SAMU 13

RATIONALITE LIMITEE ET PRISE DE DECISION EN REGULATION MEDICALE 2010-2011

Florian Such
DGA TN
Facteurs Humains

Plan

1. Problématique
2. Premiers résultats
3. Débat
4. Perspectives

La problématique

Comment faire vite et bien ?

Comment prendre une décision médicale sans voir la victime ?

Pourquoi et quand arrêter le questionnement ?

HYPOTHESE

•Situations complexes + capacités cognitives limitées
➔Choix satisfaisant

•Les stratégies adaptatives
➔ réduction de l'espace de problème
➔ répondre aux exigences de qualité et de rapidité

•Le questionnement est un processus perceptif de compréhension de la situation

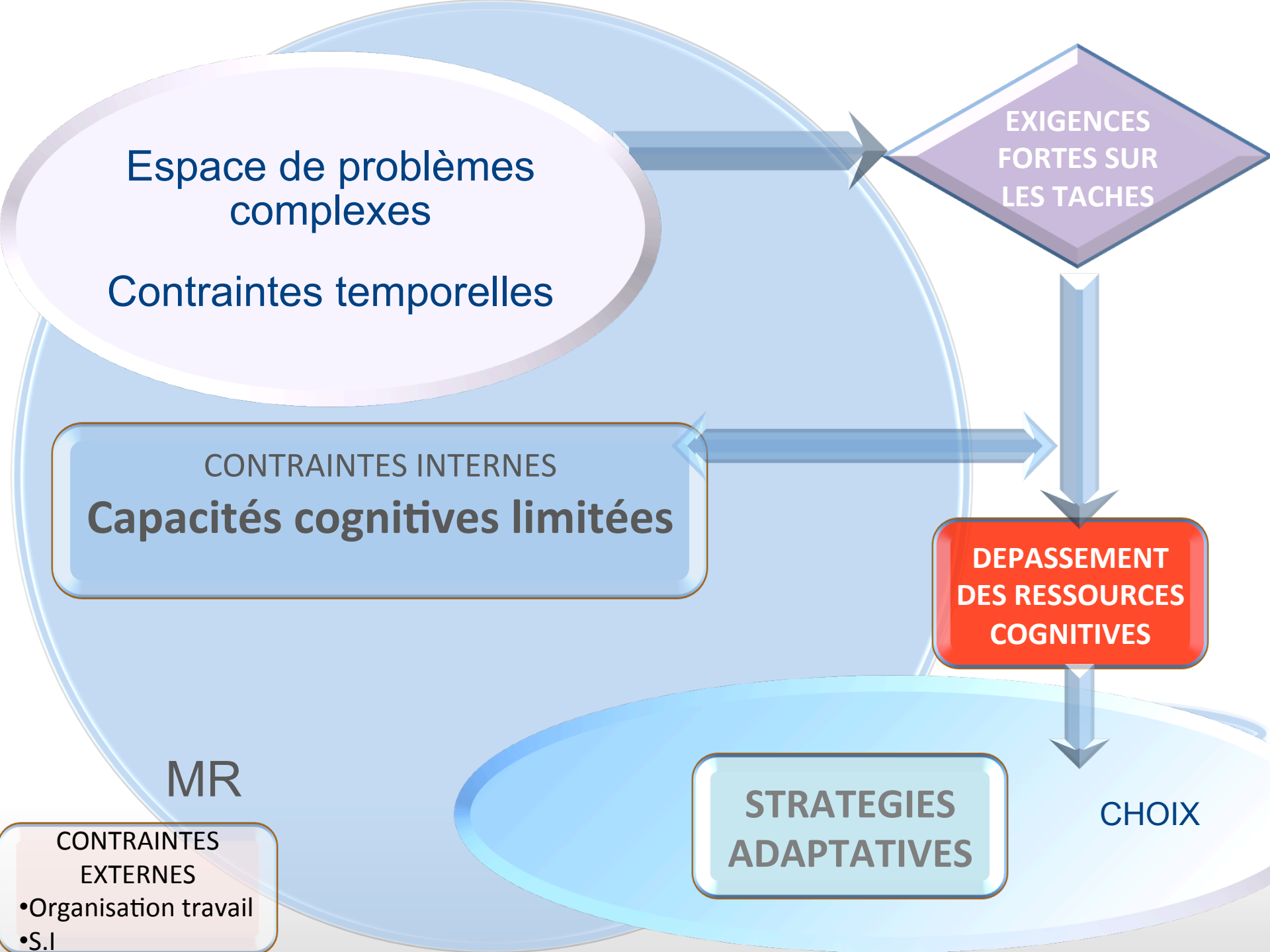
•Le questionnement s'arrête lorsque le seuil d'aspiration pour la recherche de solutions alternatives est atteint

