

Mini- RESCA 5 :

« Précarité, représentations »

DES de médecine générale - RESCA exemplaire actualisé

1) Famille(s) de situations

Majeure : Situations où les problèmes sociaux sont au premier plan

La patiente était dans une situation de grande précarité qui expliquait les nombreuses carences et le mauvais suivi de sa santé. Cette situation sociale entretenait son problème actuel.

Mineure : Situations liées à des problèmes aigus prévalents/non programmés/dans le cadre des urgences réelles ou ressenties

La patiente que je vais présenter présentait une anémie profonde qui justifiait un traitement rapide et était donc une urgence relative. Son caractère récidivant justifiait une exploration complète.

Les deux familles de situations pourraient être majoritaires mais comme j'ai déjà effectué un RESCA sur les urgences réelles, j'ai choisi d'en faire la situation mineure.

2) Récit

Au cours de mon troisième semestre, en stage en Unité de soins palliatifs et oncologie au Centre Médico-Social PITAT, j'ai pris en charge Mme M., 47 ans. Elle était hospitalisée pour exploration d'une anémie profonde à 3.5g/dl, récidivante.

Le contexte de Mme M. est plutôt compliqué. Mme M. est une femme seule, de 47 ans, qui vit avec son fils de 21 ans. Elle ne travaille pas, et n'a jamais travaillé. Elle touche le RSA, les allocations familiales et l'allocation logement. Elle n'a que très peu été scolarisée. Depuis environ trois ans, elle présente des épisodes d'anémie, jusqu'à 3g/dl, mixte, ferriprive et inflammatoire. Elle consulte aux urgences du CHBT, où elle est régulièrement transfusée. D'ordinaire, lorsque la transfusion est terminée et que l'indication d'hospitalisation se pose, elle refuse l'hospitalisation et repart chez elle. La cause de l'anémie n'ayant pas été trouvée, l'hémoglobine diminue de nouveau, Mme M. revient aux urgences... et l'histoire continue.

Cette fois-ci, Mme M. a accepté de venir en hospitalisation, pour exploration de son anémie. Elle a consulté au CHBT suite à un bilan retrouvant une hémoglobine à 3.5g/dl, une anémie microcytaire, arégénérative. Elle a été transfusée de quatre culots de globules rouges au CHBT, puis transférée dans notre service.

A l'arrivée dans notre service, Mme M. est peu coopérante. Elle n'a pas vraiment envie d'être ici, est très inquiète d'être à l'hôpital et a de nombreuses angoisses. D'habitude, elle rentre chez elle, et là, elle a accepté de venir, mais elle est extrêmement inquiète. Je lui explique les raisons de son hospitalisation, que les globules rouges dans le sang sont très bas, qu'il faut comprendre ce qu'il se passe, que ce n'est pas normal, et qu'il faut effectuer des examens. Elle semble comprendre, mais a peur des examens. S'en suit

une négociation intense pour que Mme M. reste avec nous quelques jours en hospitalisation. Elle accepte de rester quinze jours dans le service pour effectuer les examens et une transfusion, en échange d'une permission de trois jours le weekend de la Toussaint.

Le mardi suivant le grand week-end de la Toussaint, Mme M. revient dans le service. Nous doutions qu'elle accepte de revenir, mais elle est revenue, c'est un pas immense dans son histoire. Elle a été ravie de sa permission, est pleine de bonne volonté, souriante. Elle a l'air d'apprécier que l'on s'occupe d'elle. Ce jour-là, elle est de nouveau transfusée de deux culots de globules rouges. Le bilan sanguin du vendredi revient, et on voit que son hémoglobine est à 6.6g/dl... Elle a de nombreuses carences, en folates, carence martiale, carence en vitamine D, et en vitamine B12. Son albumine sérique est à 25 g/L. Mme M. est donc extrêmement dénutrie, et carencée. Son état nutritionnel est très précaire.

