



Alain Moreau¹, Julie Gilles de la Londe²,
Émilie Ferrat^{3,4,5}, Sophie Vallot^{3,4,5},
Vincent Renard^{3,4,5}, Isabelle Aubin-Auger^{2,5}

1. Collège universitaire de médecine générale, Université Claude-Bernard Lyon-1, EA 4148 S2HEP 8, avenue Rockefeller, 69373 Lyon Cedex 08.

2. Département de médecine générale, Université Paris-Diderot, 16, rue Henri-Huchard, 75018 Paris.

3. Département universitaire d'enseignement et de recherche en médecine générale, Université Paris-Est Créteil, France, 8, rue du Général-Sarrail, 94000 Créteil.

4. DHU A-TVb, IMRB, EA 7376 CEpiA (Clinical Epidemiology And Ageing), 8 rue du Général-Sarrail, 94000 Créteil.

5. Conseil scientifique du CNGE, 155, rue de Charonne, 75011 Paris.

alainmoreau0917@orange.fr
exercer 2019;152:167-74.

L'approche centrée sur le patient

À propos d'une situation clinique en médecine générale

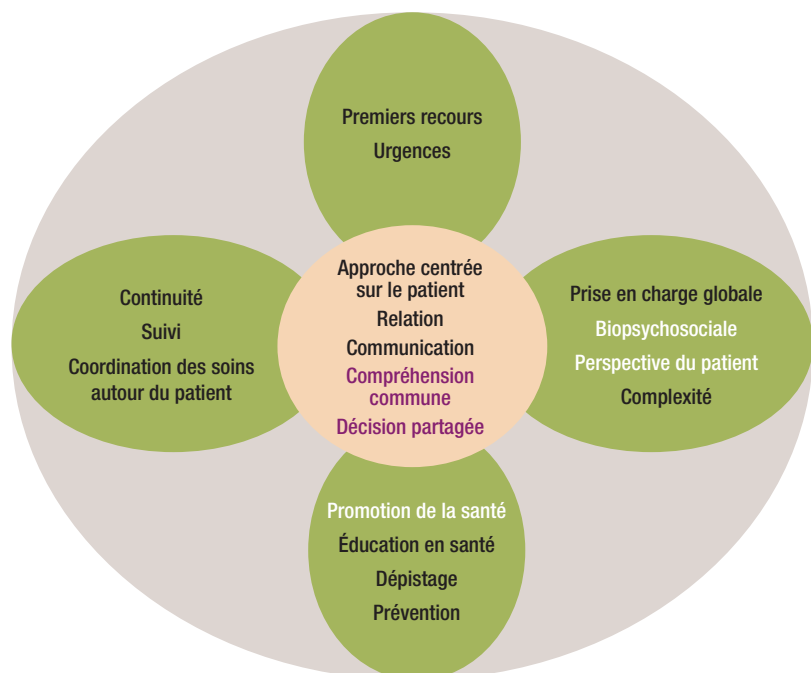
Patient centered care: a clinical situation in général practice

INTRODUCTION

L'approche centrée sur le patient (ACP) est une démarche clinique qui repose sur la rencontre entre les travaux initiaux de Balint (psychanalyse) et de Rogers (psychologie humaniste)^{1,2}. Son concept s'est affiné avec des auteurs canadiens et anglo-saxons comme Engel et son modèle biopsychosocial et surtout Stewart, qui a initié le modèle « *patient centered medicine* »³⁻⁵. L'Organisation mondiale de la médecine générale-médecine de famille

(World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians : WONCA) et de nombreuses sociétés savantes l'ont intégrée à leur référentiel. C'est une compétence générique transversale de la « *marguerite des compétences* » du Collège national des généralistes enseignants (CNGE)⁶. Elle en constitue l'élément central, que l'étudiant en diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale doit acquérir en interaction avec les cinq autres compétences⁷ (figure 1).

PROFESSIONNALISME RÉALISTE ET RÉFLEXIF



Liens et conflits d'intérêts : les auteurs ont déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article. Les liens d'intérêts éventuels de chacun des auteurs sont consultables en ligne sur www.transparence.gouv.fr.

Figure 1 - La marguerite des compétences du Collège national des généralistes enseignants



L'ACP est bien adaptée à la spécificité de la discipline médecine générale : elle permet de centrer la situation sur la personne plus que sur sa maladie en y intégrant une approche globale contextuelle biopsychosociale et en favorisant un « *diagnostic approfondi* » grâce à une écoute active de la personne^{1,2}. Cette démarche clinique a été élaborée pour contrebalancer les limites et insuffisances de la démarche biomédicale centrée sur la maladie, positiviste, réductionniste, fondée sur un raisonnement anatomoclinique et physiopathologique (sans nier les progrès accomplis grâce à elle par la médecine depuis deux siècles). Le patient ne peut en effet se réduire à une maladie. Il en a une expérience vécue sur laquelle il peut exercer un pouvoir décisionnel en délibérant avec son médecin.

