



# LES BIAIS COGNITIFS : Entre risque d'erreur de jugement et stratégie pour aider le patient

---

Pierre Vandenheede

# LES BIAIS COGNITIFS : ENTRE RISQUE D'ERREUR DE JUGEMENT ET STRATÉGIE POUR AIDER LE PATIENT

Dans le cadre de cette journée consacrée à la technologie dans la pratique du médecin, certains se posent sans doute des questions sur l'avenir de la médecine face à l'évolution de l'intelligence artificielle... Vous avez entendu parler de recherches qui tendent à démontrer la supériorité de l'intelligence artificielle sur l'humain dans la pratique du diagnostic en raison de l'absence de facteur humain. À l'inverse d'autres études semblent justement démontrer la valeur de ce facteur humain.

Cette communication ne pourra ni vous rassurer ni vous inquiéter davantage quant à la puissance de l'intelligence artificielle. Par contre, nous allons aborder le facteur humain, à la fois dans ses faiblesses, mais également sur la manière de les comprendre, de les contourner, voire d'en tirer parti pour le bénéfice du patient.

Pour traiter cette problématique, nous nous pencherons sur la question de l'erreur dans le diagnostic et plus particulièrement sur les biais à l'œuvre dans le raisonnement du médecin. Dans un second temps, nous évoquerons quelques outils pour diminuer l'impact des biais dans le diagnostic. Dans la dernière partie, nous prendrons le contrepied de cette démarche afin de voir comment s'appuyer sur les biais pour mobiliser le patient dans le suivi d'un traitement !

---

## DU DIAGNOSTIC À L'ERREUR

Quelque que soit le domaine que nous professons, il est attendu de nous que, en tant que spécialistes, notre pratique soit exempte d'erreurs ou pour le moins en minimise l'impact. Cet espoir, aussi légitime soit-il, tend à confondre l'humain avec la machine ! Ou du moins avec une conception idéalisée de la machine. Il faut reconnaître que le facteur humain est faillible, que le médecin, comme tout professionnel, commet des erreurs.

Afin d'aborder cette problématique, nous nous pencherons sur la démarche méthodologique du médecin et plus particulièrement sur la question du diagnostic car c'est un moment critique de la pratique médicale et parce qu'il permet d'illustrer à la fois nos mécanismes de raisonnement et l'impact des biais cognitifs sur ceux-ci.

Même si les médecins expérimentés évoquent souvent l'intuition dans leur diagnostic, celle-ci n'est pas le fruit d'une inspiration mystérieuse mais bien d'une démarche rigoureuse et d'une intégration de celle-ci dans une longue pratique qui la rendue pratiquement automatique et inconsciente. On la qualifie alors, parfois, d'intuition.



Si nous revenons quelques instants sur le raisonnement hypothético déductif qui guide toute démarche scientifique, nous serons impressionnés par sa rigueur. Elle tendrait à nous faire croire qu'il est implacable et que l'erreur en serait exclue. Malheureusement, ce n'est pas le cas ! Différentes recherches montrent que non seulement l'erreur médicale existe mais



qu'elle est même assez rependue. À titre d'exemple, sur les 600 000 décès que l'on dénombre annuellement en France, 60 000 seraient dus à une erreur médicale. Il est certainement possible de nuancer et d'expliquer ces chiffres, mais notre propos est avant tout de montrer que l'erreur est une donnée importante et qu'il est essentiel de la prendre en compte tant pour le bien-être du patient que pour la qualité des prestations ou encore pour préserver l'estime de soi du corps médical.

## AUX ORIGINES DE L'ERREUR DE DIAGNOSTIC

La recherche identifie trois types d'erreurs.

- D'abord, il y a les erreurs « techniques ». Elles sont le résultat d'un manque de connaissance.
- Ensuite, il y a les erreurs qui sont les conséquences des émotions. Il est par exemple difficile de garder sa lucidité de jugement face à un proche qui est gravement malade.
- Enfin, il y a les erreurs de jugement ou les erreurs des raisonnements.

Il est relativement facile de diminuer le nombre des premiers types d'erreurs en améliorant la formations continue des médecins par exemple. Le deuxième type d'erreur est plus complexe, mais des règles déontologiques et des protocoles permettent également d'en minimiser l'impact. Le troisième type d'erreur est plus complexe car elles se logent au creux de notre pensée et bien souvent à notre insu.

