

MEMOIRE

EN VUE DE L'OBTENTION DU DES DE MEDECINE GENERALE

TITRE :

**Cancer du col de l'utérus chez une jeune patiente
en situation de précarité**

Présenté et soutenu publiquement à la Faculté de Médecine des Antilles et de la
Guyane et examiné par les enseignants de la dite Faculté

Date
octobre 2014

Pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale

Par
Nicolas HALBERT

TABLE DES MATIERES

I.	RECIT	3
II.	ANALYSE DES PROBLEMATIQUES	8
III.	QUESTIONS SPECIFIQUES	9
IV.	MOYENS D'APPRENTISSAGE MIS EN ŒUVRE	10
V.	RECHERCHE DOCUMENTAIRES	11
A.	Quels sont les mécanismes du refus de dépistage et du renoncement aux soins ?....	11
B.	Comment identifier les patients en situation de précarité ?.....	14
C.	Quelle prise en charge médico-sociale proposer aux patients en situation de précarité ?..	17
D.	Comment annoncer une maladie grave ?.....	22
VI.	SYNTHESE	25
VII.	CONCLUSION	28
VIII.	BIBLIOGRAPHIE.....	29
IX.	ANNEXES	32
A.	ANNEXE 1 : fiche de repérage fragilité sociale de l'institut national du cancer.....	32
B.	ANNEXE 2 : score Epices.....	33
C.	ANNEXE 3 : extrait référentiel HAS 2008 – annonce d'une mauvaise nouvelle.....	34

I. RECIT

En 2012, après avoir terminé mes stages d'interne de médecine générale, j'ai fait la demande d'une licence de remplacement pour exercer en médecine ambulatoire. Après un premier remplacement un jour férié aux Saintes, consistant essentiellement à gérer des situations aiguës ou des urgences, j'ai eu envie de travailler dans un cabinet de médecine générale de ville pour me confronter davantage à la prise en charge des patients dans la durée. Le Dr N.... m'a proposé d'assurer des remplacements réguliers dans son cabinet.

Ce cabinet était situé en ville, proche d'une pharmacie et avec un accès aux examens complémentaires relativement aisé comparativement aux Saintes. Les patients étaient reçus six jours par semaine de 7H30 à 18H ou plus. En moyenne, 35 patients se succédaient dans la journée, avec ou sans rendez-vous. La population consultante était variée, notamment sur le plan social avec environ 50% de patients bénéficiant de la couverture maladie universelle ou de la couverture maladie universelle complémentaire.

Progressivement, j'y ai découvert la réalité de l'exercice d'un médecin généraliste de ville. Il a fallu me familiariser avec les contingences de cet exercice (utilisation d'un logiciel métier, rétribution à l'acte et comptabilité, examen clinique contraint par des possibilités matérielles limitées, gestion des urgences, des rendez-vous et de la salle d'attente, découverte du réseau de soin ambulatoire et des diverses possibilités de recours...). J'y ai aussi découvert la complexité de la relation médecin-malade, à laquelle notre formation initiale ne peut qu'incomplètement nous préparer. Cette découverte a été rendue difficile par la méfiance des patients, qui sont habitués à leur médecin traitant. Il n'était pas rare que l'on me dise « ce n'est pas le Dr. N... aujourd'hui ?... ». Bien qu'un peu déstabilisant au début, on finit par s'habituer à ces remarques, comme les patients finissent par s'habituer à nous.

C'est dans ce contexte que j'ai rencontré Mme J... C'était au mois de décembre, à la fin des consultations d'une matinée plutôt chargée en nombre de patients et en diversité des pathologies à gérer. En entrant dans le cabinet, la patiente me dit : « il y

a beaucoup d'attente dans votre cabinet, c'est vraiment long, j'ai failli partir sans attendre ». Un peu sur la défensive, je lui fais comprendre qu'effectivement il y a de l'attente, car elle n'a pas pris de rendez-vous, et qu'en plus c'était la dernière patiente.

Après ce premier échange un peu froid, je l'invite à s'asseoir de l'autre côté du bureau pour que nous puissions débiter la consultation. D'abord, je lui demande sa carte vitale ou une attestation d'assurance maladie pour que je puisse plus facilement récupérer ou créer son dossier médical sur le logiciel métier. A ce moment, elle m'explique qu'elle n'a pas d'assurance maladie puisqu'elle n'a pas effectué les démarches nécessaires après la perte de son travail il y a environ deux ans et que de toute façon cela ne sert à rien puisqu'elle est en bonne santé et qu'elle ne consulte jamais les médecins. Sa réponse m'a un peu surpris puisqu'aujourd'hui elle sollicitait une consultation et semblait avoir besoin des compétences d'un médecin pour répondre à son problème de santé. Je lui explique alors qu'il est quand même important d'avoir une couverture sociale au cas où elle doive bénéficier d'examens complémentaires ou être hospitalisée.

Après ce début un peu difficile, j'ouvre donc un nouveau dossier médical sur le logiciel pour renseigner les données administratives de la patiente inconnue du cabinet. Il s'agissait d'une femme de 42 ans, guadeloupéenne, actuellement sans emploi, vivant en couple avec deux enfants âgés de 10 ans et 12 ans. Ses revenus étaient limités au revenu de solidarité active et à une allocation de la caisse d'allocation familiale.

Je débute l'interrogatoire pour savoir le motif de sa consultation. Elle dit qu'elle vient un peu sous la contrainte de son conjoint qui lui a vivement conseillé de consulter un médecin pour un problème d'ordre gynécologique. A ce moment, je comprends un peu mieux la réticence qu'elle avait exprimée au début de la consultation. Un peu gênée, elle m'explique qu'elle présente des brûlures au niveau de « la cocotte » (terme que je découvre à ce moment-là) et qu'elle a des « pertes plutôt jaunâtres et qui sentent mauvais ». Elle rajoute que parfois elle a « des saignements après les rapports et entre ses règles habituelles ». Je pense d'abord à une vulvo-vaginite et je lui demande si elle a de la fièvre ou des douleurs au « bas ventre » pour éliminer une éventuelle infection génitale compliquée. La patiente me répond que non. Je recherche ensuite une altération de l'état général, mais la patiente me dit qu'à part ça, elle va très bien. Pour compléter l'interrogatoire, je lui demande ses antécédents

médicaux, chirurgicaux, et allergiques. Elle dit qu'elle n'a jamais eu de problème de santé sauf une césarienne pour son premier enfant, justifiée par un bassin trop étroit. Pour finir, je lui demande si elle a bénéficié d'un dépistage du cancer du col de l'utérus. Elle me répond qu'elle n'a jamais réalisé un tel examen car selon elle « ça ne sert à rien, ce qui doit arriver doit arriver », ce qui me laisse perplexe.... Je laisse ça de côté pour le moment et je l'invite à réaliser l'examen clinique.