Dans la dernière version du modèle théorisé par Stewart, le concept ACP comprend les quatre composantes suivantes :

- 1) explorer la maladie (« *disease* »), la santé et l'expérience de la maladie vécue par le patient (« *illness* ») à travers sa représentation de la maladie, son modèle explicatif, ses préoccupations, ses attentes et ses préférences ;
- 2) comprendre la personne dans sa globalité biopsychosociale, la dimension contextuelle (histoire actuelle et événements de vie passés, interaction avec l'environnement, dimension systémique et culturelle) ;
- 3) trouver un terrain d'entente avec le patient sur le problème, les solutions et le partage des responsabilités et des décisions ;
- 4) développer une relation thérapeutique médecin-patient délibérative pour construire une alliance thérapeutique. Faire preuve de réalisme et de réflexivité sur la relation transférentielle, s'adapter à chaque situation, tenir compte des limites et contraintes de chacun (gestion du temps)⁴.

L'objectif de cet article didactique est de partir d'une situation authentique et emblématique de consultation de médecine générale pour illustrer ces quatre composantes.

SITUATION CLINIQUE

M. Y., 40 ans, est représentant de commerce et parcourt environ 800 km par semaine en voiture pour vendre des appareils de climatisation. Il passe plusieurs jours de la semaine loin de son domicile. Il est marié et père de deux enfants (Pierre, 13 ans, et Marion, 11 ans) qui ne posent pas de problèmes particuliers. Son épouse, âgée de 39 ans, travaille dans une école maternelle comme agent territorial spécialisé d'école maternelle (ATSEM). Vous êtes le médecin traitant (Dr C.) de cette famille depuis deux ans. M. Y. n'a pas d'antécédent particulier si ce n'est une appendicite quand il avait 8 ans et une rhinite allergique tous les ans traitée par antihistaminique. Il ne fume pas, boit occasionnellement de l'alcool, bouge peu en dehors du travail et a un surpoids avec un indice de masse corporelle (IMC) à 27.

Il vient en consultation pour un mal de gorge avec une fébricule à 38,1 °C, des courbatures et céphalées. À l'examen, vous retrouvez une pharyngite et quelques adénopathies. Le reste de l'examen est normal, et le test de diagnostic rapide (TDR) est négatif.

M. Y. : « *Il faut me donner quelque chose de fort car j'ai une semaine chargée : je dois partir pour une foire-exposition pendant trois jours et ne peux pas m'absenter.* »

Dr C. : « *Vous avez une pharyngite d'origine virale qui ne devrait pas durer plus de quelques jours. Je vous propose du paracétamol pour calmer vos symptômes.* »

M. Y. : « *Non, non. Il faut me donner des antibiotiques : je sais que ça va traîner et il faut que je sois vite rétabli.* »

Dr C. : « *Les antibiotiques fonctionnent uniquement en cas d'angine bactérienne à streptocoque et ne sont pas efficaces vis-à-vis des virus.* »

M. Y. : « *Je sais, "les antibiotiques c'est pas automatique". Mais pour moi, je n'ai jamais pu guérir rapidement sans antibiotique.* »

Dr C. : « *Je comprends et en même temps je ne peux pas vous proposer des médicaments qui ne sont pas adaptés et*

peuvent avoir des inconvénients comme de la diarrhée. Ils peuvent aussi provoquer une sélection de mauvais germes ou une allergie. »

M. Y. : « *C'est aussi ce que me disait mon ancien médecin traitant. Mais je les supporte très bien. Une fois, il a essayé de ne pas me donner d'antibiotiques, ça a duré plus de dix jours. J'ai été obligé de revenir car je toussais et j'avais encore très mal. Il m'a donné des antibiotiques et ça a tout de suite guéri.* »

Que faire, à ce stade de la consultation, pour se mettre en disposition ACP ?

La relation médecin-patient se trouve dans une impasse : le médecin peut choisir de céder à la prescription, ce qui générera probablement chez lui un sentiment d'insatisfaction, car les antibiotiques ne sont pas adaptés ni recommandés d'un point de vue biomédical. Il peut aussi choisir de ne pas prescrire, ce qui générera chez le patient probablement ce même sentiment d'insatisfaction.

Que peut apporter l'ACP dans une telle situation ?

La première composante consiste à explorer à la fois la maladie et l'expérience de la maladie, le « *malaise* » vécu par le patient et sa perspective sur sa maladie et sa santé en tant que personne avec son expérience vécue, ses représentations, ses attentes, et ses préférences. L'objectif est d'écouter sans jugement de valeur et de comprendre le sens de la demande à travers la narration que le patient fait de son problème et les mots qu'il utilise (« *semaine chargée... ça va traîner... frapper fort* »). Elle permettra de mieux trouver un terrain d'entente par la suite et nourrir une relation empathique favorisant une meilleure écoute des explications scientifiques du médecin.

