
Prise de décision collective et planification cognitive des actions : Analyse du processus de révision médicamenteuse à l'hôpital

Wawrzyniak Clément, Pelayo Sylvia

CIC-IT de Lille, Maison Régionale de la Recherche Clinique, 6 rue du professeur Laguesse, 59037 Lille
clement.wawrzyniak@univ-lille2.fr

RÉSUMÉ

La révision médicamenteuse (MRev) est un processus visant à sécuriser et optimiser le traitement de patients polymédicamentés. Bien que reconnu pour ses effets bénéfiques, ce processus reste complexe à implémenter, maintenir et développer en milieu hospitalier. La MRev renvoie à une activité de prise de décision collective qui repose essentiellement sur le binôme médecin / pharmacien ; ce type de coopération peut être qualifié d'intégrative, débative et horizontale. L'intérêt de cette thèse est double : i) d'un point de vue pratique, il vise à aider les parties prenantes du domaine médical à implémenter l'organisation la plus optimale de ce processus au regard de leurs ressources locales ; ii) d'un point de vue scientifique, il vise à enrichir les travaux portant sur la planification cognitive collective en environnement dynamique.

MOTS-CLÉS

Révision médicamenteuse, activité collective, coopération, prise de décision, planification cognitive.

1 INTRODUCTION

Ce travail de thèse présente un double objectif pratique et scientifique. Il s'inscrit tout d'abord dans une problématique de terrain concernant l'implémentation et le maintien du processus de révision médicamenteuse (MRev, cf. chapitre Contexte d'étude) à l'hôpital. Ce processus, incontournable aujourd'hui pour la sécurisation des soins, est jugé complexe à déployer dans les services de soins ; et lorsque cela est le cas, de nombreuses difficultés peuvent empêcher un déroulement efficace des actions. La MRev peut être instanciée sous de multiples formes dans les organisations de travail. Actuellement, ni les professionnels de terrain, ni les instances décisionnelles / autorités compétentes ne savent spécifier l'organisation la plus optimale au regard des ressources et contraintes locales. Ce travail de thèse propose une analyse fine des déterminants du travail et des différentes formes d'organisation du processus de MRev et vise, à terme, l'élaboration d'un référentiel d'aide à l'implémentation du processus.

L'intérêt scientifique de la thèse repose sur le concept même du processus de MRev : une réunion d'acteurs issues de plusieurs disciplines pour décider de la suite de la prise en charge médicamenteuse du patient. En termes psycho-ergonomiques, ces situations s'apparentent à l'étude d'activités collectives de prise de décision en environnement dynamique, et plus précisément des activités collectives de planification cognitive des actions en situation pluridisciplinaire.

2 CONTEXTE D'ETUDE

La sécurisation des soins fait partie des enjeux majeurs des organisations de santé. Elle passe, entre autres, par la diminution des événements indésirables liés aux médicaments (EIM), responsables d'une morbi-mortalité et de surcoûts financiers importants et évitables. Les sujets âgés sont particulièrement vulnérables aux EIM, leur risque d'apparition étant doublé après 65 ans ; ils sont d'autant plus concernés que la polymédication et la diminution de l'observance des traitements sont fréquentes dans cette population.

La MRev fait partie des moyens déployés, notamment par les hôpitaux, pour réduire les EIM mais aussi pour améliorer la continuité des soins aux points de transition de la prise en charge. La MRev

peut être définie comme « *une évaluation de tous les médicaments pris par un patient avec l'objectif d'optimiser le traitement en entier. Cela implique d'identifier les risques, de détecter les problèmes liés aux médicaments et de proposer des solutions alternatives* »¹ (Pharmaceutical Care Network Europe, 2012). Dufay (2013) complète la définition en précisant que la MRev est « *un processus interactif et pluri-professionnel* ». Plus concrètement, lorsqu'un patient est hospitalisé, les acteurs de la MRev vont rassembler et croiser toutes les informations concernant son traitement médicamenteux pré-hospitalisation pour y introduire en toute sécurité les médicaments prescrits. Ils s'assureront que le patient sorte de l'hôpital avec une proposition de prise en charge médicamenteuse la plus optimale possible au regard de ses caractéristiques et de son environnement futur. La particularité de la MRev est qu'elle n'est pas une activité pour un instant *t* de la prise en charge du patient mais bien une proposition de prise en charge à moyen terme, adressée au professionnel qui assurera la suite de la prise en charge.

