HAL
open science

Processus d'aide professionnelle ergonomique et cognitive avec un accompagnateur du médecin généraliste : innovation en France en matière d'aide médicale à des populations vulnérables dans le cadre du dépistage systématique du cancer

Marie Martin, Agnès Salinas

To cite this version:

Marie Martin, Agnès Salinas. Processus d'aide professionnelle ergonomique et cognitive avec un accompagnateur du médecin généraliste : innovation en France en matière d'aide médicale à des populations vulnérables dans le cadre du dépistage systématique du cancer. 47ème congrès international de la Société d'Ergonomie de Langue Française, Sep 2012, Lyon, France. pp.69-73. hal-01943525

HAL Id: hal-01943525

https://normandie-univ.hal.science/hal-01943525v1

Submitted on 23 Jul 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

47ème congrès international.
Société d'Ergonomie de Langue Française.

Archivé électroniquement et disponible en ligne sur :

www.ergonomie-self.org __www.informaworld.com/ergo-abs

Texte original.*

Processus d'aide professionnelle ergonomique et cognitive avec un accompagnateur du médecin généraliste : innovation en France en matière d'aide médicale à des populations vulnérables dans le cadre du dépistage systématique du cancer.

Marie MARTIN, Doctorante en psychologie cognitive
et Agnès SALINAS, Maître de Conférences Habilitée à Diriger des Recherches en psychologie cognitive,

Université de Caen / Basse-Normandie, Esplanade de la Paix,
Bâtiment Sciences E, Bureau SE614, 14032 CAEN cedex France.
EA 3918 CERReV (Centre d'Etude des Risques et des Vulnérabilités).
marie.granada@free.fr
agnes.salinas@unicaen.fr

Résumé. Cette contribution vise à montrer les problèmes posés dans la communication et la compréhension lors d'entretiens professionnels du médecin généraliste amené à pratiquer une proposition de dépistage systématique du cancer du colon. Sur le plan de l'ergonomie cognitive, le médecin est sujet à une surcharge cognitive de bien des façons lorsqu'il est confronté à l'obligation de donner des instructions concernant le dépistage systématique du cancer du colon. Nous évoquerons cette surcharge cognitive et la mise en place d'un projet pluridisciplinaire innovateur visant à contrecarrer cet obstacle par l'introduction d'un accompagnateur du dépistage, qui est sensé remédier à la surcharge cognitive du médecin et se poser en tant qu'aide cognitive à la compréhension face à des populations vulnérables socialement (situation d'illettrisme, de migration, de chômage).

Dans des situations de fonctionnement optimal avec un temps nécessaire pris à cette spécificité de l'entretien, les choses pourraient bien se passer; mais nous avons observé lors d'une étude de faisabilité préalable que ce temps spécifique n'existait pas ou peu dans la réalité objective d la pratique du médecin. D'où la nécessité d'une prise en charge réalisée par un tiers, cet accompagnateur du dépistage qui se surajoute et pose les jalons d'une communication et d'une prise en charge spécifique de ces populations. Notre projet pluridisciplinaire (épidémiologistes, économistes, psychologues) propose de prendre en compte les facteurs psychosociaux et psychocognitifs qui ralentissent ou inhibent l'approbation de l'entrée dans le processus du dépistage. 2000 questionnaires ont été envoyés et construits par cette équipe de chercheurs pluridisciplinaires, qui ont contribué à mettre en place ce même questionnaire. Nous avons construit une grille quantitative et qualitative qui l'analyse au niveau de la psychologie et de l'ergonomie cognitive : cette grille compte contribuer à la clarification de l'efficacité de cette démarche innovante.

Mots-clés : Ergonomie cognitive – dépistage du cancer – accompagnateur du dépistage – innovation et aide professionnelle

Processes and cognitive ergonomic professional help with a patient navigator for the general practitioner: innovation in France in terms of medical aid to vulnerable populations in the context of cancer screening.