Malheureusement, c'est bien ce type d'erreur qui semble le plus répandu ! Cela nous amène à la définition que donne Nagels : « le jugement clinique relève d'un équilibre dynamique entre les "systèmes de croyances" du praticien et les "éléments observables" de l'environnement ».

Si les éléments observables de l'environnement étaient seuls en jeu dans le diagnostic, on pourrait considérer que le raisonnement hypothético déductif soit suffisant. Mais comme le système de croyances est déterminant, il nous faut intégrer le facteur humain dans nos considérations sur le jugement clinique. De manière plus spécifique, nous aborderons donc

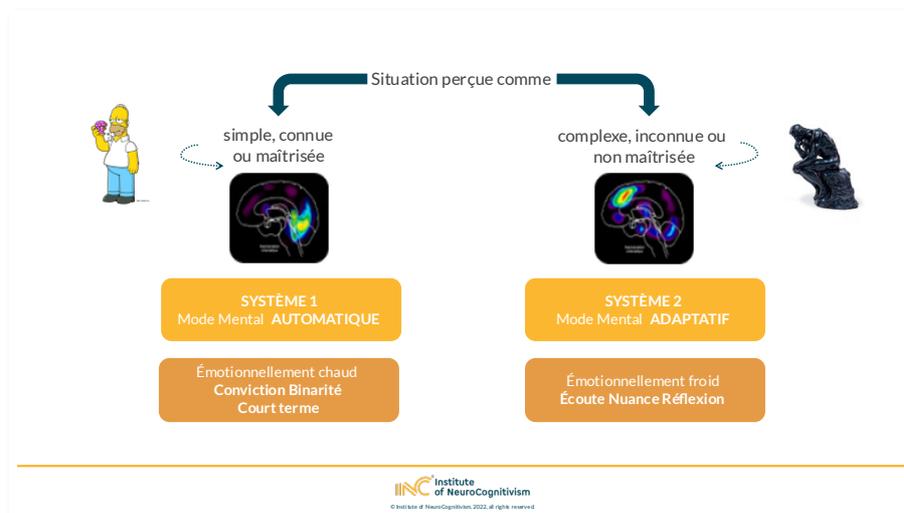


dans ce texte le raisonnement, non pas comme un processus « théorique » ou « idéal » mais bien la pratique de celui-ci par des hommes réels et faibles !

## MIEUX COMPRENDRE NOTRE SYSTÈME DE PENSÉE

En tant qu'être humain, nous avons tendance à voir en nous le penseur de Rodin plutôt que notre côté Homer Simpson, un peu bête et dominé par ses impulsions. Malheureusement, nous sommes souvent Homer et parfois, seulement, Rodin !

Au-delà de l'anecdote et de ce constat quelque peu amer, il y a derrière cette double vision, un indice des caractéristiques fondamentales du système de pensée de l'être humain. Afin d'illustrer celles-ci, voici l'algorithme de notre fonctionnement mental.



Nous pouvons imaginer que quand nous sommes confrontés à une situation, celle-ci peut être perçue comme simple et/ou connue et/ou maîtrisée ou au contraire comme complexe et/ou inconnue et/ou non maîtrisée. En

fonction de cette première distinction, des modes de pensées et des aires cérébrales différentes seront mobilisées. Cette dichotomie a été mise en évidence par de nombreux chercheurs avec de légères nuances. Pour notre propos, nous retiendrons deux terminologies : la première, « système 1/système 2 » a été mise en évidence par Tversky et Kahneman. Ce dernier a d'ailleurs reçu le prix Nobel pour ses travaux ; la seconde, plus pragmatique, « Mode automatique/mode adaptatif » est issue des recherches de Jacques Fradin. Bien que ces deux modèles ne soient pas strictement identiques, nous les considérons comme équivalents dans le cadre de ce texte.



Si on synthétise les caractéristiques de chaque système, nous pouvons dire que :

Système 1/Mode automatique	Système 2/Mode adaptatif
<p>Fonctionnement par association d'idées</p> <p>Approximatif et fondé sur la mémoire</p> <p>Rapide et sans effort</p> <p>Structuré par les biais cognitifs</p> <p>Pensée focalisée sur ce qui est perçu</p> <p>Émotionnellement « chaud »</p>	<p>Fonctionnement analytique</p> <p>Précis et « réinitialise » le processus</p> <p>Plus lent et consommateur d'énergie</p> <p>Base son raisonnement sur les conclusions du S1</p> <p>Capable de prise de recul</p> <p>Émotionnellement « froid »</p>

Au-delà de ces caractéristiques, deux éléments rendent l'erreur assez commune :

- La rapidité du système 1 a tendance à nous rendre aveugle à la complexité d'une situation et a nous faire considérer et traiter des situations complexes de manière automatique.
- Le système 1, ne perçoit pas spontanément ses propres « simplismes ». Nous avons donc tendance à « penser » que ses raisonnements sont le fruit d'une réflexion riche et argumentée !

