



Printemps d'Urg'Ara

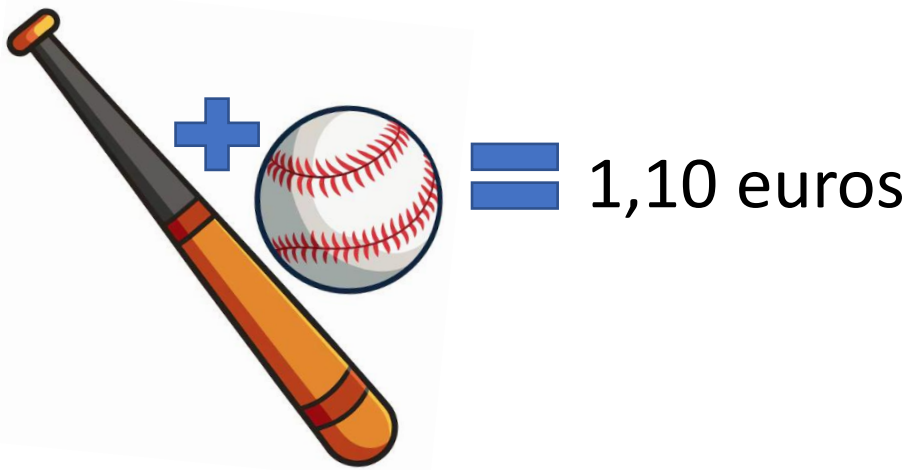
Mardi 28 avril 2026

**Erreur en régulation :
comment sortir de l'effet tunnel ?**

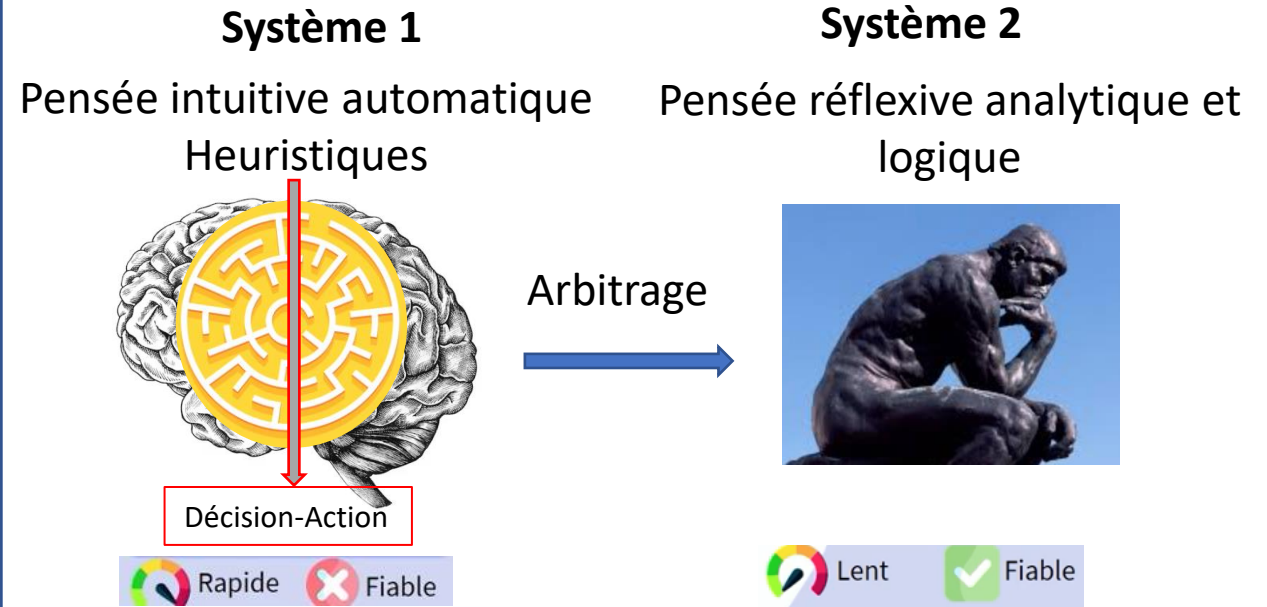
Christian Di Filippo

SAMU 69

La batte coute 1 euro de plus que la balle. $1,05 + 0,05 = 1,10$
Prix de la balle ?



dual process theory



D'après **Crosskerry, P.** (2013). *Cognitive debiasing, origins of bias and theory of debiasing*, BMJ Qual Saf.
et **Kahneman, D.** (2011). *Thinking, fast and slow*. Farrar, Straus and Giroux.



