

Biais cognitifs et prise de décision clinique

Application à la pratique des infirmières en pratique avancée (IPA)

Michael Ghilissen | Faculté de médecine ULiège | Communication series Mai 2026

michael.ghilissen@uliege.be

Introduction : Le modèle de Kahneman appliqué aux IPA

Ce document s'appuie sur les travaux de Daniel Kahneman (*Thinking, Fast and Slow*, 2011) pour explorer les biais cognitifs les plus pertinents dans la pratique des IPA. La théorie des deux systèmes de pensée fournit un cadre puissant pour comprendre pourquoi des professionnels compétents peuvent prendre de mauvaises décisions — non par manque de savoir, mais en raison de mécanismes cognitifs universels.

Système 1 — Pensée rapide

- Automatique, rapide, sans effort
- Heuristiques et intuitions
- Idéal en urgence et chez l'expert
- Source principale des biais cognitifs

Exemples: (rapide et automatique) :

1. Votre cerveau vous donne instantanément la réponse quand on vous demande combien font 2×2 . Vous n'avez pas eu besoin de réfléchir, l'action est automatique, inconsciente et sans effort.
2. Les individus sont capables de reconnaître la colère de manière immédiate sur le visage d'une personne.

Système 2 — Pensée lente

- Délibéré, analytique, coûteux en énergie
- Raisonnement logique et vérification
- Utile pour les diagnostics complexes
- Peut corriger les erreurs du Système 1

Exemples : (lent et réfléchi) :

1. Votre cerveau doit faire un effort de concentration pour calculer 17×24 . Vous devez vous arrêter, mobiliser de l'attention et résoudre le problème étape par étape.
2. Les individus sont, entre autres, capables de remplir leur déclaration d'impôts.

Le principe fondamental : chaque fois que notre Système 1 fournit une réponse, nous sommes tentés de l'accepter sans la vérifier par notre Système 2 — car l'effort analytique est épuisant. C'est dans cet espace que s'installent les biais cognitifs.

Point critique pour les IPA : Contrairement à une idée reçue, le Système 2 (analyse lente et délibérée) n'est pas toujours supérieur. Dans certaines situations cliniques — urgences, reconnaissance de patterns par un expert, ou contexte de forte charge cognitive — le Système 1 peut être plus fiable. Chaque biais présenté ci-dessous illustre cette tension.

Objectifs pédagogiques

À l'issue de ce document, l'étudiante IPA sera capable de :

1. Identifier les principaux biais cognitifs susceptibles d'affecter la prise de décision clinique.
2. Relier chaque biais au mécanisme cognitif sous-jacent (Système 1 ou Système 2).
3. Reconnaître des situations cliniques typiques illustrant chaque biais dans la pratique IPA.
4. Appliquer des stratégies concrètes pour détecter et corriger ces biais.
5. Distinguer les contextes où le Système 2 est bénéfique de ceux où il peut être contre-productif.

1. Biais de confirmation

Définition

Tendance à rechercher, interpréter et retenir les informations qui confirment nos croyances préexistantes, tout en minimisant celles qui les contredisent.

Système cognitif concerné

Principalement Système 1 (filtrage automatique), avec risque de renforcement par un Système 2 mal orienté.

Situation typique IPA

Diagnostic différentiel face à un symptôme ambigu.

EXEMPLE CLINIQUE

Une IPA suspecte une infection urinaire chez une femme âgée présentant une dysurie. Elle se concentre sur ce symptôme et ne relève pas les signes associés de déshydratation sévère (tachycardie, hypotension orthostatique, confusion) ni une bandelette urinaire positive sans franche leucocyturie. Le diagnostic réel est un sepsis d'origine indéterminée aggravé par la déshydratation. Retard de prise en charge.

Système 1 — Comment amplifie-t-il ce biais ?

- Filtre automatiquement les informations pour ne retenir que celles qui confirment l'hypothèse initiale (heuristique de représentativité + mémoire sélective).
- Minimise ou réinterprète les données discordantes sans les analyser.

Système 2 — Comment corrige-t-il ce biais ?

- Corrige le biais en imposant une démarche active : « Quels éléments ne concordent pas avec mon hypothèse ? »
- Risque : un Système 2 mal informé peut chercher des justifications rationnelles à une intuition erronée, renforçant paradoxalement le biais.

POINT DE VIGILANCE

En urgence vitale (sepsis, arrêt cardiaque), une analyse trop prolongée de toutes les hypothèses peut retarder une décision thérapeutique immédiate. Le Système 1 guide l'action ; le Système 2 affine a posteriori.

Exemple IPA : Face à une hypotension soudaine, l'IPA expérimentée agit d'abord (remplissage, appel médecin) puis cherche la cause — et non l'inverse.

2. Biais d'ancrage

Définition

Tendance à accorder trop de poids à la première information reçue (l'« ancre ») pour orienter une décision, même si des données ultérieures la remettent en question.

Système cognitif concerné

Système 1 (décision rapide basée sur la première impression, heuristique de disponibilité).