La littérature scientifique accumule les publications concernant la MRev à l'hôpital. Néanmoins, il n'en existe aucune, à notre connaissance, qui décrive le processus sous l'angle de la Psycho-Ergonomie². En effet, la quasi-totalité des travaux repose sur des avis d'experts de la santé anglo-saxons et vise une évaluation qualitative / quantitative du processus en termes cliniques et/ou financiers. Ils nous indiquent néanmoins que la MRev est un processus difficile à implémenter de façon efficace en milieu hospitalier (Bjeldbak-Olesen & al., 2013 ; Fernandes & al., 2012 ; Shaw & al., 2002), notamment du fait qu'il soit distribué dans le temps (processus qui s'étale sur plusieurs jours), dans l'espace (pas toujours de lieux fixes et définis), et entre plusieurs acteurs dont la fonction et le niveau hiérarchique diffèrent (médecins / pharmaciens / infirmiers / Aides Soignant), certains pouvant encore être en formation initiale (externes / internes). Les possibilités d'organisation du processus sont multiples : la MRev, et plus précisément, la prise de décision en elle-même, peut prendre la forme d'une réunion dédiée entre les acteurs concernés (telle une activité de RCP (Mollo & Sauvagnac, 2006 ; Mollo, 2004)) ou la forme d'échanges entre les acteurs durant les tours médicaux quotidiens. Parmi les multiples possibilités d'organisations, le binôme médecin-pharmacien apparaît comme central : il semble inaliénable à la MRev.

En termes psycho-ergonomiques, ces premiers éléments nous laissent envisager la MRev comme s'apparentant à un processus de prise de décision en environnement dynamique, et plus précisément à une planification cognitive collective sous la forme d'une coopération notamment horizontale (Rogalski, 1994) et intégrative (Schmidt, 1994).

3 PRESENTATION DES ETUDES

Notre première étude consiste en une analyse fine du processus de MRev tel qu'existant en milieu hospitalier. Une étude ergonomique est menée dans cinq hôpitaux (cf. chapitre Analyse de la situation) où la MRev est implémentée ; elle a essentiellement pour but de décrire la situation de travail et ses principaux déterminants. Les données recueillies doivent permettre *i)* de confronter notre compréhension psycho-ergonomique du processus décrit dans la littérature à la réalité, *ii)* d'identifier les modalités et les étapes de prise de décision et de planification cognitive au cours du processus sur nos terrains d'étude, *iii)* de faire les liens entre composants du système de travail et les difficultés d'implémentation / maintien du processus.

Une seconde étude à venir proposera une analyse cognitive de la phase à proprement parlé de prise de décision précédemment identifiée. Elle se centrera plus précisément sur les communications au sein du binôme pharmacien-médecin lors des phases de planification cognitive coopérative ; les échanges d'informations seront enregistrés et analysés sur la base du modèle de l'Architecture cognitive de la coopération de Hoc (2000 ; 2001). Cette deuxième étape a pris du retard et est en cours d'élaboration pour une mise en application cet été.

¹ Notre traduction.

² Revue de littérature menée dans les bases de données Pubmed, Web of Knowledge et Sciences Direct.

4 PREMIERE ETUDE : ANALYSE DE LA SITUATION

4.1 Méthodes

La première étude repose sur les méthodes classiques d'analyse de l'activité en Ergonomie, à savoir des observations (de postes, de réunions de MRev, des suivis des processus patients) et des entretiens (individuels et collectifs), avec une attention toute particulière accordée aux flux d'informations. Après quelques observations ouvertes, le recueil d'informations a été guidé par une grille d'observation systématique (i) intégrant les principaux composants d'un système de travail et (ii) permettant une description des différentes modalités organisationnelles de chaque site mettant en lumière le processus de gestion des informations qui sous-tend la prise de décision collective.

4.2 Sites de l'étude et résultats

Aujourd'hui, au total, 54 observations (soit environ 131 heures) et 20 entretiens (soit environ 20 heures) ont été menés sur trois des cinq terrains d'étude sélectionnés. Ces sites se différencient entre eux par des caractéristiques organisationnelles jugées déterminantes : ressources allouées à la MRev, acteurs impliqués, modalités de la préparation de la prise de décision et de la prise de décision (cf. Tableau 1).

Tableau 1 - Caractéristiques principales des cinq sites d'observations retenus (*= sites à venir).