Parfois (pas systématique) le revers de la médaille de l'heuristique...
surtout si les choix sont complexes, ambigus, incertains

La régulation = Environnement fabriquant structurellement le tunnel et épuisant le Système 2 laissant le système 1 opérer seul.



Sous certaines conditions de charge et de pression, le cerveau humain réduit littéralement son champ attentionnel
Les biais cognitifs tapissent les parois ils existaient avant, mais le tunnel les rend opérants et dangereux.

le cerveau évalue ce qu'on lui dit, mais surtout qui le dit et dans quel cadre.

Effet de halo

L'aura patient influence la confiance que le médecin lui accorde

Biais d'attribution

Lien de causalité facile évitant une exploration plus « couteuse »

Biais de contexte



Biais d'ancrage

1ere info = point de référence

« Je te passe une douleur abdominale »

Biais lié à la mémoire

le cerveau ne raisonne pas à partir de zéro il compare à des souvenirs.

Biais lié à la fixation

le cerveau s'accroche à sa première hypothèse et résiste à la remettre en question.

Clôture prématurée

Arrêt recherche dg à la 1ere hypothèse plausible

Biais de confirmation

Questions orientées pour confirmer l'hypothèse

Biais de charge

le cerveau priorise ce qui est saillant

Tunneling intra-dossier

Fixation sur un symptôme dominant ne percevant plus les autres

Douleur abdominale...(sueurs malaise dyspnée)

Tunneling inter-dossier

Attention monopolisée par les dossiers spectaculaires Les autres sont traités en mode dégradé

AVP UA, ACR (douleur thoracique, inconscient)

Pré-tri ARM

Facteur aggravant majeur

Biais de disponibilité

= surestimation de la probabilité Souvenirs récents émotionnellement marquant plus accessibles cognitivement

*EP
Purpura*

Biais de représentativité

Tableau clinique comparé à un prototype mémorisé

Douleur Thoracique

Nuit de samedi à dimanche, une demi-heure de la vie d'un régulateur du SAMU

23h12 — Appel pour AVP grave sur périphérique. Bilan lourd, deux victimes. Le régulateur engage le SMUR, coordonne les équipes, communique avec les pompiers. Son attention est totalement mobilisée. C'est son rôle, il le fait bien. Mais pendant ce temps, d'autres appels arrivent...

23h18 — L'ARM prend un appel pour un homme de 58 ans, l'appelante est la femme du patient, elle parle calmement, elle ne semble pas très inquiète. L'ARM transmet au régulateur entre deux informations sur l'AVP : brûlures digestives, spasmes œsophagien. Le régulateur, encore en train de gérer l'AVP, répond.

le cerveau évalue ce qu'on lui dit, mais surtout qui le dit et dans quel cadre.

Effet de halo

L'aura patient influence la confiance que le médecin lui accorde

Elle est calme et précise

Biais de contexte

Biais d'attribution

Lien de causalité facile évitant une exploration plus « couteuse »

Douleur = muscle
Le citron = brûlé

Biais d'ancrage

1ere info = point de référence

Spasme œsophagien

Clôture prématurée

Arrêt recherche dg à la 1ere hypothèse plausible

Biais de confirmation

Questions orientées pour confirmer l'hypothèse

Biais de disponibilité

= surestimation de la probabilité

Souvenir récent émotionnellement marquant plus accessibles cognitivement

Biais lié à la mémoire

le cerveau ne raisonne pas à partir de zéro il compare à des souvenirs.



Biais lié à la fixation

le cerveau s'accroche à sa première hypothèse et résiste à la remettre en question.

Biais de charge

le cerveau priorise ce qui est saillant

Biais de représentativité

Tableau clinique comparé à un prototype mémorisé

Tableau de pyrosis

Tunneling intra-dossier

Fixation sur un symptôme dominant ne percevant plus les autres

Tunneling inter-dossier

Attention monopolisée par les dossiers spectaculaires Les autres sont traités en mode dégradé

Pré-tri ARM

Facteur aggravant majeur

Nuit de samedi à dimanche, une demi-heure de la vie d'un régulateur du SAMU

23h12 – Appel pour AVP grave sur périphérique. Bilan lourd, deux victimes. Le régulateur engage le SMUR, coordonne les équipes, communique avec les pompiers. Son attention est totalement mobilisée. C'est son rôle, il le fait bien. Mais pendant ce temps, d'autres appels arrivent...