Abstract. This contribution aims to show the problems in communication and understanding during professional interviews of general practitioners who have to practice a proposal for routine screening for colon cancer. In terms of cognitive ergonomics, the doctor has to deal with cognitive overload in many ways when confronted with the obligation to give instructions regarding routine screening for colon cancer. We will discuss this cognitive overload and show the establishment of an innovative multidisciplinary project aimed at countering this obstacle by introducing a screening guide : a patient navigator, which is supposed to remedy the cognitive overload of the doctor and propose an using cognitive understanding for socially vulnerable populations (LLN, migration, unemployment ...).

In situations of optimal functioning with a time taken for this specific dialogue, everything could be alright, but we have observed in a preliminary feasibility study that in this specific time there did not exist in objective reality of the physician's practice. Hence the need for care performed by a third person, this guide who is an additional screening and paves the way for a communication and a specific management of these populations. Our multidisciplinary project (epidemiologists, economists, psychologists) proposes to consider psychosocial and psycho-cognitive factors that slow or inhibit the approval of entry into the screening process. 2000 questionnaires were sent and built by this team of multidisciplinary researchers, who helped set up the same questionnaire. We constructed a grid quantitative and qualitative analysis in psychology and cognitive ergonomics : the grid has help clarify the effectiveness of this innovative approach.

Key words: Cognitive Ergonomics - cancer screening – patient navigator - innovation and professional help

---

*Ce texte original a été produit dans le cadre du congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française qui s'est tenu à Lyon du 5 au 7 septembre 2012. Il est permis d'en faire une copie papier ou digitale pour un usage pédagogique ou universitaire, en citant la source exacte du document, qui est la suivante :

Martin, M., & Salinas, A. (2012). Processus d'aide professionnelle ergonomique et cognitive avec un accompagnateur du médecin généraliste : innovation en France en matière d'aide médicale à des populations vulnérables dans le cadre du dépistage systématique du cancer.

Aucun usage commercial ne peut en être fait sans l'accord des éditeurs ou archiveurs électroniques. Permission to make digital or hard copies of all or part of this work for personal or classroom use is granted without fee provided that copies are not made or distributed for profit or commercial advantage and that copies bear this notice and the full citation on the first page.

INTRODUCTION

Malgré le plan de campagne national de dépistage du cancer colorectal (CCR) lancé depuis 2003, sur l'ensemble de la population à qui ce dépistage avait été proposé, 60% à 70% des personnes sollicitées ont refusé cette proposition. Ce décalage, entre le dépistage organisé versus pratiqué en terme de participation de la population ciblée, traduit la réalité du terrain (30 à 40% de personnes dépistées) et les effets attendus (100% de dépistage effectué). L'objectif actuel des dispositifs de santé publique est un renforcement de la participation à ce dépistage sur le court terme et sur le long terme (routinisation de l'acte de prévention). Les interrogations soulevées par cette déperdition sont nombreuses et concernent tant ses acteurs, que son organisation mais aussi les freins et les blocages des bénéficiaires. Concernant les acteurs du système de dépistage, il s'agit tant des professionnels de santé (médecins généralistes) que des partenaires locaux (associations, missions locales) relayant les informations sur ce dépistage, que des régies départementales gérant le suivi et l'envoi des courriers du test (Hémoccult®II).

De nos jours, le rôle du médecin généraliste se trouve complexifié par la nature et la multiplicité des tâches à accomplir au quotidien mais aussi par les problématiques sociales actuelles (notion de rendement, vieillissement de la population, difficultés socio-économiques accrues et inégalités de santé en augmentation). Ce spécialiste de la santé, situé en première ligne du système de soin, est celui qui peut détecter et anticiper un problème de santé. Mais, pris par un temps de consultation de plus en plus court et une augmentation de missions de soins et de prévention, ce professionnel se trouve aux prises entre une surcharge de travail et un rapport de confiance à conserver auprès de son patient. Afin de faciliter l'accès à l'information concernant le CCR et son dépistage, un projet pluridisciplinaire a été mis en place autour de l'idée de l'intervention d'une personne ressource qui pourrait assister le médecin dans cette mission.

ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL DU MEDECIN GENERALISTE: ENTRE SURCHARGE COGNITIVE ET STRESSEURS PROFESSIONNELS

Styles de communication entre le médecin et son patient

Tate (2003, p. 10) a dépeint divers modes de communications, dont dispose le médecin pour s'entretenir avec son patient, à l'aide d'un pôle de « glissement du pouvoir » selon les styles de consultation médicale employés par les médecins. Les axes du pôle représente d'un côté les priorités du patient et de l'autre celles du médecin. Le style de communication adopté par le médecin se centrant sur les priorités du patient lui permet de mieux les prendre en compte et mieux comprendre son patient. Cependant, comme le souligne Tate (p. 11) le style de communication le plus courant est centré sur les priorités du médecin : « *la majorité des médecins hospitaliers, et toujours une majorité de médecins de ville ont tendance à se cantonner dans la partie droite […] l'interrogatoire du patient est essentiellement centré sur les priorités du médecin* ».

Dans cette situation de communication, nous avons en co-présence l'interactant patient et l'interactant médecin, chacun ayant un statut et des attendus propres. En termes de statut, la relation interpersonnelle patient/médecin est dite dissymétrique. Comme le fait remarquer Helme (2002, p. 128) : « *le contrôle initial de la relation est détenu par le praticien. Cela est du en partie au statut social élevé et au respect pour le savoir médical ce qui est commun à beaucoup de société* ». De plus, dans le script de l'entretien médical lambda le médecin est celui qui mène et structure l'interaction.

L'enjeu d'une communication détermine le déroulement de celle-ci : thématiques abordées, répartition des prises de parole, etc. Mais il influe aussi directement sur ses interactants, comme le souligne Abric (1987, p. 5) : « *l'individu ne réagit […] pas en fonction de la situation objective à laquelle il est confronté mais à partir de la représentation qu'il se fait de cette situation* ». Ainsi, les attendus du médecin vont être nombreux : la persuasion de son patient, la bonne compréhension de la pratique du test, la réassurance du patient en cas de doutes et d'inquiétudes, la gestion du temps de son intervention dans l'ensemble de sa pratique quotidienne, etc. Les attendus du patient quant à eux sont différents du médecin ; il espère plutôt des réponses à ses interrogations, d'être rassuré par son praticien, de bien assimiler et retenir tout un tas d'informations nouvelles.

Référencement au professionnel de santé

Dans une projet de recherche antérieur (2006-2008) intitulé : « *Améliorer l'efficacité du dépistage des cancers :Etude psycholinguistique des pratiques de dépistage en Médecine Générale* » [projet GRSP incluant la DRASS et l'URCAM et en partenariat avec Mathilde (association pour le dépistage des cancers dans le Calvados) et MG Form (Association régionale de Formation Médicale Continue des médecins généralistes)], l'équipe de psychologie cognitive du laboratoire CERReV EA3918 de l'Université de Caen, encadrée par la responsable scientifique Mme Agnès SALINAS, a pu mettre en évidence un surcoût cognitif pour le médecin généraliste lors de la phase de proposition de test du dépistage du cancer colorectal. Nous entendons ici le concept de charge cognitive, tel que décrit par Sweller (1988) et Chanquoy, Tricot et Sweller (2007) désigne l'ensemble des traitements cognitifs qu'un individu déploie pour accomplir une tâche.

Nous avons pu observer que celui-ci centre ses priorités de préférence sur la délivrance

d'informations pratiques (explication de la pratique du test, envoi des enveloppes) et non pas sur la bonne réception du message par le patient. Grâce à cette étude basée sur l'observation armée (entretiens filmés), nous avons pu rendre compte de ce phénomène au travers d'une étude conjointe de la communication verbale et non verbale. De prime abord, le médecin se trouve aux prises avec une double tâche complexe à réaliser: procéder à son exercice quotidien et dans le même temps persuader un patient du bien-fondé de la proposition du dépistage du CCR. Le contexte professionnel du médecin offre ainsi d'ores et déjà ce que Rascle (2001) désigne comme des stresseurs professionnels, tels que: proposition intégrée dans le contexte quotidien des consultations, horaires, pluralité et simultanéité de tâches complexes de travail.