Situation typique IPA

Interprétation de résultats biologiques ou ajustement d'un traitement.

EXEMPLE CLINIQUE

Un patient diabétique de type 2 arrive aux urgences. Sa glycémie capillaire est à 14 mmol/L (250 mg/dL). L'IPA ajuste le traitement insulinique sur cette valeur, mais omet de noter que la mesure a été faite 30 minutes après un repas copieux et que les glycémies à jeun des 3 derniers jours étaient

comprises entre 5,5 et 7 mmol/L (normale pour ce patient). Résultat : risque d'hypoglycémie iatrogène dans les heures suivantes.

● Système 1 — Comment amplifie-t-il ce biais ?

- S'accroche à la première valeur mesurée et l'érige en référence, sans intégrer le contexte (heure du repas, tendance historique).
- Interprète les données suivantes en fonction de l'ancre, non de façon indépendante.

● Système 2 — Comment corrige-t-il ce biais ?

- Recontextualise l'ancre : « Cette valeur est-elle représentative de l'état habituel du patient ? »
- Intègre les données longitudinales (carnet glycémique, HbA1c récente) avant de décider.
- Risque : en présence de surcharge cognitive (urgences saturées), le Système 2 peut lui-même créer de nouvelles ancrées secondaires erronées.

⚠ POINT DE VIGILANCE

En médecine d'urgence, certaines ancrées sont protectrices (« douleur thoracique = infarctus jusqu'à preuve du contraire »). Remettre systématiquement en cause les ancrées de sécurité peut retarder un traitement vital.

Exemple IPA : Un patient se présente avec une douleur abdominale aiguë en fosse iliaque droite (ancre : appendicite). L'IPA ne doit pas retarder l'orientation chirurgicale en cherchant à éliminer chaque diagnostic différentiel de façon exhaustive.

3. Biais de disponibilité

📖 Définition

Surestimer la probabilité d'un événement parce qu'il est récent, mémorable ou émotionnellement marquant, indépendamment de sa fréquence réelle.

⚙️ Système cognitif concerné

Système 1 (mémoire émotionnelle et récente, heuristique de similitude).

🏥 Situation typique IPA

Priorisation des diagnostics en fonction de cas récents.

EXEMPLE CLINIQUE

Une IPA a pris en charge une méningite bactérienne sévère chez un adolescent il y a deux semaines. Elle reçoit maintenant un patient de 19 ans avec fièvre à 38,5 °C et céphalées. Sans raideur méningée ni purpura, elle prescrit une ponction lombaire en urgence. Le diagnostic final est une grippe saisonnière. La ponction, bien que cliniquement discutable dans ce contexte, n'est pas « inutile » à priori — mais elle est disproportionnée et source d'anxiété évitable pour le patient.

● Système 1 — Comment amplifie-t-il ce biais ?

- Surpondère les expériences récentes ou marquantes (« J'ai vu une méningite la semaine dernière, cette présentation me rappelle ce cas »).

● Système 2 — Comment corrige-t-il ce biais ?

- Remet en perspective via les données épidémiologiques : « Quelle est la prévalence réelle de la méningite dans cette population et avec ce tableau clinique ? »

- Génère une association émotionnelle forte qui court-circuite l'évaluation probabiliste.

- Utilise des outils cliniques validés (ex. : critères de Kernig, Brudzinski, score de Meningeal Irritation) avant de recourir à des examens invasifs.
- Risque : un Système 2 trop statistique peut rassurer à tort et faire passer à côté d'une maladie rare mais grave.

! POINT DE VIGILANCE

Certains diagnostics rares ne doivent PAS attendre les preuves statistiques. Le purpura fulminans, la maladie de Kawasaki chez l'enfant, ou un syndrome de Guillain-Barré débutant nécessitent une reconnaissance précoce fondée sur une veille clinique active — y compris intuitive.

Exemple IPA : Une IPA en pédiatrie ignore un purpura non prurigineux chez un enfant fébrile car « statistiquement c'est probablement viral ». Retard de prise en charge d'un purpura fulminans à méningocoque — conséquences potentiellement fatales.

4. Biais de représentativité

📖 Définition

Évaluer la probabilité d'un diagnostic en se basant sur la ressemblance du patient avec un stéréotype clinique, en négligeant les données statistiques réelles (fréquences de base).

⚙️ Système cognitif concerné

Système 1 (catégorisation rapide, reconnaissance de patterns stéréotypés).

🏥 Situation typique IPA

Évaluation du risque cardiovasculaire ou d'autres pathologies à présentation atypique.

EXEMPLE CLINIQUE

Un homme de 34 ans, sportif, non-fumeur, sans antécédent cardiovasculaire consulte pour une douleur thoracique rétrosternale irradiant dans le dos depuis 2 heures. L'IPA, ne reconnaissant pas le profil « typique » d'un infarctus, tarde à réaliser un ECG et un dosage de troponines. Le bilan révèle une dissection aortique de type A — urgence chirurgicale immédiate. Note : la dissection aortique est précisément plus fréquente chez des sujets jeunes avec un terrain bicuspidie aortique ou syndrome de Marfan — l'absence de facteurs de risque coronariens classiques ne doit pas rassurer.