Je commence par l'examen général, la pression artérielle est de 120/70 mmHg avec une fréquence cardiaque de 75 battements par minute, un poids de 57 Kilogrammes. L'examen cardio respiratoire est sans particularité. L'abdomen est un peu sensible au niveau pelvien mais sans prédominance d'un côté ou de l'autre et sans défense ni masse palpée. Ensuite, je lui explique qu'il faudrait que je réalise un examen gynécologique mais brutalement, la patiente se relève de la table d'examen et dit qu'elle ne veut pas qu'on lui fasse cet examen surtout pas par un homme. Comprenant qu'il y avait un blocage semblant définitif, je n'insiste pas et laisse la patiente aller se rassoir derrière le bureau. A mon tour, je m'assois pour noter les quelques éléments de l'examen que j'ai pu constater et préciser dans le dossier le refus de l'examen gynécologique. A ce moment de la consultation je me sens à la fois agacé et désemparé, et quelque peu frustré car je n'arrive pas à comprendre le comportement de la patiente : pourquoi venir voir un médecin et dans le même temps refuser l'examen qui permettrait de faire avancer le diagnostic ? Laissant mes états d'âme de côté, je lui demande ce qu'elle veut faire. Elle me dit qu'elle veut juste un traitement et c'est tout. Je lui explique alors qu'un traitement est possible mais qu'il est préférable de faire un prélèvement vaginal pour être sûr qu'il n'y ait pas plusieurs infections et que le traitement est bien adapté. Elle me dit qu'elle acceptera alors qu'un prélèvement soit pratiqué au laboratoire à la condition que ce soit une femme qui le réalise. Je prescris donc l'ordonnance pour réaliser le prélèvement accompagné quand-même d'un frottis cervico-utérin de dépistage. Pensant que c'est une patiente que je ne reverrais probablement jamais je lui propose un traitement empirique pour une infection vaginale (zithromax monodose®), en lui recommandant de le débiter après prélèvement. Cela permettra peut-être d'éviter des complications. Je lui explique le traitement et réinsiste sur la nécessité de l'examen gynécologique et du dépistage. La patiente se lève alors sans un mot, je comprends que mes prescriptions d'examens complémentaires ne seront pas suivies.

Au mois de juillet, soit sept mois après cette première consultation, je vois sur le planning des rendez-vous un nom familier, sans arriver à y remettre un visage. Je cherche le dossier correspondant sur le logiciel métier et me souviens alors de cette fameuse consultation. Je me prépare à une nouvelle consultation longue et difficile.

Au début, la patiente me dit que mon traitement est « nul et inefficace » car elle présente toujours des saignements lors des rapports et des douleurs pelviennes encore plus fortes. Un peu décontenancé par cette assertion, je ne sais comment y répondre. Je me réfugie quelques secondes derrière mon ordinateur pour faire le point et reprend la consultation en lui demandant si elle a réalisé les examens que je lui avais prescrit. Bien sûr, la patiente me répond que non car « les examens sont trop chers ». Cette réponse me permet de rebondir et de lui réexpliquer que ces examens bien que coûteux, sont absolument nécessaires pour justement prescrire un traitement adéquat. En approfondissant l'interrogatoire, je découvre qu'en plus des symptômes rapportés lors de la dernière consultation, elle présente une fatigue de plus en plus marquée avec un appétit diminué. Lors de l'examen, le poids est de 55 Kg soit 2 Kg de moins par rapport à la dernière consultation. L'abdomen est plus sensible que la dernière fois, sans pour autant de défense, ni de masse palpable. L'examen gynécologique est à nouveau refusé par la patiente. A la fin de la consultation, je lui explique que les signes qu'elle décrit sont un peu plus inquiétants que la dernière fois et que les examens sont absolument nécessaires. A ce moment, la patiente semble enfin s'en préoccuper. Avant de partir elle me dit qu'elle fera les examens dans un mois, dès qu'elle aura obtenu son assurance maladie complémentaire, puisque son conjoint en aurait fait la démarche pour elle. Je lui dis donc de revenir au plus vite avec ces examens réalisés.

Six semaines plus tard, je reçois par courrier au cabinet le résultat d'anatomopathologie du frottis cervico-utérin de la patiente en question : carcinome in situ. Face à ce résultat, je prends immédiatement mon téléphone et contacte la patiente. Je tombe sur le répondeur et laisse un message disant qu'il fallait qu'elle consulte rapidement pour discuter des résultats de son frottis cervico-utérin.

Contre toute attente, la patiente est la première au cabinet le lendemain matin. Quand je l'aperçois, j'éprouve un petit pincement au cœur et surtout une certaine anxiété puisque je n'ai pas l'habitude d'annoncer une maladie grave à un patient. Dois-je juste lui dire qu'au vu des résultats, il faut consulter un gynécologue

rapidement en essayant de ne pas l'inquiéter ? Ou dois-je lui dire la vérité sur son problème de santé ? Un peu fébrile, je fais entrer la patiente dans le cabinet, avec cette fois si un sourire et une certaine volonté de communiquer. La patiente me demande ce qui se passe. L'air un peu grave malgré moi, je lui dis que les résultats ne sont pas bons et qu'on retrouve sur le prélèvement des cellules anormales. Le visage de la patiente se referme, et elle me demande alors « qu'est-ce que ça veut dire Docteur ? ». Je ne sais quoi lui répondre. Le téléphone sonne, je coupe la sonnerie. Après quelques secondes de silence, je lui explique alors que les résultats sont en faveur d'un cancer du col de l'utérus. La patiente commence alors à pleurer et à me dire qu'elle est trop jeune pour mourir, qu'elle ne peut pas laisser ses enfants. Mettant ma main sur son épaule, j'essaie de la réconforter et de la rassurer en lui disant qu'il y a d'autres examens à faire pour savoir vraiment si la maladie est importante et savoir quel traitement on pourra lui proposer. Je l'incite à consulter rapidement un gynécologue à l'hôpital et fais un courrier à cet effet. Ayant séché ses larmes, la patiente me remercie d'avoir pris le temps de s'occuper d'elle et sort du cabinet. Au moment où elle passe la porte, avec une certaine empathie, je lui serre la main et lui demande de me tenir au courant après les consultations en gynécologie.

Quelques semaines plus tard, la patiente revient me voir pour me donner des nouvelles et me remettre le compte rendu du gynécologue. Je constate que la patiente a bénéficié d'une conisation, et que l'analyse anatomopathologique qui a suivi, a mis en évidence un carcinome micro invasif. Le traitement a finalement constitué en une colpohystérectomie conservatrice avec lymphadénectomie pelvienne. Une simple surveillance régulière a été préconisée par le chirurgien. Elle finit par me remercier de l'avoir aidé et d'avoir fait mon possible pour qu'elle bénéficie des soins appropriés. Puis elle sort en me promettant de me tenir au courant pour la suite.

II. ANALYSE DES PROBLEMATIQUES

Cette situation clinique tout à fait banale sur le plan symptomatique, s'est en fait avérée très complexe. Elle a été très éprouvante et marquante pour moi. J'ai choisi de la présenter car elle met en exergue plusieurs éléments importants de l'exercice de la médecine générale ambulatoire. Après analyse, j'ai choisi de traiter trois problématiques qui y ont trait.

Première problématique, le refus de dépistage et le renoncement aux soins :

Lors de la première consultation, la patiente consulte non pas de sa propre initiative mais sur les conseils insistants d'un proche. Elle a longtemps refusé tout dépistage et persiste dans cette attitude malgré l'apparition de symptômes. Cela s'apparente à un renoncement aux soins. C'était pour moi une première.

Deuxième problématique, la prise en charge des patients en situation sociale défavorisée :

Une fois la patiente convaincue de procéder aux examens complémentaires, le défaut de couverture sanitaire s'est avéré un frein considérable à la mise en place d'un programme et d'un parcours de soins adapté. Je ne réalisais pas que cette situation pouvait être fréquente en condition réelle d'exercice de la médecine ambulatoire.

Troisième problématique, l'annonce d'une maladie grave :

Au retour des résultats du frottis cervico-utérin, il m'a fallu annoncer une mauvaise nouvelle. C'était la première fois que j'étais confronté au problème, et je me suis rendu compte que je n'étais pas doté des outils nécessaires.