Dans l'idée de l'attention partagée mise en évidence par Chandler & Sweller (1991), l'attention du médecin ainsi dispersée il lui serait alors malaisé voire impossible de percevoir des indices démontrant la gêne, l'incompréhension ou l'angoisse de son patient vis-à-vis du CCR et de son dépistage. L'explication de ce phénomène de non distribution des ressources attentionnelles résideraient dans l'idée de filtre sélectif désigné par Broadbent (1958). L'organisme du médecin débordé, va par principe d'économie cognitive, occulter des indices situationnels et interactionnels qui lui aurait peut être permis d'interpréter les blocages du patient. Ce surcoût cognitif ne permet donc pas au médecin de se construire des scripts spécifiques enregistrés en mémoire et qui pourraient lui servir d'automatismes. Ces mêmes automatismes lui permettraient de mieux centrer son attention sur son patient, ses réactions et ses incompréhensions au lieu de se focaliser sur le don d'informations.

PROPOSITION DE L'INTRODUCTION D'UN TIERS DANS LE SYSTEME DE DEPISTAGE ORGANISE DU CCR FRANÇAIS

Référencement à l'organisation du système de dépistage du CCR

L'histoire du dépistage en tant que système organisé et planifié est récente. Comme le montre Ogden (2008), ce n'est qu'au tout début du XXème siècle aux Etats-Unis que le concept d'examen médical régulier a été mis en place. Puis, la Grande-Bretagne a vu apparaitre vers les années 1930 le tout premier centre de santé à Peckam (sud de Londres) proposant une assistance à la fois sociale mais aussi sanitaire. Vers 1940, le concept et la pratique du dépistage s'est développé de façon considérable. A l'échelle internationale, la Suède, le Japon et l'Allemagne de l'Ouest ont œuvré activement à la mise en place de dépistage organisé de masse durant les années 1970. Depuis les années 2000, dans le cadre de ces deux plans cancer (2003 à 2007 et 2009 à 2013), la France s'est investie sur de nombreux fronts d'études et de recherches tant pour la promotion de la pratique de la prévention et du dépistage, que sur la réduction des inégalités de santé mais aussi sur l'accompagnement des personnes en traitement ou rémission de cancer.

L'importance du dépistage de cancer en termes de détection précoce de tumeurs et donc de probabilités de guérison et de survie est une chose admise de nos jours. Ainsi, comme le fait remarquer Dorval (2006), le Plan de Lutte contre le Cancer prône une place prépondérante et centrale à la prévention : information, sensibilisation et dépistage, etc. en sont les composantes. Faivre (2001) souligne que le cancer colorectal fait partie des priorités du programme de dépistage dit de masse en France. Cette mise en avant du cancer colorectal se justifie par sa fréquence (33 000 nouveaux cas par an) et son faible taux de survie (guérison d'un cancer du colon sur deux). Ce test de dépistage est un test de sélection et pas de diagnostic comme le précise Faivre, il est simple d'utilisation (il faut apposer un prélèvement de selles sur des cartons à envoyer au laboratoire) et sans danger ni douleur mais aussi de bas coût. Faivre nous apprend que ce test peut diminuer le taux de mortalité de 15 à 20%, il rajoute que (p. 11) : « *Sa spécificité est excellente (98%), sa valeur prédictive élevée (40% pour un adénome ou un cancer)* ». A titre logistique, ce dépistage est suivi et contrôlé la plupart du temps par des organismes de gestions départementales. Le dépistage en lui-même consiste en un test de recherche de sang occulte dans les selles (test en cours d'utilisation: Hemoccult® II). Ce qui différencie ce test de dépistage des autres dépistages est la mobilisation du bénéficiaire dans sa réalisation. Il doit en effet prélever, recueillir lui-même ses selles mais également les rediriger via un courrier pré-établi au centre d'analyse. La population ciblée par ce dépistage de masse de ce cancer est celle des gens âgés de 50 à 75 ans, n'ayant pas d'antécédents familiales de cancer colorectal ni d'adénome. Une fois l'âge requis atteint, les régies départementales envoient un premier courrier à la personne l'incitant à retirer son test auprès de son médecin généraliste qui lui expliquera la mise en pratique de ce dépistage. Si le test n'est pas effectué au bout de quatre mois, la personne reçoit à nouveau ce courrier. Si un an plus tard le test n'a toujours pas été réalisé, le bénéficiaire reçoit le matériel de dépistage (bâtonnets, enveloppes, mode d'emploi) par courrier. Lors de la prochaine campagne de dépistage (renouvelées tous les deux ans), la personne est de nouveau recontactée par voie postale selon deux cas de figures. En premier lieu, si le test antérieur était négatif. En second lieu, si le test n'avait toujours pas été effectué. Si un test de dépistage se révèle positif, la personne est invitée à effectuer un dépistage par coloscopie.