D'autre part, elle a un syndrome inflammatoire biologique avec une CRP à 200 mg/l. Un scanner thoraco-abdomino-pelvien est prévu, pour rechercher un foyer infectieux profond ou un processus expansif. Mme M. n'a pas l'air emballée mais elle est d'accord pour faire cet examen, qui est prévu la semaine d'après.

J'interroge Mme M., pour comprendre comment elle mange à la maison, si elle a faim, etc. Je comprends au cours de la conversation, que Mme M. mange surtout ce qu'elle peut s'acheter... C'est-à-dire pas grand-chose. Les fins de mois sont très difficiles, les milieux de mois même. Mme M. a peu d'argent pour subvenir à ses besoins alimentaires et à ceux de son fils. C'est souvent qu'elle a faim, et qu'elle ne mange rien faute de moyen.

Je comprends donc que le principal problème sur le plan nutritionnel est un problème social.

L'avantage d'être dans un service de Soins palliatifs/Oncologie, c'est que de nombreux professionnels médicaux et paramédicaux sont présents et disponibles. Mme M. bénéficie donc d'un entretien avec une assistante sociale, qui permet d'identifier les failles financières et de tenter de trouver des solutions.

Dans le service, Mme M. a de l'appétit, elle mange les repas, réclame souvent des collations, qui lui sont données et qu'elle apprécie. Elle n'est pas très contente d'être à l'hôpital et me l'exprime très bien : elle a peur des hôpitaux. Elle n'aime pas ça, elle préférerait être chez elle. Mais elle semble comprendre l'intérêt de ce séjour et est plutôt compliant.

Les carences seules ne peuvent pas expliquer l'anémie récidivante de Mme M. Il se passe autre chose. Mme M. est ménopausée, et n'a pas de ménométrorragies. Nous avons planifié un TDM thoraco-abdomino-pelvien. Il nous reste à organiser une fibroscopie oeso-gastro-duodénale et une coloscopie afin de rechercher des éléments qui pourraient entraîner un saignement continu pauci-symptomatique.

Je vais donc discuter avec Mme M. de l'intérêt d'effectuer ces examens. Tout de suite, elle se braque. Son visage se décompose. Elle n'avait pas prévu ça. Elle s'était préparée psychologiquement à un certain nombre de choses, mais pas à ça. Je lui explique calmement l'intérêt d'effectuer ces examens, mais elle n'est pas prête, elle me l'exprime très bien. Elle a peur. Je lui explique que c'est très important, que l'on pourra en rediscuter le lendemain mais qu'il faut qu'elle réfléchisse car c'est un des premiers examens à faire. Je sens que je l'ai perdue. Elle me répond, me sourit... mais elle est différente. J'ai peur qu'elle n'adhère plus à la prise à charge, à nos négociations. J'ai peur qu'elle ne soit plus d'accord que l'on recherche la cause de son anémie.

Le lendemain, je retourne discuter avec Mme M. Une consultation d'anesthésie a été prévue dans l'éventualité où elle accepterait d'effectuer les examens fibroscopiques. Il faut encore que je discute avec Mme M., car elle était tellement perturbée la veille.

Je retourne donc la voir, discute un peu, puis remet le sujet sur la table. Je lui explique que si elle accepte de faire la fibroscopie, elle sera endormie complètement, qu'elle ne sentira rien. Cette fois, elle m'explique qu'elle a peur de ne pas se réveiller. Je tente donc de lui dire qu'elle pourrait rencontrer l'anesthésiste, le médecin qui l'endormirait, et discuter de cela avec lui, afin d'être rassurée. Elle finit par accepter de rencontrer l'anesthésiste.

A son retour de consultation, je vais de nouveau discuter avec elle. Elle me dit que le Docteur était très compréhensif, qu'il lui a bien tout expliqué, mais qu'elle n'est pas prête, qu'elle a besoin de temps. Elle demande aussi de nouveau de partir en permission le lendemain, le weekend. Cette permission avait déjà été organisée par le médecin sénior du service.

