

Point de vue des cliniciens

Biais cognitifs dans le diagnostic de maladie d'Alzheimer

Lola Aubry^a, Jean Marie Annoni^b, Andrea M. Humm^c, Mélanie Genetti Gatfield^d

^a Université de Fribourg, Faculté des Sciences et de Médecine, Fribourg, Suisse; ^b Service de Neurologie, Service de Médecine interne et Spécialités, Département de Médecine interne, HFR Fribourg - Hôpital Cantonal, Fribourg, Suisse; ^c Laboratoire des Sciences Cognitives et Neurologiques, Département de médecine, Université de Fribourg, Fribourg, Suisse; ^d Service de Neurologie, Service de Médecine interne et Spécialités, Département de Médecine interne, HFR Fribourg - Hôpital Cantonal, Fribourg, Suisse; ^e Unité de Neuropsychologie et Logopédie, Service de Médecine interne et Spécialités, HFR Fribourg - Hôpital Cantonal, Fribourg, Suisse.

Abstract

Objectives: Cognitive biases (CB), an important source of medical errors, have been investigated in many clinical specialties. They have never been demonstrated in the field of neurocognitive disorders and Alzheimer's disease, where the diagnostic accuracy is complex, particularly regarding their differential diagnoses. This study aims to establish the presence of CB in this field, their frequency and to understand the context favouring their appearance, as well as to propose protective strategies (i.e., "debiasing").

Method: 15 clinicians in memory consultation (neuropsychologists, doctors, nurses) took part in interviews in 2020, including a structured interview, a discussion based on a list of CBs referenced in medicine and a reflective writing exercise relating to an experience involving a bias in the diagnosis of Alzheimer's disease (AD). Among these biases were fixing on the patient's initial presentation and not adjusting one's diagnostic hypothesis despite the presence of new elements ("anchoring bias"), being influenced by the clinical context or the way in which the information is transmitted ("frame effect"), looking for clinical elements that validate the diagnostic hypothesis and not those that would redirect it ("confirmation bias"), looking for typical manifestations of a disease and missing atypical clinical pictures ("representativeness bias") and being influenced by the patient's psychiatric context ("psychosis error"). The frequency of CBs was analysed semi-quantitatively and then compared between professions and age groups. The narratives were analysed qualitatively to identify contextual factors and possible protective strategies.

Results: The most frequently cited CBs in the interviews were confirmation bias (86.67%), representativeness bias (80%), psychosis error (60%), frame effect (46.67%) and anchoring bias (46.67%). Differences were noted between the subgroups. Neuropsychologists more often noted the multiple alternatives CB, while doctors more frequently mentioned the overconfidence and availability CB. Juniors frequently described multiple alternatives CB, psychosis error and confirmation CB, while seniors more frequently noted confidence error and outcome bias. Participants mentioned patient, caregiver, diagnostic procedure and clinical picture elements to explain their biases. They cited several protective strategies including a systematic approach to diagnosis, regular monitoring of their progress, interdisciplinarity and frequent supervision.

Conclusion: CBs are found in Memory Centres as everywhere else in medicine and are influenced by age and profession. Protective factors to prevent CBs can be integrated into the diagnostic and follow-up process.

Keywords: Cognitive bias; memory clinic; neurodegenerative disease

Introduction

Dans toute prise en charge médicale, la démarche diagnostique initiale est un point angulaire, déterminant les investigations en-

treprises, l'orientation thérapeutique et le suivi clinique. Ce processus réflexif a fait l'objet de nombreuses études, cherchant à décrire les aspects cognitifs y contribuant. Parmi les théo-

ries formulées, la théorie du double processus («Dual Process Theory»), largement validée, distingue deux systèmes cognitifs, intriqués dans un processus hypothético-déductif [1–3]. Le système 1 – «Blickdiagnose», intuitif et inconscient, fait appel à l'expérience clinique pour établir immédiatement une première orientation diagnostique. Le système 2 – «Differentialdiagnose» – de dimension analytique, permet de considérer les subtilités propres à une situation particulière, de réorienter les premières impressions et de raisonner face à un tableau clinique inconnu.

Bien que le système 2 soit réputé plus précis que le premier [1], ils sont tous deux sous l'influence de nombreuses heuristiques mentales et biais cognitifs (BC) [4], contribuant à l'imprécision du diagnostic [5]. Les BC sont des distorsions de notre pensée sur les informations traitées, corrompant notre appréciation [6–9]. Plus largement, les BC comprennent également des facteurs de type affectif («biais émotionnels») tels que, par exemple, l'affect envers le patient ou l'humeur et la fatigue du soignant [10, 11]. Leur impact dans les différentes étapes du processus diagnostique a été largement investigué [6–17]. Hormis de rares réflexions dans le domaine neuropsychologique [18–20], ce sujet n'a, à notre connaissance, jamais été étudié dans le contexte de la Consultation Mémoire (CM).