Avec M. Y., en mettant en pratique cette première composante, la consultation peut se poursuivre ainsi :

Dr C. : « *J'ai l'impression que vous pensez que les antibiotiques sont le traitement de l'angine. Quel est votre avis ?* »

M. Y. : « J'ai eu deux angines en deux ans. Mon ancien médecin traitant m'a dit qu'il fallait frapper fort avec des antibiotiques et en trois jours c'était terminé. »

Dr C. : « Je comprends mieux maintenant pourquoi vous tenez tant à ces antibiotiques. »

M. Y. : « C'est le seul traitement qui marche chez moi. »

Dr C. : « Est-ce que je peux vous en dire un peu plus sur le fonctionnement des antibiotiques ? »

M. Y. : « Bon allez-y. »

Dr C. : « Saviez-vous que les antibiotiques semblent réduire les symptômes de seulement vingt-quatre heures au maximum en cas d'angine bactérienne ? »

M. Y. : « Ah non, je pensais que cela permettait d'enrayer rapidement la maladie. »

Dr C. : « Les antibiotiques sont des médicaments formidables, mais il faut les manier avec précaution pour ne pas créer de résistance chez les bactéries les plus costaudes. Quand on a découvert la pénicilline, une seule piqûre suffisait pour lutter contre la méningite. À force de l'utiliser, elle n'est plus efficace dans cette situation. Ces antibiotiques fonctionnent encore dans les angines bactériennes. Pour vous, on voit que vous avez une pharyngite non bactérienne car le TDR est négatif. »

M. Y. : « Mais pourquoi ça marche chez moi ? »

Dr C. : « Une pharyngite peut guérir entre trois et dix jours. Vous avez fait l'expérience d'une guérison le lendemain de la prise d'antibiotiques, mais cela correspond souvent à l'évolution naturelle de la maladie. Il est normal de faire le lien entre la prise du médicament et votre expérience de la guérison. Il est même possible que la croyance dans l'efficacité du médicament ait pu agir comme effet placebo et faciliter la guérison. »

M. Y. : « Vous avez raison, car ma femme, elle croit en l'homéopathie et elle guérit ses angines en trois jours. Elle m'a plusieurs fois donné ces granules mais moi ça ne me fait rien. J'y crois pas à ces granules. »

Dans cette séquence, le médecin opère un début de déconstruction de la croyance dans son aspect magique

en donnant sens à la tendance normale de chaque être humain à créer des liens explicatifs entre deux réalités qui n'en ont pas forcément. Il apporte une deuxième explication possible, l'effet placebo, que semble valider le patient.

La deuxième composante consiste à essayer de comprendre la personne dans sa globalité biopsychosociale et la dimension contextuelle (l'histoire de vie actuelle et les événements de vie passés, l'interaction avec son environnement). Sur le plan professionnel, M. Y. est très actif, consciencieux, motivé pour son travail, avec de nombreux déplacements en voiture. Son médecin peut montrer de façon très simple qu'il a pris en compte cette dimension chez ce patient en reformulant ce qu'il a écouté sur le contexte de vie. Il n'insistera pas forcément, pour optimiser son temps de consultation mais aura besoin, dans le cadre de la continuité des soins, de se faire une idée plus approfondie sur sa vie de couple et familiale, ses habitudes de vie, son sommeil...

Dr C. : « Je sais bien que vous avez besoin d'être en forme le plus rapidement possible pour pouvoir participer à cette foire-exposition. »

M. Y. : « Vous avez raison, docteur, ces expos c'est toujours épuisant. »

La troisième composante consiste à essayer de trouver un terrain commun (*common ground*) pour atteindre une compréhension mutuelle sur la définition des problèmes, l'établissement des buts et priorités de traitement et l'identification des rôles de chacun. Le but est un processus décisionnel délibératif. Le processus de partage de la décision tient compte de l'expertise scientifique du médecin et de l'expertise liée à l'expérience vécue du patient (et à ses préférences) qui est le mieux à même de parler de sa perspective sur sa problématique de santé.

Dr C. : « Je crois que vous m'avez permis de mieux comprendre pourquoi les antibiotiques sont importants pour vous. Maintenant que l'on en a bien discuté, comment voyez-vous les choses ? »

M. Y. : « Je ne sais plus trop. Pour moi, ce qui compte c'est d'être sur pied le plus vite possible. »

Dr C. : « Nous allons voir ensemble ce que je peux vous prescrire pour soulager vos symptômes les plus gênants et faire en sorte que vous soyez le plus confortable. Quel symptôme vous gêne le plus parmi ceux que vous m'avez décrits ? »

M. Y. : « Clairement la douleur en avalant ma salive. »

Dr C. : « Qu'est-ce qui calme habituellement cette douleur à part les antibiotiques ? »

M. Y. : « Un peu de miel me soulage, mais c'est trop sucré, j'ai peur de prendre du poids. »

Dr C. : « C'est un moyen simple et pratique qui n'a pas d'inconvénient sur une période courte. Avez-vous essayé de prendre un comprimé contre les douleurs ? »