🔴 Système 1 — Comment amplifie-t-il ce biais ?

- Classe le patient dans une catégorie stéréotypée (« jeune sportif = pas de risque cardiaque ») et filtre en conséquence.
- Reconnaît les présentations typiques mais échoue face aux présentations atypiques ou aux populations sous-représentées (femmes, jeunes, diabétiques).

🔵 Système 2 — Comment corrige-t-il ce biais ?

- Calcule les probabilités pré-test indépendamment du profil : « Quels signes cliniques, indépendamment du terrain, orientent vers ce diagnostic ? »
- Applique systématiquement un ECG + troponines devant toute douleur thoracique, quel que soit l'âge.
- Risque : un Système 2 trop théorique peut multiplier les examens complémentaires inutilement chez des patients à très faible risque.

⚠ POINT DE VIGILANCE

Quand les signes cliniques sont évidents (douleur typique + signes végétatifs), ne pas attendre une validation statistique pour agir. L'ECG doit être réalisé dans les 10 minutes suivant le premier contact médical en cas de suspicion d'ischémie — toute analyse prolongée est dangereuse.

Exemple IPA : Une IPA ne demande pas de troponines chez une femme de 52 ans présentant une fatigue intense, nausées et gêne épigastrique. Résultat : infarctus à présentation atypique non diagnostiqué.

5. Biais d'optimisme

📖 Définition

Sous-estimer les risques réels et surestimer les chances de succès, notamment pour ses propres patients ou sa propre pratique.

⚙ Système cognitif concerné

Système 1 (émotions positives, évitement de la dissonance cognitive).

🏥 Situation typique IPA

Éducation thérapeutique et suivi des maladies chroniques.

EXEMPLE CLINIQUE

Une IPA suit un patient diabétique de type 2 peu observant (HbA1c à 10 %). Elle reporte régulièrement l'intensification thérapeutique en pensant : « Il va finir par comprendre l'importance du traitement ». Après 6 mois, le patient se présente aux urgences pour un pied diabétique infecté nécessitant une hospitalisation. Le retard d'action a contribué à la complication.

🔴 Système 1 — Comment amplifie-t-il ce biais ?

- Minimise les risques par excès de bienveillance ou de confiance en la capacité d'adaptation du patient.
- Évite la confrontation en espérant une amélioration spontanée (évitement de la dissonance).

🔵 Système 2 — Comment corrige-t-il ce biais ?

- Évalue objectivement les risques à partir de données probantes : « Quel est le risque réel de complication à 1 an si l'HbA1c reste à ce niveau ? »
- Adapte le plan de soins selon les critères de contrôle glycémique recommandés (HbA1c cible individualisée selon l'âge, comorbidités, risque hypoglycémique).
- Risque : une communication trop alarmante peut provoquer de l'anxiété, du déni, ou un abandon du traitement.

⚠ POINT DE VIGILANCE

La communication du risque doit être calibrée. Annoncer brut « vous avez 40 % de risque d'amputation » sans accompagnement motivationnel peut conduire à un effet paradoxal de découragement et d'abandon thérapeutique. L'entretien motivationnel (approche Système 2 + empathie Système 1) est ici l'outil adapté.

Exemple IPA : Une IPA transmet des statistiques de mortalité brutes à un patient diabétique décompensé sans accompagnement. Le patient se décourage et cesse toute consultation.

6. Biais de cadrage (Framing Effect)

Définition

La manière dont une information est formulée influence la décision, indépendamment du contenu réel de l'information (ex. : présentation en termes de gain vs de perte).

Système cognitif concerné

Système 1 (réaction émotionnelle automatique au cadre de présentation).

Situation typique IPA

Communication avec le patient pour l'aide à la décision thérapeutique.

EXEMPLE CLINIQUE

Système 1 — Comment amplifie-t-il ce biais ?

- Réagit émotionnellement au cadre sans analyser que les deux formulations sont équivalentes.
- Biais d'aversion à la perte (Kahneman & Tversky, 1979) : une perte est ressentie deux fois plus intensément qu'un gain équivalent.

Système 2 — Comment corrige-t-il ce biais ?

- Reformule de façon neutre et équilibrée : « Ce traitement a 90 % de chances de succès et 10 % de risque d'effets secondaires — qu'en pensez-vous ? »
- Utilise des présentations visuelles (diagrammes de fréquence naturelle) pour aider le patient à comprendre les probabilités.
- Risque : un langage trop technique ou trop statistique peut dépasser la capacité de compréhension du patient et générer de la confusion.

POINT DE VIGILANCE

En situation d'urgence ou de stress émotionnel intense (annonce d'un diagnostic grave), un cadrage technique peut être incompris ou vécu comme froid. Un langage simple et empathique (Système 1) est souvent plus adapté dans l'immédiat, avant une explication détaillée ultérieure.