Je lui dis alors de réfléchir à ces examens ce weekend, d'en parler avec son fils, avec ses proches.

Le lundi matin, Mme M. refuse de revenir de permission. Malgré maints appels, sur son numéro, sur celui de son fils, nous valdinguons entre non réponses et refus de revenir à l'hôpital.

Nous perdons alors Mme M. de vue, alors que la plupart des examens pour rechercher l'étiologie de son anémie n'ont pas encore été effectués. Nous perdons Mme M. de vue, alors que nous n'avons pas eu l'opportunité de rediscuter avec elle de sa vision de la fibroscopie, de ses représentations, sur l'examen en lui-même et sur ce que l'on pourrait découvrir. Nous n'avons pas pu discuter des raisons entraînant son refus des examens et son refus de revenir en hospitalisation.

Après discussion avec les autres médecins et personnels paramédicaux du service, nous pensons que Mme M. a eu peur face à ces discussions sur la fibroscopie. Mais nous n'avons pas eu la chance d'en discuter directement avec elle.

Nous n'avons pas eu la possibilité non plus de lui remettre les ordonnances pour les suppléments vitaminiques, l'assistante sociale n'a pas pu mettre en place d'aides...

Je me sens vraiment dépassée face à cette situation où la perte de chance pour la patiente est grande. Nous avons fait ce que nous pouvions, mais je me sens impuissante face à ce refus de soin, ce refus de savoir. Mme M. reviendra peut-être aux urgences, lorsque son hémoglobine sera de nouveau trop critique...

Ma situation est donc celle d'une femme de 47 ans, en situation de précarité sociale, qui présente une anémie sévère récidivante, avec de nombreuses carences nutritionnelles, qui présente une peur importante de l'hôpital et qui refuse l'exploration étiologique de son anémie.

3) Problématisation et traces d'apprentissage

Cette situation clinique m'a posé plusieurs problèmes. Dans un premier temps, je me suis retrouvée dépourvue face au refus de la patiente de certains soins, malgré les explications données et le temps passé à lui expliquer. J'ai eu l'impression de bien expliquer, mais dans mon histoire clinique, je n'ai pas eu la chance d'interroger Mme M. à propos de ses représentations sur sa maladie, sur ses symptômes. Je sais qu'elle était très inquiète, qu'elle avait peur de l'hôpital et des actes, mais « pourquoi », qu'est-ce que cela évoquait pour elle ? Peut-être que si je l'avais fait plus tôt, que je l'avais interrogée sur ses représentations, elle aurait pu travailler là-dessus et peut-être aurait-elle accepté d'autres soins ? Je pense avoir manqué de connaissances et d'expérience sur « comment » aborder ses représentations, son interprétation de sa maladie. J'aimerais donc m'intéresser à ces représentations et au travail qui peut être fait dessus, afin d'améliorer mon approche au cours d'une prochaine situation de ce type. Ainsi j'aimerais travailler sur comment aborder les représentations du patient sur sa maladie, et l'influence que celles-ci ont sur sa prise en charge et sa santé.

D'autre part, ce qui m'a posé problème dans cette histoire, c'est la situation de précarité dans laquelle se trouvait Mme M. J'aimerais m'intéresser à la prise en charge de la précarité en médecine générale, notamment l'accès au soin. Souhaitant travailler en cabinet de médecine générale plus tard, je devrais être confrontée à des patients en situations de précarité, j'aimerais donc m'intéresser aux outils à notre disposition afin de prendre en charge au mieux ces patients, avant qu'ils arrivent dans la situation de Mme M.

- ➔ Comment aborder les représentations du patient sur sa maladie et quelle est leur influence sur les soins du patient et sur sa santé ?
- ➔ Comment gérer la précarité et l'accès aux soins en médecine générale ?

i) Comment étudier les représentations du patient sur sa maladie et quelle influence sur sa prise en charge ?