M. Y. : « Non, je n'en avais pas. »

Dr C. : « Dans ce cas, je vous propose de commencer par prendre du paracétamol à dose très efficace, c'est-à-dire un comprimé de 1 g, matin, midi et soir, et de me donner de vos nouvelles dans 72h. Qu'en pensez-vous ? »

M. Y. : « Bon, on essaie, mais si cela ne va pas, vous me les prescrivez, docteur, les antibiotiques ? »

Dr C. : « Si cela ne va pas mieux après votre foire-exposition, on peut bien sûr refaire le point. »

Dans cette séquence, le médecin a compris et validé de manière empathique les raisons de la croyance de son patient. Il a renforcé la quatrième composante de l'ACP, une relation et une alliance thérapeutique avec celui-ci en lui permettant d'exprimer sa perspective, son point de vue et son expérience vécue par la narration. Mais pour ce faire, le médecin doit avoir une vision réaliste de la situation, dans la gestion du temps, un esprit de compromis et de négociation tout en restant bien sûr dans un cadre éthique et thérapeutique. Cette relation favorise la guérison du patient par des capacités et attitudes thérapeutiques qu'on appelle « remède médecin » par référence à Balint : l'écoute active empathique, la relation d'aide



Dr C. : « Puis-je vous en dire plus sur le fonctionnement des antibiotiques ? »	Le médecin demande l'autorisation de délivrer du contenu de connaissances.
– Oui, allez-y !	Le patient l'autorise.
– Ils ne réduisent pas la durée des symptômes et l'effet placebo peut aider à guérir.	Le médecin partage son expertise, encouragé par le patient qui sera plus à l'écoute du contenu.
– Vous avez raison, car c'est ce qui se passe pour ma femme.	Le patient donne son ressenti vis-à-vis de l'explication du médecin : il adhère.
Dr C. : « Je sais que vous avez besoin d'être en forme pour vos expositions. »	1) Le médecin fait un reflet au patient, lui montre qu'il a compris sa situation. 2) Il prend en compte la globalité de sa situation en se décentrant du problème biomédical. 3) Il montre de l'empathie pour son activité professionnelle qui est fatigante.
Dr C. : « Je crois que vous m'avez permis de mieux comprendre pourquoi les antibiotiques sont importants pour vous. Maintenant que l'on en a bien discuté, comment voyez-vous les choses ? »	Le médecin remercie le patient. Il lui montre là qu'il ne peut pas agir seul mais a besoin du patient. Il crée un partenariat avec lui. « Vous avez besoin de moi pour votre problème de santé, mais j'ai besoin de vous pour savoir quoi faire et quoi vous proposer. »
Dr C. : « Nous allons voir ensemble ce que je peux vous prescrire pour vous soulager. »	Le médecin confirme qu'un partenariat entre lui et le patient est nécessaire.
Dr C. : « Quel symptôme vous gêne le plus ? »	Le médecin se met dans la perspective du patient. Il s'appuie sur son vécu de la maladie (<i>illness</i>) plus que la maladie en elle-même (<i>disease</i>).
Dr C. : « Avez-vous essayé de prendre un comprimé contre les douleurs ? »	Le médecin s'intéresse au comportement du patient (prise de médicaments) avant de faire une proposition afin que celle-ci soit personnalisée et non pas standardisée.
Dr C. : « Dans ce cas je vous propose de commencer par prendre du paracétamol [...]. Qu'en pensez-vous ? »	Le médecin fait une proposition et vérifie par une boucle de communication l'effet qu'elle a sur le patient.
Dr C. : « J'ai l'impression que vous pensez que les antibiotiques sont le traitement de l'angine. Comment vous l'expliquez ? »	Le médecin pose une question ouverte, qui permet au patient d'exprimer sa perspective.
M. Y. : « Bon, on essaie, mais si cela ne va pas, vous me les prescrivez, docteur, les antibiotiques ? »	Le médecin répond positivement à la demande de réassurance du patient. Il se montre disponible et ouvert pour en reparler.
Dr C. : « Si cela ne va pas mieux après votre foire-exposition, on peut bien sûr refaire le point. »	

Tableau 1 - Habiletés communicationnelles

qui donne confiance, réassurance et motivation, la manière de faire parler les émotions pour libérer le cerveau cognitif, les conseils appropriés... Dans cette situation clinique, par son travail d'écoute et d'explication, le médecin a permis une ouverture réflexive sur la rationalité des résistances aux antibiotiques. Il a valorisé des initiatives d'autogestion, comme la prise de miel, en rassurant le patient sur sa peur de grossir. Cette alliance thérapeutique et cette compréhension partagée vont renforcer positivement la confiance mutuelle et favoriser la construction d'un terrain d'entente entre patient et médecin permettant à chacun d'entrer dans un processus de décision partagée.