Les recommandations de dépistage et de traitement du cancer du col de l'utérus ne m'ont pas semblé devoir être développées dans le cadre de ce RéSCA. On dispose à ce sujet de référentiels de la Haute autorité de santé [1,2].

III. QUESTIONS SPECIFIQUES

Refus de dépistage et renoncement aux soins :

Quelles en sont les mécanismes ?

Prise en charge des patients en situation sociale défavorisée :

Comment identifier les patients en situation de précarité ?

Quelle prise en charge médico-sociale leur proposer ?

Annonce d'une maladie grave :

Comment annoncer une maladie grave à un patient en soins ambulatoires ?

Existe-t-il un protocole validé ?

IV. MOYENS D'APPRENTISSAGE MIS EN ŒUVRE

Refus de dépistage et renoncement au soin :

Revue de la bibliographie :

Moteur de recherche :

- Pubmed,
- Web of Science, all database
- Google
- Science direct

Mots clefs en anglais : foregone, foregoing, delayed, refuse, unmeet, uptake, care, health care, screening, pap smear, cervical cancer, cancer screening, review.

Mots clefs en français : renoncement aux soins, retard aux soins, refus de dépistage, dépistage, cancer du col de l'utérus, frottis cervico-utérin, revue de la littérature.

Utilisation d'outils de recherche corrélés :

- contenu de la bibliographie des articles identifiés
- articles citant les articles identifiés

Prise en charge des patients en situation sociale défavorisée :

Comment identifier les patients en situation de précarité ?

Même méthode et mêmes moteurs de recherche

Mots clefs en anglais : Social deprivation, socioeconomic disadvantage, social position, socioeconomic status, socioeconomic inequalities, poverty, index, score, measurement, tool

Mots clefs en français : précarité, pauvreté, faible niveau socio-économique, situation sociale, définition, index, score, mesure, outil de mesure

Quelle prise en charge médico-sociale leur proposer ?

Source documentaire en français : « Philippe Camberlein. Le dispositif de l'action sociale et médico-sociale en France. Dunod 2011 »

Annonce d'une maladie grave :

Mêmes moteurs de recherche

Mots en anglais : breaking bad news, review

Source documentaire en français : « Haute autorité de santé. Annonce d'une mauvaise nouvelle »

V. RECHERCHE DOCUMENTAIRES

A. Quels sont les mécanismes du refus de dépistage et du renoncement aux soins ?

Il faut d'abord définir le terme de renoncement aux soins. Il s'agit « d'un besoin de soins non satisfait, qu'un état de santé aurait justifié »[3].

En France en 2012, selon les résultats de l'Enquête Sur la Santé et la Protection Sociale de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé, le taux de renoncement à au moins un soin (optique, dentaire, consultation de médecin, autres soins, ou examens complémentaires) au cours des 12 derniers mois était estimé à 25,7% [4].

Une revue de la littérature pointe trois grands facteurs de renoncement aux soins : la disponibilité, l'accessibilité et d'acceptabilité [5,6].

La disponibilité est directement liée à l'organisation du système de soin, c'est-à-dire à l'offre de soin, la démographie médicale, la répartition géographique et le délai d'attente pour y accéder. Elle peut être modifiée par les politiques publiques.

L'accessibilité dépend des moyens de transport des usagers et de leur capacité à faire face aux dépenses financières liées à la santé. Ces deux facteurs sont liés et conditionnent le « renoncement subi ». L'absence de couverture sanitaire est évidemment un facteur majeur de renoncement aux soins.

L'acceptabilité [7] est conditionnée par des motifs personnels ou culturels, sous tendus par la situation sociale du patient et les contraintes qui en découlent. Elle peut être indépendante du système de soin. Elle peut conduire à un « renoncement choisi », par exemple quand un patient retarde des soins par peur de se soigner ou de découvrir une maladie grave.

En réalité, l'acceptabilité dépend de nombreux facteurs psycho-sociaux intermédiaires, que l'on peut résumer sur trois axes : les connaissances de santé, le contrôle perçu (manque de confiance en sa capacité à bénéficier du dépistage), et l'attente de résultats (manque de confiance en l'efficacité du dépistage) [8]. En amont, le statut socio-économique du patient peut intervenir de plusieurs manières.

Les sujets défavorisés peuvent être exposés à des niveaux de stress plus élevés liés à leur situation sociale ou leur environnement. Un faible niveau de formation initiale peut s'associer à de mauvaises connaissances de santé, et des difficultés à les améliorer. Enfin, les sujets en situation sociale difficile sont plus à risque de développer des maladies chroniques et d'avoir une expérience négative du système de soins. On trouvera en page suivante la figure 1, extraite de la revue de von Wagner [8] résumant ce cadre conceptuel.

En France, Despres et al [9] ont démontré que les difficultés sociales passées (financières, inactivité, isolement ou encore absence de logement), présentes (financières, chômage, manque de loisir...) et les craintes pour le futur (Perte d'emploi, manque de soutien intra familial ou social...) étaient des facteurs de renoncements aux soins. Bazin et al [10] ont également démontré qu'au-delà du niveau de revenu, des facteurs psychosociaux pouvaient intervenir : le risque de renoncement était augmenté chez les sujets se sentant exclus ou stressés, victimes d'évènements de vie traumatiques, dans l'enfance ou à l'âge adulte, manquant d'estime d'eux, ou atteints de pathologies chroniques.

En définitive, le refus de dépistage et le renoncement aux soins correspondent à des situations complexes, résultant de l'interaction entre le patient, son environnement et le système de soins.

L'ensemble des facteurs décrits plus haut construisent les inégalités sociales de dépistage et de santé largement démontrées sur tous les territoires, notamment pour le frottis cervico-utérin [11–13].