Dans ma situation, j'ai été déroutée par le refus de soins de la patiente, et notamment sa non-adhésion à notre prise en charge hospitalière. Dans son histoire d'anémie récidivante, aucune exploration étiologique n'avait encore été effectuée, du fait du refus systématique de la patiente. Cette fois-ci, nous avons réussi à négocier avec la patiente quelques jours d'hospitalisation à la clinique afin de faire les examens nécessaires, et débiter une prise en charge spécifique si nécessaire. Pourtant, cette négociation n'a abouti qu'à une semaine d'hospitalisation, car la patiente est partie de manière précipitée. Nous avons pu détailler que la patiente avait une anxiété importante, une peur intense du milieu hospitalier : est-ce que ses représentations, son imaginaire de la maladie et du contexte hospitalier, ont pu précipiter son départ ? Quelle est l'influence des représentations du patient sur les soins et sur sa santé ?

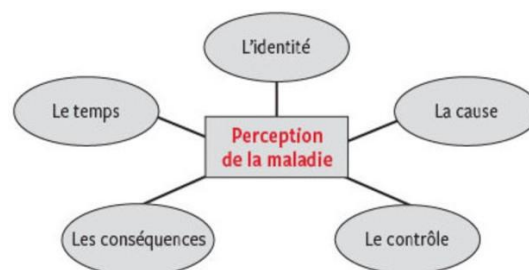
En anthropologie de la santé et en psychologie, on sait que les individus construisent des représentations et des connaissances en réponse à une maladie et créent des processus d'ajustement psychologique face à un événement critique ou une menace (5). Le fait de s'intéresser à ces représentations est utile pour le clinicien car elle offre un cadre pour les patients et les soignants, qui permet de donner du sens à la plainte.

Les représentations sont liées à nos expériences personnelles, nos connaissances, nos croyances, nos traditions, nos liens sociaux. Ce sont donc des éléments qui sont élaborés socialement entre autres. En

tant que praticien, nous sommes confrontés à ce « monde » du patient, à SON monde, qui finalement n'est pas forcément le même que le nôtre. Son interprétation de ses symptômes et de sa maladie influence la prise en charge, et il est essentiel dans tenir compte au sein de notre relation. La maladie telle qu'elle est traitée par le corps médical n'est pas forcément la maladie vécue par le patient. L'exploration des représentations est donc essentielle, et particulièrement en médecine générale.

De nombreux travaux de recherche ont été publiés à propos des représentations de la maladie physique (2,5,9). Notamment, les auteurs ont mis en forme un modèle qui explore la manière dont un individu perçoit l'attente. Les individus construisent des représentations et des connaissances en réponse à une maladie, et créent des processus d'ajustement psychologique face à un événement critique. Il existe une réaction émotionnelle, affective, qui va influencer notamment l'adhérence au traitement, la communication, le type de demande de la part du patient. Plusieurs dimensions sont présentes dans ces représentations, qu'il est essentiel de rechercher afin d'effectuer une analyse la plus globale.

Le schéma suivant regroupe ces différentes dimensions :



Des chercheurs en psychologie de la santé (8) ont établi un guide, inspiré de questionnaire validé, qui permettrait d'étudier à l'aide de quelques questions, les principales perceptions d'une maladie. Il peut être utilisé par le clinicien pour repérer des composantes psychologiques de l'atteinte, d'explorer le sens et les attentes du patient.

Tableau 1

Guide pour l'exploration des représentations de la maladie : 7 questions utiles

BIPQ : Brief illness perception questionnaire.

