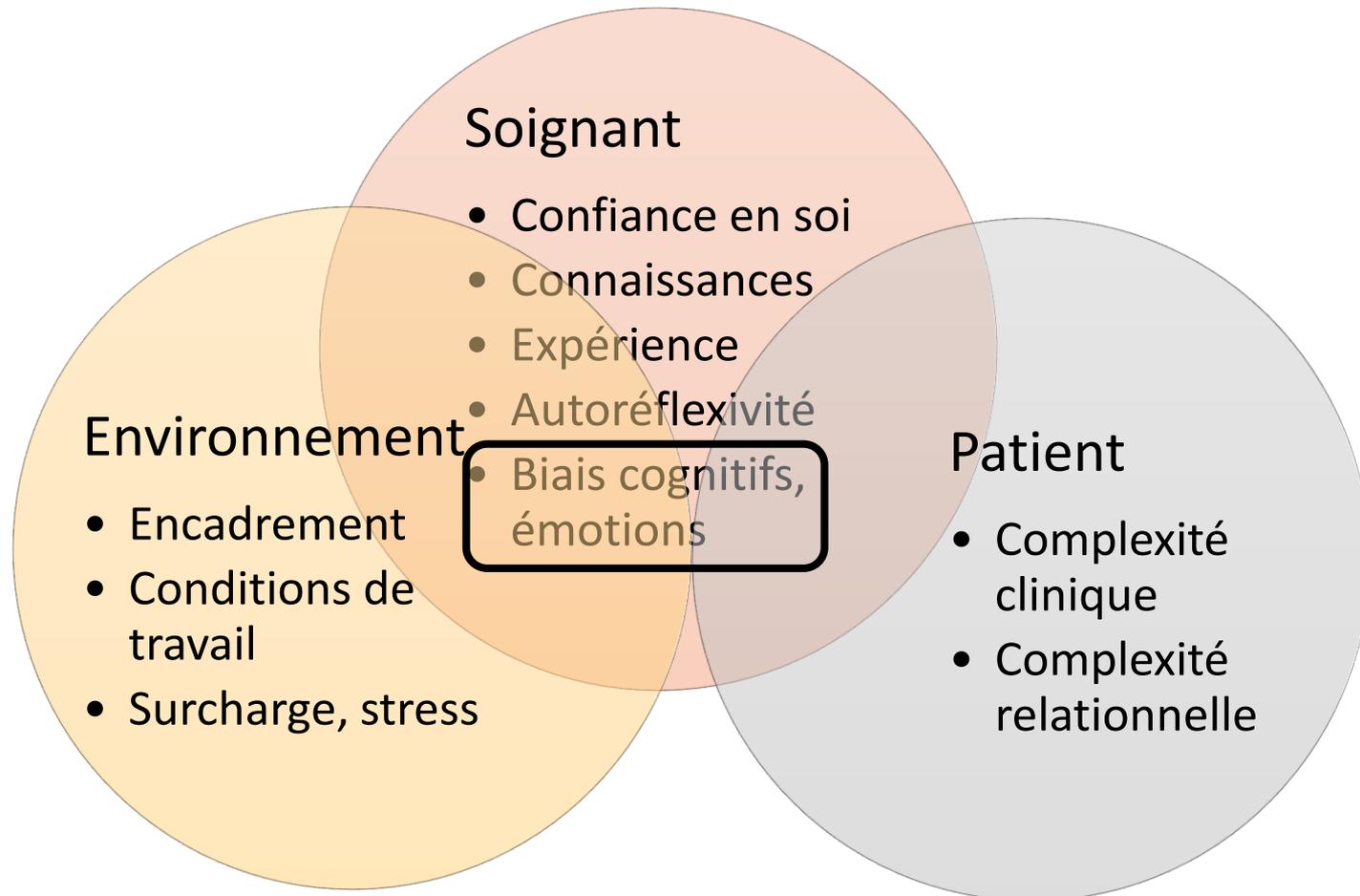
*La représentation du problème  
peut évoluer selon les  
informations à disposition*

An illustration of a person in a dark suit standing on a light-colored path that leads to a pyramid. The pyramid is composed of several levels, each with a red and white striped barrier across it. At the top of the pyramid is a large red key. The background is a light blue sky with a few white clouds. The person is looking up at the key, with their hand to their forehead in a thoughtful or frustrated gesture.