ANALYSE DE LA SITUATION CLINIQUE AU REGARD DES PRINCIPES DE L'ACP

Cette situation clinique prévalente en médecine générale est à fort risque de prescription d'antibiotiques telle que décrite dans l'étude PAAIR (prescription ambulatoire des antibiotiques dans les infections respiratoires)⁸. L'étude PAAIR proposait des stratégies de non-prescription d'antibiotiques tout à fait utilisables dans le cadre d'une ACP et qui permettent de réduire de façon pérenne la prescription d'antibiotiques dans les infections respiratoires⁹. D'un côté, le médecin ne peut décemment pas donner des antibiotiques alors qu'ils

ne sont pas recommandés dans le cadre d'une bonne pratique clinique basée sur les données actuelles de la science. De l'autre côté, le patient a une expérience vécue de maux de gorge qu'il perçoit pouvoir être soulagés uniquement par des antibiotiques et il y croit très fortement. Si chacun reste fixé sur sa propre position, la situation est bloquée.

Le médecin peut rester dans une perspective strictement « scientifique » et/ou une posture paternaliste (« Je sais ce qui est bon pour lui et il doit se conformer aux preuves scientifiques qui font autorité »). Le patient pourra faire un effort en obtempérant à contrecœur, mais avec des effets secondaires possibles. Il pourra

aussi choisir d'aller voir un autre médecin dans l'espoir qu'il acceptera de lui prescrire les antibiotiques dans une perspective autonomiste/informative/consumériste (« *je suis informé, je décide par moi-même* »).

L'objectif de l'ACP est de dégager un terrain d'entente et une compréhension commune qui est un objectif essentiel de la démarche clinique¹⁰. Celle-ci est la plus délibérative possible pour permettre à chacun d'entrer dans un processus de décision partagée en se situant entre les modèles paternaliste et informatif¹¹. Le processus de partage de la décision tient compte de l'expertise scientifique du médecin et de l'expertise liée à l'expérience vécue du patient qui est le mieux à même de parler de sa perspective sur sa problématique de santé, ses représentations et ses préférences. Certains patients valorisent une relation paternaliste (« *C'est vous le docteur, faites ce que vous feriez pour votre famille* ») leur permettant de s'en remettre à la rassurante décision d'un expert¹². Dans le modèle de l'ACP décrit par Stewart, la décision partagée fait partie de cette troisième composante. Une revue de littérature a montré que la décision partagée améliorait les résultats cognitivo-émotionnels et notamment la satisfaction du patient¹³.

La quatrième composante propose de développer une relation et une communication adaptée pour créer une alliance thérapeutique par une posture d'écoute active de la perspective du patient, et une attitude empathique favorisant un climat de confiance. C'est le cœur de cette méthode clinique qui permet d'articuler les trois autres composantes et donne du sens et de la cohérence à cette démarche. L'échange entre le patient et le médecin se fait sous la forme d'une narration sur un mode interactif conversationnel. Chacun se raconte son monde (savoir profane vs savoir médical en coconstruction) dans un langage analogique métaphorique clair et compréhensible¹⁴. Cette « conversation » nécessite cependant de la part du médecin des habiletés

communicationnelles (**tableau 1**), une attitude empathique et une réflexion éthique.

L'ACP implique à la fois un raisonnement clinique contextualisé d'approche globale biopsychosociale mais aussi la gestion des résonances affectives. Sentir de l'agacement et une dose d'agressivité vis-à-vis d'un patient « *résistant et opposant* » est normal, mais comprendre son ressenti de professionnel comme un moyen de défense permet une distance thérapeutique favorable au soin¹⁵.

Cette approche globale centrée sur le patient s'intègre très bien dans la compétence du clinicien (cognitive, gestuelle, communicative) à l'ère de la médecine fondée sur les preuves (EBM)¹⁶. Cette compétence englobe la connaissance des données actuelles de la science, le raisonnement clinique biomédical et l'écoute compréhensive du contexte psychosocial et des perspectives du patient (que l'on peut résumer par l'acronyme « *VRAI* » ; **tableau 2**). Elle permet d'optimiser « l'effet médecin », et donc l'efficacité thérapeutique en articulant approche objective et approche subjective¹⁷.

Quelles données scientifiques pour une utilisation plus large de l'ACP ? Une recherche documentaire dans *PubMed* utilisant le mot clé « *patient centered care* » recueille plus de 19 000 citations d'articles indexés. De nombreuses données permettent de conclure que ce modèle relationnel améliore les critères cliniques qualitatifs comme la satisfaction du patient mais aussi celle du professionnel