Projet pluridisciplinaire PRADO, intervention d'un tiers « l'accompagnateur au dépistage »

(AD) en vue de la réduction des inégalités sociales de santé

Le système de soin et de santé en Amérique du Nord comporte de grandes disparités, l'équivalent d'un système de soin public y est toujours en pourparler tandis les inégalités sociales de santé ne cessent de s'amplifier au sein des populations. Dans ce contexte, de nombreux programmes d'accompagnement des populations défavorisées ont été mis en place dès le milieu des années quatre vingt dix. Le tout premier programme d'accompagnement a été mené par le Professeur Freeman (quartier de Harlem, New York, 1995 à 2006) et son équipe afin de pallier aux inégalités d'accès aux soins et à la prévention de cancers (cancer du sein, du colon et de l'utérus) pour les populations étant dans une forte précarité sociale de santé. Les freins, empêchant lesdites populations d'accéder au système de santé, se recoupaient principalement autour d'obstacles financiers (chômage, non éligibilité aux programmes de soins gratuits), de problèmes logistiques (incapacité physique et matérielle de se déplacer), et de blocages socioculturels (lien social précaire, difficultés de compréhension de l'anglais écrit et/ou parlé). Le rôle de l'accompagnateur, le « patient navigator », était fonction des besoins et des demandes des patients. Il pouvait aussi bien réexpliquer des questions pratiques, que prendre un rendez-vous chez le médecin ou aider à la mise en place de gardes d'enfants pendant les rendez-vous médicaux.

Ainsi que le mettent en avant Fassin et al. (2000), une partie importante de la population française se trouve en marge des bénéfices de soins et de santé publique. Les inégalités sociales de santé sont en effet très présentes en France chez les patients des milieux défavorisés en termes socio-économiques et géographiques. A partir de ce concept et de travaux antérieurs, trois équipes de recherche française (ERI 3 INSERM/ URECA Lille 3/ CERReV 3918 Caen) se sont réunies afin de tester la reproductibilité et la pertinence de l'introduction d'un tiers dans le système de dépistage classique du CCR. Cette équipe de recherches est ainsi constituée de différents corps de métier : épidémiologistes, psychologues et économistes. Cette pluridisciplinarité permet à de disposer d'une expertise approfondie des phénomènes étudiés mais également de différents niveaux d'analyse complémentaires. Outre la reproductibilité du concept de « patient navigator » dans le système de dépistage français, le premier objectif de cette étude est d'apprécier les effets et les retombées de l'intervention d'un tiers sur la participation au dépistage du cancer colorectal. Le patient navigator a été rebaptisé « l'accompagnateur au dépistage » (AD) afin de favoriser une meilleure intégration au sein de la population française. A l'aide des analyses psychologiques, une autre finalité consiste à rendre compte des mécanismes cognitifs, comportementaux, relationnels et émotionnels en jeux dans la participation au dépistage et sur lesquels l'AD pourra agir à différents niveaux. Pour ce faire, nous avons construit un outil de mesure de type questionnaire, contenant une grille de lecture multimodale interrogeant tant l'action de l'AD, que la relation entre le médecin et son patient, les différents obstacles au dépistage ou encore les croyances sur le CCR et son dépistage. L'étude psychologique approfondira également de façon plus détaillé le format de communication optimum pour effectuer cette proposition de test de dépistage du CCR à toutes les populations ciblées. Nous nous attacherons à déterminer en quoi l'AD joue un rôle de facilitation à titres psychocognitifs et psycholinguistiques pour le don de l'information. Enfin, nous vérifierons l'idée qu'un accompagnement personnalisé et adapté aux attentes et besoins, mais également à la stratégie de communication du bénéficiaire, favorise une meilleure interaction.