En Suisse, un diagnostic de trouble neurocognitif (TNC) et son étiologie font l'objet d'une démarche interdisciplinaire par un centre spécialisé, la CM [21]. Le patient y est vu par un médecin (neurologue, psychogériatre, gériatre ou interniste) qui réalise une anamnèse et un status clinique, ainsi que par un neuropsychologue qui effectue un examen standardisé des fonctions cognitives. Le plus souvent, une hétéroanamnèse, une IRM céré-

brale sont demandées, parfois complétées par une imagerie fonctionnelle et des marqueurs biologiques du liquide céphalo-rachidien.

Dans la plupart des CM, les cas sont discutés lors des colloques interdisciplinaires du centre. Le diagnostic est posé sur la base d'un raisonnement «clinico-radio-biologique».

Nous nous sommes intéressés au diagnostic de la maladie d'Alzheimer (MA), car il s'agit de l'étiologie la plus fréquente du TNC, à savoir 60-70% des cas [22]. Des critères diagnostiques sont établis par des groupes internationaux d'experts [23, 24], et la certitude du diagnostic augmente avec les examens paracliniques, optionnels. Dans cette phase prodromique, la démarche diagnostique du clinicien est guidée par l'impression clinique. Elle est cependant difficile: le diagnostic correct du type de démence en clinique non spécialisée n'est posé que dans 35% des cas [25]. Le bilan global suggéré par le consensus suisse améliore la précision diagnostique à 80% [21].

Dans ce contexte diagnostique incertain, la présence de BC peut orienter plus fortement encore les hypothèses de travail que dans d'autres contextes médicaux, d'où la pertinence de s'y intéresser. Dans cette étude, notre premier objectif est d'identifier les biais cognitifs dans la démarche diagnostique clinique de MA et d'obtenir un aperçu de leur fréquence. Deuxièmement, nous souhaitons mettre en exergue le vécu et les explications du professionnel par rapport aux BC qu'il décrit, afin d'en saisir le contexte, les explications, les possibles conséquences personnelles et d'identifier les stratégies protectrices («debiasing»). Finalement, nous cherchons à évaluer les BC identifiés en regard du profil du sujet, à savoir le corps de métier et l'ancienneté.

Méthodes

Echantillonnage et collecte des données

La collecte des données a débuté par les sujets-pilotes en juin 2020 et s'est terminée en décembre 2020. Les données ont eu lieu en parallèle, entre juin 2020 et février 2021.

Nous avons effectué un échantillonnage théorique [26], recherchant une diversité des profils de participants. Il s'agit de cliniciens employés dans les CM des cantons de Vaud, du Valais et de Fribourg, incluant les différents corps de métiers et niveaux d'expérience (cliniciens débutants jusqu'à chefs de service). Les participants (fig. 1, tab. 1), contactés par e-mail ou téléphone, étaient volontaires et francophones et ont donné leur aval pour la publication des résultats. La commission d'éthique a jugé cette étude non soumise à la Loi relative à la recherche sur l'être humain (LRH) et n'est donc pas intervenue.

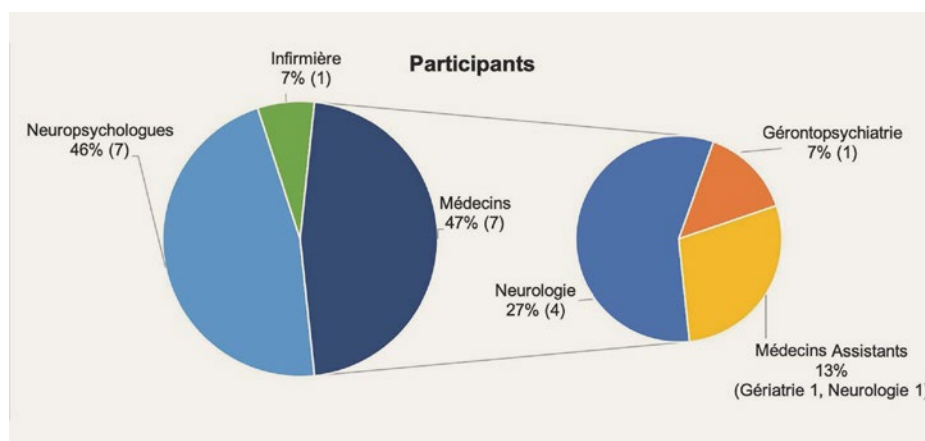


Figure 1: Répartition des participants selon leur profession et leur spécialité.

Tableau 1: Profil des participants à l'étude, par genre et profession

	Nombre	Femmes (%)	Hommes (%)
Participants	15	60%	40%
Neuropsychologues	7	85,71%	14,29%
Médecins	7	28,57%	71,43%
Infirmière	1	100%	0%

Développement d'une méthodologie de recherche

La méthodologie s'appuie sur celle d'Oddie et collaborateurs [13], complétée par celles de différentes études, soit qualitatives [27–29], soit sur les BC [8, 12, 30–34].

