

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2017

N° 065

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de Médecine Générale

Par

Alexis DROUGARD

Né le 20/10/1986 à Vitry Sur Seine

Présentée et soutenue publiquement le 30 mai 2017

Usage de la notion d'approche centrée patient dans la communauté de médecine générale.

Revue systématique de la littérature de 2004 à 2016.

Président du jury :

Monsieur le Professeur POTTIER Pierre

Directeurs de thèse :

Monsieur le Professeur CANEVET Jean-Paul

Madame le Docteur JOURDAIN Maud

Membres du jury :

Monsieur le Docteur NIZARD Julien

Madame le Docteur PITARD Chantal

Remerciements

Merci Professeur Pierre Pottier d'avoir accepté de présider ce jury.

Merci Professeur Jean-Paul Canévet et Docteur Maud Jourdain de m'avoir suggéré ce thème. Votre accompagnement m'a aidé à rester dans le cadre de ce sujet vaste, riche et source de dérives. J'espère que nous aurons l'occasion de continuer à travailler ensemble !

Merci Docteur Julien Nizard, vous avez profondément marqué ma personnalité et mon approche de médecin lors du stage d'externat dans votre service. Merci aussi d'avoir accepté de participer à ce jury pour juger de mon travail.

Merci Chantal d'avoir accepté de participer à ce jury. Merci aussi de partager toutes nos anecdotes médicales que peu peuvent comprendre ! Merci de ta présence et de ton investissement dans la famille, dans ma famille !

Merci aux membres du DMG de Nantes pour leur investissement et leur intérêt pour mon travail. Je suis très heureux de travailler à vos côtés, d'autant plus pour mieux former les futurs médecins à cette approche !! Merci aussi Docteur Laurent Brutus pour ton partage autour des maisons de santé.

Merci Docteur Daniel Coutant pour ton aide sur ce travail et ses rencontres associatives enrichissantes.

Merci Tanguy Babeau pour tes conseils et ton orientation en matière de revue de littérature.

Merci à la Sociologue Hélène Leconte avec laquelle j'ai pu échanger autour de ce concept d'approche centrée patient.

Merci à tous les auteurs qui ont partagé confraternellement leurs articles.

Merci Papa et Maman, pour tous ces moments passés et à venir, pour votre éducation, vos encouragements à faire ce que nous souhaitons, pour votre soutien à tous niveaux notamment pendant la première année et cette longue formation ! Merci pour votre rôle de Papi et Mamie, et surtout merci pour votre amour ! Ça y est, Maman, je vais enfin être aussi diplômé que toi !

Merci Alice, François, Léa, Mickaël et Emma d'être mes frères et sœurs ! Merci – mais c'est bien normal – de rire à mon humour « médical » parfois décapant (ou lourd ?), et pour tous ces souvenirs passés et futurs !

Merci Nathalie et Alain de m'avoir accepté dans votre famille, de votre générosité, de vos encouragements, de vos valeurs et surtout, surtout : d'avoir fait une fille parfaite pour moi !

Merci Amélie et Maxime de faire partie de ma famille, de votre investissement auprès de mes enfants, de toutes vos attentions et de tous ce bon temps passé ensemble !

Merci futur Docteur Yoh pour ton amitié inconditionnelle depuis 20 ans, pour ta vision de la science et de l'avenir, pour ton ambition, pour tes hobbies et ta confiance !

Merci David pour ton amitié et de m'avoir permis de découvrir SOS médecins.

Merci à toutes les Têtes de Mickey pour votre amitié depuis tant d'années maintenant et pour votre courage à affronter toutes les épreuves de la vie ! Je souhaite que nos partages se poursuivent pour toute la vie !

Merci Sandrine, Gaétan, Charlotte, Karim pour votre amitié et votre investissement auprès de mes enfants !

Merci les Spices et leurs conjoints (non moins démeritants !) pour votre amitié et ces projets que nous avons ensemble. C'est toujours un plaisir de vous voir et de vous raconter quelques histoires de médecin (pensez à m'arrêter !) !

Elise, je ne pourrai jamais te remercier assez de ton Amour, de ton soutien sans faille, de ton influence profondément humaine, de tes valeurs, de ta force de vie, de me rendre heureux...Tu es une vraie femme, aussi celle de ma vie. Merci du cadeau inestimable d'avoir fondé ensemble une famille à nous ! J'espère beaucoup que ta carrière professionnelle sera aussi épanouissante que la mienne.

Robin, Elio, Louise et Zoé, mes enfants, merci d'être tellement innocents, insoucians, entiers... Sans le savoir vous m'avez bien aidé à devenir un docteur ! Vous êtes mon avenir et mon bonheur ! Je souhaite le meilleur pour vous !

Merci à tous ceux qui, de près ou de loin, ont participé à ma formation médicale.

Liste des sigles et abréviations employés :

ACP : approche centrée patient

ATCD : Antécédents

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CSP : Catégorie Socio-Professionnelle

DMG : Département de Médecine Générale

EBM : Evidence Based Medicine

GPAQ : General Practice Assessment Questionnaire

HBA1C : hémoglobine glyquée

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

MeSH: Medical Subject Headings

MG: Médecin Généraliste

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelles

MSU : Maître de Stage Universitaire

MT: Médecin Traitant

NBM: Narrative Based Medicine

PCMH: Patient-Centered Medical Home

RHD: Règles Hygiéno-diététiques

SFMG : Société Française de Médecine Générale

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of general practitioners

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION	7
1.1	Contexte	7
1.2	Quelques définitions.....	10
1.2.1	Concepts en lien direct avec la discipline de médecine générale.....	10
1.2.2	Des concepts hors limites du champ de la médecine générale.....	18
1.3	Objectif	20
2	MATERIEL ET METHODE.....	21
2.1	Méthodes.....	21
2.1.1	Critères d'éligibilité, sources d'informations et protocole de recherche	21
2.1.2	Extraction des données	22
2.2	Mots clés.....	24
2.2.1	Le Medical Subject Headings : MeSH	24
2.2.2	Approche centrée sur le patient, patient-centered care.....	25
2.2.3	Médecine personnalisée, personalized medicine.....	26
2.2.4	Médecine narrative, narration.....	28
2.2.5	Médecin généraliste et médecine générale.....	28
2.3	Supervision des recherches	29
3	RESULTATS	30
3.1	Recherches par sources.....	30
3.1.1	Recherches sur PubMed.....	30
3.1.2	Recherches sur Google Scholar	33
3.1.3	Recherches sur Doc'CISMeF.....	34
3.1.4	Recherches sur Opengrey	35
3.1.5	Recherches sur Cochrane	36
3.1.6	Recherches sur Cairn.....	38
3.1.7	Recherches sur Francis, Pascal.....	39
3.1.8	Recherches sur Sudoc	40
3.1.9	Recherches sur Isidore	41
3.1.10	Recherches sur le site de la SFMG et du CNGE	42
3.1.11	Recherches sur les revues françaises de médecine générale	43
3.2	Classification thématique des articles	46
3.2.1	Recherches sur PubMed.....	46
3.2.2	Recherches sur Google Scholar	49
3.2.3	Recherches sur Doc'CISMeF	50
3.2.4	Recherches sur le Sudoc.....	51
3.2.5	Recherches sur Opengrey	52

3.2.6	Recherches sur Cochrane français	53
3.2.7	Recherches sur Cairn et Isidore.....	53
3.2.8	Recherches sur Francis, Pascal	54
3.2.9	Recherches sur le site de la SFMG et du CNGE	54
3.2.10	Recherches sur les revues françaises de médecine générale	55
3.3	Complément de recherche	56
3.3.1	Maisons de santé pluriprofessionnelles.....	56
3.3.2	Modèles d'amélioration des pratiques	58
3.4	Analyse du contenu	59
3.4.1	Analyse des tableaux de recherche.....	59
3.4.2	Usage de l'ACP et preuves de son utilité.	62
3.4.3	L'abord de la subjectivité	77
3.4.4	Médecine Narrative.....	78
4	DISCUSSION.....	79
4.1	Synthèse des niveaux de preuves.....	79
4.2	Usage de l'ACP.....	79
4.2.1	Les résultats principaux.....	79
4.2.2	L'organisation de la médecine avec l'ACP et maisons de santé pluriprofessionnelles.....	82
4.2.3	Perspective éthique.....	84
4.2.4	Avenir de l'ACP	85
4.3	Biais et obstacles	87
4.3.1	Le biais de sélection	87
4.3.2	Les limites des mots clés et des moteurs de recherche.....	87
4.3.3	Concernant les auteurs	88
4.4	Autres modèles de pratiques	89
4.4.1	La décision médicale partagée	89
4.4.2	La compétence culturelle	90
4.4.3	L'approche réflexive	90
4.4.4	La rationalité communicative.....	91
4.4.5	L'approche positive	91
4.4.6	La médecine 4P (cf. 1.1.2)	91
4.4.7	L'approche centrée sur la relation	92
4.4.8	Modèle du patient-partenaire	92
4.4.9	La médecine exhaustive	93
4.4.10	Limites potentielles	94
4.4.11	L'approche négociée	94

4.4.12	L'intelligence artificielle	94
4.5	Financements	95
5	CONCLUSION.....	96
6	BIBLIOGRAPHIE	98
7	RESUME ET MOTS CLE EN ANGLAIS.....	122

1 INTRODUCTION

1.1 Contexte

Ce travail fait suite à une thèse sur l'émergence et l'évolution de l'approche centrée patient (ACP) menée par Laurène Belliot (1). L'ACP s'est historiquement construite en réaction à une médecine de type paternaliste et centrée sur la maladie.

Dès les années 50, dans le champ de la psychologie clinique, le psychologue américain Carl Rogers propose une nouvelle approche : la relation d'aide nécessitant une « attitude psychique d'ouverture et de réceptivité ». Il est alors le premier à utiliser le terme d'« approche centrée sur la personne » en 1969.

Dans le champ médical des années 60, Michael et Enid Balint, psychiatre et psychanalyste anglais, proposent une approche réflexive avec la nécessité d'un diagnostic global tenant compte des symptômes, de la personnalité et de l'environnement du patient. En parallèle, Georges Canguilhem, médecin et philosophe français, estime qu'il faut élargir l'approche au-delà du domaine biomédical pour soigner un patient.

Le modèle biopsychosocial émerge dans les années 70 sous l'impulsion du psychiatre américain Georges L. Engel.

Dans les années 80, le médecin sud-africain Joseph Levenstein, a été mis au défi de fournir une réponse à la question suivante : « Que faites-vous (quand ça va bien) avec chaque patient ? » Il a observé attentivement sa pratique en écoutant 1000 interviews enregistrées en audio, discernant ainsi les éléments cruciaux des consultations qui se sont bien passées. Son utilisation puissante de l'intellect et de l'intuition a conduit à l'idée que les sentiments du patient (surtout les craintes) et les attentes doivent être pris en compte. A la suite de cette expérience, une équipe canadienne (M. Stewart, J. Brown, I. McWhinney, E. McCracken) menée par Levenstein (2) est à l'origine de la généralisation du concept de clinique centrée sur le patient à la médecine de famille.

Ensuite, dans les années 90, cette approche centrée patient évolue en même temps que l'Evidence Based medicine (EBM) née au Canada. Enfin, dans les années 2000, l'ACP est incorporée dans les principes de la médecine de soins primaires, notamment par la WONCA Europe (cf. 1.1.1) et la SFMG.

Cette réflexion, dans le champ médical, s'inscrit dans un mouvement plus large qui concerne toute la société. De nouvelles lois (Kouchner, Léonetti notamment) et instances, telles que le Comité Consultatif National d'Ethique, placent le patient en tant que personne au cœur des préoccupations dans la sphère du soin.

Plusieurs modèles de relation médecin-patient se sont développés depuis un siècle : biomédical, biopsychosocial, centré sur le patient, centré sur la relation, négocié, consumériste, systémique... Cependant, le modèle centré sur le patient semble « s'imposer dans les ouvrages portant sur la communication médecin-patient, dans les domaines de l'éducation et de la recherche. Il est maintenant reconnu par les ordres de médecins au Canada comme la norme acceptée ». (3)

L'approche centrée patient est un concept dont la mise en œuvre dans différentes situations de soin apporte une amélioration, documentée dans la littérature scientifique, de la performance et de la satisfaction du médecin, ainsi que de la satisfaction du patient. Malgré cela, les données disponibles concernant l'impact sur les déterminants de la santé et l'observance thérapeutique restent mitigés. [3 revues de littératures 1983-93 (4), 1970-2000 (5), 1966-2010 (6), plusieurs articles (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13)]. L'ACP est associée à moins de dépenses de tests de diagnostic, mais aussi à une augmentation de la longueur de la visite (14) (15) (11) (13).

L'approche centrée patient souffre d'une importante complexité tant dans la mise en pratique que dans l'évaluation des résultats (16) (12). La disparité des modes d'exercice et de la population rurale-urbaine est également un élément freinant la transférabilité des résultats (17). Il existe également un questionnement méthodologique des auteurs sur les modalités d'évaluation de l'ACP, celle-ci est difficile et les outils validés font défaut (18).

Dans les revues de littérature réalisées autour de ce sujet, la définition des limites de ce concept n'est pas stabilisée (5). Une première revue de littérature indexée a été réalisée sur MEDLINE entre 1995 et 2000 avec le mot clé « approche centrée patient » (9). Cette revue a permis une redéfinition de l'approche centrée patient par l'équipe du Pr Moira Stewart (cf. 1.1.1) qui mettait en doute deux idées reçues :

- D'une part, les patients peuvent exprimer la volonté d'une approche différente de l'ACP. Etre centré patient ne signifie pas tout savoir de la personne ni tout partager. Le médecin qui pratique l'ACP doit être capable d'adopter l'attitude qui convient le mieux au patient (quitte à prendre une décision à la place du patient si celui-ci le souhaite).
- D'autre part, l'ACP peut être divisible et s'appliquer différemment au même patient en fonction de sa problématique.

Cet article a le mérite de rappeler que l'approche centrée patient est un concept holistique dans lequel les composants interagissent et s'unissent de façon unique dans chaque rencontre médecin-patient.

L'approche centrée patient s'inscrit dans les compétences à acquérir pour être médecin généraliste. En effet, le CNGE a rédigé en 2009 un référentiel des compétences, légiféré en novembre 2011 (19), organisé autour de huit axes : les soins primaires, le raisonnement spécifique, la prise en charge globale, la structure et les outils d'exercices, l'aspect relationnel, le rôle de santé publique, la compétence clinique et l'axe professionnel. Elles sont représentées sous la forme d'une « marguerite des compétences », avec en son centre l'approche centrée sur le patient, autour de laquelle s'articulent quatre compétences. Cette marguerite est intégrée dans un cercle correspondant au professionnalisme.

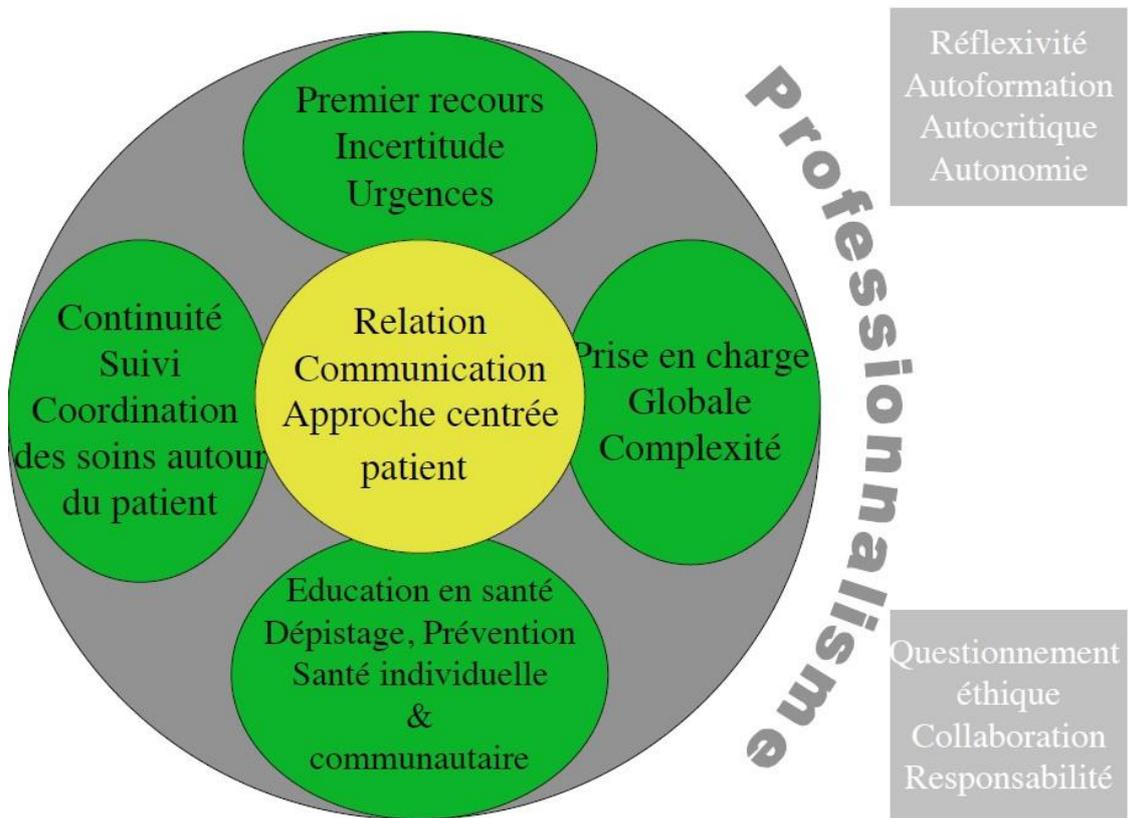


Figure 1 : Marguerite des compétences du médecin généraliste d'après le CNGE en 2009

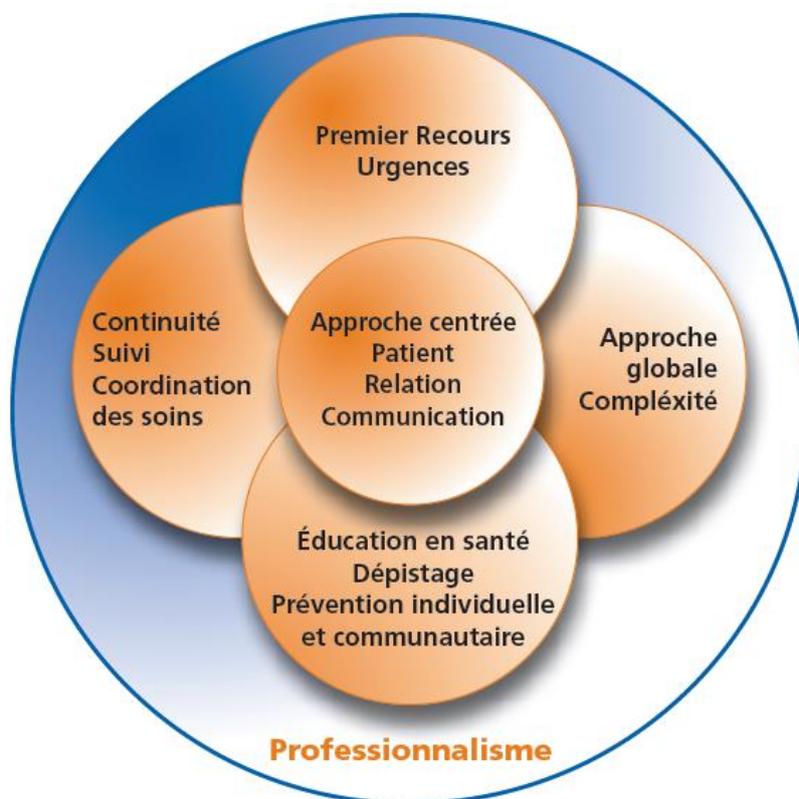


Figure 2 : Actualisation de la marguerite des compétences par le CNGE en 2013 d'après C. Attali et P. Bail (20)

Le choix d'approfondir le concept d'approche centrée sur le patient plutôt qu'une autre compétence de cette marguerite s'est fait pour plusieurs raisons :

- L'ACP avec l'approche globale constituent le fondement de la discipline, mais leurs définitions ne semblent pas claires et unanimes.
- Les autres compétences s'appuient sur des définitions plus simples et consensuelles. En outre, elles sont tirées d'autres disciplines (éducation en santé issue de spécialités (pneumologie, endocrinologie), prévention issue de la santé publique, urgence/premier recours de l'urgence et du modèle hospitalier...).

L'apparition de nouvelles modélisations de la médecine notamment orientées vers la génétique et la prédictibilité sèment la confusion. En effet, la distinction entre médecine personnalisée, individualisée, centrée patient, narrative, 4P, intégrative, de précision, systémique ou encore centrée médecin, organe, maladie, thérapeutique reste parfois difficile à faire.

En réalisant une recherche simple sur PubMed, avec les mots clés « patient centered care » (plus de 15 900 articles en mars 2017) et « precision medicine » (plus de 12 000 en mars 2017 et en croissance exponentielle) on comprend l'étendue de l'usage de ces concepts. L'enjeu de ce travail est également de préciser les intrications et les limites de chacun.

On constate dans de nombreux articles concernant la médecine personnalisée/de précision, au sens surtout biomédical, que l'approche centrée patient reste un sujet de débat en terme éthique (21). A l'inverse, certains articles s'éloignent de la vision holistique du patient pour le placer en « individu » défini par ses biomarqueurs répondant ou non à une thérapeutique (22). Le patient semble alors devenir uniquement un malade ou un malade potentiel, sans que ne lui soit posé la question de ses priorités concernant sa santé. « Nombre de malades se préoccupent avant tout de l'essentiel, à savoir manger ou s'occuper de leurs enfants plutôt que de leur santé. » (23). Se pose alors la question du sens d'un nouveau concept de soin inéquitable dans lequel les individus devraient nécessairement articuler leur vie autour de la santé présente et future.

Le terme « personnalisé » pose une ambiguïté de terminologie : dans les rapports publics (24) ou de la HAS (25), le « parcours personnalisé », le « plan personnalisé de santé » font appel à la personne en tant que sujet. Le versant protéogénomique qui constitue la singularité chimique de la personne est abordée dans la médecine de précision autrement appelée médecine personnalisée.

Le concept d'approche centrée patient prescrit par les théoriciens de la discipline prend une place pertinente dans la pratique, cependant sa définition ainsi que l'usage en tant qu'outil ou norme professionnelle ne sont pas concrètement précisés.

1.2 Quelques définitions

1.2.1 Concepts en lien direct avec la discipline de médecine générale.

Certaines définitions sont standardisées, avec une base bien documentée, pour lesquelles existe un consensus au sein de la discipline. Toutefois, la plupart sont sujettes à évolution, afin de s'adapter aux avancées sociétales :

Médecine générale – Médecine de famille

La WONCA a actualisé sa définition en 2002 (26): « spécialité clinique orientée vers les soins primaires.

A) Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.

B) Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.

C) Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.

D) Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.

E) Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.

F) Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.

G) Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.

H) Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.

I) Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.

J) Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.

K) Elle répond aux problèmes de santé dans la dimension physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle. »

En 2005 et 2011 (27), la WONCA a ajouté des caractéristiques essentielles à la médecine générale en tant que discipline scientifique centrée sur la personne:

- Le contexte du médecin : son environnement et ses conditions de travail, sa communauté, sa culture et ses contraintes financières et réglementaires.
- L'attitude du médecin : son professionnalisme, ses capacités, ses valeurs et son éthique.
- Le versant scientifique : adoption d'une approche critique et axée sur la recherche pour la pratique et le maintien de celle-ci par l'apprentissage continu et l'amélioration de ses connaissances.

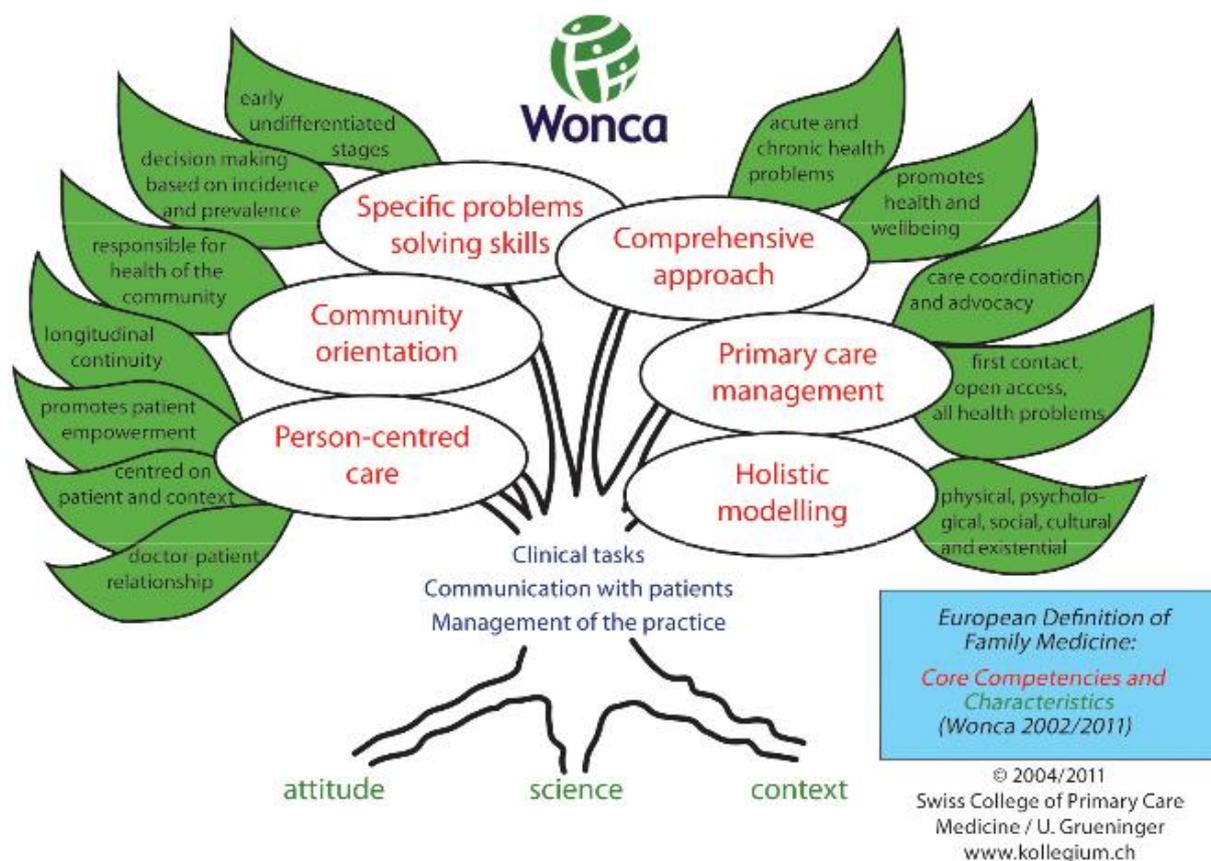


Figure 3 : « The WONCA tree » revisité en 2011 par le collège médical Suisse des soins primaires (27).