## LES BIAIS COGNITIFS

Ces « simplismes » s'illustrent notamment dans les biais cognitifs. Nous pouvons qualifier ceux-ci de « raccourcis de la pensée ». Face à une situation, notre pensée prend une série de raccourcis afin d'émettre un jugement qui nous permettra de prendre une décision rapide et d'agir en conséquence. Ces biais sont le fruit de centaines de milliers d'années d'expérience humaine. Ils sont donc loin d'être, en soi, négatifs. Cependant, ils peuvent être inappropriés par rapport à notre contexte de vie. Tant que nous sommes dans des situations relativement simples, cela ne porte donc pas ou peu à conséquence. Nous pouvons cependant imaginer que ces biais peuvent devenir problématique dans le cadre de la pratique médicale. Ce souci est d'autant plus prégnant que la recherche a identifié entre 100 et 200 biais et que la plupart sont difficiles voire impossibles à maîtriser.

Afin d'illustrer notre propos, nous avons répertorié dans la littérature une série de biais particulièrement présents et problématiques dans la pratique médicale :

- L'heuristique de disponibilité/la réminiscence : les diagnostics récents vont revenir spontanément à la mémoire face à un patient, au risque de négliger d'autres diagnostics plus pertinents.
- L'ancrage : c'est ce qu'on appelle dans le langage commun, la première impression. Celle-ci est souvent très forte et reste longtemps en mémoire, au risque d'oblitérer des symptômes plus discrets.



- Le biais de représentativité : diagnostiquer un patient en fonction d'une majorité de symptômes sans se pencher sur ceux qui infirment l'hypothèse générale.
- Le biais de confirmation d'hypothèse/de cadrage : ne prendre en compte que les symptômes qui vont dans le sens de l'hypothèse initiale ou de votre contexte.
- Le biais de satisfaction. C'est un biais particulier parce qu'il est fortement lié à la confiance en soi. Il s'observe par exemple quand on est particulièrement satisfait d'un « beau » diagnostic sans chercher outre mesure à valider sa pertinence.
- S'éloigner du zèbre. Il est relativement peu probable d'observer un zèbre courir dans les campagnes gaumaises. Si on aperçoit un équidé, c'est probablement un cheval. En termes de diagnostic, cela se traduit par une orientation systématique vers le diagnostic probable...
- La conclusion prématurée : c'est le fait d'accepter un diagnostic sans s'interroger sur les possibilités de diagnostic différentiel.
- Les coûts irrécupérables : être réticent à abandonner un diagnostic ou un traitement car on y a déjà consacré du temps et des ressources.
- Le biais d'hésitation ou d'activisme : retarder la mise en route de manœuvres d'urgence ou, au contraire, tendre vers l'action y compris sans raison suffisante. Ces deux biais peuvent paraître opposés, mais ce n'est pas parce qu'ils le sont qu'ils s'annulent mutuellement !
- Le biais de feed back : interpréter l'absence de feedback comme un feedback positif
- L'erreur d'attribution : expliquer l'état du patient en fonction de sa personnalité ou d'autres paramètres extra-médicaux ou encore attribuer l'évolution d'un patient à des facteurs thérapeutiques alors qu'ils découlent de facteurs extra-thérapeutiques.
- La soumission à l'autorité : ne pas se risquer à remettre en question l'avis d'un « expert ».

## TENTER DE CONTRÔLER SES BIAIS

Ces quelques exemples de biais nous laissent face à un amer constat : nous ne pouvons que fort modérément faire confiance à notre raisonnement spontané. Dès lors, une question émerge : est-il possible de contrôler les biais ? La réponse n'est malheureusement pas simple. Se débarrasser de ses biais est impossible. Ils font partie de notre mode de fonctionnement. Cependant, il est modérément possible d'un contrôler les effets sur nos jugements (débiaising).

Dans le cadre de ce texte, j'ai sélectionné 3 stratégies de débiaising qui permettent de diminuer l'erreur dans le diagnostic. Fondamentalement ces différentes stratégies facilitent la bascule du système 1/mode automatique vers le système 2/mode adaptatif. En effet, même si le mode adaptatif n'est pas exempt d'erreur, il nous offre de meilleures garanties de pensée rigoureuse.

