

**Tableau 1 : Top 10 des erreurs cognitives les plus fréquentes**

<b>Erreur</b>	<b>Définition</b>	<b>Illustration</b>
<b>Ancrage</b>	Focaliser sur une question au détriment de la compréhension de la situation dans son ensemble	Pendant le réglage d'une alarme sur une pompe à perfusion, ne pas être attentif au saignement chirurgical soudain et à l'hypotension
<b>Biais de réminiscence</b>	Choisir un diagnostic, car il est très présent à l'esprit en raison du souvenir d'une mauvaise expérience	Prendre un bronchospasme simple pour une réaction anaphylactique, car on a déjà vécu un cas d'anaphylaxie grave
<b>Fermeture prématurée</b>	Accepter un diagnostic prématurément, sans considérer les diagnostics différentiels possibles	Supposer que l'hypotension chez un patient traumatisé est due à des saignements, et manquer un pneumothorax
<b>Biais de feedback</b>	Interpréter l'absence de feedback comme un feedback positif	Aucune plainte n'ayant jamais été énoncée, considérer qu'il n'y a donc pas eu de problème
<b>Biais de confirmation</b>	Chercher ou reconnaître les seuls renseignements qui confirment le diagnostic désiré ou suspecté	Reprendre à plusieurs reprises la pression artérielle (en changeant le brassard ou l'appareil), parce qu'on ne croit pas la lecture fiable
<b>Effet de cadrage</b>	Se laisser influencer par la présentation initiale pour les déductions ultérieures	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
<b>Activisme</b>	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	«Mieux vaut prévenir que guérir» : mettre en place de surveillances invasives, de voies d'abord supplémentaires pouvant entraîner une complication
<b>Présomption</b>	Ne pas reconnaître la nécessité de recourir à une aide, tendre à croire en son infailibilité	Tarder à demander de l'aide en cas d'intubation difficile, parce que l'on est certain de finir par réussir
<b>Hésitation</b>	Retarder la mise en œuvre de manœuvres d'urgence, de peur d'être dans l'erreur, tendre à l'inaction	Tarder à mettre en place le drainage lorsque l'on suspecte un pneumothorax, parce que si on a tort, on sera responsable de l'acte
<b>Coûts irrécupérables</b>	Etre réticent à abandonner un diagnostic ou une décision surtout si du temps / des ressources ont déjà été dépensés. L'ego peut jouer un rôle	Après avoir décidé que le patient serait intubé vigile sous fibroscopie, refuser de changer de stratégie en dépit de multiples tentatives infructueuses