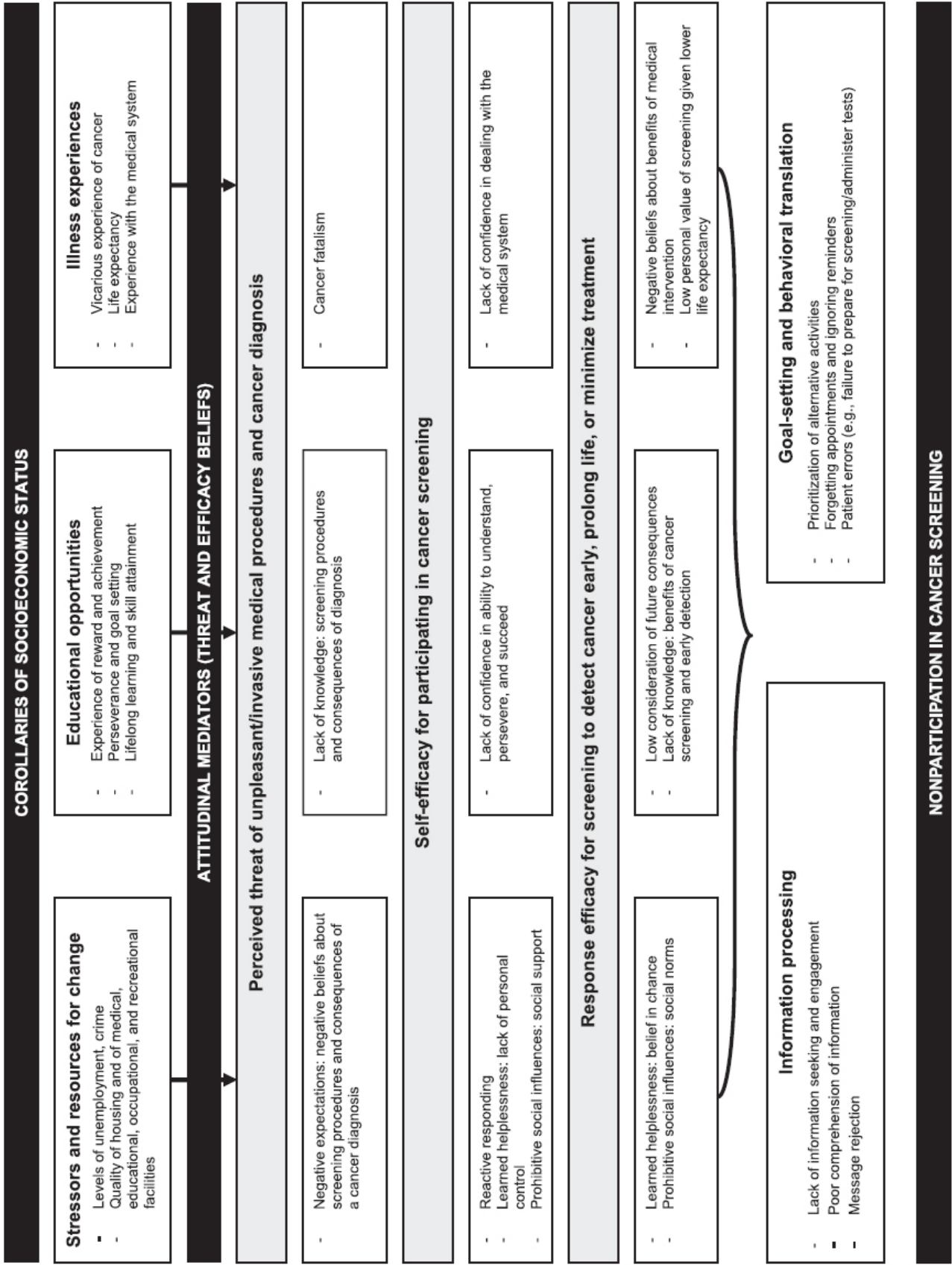


Figure 1. A framework to explain socioeconomic status differences in psychosocial predictors of cancer screening.

B. Comment identifier les patients en situation de précarité ?

Le renoncement aux soins peut être lié à des facteurs socioéconomiques et psychosociaux qu'il est important de savoir identifier pour repérer les patients les plus à risque de renoncement, c'est-à-dire les patients en situation de précarité.

Qu'est-ce que la précarité ? La première définition date de 1987 avec le rapport de Joseph Wresinski au conseil économique et social [14]. Elle se définit ainsi : « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible ».

Ce concept de précarité est très français. On parle ailleurs de pauvreté. Le conseil européen considère comme pauvres « les personnes dont les ressources matérielles, culturelles et sociales sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables dans l'État membre où elles vivent ».

La pauvreté peut se définir :

- administrativement par la perception de minima sociaux
- monétairement par revenu inférieur au seuil de pauvreté
- matériellement, par les conditions de vie (équipements, logement, vacances...) [15]

En amont, on trouve des situations sociales dominées par le chômage, l'emploi peu qualifié faiblement rémunéré, souvent à temps partiel, parfois la monoparentalité.

Encore en amont, on observe souvent un niveau d'études insuffisant.

La pauvreté se transmet, le niveau socioéconomique des parents déterminant en partie celui de leurs enfants à l'âge adulte. La capacité de notre système éducatif à lutter contre cette transmission est remise en question.

La pauvreté se concentre dans les quartiers et les territoires qui sont ou deviennent les plus défavorisés.

La précarité et la pauvreté dégradent le réseau et le support social sur lequel un individu peut s'appuyer pour s'adapter aux problèmes qu'il peut rencontrer [16].

Comme nous venons de le voir, la précarité ou la pauvreté n'ont pas de définition universelle. Une approche globale est nécessaire pour identifier les personnes en situation sociale défavorisée.

L'association francophone pour les soins oncologiques de support [17] préconise d'explorer cinq grands domaines pour dépister ces situations de précarité.

La dimension « maladie et sa prise en charge » : comorbidité mal pris en charge, absence de médecin traitant, absence de couverture sociale ou mutuelle, frais paramédicaux élevés...

La dimension « emploi » : perte d'emploi, emploi précaire, recherche d'emploi, étudiant, difficulté financière due à la baisse des ressources, modalité de reprise ou d'adaptation du travail...

La dimension « vie quotidienne » : Condition de logement, migrants, problèmes linguistiques, lieu de résidence dégradé, besoin d'aide à la personne ...

La dimension « Famille/entourage » : isolement, décès d'un proche, séparation, besoin d'aide pour garde enfant, violences conjugales, isolement social ...

La dimension « situation financière » : perception des minima sociaux, accès difficile aux droits, perte de ressources ...

L'inventaire n'est pas exhaustif, mais ces éléments doivent alerter le praticien. C'est un premier outil utilisable en médecine générale, même s'il ne quantifie pas vraiment le niveau de précarité.

Par ailleurs, plusieurs questionnaires où scores peuvent être utilisés.

Le score EDI développé pour la France, de manière à permettre une comparaison entre pays européens [18], comporte 10 items qui ont trait à la composition du foyer et à ses équipements, au niveau d'étude, à l'accès à l'emploi, à l'existence d'un véhicule personnel. Ce score semble plus adapté à la recherche épidémiologique qu'à la médecine ambulatoire.

La fiche de repérage fragilité sociale de l'institut national du cancer (Annexe 1) est utilisée par les infirmiers d'annonce. Elle comporte douze items qui ont trait à l'âge et le handicap, aux personnes à charge, au support social, aux conditions d'hébergement, à la couverture sociale, à l'activité professionnelle, au risque financier lié à la maladie. Réalisée en collaboration avec les usagers, elle a fait l'objet d'études de validation. L'outil demande un peu de temps et aborde plusieurs aspects pouvant-être difficiles à évoquer avec certains patients lors d'une première consultation.

Le score épices (Annexe 2) est constitué de douze items explorant plusieurs dimensions de la précarité, matérielle et sociale, au-delà des simples indicateurs de pauvreté administrative. Ce score a été validé à l'étude de 200 000 patients recrutés en centres d'examen de santé [19]. Davantage encore que l'outil précédent, ce score demande du temps.

Le collège de la médecine générale a élaboré des recommandations sur les informations minimales nécessaires pour évaluer la situation sociale d'un patient en ambulatoire [20] : le statut par rapport à l'emploi, la profession éventuelle, le type de couverture sociale et les capacités de compréhension du langage écrit. Des questions complémentaires doivent ensuite être utilisées lors du suivi du patient pour affiner le diagnostic social. Le niveau d'éducation, très en amont de la position sociale, et dont le lien avec la morbi-mortalité est considérablement démontré, me semble être un paramètre important qui mériterait d'être renseigné dans le dossier médical du patient.

C. Quelle prise en charge médico-sociale proposée aux patients en situation de précarité ?

De manière générale, l'action sociale de proximité revient aux communes, l'aide sociale aux départements, l'action sociale de solidarité nationale à l'Etat [21]. Leur coordination est loin d'être acquise. L'offre est morcelée et paraît parfois difficilement accessible.

L'un des piliers de la protection sociale en France est la sécurité sociale, qui assure les risques financiers liés :

- à la maladie, maternité, invalidité, décès (caisse nationale d'assurance maladie) ;
- aux accidents du travail et aux maladies professionnelles ;
- à la vieillesse et au veuvage (caisse nationale d'assurance retraite) ;
- à la « famille », handicap, logement... (caisse d'allocation familiale).