- La première stratégie est l'anticipation du regret que nous pourrions éprouver face à un diagnostic erroné. En suscitant une séquence de doute face à nos appréciations et en imaginant le regret face à une erreur potentielle, notre système 2 est mobilisé et « réexamine » la situation.
- La deuxième stratégie nous invite à confronter des arguments logiques aux interprétations potentiellement biaisées auxquelles nous sommes parvenus. Cette confrontation nous invite également à une bascule. En effet, on observe souvent un



ressenti de léger malaise quand nous sommes obligés de justifier une réponse erronée face à une argumentation logique.

- La troisième stratégie est la plus simple : se donner l'occasion de poser un diagnostic en deux temps. En somme, face à une situation complexe, se donner un temps de réflexion avant de poser le diagnostic définitif. Le défaut du système 2 est une certaine lenteur dans son exécution. Une manière d'y palier est donc de lui donner un délai d'exécution.

Ces différentes stratégies ont démontré leur efficacité dans le cadre de recherches menées par Altabba (2019) ou Croskerry (2013) par exemple. Ce dernier en particulier s'est penché régulièrement sur la question de l'erreur et ses travaux mettent en évidence une série de recommandations en lien avec la pratique médicale.

Quelques recommandations, assez générales, concernent le contexte dans lequel le soignant exerce. En dépit de nos espoirs, il est pratiquement impossible de faire deux tâches complexes en même temps ! Comme nous l'avons signalé plus haut, l'émotion est mauvaise conseillère. En outre, le repos est indispensable

pour mobiliser le système 2 qui est lui-même un gros consommateur d'énergie. Enfin, la charge mentale auquel est confronté un médecin, peut l'induire en erreur.

Une deuxième catégorie de recommandations, propose des stratégies pour tenter de contrôler directement les biais. La connaissance des biais et de ses propres biais en particulier, sans être une garantie, permet de mieux les identifier et d'anticiper ses propres failles de raisonnement. De manière plus large, développer une culture de l'erreur au sein d'un service invite à poser un regard plus indulgent et plus acéré sur le diagnostic car elle induit à la fois une reconnaissance de

l'existence de l'erreur et des procédures pour l'identifier sans remettre en question la compétence du médecin. Dans un même ordre d'idée, il est également possible de se créer des

### Quelques recommandations

Autour du contexte

- Faire une tâche à la fois
- Éviter de prendre des décisions sous le coup de l'émotion
- Se reposer
- Soulager sa charge mentale



**IINC** Institute of NeuroCognitivism  
© Institute of NeuroCognitivism 2022. All rights reserved.

### Quelques recommandations

Autour des biais

- Connaître ses biais (lecture/formation/feedback)
- Développer une culture de l'erreur
- Se donner le droit de prendre des décisions en deux rounds
- Se créer une routine de questions :
  - Dans quel piège suis -je tombé?
  - Qu'est -ce que cela pourrait être d'autre?
  - Est-ce un cas où je dois prendre mon temps?
  - Y a-t-il des incohérences?
  - Ai-je envisagé le pire?
  - Y a-t-il un risque d'étiquetage?



**IINC** Institute of NeuroCognitivism  
© Institute of NeuroCognitivism 2022. All rights reserved.



routines d'auto-questionnement, directement en lien avec certains biais afin d'aiguiser notre vigilance.

La troisième catégorie de recommandations tourne autour du diagnostic en lui-même. Comme pour le contrôle des biais, il est judicieux de consolider sa pratique à travers une série d'outils, de fiches pour la systématiser.

L'analyse de sa pratique, voire la supervision, ne devrait pas être réservée aux seuls praticiens débutants mais se généraliser afin de développer la culture de l'erreur que nous avons évoquée plus haut. Différentes astuces

### Quelques recommandations

Autour du diagnostic

- Mettre en place des routines pour systématiser les diagnostics
- Se former au risque d'erreur
- Écrire ses diagnostics pour les objectiver
- Qualifier le diagnostic : probable/grave/remarquable/traitable...
- Utiliser des checklists pour s'aider
- Essayer d'infirmer son hypothèse initiale
- Y'a-t-il un second diagnostic qui se cache derrière le premier

**IINC** Institute of NeuroCognitivism  
© Institute of NeuroCognitivism, 2022. All rights reserved.

permettent également de mobiliser le système 2 comme le fait d'écrire son diagnostic car cet exercice induit une prise de recul. Le fait de la qualifier a également le même impact. Je voudrais également souligner un « truc » particulièrement efficace : chercher à infirmer son propre diagnostic, en somme se faire son propre avocat du diable. La construction de différents raisonnements autour d'une même problématique favorise une importante prise de recul face au risque de biais de raisonnement.