Une synthèse de la littérature de 2010 visait à créer un socle des référentiels métier et compétences en médecine générale, publiée dans *Exercer* (28). Cet article relève les différences entre les référentiels nationaux et internationaux (dont celui présenté ci-dessus) en se questionnant sur certains points qui semblent indispensables dans notre spécialité.

Médecin généraliste – Médecin de famille

D'après la WONCA « Le médecin généraliste - médecin de famille est un médecin spécialiste formé aux principes de cette discipline. Il est le médecin traitant de chaque patient, chargé de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Il soigne les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Il accepte d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté.

Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, il intègre les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Son activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Il agit personnellement ou fait appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Il a la responsabilité d'assurer le

développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients. »

Approche centrée patient

Le choix s'est porté sur « l'approche centrée patient » plutôt que « l'approche centrée sur la personne » du fait de l'utilisation préférentielle de ce terme en médecine générale en France et a fortiori dans les pays anglo-saxons (« patient centered-care » davantage utilisé que « person-centered care ») (29). Le terme « approche centrée sur la personne » restant dans le champ de la psychologie. Cependant d'un point de vue anthropologique, la maladie étant considérée comme un fait social « le patient » devient alors « la personne ». La notion de patient apparaît restrictive dans le rapport à la maladie. La notion de personne est plus en cohérence avec la dimension sociale de la maladie qui dépasse la question du rapport aux soins/soignants. Le centrage sur la personne implique que le sujet est reconnu au-delà de son rôle spécifique de patient. Cette nuance, d'ores et déjà sujette à polémique, constitue une évolution possible de ce modèle d'approche centré patient en médecine générale (30).

Les bases conceptuelles de « l'approche centrée patient » sont issues de la rencontre entre les travaux des Balint, de Rogers et de Levenstein. Elle s'appuie sur 6 préceptes centraux développés par le Pr Stewart Moira (professeure de médecine générale, directrice du centre d'étude en médecine familiale, épidémiologiste) et son équipe Canadienne en 1995 et 2003 (31) (32) traduits et reformulé par le CNGE (33) (34):

1. Explorer la maladie dans sa dimension biomédicale (disease) et reconnaître les perspectives du patient à travers sa représentation de la maladie, ses attentes, ses préférences (illness).

« Face à un problème de santé, deux perspectives se confrontent. La perspective bio médicale renvoie à la conception objective, physiopathologique, anatomo-clinique de la maladie : le recueil des symptômes conduit à un diagnostic et un traitement possible. La perspective profane du « patient comme personne » renvoie à son expérience vécue subjective de la maladie. En anglais, 2 termes les distinguent : « disease » et « illness ». La perspective du patient s'explore à travers son vécu, ses représentations, ses attentes, ce qui est important pour lui et a du sens. »

2. Comprendre la personne dans sa globalité biopsychosociale et sa dimension contextuelle (histoire actuelle et événement de vie passée).

« La dimension biomédicale ne suffit pas à comprendre la maladie. Il faut comprendre la personnalité du patient (ses facteurs de vulnérabilité et facteurs protecteurs), son concept de soi (vision de soi, le niveau d'estime de soi, de confiance en soi, de sentiment d'efficacité personnelle ...), ses capacités à faire face, à agir, ses résistances et ses défenses, ses besoins ses désirs, ses motivations. Cette approche psychologique doit être complétée par la connaissance contextuelle de son histoire de vie et l'influence des événements de vie de même que son contexte actuel socio-environnemental dans une approche globale biomédicale et psychosociale. »

3. S'entendre avec le patient sur le problème et négocier les solutions, le partage des responsabilités et des décisions.

« La compréhension commune entre patient et médecin permet d'atteindre un terrain d'entente « Common ground ». Cette dimension vise le partage du pouvoir et des responsabilités en réaction au modèle paternaliste de Parsons. Il rejoint le modèle de participation mutuelle d'adulte à adulte évoluant vers des notions de négociation, de « patient empowerment » de « concordance » et de « décision médicale partagée » (« Shared decision making »).

4. Valoriser la prévention et la promotion de la santé à travers une relation collaborative, partenariale et responsabilisante.

« Cette dimension vise à valoriser le « Care/prendre soin ». La prévention des maladies passe par l'évitement des risques (prévention primaire) la réduction des risques (prévention secondaire) et des complications » (prévention tertiaire) grâce au dépistage. Le patient devient alors acteur/actif de sa santé. »

5. Etablir et maintenir une relation médecin-patient, une alliance thérapeutique, une attitude compréhensive vis-à-vis des défenses et résistances.

« L'objectif est de développer une relation thérapeutique capable de favoriser la guérison du patient. Adopter des attitudes thérapeutiques contributives comme l'attitude empathique, respectueuse, l'écoute active de la perspective du patient permet la confiance nécessaire à une alliance thérapeutique. »

6. Faire preuve de réalisme, s'adapter à chaque situation et tenir compte de ses limites.

« Cette dernière composante intègre « le médecin en tant que personne ». Le modèle ACP renvoie à une rencontre entre 2 personnes qui s'influencent réciproquement dans le cadre relationnel. Cette dimension réaliste vise surtout la gestion du temps et la nécessité de se fixer des priorités et des objectifs partagés avec le patient. La dimension affective de la relation renvoie au concept de réflexivité qui permet d'apprendre à se connaître en tant que personne, reconnaître la relation transférentielle, ses propres limites et par conséquent faire preuve de réalisme. En tant que personne, le médecin doit développer des capacités de flexibilité, d'adaptabilité et de disponibilité et compenser ses limites par un travail collaboratif interdisciplinaire. »

Cette définition semble univoque au premier abord, mais au cours des années et des publications, on perçoit toute la complexité inhérente au positionnement de ce concept. Ainsi :

- Moira Stewart et son équipe ont publié une troisième édition de leur livre sur l'ACP fin 2013 (35), et remis en cause les 6 composantes de l'ACP pour les fusionner en 4 composantes afin de rendre ce concept plus opérant en pédagogie, recherche et pratique:
 - o La première composante intègre la santé, son vécu, c'est-à-dire une partie de la composante 4, la partie exploratoire. Elle devient alors la plus explicite car elle met l'accent sur l'intégration des aspects pertinents de la santé, de la maladie et du vécu de la maladie dans une synthèse unique pour chaque patient.
 - o Les deuxième et cinquième composantes restent similaires.

- La troisième composante absorbe la quatrième dans son versant « actif » d'éducation et de prévention.
- La sixième composante est écartée car considérée davantage comme un commentaire du contexte dans lequel l'ACP est mise en œuvre que comme une composante à part entière de l'ACP.

1. Exploring Health, Disease, and the Illness Experience:
 - unique perceptions and experience of health (meaning and aspirations)
 - history, physical, lab
 - dimensions of the illness experience (feelings, ideas, effects on function and expectations).
2. Understanding the Whole Person:
 - the person (e.g., life history, personal and developmental issues)
 - the proximal context (e.g., family, employment, social support)
 - the distal context (e.g., culture, community, ecosystem).
3. Finding Common Ground:
 - problems and priorities
 - goals of treatment and/or management
 - roles of patient and doctor.
4. Enhancing the Patient-Clinician Relationship:
 - compassion and empathy
 - power
 - healing and hope
 - self-awareness and practical wisdom
 - transference and countertransference.

Figure 4: Les 4 composantes de la refonte de la définition de l'ACP selon Moira Stewart (35).

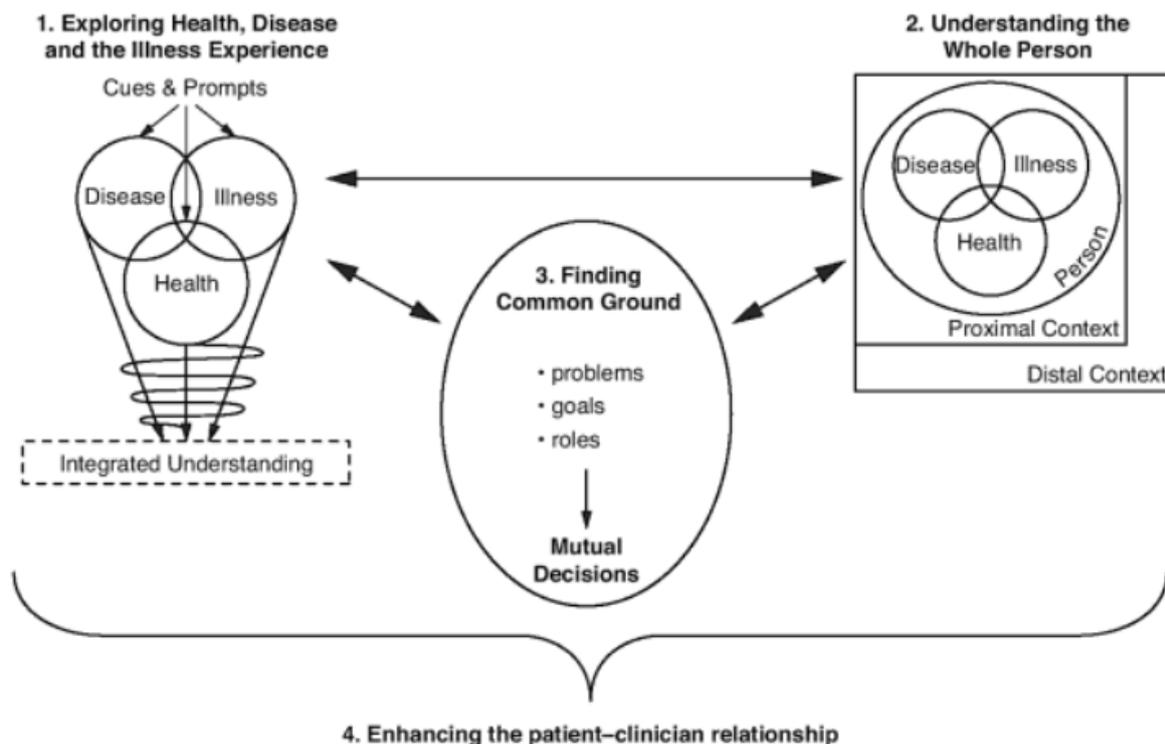


Figure 5 : L'interaction des 4 composantes de l'ACP selon M. Stewart 2013

- Dans le travail d'Olivier Kandel et Marie Alice Bousquet (SFMG) (36) visant à regrouper les concepts de la médecine générale, l'approche centrée patient n'est pas classée de manière indépendante. Sa place dans ce corpus est découpée au sein du chapitre « prise en charge globale », dans les fiches concepts « modèle biomédical versus holiste », « diagnostic de situation, démarche OPE [Organe Personne Environnement], EBM ». Le concept d'ACP est alors confondu avec l'approche globale, et utiliserait des outils issus d'autres modèles pour être mis en œuvre.
 - Le CNGE a développé un modèle pédagogique d'apprentissage centré sur l'acquisition de ces compétences dans la formation initiale des médecins généralistes : la marguerite des compétences (cf. figures 1 et 2). Cette réforme a permis une redéfinition des compétences du médecin et donc de l'approche centrée patient par A. Moreau et C. Perdrix. L'objectif de leur travail est de créer du lien entre la marguerite des compétences et l'ACP considérée alors comme donnant du « sens à la fonction soignante ».
- L'ACP se définit ici « comme une capacité à construire une relation avec le patient dans son contexte environnemental en utilisant des habiletés communicationnelles de manière éthique dans l'intérêt du patient. » (33).

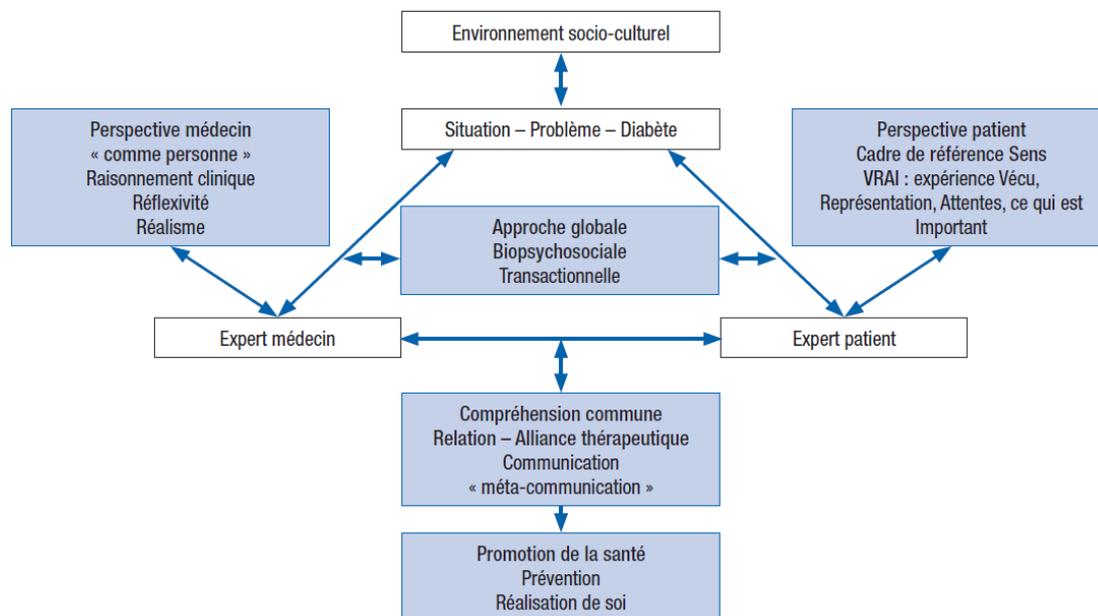


Figure 6 : Reconfiguration de l'architecture systémique de l'approche centrée patient en lien avec la marguerite des compétences, selon C. Perdrix et A. Moreau (33).

La figure 6 illustre à nouveau la volonté de promouvoir un concept opérant, interactif et évolutif notamment en matière d'équilibre entre le patient et le médecin. On y perçoit l'inspiration issue des évolutions conceptuelles impulsées par Moira Stewart, néanmoins on regrette que l'intrication médecin-patient qu'elle explique, soit moins explicite dans cette interprétation française. Cela traduit des différences d'approches qui peuvent se compléter (médecin en tant que personne) de la communauté de médecine générale française sur la communauté canadienne dans ce domaine conceptuel.

- Dans sa définition de la médecine générale par la WONCA en 2002 (26), les termes utilisés prêtent également à confusion, semblent dépendre des institutions et interrogent déjà les auteurs. En effet, l'OMS décrit une médecine générale « globale » et « continue », et c'est sous

ce dernier terme de « continue » qu'elle doit être centrée sur la personne. Dans ce même document le Pr Bernard Gay suggère une « approche centrée sur le patient », mais finalement c'est une discipline « centrée sur la personne » qui est choisie pour définir la médecine générale. Puis en 2009, la WONCA (37) insiste sur la décision partagée, la continuité des soins et la nécessité d'une bonne communication, considérant que l'approche centrée sur la personne ou sur le patient est une valeur centrale des soins primaires. En complément, elle précise la nécessité d'éclaircir le concept et d'en étudier les interventions possibles ainsi que leurs résultats. Enfin en 2011 (27), la réactualisation de la définition de la médecine générale est l'occasion de reprendre 4 points forts de l'ACP :

- Traiter les patients et les problèmes dans le contexte de la situation du patient.
 - Orienter la consultation pour établir une relation médecin-patient efficace, dans le respect de l'autonomie du patient.
 - Communiquer, établir des priorités, agir en partenariat, promouvoir l'autonomisation des patients.
 - Assurer la continuité longitudinale des soins, déterminée par les besoins du patient, se référant à la gestion continue et coordonnée des soins.
- Le MeSH de MEDLINE (cf. 2.2.1) définit l'approche centrée patient comme ceci : « Conception des soins aux patients, où les ressources institutionnelles et le personnel sont organisés autour des patients plutôt qu'autour des départements spécialisés. ». Ce qui constitue une définition institutionnelle et insuffisante. Toutefois, cette dernière n'a pas été mise à jour depuis 1995.
- Dans cette revue de littérature sur le référentiel métier du médecin généraliste publiée dans Exercer, le « centrage patient » est résumé ainsi : « prendre en compte les attentes dites et non dites du patient, autant que les contraintes de la maladie pour décider ensemble dans le cadre légal. » (28).
- Dans ses fiches de recommandation de bonnes pratiques, la HAS utilise le terme « démarche centrée patient » et la définit ainsi : (38)
- « La démarche centrée sur le patient s'appuie sur une relation de partenariat avec le patient, ses proches, et le professionnel de santé ou une équipe pluriprofessionnelle pour aboutir à la construction ensemble d'une option de soins, au suivi de sa mise en œuvre et à son ajustement dans le temps.
 - Elle considère qu'il existe une complémentarité entre l'expertise des professionnels et l'expérience du patient acquise au fur et à mesure de la vie avec ses problèmes de santé ou psychosociaux, la maladie et ses répercussions sur sa vie personnelle et celle de ses proches.
 - Elle se fonde sur :
 - Une personnalisation des soins : écoute du patient et compréhension de ce qui est important pour lui ; accès par un dialogue structuré aux connaissances, aux représentations, au ressenti du patient, à ses besoins, attentes et préférences ; réponses évolutives dans le temps en fonction des besoins individuels et des circonstances ;
 - Le développement et le renforcement des compétences du patient à partager des décisions avec les soignants et à s'engager dans ses soins, dans la gestion de sa vie avec la maladie grâce au partage d'informations, à la délivrance de conseils et de précautions à prendre, à une éducation thérapeutique ;

- Une continuité des soins dans le temps en apportant un suivi et un soutien au patient par une même équipe pluriprofessionnelle et si besoin pluridisciplinaire. »

Approche globale

La seule définition trouvée au sein de la discipline relève de cet article qui définit les compétences du médecin généraliste. « Capacité à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé (Evidence Based Medicine, Engel, etc.) quel que soit le type de recours aux soins dans l'exercice de la médecine générale » (20).

Approche holistique

Selon le Sud-Africain Jan Christiaan Smuts à l'origine du concept holiste en 1926, c'est « la tendance dans la nature à constituer des ensembles qui sont supérieurs à la somme de leurs parties »

« Une approche holistique inclut l'utilisation d'une approche bio-psycho-sociale, en tenant compte des différences culturelles et de la dimension existentielle, en prenant soin d'intégrer la personne dans son contexte, ses valeurs, ses croyances familiales, son système familial, sa culture et sa situation socio-économique au sein de la communauté. L'approche holistique reconnaît que les humains sont des êtres vivants complexes plutôt que des agrégats d'organes distincts, et que toutes les maladies ont plusieurs composants dynamiques. Il considère que les individus, organisations, groupes sociaux et la société ont les caractéristiques d'un système adaptatif complexe, qui ne réagit pas toujours de la manière prévue à l'origine. » (37).

A mon sens, la différence avec l'ACP réside davantage dans la mise en pratique. L'holisme est un concept qui guide la recherche et la compréhension de la singularité de la personne, l'approche centrée patient traduit un concept opérant dont l'objectif est la prise en charge et le soin du patient en en considérant ses différents aspects. L'ACP utilise la vision holiste pour justifier une partie de son cadre opérationnel.

Approche systémique

Elle décrit un champ interdisciplinaire relatif à l'étude d'objets dans leur complexité. Cette approche tente d'appréhender cet objet d'étude dans son environnement, dans son fonctionnement, dans ses mécanismes, dans ce qui n'apparaît pas en faisant la somme de ses parties (39).

1.2.2 Des concepts hors limites du champ de la médecine générale

Médecine personnalisée

Elle est imaginée, au départ, par une industrie pharmaceutique à la recherche de nouveaux modèles de développement. Selon une instance américaine : « La médecine personnalisée consiste à adapter un traitement médical en fonction des caractéristiques individuelles d'un patient. Cette personnalisation ne signifie pas que des médicaments sont créés pour un seul individu. Elle se traduit plutôt par la capacité de classer les individus en sous-populations caractérisées par la prédisposition à certaines maladies ou par la réponse à

un traitement particulier. Les mesures préventives ou thérapeutiques sont donc prescrites aux patients qui en bénéficieront tout en évitant d'imposer des effets secondaires aux individus qui n'en tireront pas parti. Les coûts associés à ces effets secondaires sont également évités » (40).

« La médecine personnalisée est définie comme les produits et services qui s'appuient sur la génomique et protéomique (directement comme indirectement) et exploitent les tendances actuelles orientées vers le bien-être et le « patient-consommateur » (ou « patient-client ») pour rendre possible des approches personnalisées du soin et de la prévention. Cette définition couvre toutes les composantes possibles de la médecine personnalisée, depuis les outils de diagnostic jusqu'à ses développements sur les régimes alimentaires en passant par les technologies qui permettent le stockage, l'analyse et l'échange de données de la santé. » (41,42).

Médecine intégrative

La médecine intégrative cherche à conjuguer les meilleures connaissances et thérapeutiques de la médecine conventionnelle et des médecines complémentaires et alternatives (MCA). Elle tient compte de tous les aspects du mode de vie, cherche à développer le relationnel (43) (44).

La différence avec la médecine personnalisée est vraiment l'intégration des MCA, ce qui n'est pas abordé dans les autres définitions.

Médecine individualisée

La médecine individualisée vise l'optimisation de la prise en charge médicale pour chaque individu, depuis la prévention jusqu'à la thérapie, en répertoriant et analysant aussi bien les particularités biologiques individuelles et les facteurs environnementaux que les déterminants agissant sur toute la durée de vie d'un individu (45).

Médecine narrative ou « Narrative Based Medicine » (NBM).

Outil pédagogique dont le but est de reconnaître, d'absorber, d'interpréter, et d'être ému par les histoires des patients et/ou de leurs maladies (46) (47). L'intention étant d'améliorer les données de la science en lui intégrant l'empirisme de l'histoire d'un patient ou d'une situation.

Médecine 4P (prédiction, personnalisation, prévention, participation) : (48) (49)

- Personnalisée car fondée sur la compréhension de la manière dont les sciences peuvent orienter la prise en charge d'un patient.
- Prédicative car permet d'évaluer le risque pour un individu sain de développer une pathologie à plus ou moins long terme, en utilisant la génomique et la protéomique.
- Préventive en cela qu'elle promeut une approche proactive de la santé et de la médecine en visant une approche centrée sur le bien-être et la préservation du capital santé.
- Participative en plaçant le patient en capacité de prendre des décisions éclairées et d'être responsable de sa santé.
- Détecter la maladie à un stade précoce, quand il est plus facile et moins coûteux à traiter efficacement.

- Stratifier les patients en groupes qui permettent le choix du traitement optimal.
- Réduire les effets indésirables des médicaments par l'évaluation précoce plus efficace des réponses individuelles de drogue.
- Améliorer la sélection de nouvelles cibles biochimiques pour la découverte de médicaments.
- Réduire le temps, le coût et le taux d'échec des essais cliniques de nouvelles thérapies.
- Modifier l'orientation de la médecine de la réaction à la prévention de la maladie et de bien-être.

Médecine de précision

Approches cliniques, thérapeutiques et diagnostiques qui optimisent la gestion de la maladie sur la base des variations individuelles dans le profil génétique d'un patient (50).

Subjectivité

Caractère de ce qui est subjectif, par opposition à objectivité. État de quelqu'un qui considère la réalité à travers ses seuls états de conscience. Subjectif : Se dit de ce qui est individuel et susceptible de varier en fonction de la personnalité de chacun (51).

La norme professionnelle d'un métier

Cela représente l'ensemble des compétences essentielles, des attitudes et des comportements professionnels requis pour exercer ce métier avec compétence. Elle soutient également que les membres de cette profession adhèrent tous à ce principe.

1.3 Objectif

Il existe plusieurs définitions de l'ACP, initialement nourrie par les psychologues et complétée par des médecins généralistes. Cette notion est prescrite par ses théoriciens aux acteurs de la médecine générale. Mais comment la communauté médicale s'est appropriée ce concept, comment en fait-elle usage en pratique, et quelles traces en trouve-t-on dans les textes publiés au sein de la discipline ? L'usage typologique de l'approche centrée patient relève-t-il d'une norme ou d'un outil ?