Le risque financier lié à la perte d'un emploi est géré par l'assurance chômage (Unédic) dont le point d'accès est Pôle emploi.

Le revenu de solidarité active (RSA) est une aide apportant un revenu minimum ou un complément pour les travailleurs les plus pauvres. Il a remplacé le revenu minimum d'insertion et l'allocation de parent isolé, ainsi que les diverses aides de retour à l'emploi. Il est cofinancé par l'Etat et les conseils généraux, effectivement géré par ces derniers. Il est versé par la caisse d'allocation familiale qui en instruit les demandes.

Les agences départementales d'insertion ont pour missions principales d'accueillir, informer et orienter les allocataires du RSA, de les aider à élaborer leur parcours d'insertion, et de les accompagner par un suivi efficace.

Les missions locales assurent un accompagnement social et professionnel des jeunes de 16 à 25 ans sortis du circuit scolaire. Leur action s'articule autour de la formation, l'emploi, et la création d'entreprise.

L'aide au logement est attribuée sous condition de ressources aux locataires ou aux propriétaires remboursant un prêt pour leur résidence principale. Elle est versée par la caisse d'allocation familiale (CAF) qui en instruit les demandes.

En matière d'assurance maladie, la couverture maladie universelle (CMU) de base supplée à l'assurance maladie obligatoire pour les sujets résidant en France de manière stable (plus de trois mois) et régulière et n'ayant pas droit à l'assurance maladie.

La CMU complémentaire constitue une assurance maladie complémentaire pour les sujets résidant en France de manière stable et régulière et percevant des ressources inférieures à 802 € pour une personne seule en Guadeloupe.

Elle doit faire l'objet d'une demande de renouvellement chaque année. L'aide à la complémentaire santé (ACS) constitue une aide financière versée aux assurés pour qu'ils puissent accéder à une complémentaire. Elle est destinée aux sujets résidant en France de manière stable et régulière et percevant des ressources inférieures à 1082 € pour une personne seule en Guadeloupe. Le montant de l'aide varie selon l'âge du sujet. Elle doit faire l'objet d'une demande de renouvellement chaque année. L'aide médicale de l'état (AME) est destinée aux sujets résidant en France de manière stable mais irrégulière et percevant des ressources inférieures à 802 € pour une personne seule en Guadeloupe. Elle doit faire l'objet d'une demande de renouvellement chaque année.

Les permanences d'accès aux soins (PASS) sont des cellules de prise en charge médico-sociale, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Ces structures sont attachées aux établissements publics ou privés de santé.

Par ailleurs, les centres d'informations sur les droits des femmes et des familles (CIDFF) informent, orientent et accompagnent le public, en priorité les femmes, dans les domaines de l'accès au droit, de la lutte contre les violences sexistes, du soutien à la parentalité, de l'emploi, de la formation professionnelle et de la création d'entreprise, de la sexualité et de la santé.

Eventuellement attaché au tribunal de grande instance, on trouve :

- le conseil départemental d'accès au droit qui peut notamment faciliter l'aide juridictionnelle.

- Le bureau d'aide aux victimes.

L'aide sociale de l'état est décentralisée. Les régions établissent les grandes politiques sociales avec le schéma régional d'organisation médico-sociale, les départements mettent en œuvre ces politiques par l'intermédiaire des directions de la santé et du développement social, et les communes apportent un support social de proximité grâce aux centres communaux ou intercommunaux d'action sociale.

Voici les diverses offres de prise en charge médico-sociale, sous la responsabilité du conseil général.

- Les Centres Locaux d'Action de Santé et de Solidarité et leurs corollaires :
 - o La protection materno-infantile (PMI) qui a une mission de prévention, de protection et de promotion de santé des futurs parents et des enfants jusqu'à 6 ans, ainsi que de soutien à la parentalité.
 - o Les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF). Lieux d'accueil et d'écoute, les CPEF proposent des consultations médicales anonymes et gratuites, pour les mineurs notamment, informent sur la sexualité, le couple ou encore les problématiques gynécologiques, la contraception...
- Les services territoriaux de l'aide sociale à l'enfance (STASE). Ils sont notamment chargés d'apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique aux mineurs, à leur famille, aux mineurs émancipés et aux majeurs de moins de vingt et un ans confrontés à des difficultés sociales susceptibles de compromettre gravement leur équilibre. La prévention et la prise en charge de la maltraitance fait partie de leurs missions.
- Les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), lieu unique d'accueil, d'orientation et de reconnaissance des droits pour les personnes handicapées et leurs familles, et leurs corollaires :
 - o Hébergement pour personnes en situation de handicap.
 - o Prestation de compensation du handicap, Allocation adulte handicapé ou d'éducation de l'enfant handicapé.
 - o Service d'accompagnement à la vie sociale et service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

- L'aide à domicile et les services à la personne, l'allocation personnelle d'autonomie (pour les plus de 60 ans nécessitant aide pour les actes essentiels de la vie ou une surveillance régulière).
- L'aide sociale départementale, destinée à aider les personnes en situation de vulnérabilité en raison de leur santé ou de leur âge (discrétionnaire).
- Les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS). Ils ont pour mission d'assurer l'accueil, le logement, l'accompagnement et l'insertion sociale des personnes ou familles connaissant de graves difficultés en vue de les aider à accéder ou à recouvrer leur autonomie personnelle et sociale. Ces centres sont gérés par des associations, organisations humanitaires, et collectivités publiques locales (centre communal d'action sociale et département).
- Le fond de solidarité pour le logement, destiné à accorder des aides financières sous forme de cautions, prêts, garanties et subventions.
- Le fond d'insertion des jeunes permettent de soutenir l'insertion des jeunes de 16 à 25 ans par des aides financières attribuées dans le cadre de projets individuels ou collectifs.
- Les foyers de jeunes travailleurs, lieux d'hébergement provisoire pour les jeunes de 18 à 25 ans.
- Les mesures d'accompagnement social personnalisé, pour toute personne majeure qui perçoit des prestations sociales et dont la santé ou la sécurité est menacée par les difficultés qu'elle éprouve à gérer ses ressources, à ne pas confondre avec les mesures de protection juridique (sauvegarde de justice, curatelle ou tutelle). En cas d'échec compromettant la sécurité de la personne, une mesure d'accompagnement judiciaire peut être prononcée.

Au niveau local, les centres communaux d'action sociale (CCAS) animent une action générale de prévention et de développement social de proximité en liaison avec les institutions publiques et privées : lutte contre l'exclusion (en particulier, aide alimentaire), services d'aide à domicile, prévention et animation pour les personnes âgées, gestion d'établissements d'hébergement pour personnes âgées, soutien au logement et à l'hébergement, petite enfance, enfance/jeunesse, soutien aux personnes en situation de handicap.

On le constate et le répète, l'offre sociale de l'Etat et des collectivités est extrêmement large et complexe. La mise en place de guichets uniques (MDPH, maison de l'insertion, bientôt maison de l'autonomie) peut faciliter l'accès, mais ces guichets uniques doivent rester à proximité de l'utilisateur. Cependant, la proximité ne facilite pas toujours l'accès, puisque certains sujets en situation de précarité ne souhaitant s'exposer au regard de leurs voisins lorsqu'ils sollicitent une aide.