1. *Identité*: quels sont les principaux symptômes liés à votre maladie?
2. *Temporalité*: combien de temps estimez-vous que votre maladie va durer?
3. *Traitement*: pensez-vous que le traitement proposé puisse vous aider?
4. *Conséquences*: de quelle manière votre maladie affecte-t-elle votre vie?
5. *Contrôle*: quelle possibilité de contrôle avez-vous sur votre maladie ?
6. *Emotions*: vous sentez-vous émotionnellement affecté par votre maladie? Par exemple: est-ce que la maladie vous met en colère, vous effraye, vous contrarie ou vous déprime?
7. *Cause*: à quoi attribuez-vous votre maladie? Avez-vous identifié une ou plusieurs raisons qui auraient provoqué votre maladie?

Ces différentes dimensions influencent la perception de la maladie, et par conséquent derrière l'adhérence aux soins notamment. Dans ma situation, j'aurais dû m'intéresser plus tôt à ces différents éléments, pour comprendre quelle représentation de la maladie et des soins avait la patiente, et ainsi comprendre peut-être pourquoi elle refusait initialement les soins, et anticiper son départ précipité.

Par exemple, j'ai expliqué dans mon récit que j'avais discuté avec la patiente de la fibroscopie oeso gastro duodénale. La patiente était extrêmement réticente à cet examen, et c'est peut-être l'évocation de cet examen qui a précipité son départ. J'aurais dû tenter de comprendre POURQUOI la patiente refusait cet examen, pourquoi il lui faisait peur, c'est-à-dire notamment la question des EMOTIONS et de la CAUSE (questions 6 et 7 du tableau) afin peut être de travailler avec elle sur ces éléments.

D'autres modèles de pensée sur les représentations ont pu être établis, mais parfois remis en question. Le sujet intéresse de nombreux chercheurs en psychologie et en anthropologie, et continue à être exploré.

Cette démarche d'étude des représentations, permet au patient et au soignant de se retrouver dans un même cadre. L'écoute permet de légitimer la plainte, de comprendre ce qui fait souffrir le patient et ses attentes à propos de sa maladie. On peut ainsi mieux comprendre comment les patients communiquent sur leurs vécus. La prise en compte de tous ces éléments permet d'améliorer la cohérence des soins, et l'adhésion dans la relation de soin.

Le fait d'intégrer les représentations dans la pratique clinique permet de mettre le patient au centre de la prise en charge, de prendre en compte tous les aspects de sa personnalité et de sa personne, une meilleure compréhension du patient et ainsi de prendre en compte sa COMPLEXITE.

En pratique, l'étude des représentations du patient est intéressante pour favoriser la relation de soin. L'utilisation d'outils, par exemple le guide des sept questions, peut être utile dans des situations où l'on se sent perdu et où on n'arrive pas à identifier les représentations du patient.

ii) Comment gérer la précarité et l'accès aux soins en médecine générale ?

Les personnes en situation de précarité présentent régulièrement un accès aux soins difficile (3,4,7). Au cours des dernières décennies, les phénomènes d'exclusion se sont accrus, et ont entraîné une accentuation du rôle social des acteurs de soin (6). Les difficultés propres aux personnes en situation de précarité peuvent être expliquées par plusieurs facteurs : méconnaissance des droits, manque de réflexe de recours aux soins, complexité des procédures, difficultés pour les démarches administratives, difficultés financières.

Des dispositifs ont été créés dans les années 2000 par le ministère des affaires sociales et de la santé : les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), et les équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP), qui jouent un rôle dans l'accès aux soins. Ces dispositifs permettent un accueil social, et une prise en charge soignante, deux approches indissociables. Dans ces structures, les différents acteurs, sociaux, médicaux, paramédicaux, doivent travailler de concert en prenant en compte les différentes dimensions du travail des autres afin d'effectuer une prise en charge la plus globale et la plus bénéfique possible.

- Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) : Ces structures ont été mises en place dans le cadre de la loi relative à la lutte contre l'exclusion (6) de décembre 1998. Ce sont des structures mises en place dans les établissements de santé, avec la mission d'accueillir et de prendre en charge les publics en situation de précarité. Les patients accueillis en PASS bénéficient d'accueil, d'information, de prévention, d'orientation et de soins. Ces structures fournissent un accès aux soins au sens large : consultation

médicale généraliste ou spécialisée, soins odontologiques, soins infirmiers, délivrance de médicaments. Malgré tout, certaines PASS présentent des difficultés notamment de visibilité et de recrutement. D'autres sont débordées par le nombre de patients ou l'insuffisance de moyen pour assurer leurs missions.

Il est important de connaître ces structures en médecine générale, car on peut être amené à travailler avec ces équipes, à rencontrer des patients provenant de ces structures, ou à adresser des patients à ces structures.

- Les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) : Ces structures interviennent à l'extérieur des établissements hospitaliers, au plus près des lieux de vie des personnes défavorisées et des acteurs sociaux qui les suivent. Ces structures sont constituées d'équipe composées d'infirmiers, psychiatres, psychologues, et aussi d'assistants sociaux.

La difficulté posée par l'existence de ces deux structures est néanmoins l'accès à ces structures. En effet elles sont souvent rattachées à de grands centres, dans des hôpitaux, et ne couvrent pas l'ensemble des territoires forcément. Il est essentiel de les connaître en tant que médecin généraliste, mais il est important aussi d'avoir conscience que cela ne suffit pas pour l'accès aux soins de personnes en situation de précarité.

En tant qu'acteur de soin primaire, que l'on soit en cabinet de médecine générale, ou aux urgences par exemple, il est nécessaire d'avoir des clés, des outils, des contacts, afin de réagir si nous sommes confrontés à un patient en situation de précarité et lui apporter l'aide qu'il nécessite.

D'abord il est nécessaire d'identifier les personnes en situation de précarité. La précarité se définit comme « un état d'instabilité sociale caractérisé par l'absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux ». Les situations de précarité se développent « lorsque les conditions concernant le niveau socio-économique, l'habitat, les réserves financières, le niveau culturel, d'instruction et de qualification professionnelle, les moyens de participation associative, syndicale et politique, sont défavorables ». Elle se définit par rapport à la communauté locale ou à l'ensemble de la société à laquelle appartient l'individu, la famille ou le groupe. Elle peut être matérielle (faisant allusion aux biens et aux commodités de la vie) et/ou relationnelle (relations familiales, au travail ou dans la communauté), objective ou subjective. (7)

Il existe un score permettant de « dépister » les situations de précarité : il s'agit du score EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examens de Santé) (1,4).

N°	Questions	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social (assistante sociale, éducateur) ?	1	0
2	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	1	0
3	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire (mutuelle) ?	0	1
4	Vivez-vous en couple ?	0	1
5	Etes-vous propriétaire de votre logement (ou accédant à la propriété) ?	0	1
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	0	1
7	Etes-vous allé au spectacle (cinéma, théâtre...) au cours des 12 derniers mois ?	0	1
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	0	1
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants	0	1
10	En cas de difficultés (financières, familiales, de santé...) y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	0	1
11	En cas de difficultés (financières, familiales, de santé...), y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle (y compris un prêt) ?	0	1

≥ 4 réponses précaires/défavorables (codées 1) = Situation de vulnérabilité sociale

* Cette méthode simplifiée, utile pour un repérage en première intention, ne constitue pas la méthode à retenir pour l'évaluation de la fragilité selon Epices mesurée a posteriori dans les CES (mesure retenue pour les indicateurs remontés à la Cnamts).

Ce score dans sa version simplifiée détaillée ci-dessus, peut permettre en médecine générale, de faire l'état des lieux des difficultés sociales du patient et d'identifier s'il présente une situation de précarité (1,4).