Aussi l'objectif de cette thèse était d'identifier les différentes utilisations de la notion d'approche centrée patient au sein de la communauté de médecine générale, à partir d'une revue de la littérature de 2004 à 2016.

Un objectif secondaire de cette thèse était de préciser les différences conceptuelles entre l'approche centrée sur le patient et la médecine personnalisée. La confusion possible entre ces deux concepts existe-t-elle ?

Il ne s'agissait pas d'un travail qui évaluerait la validité scientifique de l'ACP.

2 MATERIEL ET METHODE

Ce travail consiste essentiellement à explorer la littérature mobilisant le terme d'approche centrée sur le patient. Une exploration a été faite de la littérature indexée et grise via les moteurs de recherche généralistes, spécialisés et dans une certaine mesure de proche en proche. Il a été décidé de s'inspirer de la traduction française du protocole PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) pour construire cette revue systématique (52). Le guide de lecture PRISMA présente une ligne directrice pour l'écriture et la lecture de revues systématiques de la littérature. Il est utilisé internationalement et dans la plupart des revues systématiques de la revue Cochrane. Le protocole de cette thèse n'a pas été enregistré. La recherche a été effectuée par un seul chercheur indépendant et a été relue et approuvée par les deux directeurs de thèse.

2.1 Méthodes

2.1.1 Critères d'éligibilité, sources d'informations et protocole de recherche

Les documents inclus ont été des articles de revues ou de journaux, éditoriaux, thèses, comptes rendus de colloques ou congrès, livres, publications officielles. Tous les supports publiés, officiels ou accessibles via des sources traitant de la discipline.

Afin de sélectionner les articles pertinents, il a été choisi différents critères :

- L'utilisation de moteurs de recherche précis :
 - PubMed, via l'option « recherche avancée »
 - Google scholar via l'option « recherche avancée »
 - Doc'CISMeF via son option « recherche avancée »
 - Cairn via l'option « recherche avancée »
 - Cochrane via l'option « Advanced search »
 - Opengrey via sa barre de recherche
 - Base de données Pascal et Francis via son onglet « recherche avancée » et affinage par sélection de catégories et années
 - Sudoc via sa barre de recherche avec filtres
 - Isidore via sa barre de recherche
 - SFMG via sa barre de recherche avec filtres
 - CNGE via son option « recherche avancée »
 - Moteur de recherche du site de la revue Exercer
 - Moteur de recherche du site de la revue Prescrire
- Certains articles non retrouvés dans les bases de données mais figurant dans les bibliographies d'autres articles ont aussi pu être étudiés, à condition de remplir les autres critères.
- La date de publication : articles publiés entre le 01/01/2004 et le 31/10/2016. Une période de 10 ans avait été initialement choisie, puis étendue pour suivre l'évolution des publications jusqu'à la fin du recueil de données de ce travail.
- Les mots clés rattachés à l'article : ils ont été choisis de façon pragmatique, car évoquant directement le concept d'ACP. Certains mots clés ont été inclus par obligation pratique, notamment dans certains moteurs de recherche utilisant un langage avancé (ex : PubMed et

le MeSH). Le détail des mots clés utilisés en fonction des sources, figure dans chaque paragraphe de recherche en rapport avec cette source.

- Les auteurs: il a été choisi d'inclure les articles ayant pour premier auteur un médecin généraliste, et/ou un membre d'un département de médecine générale (DMG). Le choix s'est porté sur les auteurs afin d'être au plus proche de la manière dont est abordé le concept d'approche centrée patient par les praticiens de cette discipline. Ainsi, tous les articles publiés dans des revues de médecine générales n'ont pas été sélectionnés. D'autant plus que nombre d'articles publiés dans une revue ciblant la discipline relèvent d'une autre spécialité. La recherche de la qualification de l'auteur s'est faite soit directement grâce aux informations disponibles dans l'article, soit par recherche manuelle sur internet (ex : recherche par portail scientifique type researchgate, google, site de la structure d'origine de l'auteur...)

Différentes méthodes ont été utilisées pour l'accès aux articles :

- Articles en consultation libre
- Articles en accès restreint :
 - Accès ouvert par abonnement universitaire : accès numérique ou papier.
 - Accès ouvert par abonnement personnel
 - Articles reçus par mail directement de l'auteur ou par le correspondant en charge de l'article.
 - Paiement personnel pour accès spécifique à un article.

Ont été exclus, les articles :

- Sans traduction en Anglais ou en Français. Le risque étant de déformer le contenu avec une traduction approximative d'une langue non maîtrisée par le chercheur.
- Inaccessibles.
- Sans liens valides, et articles non retrouvés par d'autres moyens.
- Irrécupérables gratuitement, dont le résumé était estimé trop peu pertinent pour l'acquérir.
- Dont la rédaction n'a pas été faite par un médecin généraliste ou membre d'un DMG en premier auteur.
- Francophones tirés de revues autres que Prescrire, Exercer.

2.1.2 Extraction des données

Dans un second temps, les articles inclus ont été relus avec l'aide du guide de l'HAS (53) pour permettre d'en synthétiser et standardiser le contenu de façon libre (sans analyse quantitative). L'algorithme PICOS (Patient, problem or population, Intervention, Comparison, control or comparator, Outcomes, Study design) a pu être utilisé pour certains articles.

- Pour tous les articles inclus :
 - Une lecture critique ayant pour objectif de classer ces articles en 2 grandes catégories :
 - Concept utilisé davantage en tant que norme professionnelle,
 - Concept utilisé davantage en tant qu'outil professionnel à mettre en place pour obtenir un résultat précis.
 - Au sein de chaque catégorie, un tri s'est fait entre les articles traitant de la maladie chronique, la maladie aiguë, la multimorbidité, la formation initiale ou continue et une réflexion générale (éthique, administrative, économique notamment).

- Enfin, un nouveau tri en découlait afin de déterminer si l'article intégrait clairement la subjectivité du patient ou du médecin. Le but étant de mieux cerner l'utilisation de l'approche centrée patient, de comprendre si l'auteur évoque ce concept dans son fondement.
- Pour un certain nombre d'articles plus pertinents sur le sujet : analyse plus aboutie et regroupement d'outils/avis/utilisations intéressants pour cette approche. L'objectif était de proposer une réflexion pratique sur cette approche.

Le choix de classer un article comme traitant du concept d'approche centrée patient en tant que norme professionnelle se faisait sur différents critères :

- Concept abordé clairement dans l'article :
 - Simple citation du concept sans y porter plus de détails, place peu importante du concept dans la méthode et les résultats.
 - Citation plus explicite détaillant le concept dans ses grandes lignes mais considéré comme un préalable à la pratique/mise en place de l'étude/au sujet traité.
- Concept non abordé explicitement dans l'article, mais dont les caractéristiques sont lisibles dans l'article et considérées comme étant incluses dans les compétences du médecin/type de médecine décrit.

Par ailleurs, le classement en outil professionnel s'est fait sur les critères suivants :

- Utilisation du concept clairement avancé comme une nécessité d'une meilleure formation des médecins/étudiants,
- Nécessité d'une valorisation (financière, temporelle, reconnaissance) de la mise en pratique de l'approche centrée patient,
- Etude construite autour de cette approche pour en tester ses effets/caractéristiques,
- Utilisation ou critique du concept,
- Présenté d'emblée comme un outil utilisable pour l'exercice de la médecine/améliorer ses pratiques/faire différemment/modifier une prise en charge.

Le fait qu'un article traite de la subjectivité du patient et/ou du médecin permettait de catégoriser à nouveau l'article. La subjectivité apparaissait lorsque l'article évoquait :

- L'expression des préférences du patient, en effet elles orientent d'emblée vers ses priorités, ce qui a de la valeur et de l'importance pour lui,
- La nécessité de laisser le patient s'exprimer/raconter ses perspectives, son vécu, ses préoccupations, ses attentes ou ses souhaits,
- La représentation que le patient se fait de lui-même ou de sa maladie.
- La compréhension des stades du changement,
- L'abord de la décision partagée si l'auteur développait ses caractéristiques d'information adaptée et d'expression du patient,
- L'influence de la personnalité, l'humeur, l'histoire, du médecin lui-même.

Donc, pour chaque moteur de recherche, j'ai construit :

- Un tableau de recherche avec l'équation de recherche, le nombre d'articles trouvés, les articles inclus (avec les sources), les articles exclus en précisant le motif hors-discipline, ou hors sujet (sources non incluses car trop volumineuses, mais ajoutées en annexe).
- Un diagramme de flux pour donner plus de lisibilité au premier tableau.

- Un tableau de classification en tant qu'outil diagnostic, outil décisionnel, abord génétique ou norme professionnelle.
- Un tableau d'analyse de la subjectivité.

2.2 Mots clés

Les mots clés ont été un élément décisif des recherches, utilisé en français ou en anglais, avec différentes déclinaisons ou suivant un langage strict.

Les principaux mots clés utilisés :

- En Français
 - o Médecine personnalisée, médecine individualisée, médecine de précision, approche centrée patient, médecine narrative
 - o Médecine générale, médecin généraliste, soins primaires
- En Anglais
 - o Patient centered care, precision medicine, individualized medicine, personalized medicine
 - o General practice, general practitioner, Primary care.

Les paragraphes suivants détaillent leurs utilisations, déclinaisons, et classifications.

2.2.1 Le Medical Subject Headings : MeSH

Le MeSH est une liste normalisée de termes utilisés pour l'analyse documentaire dans le domaine biomédical. MeSH pourrait se traduire par "principales rubriques médicales". Les termes MeSH d'une référence bibliographique sont définis par des scientifiques et non par des algorithmes et sont établis de façon hiérarchique à l'intérieur de grandes catégories. Chaque terme est inclus dans une arborescence, accompagné d'un ou plusieurs descripteurs qui permettent d'affiner le sens du terme MeSH, et couplé à une table de correspondance (mapping) si le terme n'est pas trouvé. L'utilisation du vocabulaire MeSH permet de formuler une équation de recherche potentiellement complexe avec des connecteurs et une indexation homogène, quels que soient les termes de l'auteur, afin de pouvoir retrouver les articles traitant du même sujet. Il est actualisé annuellement.

L'arborescence MeSH est intéressante à développer afin de comprendre la logique de ce langage et de ne pas méconnaître les mots clés attachés. En effet, certains englobent un champ plus large que le mot clé souhaité dans ce travail. Ce système justifie le tri manuel des articles pour améliorer la précision.

Il existe également une traduction française du MeSH par l'Inserm (54).

MeSH Français :	MeSH anglais
Médecine individualisée, inclue Médecine personnalisée	"Precision medicine" regroupe: Individualized Medicine Personalized Medicine

Approche centrée patient / Soins centrés sur le patient	Patient-Centered Care
Médecine narrative	Narration
Médecine générale	general practice (inclus family practice)
Médecins généralistes (Généralistes / Médecins de médecine générale / Médecins de pratique générale / Médecins omnipraticiens / Omnipraticiens / Praticiens généralistes) Médecins de famille	General practitioners

2.2.2 Approche centrée sur le patient, patient-centered care

En français, ce mot clé a été le principal utilisé notamment en littérature grise, avec d'autres mots clés synonymes :

- Approche centrée patient
- Approche centrée sur la personne
- Soins centrés sur le patient/sur la personne
- Médecine centrée patient/sur le patient/ sur la personne
- Médecine de la personne
- Prise en charge centrée patient/sur le patient/ sur la personne
- Centrage patient
- Préférences patient/du patient/de la personne
- Approche globale : ce terme n'a pas été retenu pour des raisons de pertinence, il regroupe trop de concepts et constitue un mot clé générique occasionnant beaucoup trop de « bruit » pour ce travail.

En effet, il existe plusieurs déclinaisons possibles de ce concept, en termes de mots clés, ce qui complexifie la pertinence de la recherche et l'intérêt d'un langage standardisé type MeSH.

Ce mot s'écrit de deux manières différentes en anglais (centered et centred), le MeSH n'en tolère qu'une : « centered ». Il est présent dans le MeSH depuis 1995.

- Care, Patient-Centered
- Patient Centered Care
- Nursing, Patient-Centered
- Nursing, Patient Centered
- Patient-Centered Nursing
- Patient Centered Nursing
- Patient-Focused Care
- Care, Patient-Focused
- Patient Focused Care
- Medical Home
- Home, Medical
- Homes, Medical
- Medical Homes

Ce mot clé regroupe plusieurs entrées dont la notion de nursing qui a trait davantage aux soins infirmiers. Cela crée un bruit non négligeable dans les résultats.

De plus, en sous-groupe de « Patient Centered care », figure « patient navigation ». Défini dans Pubmed comme ceci : « Le processus d'aider les patients à utiliser efficacement le système de soins de santé lorsqu'ils sont confrontés à un ou plusieurs de ces défis :

- Le choix, la compréhension et l'utilisation de la couverture santé ou une demande d'aide lorsque le patient n'est pas assuré ;
- Le choix, l'utilisation et la compréhension de différents types de prestataires et services de santé ;
- Prendre des décisions de traitement ;
- La gestion des soins reçus par plusieurs prestataires/médecins. »

Ce mot clé possède plusieurs descripteurs pour préciser son type d'utilisation :

- Classification
- Economics
- Ethics
- History
- Legislation and jurisprudence
- Manpower
- Organization and administration
- Standards
- Statistics and numerical data
- Trends
- Utilization

On peut noter que le MeSH français développé par l'INSERM n'a pas traduit ce mot clé littéralement, mais en « Soins centrés sur le patient ».

2.2.3 Médecine personnalisée, personalized medicine

Dans ce travail, une mise en confrontation des termes « médecine personnalisée » et « approche centrée patient » s'est faite pour mieux les distinguer. En littérature grise, plusieurs synonymes ont été utilisés :

- Médecine personnalisée
- Prise en charge personnalisée du patient : celui-ci se discute dans son rattachement à la médecine personnalisée ou à l'ACP.

Afin de rationaliser ce terme en littérature indexée, le mot clé MeSH : « precision medicine » a été utilisé :

Precision-medicine

Il est apparu dans le MeSH en 2010, mais de manière indépendante. Il a été utilisé à partir de février 2015 à la place de « Individualized medicine ». En effet, la recherche devient moins pertinente lorsque l'on sort du langage MeSH. On considère cet ajout comme du bruit

pur car ce terme n'est pas utilisé par des médecins généralistes. D'emblée, les articles utilisant ce mot clé traitaient de sujets débordant la médecine générale.

Entré en 2010 dans le MeSH, il regroupe en 2015 les termes suivants :

- Medicine, Precision
- Medicines, Precision
- Individualized Medicine
- Medicine, Individualized
- Personalized Medicine
- Medicine, Personalized
- Precision-Medicine

L'arborescence MeSH dichotomise « clinical medicine » avec « evidence base medicine » :

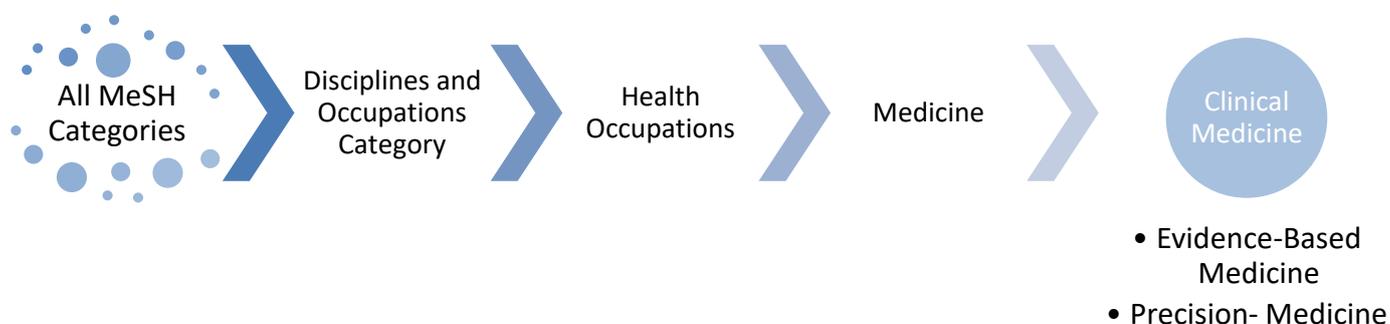


Figure 7 : Catégories du MeSH incluant « precision medicine ».

Individualized medicine

Pour ce terme, il est important de noter que celui-ci faisait l'objet d'un mot clé à part entière dans le MeSH, de son entrée dans le 27 mai 2009 jusqu'au 27 février 2015. Après cette date, il est intégré sous le terme « Precision medicine ». De plus, il comprenait le mot clé « personalized medicine ». La modification récente n'a pas modifié les groupes d'inclusion de ce mot clé : « clinical medicine » et « therapeutics ».

A noter également que le MeSH bilingue français ne s'est pas encore adapté à ce changement, le terme « médecine individualisée » reste encore la référence en 2016.

Le choix a été fait de ne plus utiliser ce terme, qui levait complètement le risque de confusion avant son utilisation.

Personalized medicine

Avant le 27 février 2015, ce mot clé figurait sous le terme MeSH « Individualized medicine », maintenant il se situe dans l'entrée MeSH « Precision-medicine »

2.2.4 Médecine narrative, narration

Ce mot clé a été choisi en partant de l'hypothèse que ce concept était nécessairement inclus dans celui d'approche centrée patient. En effet, l'histoire du patient et du médecin est intégrée et nécessaire à l'ACP.

Le mot clé MeSH est donc « narration », il a pour seul descripteur complémentaire : « history » et inclut les termes suivants :

- Narrations
- Narrative Medicine
- Medicine, Narrative
- Narrative Ethics
- Ethics, Narrative

2.2.5 Médecin généraliste et médecine générale

Médecin généraliste / General practitioner

Ce mot clé est unanime en littérature indexée, mais pour la littérature grise il fait aussi l'objet de synonymes :

- Omnipraticien
- Médecin de famille

Dans le MeSH français le mot clé au singulier n'existe pas, c'est : médecins généralistes. Dans le MeSH anglais : General practitioner inclut le pluriel, ses descripteurs sont :

- Classification
- Economics
- Education
- Ethics
- History
- Legislation and jurisprudence
- Organization and administration
- Psychology
- Standards
- Statistics and numerical data
- Supply and distribution
- Trends
- Utilization

Médecine générale / General practice

Terme univoque en littérature grise et indexée. Inclus en anglais « Family practice ». Dans le MeSH, ses descripteurs sont :

- Classification
- Economics
- Education

- Ethics
- History
- Instrumentation
- Legislation and jurisprudence
- Manpower
- Methods
- Nursing
- Organization and administration
- Standards
- Statistics and numerical data
- Supply and distribution
- Therapy
- Trends
- Utilization

Primary Health Care

Il a été choisi de ne pas l'inclure dans l'équation de recherche en littérature indexée pour les raisons suivantes :

- Ce mot clé intègre toutes les spécialités d'accès direct en ville (spécialités médicales autres que la médecine générale, dont les dentistes) et donc un bruit très important notamment pour ce qui est de la médecine personnalisée (au sens protéomique).
- Dans le MeSH, il englobe PCC, et d'autres approches moins pertinentes,
- Il existe des mots clés propres à la discipline de la médecine générale dans le MeSH. De ce fait, le mot clé « primary health care » n'est pas exclu et se retrouve dans les articles intégrant aussi les mots clés recherchés. Cela constitue donc un biais relatif de tri.

Il a été décidé d'écartier différents mots clés concernant les soins primaires et ayant potentiellement un intérêt dans mes recherches sur la médecine centrée sur le patient. En effet, ce travail vise à mettre en exergue le concept clairement exposé par les auteurs de publications. Utiliser d'autres mots clés plus globaux aurait permis d'avoir davantage d'articles pertinents mais au prix d'un travail de tri trop important.

Par exemple :

- Priorisation des soins / prioritization of care
- Poly-pathologie / multimorbidity
- Maladies chroniques / chronic disease

2.3 Supervision des recherches

Un travail de formation d'approfondissement en recherche a été fait auprès du personnel de la bibliothèque universitaire de Nantes et du Dr Dréno Patrick. De plus, le chercheur a reçu l'aide méthodologique de médecins expérimentés en recherche scientifique.

Un recours à l'analyse collective avec les deux directeurs de thèse en cas de contenu jugé complexe par le chercheur.

3 RESULTATS

3.1 Recherches par sources

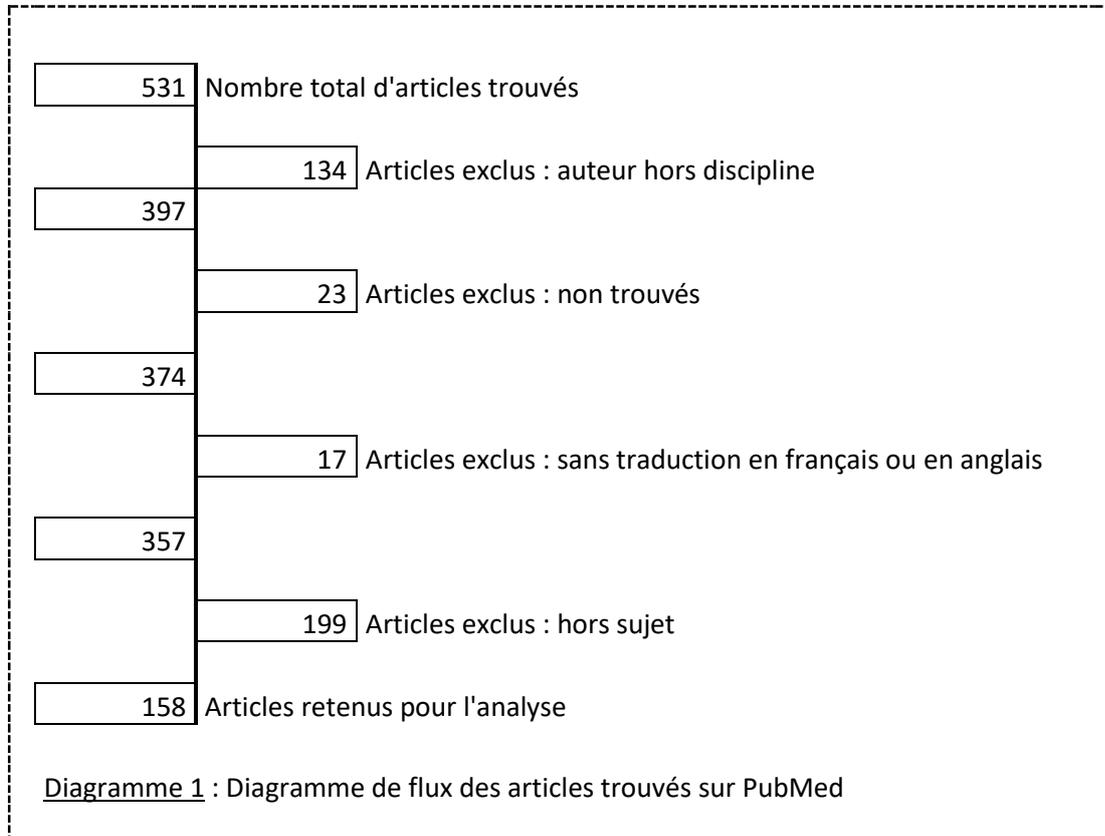
3.1.1 Recherches sur PubMed

La Recherche sur PubMed a été réalisée après détermination des mots clés indexés dans le MeSH.