En Guadeloupe, même système et même offre, avec des problèmes de disponibilités liés à des budgets limités (voire le problème des hébergements d'urgence ou pour personnes dépendantes...), et d'accessibilité liés au manque d'information aux usagers et aux professionnels de santé. Par exemple, s'il existe un annuaire santé, aucun annuaire social n'est mis à disposition. Seuls les moteurs de recherche internet peuvent nous aider à identifier les contacts téléphoniques à utiliser. Reste ensuite à passer de longues minutes au téléphone, souvent sans succès. La solution réside bien sûr dans le développement d'un réseau professionnel médico-social personnel, de qualité, de confiance et de proximité. Le développement d'un tel réseau demande énormément de temps et d'énergie.

D. Comment annoncer une maladie grave ?

Cette annonce est en elle-même un acte médical, souvent déclarée difficile par les professionnels de santé. Il nécessite de maîtriser certaines notions de la relation médecin-patient et de respecter les mécanismes d'adaptation du patient. Il est important de préciser le cadre éthique, en reprenant l'article 35 du code de déontologie [22] : « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination. Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite ».

L'une des mesures phares du plan cancer 2003-2007 est le dispositif d'annonce [23] qui concerne principalement le milieu hospitalier mais qui met en lien le médecin généraliste. Il se déroule en quatre étapes : 1/ un temps médical réalisé lors de plusieurs consultations pour l'annonce de la maladie, la réunion de concertation pluridisciplinaire et la remise au patient d'un programme personnalisé aux soins, 2/ un temps d'accompagnement soignant permettant d'expliquer et d'orienter le patient, 3/ un temps pour accéder à une équipe dédiée aux soins de support (démarche sociale ...) et 4/ un temps d'articulation avec la médecine de ville qui permet d'assurer une continuité des soins.

Je me suis référé au rapport de la Haute Autorité de Santé (HAS) concernant l'annonce d'une mauvaise nouvelle [24]. Pour mieux répondre aux attentes des patients, il faut d'abord connaître les mécanismes psychologiques de défense permettant au malade de se protéger. Cinq grands mécanismes de défense sont décrits :

- L'isolation permet de séparer la charge affective de la représentation à laquelle elle était associée.
- Le déplacement permet de déplacer la charge affective d'une représentation sur une autre.
- La projection agressive où l'angoisse est alors projetée sous forme d'agressivité sur l'entourage (souvent l'équipe médicale).
- La régression permet au patient de ne pas assumer la situation et de laisser les autres gérer pour lui.
- Le déni où le patient fait comme s'il ne se passait rien.

Il faut noter que ces mécanismes de défenses ne sont pas figés dans le temps et que le patient peut passer successivement d'un mécanisme à un autre.

Versant professionnel, il faut aussi considérer les sentiments du clinicien. Les plus classiques décrits face à cette situation sont : « La peur de la maladie et la mort, la peur d'être désapprouvé, la peur de faire mal, le sentiment d'impuissance, le renoncement, accepter ses limites, le sentiment de culpabilité, la peur de ne pas être à la hauteur, la peur des réactions émotionnelles ». Comme chez le patient, le professionnel de santé va développer des mécanismes de défense qui sont principalement :

- L'identification projective vise à attribuer à l'autre ses propres sentiments et peut occulter complètement le vécu du patient.
- La rationalisation consiste à délivrer un discours hermétique et incompréhensible par le patient.
- La fausse réassurance où le soignant va artificiellement positiver les résultats des examens pour entretenir un faux espoir.
- La fuite en avant où le soignant va déverser au patient tout son savoir sur la situation pour se débarrasser de son fardeau.
- La banalisation, par exemple des effets indésirables de certains traitements, va complètement ignorer la souffrance psychique du patient qui peut alors éprouver le sentiment de ne pas avoir été entendu.
- Le mensonge permet de préserver le patient et le médecin mais ne tient généralement pas compte de la demande du malade.

Sur le plan pratique, quatre éléments semblent indispensables : le temps, l'écoute, le choix des mots et le suivi de l'annonce. Le temps consacré à la consultation ne doit pas être stéréotypé mais adapté à chaque patient, il ne faut pas hésiter à lui

proposer plusieurs rendez-vous. L'écoute doit permettre au patient de poser les questions nécessaires à son processus d'acceptation de la maladie. Le choix des mots et l'attitude du médecin sont primordiaux. L'information donnée au patient doit être simple et progressive, répétée, cohérente et sincère, compréhensible en évitant les termes trop médicaux. Ces moments d'écoute et de partage avec le patient doivent conduire progressivement à faire envisager une vie future au patient en intégrant progressivement cette nouvelle maladie. Le temps du suivi doit intégrer plusieurs éléments : support documentaire, accès facile à un interlocuteur, proposition d'une aide psycho-sociale. Ces consultations doivent être retranscrites dans le dossier médical.

Les conditions matérielles minimum sont indispensables : rendez-vous organisé dans un temps relativement court, permettre au patient d'être accompagné s'il le souhaite, s'assurer d'un environnement calme sans téléphone où éléments pouvant interrompre la consultation, s'asseoir face à face et prendre le temps nécessaire.

La mise en œuvre de tous ces éléments est primordiale car elle va influencer l'acceptation du patient. Cependant, le malade est unique et donc chaque consultation d'annonce différente. La HAS dans ce document met à disposition un questionnaire pour le soignant pour qu'il puisse préparer et réaliser au mieux cette consultation d'annonce délicate (cf. annexe 3).

Pour résumer et en pratique, on peut évoquer le protocole de Buckman, largement utilisé pour l'annonce de cancer [25]. Ce protocole tient en six étapes :

- 1) Préparation de la consultation : s'assurer de ne pas être dérangé, s'asseoir à proximité du patient ...
- 2) Savoir ce que connaît déjà le patient de sa maladie : approcher les connaissances du patient par des questions ouvertes
- 3) Essayer de connaître ce que le patient veut savoir : par exemple en lui demandant s'il veut obtenir toutes les informations concernant son problème de santé ou s'il souhaite seulement aborder les grandes lignes ?
- 4) Donner l'information : l'approche de la maladie doit être progressive.
- 5) Répondre avec empathie aux émotions du patient.
- 6) Résumer l'entretien et proposer un plan pour l'avenir.

VI. SYNTHÈSE

La complexité de cette situation clinique m'a incité à une réflexion sur la qualité de ma pratique. La recherche documentaire imposée par les problématiques soulevées m'a fait réaliser que certaines connaissances et compétences me faisaient défaut pour mieux prendre en charge ma patiente.

En reprenant le fil des consultations, et à la lumière des nouvelles informations collectées, j'ai mieux compris le comportement de la patiente.

Son apparente agressivité lors de la première consultation était probablement un symptôme de stress lié au contact du milieu médical, voire à une interaction négative avec le système de soins dans le passé. Son refus de réaliser les examens complémentaires relevait de son insuffisante couverture sociale. Et ses propos quant au frottis cervico-utérin - « cela ne sert à rien, ce qui doit arriver arrivera » - évoquaient le fatalisme dont nous avons vu qu'il était plus fréquent chez les sujets de faible niveau d'études ou en situation précaire.

Au terme de ma démarche, il semble évident qu'une meilleure intégration du modèle bio-psycho-social m'aurait permis de gérer cette consultation de manière moins émotionnelle et d'apporter un meilleur service à ma patiente. Aussi je réalise à quel point le dépistage, mission fondamentale du médecin généraliste, doit être sollicité, quelle que soit (ou presque) les motifs de consultation.

Compétences mises en œuvre [26]

- Adapter son raisonnement et ses décisions au contexte des soins primaires pour résoudre efficacement des problèmes de santé : adopter une approche centrée sur la personne pour une prise en charge globale bio-psycho-sociale...
- Entreprendre des actions de santé publiques (prévention, dépistage...).