Avant d'aborder la dernière partie de cet article sur la manière de mobiliser les biais au service du patient, je voudrais aborder une dernière question : le risque de sur-confiance en soi. Beaucoup de praticiens ont davantage tendance à se fier à ce qu'il qualifie d'intuition ou d'expérience qu'au fruit de la recherche. S'il est bien sûr évident que l'expérience est d'une richesse indéniable, la sur-confiance en soi du spécialiste est bien souvent le fruit d'un biais qui induit la croyance que l'expérience d'un homme isolé est suffisante pour aller à l'encontre du travail d'une communauté... C'est parfois vrai mais le plus souvent faux. L'expérience du Covid que nous venons de traverser a été une illustration, souvent dramatique, de la faculté qu'ont les individus de s'instituer expert !

## JOUER AVEC LES BIAIS AU BÉNÉFICE DU PATIENT

Si le médecin est sensible aux biais, le patient l'est aussi ! Si nous faisons des erreurs en tant que « diagnostiqueur », quel que soit le domaine dans lequel nous le posons, le patient aussi est sensible aux biais et mieux connaître les biais du patient va me permettre aussi, en tant que prescripteur, de faciliter le passage à l'action, à l'adoption d'un traitement par exemple.

Afin d'illustrer mon propos je vous propose de découvrir dans ces petites phrases des illustrations de quelques biais que l'on rencontrera couramment en contexte médical.



## Les biais du patient...



 Institute of NeuroCognitivism  
© Institute of NeuroCognitivism, 2022, all rights reserved

Ces petites phrases et leurs multiples variations vont souvent à l'encontre du suivi d'un traitement. Il est possible de « psychologiser » la résistance du patient (peur, croyance en son expérience...). Il est également possible de la voir comme un phénomène automatique qu'il appartient au professionnel de connaître et de contourner.

Dans ce dernier paragraphe, je voudrais adopter une posture particulière : profiter des biais pour faciliter le changement. Dans la mesure où nous sommes plus souvent Homer Simpson que Rodin, pourquoi ne pas jouer, avec toute la déontologie nécessaire, avec ce fameux système 1 qui est de toute façon présent ?

Il serait possible d'écrire 10 nouvelles pages sur le sujet. Pour vous y introduire, je vous propose ici 3 idées faciles à mettre en place.

- Tout d'abord, en tant que médecin, on « prescrit ». Autrement dit la recommandation du médecin est souvent perçue comme un ordre qui suscite donc facilement la réactance du patient (face à ce qui est perçu comme une privation de liberté, nous réagissons par le refus). Pour contourner ce biais, il vaut mieux miser sur la motivation que sur la contrainte. Alors comment faire ? Voici une petite phrase qui a l'air anodine mais qui s'appuie sur de solides recherches autour des principes de la motivation intrinsèque : « **Qu'est ce qui pourrait vous donner envie de...** ». La puissance de cette phrase réside dans le fait que c'est le patient lui-même qui se donne les arguments pour passer à l'action. En tant que médecin, si vous dites ou suggérez : « *Si vous ne faites pas ça, alors ceci va vous arriver ?* », vous suscitez la réactance ou un biais de représentativité (le fameux « *je connais quelqu'un qui...* ») et fort peu l'adhésion. Par contre, en jouant sur la motivation intrinsèque vous adopter une posture d'aidant et c'est le patient qui se convainc lui-même de la pertinence du traitement.
- La deuxième astuce, c'est le fait de **parler de l'efficacité plutôt que des risques**. En fonction de la manière dont on présente une opération ou un traitement le niveau



d'adhésion sera très différent. Ces deux formulations sont strictement identiques sur le fond : « Cette opération a 90% de chances de réussir » ou « Cette opération a 10 % de chances de rater ». Mathématiquement, ces deux propositions sont équivalentes. Dans les faits, si vous mettez l'accent sur les 10% d'échec, vous suscitez la peur et potentiellement l'aversion à la perte (rejet suite au sentiment de perdre quelque chose d'important). Par contre, si vous mettez en évidence les 90% de réussite vous induisez de l'espoir et une plus grande motivation.