Equation de recherche	Résultats	Articles inclus	Articles exclus: hors discipline	Article exclus: hors sujet
(((("Patient-Centered Care"[Mesh]) OR "Precision medicine"[Mesh]) OR "narration"[Mesh])) AND ("General Practitioners"[Mesh]) OR "General Practice"[Mesh]))	526	119 intéressants (15) (16) (17) (55), (56), (57), (58) (59) (60) (61–66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96,97) (98) (99) (100) (101) (102) (103) (104) (105) (106) (107) (108) (109) (110) (111) (112) (113) (114) (115) (116) (117) (118) (119) (120) (121) (122) (123) (124) (125) (126) (127) (128) (129) (130) (131) (132) (133) (134) (135) (136) (137) (138) (139) (140) (141) (142) (143) (144) (145) (146) (147) (148) (149) (150) (151) (152) (153) (154) (155) (156) (157) (158) (159) (160) (161) (162) (163) (164) (165) (166) (167) (168) (169) (170)	134 : 23 Santé publique/ épidémiologiste 14 Management de la santé 13 Soins infirmiers 13 Recherche en santé 12 Journalisme 11 Psychologie 9 Sociologie 7 Pharmacologie 3 Cardiologie 3 Soins dentaires 3 Economiste de la santé 3 Médecine interne 3 Médecine d'urgence 2 Chirurgie générale 2 Cancérologie 2 Pneumologie 2 Pédiatrie 1 Neurochirurgie 1 Endocrinologie 1 Ministère de la santé 1 Gynécologue 1 Ergothérapie 1 Otorhinolaryngologie 1 Psychiatrie 1 Comité d'éthique 1 Génétique	234 : 24 articles non trouvés dont 2 doublons 88 Pas assez pertinents / ACP non abordé (Editorial, avis d'expert, administratio n du système de soin) 85 Système de soin américain, PCMH, cursus étudiant. Sans abord de l'ACP. 22 Médecine narrative hors sujet Non anglophone ni francophone : 9 Allemand 1 Espagnol 1 Danois

		<p>27 pertinents: (171) (172) (173) (174) (175) (176) (177) (178) (179) (180) (181) (182) (183) (184) (185) (186) (187) (188) (189) (190) (191) (192) (193) (194) (195) (196) (197)</p> <p>12 très pertinents: (32) (12) (13) (29) (198) (199) (200) (201) (202) (203) (204) (205)</p>		<p>1 Suédois 1 Norvégien 2 Italien 1 Suisse</p>
("Individualized Medicine"[Mesh]) AND ("General Practitioners"[Mesh]) OR "General Practice"[Mesh])	5	0	0	<p>3 Hors sujets 1 en Allemand 1 Médecine narrative hors sujet</p>
((("Individualized Medicine") OR "Patient-Centered Care"[Mesh])) AND ("General Practitioners"[Mesh]) OR "General Practice"[Mesh])	430	0	0	<p>430 Doublons avec la première équation de recherche</p>
((Narration) AND ("General Practitioners" OR "General Practice"))	54	0	0	<p>54 Doublons avec la première équation de recherche</p>
((individualized medicine) AND ("General Practitioners" OR "General Practice"))	81	0	0	<p>81 Doublons avec la première équation de recherche</p>
((personalized medicine) AND ("General Practitioners" OR "General Practice"))	99	0	0	<p>99 Doublons avec la première équation de recherche</p>
((("Patient-Centered Care") AND ("General Practitioners" OR "General Practice")))	295	0	0	<p>295 Doublons avec la première équation de recherche</p>

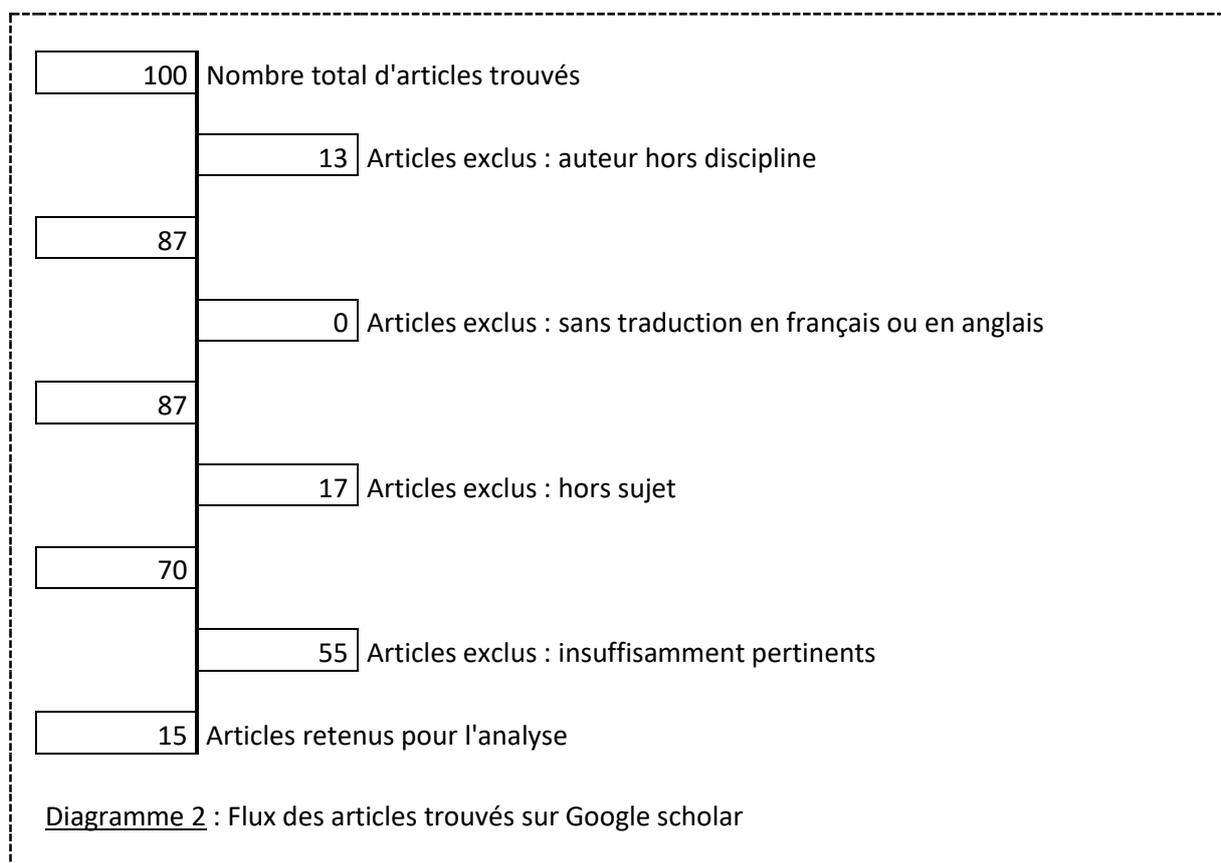
((("precision Medicine") AND ("General Practitioners"[Mesh]) OR "General Practice"[Mesh]))	9	0	0	9 Doublons avec la première équation de recherche
--	---	---	---	---



3.1.2 Recherches sur Google Scholar

La Recherche sur Google scholar a été réalisée après détermination des mots clés indexés dans le MeSH.

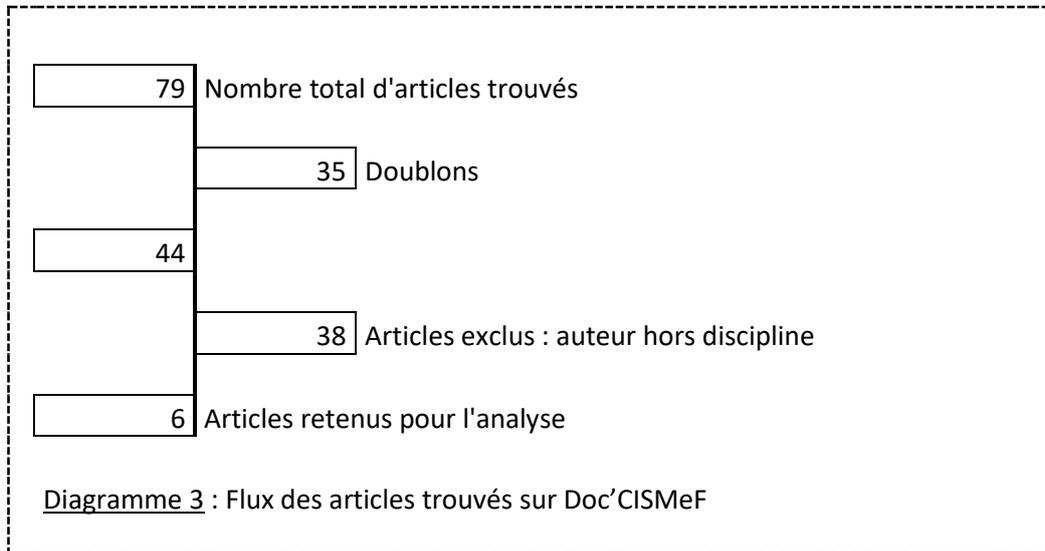
Equation de recherche	Résultat	Articles inclus	Articles exclus : hors discipline	Articles exclus : hors sujet
"médecine personnalisée" et ("médecine générale" ou "médecin généraliste" ou médecin de famille" ou "médecin de famille")	10	4 (206) (207) (208) (209)	1 Cardiologie 1 Politique 1 Génétique	2 Abord ponctuel et inadapté de la MP
"médecine individualisée" et ("médecine générale" ou "médecin généraliste" ou médecin de famille" ou "médecin de famille")	2		2 Non MG	
"médecine centrée patient" et ("médecine générale" ou "médecin généraliste" ou médecin de famille" ou "médecin de famille")	0			
"approche centrée patient" et ("médecine générale" ou "médecin généraliste" ou médecin de famille" ou "médecin de famille")	50 (Dont 1 doublon)	11 (211) (212) (213) (214) (215) (216) (217) (218) (219) (220) (221) ACP évoquée dans les compétences du MG	1 Sociologie 1 Infectiologie 1 Politique/ Santé publique 3 Auteurs non MG	1 Cours sur les compétences du MG 1 Avis d'expert et éditorial peu pertinent 4 Exclus car doublons sur PubMed ou Sudoc 3 Exclus car définitions DES MG sur site facultaires 5 Exclus car mots clés non adaptés
"médecine narrative" et ("médecine générale" ou "médecin généraliste" ou médecin de famille" ou "médecin de famille")	2		(222)2 1 Sociologie 1 Anesthésie- réanimation	
"médecine personnalisée" et "médecine générale"	36 (Dont 3 doublons)	0		



3.1.3 Recherches sur Doc'CISMeF

Equation de recherche	Résultat	Articles inclus	Articles exclus : hors discipline	Articles exclus : hors sujet
Médecine personnalisée	33		1 Endocrinologie 32 Génétique et autres	
(soins centrés sur le patient.mc[TER_MSH]) ET (médecine générale.mc[TER_MSH])	3	3 (25) (223) (224)		
soins centrés sur le patient.mc[TER_MSH]	12	3 (38) (225) (226)	5 Non MG	3 Doublons SSSP et MG 1 Doublon diabète
((soins centrés sur le patient.mc[TER_MSH]) ET (médecins généralistes.mc[TER_MSH]))	0			

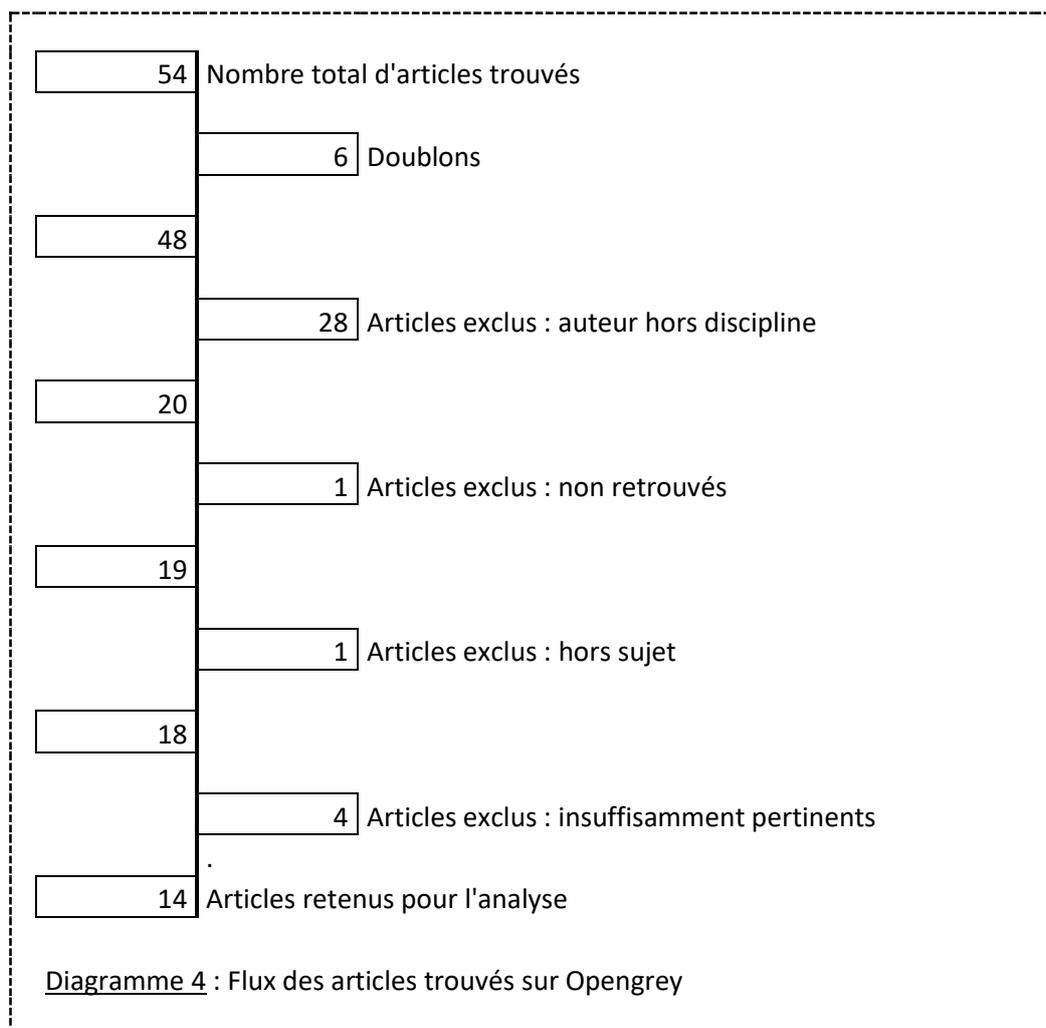
Médecine individualisée	31			31 Doublons médecine personnalisée
-------------------------	----	--	--	------------------------------------



3.1.4 Recherches sur Opengrey

Equation de recherche	Résultat	Articles inclus	Articles exclus : hors discipline	Articles exclus : hors sujet
Médecine personnalisée/individualisée	21	0	21 Pharmacologie et oncologie principalement	
Approche centrée patient	11	8 (227) (228) (229) (230) (231) (232) (233) (234)		3 Doublons Sudoc
Approche centrée sur le patient	12	5 (235) (236) (237) (238) (239)	1 Dentaire	5 Doublons ACP 1 Article non récupérable
« Démarche centrée patient », « Centrage patient », "médecine centrée sur la personne" "médecine centrée patient", "préférences patient", "préférences de la personne"	0			

"soins centrés sur le patient"	1			1 Doublon ACP
"soins centrés sur la personne"	1		1 Oncologie	
"approche centrée sur la personne"	4	1 (240)	1 Psychologie 1 Dentaire	
"préférences du patient"	4		1 Dentaire 1 Santé publique T2A 1 Interniste	1 Non pertinent sur l'HTA



3.1.5 Recherches sur Cochrane

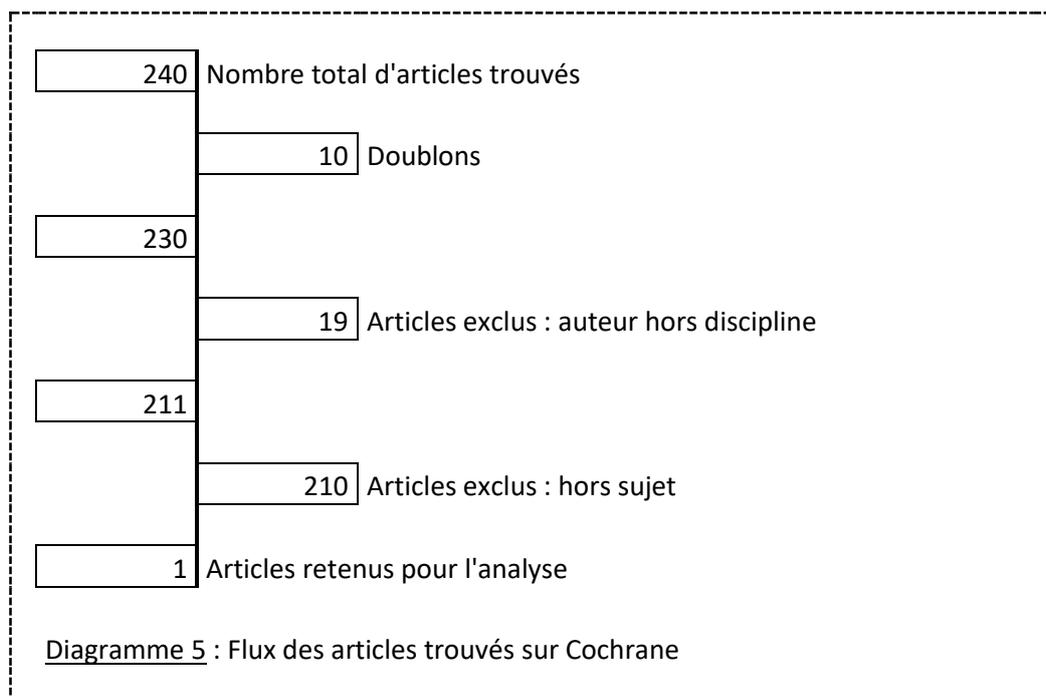
Cochrane Français :

Equation de recherche	Résultat	Articles inclus	Articles exclus : hors discipline	Articles exclus : hors sujet
« Médecine personnalisée »	0			
« Médecine individualisée »	0			
« Médecine de précision »	0			
Approche centrée patient	8	1	4	3

		(6)		
« Personalized medicine »	15	0		15 Abordant le côté génétique et biomarqueurs
« Precision medicine »	7	0		7 Abordant le côté génétique et biomarqueurs
Centré patient	22	0	14	8 Doublons d'approche centrée patient
Centrage patient	2	0	1	1 Doublon ACP
« Approche centrée sur la personne » / « centrée sur le patient » / approche centrée sur la personne	0/1/185			1 Doublon ACP 185 Mot-clé non pertinent

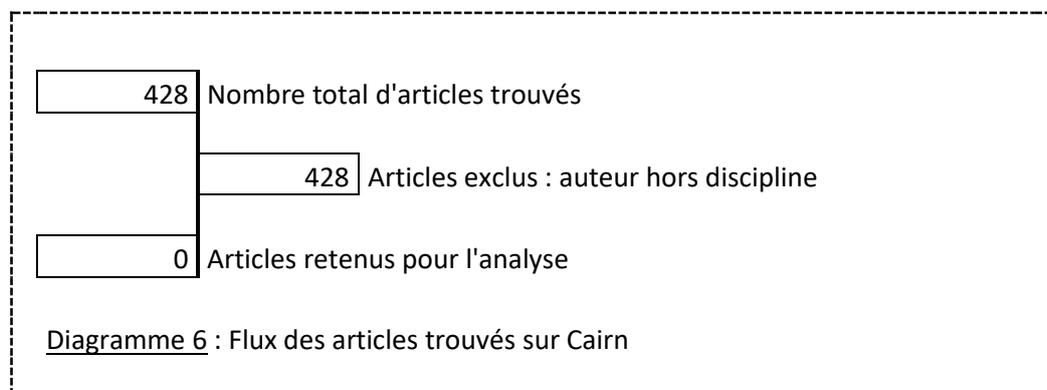
Cochrane library :

Equation de recherche	Résultat	Articles inclus	Articles exclus : hors discipline	Articles exclus : hors sujet
« Patient-centered care »	8	1 (6)	1	Cf. ci dessus
« Personalized medicine »/ « Precision medicine »	15/7	0		Cf. ci-dessus



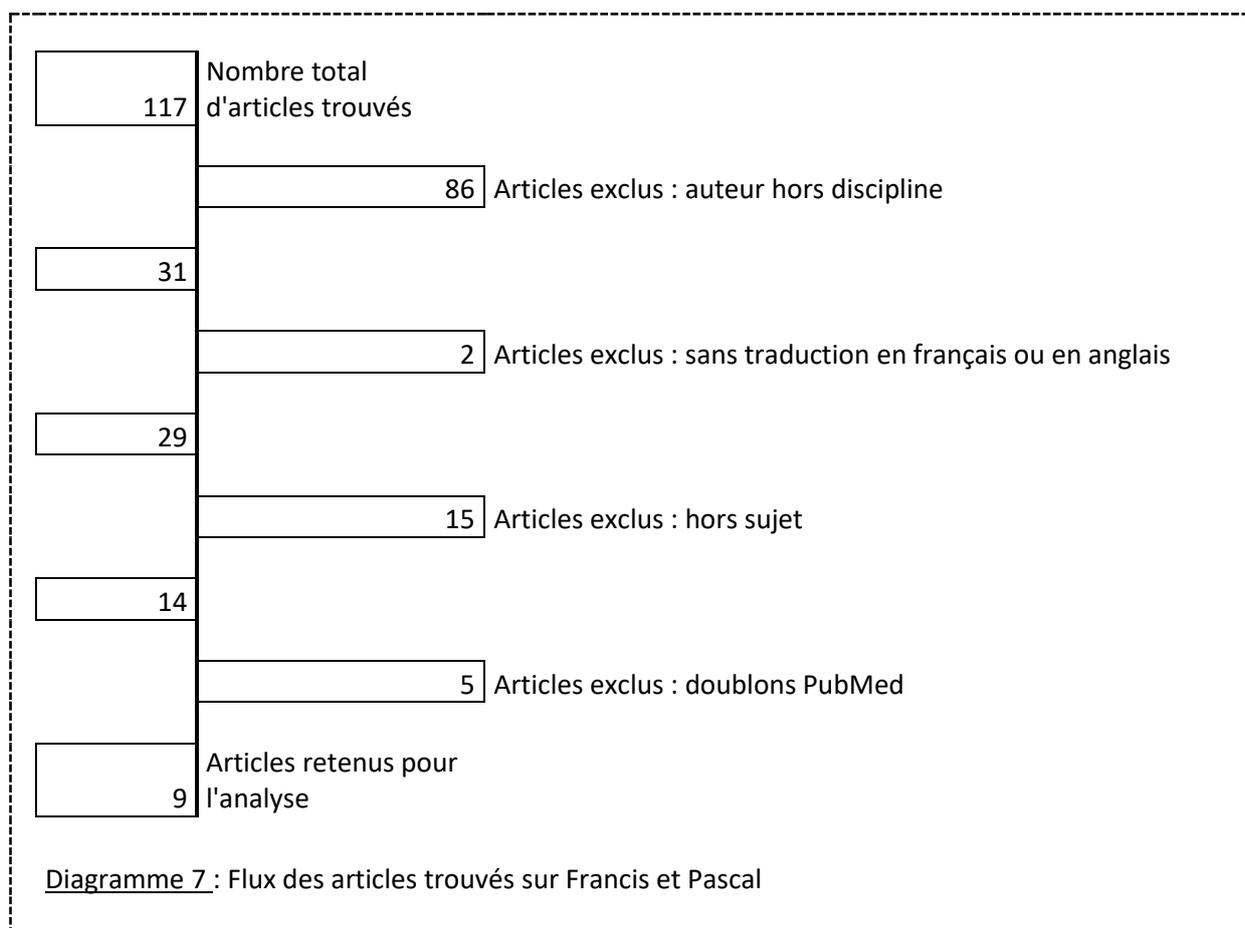
3.1.6 Recherches sur Cairn

Equation de recherche	Résultat	Articles inclus	Articles exclus : hors discipline	Articles exclus : hors sujet
« Médecine personnalisée » / individualisée » / de précision »	82/10/19	0/0/0	82/10/19 (Sociologie, économie, psychologie, psychiatrie principalement)	
« Centré sur le patient » / « centrée sur le patient »	94/185	0/0	94/185	
« Centré sur le patient » et « médecine générale » / « Médecin généraliste » / « centrage patient »	0/0/0	0	0	
« Centrée sur la personne » et « médecine générale »	23	0	23	
Centré patient	15	0	15	
Centré sur le patient	21 765	0		Trop de bruit, pas de tri fait



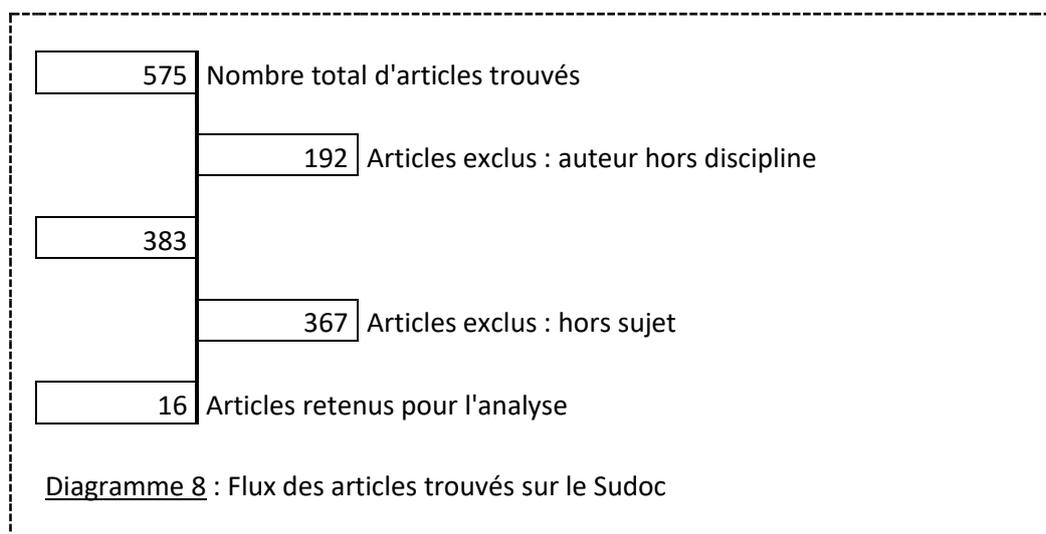
3.1.7 Recherches sur Francis, Pascal

Equation de recherche	Résultat	Articles inclus	Articles exclus : hors discipline	Articles exclus : hors sujet
Médecine personnalisée/individualisée	9	0		9
"approche centrée patient"/ Approche centrée patient et MG	1/1 598 154	0	1 Cardiologie	1598154 Trop de bruit
"approche centrée sur le patient" et "médecine générale"	10240	0		10240 Trop de bruit
"approche centrée sur le patient" et tri domaine scientifique de la source « general medicine »	107	9 (241) (242) (243) (244) (245) (246) (247) (248) (249)	17 Santé publique 10 Médecine interne 8 Management hospitalier/ de la santé 6 Gestion des PCMH et économie de la santé 6 Chirurgie 5 Psychiatrie 4 Oncologie 4 Psychologie 4 Pédagogie universitaire 3 Sociologie de la santé 3 Soins infirmiers 2 Epidémiologie 2 Addictologie 2 Psychiatrie militaire 2 Biologie 2 Gastroentérologie 1 Bioéthique 1 Dentaire 1 Urgence 1 Pneumologie 1 Rhumatologie	5 Doublons PubMed 6 sur PCMH hors sujet 2 en Espagnol



3.1.8 Recherches sur Sudoc

Equation de recherche	Résultat	Articles inclus	Articles exclus : hors discipline	Articles exclus : hors sujet
Médecine personnalisée	159	4 (250) (251) (252) (253)	155 : Pharmacie Informatique...	0
ACP et AC sur le P	25	8 (254) (255) (256) (257) (258) (259– 261)	17 : Sociologie...	0
Soins centrés sur le patient	24	4 (262) (263) (264) (265)	20 : Non MG	0
"approche globale" et "médecine générale"	360/7	0		360/7 ACP non évoquée

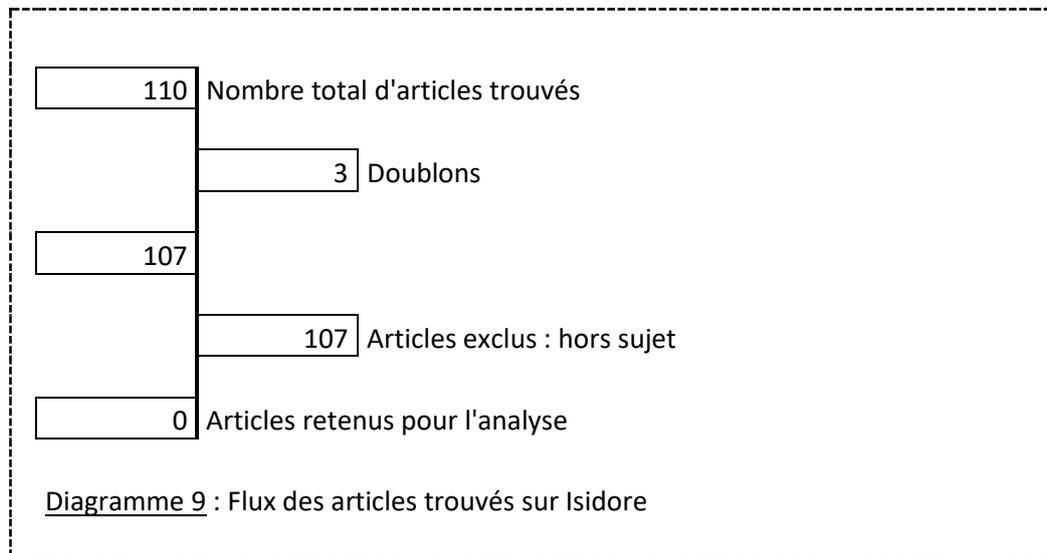


Les recherches sur le Sudoc ont été limitées par l'accès restreint aux résumés pour les deux tiers des thèses retrouvées. En revanche, les thèses retenues ont été récupérées dans leur intégralité.