L'approche choisie est autoréflexive, nous intéressant au point de vue des cliniciens impliqués dans la démarche diagnostique, en les questionnant sur leur pratique et celle de leurs pairs. La démarche s'est déroulée en 2 étapes:

- **avant l'interview:** lecture d'un article [35] sur les aspects cognitifs de l'erreur médicale ainsi qu'une liste explicative des différents biais cognitifs (LEBC), adaptée de Croskerry [8], avec comme consigne d'une part de sélectionner sur la LEBC les biais les plus fréquents en CM et d'autre part de se souvenir d'un cas clinique permettant une narration;
- **pendant l'interview** sur leur lieu de travail, nous avons mené:
 - a. **un entretien structuré** sur la base d'un questionnaire;
 - b. **un exercice de narration réflexive** sur un cas impliquant un BC pendant le processus diagnostique de MA, sous forme de récit libre, en nommant les biais, les expliquant ainsi que leurs conséquences.

La méthodologie a évolué au cours de l'étude: dès le participant 003, nous avons pris note des explications sur la sélection des BC de la LEBC;

dès le participant 008, nous avons demandé de les expliquer systématiquement.

Réflexivité

L.A. a conduit les entretiens, qui ont été enregistrés, retranscrits, anonymisés, puis envoyés pour validation aux participants. Un carnet de bord a été tenu, permettant de suivre l'évolution du codage. M.G.G. a contribué au design de l'étude, à la rédaction du questionnaire et à l'analyse des interviews. J.M.A. a été impliqué dans le design et la partie finale de l'analyse. M.G.G. et J.M.A. ont été inclus comme sujets dans l'étude, sans avoir eu connaissance des résultats des autres sujets. A.M.H. a participé aux différentes étapes de rédaction.

Analyse des données

Afin d'obtenir des résultats à la fois numériques et explicatifs, la méthode d'analyse est double.

Analyse semi-quantitative

La fréquence d'apparition des BC choisis par les participants dans la LEBC et cités dans leur narration a été décrite pour répondre au premier objectif: la mise en évidence de BC en CM. Les données ont été analysées par sous-catégories: corps de métier (médecins versus neuropsychologues) et âge (supérieur versus inférieur à la médiane) pour répondre au 3^e objectif: évaluer le lien entre les BC et le profil des participants.

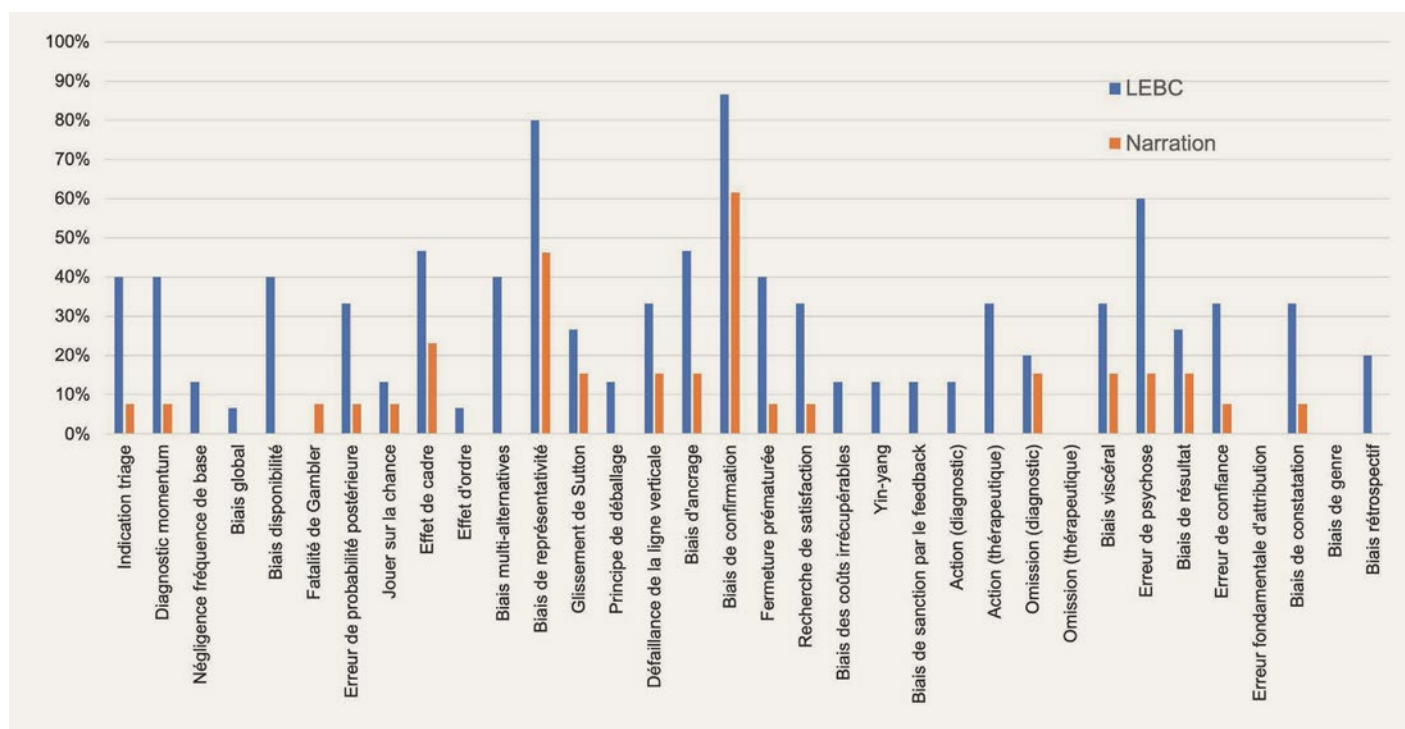


Figure 2: Fréquence des biais cognitifs à partir de la liste explicative des biais cognitifs (LEBC) et des narrations.