Sites (lits) Services (lits)	Caractéristiques organisationnelles
Lille (3500) Gériatrie Aigue (28)	<ul style="list-style-type: none"> - Ressources humaines, techniques et financières limitées - MRev = réunion pluridisciplinaire hebdomadaire - Ressources étudiantes indispensables ; rotations fréquentes (perte d'expertise) - Uniquement binôme pharmacien/médecin ; pas d'IDE - Préparation de la RCP (ou pré-planification) individuelle
Lomme (400) - Gériatrie Aigue (20) - SSR (20)	<ul style="list-style-type: none"> - Ressources humaines, techniques et financières limitées - MRev = réunion pluridisciplinaire hebdomadaire - Ressources étudiantes indispensables ; rotations fréquentes (perte d'expertise) - Uniquement binôme pharmacien/médecin ; IDE présente dans de rares cas - Préparation de la RCP (ou pré-planification) individuelle
Denain (600) Tous les services, uniquement pour les patients de >75 ans répondant à des critères définis.	<ul style="list-style-type: none"> - Ressources humaines, techniques et financières importantes - MRev = réunion pluridisciplinaire dès que sortie du patient - MRev appliquée par une équipe mobile dans tous les services de l'hôpital. Trois acteurs aux rôles dédiés et inamovibles ; présence IDE indispensable - Ressources étudiantes inexistantes - Préparation de la RCP (ou pré-planification) collective
Bruxelles* (-) -	<ul style="list-style-type: none"> - Ressources humaines, techniques et financières importantes - MRev réalisée durant le tour médical
Nîmes* (2000) Tous, exceptés : psychiatrie, gynécologie, pédiatrie.	<ul style="list-style-type: none"> - Ressources humaines, techniques et financières importantes (projet Européen)

Parmi les principaux résultats, nos analyses montrent que, quelle que soit l'organisation de travail, la même structure de tâches principales est systématiquement observée (cf. Tableau 2) avec d'abord une phase de recueil de l'information, puis une seconde de planification proprement dite.

Médecins et pharmaciens (sénior et juniors confondus) apparaissent comme centraux et indispensables dans l'organisation de la MRev. Les juniors (internes et externes) sont fortement investis dans la phase de recueil d'informations ; leur rôle est moindre lors de la prise de décision. Les sénior (pharmaciens et médecins) se partagent généralement le rôle de leader du processus, à savoir celui qui veille au bon déroulement du processus mais aussi à son maintien et à son développement. L'absence de l'un des deux acteurs lors de la réunion pluridisciplinaire a toujours mené à l'annulation de la réunion ou à un ressenti de « *qualité moindre* » dans le résultat final.

On observe un travail critique de croisement des sources d'information dans la phase de récupération des informations ; le but est d'obtenir des informations fiables et complètes

concernant le patient et son traitement. Les informations concernant les pathologies, l'historique de soins et l'état de santé du patient sont généralement gérées par les médecins, les informations nécessaires étant récupérées au début de l'hospitalisation et actualisées tout au long du processus de prise en charge jusqu'à la phase de planification. Les informations concernant la prise de médicaments et les prescriptions associées sont récupérées et traitées par les pharmaciens. Chacun fait en sorte qu'elles soient disponibles à l'ensemble des acteurs dans le dossier MRev (papier ou informatique). Le processus de MRev renvoie à une importante activité de gestion de l'information.

Tableau 2 - Tâches principales, acteurs et résultats associés sur les trois premiers terrains (*=réalisé par un interne ou un externe ; **=réalisé par un junior et supervisé par un sénior ; les acteurs en gras sont présents systématiquement, les acteurs en non-gras peuvent intervenir).

Processus de prise de décision	Tâches correspondantes	Acteurs	Résultats
Prise d'informations	1. Identifier les patients à inclure	Médecins* , IDE	Liste des patients à inclure dans le process de MRev
	2. Elaborer le meilleur historique du traitement avant la prise en charge actuelle	Médecins* , pharmaciens*	Informations nécessaires à la réunion pluridisciplinaire
	3. Evaluer l'observance du patient	Médecins* , pharmaciens*	
	4. Comparer le traitement actuel avec l'historique pour corriger les éventuelles discordances	Pharmaciens**	
Planification des actions	5. Réviser le traitement médicamenteux du patient (MRev à proprement parlé)	Médecins , pharmaciens , IDE	Traitement médicamenteux optimisé Propositions d'améliorations de la prise en charge globale
	6. Transmettre le résultat de la MRev au médecin assurant la suite de la prise en charge	Médecins	Courrier de sortie avec changements effectués et leurs justifications