3.1.9 Recherches sur Isidore

Equation de recherche	Résultat	Articles inclus	Articles exclus : hors discipline	Articles exclus : hors sujet
« Médecine personnalisée »	86	0	10 Droit, 27 Sociologie, 4 Ethique, 3 Radiologie interventionnelle, 9 Santé publique, 3 Génétique de pointe, 7 Oncologie, 10 Economie et finance 3 Psychologie 3 Histoire 1 Pharmacologie 6 Science de la communication	0
"approche centrée patient"	2	0	1 Management	1 Doublet Sudoc
"approche centrée sur le patient"	8	0	4 Sociologie de la santé 1 Infirmier 1 Economie et finance de la santé	2 Doublets « approche centrée patient »

			1 Psychologie	
"centrage patient"	0	0	0	0
"centré patient"	3	0	3 Sciences de l'information et de la communication	0
« Médecine de précision »	11	0	11	0



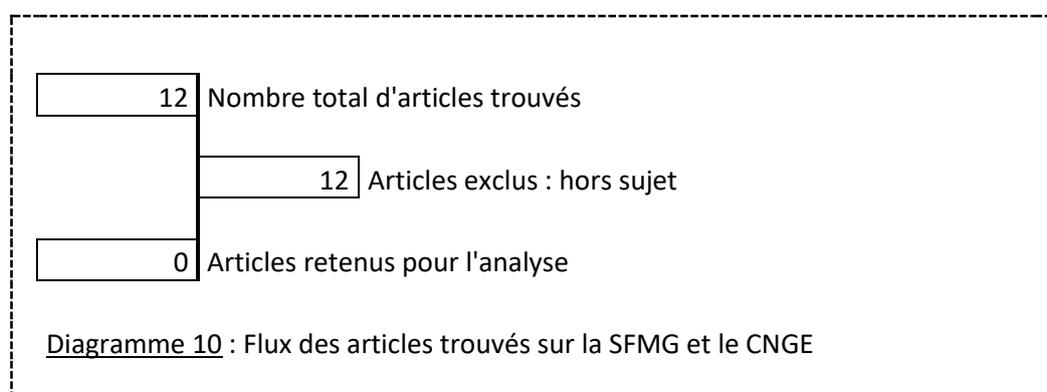
3.1.10 Recherches sur le site de la SFMG et du CNGE

CNGE

Equation de recherche	Résultat	Articles inclus	Articles exclus : hors discipline	Articles exclus : hors sujet
Médecine personnalisée	5	0	0	5
ACP, centrage patient, centrage, approche centrée sur le patient, approche centrée sur la personne, soins centrés sur le patient	0	0	0	0
Médecine individualisée	1	0	0	1
Préférence patient/préférences patient/ préférence du patient	3/2/0	0	0	5

SFMG

Equation de recherche	Résultat	Articles inclus	Articles exclus : hors discipline	Articles exclus : hors sujet
Médecine personnalisée	0	0	0	0
ACP, centrage patient, centrage, approche centrée sur le patient, approche centrée sur la personne, soins centrés sur le patient	0	0	0	0
Médecine individualisée/ individualisé	0	0	0	0
Médecine centrée patient	1	0	0	1



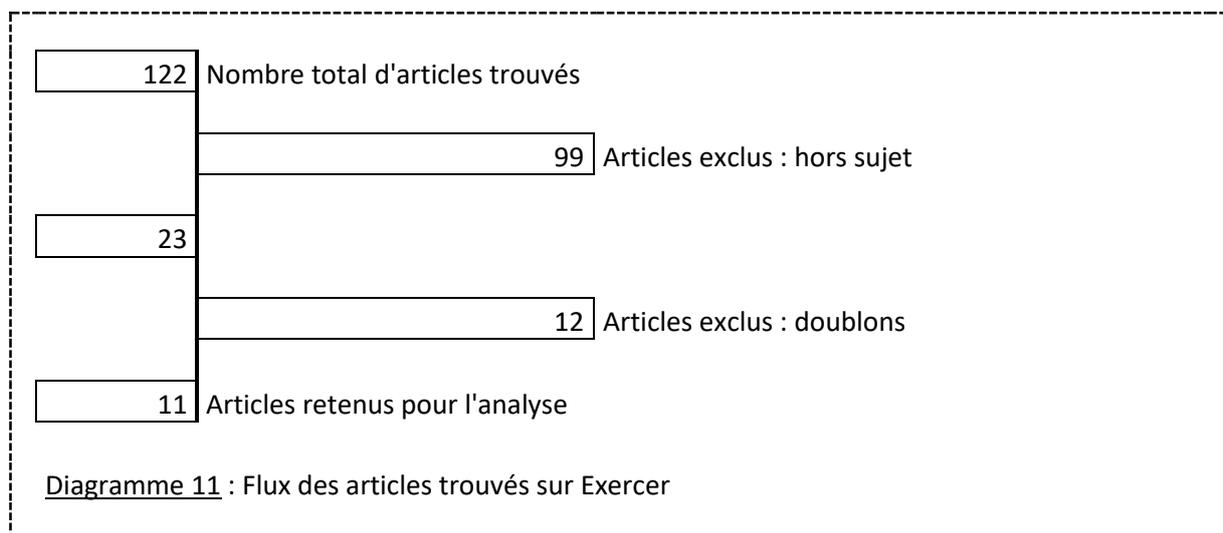
3.1.11 Recherches sur les revues françaises de médecine générale

Exercer

Equation de recherche	Résultats	Articles inclus	Articles exclus : doublons	Articles exclus : Hors sujet
Médecine individualisée	0			
Médecine personnalisée	0			
Approche centrée sur le patient	2	2 (33) (266)		
Centré	50	6 (267) (268) (269) (270) (271) (272)	3	41 1 Concernant l'usage de la cigarette électronique

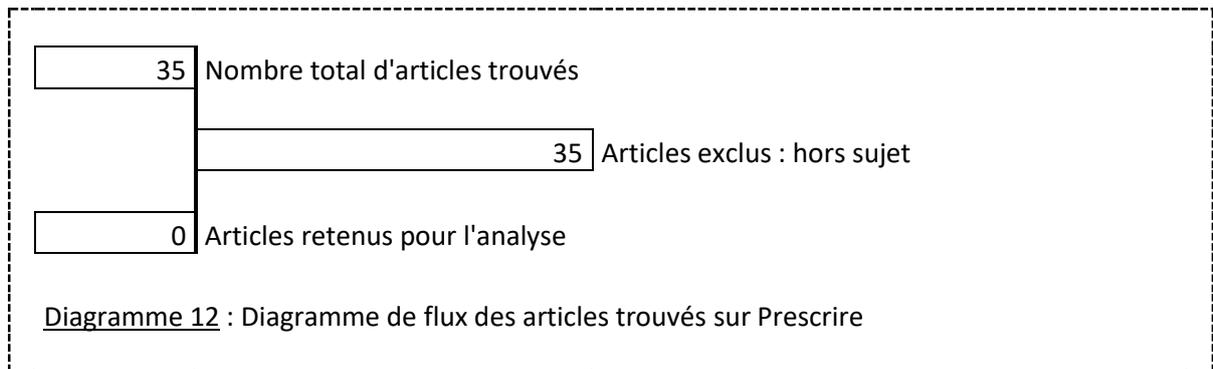
				1 Concernant l'approche pédagogique 2 Réglementation 4 Pharmacologie 33-Articles contenant un mot clé erroné
Centrée	6	0	4	2 1 Pharmacologie, 1 article avec mot clé centré sur problème de vie.
Centrer	8	0	2	6 1 Réglementation 1 Evaluation des étudiants 1 Mot clé erroné : 1 article sur le centrage sur soins purement médicaux 1 article avec mot clé concernant l'approche pédagogique de l'erreur 1 article avec mot clé concernant les processus cognitifs d'apprentissage des internes.
Centrage	2	1 (273)	0	1 1 article avec mot clé concernant les propositions d'organisation des soins primaires
Individualisé	0			
Individualisée	0			
Personnalisé	4	0		4 1 article sur la coordination des soins sans abord de l'ACP 1 Infirmier

				1 Prévention 1 Diabétique
Personnalisée	3	0	1	2 1 Infirmier 1 Diabétique
Global	47	2 (274) (28)	2	43 Hors sujet



Prescrire

Equation de recherche	Résultats	Articles inclus	Articles exclus
« Médecine individualisée » / individualisé	0/0	0/0	
« Médecine personnalisée »	0	0	
« Approche centrée sur le patient » / « centré patient » / centrage/approche	0/24/10	0	10 : sur l'utilisation générique du terme (approche pluriprofessionnelle, probabiliste...) Ex : « c'est la maladie dont souffre le patient qui doit être placée au centre des préoccupations »
« Médecine de précision » / précision	0/1	0	1 cours encart hors sujet.



3.2 Classification thématique des articles

3.2.1 Recherches sur PubMed

		Norme professionnelle	Orientation génétique	Outil diagnostic (aide à la compréhension)	Outil décisionnel
Maladie chronique	Diagnostic	3 (57) (74) (80)	1 (113)	25 (55) (56) (58) (61-66) (67) (69) (70) (84) (89) (90) (97) (103) (110) (15) (117) (198) (147) (160) (162) (126)	25 (55) (56) (57) (58) (61-66) (67) (69) (70) (84) (89) (90) (103) (110) (15) (117) (198) (147) (160) (162) (126)
	Pris en charge	3 (57) (74) (80)	0	30 (55) (56) (58) (61-66) (67) (69) (70) (84) (89) (90) (96,97) (103) (106) (110) (117) (127) (198) (143) (147) (178) (160) (162) (126) (177)	34 (55) (56) (57) (58) (61-66) (67) (69) (70) (84) (89) (90) (96,97) (103) (106) (67) (110) (117) (110) (117) (191) (17) (195) (127) (198) (143) (147) (178) (160) (162) (126) (177)
	Thérapeutique	3 (57) (74) (80)	0	30 (55) (56) (58) (61-66) (69) (70) (84) (89) (90) (96,97)	30 (55) (56) (57) (58) (61-66) (69) (70) (84) (89) (90)

				(103) (67) (110) (198) (143) (147) (178) (160) (162) (126) (177)	(96,97) (103) (67) (110) (17) (195) (198) (143) (147) (178) (160) (162) (126) (177)
	Education thérapeutique	2 (57) (80)		27 (55) (56) (61- 66) (69) (70) (84) (89) (90) (96,97) (103) (67) (110) (117) (194) (198) (143) (147) (178) (160) (162) (126)	28 (55) (56) (61- 66) (69) (70) (84) (89) (90) (96,97) (103) (67) (110) (117) (194) (195) (198) (143) (147) (178) (160) (162) (126)
Multimorbidité		2 (57) (80)	0	21 (55) (56) (61- 66) (69) (70) (84) (90) (97) (103) (67) (128) (132) (147) (176) (148) (125)	22 (55) (56) (61- 66) (69) (70) (84) (89) (90) (103) (67) (17) (128) (132) (147) (176) (148) (125)
Maladie aigue	Diagnostic	1 (146)	1 (113)	15 (61-66) (76) (97) (67) (111) (15) (117) (172) (153) (156)	8 (109) (111) (15) (117) (191) (172) (153) (156)
	Prise en charge	0	0	10 (61-66) (97) (106) (67) (156)	3 (106) (191) (156)
	Thérapeutique	0	0	9 (61-66) (97) (67) (156)	1 (156)
Formation et enseignement		22 (77) (78) (79) (80) (81) (83) (85) (87) (275) (99) (100) (101) (114) (184) (115) (185) (196) (171) (141) (200) (136) (140)	2 (171) (141)	30 (76) (88) (97) (102) (103) (105) (107) (108) (61-66) (67) (68) (112) (15) (119) (16) (190) (127) (139) (144) (138) (157) (32) (12) (98) (150)	26 (103) (105) (107) (108) (61-66) (67) (68) (111) (112) (15) (119) (16) (190) (127) (139) (144) (138) (157) (32) (12) (98) (150)

Hors pathologie	9 (60) (276) (186) (142) (174) (137) (149) (95) (151)	0	3 (60) (277) (104)	2 (277) (104)
Réflexion générale	12 (59) (72) (73) (100) (122) (192) (193) (135) (175) (154) (159) (161) (164) (169) (82) (130)	0	48 (56) (58) (70) (71) (75) (86) (91) (93) (92) (116) (118) (119) (121) (16) (189) (124) (197) (129) (199) (198) (131) (133) (145) (29) (147) (202) (152) (203) (155) (179) (158) (204) (181) (182) (205) (163) (183) (165) (166) (167) (13) (94) (120) (123) (134) (173) (180) (201)	47 (56) (58) (70) (71) (75) (86) (116) (118) (119) (121) (16) (187) (188) (189) (124) (197) (129) (199) (198) (131) (133) (145) (29) (147) (202) (152) (203) (155) (203) (155) (179) (158) (179) (158) (204) (181) (204) (181) (182) (205) (182) (205) (163) (183) (163) (183) (165) (166) (167) (13) (94) (167) (13) (94) (120) (123) (120) (123) (173) (134) (180) (201)

	Norme	Outil
Inclus la subjectivité du patient	14 (60) (74) (275) (101) (113) (193) (174) (149) (159) (161) (164) (82) (130) (151)	86 (55) (56) (57) (58) (60) (61-66) (67) (69) (70) (71) (75) (76) (84) (88) (86) (89) (90) (96,97) (277) (102) (103) (105) (106) (107) (108) (68) (109) (110) (111) (118) (112) (116) (15) (117) (119) (121) (16) (189) (190) (191) (124) (17) (194) (195) (197) (127) (129) (199) (198) (131) (133) (145) (29) (147) (202) (152) (203) (155) (179) (158) (204) (181) (182) (205) (163) (183) (165) (166) (167) (13) (94) (120) (125) (126) (134) (150) (173) (177) (180) (201)

Terme générique (regroupant ATCD, CSP...)	49 (57) (59) (60) (72) (73) (74) (276) (77) (78) (79) (80) (81) (83) (85) (87,99) (100) (101) (100) (113) (114) (184) (115) (185) (186) (122) (192) (193) (196) (171) (141) (200) (142) (135) (174) (146) (136) (175) (137) (149) (154) (159) (161) (164) (82) (95) (130) (140) (151)	104 (55) (56) (57) (58) (60) (61–66) (69) (70) (76) (84) (88) (86) (89) (90) (96,97) (277) (103) (104) (105) (106) (107) (108) (67) (68) (109) (110) (111) (112) (116) (15) (118) (117) (119) (121) (16) (187) (188) (189) (190) (191) (124) (17) (194) (195) (197) (127) (128) (129) (199) (198) (131) (132) (139) (143) (144) (145) (29) (120) (123) (133) (172) (147) (176) (148) (202) (152) (153) (203) (178) (155) (179) (156) (157) (158) (204) (160) (181) (162) (182) (205) (163) (183) (32) (12) (165) (166) (167) (13) (94) (98) (125) (126) (134) (150) (173) (177) (180) (201)
---	--	--

3.2.2 Recherches sur Google Scholar

		Norme professionnelle	Orientation génétique	Outil diagnostic (aide à la compréhension)	Outil décisionnel
Maladie chronique	Diagnostic	1 (220)		1 (209)	1 (209)
	Prise en charge			3 (209) (214) (218)	2 (209) (218)
	Thérapeutique	1 (215)		3 (209) (216) (218)	3 (209) (216) (218)
	Education thérapeutique			2 (209) (214)	1 (209)
Multimorbidité				1 (209)	1 (209)
Maladie aiguë	Diagnostic			1 (209)	1 (209)
	Prise en charge			1 (209)	1 (209)
	Thérapeutique	1 (215)		1 (209)	1 (209)
Formation et enseignement		3 (211) (212) (213)			
Hors pathologie					
Réflexion générale		5 (206)(207)(208) (219) (221)		2 (209) (217)	2 (209) (217)

	Norme	Outil
Inclus la subjectivité du patient	6 (207) (211) (215) (219) (220) (221)	5 (209) (214) (216) (217) (218)
Terme générique (regroupant ATCD, CSP...)	9 (206) (208) (211) (212) (213) (215) (219) (220) (221)	5 (209) (214) (216) (217) (218)

3.2.3 Recherches sur Doc'CISMeF

		Norme professionnelle	Orientation génétique	Outil diagnostic (aide à la compréhension)	Outil décisionnel
Maladie chronique	Diagnostic				
	Prise en charge				1 (226)
	Thérapeutique				1 (226)
	Education thérapeutique				1 (226)
Multimorbidité				2 (25) (224)	2 (25) (224)
Maladie aigue	Diagnostic				
	Prise en charge				
	Thérapeutique				
Formation et enseignement				1 (225)	1 (225)
Hors pathologie					
Réflexion générale				2 (223) (38)	2 (223) (38)

	Norme	Outil
Inclus la subjectivité du patient		6 (25) (223) (224) (226) (225) (38)
Terme générique (regroupant ATCD, CSP...)		6 (25) (223) (224) (226) (225) (38)

3.2.4 Recherches sur le Sudoc

		Norme professionnelle	Orientation génétique	Outil diagnostic (aide à la compréhension)	Outil décisionnel
Maladie chronique	Diagnostic	1 (251)		5 (254) (252) (255) (258) (262)	6 (254) (252) (255) (258) (262) (263)
	Prise en charge	1 (251)		6 (254) (250) (252) (255) (258) (262)	7 (254) (250) (252) (255) (258) (262) (263)
	Thérapeutique	2 (251) (218)		6 (254) (250) (252) (255) (258) (262)	7 (254) (250) (252) (255) (258) (262) (263)
	Education thérapeutique	1 (251)		6 (254) (250) (252) (255) (258) (262)	7 (254) (250) (252) (255) (258) (262) (263)
Multimorbidité					
Maladie aigue	Diagnostic			2 (262) (264)	2 (262) (264)
	Prise en charge			2 (262) (264)	2 (262) (264)
	Thérapeutique			2 (262) (264)	2 (262) (264)
Formation et enseignement		3 (259–261)			1 (256)
Hors pathologie					
Réflexion générale		2 (253) sur relation avec HAD. (265) nécessitant une formation spécifique, préalable à la décision partagée			2 (257) (255)

	Norme	Outil diagnostique ou décisionnel
Inclus la subjectivité du patient	6 (251) (259–261) (265) (218)	10 (254) (250) (252) (255) (256) (257) (258) (262) (263) (264)
Terme générique (regroupant ATCD, CSP...)	6 (251) (259–261) (265) (218)	10 (254) (250) (252) (255) (256) (257) (258) (262) (263) (264)

3.2.5 Recherches sur Opengrey

		Norme professionnelle	Orientation génétique	Outil diagnostique (aide à la compréhension)	Outil décisionnel
Maladie chronique	Diagnostic				
	Prise en charge			4 (230) (228) (231) (232)	4 (230) (228) (231) (232)
	Thérapeutique			4 (230) (228) (232) (239)	4 (230) (228) (232) (239)
	Education thérapeutique	1 (235)		2 (230) (228)	2 (230) (228)
Multimorbidité				2 (237) (233)	2 (237) (233)
Maladie aiguë	Diagnostic	1 (238)			
	Prise en charge				
	Thérapeutique				
Formation et enseignement				2 (236) (227)	2 (236) (227)
Hors pathologie		1 (234)			
Réflexion générale				2 (240) (229)	2 (240) (229)

	Norme	Outil
Inclus la subjectivité du patient	2 (234) (235)	11 (230) (228) (231) (232) (236) (237) (239) (240) (227) (229) (233)
Terme générique (regroupant ATCD, CSP...)	3 (234) (235) (238)	11 (230) (228) (231) (232) (236) (237) (239) (240) (227) (229) (233)

3.2.6 Recherches sur Cochrane français

		Norme professionnelle	Orientation génétique	Outil diagnostic (aide à la compréhension)	Outil décisionnel
Maladie chronique	Diagnostic				
	Prise en charge				
	Thérapeutique				
	Education thérapeutique				
Multimorbidité					
Maladie aiguë	Diagnostic				
	Prise en charge				
	Thérapeutique				
Formation et enseignement					
Hors pathologie					
Réflexion générale				1 (6)	1 (6)

	Norme	Outil
Inclus la subjectivité du patient	0	1 (6)
Terme générique (regroupant ATCD, CSP...)	0	1 (6)

3.2.7 Recherches sur Cairn et Isidore

La principale difficulté de recherche a été de retrouver la profession des auteurs (médecin généraliste ou non). Il existe de très nombreux articles traitant de ce concept en dehors de la médecine générale : notamment dans les champs infirmiers, psychiatriques, psychologiques, sociologiques, de l'économie, de l'éthique, de la santé publique ou encore de l'histoire. Cette richesse pourrait être un point à développer dans un travail plus large sur l'ACP.

3.2.8 Recherches sur Francis, Pascal

		Norme professionnelle	Orientation génétique	Outil diagnostic (aide à la compréhension)	Outil décisionnel
Maladie chronique	Diagnostic	1 (248)		2 (246) (247)	2 (246) (247)
	Prise en charge	1 (248)		2 (246) (247)	2 (246) (247)
	Thérapeutique	1 (248)		2 (246) (247)	2 (246) (247)
	Education thérapeutique	1 (248)		2 (246) (247)	2 (246) (247)
Multimorbidité					
Maladie aiguë	Diagnostic				
	Prise en charge				
	Thérapeutique				
Formation et enseignement		1 (241)		1 (245)	1 (245)
Hors pathologie				1 (242)	1 (242)
Réflexion générale		1 (244)		2 (243) (249)	2 (243) (249)

	Norme	Outil
Inclus la subjectivité du patient	3 (241) (244) et du médecin (248)	6 (242) (243) (245) (246) (247) (249)
Terme générique (regroupant ATCD, CSP...)	3 (241) (244) (248)	6 (242) (243) (245) (246) (247) (249)

3.2.9 Recherches sur le site de la SFMG et du CNGE

Contre toute attente, les recherches sur ces 2 sites représentatifs de la communauté de médecine générale en France n'ont retrouvé aucun résultat pertinent.

Pr Vincent Renard¹ dans sa lettre de vœux en 2013 (278) utilisait le terme « médecine centrée patient » mais au sens de ne pas oublier le patient dans notre société. A ce titre, cet article ne pouvait pas être inclus.

Sur le site du CNGE, l'article traitant des concepts et principes de la médecine générale (279) ne contenait pas l'ACP dans son contenu, seulement dans la marguerite des compétences qui y était exposée.