# Partie 2

Les obstacles au raisonnement et à la décision

# Facteurs influençant les potentielles difficultés de raisonnement clinique



## Facteurs environnement

- Encadrement
- Conditions de travail
- Surcharge, stress
- Equipes
- Mauvaise communication entre paires



*« On détient tous une pièce du puzzle parfois la même parfois complémentaire, c'est en partageant et en ayant un raisonnement collaboratif qu'on peut avoir l'image en entier » (Sader et al, 2022)*

*Durning et al. Acad Med. 2013;88:442–448*

*Sader J, Notari SC, Coen M, Ritz C, Bajwa N, Nendaz M, Audétat M-C. Métaphores : une porte d'entrée pour accéder à la richesse du raisonnement clinique des médecins généralistes. Pédagogie Médicale, 2022;23;17-26*



# Biais cognitifs

- Un biais cognitif est une distorsion dans le traitement cognitif d'une information.
- Le terme biais fait référence à une déviation systématique de la pensée logique et rationnelle par rapport à la réalité
- Les biais cognitifs nous conduisent à accorder des importances différentes à des faits de même nature.
- Ces biais cognitifs peuvent être repérés lorsque des paradoxes ou des erreurs apparaissent dans un raisonnement ou un jugement



## **Vignette 1**

*Un homme de 22 ans se présente pendant la saison de la grippe avec nausées, vomissements et douleurs abdominales.*

*Le patient n'a pas de diarrhée.*

*L'abdomen est souple avec présence de sensibilité légère diffuse, sans douleur à la détente brusque de la paroi abdominale et les bruits intestinaux sont normaux.*

*Le patient reçoit un diagnostic de gastro-entérite.*

*Une appendicite est diagnostiquée deux jours plus tard.*

**Que s'est-t-il passé ?**

**Qu'est-ce qui aurait pu prévenir cette erreur ?**

## Biais d'ancrage

Centrer l'attention sur un symptôme, un signe, un élément d'information ou un diagnostic en particulier au début du processus du diagnostic sans apporter de corrections en fonction d'autres possibilités - soit en manquant d'en tenir compte ou en les ignorant.



*Le patient reçoit un diagnostic de gastro-entérite puisque le médecin centre son attention sur les vomissements et minimise l'importance de la douleur abdominale et de l'absence de diarrhée.*

*Le patient est renvoyé chez lui. Une appendicite est diagnostiquée deux jours plus tard.*

### **Astuces :**

- Recueillir suffisamment d'information.
- Établir un diagnostic différentiel.
- Envisager la pire éventualité.
- Réévaluer le diagnostic si : de nouveaux signes ou symptômes apparaissent;
- L'évolution naturelle de la maladie présumée n'est pas observée chez le patient sans traitement et son état ne s'améliore pas;
- L'état du patient ne s'améliore pas tel que prévu

## Vignette 2

*Une femme de 28 ans qui prend des contraceptifs oraux se présente avec une douleur au mollet après avoir fait une chute au travail.*

*Son généraliste pose le diagnostic de foulure du muscle du mollet.*

*La patiente décède deux jours plus tard d'une embolie pulmonaire massive.*

**Que s'est-t-il passé ?**

**Qu'est-ce qui aurait pu prévenir cette erreur ?**

## Biais de disponibilité ou s'éloigner du concept du zèbre

Si c'est rare, il ne peut pas s'agir de cela – le fait de s'éloigner d'un diagnostic rare.

*Une femme de 28 ans qui **prend des contraceptifs oraux** se présente avec une douleur au mollet après avoir fait une chute au travail. **Bien que la foulure d'un muscle à la suite d'une blessure soit un diagnostic plus courant, dans ce cas, c'est un diagnostic de thrombophlébite profonde (TPP) qui aurait dû être posé.***



### **Astuces :**

Les étudiants en médecine se font dire : « Lorsque vous entendez un bruit de sabots, pensez à un cheval et non à un zèbre », ce qui s'avère habituellement un conseil judicieux. Or, lorsque vous envisagez le pire des diagnostics et que vous le confirmez ou l'excluez, les chances de poser un diagnostic erroné sont réduites.