de santé, sans pour autant allonger la durée de la consultation¹⁸⁻²⁰. Elle permet au patient de ressentir une confiance accrue envers son médecin²¹. En étant entendu dans ses besoins propres, le patient bénéficie de soins plus efficaces lorsque cette approche est utilisée par son médecin²². L'efficacité thérapeutique des capacités relationnelles et communicationnelles a pu faire l'objet d'essais cliniques randomisés (ECR) sur des critères cliniques objectifs. Parmi les capacités efficaces, on retrouve les attitudes et capacités à être empathique, la prise en compte des attentes et des représentations du patient : conseiller, expliquer positivement, rassurer et encourager à des changements¹⁷. Des ECR ont montré que des interventions cognitives et cognitivo-émotionnelles dans une interaction médecin-patient sont susceptibles d'influer sur l'état de santé²³. Une étude transversale a corrélé positivement les taux d'HbA1c et de LDL-cholestérol avec le degré d'empathie des médecins généralistes évalué par un score avec une échelle validée (*Jefferson Scale of Empathy*)²⁴. D'après le modèle psychosocial de Street, la satisfaction induit la confiance dans le praticien et pourrait augmenter l'adhésion au traitement et donc éventuellement l'état de santé du patient²⁵. Les interventions qui étaient efficaces incluaient du matériel éducatif. En 2012, une revue *Cochrane* concluait à l'existence de preuves limitées et contradictoires sur les effets des interventions promouvant l'ACP sur les

Perspective « VRAI »	M. Y.
Expérience Vécu	Guérison en 3 j avec prise d'antibiotiques alors que ça traîne 10 j sans
Représentation, croyances	Antibiotiques : un traitement fort et efficace (conviction aussi de l'ancien médecin traitant)
Attente, besoin, demandes	Attentes et demandes d'antibiotiques
Ce qui est Important, les préférences, les priorités, ce qui a du sens	Guérir vite pour le travail « <i>Pourquoi ça marche sur moi ?</i> »

Tableau 2 - La perspective « **VRAI** » du patient



APPROCHE CALGARY-CAMBRIDGE DE L'ENTREVUE MÉDICALE

TÂCHES À ACCOMPLIR



Figure 2 - Démarche Calgary-Cambridge

Source : Traduit et adapté de Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Academic Medicine* 2003;78:802-9.

Milette B, Lussier MT, Goudreau J. *Pédagogie Médicale* 2004;5: 110-26.

Richard C, Lussier MT, Kurtz S. Une présentation et adaptation de l'approche Calgary-Cambridge in Richard C et Lussier MT (2016). *La communication professionnelle en santé* (2^e ed.). Édition du renouveau pédagogique (ERPI Groupe Pearson), Montréal, 828 pages.

comportements de soin des patients ou sur leur état de santé²⁶. La satisfaction semblait augmentée grâce à l'ACP.

Du côté du médecin, l'acquisition de la compétence ACP est appropriée et motivante en médecine générale. Non seulement elle est utilisable dans la plupart des situations mais elle remet au centre l'individualité du patient, rendant toutes les consul-

tations différentes même si le motif est le même. Cette approche peut s'utiliser à plusieurs moments de la consultation, en particulier en début de consultation quand le patient et le médecin mettent en commun leurs agendas de consultation respectifs.

L'ACP n'est pas une panacée²⁷. Dans des situations d'urgence, par exemple, l'expertise médicale est centrale alors que l'ACP se prête plus

à des situations de dépistage ou de maladie chronique où l'intervention est d'autant plus efficace qu'elle s'inscrit dans la perspective du patient. Par exemple, dans le dépistage du cancer colorectal, l'intervention du médecin est d'autant plus efficace que les informations qu'il donne s'inscrivent dans la perspective du patient en utilisant son canal de communication et en s'adaptant à son niveau de