CONCLUSION

L'introduction d'un acteur, complémentaire au programme de dépistage organisé, peut permettre d'aider à augmenter le taux de participation au test de dépistage du CCR dans la population totale ciblée mais également à diminuer les inégalités sociales de santé pour une partie de la population ciblée.

Cette personne ressource peut aider à faciliter l'accès à l'information sur le dépistage du CCR. De ce fait, l'AD pourrait non pas suppléer au rôle du médecin généraliste mais servir de relais dans le don d'informations relatives à ces sujets en termes d'ergonomie cognitive. Avec sa charge de travail quotidienne (les diverses préoccupations autour de la santé de son patient, la consultation à mener en parallèle, la complexité de certains diagnostics), il n'est en effet pas simple pour le médecin généraliste de procéder à ce type d'entretien spécifique. Ce type d'entretien (la proposition systématique de dépistage aux populations à risques) demande en effet une écoute et une gestion individualisé de l'interaction mais également une procédure systématisée et organisée de l'entretien (même terminologie, même explications, même temps accordé à chaque patient, même don d'information). De fait, l'AD en tant que tiers pourrait servir de relais dans le don d'informations sur ces sujets et répondre de façon individualisée aux besoins spécifiques des usagers.

Immergé directement au contact de la population, l'AD pourra également participer à l'établissement d'une typologie des freins et des blocages (vécu, angoisses, problèmes logistiques, autres priorités du moment) des populations en inégalités sociales de santé mais aussi de leurs attentes et besoins (écoute, réassurance, soutien logistique). A terme, nous espérons pouvoir permettre l'introduction d'un accompagnateur au dépistage professionnel dans le système de dépistage organisé du cancer colorectal en France.

BIBLIOGRAPHIE

Abric, J.C. (1987). *Coopération, compétition et représentations sociales*. Fribourg: Editions Delval.

Broadbent, D. (1958). *Perception and Communication*. London: Pergamon Press.

Chandler, P., & Sweller, J. (1991). Cognitive load theory and the format of instruction. *Cognition and Instruction, 8*, 293-332.

Chanquoy, L., Tricot, A., & Sweller, J. (2007). *La charge cognitive. Théorie et applications*. Paris: Armand Colin.

Dorval, E. et al (2006). *Le dépistage du cancer colorectal: état des lieux et perspectives*. Paris: Edition Springer, Collection Dépistage et cancer.

Faivre, J. (2001). *Epidémiologie et prévention du cancer colorectal*. Paris: Springer-Verlag France.

Fassin, D., Grandjean, H., & Kaminski, M. (2000). *Les inégalités sociales de santé*. Paris: Editions INSERM, Coll. Recherches “la Découverte”.

Freeman, H., Muth, B., Kerner, J. (1995). Expanding access to cancer screening and clinical follow-up among the medically underserved. Cancer Practice, *3(1)*, 19–30.

Freeman, H. (2006). Patient navigation : a community centered approach to reducing cancer mortality. *Journal Cancer Education, 21*, 11–4.

Helme, D. W. (2002). Gaining patient satisfaction through empathic comporting: an examination of the nonverbal communication context of touch in the patient/provider relationship. *Communication and cognition, 35, 1-2*, 123-135.

Ogden, J. (2008). *Psychologie de la santé*. Bruxelles: De Boeck.

Rascle, N. (2001). Facteurs psychosociaux du stress professionnel et de l’épuisement professionnel. In Bruchon-Schweitzer, M., & Quintard, B. *Personnalités et maladies : stress, coping et ajustement*. (pp. 221-238). Paris: Dunod.

Sweller, J. (1988). Cognitive load during problem solving: effects on learning. *Cognitive Science*, 12, 257-285.

Tate, P. (2003). *La relation médecin/ patient : soigner (aussi) sa communication*. Bruxelles: De Boeck.