Le médecin généraliste est confronté de manière quotidienne au fardeau de la maladie chez la personne socialement défavorisée. Il est influencé dans ses décisions par le niveau socioéconomique de son patient (7). Il peut contribuer à influencer leurs déterminants sociaux de la santé :

- En documentant d'abord ces inégalités
- En encourageant la prévention et la promotion de la santé auprès des populations désavantagées
- En plaidant en leur faveur

Les situations de précarité s'accompagnent de difficultés propres qu'il convient de connaître en médecine générale : représentations particulières, croyances, habitudes, difficultés financières. Il est essentiel de prendre en compte ces éléments dans la relation thérapeutique afin une nouvelle fois de prendre en compte la complexité du patient. C'est essentiel pour tout patient mais cela représente un enjeu encore plus important dans ces populations qui ont déjà des difficultés (7).

Des structures d'aide à la prise en charge existent, comme les PASS, dont on a parlé précédemment. Il existe aussi les plateformes territoriales d'appui qui sont des structures d'aide importantes pour le médecin généraliste. J'avais déjà détaillé leur fonctionnement dans mon mini-RESCA n°2.

4) Compétences acquises pour ma future pratique de médecin généraliste

Cette situation clinique et son analyse m'ont permis de progresser et de travailler plusieurs compétences nécessaires à la pratique du métier de médecin généraliste.

La première compétence qui a été stimulée et dans laquelle j'ai pu progresser est **l'approche centrée patient, relation, communication**. Au cours de cette hospitalisation, ce n'est pas véritablement la démarche médicale qui m'a posé problème, mais plutôt la prise en charge globale de la patiente, avec sa composante sociale, et sa composante psychologique. La prise en compte du contexte social de chaque patient est primordiale et influence forcément la prise en charge médicale. Il est essentiel d'en prendre conscience et de l'appliquer au quotidien dans la pratique de la médecine générale. Dans ma situation, j'ai beaucoup communiqué avec la patiente, mais j'aurais pu plus communiquer encore, m'intéresser à ses représentations, à sa vision de la maladie. Ces éléments sont essentiels car conditionnent la relation de soin, notamment l'adhésion thérapeutique, l'observance, le maintien du suivi etc. Je sais désormais qu'il est essentiel de s'intéresser à cela et à le prendre en compte, dès le début de la prise en charge du patient.

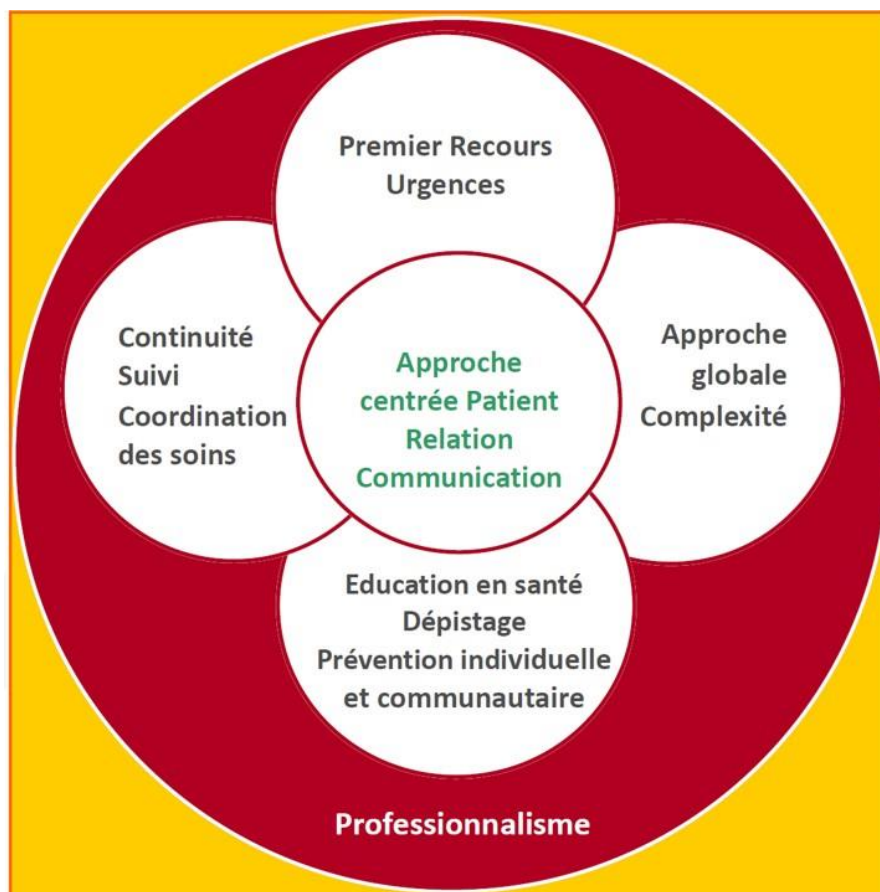
Cette compétence est primordiale.