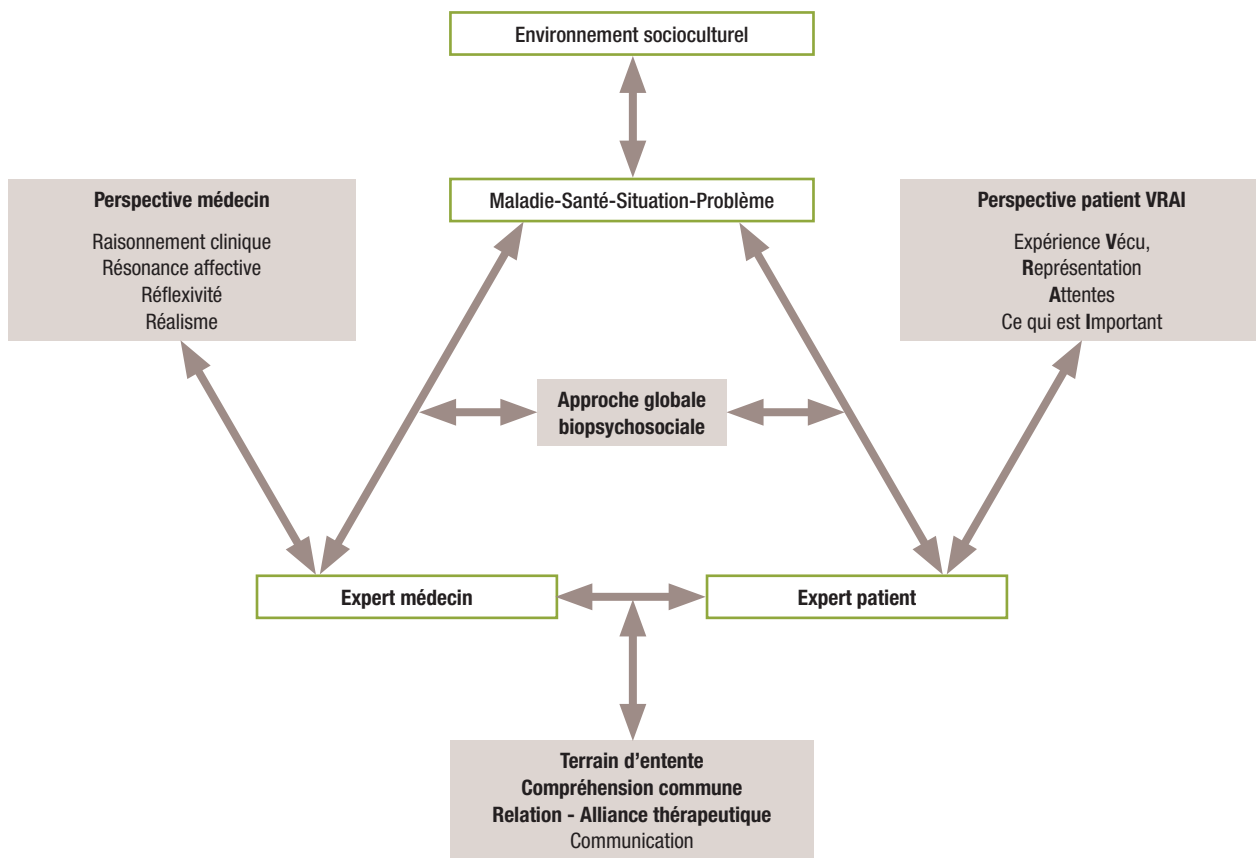


Figure 3 - La démarche clinique ACP

littératie²⁸. Cette approche est également adaptée à des pathologies chroniques, dans le cadre de l'éducation thérapeutique par exemple, et peut permettre aux patients de mieux prendre soin d'eux-mêmes²⁹. Elle peut aussi se partager dans une dynamique collaborative interprofessionnelle centrée sur le patient. Un nouveau modèle, « *patient centered medical home* » (PCMH), est en train d'émerger. Il comprend des soins tout-venant centrés sur le patient dans le cadre d'une prise en charge en équipe multidisciplinaire de soins premiers ou secondaires, médicaux et paramédicaux, soins coordonnés, communautaires et accessibles, avec des moyens de communication électronique interconnectée et des objectifs de qualité et de sécurité. Une revue de littérature a réuni 19 études

(9 ECR et 10 cohortes observationnels) portant sur ce modèle. Elle a retrouvé un effet positif modeste sur l'expérience vécue des patients, une amélioration faible à modérée du travail en équipe, un effet positif faible à modéré sur la délivrance de soins préventifs, une réduction de recours aux urgences (RR = 0,81 ; IC95 = 0,67-0,98) mais pas aux hospitalisations³⁰. En revanche, très peu d'études ont évalué le modèle PCMH sur des critères cliniques.

Au-delà de l'implication en routine auprès des patients, il existe un enjeu de formation auprès des futurs professionnels de santé. Elle est intégrée dans l'approche Calgary-Cambridge, de plus en plus utilisée dans les formations tant initiales que continues dans une approche par compétences (figure 2).

CONCLUSION

Cette ACP peut être considérée comme une démarche clinique relationnelle ayant comme objectif de mettre deux experts (médecin expert de la maladie et patient expert de l'expérience vécue de la maladie) en alliance thérapeutique (figure 3). La perspective biopsychosociale du médecin interagit avec la narration de la perspective « expérientielle VRAI » du patient. L'objectif est de trouver un terrain commun pour mieux partager les décisions dans le cadre d'une relation thérapeutique complexe faite d'expériences vécues, de communication cognitivo-émotionnelle entre deux personnalités, patient et médecin, avec des résonances affectives, des défenses et ambivalences qu'il faudra apprendre à réfléchir et



à gérer. Cette démarche clinique est également une méthode clinique qui permet au médecin d'assurer en pratique médicale courante son rôle de thérapeute et sa fonction soignante dans toutes ses dimensions : le soin

qui guérit la maladie (« *curing* »), qui porte attention à sa santé (« *caring* ») ou qui apaise (« *healing* »). La diffusion du modèle ACP peut être un moyen utile à l'acquisition de la compétence ACP. Elle donne du sens à sa position

centrale dans la marguerite des compétences du CNGE. Étant donné son importance en pratique, elle constitue un vaste terrain de recherche clinique dans lequel les médecins généralistes doivent s'engager. ◆

Résumé

L'approche centrée sur le patient (ACP) est une compétence générique centrale dans le modèle des compétences du CNGE dit de la marguerite. Elle a fait l'objet d'un travail conceptuel international principalement canadien qu'il est intéressant de s'approprier pour savoir de quoi on parle quand on l'utilise en pratique. À partir d'une situation clinique concrète de médecine générale, cet article se veut une approche didactique pour comprendre le sens de cette démarche clinique dans sa dynamique diagnostique et thérapeutique.