Analyse qualitative

L'analyse qualitative, répondant au 2^e objectif, à savoir identifier le contexte d'apparition, et les conséquences personnelles et facteurs protecteurs, s'est développée selon la «Framework Method» qui découle de la théorie ancrée («Grounded Theory») [26, 36–41].

Les narrations et les explications des LEBC ont été codées manuellement et séparément. Le codage, à la fois déductif et inductif, approche les textes selon des questions inspirées par Ogdie et collaborateurs [13]: quels biais sont cités par le participant; quelles explications invoque-t-il pour les expliquer; quelles stratégies protectrices propose-t-il, auxquelles nous avons ajouté quels diagnostics différen-

tiels le récit implique-t-il; quelles conséquences le participant observe-t-il sur sa pratique clinique à la suite de son expérience.

Les codes initiaux étaient descriptifs, reprenant des éléments du discours des sujets. Ils ont été comparés dans et entre les textes et organisés en catégories puis en thèmes retraçant finalement des liens entre les catégories, menant à l'interprétation finale des données. Un processus de validation par le participant [40] de l'analyse finale a été réalisé par deux d'entre eux (004 et 009), issus des deux corps de métiers principaux. Lors des derniers entretiens, le point de saturation [26, 37], où les nouveaux entretiens n'apportent plus de nouvelles données, a été atteint.

Pour la LEBC, nous avons codé les explications concernant les cinq biais les plus fréquemment choisis selon la méthode inductive. De nombreux biais fonctionnent en cercle: les participants expliquent un second biais par la présence du premier, qu'ils relient à des éléments externes. Nous avons axé notre codage sur le biais initial.

Résultats

Liste explicative des biais cognitifs

A partir de la LEBC, les cinq biais les plus fréquents (fig. 2) ont été le biais de confirmation (86,67%), le biais de représentativité (80%), l'erreur de psychose (60%), l'effet de cadre (46,67%) et le biais d'ancrage (46,67%), détaillés dans le tableau 2. L'analyse qualitative des explications données par les 13 participants (003-015) a permis de mettre quatre thèmes en évidence (tab. 3–5), à savoir: la population de patients à risque, les erreurs possiblement entraînées, l'origine de ces erreurs et les facteurs protecteurs; ces quatre thèmes ne ressortent pas exhaustivement pour chaque biais.

Narrations

Treize participants se sont souvenus d'une expérience personnelle pour laquelle la procédure diagnostique en CM impliquait des BC identifiables. Deux participants n'ont pas soumis de récit. Les narrations impliquaient des diagnostics différentiels classiques en CM

Tableau 2: Définition des biais cognitifs principaux

Nom du biais	Définition
Biais de confirmation (Confirmation bias)	Rechercher uniquement des éléments cliniques validant son hypothèse diagnostique.
Biais de représentativité (Representativeness)	Rechercher les manifestations typiques d'une maladie, manquer les tableaux cliniques atypiques.
Erreur de psychose (Psych-out error)	Orienter la prise en charge des patients avec diagnostics psychiatriques par les préjugés qu'on en a. Diagnostiquer des pathologies organiques comme psychiatriques.
Effet de cadre (Framing effect)	La manière dont les informations sont amenées influence la perception qu'on en a et l'importance qu'on leur donne.
Biais d'ancrage (Anchoring bias)	L'hypothèse diagnostique n'est pas ajustée malgré la présence de nouveaux éléments la contredisant.

(thymique versus neurodégénératif – MA, démence fronto-temporale, démence vasculaire, maladie à corps de Lewy, Charles-Bonnet). Dans plusieurs cas, le diagnostic final aura été possiblement adapté en fonction de l'évolution clinique.

Dans les narrations réflexives, les trois biais les plus fréquents étaient le biais de confirmation (61,54%), le biais de représentativité (46,15%) et l'effet de cadre (23,08%); la quatrième fréquence (15,38%) était similaire à sept BC, représentés dans la figure 2.

Nous avons pu mettre en évidence quatre origines d'apparition des différents BC évoqués (tab. 3–5): l'élément patient (facteurs relatifs au patient et à son histoire de vie); l'élément soignant (sentiments face aux patients, expérience clinique et auto-appréciation); l'élément procédure diagnostique (différentes étapes d'un processus diagnostique en CM); et l'élément tableau clinique (typicité et atypicité de la clinique présentée par les patients). Lorsque plusieurs biais sont reliés entre eux de manière circulaire, nous ne détaillons que le biais initial.