23h18 – L'ARM prend un appel pour un homme de 58 ans, l'appelante est la femme du patient, elle parle calmement, elle ne semble pas très inquiète. L'ARM transmet au régulateur entre deux informations sur l'AVP : brûlures digestives, spasmes œsophagien. Le régulateur, encore en train de gérer l'AVP, répond.

23h31 – Nouvel appel urgent, douleur thoracique typique. SMUR engagé. Le régulateur continue.

23h44 – prise des bilans des SMUR sur l'AVP et placement des patients au déchocage

23h52 – Rappel de la femme du patient de 23h18. Son mari est maintenant inconscient au sol, il ne répond plus, il ne respire pas normalement. SMUR envoyé en urgence, guidance téléphonique pour ACR.
PEC SMUR: ACR asystolie. Décès déclaré....**0h45**

Comment Eliminer le tunnel et les biais ? : IMPOSSIBLE

Elargir le champ attentionnel, Créer des mécanismes compensant le rétrécissement inévitable : pour que le système 2 reprenne la main.

Stratégies individuelles

Question du pire diagnostic

L' ai je éliminé ?
Force l'activation du système 2

La reformulation inversée

La reformulation simple peut se faire dans le sens du biais
L'inversée se termine avec une question d'ouverture

La métacognition active

« Vous m'avez décrit des brûlures depuis une heure, aggravées quand vous êtes allongé. Est-ce qu'il y a autre chose dans ce que vous ressentez — une sensation que vous n'arrivez pas bien à décrire ou quelque chose qui vous semble bizarre ?
Je cherche à comprendre ce dossier ou à le élire ?
Auras je la même décision sans les appels en attente ?
Je décide cela sur des éléments clinique ou sur ce que j'attendais d'entendre ?

La règle du signal discordant

Tout élément ne s'intégrant pas dans l'hypothèse retenue doit être exploré avec attention et pas minimisé

Le temps de décompression inter-dossiers

La conscience de sa vulnérabilité cognitive du moment

Stratégies organisationnelles

Le rappel de vérification protocolisé

Valorisation du doute de l'ARM

Débriefing systématique

Check-lists

Scores-échelles systématiques

Intégration dans les programmes de formation-simulation

En régulation médicale, le danger ne vient pas toujours de ce qu'on ne sait pas.

***Il vient souvent de ce qu'on croit savoir** et qu'on n'a pas eu le temps de vérifier, de confirmer ou infirmer avec rigueur et méthode*

*On forme les médecins régulateurs à reconnaître les urgences. Ce qu'on ne leur apprend pas, c'est à reconnaître le moment **où leur propre cerveau est en situation d'urgence***

La prochaine fois que vous serez en régulation, un soir de forte activité, avec trois dossiers urgents en parallèle et un malaise vague qui attend, posez-vous une seule question :

est-ce que je vois tout ce qu'il y a à voir, ou est-ce que je vois ce que je peux voir ?

Métacognition et cognitive forcing

Croskerry P. *Cognitive forcing strategies in clinical decision-making.* Ann Emerg Med. 2003;41(1):110–120

Formation spécifique au debiasing

Daniel M, Carney M, Khandelwal S, et al. *Cognitive debiasing strategies: a faculty development workshop for clinical teachers in emergency medicine.* MedEdPORTAL. 2017;13:10646

Revue systématique debiasing

Ludolph R, Schulz PJ. *Debiasing health-related judgments and decision making: a systematic review.* Med Decis Making. 2018;38(1):3–13

Simulation et débriefing

Bond WF, Deitrick LM, Arnold DC, et al. *Using simulation to instruct emergency medicine residents in cognitive forcing strategies.* Acad Med. 2004;79(5):438–446.

Check-lists en préhospitalier

Étude CHIPS. *A simulation-based randomized trial of ABCDE style cognitive aid for emergency medical services checklist in prehospital settings.* PMC 2023

Culture organisationnelle et préhospitalier

Scoping review préhospitalier. *Cognitive biases in clinical decision-making in prehospital critical care.* PMC 2025.

Chiffres clés sur l'erreur diagnostique

Graber ML, Franklin N, Gordon R. *Diagnostic error in internal medicine.* Arch Intern Med. 2005;165(13):1493–1499