Exemple IPA : Face à une famille en état de choc après une annonce de pronostic sévère, l'IPA commence par : « C'est très sérieux, mais l'équipe est mobilisée pour lui. » — puis revient sur les chiffres une fois les émotions stabilisées.

7. Biais de statu quo

Définition

Tendance à préférer l'état actuel des choses et à résister au changement, par inertie, habitude, ou aversion au risque perçu de la nouveauté.

Système cognitif concerné

Système 1 (évitement de l'effort cognitif, confort de la routine).

Situation typique IPA

Adoption de nouvelles pratiques cliniques ou mise à jour des protocoles.

EXEMPLE CLINIQUE

Une IPA continue d'utiliser un protocole d'analgésie postopératoire reposant sur la morphine IV seule en systématique, alors que les recommandations actuelles de l'analgésie multimodale (SFAR, IASP) préconisent une association paracétamol + AINS + opioïdes en réserve. Résultat : effets indésirables opioïdes évitables (nausées, dépression respiratoire, risque de dépendance) et récupération fonctionnelle retardée.

● **Système 1 — Comment amplifie-t-il ce biais ?**

- Confort de la routine : « On a toujours fait comme ça et ça marche. »
- Résistance émotionnelle au changement, minimisation des inconvénients du statu quo.

● **Système 2 — Comment corrige-t-il ce biais ?**

- Évalue les nouvelles preuves scientifiques : « Ce nouveau protocole réduit-il les effets secondaires par rapport à l'ancien ? »
- Intègre les recommandations de bonnes pratiques (HAS, SFAR, sociétés savantes) dans la réflexion.
- Risque : un Système 2 trop prudent exige des preuves de niveau excessif avant d'agir (paralyse par l'analyse), retardant l'amélioration des soins.

⚠ **POINT DE VIGILANCE**

En situation de crise ou d'urgence, les protocoles établis ont une valeur de sécurité cognitive. Les remettre en question de façon systématique en temps réel peut créer confusion et erreurs. Le moment pour questionner un protocole est hors urgence, lors d'une démarche qualité ou d'un staff dédié.

Exemple IPA : En réanimation, une IPA hésite à utiliser un protocole de ventilation protectrice validé car « ce n'est pas ce qu'on faisait avant ». Résultat : ventilation sous-optimale pour le patient.

8. Biais de surconfiance (Overconfidence)

📖 **Définition**

Surestimer la précision de ses propres connaissances, compétences ou prédictions diagnostiques, souvent sans en avoir conscience.

⚙️ **Système cognitif concerné**

Système 1 (excès de confiance dans l'intuition, sous-estimation de l'incertitude).

🏥 **Situation typique IPA**

Diagnostic et prise de décision en situation d'urgence ou de pression temporelle.

EXEMPLE CLINIQUE

Une IPA évalue une douleur abdominale chez un homme de 45 ans et conclut à une gastro-entérite aiguë sans réaliser d'examen abdominal complet ni de bilan biologique. Elle ne demande pas d'échographie abdominale. Le patient revient 18 heures plus tard en péritonite par appendicite perforée. La défense musculaire localisée en fosse iliaque droite, présente dès la première consultation, n'avait pas été systématiquement recherchée.

● **Système 1 — Comment amplifie-t-il ce biais ?**

- Génère une conviction rapide sans conscience des limites de cette évaluation.
- Sous-estime les présentations atypiques ou les diagnostics moins fréquents mais graves.

● **Système 2 — Comment corrige-t-il ce biais ?**

- Impose une vérification active : « Quels signes cliniques infirmeraient mon diagnostic ? Ai-je réalisé un examen physique complet ? »
- Utilise des scores cliniques validés (Alvarado pour l'appendicite, HEART score pour la douleur thoracique) pour objectiver l'évaluation.

- Risque : un Système 2 hypercritique peut paralyser l'action et générer une surconsommation d'examens complémentaires sans valeur ajoutée.

⚠ POINT DE VIGILANCE

L'intuition clinique experte est une forme de Système 1 affiné par des milliers d'observations. Une IPA expérimentée en gériatrie qui reconnaît immédiatement une déshydratation sévère ou un syndrome confusionnel aigu n'a pas à systématiquement « justifier » son impression clinique initiale — mais doit la documenter.

Exemple IPA : Une IPA débutante doute de tout et multiplie les consultations de contrôle inutiles par peur de se tromper. Résultat : paralysie décisionnelle, retard de soins, et surcharge du système.

9. Biais de groupe (Groupthink)

📖 Définition

Dans un groupe soudé, les membres tendent à éviter les opinions divergentes pour préserver la cohésion, au détriment de la qualité de la décision collective.

⚙ Système cognitif concerné

Système 1 (conformité sociale automatique, évitement du conflit).

🏠 Situation typique IPA

Réunions pluridisciplinaires (RCP, staffs, transmissions d'équipe).

EXEMPLE CLINIQUE

Lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire en oncologie, une IPA a des réserves sur la tolérance prévisible d'un patient âgé à un protocole de chimiothérapie intensive (fragilité, polymédication, isolement social). Elle ne les exprime pas, car le médecin référent et l'oncologue semblent convaincus. Le patient sera hospitalisé 3 semaines plus tard pour une toxicité sévère que l'IPA avait anticipée.