Biais principaux

Biais de confirmation

«Assez souvent [...] j'ai une hypothèse déjà qui est un petit peu orientée par rapport au dossier du patient [...] Bon, c'est aussi le job, où tu dois orienter tes questions anamnestiques et aussi ton testing en lien avec le dossier du patient parce que tu prépares ton cas [...] j'ai une impression clinique, finalement, qui est là, qui prend de l'ampleur, et je me dis «ça ne sert à rien d'investiguer trop ça parce que j'ai l'impression». Et finalement ce n'est pas une bonne idée.» (015)

Biais de représentativité

«On pourrait avoir des erreurs [sur] des démences frontotemporales qui sont prises pour des démences d'Alzheimer.» (012)

Erreur de psychose

«Chez les patients psychiatriques avec beaucoup d'antécédents, c'est extrêmement difficile d'arriver à la certitude qu'on ne se trompe pas en déclarant une maladie d'Alzheimer.» (006)

Biais d'ancrage

«Si on pense à quelque chose, on se demande toujours s'il n'y a pas une maladie d'Alzheimer en dessous...» (008)

Effet de cadre

«L'anamnèse révèle une anxiété de longue date dans un contexte familial + support du cahier avec plaintes multiples => effet de cadre.» (001)

Stratégies protectrices

Des stratégies protectrices sont proposées par les participants pour corriger leurs BC; certaines sont déjà implémentées et reconnues comme remparts aux erreurs. Elles concernent quatre aspects:

1. systématique rigoureuse pour le diagnostic initial: un protocole de CM, une anamnèse détaillée, une hétéroanamnèse, un examen neuropsychologique et une imagerie de routine, ainsi que le recours aux biomarqueurs, notamment pour les patients jeunes;
2. suivi de l'évolution du patient pour questionner son hypothèse initiale et éviter des biais. Leur expérience montre que le diagnostic étiologique des TNC est difficile en première consultation; un suivi est indispensable afin d'affiner les hypothèses selon l'évolution clinique;
3. interdisciplinarité propre à la CM et la supervision par des cliniciens aînés: la résolution a fréquemment été permise par une discussion en colloque interdisciplinaire;
4. introspection, réflexion personnelle et attitude d'ouverture au diagnostic différentiel.

«[...] j'ai fait un retour sur moi-même: j'étais, on va dire le chair, la personne la plus senior au cours de ce staff, et j'ai repensé à cette his-

toire [...] et ensuite j'ai décidé de revenir auprès de l'équipe en disant que nous avions probablement fait preuve d'un biais cognitif [...]» (003)

Conséquences personnelles

Les sujets ont généré plusieurs conséquences sur leur pratique clinique. Plusieurs sont actuellement plus vigilants et prudents: par rapport à leurs premières impressions, dans la communication précoce avec le patient ou dans leur implication émotionnelle dans les consultations. Certains modifient leurs représentations cliniques (p. ex., trouble de l'encodage égal maladie d'Alzheimer). D'autres appliquent systématiquement les stratégies protectrices citées ci-dessus, telles que d'organiser un suivi systématique à six mois.

Comparaison des sous-groupes

Corps de métiers

Nous avons comparé les résultats semi-quantitatifs des LEBC entre les corps de métiers, neuropsychologues et médecins, représentés dans la figure 3.

Les différences principales entre les groupes sont le biais multi-alternatives, l'erreur de confiance ainsi que le biais de disponibilité.