La problématique

Pourquoi des doutes et erreurs dans les choix des médecins
VS
Grandes connaissances et expérience médicale

HYPOTHESE

- L'incertitude provient de l'incapacité à traiter toutes les informations et à prévoir toutes les conséquences des choix
- Les erreurs commises proviennent des mécanismes cognitifs


Espace de problèmes complexes
Contraintes temporelles
EXIGENCES FORTES SUR LES TACHES
CONTRAINTES INTERNES
Capacités cognitives limitées
DEPASSEMENT DES RESSOURCES COGNITIVES
MR
STRATEGIES ADAPTATIVES
CHOIX
CONTRAINTES EXTERNES
•Organisation travail
•S.I

La méthode

OBSERVATIONS

90 h double écoute
Med R1 et R2

ENTRETIENS AUTO-CONFRONTATION

16 médecins
Entretiens libres post régulation
Explication détaillée du raisonnement

1ER RECUEIL DE DONNEES

ENTRETIENS SEMI DIRECTIFS

3 entretiens semi-directif
Consignes + liste questions

ENTRETIENS ENREGISTRES

3 enregistrements
Consignes + questions complémentaires

GROUPES D'EXPERTS

Détails médicaux et comportements
Données non expliquées par la théorie
1 groupe : 4 médecins BMP
1 groupe : 6 médecins SAMU

2ème RECUEIL DE DONNEES
DIAGNOSTIC

verbalisations + modèles ↑ processus délibératifs

3 SEANCES DE RESTITUTION (SAMU et BMP)

Un processus commun

Les médecins régulateurs : un processus de décision en trois temps

Elaboration d'une hypothèse médicale (reconnaissance de « configurations types ») à partir des informations d'ambiance (PARM)

Une évaluation de la gravité de la situation ➔ prise de décision avec ou sans action associée (différée à la fin du questionnement)

Une évaluation « probable» des causes et de l'évolution à venir de l'état de la victime (« pas systématique ») ➔ anticipation du placement hospitalier

Une première explication

Comment prendre une décision médicale sans voir la victime ?

Représentation de la situation

Recueil d' indices perceptifs
- Repères visuels, kinésiques, olfactifs via le requérant

Communication à distance
- Discrimination motif appel vs problématique médicale

Prise de décision

Décision intuitive

- Comparaison à des situations de référence mémorisées (RPD)
- Prépondérance donnée à la compréhension de la situation (SA)

LE QUESTIONNEMENT = PROCESSUS DE PERCEPTION ET DE COMPREHENSION DE LA SITUATION (SA) POUR L'EVALUATION DE L'URGENCE/GRAVITE

Les déterminants de la prise de décision

- Caractéristiques de la situation (gravité/urgence, complexité)
- **Gestion des moyens** (couverture opérationnelle)
- «Qualité/ Fiabilité » du requérant (indices perceptifs)
- **Expérience / Vécu personnel** (médical, juridique, managérial)
- Emotions
- **Croyances (vision du monde)**

Des pratiques homogènes

Gestion de la complexité

- sélection des informations pertinentes.
- utilisation de schémas
- raisonnement par analogie
- « Intuition/feeling »

Gestion des erreurs

- Retex informel auprès d' autres MR
- Gestion centrée sur la maîtrise collective

Gestion des risques

- Envoi d' un VSAV pour voir
- Aggravation de la proposition d' engagement de moyens

Variabilité des pratiques en régulation

Les observations montrent une variabilité dans les processus de prise de décision

- La communication avec le requérant
- La gestion de l'effort (charge cognitive)
- Le moment de la décision et le temps de questionnement
- Les modalités pratiques de la résolution de problème

DIVERSITE + COMPLEXITE + ALEAS + TEMPS →

PROCESSUS COGNITIFS DE HAUT NIVEAU ?

STANDARDISATION DES PROCESSUS ?

Quels choix pour le MR ?

Incertitude = f(complexité)

- Qualité des informations
- Possibilité d'aggravation de l'état de la victime
- Incapacité à traiter toutes les informations et à prévoir toutes les conséquences des choix

- Niveau de compréhension
- Répertoire cognitif

Prise de décision

- Traitement contraint des infos
- Réduction de l'espace de pb
- Gestion des aléas

Croyances
Valeurs

Procédures

- Envoi d'un vsav pour voir
- Surdimentionnement des moyens

Processus cognitifs

Satisficing
Compromis cognitif
Intuition…

Limites des stratégies de haut niveau

- Activation d'un schéma cognitif en fonction d'information erronée ou incomplète
  - oubli et/ou rétention d'informations volontaire ou involontaire de la part du requérant

- Suivi d'un schéma cognitif erroné :
  - ignorance volontaire/involontaire de l'erreur ou absence d'information discordante utile