¹ Président du CNGE à partir de 2008

Il a été remarqué que le terme « médecine personnalisée » avait été utilisé en 2013 par le directeur du comité scientifique Mr Gallais dans un éditorial pour qualifier une médecine centrée patient, et non pour évoquer la médecine de précision (280). Se posait la question encore une fois de la précision du vocabulaire scientifique et de son utilisation.

3.2.10 Recherches sur les revues françaises de médecine générale

Exercer

		Norme professionnelle	Orientation génétique	Outil diagnostic (aide à la compréhension)	Outil décisionnel
Maladie chronique	Diagnostic				
	Prise en charge				
	Thérapeutique			1 (274)	1 (274)
	Education thérapeutique			1 (274)	1 (274)
Multimorbidité		1 (271)			
Maladie aiguë	Diagnostic				
	Prise en charge				
	Thérapeutique				
Formation et enseignement		4 (33) (266) (267) (270)			
Hors pathologie		2 (268) (28)			
Réflexion générale		3 (269) (273) (272)			

	Norme	Outil
Inclus la subjectivité du patient	6 (33) (266) (268) (269) (271) (272)	1 (274)
Terme générique (regroupant ATCD, CSP...)	10 (33) (266) (267) (268) (269) (270) (271) (273) (28) (272)	1 (274)

Prescrire

Pas d'article retenu

3.3 Complément de recherche

Afin de mieux comprendre le contenu de certains articles et de permettre une meilleure analyse des résultats, j'ai fait une recherche libre complémentaire.

3.3.1 Maisons de santé pluriprofessionnelles.

La forte prévalence des articles internationaux évoquant les maisons de santé centrées sur le patient a motivé la recherche plus approfondie sur ce thème en France et à l'étranger.

La mise en place, aux Etats-Unis d'Amérique en 2008 des "Patient-Centered Medical Home" (PCMH) a suscité de nombreux débats et polémiques comme en atteste le nombre d'articles que j'ai exclu de mon analyse. Je n'ai pas retrouvé de base théorique ou conceptuelle (auteur ou article princeps) sur laquelle repose cette appellation. Cette dernière repose sur un faisceau d'arguments selon lequel l'ACP constituerait une des 6 principales caractéristiques de la médecine du 21^{ème} siècle (121). A ce titre, sept attributs des soins primaires centrés sur le patient sont proposés pour améliorer cette dimension des soins :

- L'accès aux soins,
- L'engagement des patients dans les soins,
- Les systèmes d'information,
- La coordination des soins,
- Les soins en équipe intégrés et complets,
- Les enquêtes sur les soins axés sur le patient,
- L'information accessible au public.

L'American Academy of Family Physicians (AAFP) (281) ajoute à cette liste :

- La nécessité d'avoir un médecin personnel qui coordonne la prise en charge,
- Une orientation globale de la personne,
- Des soins coordonnés en tenant compte du système de santé et du contexte du patient,
- Améliorer la qualité et la sécurité des soins,
- Améliorer l'accès aux soins,
- La revalorisation financière.

La transformation en PCMH nécessite un changement plus vaste que l'amélioration des soins du diabète ou de quelques maladies chroniques sur lesquelles l'approche centrée patient a été démontrée comme efficace. Le Projet National de Démonstration Américain a montré que même avec 2 ans d'aides intenses, la mise en œuvre de toutes les composantes d'une PCMH était très difficile (282) (100). Pour réussir comme PCMH, les pratiques doivent être adaptatives, capables d'apprentissage continu et aptes à l'auto-évaluation, la réflexion, et l'improvisation. Le constat de la nécessité d'une meilleure qualité de formation est flagrant. En effet, proposer une formation identique à tous les médecins et donc à toutes les pratiques n'est pas pertinente. Mieux vaut s'enquérir préalablement des motivations et des capacités

de chaque médecin ou maison de santé afin de produire un contenu de formation adapté (141) (98) (91).

Après 2 ans de mise en œuvre des composantes PCMH, il a été constaté de petites améliorations de la qualité des soins (avec des scores et échelles), mais pas du point de vue du patient (283).

Dans deux articles américains (223) (284) sont énoncées 10 caractéristiques nécessaires pour mettre en place une maison de santé dite de haute performance en comparaison à une maison de santé traditionnelle :

1	Vision claire et objectifs concrets
2	Commande de processus basée sur les données avec pour objectif l'amélioration
3	Responsabilité définie ou interlocuteurs pour les patients
4	Prise en charge gérée par un équipe
5	Partenariat entre le patient et l'équipe d'accompagnement
6	Gestion basée sur la population (y compris prévention, accompagnement à long terme)
7	Continuité de la prise en charge
8	Accessibilité de la prise en charge
9	Pris en charge complète et coordonnée
10	Prise en charge porteuse d'avenir (différentes formes d'accompagnement, y compris visites électroniques, consultations téléphoniques, rdv de groupe, rdv d'équipe, etc.)

Tableau 1 : Les 10 caractéristiques de centres de santé « high performance », selon Th Bodenheimer (284).

Des maisons de santé axées sur le patient se sont aussi développées dans d'autres pays :

- En Australie, un questionnaire est ouvert suite à une revue de littérature (82) favorable à son implantation pour les patients notamment pour ce qui est de l'accès, de la coordination, des résultats et des suivis de maladies chroniques (285).
- Le modèle FHT (Family health team) en Ontario au Canada est conçu pour élargir la capacité des soins primaires par le développement d'équipes interdisciplinaires et d'améliorer l'étendue et la qualité des soins, avec un programme de financement spécifique. L'amélioration de la satisfaction des médecins et des patients a été prouvée (149).
- Au Royaume-Uni, une vraie politique de santé publique avec le National Health Service (système de santé publique du Royaume-Uni), avec notamment des points délivrés pour encourager les omnipraticiens à faire de l'ACP (286).

En France, le livre de Daniel Coutant et François Tuffreau (287) reprend l'histoire et les caractéristiques des maisons de santé pluridisciplinaires ou pluriprofessionnelles (MSP). Celles-ci sont inscrites dans la loi de financement de la sécurité sociale en décembre 2007 : « Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions sociales. Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels de santé et peuvent associer des personnels médico-sociaux. »

La base de la création d'une MSP est le « projet de santé » comprenant un projet professionnel et un projet d'organisation de la prise en charge en lien avec l'ARS. Aucune directive n'a été publiée pour favoriser l'élaboration d'un projet « centré sur le patient ».

La MSP doit être constituée de minimum deux médecins et un paramédical (en moyenne 5 médecins et 9 paramédicaux). Ses missions sont selon la loi HPST de 2009 :

- Assure la continuité des soins 8-20h et samedi matin et vacances scolaires.
- Coordination en interne : travailler ensemble, projet pro, organisation des soins, planifier l'activité, former les patients, temps de réunion autour de cas complexes (règlement arbitral) : rémunération de cette coordination. Salle de réunion.
- Coordination en externe (temps reconnu et rémunérer).
- Faire de la prévention (participer aux réseaux déjà existants).
- Recevoir des étudiants.

Un des objectifs principaux est d'améliorer la qualité des soins en faisant émerger un besoin et en essayant d'y répondre. Cela valorise les compétences des professionnels. Un autre objectif important est l'absorption de l'épuisement et de l'isolement des médecins en donnant un meilleur confort d'exercice. On retrouve des aspects du centrage patient, par le projet de soin et le « travailler ensemble », mais sans citer le concept. En revanche, un point crucial de l'ACP est manquant : le cahier des charges des MSP ne prévoit pas une représentation des usagers au sein des MSP.

Afin de favoriser l'organisation et le développement de ces structures, un nouveau métier expérimental se crée : coordonnateur de MSP (facilitateur qualité). La formation s'étale sur deux ans et est financée par la CPAM, ce qui valorise les compétences des professionnels.

3.3.2 Modèles d'amélioration des pratiques

Le processus de changement du Modèle Trans-théorique (288) qui associe « 6 processus cognitivo-émotionnels liés à l'expérience vécue du patient (Prise de conscience, soulagement émotionnel, réévaluation de soi et de l'environnement, libération de soi, libération sociale) et 4 processus comportementaux (relation d'aide, l'autocontrôle, le contre conditionnement, le renforcement du maintien) qui accompagnent le changement. Ce processus est à repérer et à favoriser dans le cadre de la relation thérapeutique. » (255).

« L'entretien motivationnel propose de faire émerger un « discours changement » en faisant exprimer la personne sur son ambivalence, sa balance décisionnelle entre « le pour et le contre » du changement, ses conflits entre attraction et évitement vis-à-vis du changement, la dissonance cognitive qui existe entre la situation actuelle perçue et ses objectifs, ses souhaits ou ses désirs. « Rouler » avec les résistances et les blocages défensifs est préférable à une attitude de confrontation direct entre professionnel et patient. » (289).

Une étude (127) compare 3 modèles de formation dans une dynamique centrée patient concernant le diabète :

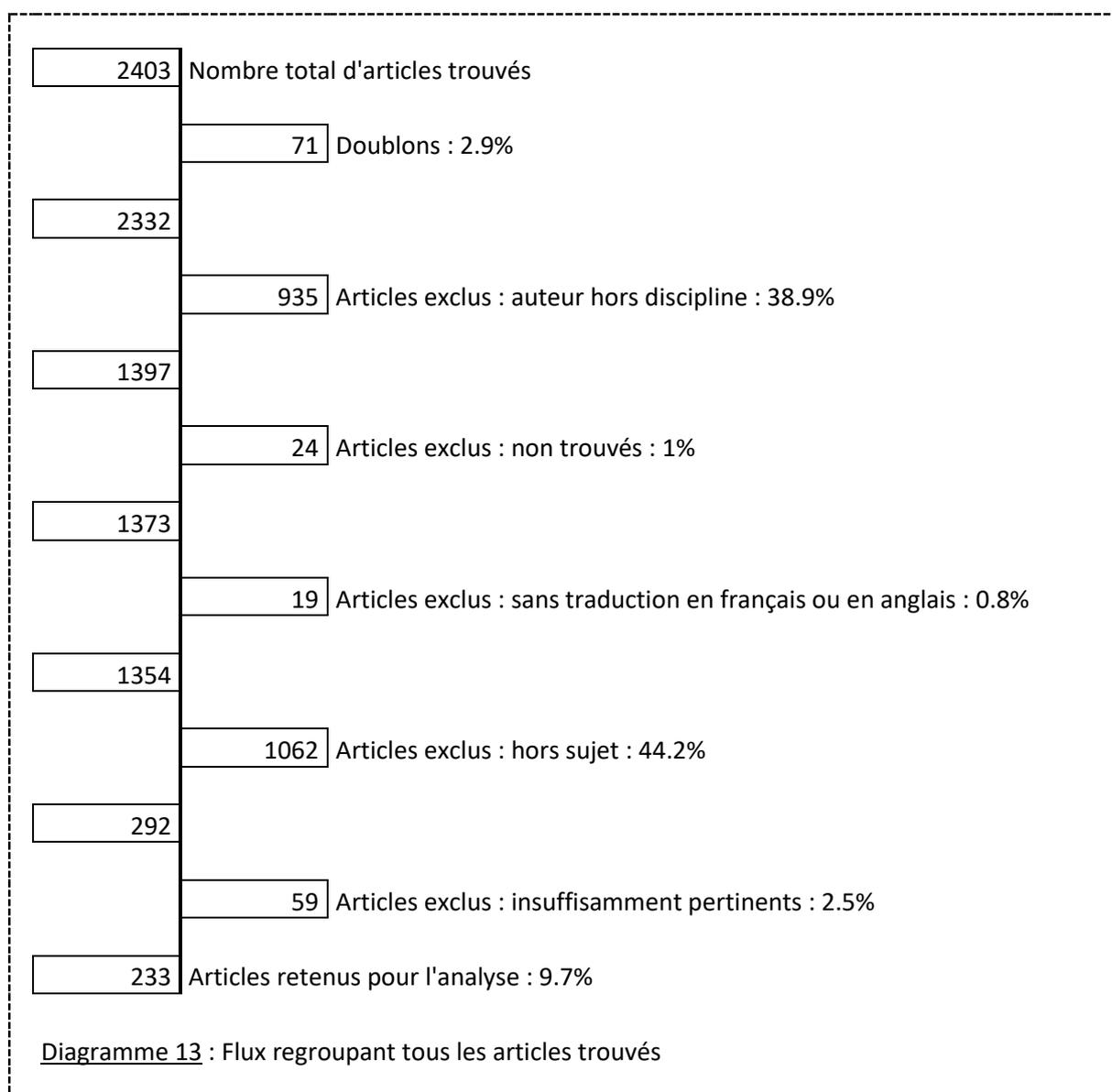
- La formation continue ou en anglais « continuous quality improvement » (CQI),
- L'auto-formation ou « self-directed practices »,
- Le modèle de l'approche réflexive RAP (reflective adaptive process) vise à faciliter la mise en place d'une organisation apprenante adaptative qui peut générer des efforts continus pour améliorer le fonctionnement général de la pratique, y compris des mesures de qualité.

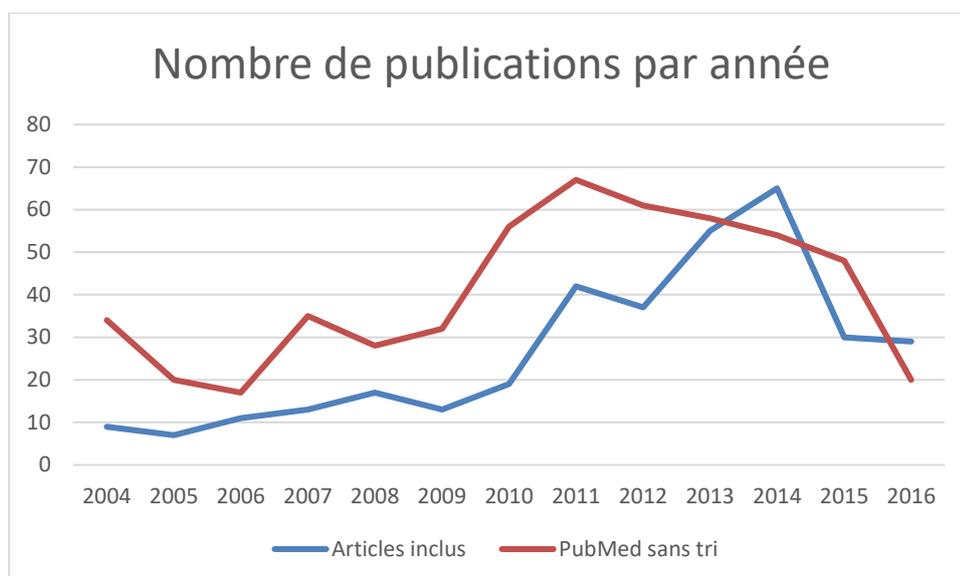
La formation continue apporte davantage que les deux autres pour les mesures de qualité du diabète, mais pas dans le changement des types de pratiques par les médecins (127).

3.4 Analyse du contenu

3.4.1 Analyse des tableaux de recherche

Avec l'objectif de clarifier les tableaux de recherche et de classification thématique j'ai regroupé les données :





Graphique 1 : Nombre de publications par années (pour les articles inclus dans l’analyse et pour les articles retrouvés dans PubMed avant tri.)

Analyse descriptive quantitative des tableaux thématiques :

		Norme professionnelle	Orientation génétique	Outil diagnostic (aide à la compréhension)	Outil décisionnel	Totaux
Maladie chronique	Diagnostic	6	1	33	32	72
	Prise en charge	5	0	45	50	100
	Thérapeutique	7	0	46	48	101
	Education thérapeutique	4	0	34	36	74
Multimorbidité		3	0	26	27	56
Maladie aigue	Diagnostic	1	1	18	11	31
	Prise en charge	0	0	13	7	20
	Thérapeutique	2	0	12	4	18
Formation et enseignement		33	2	35	31	101
Hors pathologie		12	0	4	3	19
Réflexion générale		23	0	57	58	138
Totaux		96	4	323	307	

	Norme	Outil	Totaux
Inclus la subjectivité du patient	37	126	163
Terme générique (regroupant ATCD, CSP...)	82	151	233

Un des objectifs de cette thèse étant d'identifier si le concept d'approche centrée patient apparaît comme une norme professionnelle ou un outil d'amélioration de la pratique ainsi que la place de la génétique, j'ai repris les différents points suivants :

3.4.1.1 Concernant l'orientation génétique du concept :

Je suis parti de l'hypothèse qu'il y aurait une confusion entre médecine personnalisée/de précision et l'approche centrée patient. Il est clair que les auteurs issus de la discipline évoquent peu l'orientation génétique de la médecine de précision. Les différentes recherches et le très faible nombre d'articles (3 en tout) retrouvé permet d'écarter cette confusion, et traduit soit la bonne compréhension par les médecins généralistes de la différence conceptuelle soit une méconnaissance de ce concept récent de médecine de précision par les généralistes.

3.4.1.2 Concernant l'ACP en tant qu'outil

La majorité des documents inclus (65%) traitent du concept d'approche centrée patient comme un outil :

- A mettre en œuvre pour améliorer une pratique,
- A évaluer pour en préciser ses résultats,
- A discuter pour en perfectionner la définition,
- Reflétant une pratique spécifique.

L'utilisation de l'ACP dans ces articles faisait le plus souvent référence à une réflexion générale sur la pratique ainsi qu'à son versant pédagogique. Les maladies chroniques et la multimorbidité étaient davantage abordées que la pathologie aigüe.

3.4.1.3 Concernant l'usage de l'ACP comme une norme professionnelle :

A l'issue des recherches de cette revue, on constate que l'approche centrée patient ne relève pas encore d'une norme professionnelle au sens où celle-ci ferait davantage état d'une compétence, d'un type de pratique acquise par la majorité des professionnels.

Cependant dans 35% des articles inclus, le terme d'ACP semble utilisé comme un concept connu que les auteurs ne ressentent pas le besoin de détailler. On retrouve davantage d'articles de pédagogie ou de réflexion générale sur la discipline.

Cet article de pédagogie médicale canadien (241) est notable : l'auteur a choisi de mettre l'ACP en mot clé, mais sans l'évoquer dans son article. Celui-ci traite de certaines clés de l'ACP (habiletés de communication, rétroaction, stratégies diagnostiques) mais sans jamais la citer ni la définir. J'ai choisi de considérer ce choix comme étant d'une part un point d'accroche pour le lecteur et d'autre part un choix évident de l'auteur qui ferait alors de l'ACP une norme établie.

Différents articles utilisent le mot clé « approche centrée patient » en l'introduisant comme étant une spécificité de la médecine générale acquise :

- « La médecine générale a la spécificité de ne pas s'intéresser aux seuls aspects médicaux des maladies mais également à la façon dont les patients les perçoivent. Cette « approche centrée patient » nécessite de mettre en balance les données de la science et les préférences des patients, qui sont influencées par l'anticipation de leur future qualité de vie » (269). Ici la définition est intéressante bien que réductrice, et le concept est cité entre parenthèses, comme norme spécifique.
- « Aujourd'hui, l'évolution de la relation médecin-patient place ce dernier au centre des décisions le concernant, ce qui suppose qu'il soit bien informé » (270).
- « Traitements « centrés patient » décidés de concert avec les sujets âgés souffrant de polypathologie. » (271). Il s'agit ici d'un commentaire d'article allemand exclu des recherches PubMed du fait de la langue. Le constat est fait que l'auteur du commentaire n'évoque pas clairement l'ACP, mais certains de ses aspects (hiérarchisation des priorités, décision partagée). De plus, cette étude conclut qu'il existerait une discordance entre l'attente des patients et les objectifs du médecin. J'ai décidé de catégoriser cet article dans l'abord en tant que norme, mais les justifications de l'utilisation de ce terme sont floues.

Au sein des PCMH américaines, l'ACP est considérée comme la norme pour les soins interpersonnels de haute qualité (248).

Un travail remarquable de regroupement des concepts de médecine générale qui fait consensus dans la profession enseignante efface une partie de l'ACP en tant qu'outil pour l'intégrer en tant que norme professionnelle développée dans plusieurs concepts (36).

3.4.2 Usage de l'ACP et preuves de son utilité.

Au cours de cette revue de la littérature, le concept apparaît comme international (articles européens, nord-américains, asiatiques) et semble être mis en pratique surtout en médecine générale et en psychiatrie.

Le centrage patient est un idéal reconnu dans la pratique générale (201) et semble bien connu des médecins généralistes, mais certains ne cherchent pas à l'appliquer, d'autres ne s'en sentent pas capables et d'autres pensent le faire mais ont un discours ambivalent (230). Certains médecins ont aussi conscience de créer un « tampon » entre les valeurs centrées sur le patient dans lesquelles ils croient et les valeurs pragmatiques explicites du système de santé dans lequel ils travaillent (12). L'analyse de la pratique de certains médecins (163) met en avant l'intrication étroite entre la personnalité du médecin et l'application délibérée de

stratégies normalisées en médecine générale. Ceci pour en définir un style unique d'exercice de la médecine. Il a également été constaté que les différents types de personnalités des médecins, qu'ils soient analytiques, relationnels, pragmatiques, détendus ou une combinaison de ceux-ci, pouvaient chacun être centrés sur le patient. Cependant il était nécessaire que les médecins adaptent leurs personnalités et leurs façons de travailler aux tempéraments de leurs patients (12). Néanmoins, d'autres auteurs mettent en avant que les patients ne ressentent pas toujours le type de pratique de leur médecin, et que les résultats biométriques (HBa1C par exemple) ne varient pas significativement entre les différentes pratiques ressenties par les patients (167).

Il existe une différence entre hommes et femmes médecins dans leur capacité intrinsèque à utiliser l'ACP concernant la distinction biomédicale et psychosociale notamment (111) (13). Les femmes médecins seraient davantage susceptibles de considérer des facteurs contextuels et plus prompts à lire les indices non verbaux que les médecins de sexe masculin (182). De plus, il existerait un lien entre le sexe du médecin et celui du patient, avec des résultats en termes d'ACP meilleurs pour des « couples » du même sexe, mais certains auteurs réservent leurs propos sur la validité méthodologique de ce constat (13).

On remarque qu'en tant qu'outil, cette approche est fréquemment caractérisée par la notion d'en faire plus. On peut lire régulièrement : « avoir une approche davantage centrée patient », cela traduit la complexité de cette approche qui pourrait être exercée à différents degrés. Pourtant, aucun article ne traite de ce degré d'approfondissement de l'ACP.

L'ACP nécessite non seulement une écoute active et une implication globale du patient, mais aussi une prise en charge adaptée et suivie, établie en collaboration. Ce modèle n'apparaît satisfaisant que lorsque le patient est actif et en confiance (237).

Le centrage patient est aussi associé à d'autres termes : morale, éthique (264), thérapeutiques... Et l'on perçoit clairement dans chaque utilisation de ce « centré patient » la notion d'individualité, de subjectivité, et de savoir être. Cependant, dans un certain nombre de cas, l'utilisation du terme « centré sur le patient » pose question. Dans cet article (290), exclu de l'analyse car produit par des internistes et cardiologues, est évoqué un enseignement centré sur le patient pour améliorer l'auscultation cardiaque au stéthoscope, toutefois les détails de l'utilisation de l'ACP ne sont pas précisés.

Les besoins et les attentes du patient et du médecin fluctuent en fonction des épisodes de maladie, du contexte de vie et de l'expérience de la maladie (199) (291). Le contexte proximal (la famille) et le contexte distal (la communauté et l'environnement physique) sont en permanente évolution (32). De plus, ces besoins et ces attentes varient en fonction du type de consultation souhaitée (aiguë, préventive, administrative, chronique...) (12). C'est bien la pensée linéaire de la médecine qui est contournée par l'ACP, elle « permet au médecin, en tant que système complexe, de s'intégrer dans le système du patient et de s'adapter à sa réalité » (249).

Dans les maladies chroniques notamment, le patient peut avoir un rôle au sein de sa maladie, souvent sous-estimé par les médecins. Cette autogestion possible nécessite du temps pour le développement d'une expertise de la part des patients (292). Le médecin devra adapter son rôle en tenant compte de ces nouvelles compétences. D'autant qu'à mesure que la maladie progresse, les valeurs, les buts et les préférences doivent être réévalués et discutés.

Une étude semi-quantitative canadienne (200) a pour objectif de redéfinir les compétences du médecin généraliste afin de refondre les examens de validation de l'école médecine. Les propositions de compétences sont issues des médecins généralistes et revues par des experts sélectionnés pour leur expertise et leur expérience en évaluation. Il ressort 6 compétences principales dont l'ACP en 4^{ème} position par ordre de fréquence de citation. Un autre point intéressant de cet article est la commentaire sur l'ACP : « *“Clinical reasoning skills” and the “patient-centred approach” are used in their usual ways.* » en faisant référence à la seconde version du livre de Stewart de 2003 (31) et sans autre précision de définition. Cela traduit une définition peut-être plus unanime au Canada.

L'approche centrée sur le patient est globalement un souhait des patients, (181) (238) (216) (plus de 75% le souhaiterait (32)) ainsi que des médecins généralistes en situation de patient (173). Cependant, une étude sur les priorités de patients américains montre que ceux-ci seraient prêt à payer plus cher pour plus de technicité par rapport à un centrage patient (179). Dans une étude sur les plaintes de vertiges, le manque de compréhension, de ressources et les préoccupations des patients indiquent l'importance d'une communication axée sur le patient (177). Concernant les personnes âgées, cette étude belge internationale (181) étaye la grande diversité des attentes de ce public, mais conclut que leurs volontés sont davantage axées sur l'ACP que sur une participation active à la prise de décision. Se pose la question de la manière dont les patients définissent l'ACP.