🔴 Système 1 — Comment amplifie-t-il ce biais ?

- Adopte l'avis du groupe pour éviter le conflit ou le sentiment d'isolement.
- Interprète le consensus apparent comme preuve de validité (« Tout le monde est d'accord, donc c'est juste »).

🔵 Système 2 — Comment corrige-t-il ce biais ?

- Formule une contribution différente de manière constructive et structurée (ex. : « Je souhaite soulever un point sur la tolérance de ce patient avant qu'on finalise »).
- Utilise des outils de communication interprofessionnelle (SAED, DESC) pour exprimer un désaccord de façon non conflictuelle.
- Risque : une remise en question systématique et non ciblée peut isoler l'IPA et nuire à la collaboration à long terme.

⚠ POINT DE VIGILANCE

En situation de crise ou d'urgence collective, remettre en cause le plan d'action en cours peut créer de la confusion et nuire à la coordination. La

discussion constructive a sa place dans les espaces dédiés à la réflexion (debriefings, staffs), pas nécessairement au moment de l'action.

Exemple IPA : Une IPA conteste à voix haute le diagnostic d'un médecin senior devant le patient et sa famille, sans disposer d'arguments cliniques solides. Résultat : perte de confiance du patient et tensions d'équipe non constructives.

10. Biais de récence

Définition

Accorder plus d'importance aux informations les plus récentes qu'aux données historiques, même quand ces dernières sont plus représentatives.

Système cognitif concerné

Système 1 (mémoire à court terme prédominante sur la mémoire à long terme).

Situation typique IPA

Suivi de patients chroniques, interprétation de tendances biologiques.

EXEMPLE CLINIQUE

Une IPA reçoit en consultation de suivi un patient hypertendu traité. La tension artérielle du jour est à 128/78 mmHg. Elle conclut à un bon contrôle et ne modifie pas le traitement. Cependant, les 5 mesures des 3 derniers mois documentées dans le dossier montrent des valeurs entre 155/95 et 165/100 mmHg — une hypertension non contrôlée nécessitant une intensification. La mesure du jour était exceptionnellement basse (effort de marche avant la consultation, « effet blouse blanche » inversé). Résultat : sous-traitement et risque cardiovasculaire persistant.

Système 1 — Comment amplifie-t-il ce biais ?

- Mémorise et valorise spontanément la donnée la plus récente, quelle que soit sa représentativité.
- Sous-pondère les tendances longitudinales moins accessibles cognitivement.

Système 2 — Comment corrige-t-il ce biais ?

- Analyse les tendances sur la durée : « Quelle est la moyenne des mesures sur les 3 derniers mois ? »
- Contextualise chaque mesure (heure, activité physique récente, observance, mesure ambulatoire).
- Risque : en présence d'une détérioration brutale réelle, attendre plusieurs mesures peut retarder une intervention urgente.

POINT DE VIGILANCE

En situation de décompensation aiguë (sepsis, choc hémodynamique, SDRA), la tendance récente est biologiquement la plus pertinente. L'IPA doit distinguer la valeur d'une tendance longitudinale (pathologie chronique) vs la valeur d'une mesure récente en contexte aigu.

Exemple IPA : Un patient en sepsis voit sa pression artérielle chuter à 80/50 mmHg. L'IPA ne doit pas attendre « plusieurs mesures de confirmation » pour alerter et initier la prise en charge — ici, la donnée récente est la plus pertinente.

11. Biais d'attribution (Erreur fondamentale d'attribution)

Définition

Attribuer le comportement d'autrui à des causes internes (caractère, motivation, volonté) plutôt qu'aux facteurs contextuels ou situationnels.

Système cognitif concerné

Système 1 (jugement rapide et causal, stéréotypes).

Situation typique IPA

Relation avec les patients non observants ou en situation de vulnérabilité sociale.

EXEMPLE CLINIQUE

Un patient diabétique revient en consultation avec une HbA1c détériorée. L'IPA conclut mentalement à un « manque de motivation » du patient. En réalité, le patient a perdu son emploi, ne peut plus financer ses bandelettes de glycémie, et vit seul sans soutien pour gérer son alimentation. La relation thérapeutique est compromise par une approche perçue comme condescendante. Résultat : rupture de suivi.

Système 1 — Comment amplifie-t-il ce biais ?

- Juge rapidement le comportement sur la base de stéréotypes : « Ce patient ne fait pas d'efforts. »
- Minimise automatiquement les facteurs environnementaux et sociaux.

Système 2 — Comment corrige-t-il ce biais ?

- Explore systématiquement les déterminants sociaux de santé : précarité, isolement, littératie en santé, accès aux soins.
- Utilise des outils d'évaluation validés (ex. : questionnaire EPICES pour la précarité).
- Risque : une exploration trop longue et intrusive des facteurs sociaux peut empiéter sur le temps dédié à la clinique et ne pas correspondre aux attentes du patient lors de la consultation.