- La dernière stratégie est plus particulière car elle **joue sur l'aversion à la perte pour mettre en action**. L'aversion à la perte a généralement tendance à favoriser le statu quo. En tant que prescripteur, nous pouvons mettre l'accent sur le risque de perte... si on ne fait rien ! À titre d'exemple, une expression comme : « **Vous ne voudriez quand même pas perdre...** » permet d'induire une aversion à la perte vis-à-vis de l'inaction !

Cet usage du langage pose souvent des questions éthiques. C'est légitime de poser cette question mais la crainte de la manipulation est selon moi une erreur. Dans la mesure où nous sommes automatiquement soumis à des biais, une formulation qui se voudrait neutre est une illusion. Donner au patient les meilleures chances de vivre une vie de qualité demande donc de contourner en nous la voix de Homer Simpson.

---

## BIBLIOGRAPHIE

### 1. LIVRES :

- Vous allez commettre une terrible erreur ! - Olivier Sibony
- How doctors think - Jerome Groopman
- Système1-système 2 : les deux vitesses de la pensée - Daniel Kahnemann

### 2. ARTICLES :

- Croskerry, P., Singhal, G., & Mamede, S. (2013a). Cognitive debiasing 1: Origins of bias and theory of debiasing. *BMJ Quality & Safety*, 22 Suppl 2, 58-64.  
<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001712>
- Croskerry, P., Singhal, G., & Mamede, S. (2013b). Cognitive debiasing 2: Impediments to and strategies for change. *BMJ Quality & Safety*, 22 Suppl 2, 65-72.  
<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001713>
- Durieux, N., Pasleau, F., Vandenput, S., & Maillart, C. (2013). Les orthophonistes utilisent-ils les données issues de la recherche scientifique ? Analyse des pratiques afin d'ajuster la formation universitaire en Belgique. *Glossa*, 113.  
<https://www.glossa.fr/index.php/glossa/article/view/588>
- Altabaa, G., Raven, A. D., & Laberge, J. (2019). A simulation-based approach to training in heuristic clinical decision-making. *Diagnosis*, 6(2), 91-99.  
<https://doi.org/10.1515/dx-2018-0084>
- Bhatti, A. (2018). Cognitive bias in clinical practice: Nurturing healthy skepticism among medical students. *Advances in Medical Education and Practice*, 9, 235-237.  
<https://doi.org/10.2147/AMEP.S149558>

### 3. WEBOGRAPHIE :

- <https://medicalforum.ch/fr/detail/doi/fms.2018.03060>



---

## L'AUTEUR : PIERRE VANDENHEEDE



Coach - Formateur - Concepteur pédagogique

INC Partner

Pierre Vandenneede est né en 1975. Après des études de philosophie, il a travaillé dans différents contextes tels que l'entreprise, le social et la recherche.

Dans le cadre de son parcours professionnel, il s'est spécialisé dans les processus d'apprentissage ainsi que dans les différents domaines suivants : la décision, la communication, l'accompagnement du changement, le E-learning, l'analyse des organisations et la créativité.

Durant 12 ans, il a été directeur pédagogique de l'Institute Of NeuroCognitivism Bruxelles et Paris dont il reste partenaire.

Aujourd'hui il accompagne les collectivités afin d'aider les groupes et les décideurs dans leurs réflexions et leurs décisions.

---

## L'INSTITUTE OF NEUROCOGNITIVISM

L'ANC, Approche Neurocognitive et Comportementale, est un modèle novateur interdisciplinaire issu de recherches appliquées en neurosciences et en sciences humaines.

**Notre offre Académie** : Dispensées dans notre institut INC Belux ou en distanciel, nos formations certifiantes renforcent votre expertise dans la compréhension des comportements humains et vous permettent d'avoir un impact distinctif dans vos accompagnements individuels ou collectifs.

**Notre offre Conseil et Entreprises** : Du conseil adapté et précis pour résoudre ensemble vos problématiques et s'adapter à vos collaborateurs, sachant qu'ils réagissent différemment aux situations rencontrées en fonction de leurs profils cognitifs. De la cocréation et du co-développement pour réunir nos forces et nos compétences.

Envie d'en savoir plus?  
Scannez et découvrez !

 Je m'inscris à une Séance  
Découverte gratuite

 Je télécharge  
le Livre Blanc









**IINC** Institute  
of NeuroCognitivism  
EXPLORE ADAPTIVE INTELLIGENCE

**LES BIAIS COGNITIFS :**  
**Entre risque d'erreur de jugement et stratégie pour aider le patient**

Pierre Vandenheede

© Institute of NeuroCognitivism, 2022, tous droits réservés.