Un faible niveau socio-économique, une situation de précarité, sont des facteurs majeurs de renoncement aux soins. J'ai compris à l'analyse de la situation que le diagnostic social était nécessaire.

Pendant les consultations, la patiente avait exprimé plusieurs mots clés permettant d'identifier une situation de précarité. Reprenons ces mots clefs, conformément à la procédure proposée par l'association francophone pour les soins oncologiques de support [17] :

- Dimension « maladie et prise en charge » : absence de couverture santé, absence de médecin traitant.
- Dimension « emploi » : perte d'emploi il y a deux ans.
- Dimension « situation financière » : perception des minima sociaux.

Les signes d'alarmes étaient bien présents et devaient faire évoquer, dès la première consultation, une situation de fragilité sociale pouvant faire obstacle aux soins.

J'aurais dû d'emblée orienter la patiente vers les dispositifs d'aide sociale. Dans ce contexte, il aurait fallu l'adresser au Centre Communal d'Action Sociale ou à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie pour l'aider à l'ouverture de ses droits (CMU ou rattachement au conjoint). Dans le cadre d'un suivi plus prolongé, je pourrai procéder à un diagnostic social plus approfondi pour aborder le devenir et le projet de vie du patient en lui conseillant les divers organismes susceptibles de l'assister.

Compétences mises en œuvre [27] :

- Éduquer le patient à la gestion de sa santé ...
- Travailler en équipe et/ou en réseau lors de situations complexes, aiguës et chroniques. Coordonner les soins autour du patient ...

Cette situation m'a conduit pour la première fois à annoncer une maladie grave à un patient. Je manquais des compétences nécessaires. Au-delà de l'approche théorique qui nous a été présentée au cours de notre formation, je manquais de mise en pratique.

Lors de cette consultation plusieurs modifications de ma pratique semblaient nécessaires ; préparer la consultation dans l'objectif d'annoncer les résultats du frottis cervico-utérin de manière plus sécurisante, programmer cette consultation en fin de journée pour bénéficier d'un temps suffisant, éteindre mon portable pour éviter toute interruption, expliquer d'avantage la pathologie et le programme de soins s'y rattachant. Mon discours et mon attitude embarrassée ont probablement augmenté l'inquiétude bien justifiée de la patiente. Cela aurait pu conduire à un retard de prise en charge.

Compétences mises en œuvre [27] :

- Communiquer de façon appropriée avec le patient et son entourage (mener un entretien, informer, négocier, tenir compte de ses émotions et de celles du patient...)

VII. CONCLUSION

Cette situation clinique et le travail d'analyse effectué par la suite m'ont permis de progresser dans l'exercice de la médecine, en améliorant mes compétences, et donc le service rendu au patient. J'ai remis en question ma capacité à faire face à la relation médecin-patient.

J'ai appris à appréhender les comportements d'hostilité des patients non de façon émotionnelle, comme une atteinte à mes qualités de médecin, mais comme une expression, un symptôme du malaise qu'ils peuvent ressentir.

J'ai également pris conscience de la nécessité de diagnostic social et d'orientation adaptée.

Enfin, je serai moins désœuvré face à l'annonce d'une mauvaise nouvelle et plus à même de construire un projet personnalisé de soins avec le patient.

La construction d'un tel projet est difficile à mener en médecine de ville car les parcours de soins complexes imposés par une maladie grave ne peuvent pas toujours être correctement suivis par les patients, en particulier s'ils sont en situation de précarité. Les retards de prise en charge secondaire ou tertiaire pourraient probablement être limités par une organisation différente des soins et de leur coordination. Plusieurs expériences d'accompagnement personnalisé [28] ont été décrites comme pouvant améliorer le dépistage, le suivi médical et l'adhésion au parcours de soin dans le cadre des maladies graves. Ce type de dispositif reste à développer en France.

VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de Santé. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS). [Internet]. 2013 [cité 2014 sept 9]; Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08__vf_mel.pdf
2. Haute Autorité de Santé. Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique : cancer invasif du col utérin. Guide affection de longue durée. [Internet]. 2010 [cité 2014 sept 9]; Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-02/ald_30_gm_col_uterin_web_2010-02-12_09-57-34_599.pdf
3. Boisguerin B, Gerber S. Le renoncement aux soins : Actes du colloque du 22 novembre 2011 à Paris [Internet]. In: Le renoncement aux soins. Paris: 2011 [cité 2014 sept 5]. Available from: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/actes_renoncement_soins_2012.pdf
4. Célant N, Guillaume S, Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2012 [Internet]. IRDES; 2014 [cité 2014 sept 5]. Available from: <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/556-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale-2012.pdf>
5. Sibley LM, Glazier RH. Reasons for Self-Reported Unmet Healthcare Needs in Canada: A Population-Based Provincial Comparison. *Healthc. Policy* 2009;5:87-101.
6. Rehany E, Parizot I, Vallée J, Chauvin P. Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne : déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010. [Internet]. DREES; 2011 [cité 2014 sept 9]. Available from: http://hal-univ-diderot.archives-ouvertes.fr/docs/00/64/51/36/PDF/Rapport_Renoncement_DREES.pdf
7. Allin S, Grignon M, Le Grand J. Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: What are the equity implications? *Soc. Sci. Med.* 2010;70:465-72.
8. Von Wagner C, Good A, Whitaker KL, Wardle J. Psychosocial determinants of socioeconomic inequalities in cancer screening participation: a conceptual framework. *Epidemiol. Rev.* 2011;33:135-47.
9. Despres C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. *Quest. Déconomie Santé* [Internet] 2011 [cité 2014 sept 5]; Available from: <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes170.pdf>
10. Bazin F, Parizot I, Chauvin P. Original approach to the individual characteristics associated with forgone healthcare: a study in underprivileged areas, Paris region, France, 2001-2003. *Eur. J. Public Health* 2005;15:361-7.
11. Chan Chee C, Begassat M, Kovess V. Les facteurs associés au dépistage des cancers du col utérin dans une population mutualiste. *Rev. D'Épidémiologie Santé Publique* 2005;53:69-75.

12. Beck F, Gautier A. Baromètre cancer 2010 [Internet]. Inpes éditions. 2012 [cité 2014 mai 25]. Available from: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1405.pdf>
13. Hewitt M, Devesa SS, Breen N. Cervical cancer screening among U.S. women: analyses of the 2000 National Health Interview Survey. *Prev. Med.* 2004;39:270-8.
14. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale [Internet]. Conseil économique et social; 1987 [cité 2014 sept 6]. Available from: <http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Rapports/1987/Rapport-WRESINSKI.pdf>
15. Loisy C. Pauvreté, précarité, exclusion : définitions et concepts. Les travaux de l'observatoire. [Internet]. 2000 [cité 2014 sept 9]; Available from: http://onpes.gouv.fr/IMG/pdf/Travaux2000_1-1-pauvrete_prekarite_exclusions-Loisy-2.pdf
16. Collet M. Dynamiques de précarisation, modes d'adaptation identitaire et interactions avec les logiques de santé - 2ème partie - [Internet]. 2001 [cité 2014 sept 9]; Available from: <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ThesesMemoires/MemoireMColletPrecarisationTotal.pdf>
17. Association francophone pour les soins oncologiques de support. Prise en charge de la précarité chez les personnes atteintes de cancer [Internet]. 2012 [cité 2014 sept 6]; Available from: http://www.afsos.org/IMG/pdf/Prekarite_AFSOS.pdf
18. Pernet C, Delpierre C, Dejardin O, Grosclaude P, Launay L, Guittet L, et al. Construction of an adaptable European transnational ecological deprivation index: the French version. *J. Epidemiol. Community Health* 2012;66:982-9.
19. Sass C, Moulin JM, Guéguen R. 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. *Bull. Épidémiologique Hebd.* 2006;14:93-6.
20. Groupe de travail universitaire et professionnel. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ? [Internet]. 2014 [cité 2014 sept 6]; Available from: http://www.lecmg.fr/livreblanc/docs/140108_enregistrement_situation_sociale_dossier_mg_version3.0.pdf
21. Camberlein P. Le dispositif de l'action sociale et médico-sociale en France. Dunod. Paris: 2011.
22. Ordre National des Médecins. Code de déontologie médicale [Internet]. 2012 [cité 2014 sept 6]; Available from: <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
23. Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer. Dispositif d'annonce du cancer. Mesure 40 du plan cancer 2003-2007. [Internet]. 2003 [cité 2014 sept 6]; Available from: http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/2879-document-destine-aux-professionnels-de-sante