POINT DE VIGILANCE

En situation d'urgence médicale aiguë, la recherche des facteurs contextuels cède la priorité à la prise en charge immédiate. Un patient en détresse respiratoire doit recevoir son bronchodilatateur avant qu'on explore les raisons de sa non-observance.

Exemple IPA : Une IPA consacre 15 minutes à questionner un patient asthmatique sur ses difficultés sociales pendant qu'il est en crise modérée. Résultat : retard dans l'administration du salbutamol.

12. Biais de négativité

Définition

Accorder spontanément plus de poids aux informations négatives qu'aux positives, même lorsque les positives sont plus nombreuses ou plus représentatives.

Système cognitif concerné

Système 1 (réaction émotionnelle disproportionnée aux menaces).

Situation typique IPA

Auto-évaluation, gestion du feedback, maintien de la résilience professionnelle.

EXEMPLE CLINIQUE

Une IPA reçoit les résultats d'une évaluation annuelle de sa pratique. 18 des 20 items sont évalués « excellent » ou « très bien ». Elle se focalise sur les 2 items négatifs (« délai de prescription parfois trop long » et « documentation

incomplète à une occasion »). Elle remet en cause l'ensemble de ses compétences et développe un syndrome d'imposteur. Résultat : perte de confiance, évitement de certaines situations cliniques, risque de burn-out.

● Système 1 — Comment amplifie-t-il ce biais ?

- Réaction émotionnelle disproportionnée aux informations négatives (mécanisme évolutif de détection des menaces).
- Généralisation rapide : « J'ai eu un feedback négatif → je suis une mauvaise IPA. »

● Système 2 — Comment corrige-t-il ce biais ?

- Relativise par une analyse proportionnée : « Sur 20 critères, 2 sont perfectibles — que puis-je améliorer concrètement ? »
- Distingue le feedback sur la pratique (amélioration possible) de l'évaluation de la compétence globale.
- Risque : un Système 2 trop rationnel peut minimiser des signaux d'alerte légitimes nécessitant une action corrective.

⚠ POINT DE VIGILANCE

Certaines informations négatives méritent d'être amplifiées, pas minimisées. Un incident critique, une near-miss, ou un retour répété sur un même problème sont des signaux qui doivent activer le Système 2 pour une réflexion en profondeur.

Exemple IPA : Une IPA ignore régulièrement des retours sur sa communication trop directe avec les patients, en les rationalisant comme « j'ai juste été honnête ». Résultat : plusieurs plaintes accumulées et démarche qualité engagée.

13. Effet Dunning-Kruger

📖 Définition

Les individus peu compétents dans un domaine tendent à surestimer leurs capacités (ils ne savent pas ce qu'ils ne savent pas), tandis que les plus compétents tendent à sous-estimer les leurs.

⚙️ Système cognitif concerné

Système 1 (autoévaluation biaisée, méconnaissance de ses propres limites).

🏠 Situation typique IPA

Auto-évaluation des compétences, formation continue, délimitation du champ de pratique.

EXEMPLE CLINIQUE

Une IPA fraîchement diplômée en soins primaires pense maîtriser la prise en charge des plaies chroniques et des escarres. Elle initie un protocole de soins sans consulter les recommandations actuelles (EWMA, HAS), utilise des pansements non adaptés (compresses sèches au lieu de pansements hydrocellulaires ou en mousse) et n'évalue pas correctement la profondeur de la plaie (classification NPUAP/EPUAP). Résultat : cicatrisation retardée et risque d'aggravation.

● Système 1 — Comment amplifie-t-il ce biais ?

- Méconnaissance des limites : « Je sais comment soigner une escarre. »
- Confiance excessive fondée sur une expérience limitée ou sur une formation partielle.

● Système 2 — Comment corrige-t-il ce biais ?

- Auto-évaluation structurée : « Ai-je les compétences à jour pour cette situation ? Quels référentiels dois-je consulter ? »
- Recours à la supervision, aux protocoles institutionnels et à la formation continue.

- Risque : un Système 2 trop autocritique chez une IPA compétente peut générer un syndrome d'imposteur paralysant.

⚠ POINT DE VIGILANCE

L'effet inverse du Dunning-Kruger — la sous-estimation de soi par l'expert — est tout aussi problématique. Une IPA senior qui doute constamment de compétences objectivement solides peut perdre en efficacité et en fluidité décisionnelle.

Exemple IPA : Une IPA expérimentée en oncologie hésite à prendre des décisions autonomes dans son champ de compétences légal, par peur excessive de se tromper. Résultat : dépendance excessive à la validation médicale, retard de soins.

14. Biais d'autorité

📖 Définition

Accorder une crédibilité excessive à une information ou une décision en raison du statut hiérarchique de la source, indépendamment de son contenu.

⚙ Système cognitif concerné

Système 1 (soumission automatique à l'autorité, évitement du conflit hiérarchique).

🏥 Situation typique IPA

Collaboration interprofessionnelle, vérification des prescriptions médicales.

