

# Prise de décision collective et planification cognitive lors du processus de révision médicamenteuse à l'hôpital

**Wawrzyniak Clément**  
clement.wawrzyniak@univ-lille2.fr

**06/06/2016**

# Objectifs de la thèse

## Objectif pratique

Elaboration d'un référentiel destiné aux parties prenantes de la MRev (acteurs, décideurs, etc.) pour les aider à identifier et à implémenter la forme la plus optimale du processus à l'hôpital au regard de leurs ressources locales.

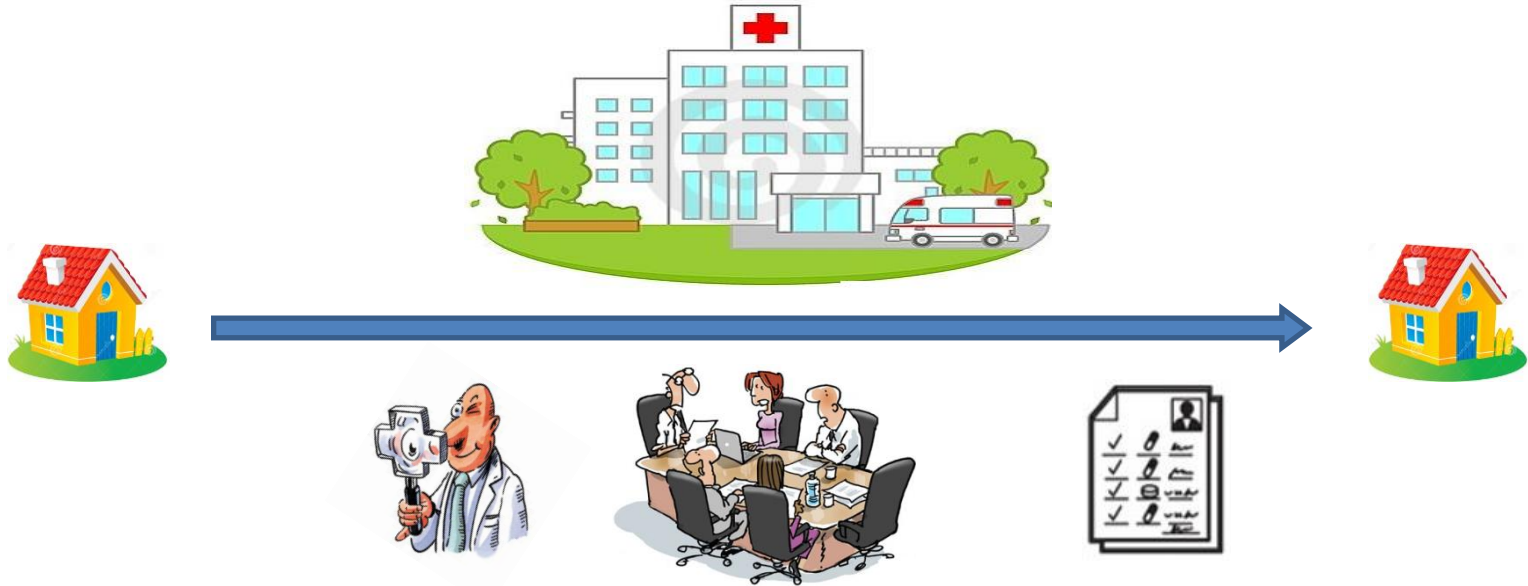
## Objectif de recherche

Analyser le processus de prise de décision (PdD) collective en environnement dynamique, plus précisément de planification cognitive des actions en situation d'activité pluridisciplinaire.

# La Révision Médicamenteuse : quèsaco ?

## Révision médicamenteuse

- Sécuriser et optimiser le traitement médicamenteux d'un patient en tenant compte de l'ensemble des variables environnementales et personnelles.



- Processus complexe à implémenter en milieu hospitalier.

# Présentation des études

- Etude 1 – Analyse des situations de travail
  - Cinq terrains d'étude
  - Première et deuxième année.
- Etude 2 – Analyse cognitive de la coopération
  - Basée sur la première étude
  - A venir.

## Etude1 – Analyse des organisations (en cours)

- Objectifs :

- Description des organisations
- Modélisation du processus de Mrev
- Identification des étapes de PdD

- Méthodes :

- Observations
- Entretiens individuels / collectifs
- Revue de littérature sur les formes d'organisations de MRev

## Etude 1 – Analyse des organisations (en cours)

- Principaux résultats :
  - Structure de la MRev comparable entre les terrains ...
  - ... mais s'instancie de différentes manières.
  - Deux formes dominantes de PdD : RCP ou tour médical
  - Binôme Pharmacien / Médecin inaliénable à la Mrev
  - Utilisation de connaissances contextuelles / génériques
  - Distribution des rôles entre juniors / séniors
  - Phase de pré-planification individuelle ou collective (RCP) ; existe t'elle en configuration Tour médical ?

## Etude 1 – Analyse des organisations (en cours)

- Principaux résultats :
  - Données de terrains en accord avec la littérature
  - Facteurs clés identifiés :
    - Ressources humaines suffisantes
    - Outils 'supports' performants
    - Collaboration active entre les acteurs (caractère intégratif)
    - Distribution des tâches effective et connue de tous
    - Favoriser la construction d'expertise individuelle et collective
    - Présence d'un ou plusieurs leaders
    - Motivation et engagement des acteurs (notamment sur sites avec peu de ressources allouées)
    - Support des décideurs de l'établissement

## Etude 2 – Analyse cognitive de la coopération

- Objectifs :

- Description du processus de PdD entre Pharmacien et Médecin :
  - Gestion des Représentations Compatibles (Leplat, 1991)
  - Gestion coopérative des plans communs (élaboration + déclaration (Hoc, 2001))
- Creuser la notion de pré-planification (Van Daele & Carpinelli, 2001) ?

- Méthodes :

- Etude des communications durant la prise de décision :
  - Enregistrement des RCP / tours médicaux
  - Analyses des communications fonctionnelles Pharmacien / Médecin jusqu'à la prise de décision effective
  - Analyse des phases de pré-planification ?



## Etude 2 – Etude cognitive de la coopération

- Cadre :
  - Modèle de l'Architecture cognitive de la coopération (Hoc, 2000, 2001)
  - Autres modèles de la coopération, Team Cognition ?
- Résultats attendus :
  - Mobilisation forte du niveau de coopération dans la planification , et moindre du niveau de métacoopération (Hoc, 2001)
  - Pharmacien = Connaissances génériques ; Médecin = Connaissances contextuelles ; Impact junior /sénior ?
  - Co-élaboration et co-déclaration du plan ; pas de “décisionnaire” seul
  - *Bonus : la modalité “débatative” apparait avec l'expertise collective*