Cette situation m'a aussi permis de travailler la relation avec les patients : j'ai suivi Mme M. pendant une bonne semaine d'hospitalisation, et je lui ai rendu visite chaque jour, voire plusieurs fois par jour. Nos discussions, à la fois de problèmes médicaux, mais aussi d'autres domaines de la vie de la patiente. Le fait d'avoir le temps et de prendre le temps pour discuter a été intéressant car j'ai eu le temps de connaître en partie la patiente. C'est intéressant car en médecine générale nous construisons cette relation, au fil du suivi et des années.

J'ai pu progresser dans **l'Approche globale, complexité** : la situation médicopsychosociale de Mme M. était une situation complexe, et de nombreux points devaient être étudiés. Je n'ai pas eu la chance d'aller au bout de la démarche mais j'ai pu travailler cette compétence au cours de la semaine de suivi.

Cette situation m'a permis de progresser dans la compétence **Continuité, suivi, coordination des soins**. Cela peut paraître paradoxal, mais du fait du départ précipité de Mme M., j'ai été amenée à contacter son médecin traitant, par téléphone ainsi que par courrier, afin de lui transmettre les informations et prévoir éventuellement un suivi, et continuer la prise en charge.

Enfin, le **professionnalisme** est un élément essentiel que j'ai pu une nouvelle fois travailler. J'ai pu donner une information éclairée au patient, j'ai pu travailler l'empathie, l'altruisme, l'accès au soin pour tous. J'ai tenté d'orienter mes choix vers l'intérêt de la patiente, et en travaillant sur ses représentations, et sa vision de la maladie, je pourrais dans une future situation orienter d'autant plus la prise en charge dans son intérêt propre.



SOURCES

1. Sass C, Guéguen R, Moulin J-J, Abric L, Dauphinot V, Dupré C, et al. Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'examens de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité. *Sante Publique*. 2006;Vol. 18(4):513-22.
2. Weinman J, Petrie KJ. Illness perceptions : a new paradigm for psychosomatics? *J Psychosom Res*. févr 1997;42(2):113-6.
3. Geeraert J, Rivollier E. L'accès aux soins des personnes en situation de précarité. 2014;(790):6.
4. Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes [Internet]. [cité 2 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/le-score-epices-un-score-individuel-de-precarite-construction-du-score-et-mesure-des-relations-avec-des-donnees-de-sante-dans-une-population-de>
5. Netgen. Les représentations de la maladie : quelle démarche utile pour le clinicien ? [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 20 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-505/Les-representations-de-la-maladie-quelle-demarche-utile-pour-le-clinicien>
6. DGOS. Précarité : accès aux soins [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 20 nov 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-precarite/article/precarite-acces-aux-soins>
7. Netgen. Précarité et déterminants sociaux de la santé: quel(s) rôle(s) pour le médecin de premier recours ? [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 20 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2009/RMS-199/Precarite-et-determinants-sociaux-de-la-sante-quel-s-role-s-pour-le-medecin-de-premier-recours>
8. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res*. juin 2006;60(6):631-7.
9. Petrie KJ, Jago LA, Devcich DA. The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Curr Opin Psychiatry*. mars 2007;20(2):163-7.