EXEMPLE CLINIQUE

Un médecin sénior prescrit de l'amoxicilline 3 g/j en monoprise à un patient insuffisant rénal (DFG estimé à 28 mL/min/1,73 m²). L'IPA note que la posologie dépasse les recommandations pour ce niveau d'insuffisance rénale (adaptation nécessaire : 500 mg–1 g x 2–3/jour selon sévérité), mais hésite à le signaler pour ne pas contrarier le médecin. Résultat : risque de toxicité et d'accumulation médicamenteuse.

🔴 Système 1 — Comment amplifie-t-il ce biais ?

- Inhibe automatiquement la remise en question face à une figure d'autorité reconnue.
- Peur du conflit et du jugement négatif.

🔵 Système 2 — Comment corrige-t-il ce biais ?

- Vérifie indépendamment les prescriptions avec des outils validés (Vidal, RCP du médicament, outil Cockcroft-Gault pour l'adaptation rénale).
- Formule la question de façon constructive : « J'ai vérifié la posologie dans le Vidal pour ce niveau de créatinine — pourriez-vous confirmer votre intention ou l'adapter ? »
- Risque : des remises en question fréquentes et non ciblées dans une équipe hiérarchisée peuvent nuire à la relation de confiance et à la collaboration.

⚠ POINT DE VIGILANCE

La contestation de l'autorité doit être fondée, ciblée, et exprimée dans le cadre adéquat. Une IPA qui remet systématiquement en question chaque décision médicale sans argumentation solide risque d'être marginalisée, au détriment de sa capacité d'influence future.

Exemple IPA : Une IPA conteste une prescription devant les collègues et le patient sans avoir préalablement vérifié les données — elle a tort. Résultat : perte de crédibilité professionnelle et de capital relationnel.

15. Dissonance cognitive

Définition

Inconfort psychologique généré par la contradiction entre une croyance ou une valeur et un comportement, menant à une rationalisation a posteriori pour réduire cet inconfort plutôt qu'à une remise en question réelle.

Système cognitif concerné

Interaction Système 1 (réduction automatique de l'inconfort) et Système 2 (justification rationnelle a posteriori).

Situation typique IPA

Gestion des erreurs médicales, conflits éthiques, remise en question de sa pratique.

EXEMPLE CLINIQUE

Une IPA oublie de vérifier les allergies d'un patient avant d'administrer de l'amoxicilline. Le patient développe une réaction allergique légère (urticaire). Pour réduire son inconfort, l'IPA se convainc que « le patient n'avait pas mentionné son allergie » et évite de renseigner un rapport d'incident. Résultat : absence d'apprentissage institutionnel, risque de récurrence pour d'autres patients, et non-respect des obligations réglementaires de déclaration des événements indésirables.

Système 1 — Comment amplifie-t-il ce biais ?

- Rationalise rapidement l'erreur pour protéger l'image de soi (auto-justification automatique).
- Évite la confrontation avec la réalité inconfortable.

Système 2 — Comment corrige-t-il ce biais ?

- Reconnaît l'erreur factuellement et en tire des leçons : « Quelle étape de ma checklist ai-je omise ? Comment modifier ma pratique ? »
- Remplit les outils de signalement institutionnels (CREX, REMED) pour contribuer à la culture de sécurité.
- Risque : un Système 2 trop sévère peut engendrer une culpabilité excessive et une rumination contre-productive.

POINT DE VIGILANCE

La résilience après une erreur ne signifie pas minimiser celle-ci, mais distinguer l'apprentissage de l'auto-punition. Un environnement de soins psychologiquement sûr (culture juste, « just culture ») est nécessaire pour que les professionnels puissent reconnaître leurs erreurs sans crainte de sanction disproportionnée.

Exemple IPA : Une IPA se blâme pendant des semaines pour une erreur de dosage mineure corrigée à temps, sans conséquence pour le patient. Elle remet en question l'ensemble de sa légitimité professionnelle. Résultat : épuisement émotionnel et baisse de performance.

Synthèse : Quand utiliser le Système 1 vs le Système 2 ?

Ce tableau récapitulatif aide l'IPA à calibrer son mode de réflexion selon le contexte clinique.

Contexte	Système recommandé	Risque principal	Exemple clinique IPA
Urgence vitale	Système 1 (action rapide), puis Système 2 (analyse post-stabilisation)	Paralysie par l'analyse (Système 2 prématuré)	Arrêt cardiaque, sepsis, AVC, choc anaphylactique
Diagnostic complexe ambigu	Combinaison S1 (hypothèses) + S2 (vérification)	Biais de confirmation si S2 non activé	Tableau clinique polymorphe chez le sujet âgé
Suivi chronique	Système 2 dominant (analyse de tendances)	Biais de récence si S1 seul	HTA, diabète, insuffisance cardiaque
Charge cognitive élevée	Checklists et protocoles (Système 2 externalisé)	Erreurs par surcharge de S2	Urgences saturées, nuit, après gardes longues
Collaboration d'équipe	S1 (confiance, cohésion) + S2 ciblé (remise en question constructive)	Groupthink si S2 inhibé ; isolement si S2 excessif	Staff pluridisciplinaire, RCP
Communication patient	S1 (empathie, langage adapté) + S2 (information précise)	Cadrage biaisé si S1 non maîtrisé ; incompréhension si S2 trop technique	Annonce diagnostique, éducation thérapeutique
Auto-évaluation	Système 2 (identification des lacunes) + S1 (maintien de l'estime de soi)	Syndrome d'imposteur si S2 hypercritique ; surconfiance si S1 dominant	Formation continue, supervision, retour d'expérience