La décision partagée et éclairée constitue un pan de l'ACP indispensable à sa mise en pratique. Les articles qui la traitent sont nombreux, pour exemple :

- Une étude américaine (146) avait l'objectif de décrire les perceptions (dont certains aspects de l'ACP) des patients en médecine générale à la suite d'une prise de décision éclairée et partagée sur les tests de dépistage du cancer dans une population de plus de 50 ans. Les résultats montrent que les hommes, les patients non-blancs et les patients avec un niveau d'éducation inférieur perçoivent une plus grande incertitude sur ces tests de dépistage. Cet article ne permet pas de conclusion valide possible sur l'ACP.
- Une revue de littérature australienne (205) reprend l'intrication de la prise de décision partagée et de l'ACP. Les auteurs précisent l'importance de faire la différence entre informer un patient de façon personnalisée et tout dire. De ce fait, l'information qui précède la décision doit être délivrée en fonction de ce qu'attend le patient. En fonction des patients, des aides à la décision existent et ont un intérêt validé. De plus, dans la cohérence de l'approche centrée patient le terme de « concordance » est à préférer au terme de « compliance » (qui se « plie » au médecin), permettant ainsi de restaurer l'équilibre souhaité dans cette relation médecin-patient (249).

Il existe un degré de confusion ou une mauvaise connaissance de certains auteurs sur les composantes de l'approche centrée patient. En effet, cet article israélien (204) sur le modèle biopsychosocial désinvesti l'ACP d'une partie de ses fonctions (exploration limitée au symptôme exprimé, prise en charge restreinte) et fait du modèle biopsychosocial un outil plus abouti que l'ACP.

3.4.2.1 Exemples de soins explorés avec l'ACP

Il manque encore beaucoup de données cohérentes et probantes associant l'ACP et une amélioration des résultats de santé (13). Cependant, j'ai choisi de rapporter les articles

ayant étudié l'intérêt de l'ACP afin de présenter l'attrait de cette technique pour les chercheurs.

La pratique de l'approche centrée patient nécessite d'accepter de pouvoir contredire ou de s'éloigner des recommandations de bonnes pratiques prescrites par les autorités de santé ou la communauté de la discipline (12).

Les maladies chroniques, où le patient a un rôle proactif et dont la prise en charge nécessite une éducation thérapeutique, sont bien documentées concernant l'ACP (diabète (178) (96) (127)). Celle-ci est considérée comme un outil nécessaire et efficace (125) (235). Cet article Ecossais sur l'asthme non contrôlé, reprend la nécessité d'une approche centrée patient pour améliorer la prise en charge de cette pathologie (162).

Dans le domaine des psychothérapies de soutien notamment dans la prise en charge de la dépression et de l'anxiété, une approche centrée patient est efficace et prouvée (218). Certains auteurs constatent une différence de prise en charge de la dépression si le patient est en zone rurale ou urbaine, en valorisant l'ACP (17). La prise en charge de la perte de poids peut passer par des thérapies cognitivo-comportementales intégrant l'ACP (231).

Une étude américaine (245) montre un bénéfice à l'approche centrée patient avec une augmentation des scores liés à la gestion mentale des symptômes médicalement inexplicables. Cet article (252) concerne la fibromyalgie par exemple, ou en encore une thèse française (259) sur ce sujet étaye l'intérêt de l'ACP sans forte validité scientifique.

Le manque de compréhension, de ressources et les préoccupations des patients indiquent l'importance d'une communication axée sur le patient sur les plaintes de vertiges (177).

Cette thèse (254) étudie l'impact de l'ACP dans le diabète de type 2 sur un échantillon faible. Les résultats sont à tendance positive mais non significative (satisfaction, compréhension, poids, HBA1C, RHD). Il est nécessaire de recevoir une formation, d'utiliser des outils précis, de prendre du temps pour mettre en place l'ACP. Ce travail développe aussi le concept d'ACP en tant que tel. Une autre étude la remet en cause dans ses biais et ses résultats (267).

Concernant la maladie de Crohn et l'insuffisance rénale chronique, plusieurs approches ont été comparées dans une étude de grande ampleur (projet EPIC) et l'ACP semble la plus intéressante en termes d'améliorations des soins et des résultats pour le patient (126).

Cet article analyse l'intérêt de la formation des médecins pour la prise en charge du cancer colorectal en y intégrant une ACP. Résultats mitigés (76). Deux articles suggèrent de valoriser le centrage patient pour l'utilisation de l'Hémocult et pour la prévention du cancer colorectal au sens large (214) (236).

Dans les troubles urinaires, l'ACP n'a pas encore fait la preuve de son efficacité (195).

En Angleterre, les règles abondantes ont été redéfinies en fonction de leurs répercussions sur la qualité de vie des femmes et non sur une estimation de la quantité de sang. La directive NICE évoque clairement la nécessité d'un centrage patient dans la prise en charge de ce symptôme (156).

Dans cet article traitant des violences conjugales (160), il ressort que l'approche centrée patient est souhaitée par les patientes. Malgré qu'elles reconnaissent le rôle limité du médecin généraliste dans leur capacité à régler ce type de problème.

La formation de médecins à une approche centrée patient améliore la satisfaction des patients, leur engagement dans les soins. Elle pourrait améliorer la pression artérielle systolique chez des patients afro-américains souffrant d'une HTA non contrôlée (247).

Un article allemand étudie 1700 patients atteints du VIH. Celui-ci conclut que les patients qui déclarent que leur médecin les connaît en tant que personne (sous-entendant une approche centrée patient, mais discutable) ont une meilleure observance, une meilleure adhérence au traitement anti-rétroviral et un ARN viral indétectable plus fréquemment (248).

Concernant les lombalgies chroniques chez les personnes âgées, une meilleure coordination entre médecin et kinésithérapeutes est souhaitée par les patients en intégrant l'ACP (74).

L'aide au sevrage, ici au tramadol, pourrait être améliorée par l'ACP (239).

3.4.2.2 Outils pour la mise en pratique et la formation à l'ACP

Dans les études concernant la formation des étudiants en médecine, la modification du cursus en faveur d'une ACP semble améliorer la capacité des étudiants à obtenir une certification pour intégrer des maisons de santé (PCMH) (78) (87) (115) (140) (171) (187) (188). Cette compétence est inscrite dans les programmes de formation des médecins généralistes français (33). Cependant, la définition précise et les outils pour le contenu des formations sont mal définis. Un article analytique de la revue *Exercer* (266) précise que la formation sur l'ACP doit être adaptée au degré d'expérience du médecin. « L'apprentissage d'un modèle unique centré sur le patient met la spontanéité des étudiants en défaut face à la réalité complexe de la médecine générale. » (266). Néanmoins, cet article suggère que cette formation reçue sur les techniques de communication de l'ACP devra être incorporée dans la pratique future de l'étudiant. Ces formations ne montrent une amélioration des pratiques que lorsque l'accompagnement professoral est plus important que lors des programmes utilisés avant le changement. De plus, ces formations orientées PCMH sont d'autant plus pertinentes que l'évaluation des étudiants est continue (115).

La formation à ce concept existe donc, mais des auteurs estiment que de nombreuses maquettes de médecine générale sont dite insuffisantes pour développer une vraie compétence professionnelle du médecin généraliste (157).

Les compétences de communication professionnelle ne sont pas apprises spontanément après l'obtention du diplôme. (157) La formation continue du généraliste visant à améliorer les compétences liées à l'ACP du médecin généraliste, permettrait d'améliorer le comportement médical et la satisfaction (6) (189).

Cette étude publiée dans le *JAMA* (202) a démontré que les médecins de soins primaires qui participent à un programme de FMC axé sur la conscience de soi ont connu une amélioration à court terme de leur bien-être personnel, et de leurs soins axés sur le patient (amélioration de l'expérience du patient vis-à-vis de sa maladie et son contexte psychosocial, augmentation de la promotion de la participation des patients dans les soins).

Dans certains cas, la participation d'un autre professionnel peut permettre de développer une approche centrée patient complémentaire à celle du médecin généraliste. Par exemple des « health-visitor » formés à l'ACP, amélioreraient le dépistage et la prise en charge de la dépression du post-partum (153).

Il existe des grilles de formation ou des guides de consultation telle que le guide de Calgary-Cambridge (293) traduit en français repris par plusieurs auteurs. Plusieurs articles reprennent deux modèles complémentaires de formation des médecins à l'ACP (294) (245) (246) (112). L'objectif de ces études est de montrer le bénéfice apporté pour la prise en charge du patient. Voici ces modèles de formation traduits librement :

Modèle 1- "Modèle général / de base"

Une méthode d'entretien centrée sur le patient pour établir une relation efficace :

Étape 1 - Préparation de l'entrevue

- Souhaiter la bienvenue au patient
- Utiliser le nom du patient
- Se présenter et identifier son rôle
- Assurer la préparation et la confidentialité du patient
- Supprimer les obstacles à la communication
- Assurer le confort et mettre le patient à l'aise

Étape 2-Motif principal / Ordre du jour

- Indiquer le temps disponible
- Indiquer ses propres besoins, par ex. : faire un examen physique
- Obtenir une liste de tous les problèmes dont le patient souhaite discuter, p. ex. : symptômes spécifiques, demandes, attentes, compréhension
- Résumer et finaliser l'ordre du jour ; négocier des détails s'il y a trop de motifs dans l'ordre du jour

Étape 3-Interrogatoire médical

- Question de départ ouverte
- Compétences non focales (écoute attentive) : silence, énonciations neutres, encouragement non verbal
- Obtenir des données supplémentaires provenant de sources non verbales : signaux non verbaux, caractéristiques physiques, changements autonomiques, accoutrements et environnement

Étape 4 - Continuer l'interrogatoire axé sur le patient

- Obtenir une description des symptômes physiques (mettre l'accent sur les compétences ouvertes)
- Développer le contexte personnel / psychosocial plus général des symptômes physiques
- Faire préciser les émotions (aptitudes à la recherche d'émotions)
- Congruence émotionnelle (comportement émotionnel)
- S'intéresser aux nouveaux chapitres de l'histoire du patient (compétences ciblées ouvertes, recherche d'émotion, compétences émotionnelles)

Étape 5 - Transition vers le processus axé sur le médecin

- Faire un bref résumé
- Vérifier l'exactitude du résumé
- Indiquer que le contenu et le style de l'entretien changeront si le patient le souhaite

Modèle 2 - "Modèle de traitement"

Une méthode d'entretien centrée sur le patient pour informer et motiver le patient à prendre des mesures de traitement saines. Elle est utilisée pour guider les négociations sur les préférences du patient et sur un patient qui serait résistant et / ou non adhérent aux recommandations.

Étape 1 - Établir une base d'information et motiver le patient

- Déterminer la base de connaissances du patient, sa situation spécifique et son état de préparation pour le changement ou l'acceptation d'une nouvelle recommandation
- Fournir des informations claires sur le potentiel défavorable à la situation actuelle et les avantages des changements recommandés
- Faire une recommandation brève et claire du changement proposé
- Motiver le patient
 - o Informer sur le gain de santé et les autres avantages de l'action
 - o Intégrer la connaissance de la personnalité du patient pour améliorer l'acceptation des recommandations
 - o Mettre l'accent sur la capacité de changement du patient
 - o Souligner que de l'aide est disponible
 - o Indiquer que les échecs passés ne sont pas de mauvais augure
- Vérifier la compréhension et le désir de changement

Étape 2 - Engagement

- Obtenir un engagement explicite envers le nouveau traitement
- Fixer des objectifs pour le succès de la mesure mise en place
- Réaffirmer l'engagement

Étape 3 - Négocier un plan spécifique

- Développer une compréhension complète de l'habitude que devra changer le patient
- Impliquer activement le patient pour assurer des niveaux appropriés de prise de décision partagée
- Impliquer activement le patient dans la façon de traiter tous les problèmes de diagnostics et de traitements
- Vérifier la compréhension et réaffirmer le plan
- Définir un suivi régulier

L'écoute active est un élément consensuel de la relation médecin-patient vivement souhaité par les patients. En cela, il fait partie intégrante de l'approche centrée patient (243). L'écoute active s'intègre aussi dans « l'effet médecin » (rassurer et conseiller) qui a pour principal déterminant la confiance qu'a le patient envers son médecin (compétences techniques et relationnelles) (243) (237). Dans la même optique, la formation à l'empathie apporte aussi des clés pour mettre en place l'ACP (217).

On retrouve différents outils proposés pour améliorer la mise en œuvre de certains versants de l'approche centrée patient :

- L'acronyme VRAI (son Vécu, ses Représentations, ses Attentes, ce qui est Important pour lui et a du sens, ce qui est « VRAI ») (33) peut représenter une ouverture structurée sur l'expérience du patient et une porte d'entrée pour faire travailler le patient sur le « Soi ». Cet acronyme peut servir de moyen mnémotechnique pour explorer les préférences du patient.
- Un autre acronyme conçu par le CNGE symbolise les mots clés à explorer et comprendre chez le patient dans l'ACP : CHARPENTE (Contexte actuel, Histoire, Attentes, Représentations, Préférences, Etre, Nature, Temps, Et quoi d'autre) (34) mais celui-ci semble difficile à mettre en pratique.
- La technique d'entretien des sept R complète et renforce cette écoute active. (reformuler, recontextualiser, recadrer, résumer, renforcer positivement, rouler avec les résistances, réintégrer dans l'histoire du patient) (295).
- Priorisation des problèmes de santé chez des patients multi-morbides : guide de consultation Prefcheck. Encore au stade de test de fait d'une validité discutable (176).
- Guide de consultation pour favoriser une approche centrée patient (112) cf. modèle de formation ci-dessus. Celui-ci présente des points de détails parfois différents.
- Les recommandations de l'HAS (38).
- Protocole BATHE (110) background, affect, troubles, handling, empathy. Utilisé dans l'écoute active.
- « Desires, Abilities, Reasons of change and Needs (DARNS). » (201).
- « Decision Boxes » ou « DBox » : aide à la décision médicale partagée (97,296).

L'outil informatique et internet pourraient apporter également des clés d'optimisation de la relation médecin-patient :

- L'utilisation d'un portail de santé, dont les variables permettraient des soins axés sur le patient pourrait être un outil qui améliorerait l'observance et la participation des patients. Des portails proposent par exemple des calendriers de suivi, d'observance thérapeutique, de vaccination, des dossiers de soins... (129). Il reste encore la question de la transférabilité d'un praticien à un autre, de l'accès réservé à des personnes qui peuvent s'en servir, de la sécurité...
- La plupart des dossiers médicaux électroniques ne sont pas encore conçus pour appuyer les décisions cliniques. En particulier l'intégration, la personnalisation et la priorité des soins dans un large éventail de possibilités allant des préoccupations aiguës des patients (les maladies chroniques, la prévention, la santé mentale, les soins familiaux) aux problèmes souvent indifférenciés de la vie quotidienne (142).
- Concernant le dossier de soin partagé « connecting care » en Angleterre. La volonté étant d'être au plus proche des besoins des patients (297).
- L'utilisation d'internet en consultation avec participation du patient afin de trouver une information scientifiquement validée aurait un impact sur la décision et la relation avec le patient (161). Un article (117) sur l'utilisation des smartphones et leurs applications vient compléter ce sujet. Un article américain reprend 10 clés pour aider à mieux gérer l'outil informatique (183) et permettre un meilleur centrage patient. Les auteurs mettent en avant la nécessité d'une adaptation de cet outil à chaque praticien/pratique :
 - Commencez par écouter vos patients.
 - Regardez vos patients.
 - Encouragez la participation des patients à la construction de leurs dossiers.

- Utilisez des écrans d'ordinateurs mobiles (pour le montrer au patient, le décaler du champ visuel...)
- Dites à vos patients ce que vous faites sur l'écran
- Pointez l'écran avec un crayon ou le doigt si vous expliquez quelque chose sur un écran.
- Intégrez son utilisation autour des besoins de vos patients (savoir quand pousser l'écran !)
- Apprenez à taper (gain d'efficacité)
- Avoir des modèles/questionnaires/échelles accessibles rapidement et adaptés.

La Classification Internationale des Soins Primaires (CISP) est la version française de l'International Classification of Primary Care (ICPC) développée par la WONCA. Elle intègre 3 dimensions de la rencontre de soin : « les motifs de rencontre (du point de vue du patient), les appréciations portées par le professionnel de la santé (problèmes de santé diagnostiqués) et les procédures de soins (réalisées ou programmées). Le rapprochement de ces éléments permet de reconstituer des épisodes de soins, ce qui rend la CISP pleinement compatible avec l'orientation par problèmes du dossier médical. » (298). Olde Hartman Tim propose d'utiliser cette CISP pour recentrer la consultation autour du patient en se détachant du diagnostic précis pour retrouver des valeurs davantage centrées sur le patient (131).

Le modèle trans-théorique des différents stades du changement de Prochaska et Di Clemente (288) constitue aussi une aide pour comprendre le niveau de confiance du patient en ses propres capacités et l'efficacité de ses compétences propres. Ce qui renvoie à « la notion de lieu de maîtrise qui peut être externe ou interne si le patient pense que la résolution du problème dépend de l'extérieur ou de lui-même. » (243). Identifier le stade de changement d'un patient nécessite une exploration précise, parfois complexe mais facilitée par la bonne connaissance de ce modèle. Evidemment, ce stade identifié doit être réintégré au contexte global du patient.

Dans une réflexion sur la prévention, une étude américaine s'accorde avec Stewart M. pour préciser que les médecins axés sur le patient essaient d'intégrer la prévention dans les soins, cependant, les attentes des patients et de la communauté déterminent également la quantité de prévention effectivement effectuée (12). Par exemple : la gestion de l'information en salle d'attente. Quelle est la place des affiches de prévention, information ou dépistage, si cela n'est pas utile à tous, voire même si cela nuit au patient (images marquantes, mots ou messages anxiogènes...) ? L'information dès la salle d'attente ou les brochures disponibles ne devrait-elle pas être davantage centrée patient ?

3.4.2.3 Outils potentiels d'évaluation de l'ACP

Globalement, les articles qui traitent de l'approche centrée patient souffrent de limitation instrumentale au vu de la difficulté à valider des outils d'évaluation. Certaines échelles et scores ont été développés. Par exemple, l'échelle d'évaluation de l'Euro-communication, une adaptation du « Roter Interaction Analysis System » et la méthode de Henbest et Stewart ont montrés des niveaux variables de fiabilité et une validité relativement faible (13).

Il existe néanmoins un certain nombre d'outils qui commencent à faire leurs preuves :

- L'instrument « OPTION dyadic » a été développé en Angleterre à partir de « l'OPTION observateur » pour évaluer l'implication de la décision partagée au sein d'une consultation (151). C'est un outil d'évaluation ne nécessitant ni enregistrement ni observateurs indépendants. En tant que telle, c'est une méthode plus rentable et peut-être plus applicable en pratique (174). C'est un outil cohérent car évaluant le couple médecin-patient rapidement après la consultation afin de biaiser le moins possible les réponses. L'évaluation de cette dyade apporte la mesure de la subjectivité qui est un élément clé de la médecine centrée patient. Un second outil d'évaluation de la décision partagée mais développé aux USA est le « Informed Decision Making instrument », il présente des bases conceptuelles et pratiques similaires (299).
- Le guide de Calgary-Cambridge (293) est une trame possible pour se former et pour évaluer le déroulé d'une consultation. Cet outil a déjà été utilisé par plusieurs auteurs, mais sa validité n'est pas clairement prouvée.
- Le Davis observation code (DOC), est un système d'analyse interactionnelle, fiable et valide utilisé pour détecter les différences de style de pratique médicale. Les observateurs enregistrent l'occurrence de 20 comportements cliniquement significatifs pendant des intervalles vidéo d'observation successifs de 15 secondes de la visite médicale. Pour chaque code DOC, le nombre d'intervalles pendant lesquels le comportement associé est observé est exprimé en pourcentage du total de tous les comportements DOC codés observés pendant la visite. L'approche centrée patient fait partie d'un de ces styles de pratique, auquel on peut y adjoindre le « groupe d'activation » et le « counseling », et éventuellement les effets du traitement. Sa mise en œuvre nécessite des consultations filmées et une analyse par des observateur expérimentés (13).
- Le « Patient-Centered Observation Form » (PCOF) (77) est un outil d'évaluation éducative pour améliorer la communication entre médecin et patient. Cependant, la variabilité entre les observateurs ne permet pas de le valider dans cet étude.
- Le « Physician Enabling Skills Questionnaire » (PESQ) présente de bonnes propriétés psychométriques, permettant son utilisation dans la pratique et la recherche. Il évalue le médecin via le patient à J0 et J15 (101). Surtout développé pour l'habilitation des médecins dans les PCMH. Intérêt discutable.
- Le « Patient Enablement Instrument » (PEI) : Cet instrument évalue l'activation du patient, qui peut être définie comme « la mesure dans laquelle un patient est capable de comprendre et de faire face à ses problèmes de santé. » (300). C'est un instrument validé en anglais et en français.
- Un outil pour mieux comprendre le centrage du médecin : centré médecin ou centré patient. Le « Patient-Practitioner Orientation Scale » (PPOS) (301). Il inclut 18 items : 9 orientés sur le médecin et 9 sur le patient. Cet outil validé pour se comprendre et pour se faire évaluer par ses patients. Deux articles critiquent cet outil et sa validité (302) (301). Une étude asiatique l'utilise (303).
- Le « General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ) » (304) (305) dont la version anglaise est le « General Practice Assessment Survey (GPAS) » (306), n'existe pas en version française. Cette échelle d'évaluation globale de la satisfaction du patient est très utilisée et documentée dans la communauté anglophone de médecine générale. Cependant, cette échelle est limitée car n'évaluant pas suffisamment le versant action de l'ACP (décision partagée entre autres). Dans cette étude australienne (180), le centrage patient est évalué avec l'échelle GPAS et les items considérés comme traitant de l'ACP et analysés en tant que tels sont les suivants :

Continuity of care

In general, how often do you see your usual doctor? How do you rate this?

Patient-centredness

Communication

Thinking about talking with your usual doctor, how do you rate how thoroughly your doctor asks about your symptoms and how you are feeling?

Thinking about talking with your usual doctor, how do you rate how well your doctor listens to what you say?

Thinking about talking with your usual doctor, how do you rate how well your doctor explains your health problems or any treatment that you need?

How often do you leave your doctor's surgery with unanswered questions?

Inter-personal care

Thinking about the personal aspects of care that you receive from your usual doctor, how do you rate the amount of time your doctor spends with you?

Thinking about the personal aspects of care that you receive from your usual doctor, how do you rate the doctor's patience with your questions or worries?

Thinking about the personal aspects of care that you receive from your usual doctor, how do you rate the doctor's caring and concern for you?

Knowledge of patient

Thinking about how well your doctor knows you, how do you rate your doctor's knowledge of your medical history?

Thinking about how well your doctor knows you, how do you rate your doctor's knowledge of what worries you most about your health?

Thinking about how well your doctor knows you, how do you rate your doctor's knowledge of your responsibilities at home, work or school?

Tableau 2 : Issu de l'article australien de Jayasinghe et al. (une partie de l'échelle GPAS) (180). Réponse quantitative de 1 à 6 : Pas satisfait = 1 (très mauvais) à 3 (équitable) et satisfait = 4 (bon) à 6 (excellent)

Continuité des soins

En général, combien de fois voyez-vous votre médecin habituel ? Comment évaluez-vous cela ?

Centrage patient :

La communication

Lorsque vous parlez avec votre médecin habituel, comment évaluez-vous à quel point il vous pose des questions sur vos symptômes et sur votre ressenti ?

Lorsque vous parlez avec votre médecin habituel, comment évaluez-vous la façon dont il écoute ce que vous dites ?

Lorsque vous parlez avec votre médecin habituel, comment le notez-vous pour expliquer vos problèmes de santé ou tout autre traitement dont vous avez besoin ?

À quelle fréquence sortez-vous de la consultation de votre médecin avec des questions sans réponse ?

Soins interpersonnels

En pensant aux aspects personnels des soins que vous recevez de votre médecin habituel, comment évaluez-vous la quantité de temps qu'il prend pour vous ?

En pensant aux aspects personnels des soins que vous recevez de votre médecin habituel, comment jugez-vous sa patience avec vos questions ou soucis ?

En pensant aux aspects personnels des soins que vous recevez de votre médecin habituel, comment jugez-vous le soin et la préoccupation de celui-ci envers vous ?

Connaissance du patient

En pensant à quel point votre médecin vous connaît, comment évaluez-vous sa connaissance de vos antécédents médicaux ?

Si vous songez à la façon dont votre médecin vous connaît, comment jugez-vous que ce dernier sache ce qui vous préoccupe le plus de votre santé ?

Si vous songez à la façon dont votre médecin vous connaît, comment jugez-vous qu'il connaisse vos responsabilités à la maison, au travail ou à l'école ?

Tableau 3 : Traduction personnelle du tableau 2.

L'absence d'utilisation de tests validés entraîne un biais méthodologique relatif à l'évaluation de l'impact de l'ACP ou de la formation à l'ACP. Un article publié dans la revue *Exercer* (266) tente de comprendre une étude ayant évalué l'impact d'une formation d'étudiant aux techniques de communication, dont le résultat paradoxal plaçait les étudiants non formés avec de meilleurs scores (compétence en matière d'ACP) que ceux formés. Deux explications possibles seraient la déviation du questionnaire (pour traduire la frustration des étudiants) et le manque de validité des mesures observées. Un autre article complète la difficulté d'évaluation de l'ACP (paramètres mesurés, notion de satisfaction), et par extension la difficulté de la recherche en médecine générale (intervention d'un tiers différent du MT, sélection des patients, patientèle des MSU vs patientèle des MG non MSU) (267).