24. Haute Autorité de Santé. Annoncer une mauvaise nouvelle [Internet]. 2008 [cité 2014 sept 6]; Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisenouvelle_vf.pdf
25. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist* 2000;5:302-11.
26. DUMG Tours. Outil d'évaluation formative du DES de médecine générale 2013-2014. Compétences médecine générale (CNGE) [Internet]. 2013 [cité 2014 sept 10]; Available from: http://www.dumg-tours.fr/IMG/pdf/Port_folio_tours_2013-14.pdf
27. Collège National des Généralistes Enseignants. Les compétences à acquérir en médecine générale. [Internet]. [cité 2014 sept 9]; Available from: http://www.dumg-tours.fr/IMG/pdf/Port_folio_tours_2013-14.pdf
28. Percac-Lima S, Benner CS, Lui R, Aldrich LS, Oo SA, Regan N, et al. The impact of a culturally tailored patient navigator program on cervical cancer prevention in Latina women. *J. Womens Health* 2002 2013;22:426-31.

IX. ANNEXES

A. ANNEXE 1 : fiche de repérage fragilité sociale de l'institut national du cancer

1. L'âge du patient est égal ou supérieur à 75 ans
2. Le patient vit seul
3. Le patient a des personnes à charge (personnes âgées, handicapées)
4. Le patient ne vit pas chez lui¹
5. Le patient ne bénéficie pas de l'aide de son entourage en cas de besoin
6. Le patient n'a pas eu des contacts amicaux et/ou des activités de loisirs, sportives, culturelles ou associatives au cours des 12 derniers mois
7. Le patient n'a pas eu des contacts familiaux au cours des 6 derniers mois
8. Le patient rencontre des difficultés dans ses gestes de la vie quotidienne, y compris au travail
9. Le patient ne bénéficie pas d'une couverture maladie complémentaire ou d'une couverture prévoyance
10. Le patient n'exerce pas d'activité professionnelle (si le patient est retraité, passer directement à la question 12)
11. Son emploi n'est pas stable² (ne pas répondre en cas d'inactivité)
12. La situation financière de son foyer risque d'être déstabilisée par la maladie

Synthèse

Le patient présente un risque de fragilité sociale oui non

Le patient souhaite rencontrer une assistante sociale oui non

Si la réponse à ces 2 items est oui : **Signalement au service social**

Commentaires :
.....
.....
.....

¹ La notion de vivre chez soi s'oppose à celle de vivre chez un parent, un enfant une tierce personne ou dans une institution.

² Contrat à Durée Déterminée, temps partiel, intérim, ...

B. ANNEXE 2 : score Epices

N°	Questions	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4	Etes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5	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...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7	Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
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	-9,47	0
10	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin?	-9,47	0
11	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0
	constante	75,14	

Calcul du score : **Il faut impérativement que toutes les questions soient renseignées**
Chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

Exemple : Pour une personne qui a répondu oui aux questions 1, 2 et 3, et non aux autres questions
 $EPICES = 75,14 + 10,06 - 11,83 - 8,28 = 65,09$

C. ANNEXE 3 : extrait référentiel HAS 2008 – annonce d'une mauvaise nouvelle

Des questions permettant au professionnel de mieux aborder l'annonce

Questions à se poser avant la rencontre avec le patient :

Il est important pour le médecin qui doit annoncer une mauvaise nouvelle qu'il comprenne ses propres difficultés. Lorsqu'il prépare sa rencontre avec le patient quelques questions peuvent l'y aider.

Ai-je des difficultés à dire et pourquoi ?

- Quelles représentations, quelles expériences personnelles ai-je de cette maladie et de ses conséquences ?
- Quel rôle vais-je avoir dans la prise en charge du malade et quelles en sont les limites ?
- Que sais-je de la situation clinique du patient ?
- Que sais-je de la maladie et de son évolution naturelle (survenue de handicap, mise en place de traitements de plus en plus contraignants...) ?
- Que sais-je des options thérapeutiques, des prises en charge possibles et de leurs implications ?
- Que sais-je du rapport bénéfice-risque de chacune de ces prises en charge ?
- Quelle est la part d'incertitude du pronostic, de variabilité dans l'expression de la maladie ?
- Que puis-je prévoir de l'évolution de ce patient ?
- Qu'est-ce qui va changer dans la vie du patient ?
- Qu'est-ce qui sera probablement le plus difficile pour lui ?
- Quelle est la filière de prise en charge (structure d'accueil lorsque le handicap ou les difficultés surviennent) ?

Des informations à obtenir lors de la rencontre avec le patient :

Lors de la consultation, afin de pouvoir annoncer la mauvaise nouvelle de façon adaptée au patient, le professionnel va essayer d'obtenir des informations le concernant. Il doit les obtenir du patient lui-même.

- Ce que le patient attend de cette consultation.

- Les personnes qu'il a déjà rencontrées, l'information qu'il a déjà reçue, ce qu'il en a compris.
- Ce qu'il souhaite savoir, aujourd'hui.
- Les représentations qu'il a de cette maladie et de ses conséquences.
- Les expériences personnelles (famille, proches) qu'il a de cette maladie et de ses conséquences.

Le médecin a besoin de connaître l'environnement du patient pour pouvoir lui apporter une information personnalisée, il doit pouvoir identifier les situations susceptibles de le fragiliser et les possibilités de soutien :

- Sa situation familiale personnelle (enfant, personne à charge, isolé ou entouré).
- Les soutiens possibles.
- Sa situation matérielle, professionnelle, sociale.
- La représentation qu'a son compagnon / ses enfants / son entourage de la maladie.
- L'information qu'il souhaite que l'on donne aux proches, s'il préfère qu'on l'aide à informer ses proches.
- Les besoins ou les souhaits d'aide ou de soutien (psychologique, social) pour lui ou ses proches.

Quelques suggestions pour obtenir l'information :

- Poser des questions ouvertes, laisser au patient le temps de répondre, de questionner.
- Le pas à pas, respectueux des mécanismes d'adaptation de chacun.
- L'information est mise à disposition du patient, il prend ce qu'il veut, ou il reçoit ce qu'il peut.
- Le respect des réactions du patient, ses silences, l'expression de ses émotions.
- La vigilance constante quant à la compréhension (reformulation).

Questions à se poser en fin de consultation

En fin de consultation, il est utile de s'interroger :

- Ai-je laissé au patient la possibilité de poser toutes les questions ?
- Suis-je en mesure de savoir ce qu'il a compris ?
- Qu'a-t-il retenu de la consultation ?
- Et pour la prochaine consultation : que me reste-t-il à lui dire ?