→ **Mots-clés** : approche centrée sur le patient ; décision médicale partagée ; perspective patient ; approche biopsychosociale ; relation thérapeutique.

Summary

Patient centred care is a central general competence in the french model of competencies developed by the french college of general practitioner teacher. This concept was worked by chiefly Canadians authors and it's interesting to know it for the use in general practice. From a concrete clinical situation, this paper intends to do a didactical approach to understand the meaning of this clinical method in a diagnostic and therapeutic process.

→ **Keywords**: patient centered care; shared decision making; perspective patient; biopsychosocial approach; therapeutic relationship.

Références

1. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1973.
2. Rogers C. Psychothérapie et relations humaines. Théorie de la thérapie centrée sur la personne. Issy-les-Moulineaux : ESF, 2009.
3. Engel G. From biomedical to biopsychosocial. being scientific in the human domain. Psychosomatics 1997;38:521-8.
4. Stewart M, Brown J, Weston W, et al. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. 3rd ed. Oxon : Radcliff medical press, 2014.
5. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. Soc Sci Med 2000;51:1087-110.
6. Compagnon L, Bail P, Huez JF, et al. Définitions et description des compétences en médecine générale. exercer 2013;24:148-55.
7. Perdrix C, Pigache C, Dupraz C, et al. Approche centrée patient et marguerite des compétences : une interaction à mettre en place et à évaluer. exercer 2016;124:132-7.
8. Attali C, Amade-Escot C, Ghadi V, et al. Infections respiratoires présumées virales. Comment prescrire moins d'antibiotiques ? Résultats de l'étude PAAIR. La revue du praticien médecine générale 2003;17:155-60.
9. Ferrat E, Le Breton J, Guéry E, et al. Effects 4.5 years after an interactive GP educational seminar on antibiotic therapy for respiratory tract infections: a randomized controlled trial. Fam Pract 2016;33:192-9.
10. Stewart M, Brown JB, Donner A, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. J Fam Pract 2000;49:796-804.
11. Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. Soc Sci Med 1999;49:651-61.
12. Moreau A, Carol L, Dedianne MC, et al. What perceptions do patients have of decision making (DM) ? Toward an integrative patient-centered care model. A qualitative study by focus group interviews. Patient Educ Couns 2012;87:206-11.
13. Shay LA, Lafata JE. Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. Med Decis Mak 2015;35:114-31.
14. Good Byron. Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité et vécu. Le Plessis-Robinson : institut Synthélabo, 1998.
15. Baarts C, Tulinius C, Reventlow S. Reflexivity: a strategy for a patient-centred approach in general practice. Fam Pract 2000;17:430-4.
16. Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. ACP J Club 2002;136:A11-4.
17. Moreau A, Bousageon R, Girier P, et al. Efficacité thérapeutique de « l'effet médecin » en soins primaires. Presse Med 2006;35:967-73.
18. Mead N, Bower P. Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. Patient Educ Couns 2002;48:51-61.
19. Venetis MK, Robinson JD, Turkiewicz KL, et al. An evidence base for patient-centered cancer care: A meta-analysis of studies of observed communication between cancer specialists and their patients. Patient Educ Couns 2009;77:379-83.
20. Marvel M, Epstein R, Flowers K, et al. Soliciting the patient's agenda: have we improved? JAMA 1999;281:283-7.
21. Saha S, Beach MC. The impact of patient-centered communication on patients' decision making and evaluations of physicians: a randomized study using video vignettes. Patient Educ Couns 2011;84:386-92.
22. Stewart M, Ryan BL, Bodea C. Is patient-centred care associated with lower diagnostic costs? Healthc Policy 2011;6:27-31.
23. Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, et al. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. Lancet 2001;357:757-62.
24. Hojat M, Louis D, Markham F, et al. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. Acad Med 2011;86:359-64.
25. Street RL, Makoul G, Arora NK, et al. How does communication heal ? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. Patient Educ Couns 2009;74:295-301.
26. Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. Cochrane Database Syst Rev 2012;12:CD003267.
27. Lussier MT, Richard C. Because one shoe doesn't fit all: a repertoire of doctor-patient relationships. Can Fam Physician 2008;54:1096-9.
28. Aubin-Auger I, Laouénan C, Le Bel J, et al. Efficacy of communication skills training on colorectal cancer screening by GPs: a cluster randomised controlled trial. Eur J Cancer Care 2016;25:18-26.
29. Moreau A, Kellou N, Supper I, et al. L'approche centrée patient : un concept adapté à la prise en charge éducative du patient diabétique de type 2. exercer 2013;110:268-77.
30. Jackson G, Powers B, Chatterjee R, et al. The patient-centered medical home: a systematic review. Ann Intern Med 2013;158:169-78.