Recommandations pratiques pour les IPA

Activer le Système 2 à bon escient

- Utiliser des checklists diagnostiques structurées (ex. : approche SOAP, diagnostic différentiel systématique).
- Recourir à des scores cliniques validés et adaptés au contexte (Wells pour la TVP/EP, HEART score pour la douleur thoracique, CURB-65 pour les pneumonies).
- Pratiquer le « diagnostic time-out » : avant de conclure, se demander « Quelle est l'alternative que je n'ai pas envisagée ? »

Rechercher activement les informations discordantes

- Se poser systématiquement la question : « Quels éléments ne cadrent pas avec mon hypothèse principale ? »
- Consulter d'autres sources (collègues, littérature, recommandations de sociétés savantes) avant de conclure sur un cas complexe.

Développer la métacognition clinique

- Après chaque décision importante, noter mentalement : « Sur quoi ai-je basé cette décision ? Y avait-il un biais possible ? »
- Participer régulièrement aux Retours d'EXpérience (REX/CREX) et aux analyses de cas pour identifier les biais a posteriori.

- Tenir un journal réflexif de pratique (exigence habituelle des formations IPA) en incluant les situations où un biais a pu influencer une décision.

Maîtriser la communication patient

- Présenter les options thérapeutiques de façon équilibrée : probabilités en termes absolus (« 9 patients sur 10 répondent à ce traitement ») plutôt qu'uniquement en termes relatifs.
- Adapter le registre de communication au niveau de littératie en santé du patient (Système 1 empathique + Système 2 informatif).

Prendre soin de soi pour préserver la qualité décisionnelle

- Reconnaître les conditions qui dégradent le Système 2 : fatigue, stress intense, charge cognitive élevée — et demander du soutien ou différer les décisions non urgentes.
- Cultiver un environnement de sécurité psychologique dans l'équipe pour que chacun puisse exprimer ses doutes sans crainte de jugement.

Conclusion

Kahneman lui-même souligne que le Système 1 n'est pas l'ennemi de la bonne décision — il en est souvent le moteur chez l'expert. La reconnaissance de patterns cliniques, fondement de l'expertise médicale et infirmière, est une forme de Système 1 entraîné et affiné. Le Système 2, bien que nécessaire pour la réflexion critique, peut être contre-productif lorsque la rapidité prime, l'intuition est fiable, ou la charge cognitive est déjà saturée.

Pour les IPA, l'enjeu n'est pas de choisir entre les deux systèmes, mais d'apprendre à **calibrer la transition entre eux** selon le contexte clinique :

- Agir vite avec le Système 1 en urgence, puis analyser avec le Système 2 dès que la situation est stabilisée.
- Utiliser le Système 2 pour valider les intuitions du Système 1 dans les situations complexes, ambiguës ou à fort enjeu.
- Reconnaître ses propres patterns de biais pour mieux les anticiper et les corriger.

La conscience de ces biais ne vise pas à paralyser la décision, mais à former des professionnelles réflexives, capables d'exercer une pratique avancée sûre, rigoureuse et centrée sur le patient.

Références bibliographiques

- Kahneman, D. (2011). *Thinking, Fast and Slow*. Farrar, Straus and Giroux.
- Croskerry, P. (2003). The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them. *Academic Medicine*, 78(8), 775–780.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. *Science*, 185(4157), 1124–1131.
- O'Connor, A. M., et al. (2015). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1).
- Scott, I. A. (2009). Errors in clinical reasoning: causes and remedial strategies. *BMJ*, 338, b1860.
- Mamede, S., & Schmidt, H. G. (2004). The structure of reflective practice in medicine. *Medical Education*, 38(12), 1302–1308.
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2021). *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : Propositions de l'Assurance maladie pour 2022*.
- European Wound Management Association (EWMA). (2019). *Wound Management Guidelines*.



Questions pour la discussion en groupe

1. Quel biais cognitif avez-vous identifié dans votre pratique clinique récente ? Comment s'est-il manifesté et comment l'avez-vous surmonté — ou auriez-vous pu le surmonter ?
2. Décrivez une situation où votre Système 1 (intuition rapide) vous a guidé vers une bonne décision que le Système 2 aurait pu retarder.
3. Dans votre futur terrain d'exercice IPA, quels biais vous semblent les plus susceptibles d'affecter votre pratique ? Quelles stratégies anticipez-vous pour les contrer ?