# Intégration des valeurs du patient-es...

- Représentations du patient face à maladie
  - « *J'ai un oncle qui a eu une attaque cérébrale, il faut tout faire pour éviter que je risque une paralysie qui pour moi, est pire que de mourir...* »
  - « *Un ami a saigné du nez sous traitement anticoagulant: c'est donc un traitement dangereux que je n'aimerais pas...* »
- Personnalité et attitude face aux risques
  - « *J'aime mieux prendre le risque d'une attaque que d'avoir la contrainte de contrôler régulièrement l'effet de l'anticoagulation* »

→ Préférences du patient à inclure dans la démarche

# Apprendre à gérer l'incertitude...

Les enjeux ne résident pas dans la diminution de l'incertitude, mais dans la capacité de prendre conscience de ces « zones grises » et de leur impact, de les accepter et de développer la tolérance à l'incertitude

**Importance de la supervision et de l'équipe !**

Pédagogie Médicale 21, 1-4 (2020)  
© SIFEM, 2020  
<https://doi.org/10.1051/pmed/2020032>

## ÉDITORIAL

### Face à l'incertitude : humilité, curiosité et partage

*Facing uncertainty: humility, curiosity and sharing*

« Faire de l'interruption, un nouveau chemin, faire de la chute, un pas de danse, faire de la peur, un escalier, du rêve, un pont, de la recherche... une rencontre. »

*Fernando Sabino*

« Faire de l'interruption, un nouveau chemin, faire de la chute, un pas de danse, faire de la peur, un escalier, du rêve, un pont, de la recherche... une rencontre. »

*Fernando Sabino*

« Faire de l'interruption, un nouveau chemin, faire de la chute, un pas de danse, faire de la peur, un escalier, du rêve, un pont, de la recherche... une rencontre. »

# PATIENT SAFETY

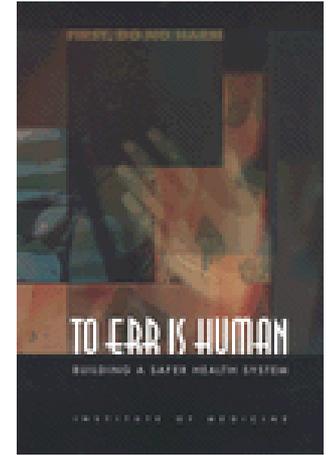


The driving force for me...

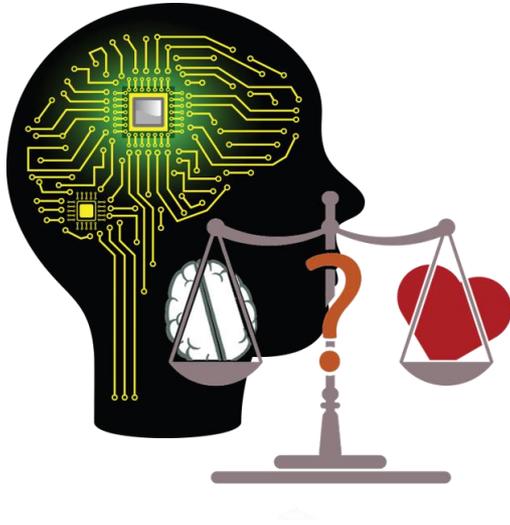
«Good-Nature and Good-Sense must ever join;  
To err is Humane; to Forgive, Divine.»  
Alexander Pop, An Essay on Criticism,  
Part II, 1711

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*



Merci pour votre attention !

Et merci à mes superviseurs et mentors :

Prof Mathieu Nendaz

Prof Marie-Claude Audétat

Si vous avez des questions:

[Julia.sader@hcuge.ch](mailto:Julia.sader@hcuge.ch)

Julia Sader, Psychologue et doctorante en  
éducation médicale

*Affiliations:*

*UDREM : Unité de développement et de recherche en éducation médicale*

*HUG : Hôpitaux Universitaire de Genève – ETP – éducation thérapeutique du patient*