Tableau 3: Résultats biais de confirmation

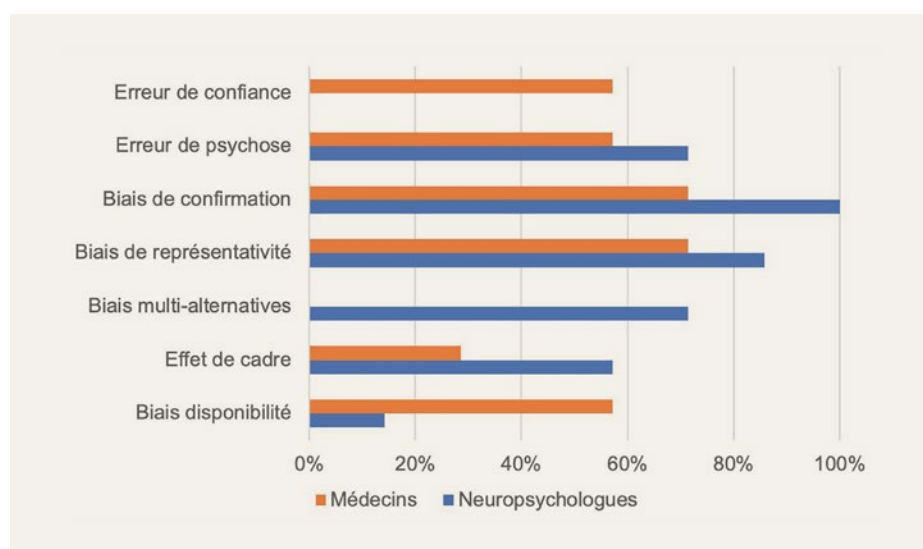
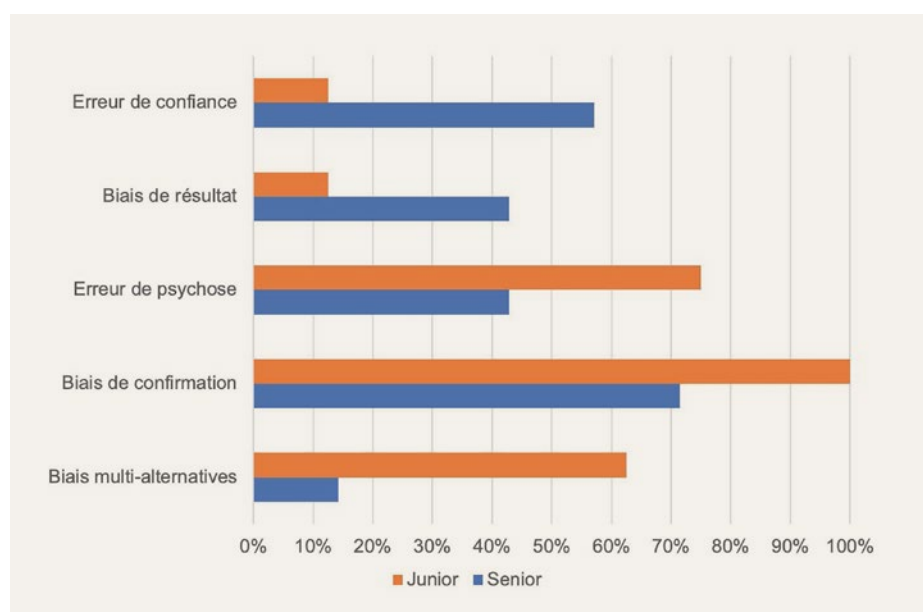
Thèmes (LEBC)	Résultats	Explications
Population à risque	Patients jeunes, sans antécédents familiaux, avec plaintes mnésiques.	
Erreurs	Manquer des diagnostics rares. Examens complémentaires sans indications.	
Raisons des erreurs	Confort, simplicité.	Plus facile de confirmer son hypothèse initiale.
	Volonté de se rassurer.	Faire des examens complémentaires.
	Pathologies fétiches.	Rechercher les pathologies par affinité plutôt que par indication.
	Préparation du cas avant la consultation.	Impression clinique orientant le testing.
Facteurs protecteurs	Idee d'un bon travail.	
Éléments (narrations)		
Patient	Antécédents psychiatriques. Migration. Jeune âge.	
Procédure diagnostique	Contacts avant la consultation.	Idee préalable du patient et du diagnostic.
Tableau clinique	Diagnostics incertains avec tableau ambigu et résultats de biomarqueurs discordants.	Rechercher la confirmation du bilan neuropsychologique dans les résultats de biomarqueurs.

LEBC: liste explicative des biais cognitifs

Tableau 4: Résultats biais de représentativité

Thèmes (LEBC)	Résultats	Explications
Erreurs	Aspects typiques = Alzheimer, alors qu'ils sont similaires dans d'autres pathologies.	Déficit d'encodage orientant vers une MA plutôt que vers une démence fronto-temporale
Raisons des erreurs	Similitude sémiologique des pathologies. Tableaux cliniques atypiques. Principes de formation neuropsychologie/médecine.	Difficulté à différencier. Apprentissage par tableau clinique classique.
Facteurs protecteurs	Educatifs. Ouverture dans l'attitude.	
Éléments (narrations)		
Tableau clinique	Tableau typique de MA.	Atteinte de l'encodage.

LEBC: liste explicative des biais cognitifs. MA: maladie d'Alzheimer

**Figure 3:** Analyse de sous-groupes par métier à partir de la liste explicative des biais cognitifs.**Figure 4:** Analyse de sous-groupes par âge (junior < âge médian).

Âge

Nous avons réparti les participants en deux groupes d'âges à partir de la médiane: «juniors» et «seniors» (fig. 4).

Les différences sont le biais multi-alternatives, l'erreur de psychose et le biais de confirmation, plus souvent choisis par les juniors, et l'erreur de confiance et le biais de résultat, sélectionnés plus fréquemment par les seniors.

Discussion

Biais cognitifs en CM

Comme 50 à 100% des cliniciens d'autres spécialités médicales [6], les cliniciens des CM constatent être influencés par plusieurs BC au cours de leurs réflexions diagnostiques. Notre étude identifie pour la première fois l'existence de BC dans le contexte spécifique de la CM, en particulier les biais de confirmation, de représentativité, l'erreur de psychose, l'effet de cadre et le biais d'ancrage. Ces résultats s'avèrent cohérents à partir de deux approches, l'une utilisant une liste de biais, l'autre partant d'une narration réflexive. Toutes deux ont l'avantage de s'appuyer sur une situation réelle, alors que la plupart des études dans le domaine médical sont basées sur des vignettes cliniques hypothétiques [7]. Nos résultats atteignent le point de saturation et ont été validés par deux participants indépendants, représentant les deux corps de métiers principaux de l'étude.