- Biais
  - Ancrage/représentativité/disponibilité
  - Surconfiance liée à la volonté d'aller vite
  - Confirmation lié à un questionnement fermé

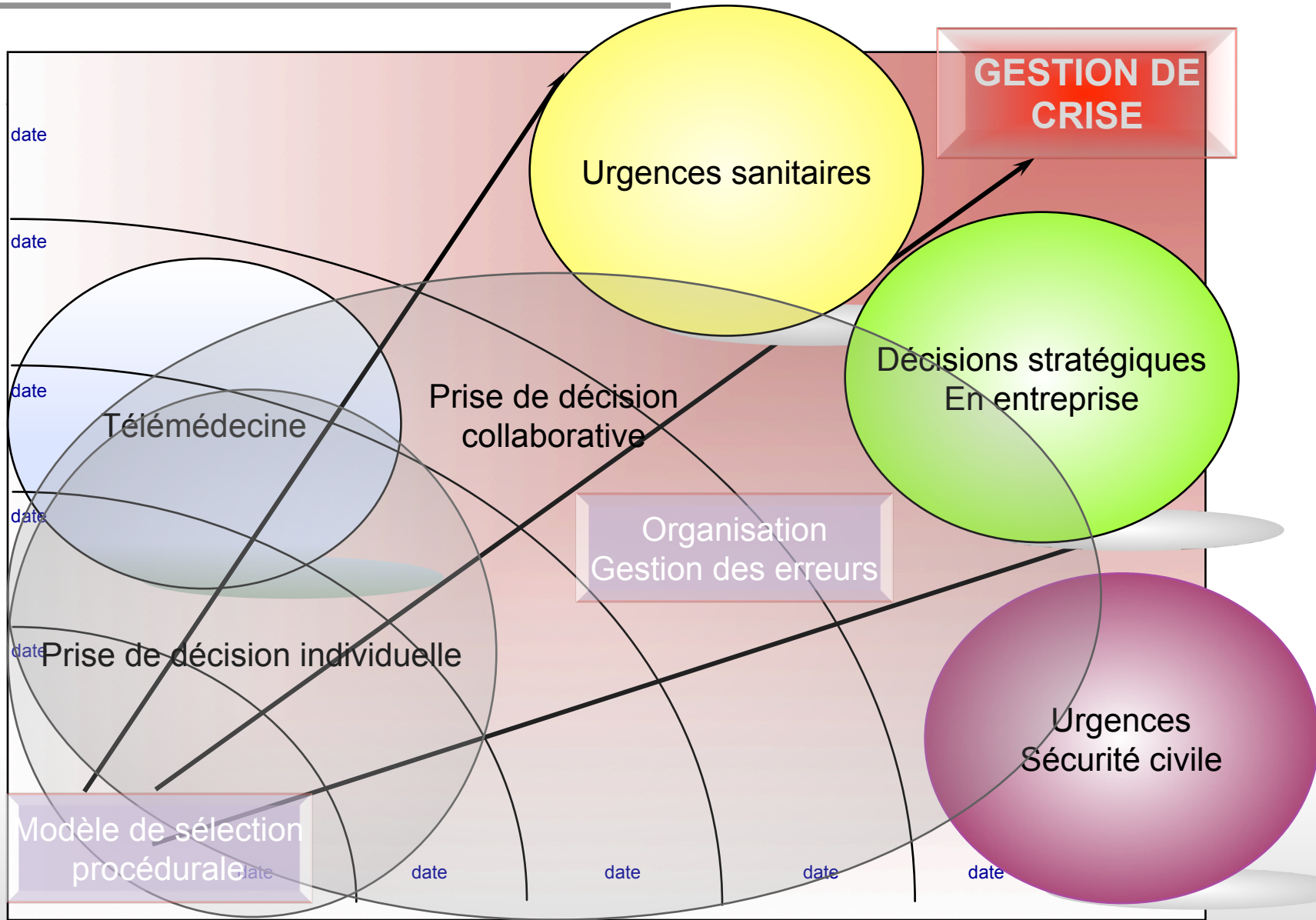
- Facteurs psychologiques individuels et sociaux
  - Volonté de dominer la situation,
  - Positionnement dans le groupe/organisation,
  - Capacité de remise en question (coût cognitif)
  - Capacité à observer son comportement (méta)

Prise de risque ?

Le recours à des processus cognitifs de haut niveau autorise des performances supérieures (vite et bien) mais le MR est soumis à :

- Processus non standardisés
- Biais cognitifs

Facteurs d'amélioration continue des pratiques

- formation adaptée : communication, prise de décision
- rtex
- accès à des communautés de pratique (CoP) pour prendre conscience et améliorer ses pratiques en prise de décision
- protocoles d'aide à la décision

Conclusion : vers une approche systémique