Lors de la MRev à proprement parlé, i.e. de la planification des actions pour la sortie du patient, les décisions s'organisent principalement en deux étapes pour chaque patient : la présentation du cas patient et la discussion médicament par médicament pour aboutir à un consensus. Les juniors (internes essentiellement ; pharmaciens et médecins) apportent principalement les informations sur le cas patient : ses antécédents, son évolution dans le service et notamment les justifications de changement de médicament ou de posologie (ou de non changement) pendant l'hospitalisation. Les médecins gériatres peuvent (i) apporter certaines informations complémentaires concernant l'administration de médicaments chez le sujet âgé (e.g. posologie moindre recommandée, précautions différentes) ou (ii) compléter par des données empiriques (i.e. issues de leur expérience), comme par exemple des médicaments plus ou moins bien supportés, plus ou moins stables (très peu de personnes âgées sont incluses dans les essais cliniques des médicaments, et encore plus rarement poly-pathologiques ou poly-médicamentés, ce qui rend peu représentatives les données connues sur les médicaments pour cette population). Les pharmaciens apportent des informations précises sur les médicaments (i.e. contre-indications, interactions, posologies, Service Médical Rendu, équivalences possibles, alternatives, etc.) ainsi que des informations sur la disponibilité des médicaments dans le livret hospitalier et en ville. On remarque ici l'utilisation de connaissances propres pour chacun des acteurs selon sa discipline et son expertise : Médicales vs. Pharmaciennes, Génériques vs. Contextuelles. Par ailleurs, bien que les décisions se construisent de par la complémentarité des avis des acteurs, nous remarquons également l'acquisition de connaissances au fil des réunions permettant à chacun des acteurs d'émettre ou de demander un avis/contre-avis. Autrement dit, d'une planification initialement intégrative, l'expérience accumulée - et donc les connaissances acquises - renvoie les acteurs à une planification intégrative pouvant parfois passer par une forme débative (Schmidt, 1994). De plus, pharmaciens et médecins participent ensemble à la planification sans qu'aucun ne soit impliqué par la mise en œuvre effective du plan, ni ne prescrive l'activité de l'autre ; associé à l'absence de lien hiérarchique entre eux (juniors mis à part), cet aspect confirme une coopération horizontale.

Un autre point intéressant concerne la préparation de l'étape de planification. Sur les sites de Lille et Lomme, cette préparation se fait individuellement pour les pharmaciens et médecins ; juniors et seniors d'une même discipline peuvent potentiellement la préparer ensemble. En revanche, cette préparation est collective et interdisciplinaire à Denain, entre le pharmacien et le médecin gériatre de l'équipe mobile ; cette pré-planification (Van Daele & Carpinelli, 2001) permet d'anticiper la planification entre ces deux acteurs et le médecin responsable de la prise en charge du patient concerné. Cette pré-planification vise, d'une part, à assurer la cohérence au sein de l'EMG et, d'autre part, à gagner du temps lors de la planification finale.

5 DISCUSSION

Les éléments issus de nos premières analyses de terrains vont dans le sens de ce que présente la littérature. Le processus de MRev apparaît effectivement comme un processus de planification cognitive collective des actions à entreprendre pour la suite de la prise en charge du patient, sur la base d'une coopération horizontale intégrative à tendance débative. Les principales caractéristiques de la MRev (acteurs tâches, outils, organisation, etc.) et les phases de prise de décision sont clairement identifiées pour trois de nos cinq terrains. Pour chacun d'entre eux, la décision est prise lors d'une réunion pluridisciplinaire ; les caractéristiques de ces réunions varient néanmoins, excepté la présence systématique du binôme pharmacien/médecin. La prise de décision effective est précédée d'une phase de recueil minutieux d'informations.

Ces premières analyses confirment également le caractère complexe de l'implémentation et du maintien du processus en milieu hospitalier. Certains déterminants ressortent comme ayant une influence forte sur le processus. Ces facteurs sont à lire comme « si ce facteur n'est pas respecté, le déroulement du processus sera compromis » : i) la disponibilité de ressources humaines suffisantes, ii) la conception d'outils performants (papier ou informatique) facile d'accès et d'utilisation, iii) la mise en place d'une réelle collaboration entre les acteurs de la MRev, iv) une distribution des tâches précise entre les acteurs, v) le développement d'une expertise individuelle et collective, vi) la présence d'un ou plusieurs leaders, vii) s'assurer et entretenir la motivation et l'engagement des acteurs de la MRev, notamment sur les sites avec peu de ressources dédiées à la MRev le recueil et l'utilisation d'informations fiables et complètes ainsi que leur mise à disposition pour l'ensemble des acteurs, et viii) avoir le support des décideurs de l'établissement.