Une comparaison de ces résultats avec d'autres études est limitée, car la plupart des travaux à ce sujet n'analysent pas exhaustivement l'ensemble des BC connus et la variabilité des résultats est importante [6]. Dans une étude dont notre méthodologie se rapproche et qui porte sur les BC chez les médecins en formation [13], ce sont les biais de disponibilité, d'ancrage et l'effet de cadre qui ressortent le plus, le biais de représentativité n'ayant pas été inclus. Les différences sont possiblement dues à la population étudiée (jeunes médecins en formation vs intervenants avec formation confirmée dans notre étude) et à la spécialité (médecine toutes spécialités confondues vs CM dans notre étude).

Explications des biais

Nos participants ont su identifier le contexte occasionnant la survenue de BC. Il peut dépendre des patients (leur l'histoire de vie et leur attitude) ou des soignants (leur formation, leur expérience, leur degré d'auto-évaluation et leurs sentiments face aux patients). De plus, il peut être lié au contexte structurel régnant la CM: indications données par les médecins référents, questionnaires pour l'hétéroanamnèse, difficultés à obtenir des examens complémentaires. Finalement, il peut être dû à la présenta-

Tableau 5: Résultats erreur de psychose

Thèmes (LEBC)	Résultats	Explications
Population à risque	Antécédents psychiatriques. Vécu douloureux.	
Erreurs	Diagnostiquer des troubles organiques comme psychiatriques.	
	Sous-diagnostiquer par prudence.	Ne pas s'avancer car risque d'erreur important.
	Retard d'adressage en CM.	Troubles cognitifs diagnostiqués comme psychiatriques sans CM.
Raisons des erreurs	Difficulté à faire la part des choses entre composantes psychiatriques et organiques.	Similarité de la clinique. Composantes communes.
	Anamnèse floue, anosognosie des patients.	
	Surcharge de travail, incompréhension.	Beaucoup d'expertises pour patients avec pathologie psychiatrique dans un même centre.
Facteurs protecteurs	Expérience équipe.	
	Présence de psychogériatres.	
	Connaissance en pharmacologie.	
	Systématique rigoureuse, interprofessionnalité.	Trouver un consensus entre lecture psychiatrique et neurologique des symptômes.
	Prise en charge des patients psychiatriques par neurologue plutôt que psychiatre.	Occasionner une deuxième lecture.
Eléments (narrations)		
Patient	Attitude du patient.	
Soignant	Sentiments envers les patients.	

LEBC: liste explicative des biais cognitifs. CM: consultation mémoire

tion de tableaux cliniques atypiques ou trop typiques. Ces résultats confirment en partie les facteurs développés par Singh et collaborateurs dans leur classification sur les origines des erreurs médicales en médecine de premier recours [14].

Stratégies protectrices

Les participants évoquent des stratégies permettant d'amoindrir les conséquences des BC sur la prise en charge des patients. Les stratégies protectrices reposent sur une marche à suivre systématique en CM, un suivi planifié de l'évolution clinique des patients, la tenue de colloques interdisciplinaires et la présence d'une supervision, ainsi qu'un travail personnel d'introspection. Ces méthodes se retrouvent dans la littérature au sujet des erreurs médicales et des BC [43, 44]. Une partie de celles-ci y sont déjà implémentées; néanmoins, ce travail renforce l'importance d'une mise en place systématique de supervisions et de colloques interdisciplinaires avec discussions de cas, permettant de questionner les diagnostics différentiels et d'interroger les pratiques individuelles et structurales des centres de CM. Par ailleurs, un travail en amont par la sensibilisation à l'existence de BC au sein de la formation des professions de la

Tableau 6: Résultats biais d'ancrage		
Thèmes (LEBC)	Exemples	Explications
Erreurs	Poser un diagnostic en l'absence d'éléments.	Pas d'hétéroanamnèse.
	Reprise de cas sur dossier sans réinterroger le diagnostic initial.	Décider que les incongruences cliniques sont dues à la médication plutôt qu'à un diagnostic initial à revoir.
Raisons des erreurs	Manque de systématique pour les examens.	
	Attitude du clinicien.	Pas de remise en question.
Facteurs protecteurs	Ouverture aux diagnostics différentiels.	
	Remise en question systématique du diagnostic posé.	

LEBC: liste explicative des biais cognitifs

santé [44, 45] est nécessaire, mais non mentionné par nos participants.

Différence entre les sous-groupes

Bien que notre analyse quantitative soit descriptive, nous observons une différence dans la fréquence des biais décrits par les différents corps de métiers et groupes d'âge. Les neuro-

psychologues relèvent plus souvent le BC multi-alternatives, et les médecins les BC excès de confiance et de disponibilité. La littérature ne répond pas à la question du corps de métier. Une hypothèse à envisager avec prudence est que le médecin est formé pour prendre une décision, parfois avec peu d'informations, dans des situations urgentes, ce qui n'est pas le cas du

Tableau 7: Résultats effet de cadre

Thèmes (LEBC)	Exemples	Explications
Erreurs	Diagnostic différentiel entre démence fronto-temporale et pathologie psychiatrique.	Prioriser un diagnostic en fonction de notre impression et du comportement initial du patient.
Raisons des erreurs	Plaintes très précises du patient.	Aller dans son sens: investiguer ces aspects.
	Comportement initial.	Emphase dans le discours: éléments pris comme plus importants.
	Communication entre soignants.	
Éléments (narrations)		
Patient	Manière de présenter ses plaintes et l'histoire de vie.	
	Contexte anxio-dépressif.	

LEBC: liste explicative des biais cognitifs

neuropsychologue. Les juniors décrivent plus fréquemment le biais multi-alternatives, l'erreur de psychose et le biais de confirmation, et les seniors plus fréquemment l'erreur de confiance et le biais de résultat. Une variabilité de la fréquence des biais en fonction des années d'expérience a été retrouvée dans d'autres études, notamment par Crowley et collaborateurs, où elle concernait la recherche de satisfaction, plus présente chez les pathologues avancés [15]. La littérature montre que l'expérience ne met pas à l'abri des BC [47]. Toutefois, des données supplémentaires sont nécessaires afin de clarifier ces différences, avec davantage de sujets et une méthodologie plus rigoureuse.

Limites

Il existe plusieurs limites à ce travail. Premièrement, nous n'avons pas testé les participants sur leur compréhension et leur connaissance des BC à l'issue de leur préparation. Au vu de la liste exhaustive proposée, il est probable que tous les BC n'aient pas été compris, orientant leur analyse. Même avec des participants plus experts du sujet et une liste réduite de BC, ce problème est fréquent dans ce domaine de recherche [48]. Des cliniciens choisissent différents BC pour décrire des situations similaires, divergences qui influencent l'analyse quantitative des BC [48]. La modification de notre méthode en cours d'étude, en demandant aux participants de lire la LEBC et de la commenter en notre présence, diminue en partie cette limitation.

Notre méthodologie s'appuie sur l'auto-évaluation des sujets, ce qui implique une introspection sur l'analyse de leurs propres erreurs. Cette démarche est limitée par le biais de la tâche aveugle [49] qui statue que nous sommes moins conscients de nos propres biais

que de ceux des autres. Notre méthode de questionnement à partir de la LEBC n'a pas permis de distinguer les BC propres au clinicien interrogé de ceux de leurs collègues. Le nombre de participants est trop faible pour réaliser des statistiques inférentielles. La disparité professionnelle entre les genres est importante, puisque dans l'étude présentée la majorité des neuropsychologues sont des femmes et la majorité des médecins sont des hommes.

De plus, nous sommes limités dans la mise en évidence de BC et d'erreurs occasionnées en CM par le caractère incertain du diagnostic de ces pathologies, dont la plupart ne peuvent être confirmées que par autopsie. Les critères diagnostiques, bien que considérés comme gold-standard, ne permettent un niveau de confiance que «possible» ou «probable» [50]; seul un marqueur biologique pathognomonique permettra d'en améliorer la précision. Les biomarqueurs du LCR ou les nouvelles approches de neuroimagerie vont dans ce sens [51, 52]. Ceci se renforce encore pour le biais de psychose, car certaines maladies neurodégénératives s'expriment par des symptômes psychiatriques regroupant des critères communs à des maladies psychiatriques, ne permettant pas d'être convaincus de la discrimination [53].

Conclusion

Nous espérons que cette étude aura permis aux cliniciens interrogés de se questionner sur leur pratique et d'initier une réflexion quant à leurs processus de raisonnement clinique. Sur le plan individuel, la sensibilisation à l'autoréflexivité, un concept développé et utilisé essentiellement en psychothérapie [54], pourrait certainement profiter aux cliniciens. Au vu de l'importance de la supervision dans les straté-

gies protectrices proposées par les participants, et des limites inhérentes à l'incertitude des critères diagnostiques, nous pourrions imaginer un système de supervision intercentre basé sur des résultats d'autopsie de patients préalablement suivis par la CM. Une telle démarche permettrait, diagnostic de certitude à l'appui, de retracer la procédure diagnostique menée à l'époque et de s'interroger sur son déroulement et ses conclusions. S'intéresser à des cas de patients décédés permettrait aussi la distance nécessaire à une analyse factuelle des données. Cette démarche a déjà été effectuée avec des résultats intéressants dans plusieurs CM.

Plus généralement, nos résultats rappellent aussi l'importance d'un diagnostic «clinico-bio-radiologique» et de la pluridisciplinarité en CM.

Correspondence

Mélanie Genetti Gatfield
Unité de neuropsychologie et logopédie
HFR Fribourg – Hôpital cantonal
Case postale, CH-1708 Fribourg
melanie.genettigatfield[at]h-fr.ch

Remerciements

Nous remercions chaleureusement Sabrina Carlier et le Dr Olivier Rouaud pour leur précieuse relecture du travail à l'origine de ce manuscrit.

Conflict of Interest Statement

Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Author Contributions

Conception de l'étude: LA, JMA, MGG; récolte des données: LA; analyse des données: LA, MGG; rédaction de l'article: LA, JMA, AMH, MGG.

Data Availability Statement

Les données à l'origine de cette étude sont disponibles auprès de l'auteur correspondant, (MGG), sur demande.



References

You will find the full list of references online at <https://sanp.swisshealthweb.ch/en/article/doi/sanp.2023.1165935729/>.



Lola Aubry
Université de Fribourg, Faculté des Sciences et de Médecine, Fribourg, Suisse