Ces premiers résultats nous permettent d'envisager la seconde étude. Elle sera centrée sur l'analyse cognitive de la prise de décision au sein du binôme pharmacien/médecin lors de la phase effective de décision durant la MRev. Elle mobilisera notamment le modèle de l'architecture cognitive de la coopération de Hoc (2000, 2001) et Hélie & Loiselet (2000). Nous étudierons i) la gestion des représentations compatibles (Leplat, 1991), i.e. l'élaboration et le maintien des représentations entre médecin et pharmacien ainsi que leur intelligibilité commune (Rogalski, 2005), et ii) la gestion coopérative des plans communs, i.e. à l'élaboration et à la déclaration des plans communs (Hoc, 2001). Nous en déduisons l'apport et la valeur ajoutée de chacun des acteurs.

Dans le modèle de l'Architecture cognitive de la coopération, la notion d'interférence y est centrale et suppose que les effets des actions de l'un des acteurs soient pertinents pour les buts de l'autre. Ces interférences peuvent être négatives ou positives. Ces interférences peuvent être gérées à trois niveaux qui se distinguent les uns des autres en fonction du degré d'abstraction et de la distance à l'action. Le premier niveau de la coopération dans l'action est caractérisé par la gestion des interférences au cours de l'exécution de l'action, en temps réel. Le deuxième niveau de la coopération dans la planification repose sur la gestion d'un référentiel commun, de plans et de buts communs entre les partenaires. Ce niveau est à la fois constitué de connaissances et de représentations compatibles entre les partenaires. Enfin, le troisième niveau produit des données générales qui vont être utiles aux activités coopératives des deux niveaux inférieurs. Dans notre cas, nous nous attendons à voir mobilisés essentiellement le niveau de coopération dans la planification et, plus modérément, de la métacoopération (ce niveau est peu verbalisé dans les communications fonctionnelles).

6 BIBLIOGRAPHIE

- Bjeldbak-Olesen, M., Danielsen, A.G., Tomsen, D.V. & Jakobsen, T.J. (2013). Medication reconciliation is a prerequisite for obtaining a valid medication review. *Danish Medical Journal*, 60, A4605.
- Dufay, E. (2013). *La conciliation des traitements médicamenteux - Qualité et sécurité des soins liées aux produits de santé*. Communication présentée à l'OMEDIT Basse Normandie.
- Fernandes, O. & Shojania, K.V. (2012). Medication Reconciliation in the Hospital: What, Why, Where, When, Who and How?, *Healthcare quarterly*, 15, 42-49.
- Hélie, P. & Loiselet, A. (2000). Human-human cooperation in airborne combat system: Designing CSCW assistances. Paper presented at 6th S.E. Ergonomics Society Conference and 4th Asia Pacific Conference on Computer Human Interaction. Singapore, Nov.
- Hoc, J. M. (2001). Towards a cognitive approach to human-machine cooperation in dynamic situations. *International Journal of Human-Computer Studies*, 54, 509-540.
- Hoc, J. M. (2000). From human-machine interaction to human-machine cooperation. *Ergonomics*, 43, 833-843.
- Leplat, J. (1991). Organization of activity in collective tasks. In J. Rasmussen, B. Brehmer & J. Leplat (Eds) *Distributed decision making. Cognitive models for cooperative work*. New-York : John Wiley & Sons.
- Mollo, V. (2004). *Usage des ressources, adaptation des savoirs et gestion de l'autonomie dans la décision thérapeutique*. Thèse, CNAM, Paris.
- Mollo, V. & Sauvagnac, C. (2006). *La décision médicale collective. Pour des médecins moins savants et moins autonomes ?* Paris : L'Harmattan. 181 p.
- PCNE, (2011). Guidelines for Retrospective Medication Review in Pharmacy.
- Rogalski, J. (2005). Le travail collaboratif dans la réalisation des tâches collectives. In J.Lautrey & J. F. Richard (Eds.), *L'intelligence* (pp. 147-159). Paris: Hermès.
- Rogalski, J. (1994). Formation aux activités collectives. *Le Travail Humain*, 57, 425-443.
- Samurçay, R., & Hoc, J.-M. (1988). De l'analyse du travail à la spécification d'aides à la décision dans des environnements dynamiques. *Psychologie Française*, 33(3), 187-196.
- Schmidt, K. (1994). Cooperative work and its articulation: requirements for computer support. *Le Travail Humain*, 57, 345-366.
- Shaw, J., Seal, R. & Pilling, M. (2002). *Room for review: A guide to medication review: the agenda for patients, practitioners and managers*. Task Force on Medicines Partnership.
- Van Daele, A. & Carpinelli, F. (2001). La planification dans la gestion des environnements dynamiques : quelques apports récents de la psychologie ergonomique. *Psychologie Française*, 46, 143-152.