Une équipe israélienne a créé un outil d'évaluation du modèle biopsychosocial mais dont la validité externe reste à étayer (204).

3.4.2.4 Limites et facteurs limitants de l'ACP

Les soins centrés sur la personne peinent à se démocratiser. Des preuves croissantes suggèrent que les étudiants en médecine, en soins infirmiers et autres étudiants de filières paramédicales, travaillant dans des environnements cliniques à haute pression, subissent un choc culturel. Celui-ci survient en essayant d'équilibrer les exigences de l'application de leurs connaissances scientifiques avec le désir de soins de leurs patients d'une manière humaine et empathique. Ainsi une étude (150) sur le vécu d'étudiants formés à l'ACP relève 3 groupes d'étudiants à l'issue de la mise en pratique : ceux dont les valeurs axées sur le patient sont maintenues, compromises ou transformées. Les étudiants ont révélé que leur conflit était lié à des sentiments d'impuissance, avec des facteurs exacerbant, y compris le temps limité, les préoccupations concernant les attentes de leur comportement, et le pessimisme sur le changement. Ce décalage entre la théorie et la pratique est un facteur qui peut mener à la confusion, à des soins à risques pour les patients, et à des niveaux élevés de stress liés au travail chez les professionnels.

L'ACP est limitée au même titre que d'autres approches par la lourdeur administrative qui pèse sur les médecins tant français qu'anglophones (137) (95) (95). Le simple exemple du dossier informatique initialement prometteur est maintenant source d'analyse statistiques par les instances de santé et nécessite une standardisation plus lourde. Les compétences, les ressources et les valeurs du personnel du cabinet, sont également connues pour favoriser ou

limiter une pratique et peuvent avoir une influence considérable sur le centrage patient. De même que l'influence de pairs qui font valoir leur expérience pour orienter la pratique générale d'un cabinet (12).

La pratique de l'approche centrée patient peut devenir très chronophage notamment dans son potentiel exploratoire, et de ce fait laisser pour compte – au sein d'une consultation – la prise de décision adaptée (201). L'enjeu pour une consultation en cabinet est de conserver toutes les dimensions de l'ACP pour en garder l'intégrité. Se pose la question de la balance bénéfico-temps consacré, notamment pour les problèmes de santé bénins, certains auteurs en défaveur de l'ACP sont sceptiques (165).

La nécessité d'un certain rendement (volume patients, profits), fait qu'au lieu d'être adaptées aux besoins des patients, de nombreuses pratiques médicales ont été conçues pour la commodité du médecin et pour maximiser les profits (130).

Certains médecins mettent en garde sur ce concept considérant qu'il est surtout idéologique et pédagogique, voire politique. L'adoption d'une approche centrée sur le patient pourrait détourner les professionnels des problèmes biomédicaux (175). Si la satisfaction des patients est importante, alors il y a une tendance à maintenir la relation médecin-patient comme principal objectif de la consultation, au possible détriment du motif réel (203).

Une étude observationnelle américaine sur la communication médecin-patient conclue que les médecins étaient plus « centrés patient » si le patient était perçu comme bon communicant, satisfait de la consultation et adhérent au traitement. Les patients qui exprimaient plus d'émotion, qui s'impliquaient et qui étaient moins contestataires, étaient aussi mieux perçus et suscitaient plus de communication « centrée patient ». Les résultats suggéraient que la réciprocité et l'influence mutuelle aurait un fort effet sur ces interactions en ce sens que la communication plus positive (ou négative) d'un participant conduirait à des réponses similaires de l'autre. A contrario, les rencontres de médecins avec des patients noirs ont révélé des difficultés de communication qui pourraient abaisser la qualité des soins pour ces patients (307). Cette étude montrait une fois encore que l'ACP était particulièrement sensible à des variables très fluctuantes d'un patient à l'autre. Dans une étude australienne qui traitait de la satisfaction des patients concernant le centrage patient (180), il ressortait que les patients hommes ou bien instruits ou ruraux ou propriétaires de leur logement ou en mauvaise santé ou encore n'étant pas anglophone étaient moins satisfaits que les patients « opposés ». Des conclusions similaires ont été tirées de cette étude américaine bien menée (13), l'objectif était d'identifier les facteurs influençant la prestation de soins centrée sur le patient. Il en résulte que l'ACP a été employée plus souvent lors des visites des patients ayant un meilleur état de santé auto-déclaré, un niveau d'enseignement supérieur et pour ceux qui consultaient les médecins de famille (par rapport à ceux qui consultaient des médecins non généralistes).

Il existe aussi des discordances dans l'interaction entre le médecin et son patient. Parfois, le médecin souhaite une approche centrée patient en pensant que sa consultation est le lieu de la confiance, pour autant le patient peut ne pas accorder le même statut à cette rencontre. Cette discordance peut entraîner un effet contradictoire de l'ACP, où l'approche globalisante du patient devient un frein à l'expression libre du patient souhaitant une relation centrée sur le biomédical. D'autres types de discordances peuvent apparaître lorsque les patients présentent des mécanismes de défenses envers le corps médical, à la suite d'une mauvaise expérience avec ce dernier. La relation est alors particulièrement difficile à établir, surtout si le médecin généraliste est à l'origine de cette mauvaise expérience (257).

Le déséquilibre entre médecin et patient inhérent à ce modèle de soin constitue une limite. En effet, la place du patient reste assez limitée et ses compétences en tant qu'acteur de soin, spécialiste de sa maladie est insuffisamment mise en avant (308). Toutefois, dans son dernier livre M. Stewart inclut une plus grande place à cet aspect. Cela rejoint le modèle patient-partenaire (35).

Ce type de pratique de la médecine, trouve effectivement sa complexité dans le référentiel culturel à la fois du médecin et du patient. Ainsi, face à un patient au référentiel trop différent de celui du médecin, l'ACP nécessite de la part du médecin une adaptation, une capacité d'ouverture d'esprit et de déduction poussée et donc risquée. Lorsque cette adaptation est contrainte, par le temps, le degré de réflexivité et de cognition, elle n'en est que plus difficile voire impossible. Le contenu et l'expression du discours clinique qui se produit dans la salle d'examen varie considérablement en raison des facteurs complexes et divers qui l'influencent (12).

À l'heure actuelle, les plans de traitement ou de soins pour les patients âgés ne sont pas vraiment partagés, ni hiérarchisés (176). Une étude allemande (124) (125) tente de concilier les priorités du médecin et du patient via une consultation dédiée, mais cette conciliation n'a pas été durable. L'ACP et la décision partagée qui s'en suit, est d'autant plus complexe à accepter et à mettre en œuvre que les priorités du médecin et du patient sont éloignées. Si la décision du patient crée un poids sur la conscience professionnelle du médecin, ce dernier pourrait avoir des difficultés à l'accepter. Ce nouveau modèle de coopération doit intégrer d'autres intervenants que le médecin et son patient pour partager les responsabilités et favoriser l'éclairage du patient (223). « La décision médicale partagée est un outil de l'approche centrée sur le patient qui ne convient pas à tous » (274).

La nécessité de faire preuve d'empathie et de bienveillance dans ce modèle, en fait un outil nécessitant une formation, une vigilance et une disponibilité psychique importante. C'est à la fois la force et la faiblesse de ce modèle qui permet une interaction bilatérale et humaine. Par exemple, il semble que certains jeunes médecins se désintéressent des visites chez les personnes âgées du fait notamment de la difficulté à respecter les principes de l'ACP. La lourdeur administrative qui relève des visites à domicile contribuerait à ce désintérêt (309). La transférabilité de ce constat semble logique vers les consultations en cabinet.

L'ACP n'inclut pas seulement un mode de communication et d'exercice clinique, elle intègre nécessairement la communication interprofessionnelle. D'évidence, la communication directe notamment verbale semble la plus efficace. Encore une fois, à l'heure où la communication numérique est de plus en plus facile, elle n'en reste pas moins chronophage tant à la rédaction qu'à l'intégration. Aux Etats-Unis, la problématique de la communication entre professionnels est également dans les préoccupations des médecins tant dans un centrage patient qu'en ce qui concerne la gestion des coûts (310).

L'ACP couplée à la création de maisons de santé pluridisciplinaires en devient encore plus complexe à mettre en œuvre. La transformation de l'exercice individuel en soins par équipe exige que les médecins et les autres professionnels de la santé envisagent de nouveaux rôles propres et que les pratiques incorporent de nouveaux paradigmes sur la meilleure façon de prendre en charge les patients. Cet enjeu constitue l'un des piliers de la médecine centrée patient dans l'avenir.

Evidemment, on constate que l'ACP nécessite une formation approfondie des professionnels. La majorité des articles relevés confirme que cette formation est trop superficielle voire inexistante aujourd'hui.

La pression des patients peut être plus forte dans l'esprit du médecin que dans l'esprit du patient. Les médecins peuvent prendre des décisions inappropriées dans le but de maintenir des relations avec les patients sans vérifier si leurs hypothèses sur les préférences des patients sont correctes. Faire quelque chose de cliniquement inutile que le patient souhaite, pour le bien de la relation, est une chose, mais si le patient ne le veut pas, il est vraiment inutile (311).

Il existe différents articles qui traitent de l'approche centrée médecin d'un autre angle. En effet, cet article américain (244) constate le manque de cadre de la négligence médicale et les répercussions parfois disproportionnées d'une erreur médicale. Il propose une réforme de la gestion de l'erreur médicale axée sur le médecin et sur le patient, afin de lutter notamment contre les effets néfastes de la peur de la poursuite judiciaire par les patients. L'une des peurs des médecins est de commettre une erreur préjudiciable, à ce titre le médecin est influencé par cette peur vers un centrage médecin.

3.4.2.5 Les perspectives de l'ACP

La réforme des soins primaires en France devient une nécessité en matière de coût et d'efficacité. Une thèse parisienne de santé publique (312) met en évidence que l'ACP doit être au cœur de ce changement d'après les patients.

Aujourd'hui, la plupart des généralistes ont une pratique de prescripteurs de soins dans les MSP. Et le personnel paramédical a une marge de manœuvre faible sur le traitement et le suivi des patients. La majorité des améliorations proposées visent à rationaliser le temps du médecin, déléguer ses tâches, pour le rendre plus efficient. Les nouvelles façons de penser la pratique de la médecine devront mettre l'accent sur le travail au sein d'équipes plus collaboratives et l'utilisation d'outils et de réseaux plus étoffés (la télémédecine, les visites de groupe, la délégation de tâches, les associations de patients, les réseaux spécialisés...). Les équipes de soins pourraient favoriser une action plus adaptative autour du patient que du médecin. Une meilleure relation de partenariat avec les patients et une plus grande transparence seront donc également nécessaires. L'identité propre du médecin devra être remise en cause, au sens où la relation de confiance forte tissée entre médecin et patient devra être partagée avec les autres membres de l'équipe (237). Ce partage aurait comme unique objectif de rendre l'équipe plus apte à improviser selon les préférences du patient et ses aléas.

A l'instar des PCMH dites de « hautes performances », ce nouveau modèle de coopération doit intégrer d'autres éléments que le médecin et son patient pour partager les responsabilités et favoriser l'éclairage du patient.

Evidemment, pour qu'un modèle de soins centrés sur le patient s'impose, cela nécessite une entente entre toutes les instances de soins, et donc une cohérence sur la manière de voir la pratique et de la valoriser. Ce qui aujourd'hui reste encore une barrière difficile à franchir, a fortiori en France.

Une évolution conceptuelle semble nécessaire :

La fusion entre l'EBM et l'ACP pourrait permettre une amélioration des pratiques et l'optimisation du temps médical (70).

Dans sa définition, l'ACP n'intègre pas ou peu les autres professionnels de santé, ni les compétences du médecin, à coordonner les soins autour du patient. La revue de la littérature de C Hudon (198) évoque « the patient advocacy » que l'on pourrait traduire en « la défense du patient » dans ses droits et ses accès aux soins. Le centrage patient nécessite dans son versant « action » l'orientation adaptée du patient et en fonction des capacités de celui-ci une aide pratique à la préparation de ces contacts avec d'autres professionnels.

Le modèle de l'ACP pourrait aussi être approfondie dans sa dimension exploratoire et émotionnelle en y intégrant des sentiments plus complexes tel que l'espoir (faux-espoir, espoir du médecin, espoir du patient, perception de l'espoir...), le soutien, l'incertitude (199) (198). Pour corriger ses préjugés et ses fausses idées, le médecin doit garder une sensibilité aux préférences culturelles et individuelles.

La définition de l'approche centrée patient intègre une partie « exploration » et une partie « action », mais manque d'approfondissement dans la légitimation de l'expérience de la maladie. Les patients doivent voir leurs préoccupations, leur ambivalence, leurs sentiments de perte et de douleur par rapport à leurs capacités antérieures non seulement explorées mais aussi reconnues (291).

Développer l'auto-soin, est un sujet assez peu évoqué en France, où l'automédication fait davantage le lit de la critique et de la mise en garde. Mais la notion d'auto-soin si elle fait l'objet d'une formation, d'un intérêt de la part du médecin pourrait être une clé de la médecine de demain (159) (224).

3.4.3 L'abord de la subjectivité

Il résulte de ce travail que 70% des articles inclus évoquent l'ACP en intégrant des notions de subjectivité. C'est-à-dire que 70% des auteurs ont conscience de la place de la subjectivité aussi bien du patient que du médecin comme facteur déterminant de cette approche.

Les 30% restants ont été classés comme rattachant l'ACP à des notions plus génériques : antécédents médicaux, catégories socio-professionnelles, culture du patient...

A la lecture des articles et dans leur décryptage de la présence de la subjectivité, plusieurs éléments caractéristiques ont été relevés :

- La plupart du temps la subjectivité est traitée par rapport au patient. Le médecin s'intéresse au patient en tant que sujet unique, penseur, décisionnaire.
- La subjectivité des médecins (111) (118) (163) constitue un élément retrouvé fréquemment dans les articles. La médecine narrative aborde également bien l'influence de cette subjectivité dans la relation de soin et les perspectives du médecin. Il ressort que cette subjectivité est à l'origine de la variabilité des soins prodigués entre les patients, ainsi que du type de pratique utilisé par le médecin.

3.4.4 Médecine Narrative

« L'éthique narrative se développe à partir des années 90 aux Etats-Unis, en partie en réaction à la bioéthique et au courant qui y domine, le principisme de T. Beauchamps et J. Childress. Martha Nussbaum, philosophe américaine et figure importante de ce courant, accorde au récit littéraire, sous ses différentes formes, une place importante dans la formation morale du lecteur. S'inscrivant dans l'héritage aristotélicien, elle affirme que la narration permet l'accès à la contingence des événements en identifiant des manières d'être et de faire différentes ainsi que leurs motivations. La narration est, selon elle, le lieu où s'aiguise notre perception de l'autre. » (264).

Il est intéressant de noter que quasiment tous les articles consultés avec le mot clé « narration » ont été exclus des résultats parce qu'ils étaient hors sujet. Globalement, les textes retrouvés sont peu pertinents pour ce travail dans leur contenu. En effet, la plupart évoquent des histoires présentées brutes, dont l'interprétation reste à la charge du lecteur. On constate, du point de vue méthodologique, que ces récits sont le plus souvent écrits par les médecins : soit sur une rencontre de soin authentique, soit sur leur autobiographie. La médecine narrative constitue un outil didactique et thérapeutique (313) intéressant pour la formation à l'empathie et à l'écoute active (314), pour la prise en charge de certaines pathologies, pour favoriser le recul sur la maladie et la nécessité de comprendre l'importance de l'histoire du patient (315), et pour être davantage efficace dans une approche centrée patient. Cependant, pour avoir un réel impact sur la pratique, ces histoires nécessitent du temps pour les lire, une diversité suffisante pour être en partie transférable et une analyse plus approfondie qu'une simple lecture. Il semble assez clair que les articles retrouvés sur ce thème visent essentiellement à la rétrospection personnelle et à argumenter la nécessité de la réflexivité dans notre pratique. Ce type de médecine est à aboutir davantage pour apporter une réelle plus-value. Elle a le mérite de caractériser le lecteur comme étant ouvert à l'écoute active et intéressé potentiellement par l'histoire de ses patients et donc d'avoir une approche centrée patient plus aboutie.

Dans le thème de la médecine narrative en lien avec l'enseignement, une étude bien menée dans la faculté de Paris Est Créteil intégrait dans le cursus de formation d'étudiants en médecine des cours dispensés par des patients appartenant le plus souvent à des associations et formé eux-mêmes à l'enseignement. Le résultat était positif avec une tendance à sensibiliser plus efficacement les étudiants à une ACP (256).

Finalement, très peu d'articles évoquent directement l'approche centrée patient en tant que définition, outils ou norme. Se pose la question de l'intégration de ces articles dans ce travail pour plusieurs raisons :

- Il est évident que ces récits, notamment ceux des médecins concernent un versant de l'ACP. En effet, la capacité à reconstituer une histoire (tant d'un patient que d'un médecin), à créer du lien entre les éléments qui y sont survenus, à rattacher cette analyse comme un élément pertinent du soin ou du soignant est de l'ACP.
- En parallèle, seul 1 article sur PubMed comprend à la fois le mot clé « Patient-Centered Care » et « Narration » (314). On constate donc que les auteurs dans la grande majorité des cas n'utilisent pas l'indexation « ACP ».

4 DISCUSSION

Ce travail avait pour but de mieux comprendre l'usage du concept d'approche centrée patient par les auteurs de la discipline. Bien qu'ayant pu lire et citer d'autres disciplines lors de mes recherches, la grande majorité de mes sources sont publiées par des médecins généralistes ou membre de DMG. Il est donc clair que l'analyse que j'en fait ne se rapporte qu'à la médecine générale et que de nombreux autres auteurs traitent de l'ACP de manière pertinente.

4.1 Synthèse des niveaux de preuves

Parmi les articles retrouvés, je constate de nombreux avis d'experts, dont une partie que j'ai exclue car n'abordant pas le concept. Le niveau de preuve est donc faible. De plus, les quelques études comparatives randomisées présentent aussi des biais méthodologiques et instrumentaux. Pour moi, les résultats restent significatifs mais difficiles à transférer à la pratique.

4.2 Usage de l'ACP

Ce travail confirme et étaye les résultats des revues de littérature précédentes (4) (6) (29) :

4.2.1 Les résultats principaux

Les principaux résultats de ce travail son repris pour en préciser les détails et les critiquer :

- Dans sa définition théorique, il existe un consensus relatif autour d'auteurs fondateurs (Carl Rogers, Michael et Enid Balint, Stewart). Cependant, les définitions faites par les différentes autorités de santé sont souvent incomplètes voire très réductrices. Les sites de références de la médecine générale (SFMG, CNGE) n'abordent pas l'ACP.
- Bien que certaines mesures spécifiques aient été élaborées, à savoir la satisfaction et la participation, les instruments permettant de mesurer dans son ensemble ce concept particulièrement complexe font encore défaut.
- La pratique de l'ACP semble avoir une réelle plus-value dans le soin, parfois prouvée par des études bien menées mais avec des carences instrumentales ou méthodologiques. Les preuves en termes de satisfaction des patients et des médecins s'accumulent, ainsi que la diminution des coûts en termes d'examen complémentaires.
- Globalement, le souhait des patients et des médecins se porte sur l'approche centrée patient, mais ce n'est pas toujours le cas. Cette remarque est à modérer par le manque de détails concernant la définition de l'ACP qu'en font les patients qui la souhaite.
- Tout porte à croire que la place d'un patient proactif et l'établissement d'une relation pluriprofessionnelles incluant le patient gagneront en importance à l'avenir, en particulier pour les maladies chroniques.

- La formation des étudiants et des médecins à l'ACP reste mal évaluée, mais certains auteurs concluent à un bénéfice sur les capacités communicationnelles et la satisfaction des médecins. Les résultats concernant les résultats de santé objectifs sont mitigés et discutables.

Concernant l'orientation génétique :

L'absence de rapprochement entre l'ACP et la médecine de précision me semble étonnant, j'aurai apprécié la modernité de discuter de la complémentarité nécessaire de ces concepts. La médecine 4P ou de précision s'impose de plus en plus dans les publications scientifiques (sur PubMed : 2500 publications en 2016 contre 189 en 2010) et ne va pas manquer de concerner toute la population. De nombreuses interrogations des patients vont être adressées aux médecins. L'ACP me semble être une approche pertinente pour gérer les demandes/angoisses/possibilités émanant de ces nouvelles technologies capables de prédire une partie de l'avenir biologique.

Concernant l'usage de l'ACP en tant qu'outil

Il ressort de ce travail que l'approche centrée sur le patient est étudiée pour tester sa validité, son caractère opérant et son potentiel à améliorer des paramètres de santé. Toutes les études retrouvées – ayant comparées l'ACP versus une autre approche, ou l'impact d'une formation à l'ACP versus l'absence de formation – souffrent de limites méthodologiques. Les principales limites sont :

- La difficulté de suivi sur le long terme,
- La difficulté d'évaluation des critères de l'ACP de manière objective,
- Les variations entre évaluateurs,
- La définition des objectifs précis de l'étude et les attentes des auteurs,
- La difficulté d'interprétation des résultats,
- Le détachement de la seule satisfaction du patient,

La présence plus importante d'articles concernant des pathologies spécifiques dans ce classement en outil par rapport à ceux classés en norme, conforte l'usage de l'ACP. Il semble plus logique que les articles qui explorent l'ACP comme un outil soient davantage axés sur une pathologie.

Concernant l'usage de l'ACP comme une norme professionnelle :

Même si seulement 35% des articles inclus dans ce travail utilisent ce concept comme une norme professionnelle, je pense que c'est une utilisation qui va augmenter avec le temps.

On pourrait penser que l'utilisation du terme PCMH reflèterait une réelle norme et un concept consensuel. Pour moi, ce n'est pas le cas, cette maison de santé est issue d'une réflexion aboutie par des instances de santé américaine. Les objectifs des PCMH sont une finalité qui n'est pas encore une réalité. Les auteurs mettent en avant beaucoup plus les problématiques de management, de valorisation financière, de gestion administrative, de formation des étudiants et des formations continues que de critères qualitatifs liés à l'ACP.

On comprend la difficulté de classement des articles et des concepts dans la notion de norme. L'ACP ne constitue à mon sens pas une norme figée, mais se construit en tant que norme dynamique. En d'autres termes, c'est un concept opérant à construire avec la nécessité de création d'outils d'application et d'évaluation davantage validés.

Le fait de retrouver plus d'articles de réflexion générale ou de pédagogie dans ce classement en norme semble cohérent. L'ACP est un concept vers lequel des programmes de formation et des instances de santé souhaitent tendre. Les articles en traitant ont donc cette orientation générale.

Concernant les outils d'évaluation :

Ce sont des outils utilisables en recherche médicale mais difficilement au sein d'une consultation comme outil de pratique ou d'évaluation personnelle. En effet, les questionnaires sont longs et précis, et l'outil nécessite un observateur indépendant. La plupart des études que je retrouve dans mes recherches souffrent de faiblesses méthodologiques inhérentes au manque d'outils multi-variables validés, au manque de puissance des études qualitatives ou semi-quantitatives. Je pense que la capacité des chercheurs pour mettre en évidence des différences significatives entre les pratiques médicales, devrait s'accroître avec l'utilisation de nouvelles technologies d'analyses (amélioration d'algorithmes type N-VIVO, intelligence artificielle...).

Concernant la satisfaction du patient :

Je constate que cet impact de l'ACP n'est plus à prouver de manière générale dans la communauté médicale et auprès des patients. Il a été démontré, notamment par des équipes canadiennes, que c'est la perception que les patients ont de la consultation qui est liée à un résultat positif pour la santé des patients et à l'efficacité des soins médicaux (32). Une amélioration de la satisfaction des patients conduirait donc à une meilleure efficacité des soins. C'est donc tout l'intérêt de la quantification de ce ressenti particulièrement subjectif et fragile.

Des résultats discordants sont aussi retrouvés concernant les patients dits « bien instruits », certaines études leur attribuent des soins davantage axés sur le patient, d'autres une moins bonne satisfaction de leur prise en charge, d'autres études encore un plus grand investissement dans la prise de décision. Serait-ce que ces patients seraient plus exigeants ? ou plus idéalistes ? Intuitivement, sociologiquement, ces conclusions me paraissent explicables. En effet l'accès à l'information, l'esprit critique ou les tendances de la société à vouloir faire croire que la médecine serait puissante, achetable, et que la maladie serait une anomalie, je pense qu'il existe une forme de déception et d'inacceptation du soin d'autant plus forte que le patient serait instruit.

Concernant la subjectivité liée à l'ACP :

Le classement que j'ai fait des articles comme intégrant la subjectivité du patient ou du médecin est révélateur de la conception de l'ACP par les auteurs. Effectivement dans 70% des articles, la subjectivité est abordée clairement comme élément constitutif de cette approche. Cette caractéristique permet de donner du sens à la relation pluridimensionnelle qui se construit entre le médecin et le patient.

Nonobstant, l'ACP intègre les caractéristiques objectives du patient : ses antécédents biopsychosociaux, son environnement familial et professionnel, sa culture ou encore son histoire. L'écécité du patient n'est accessible qu'en intégrant la subjectivité.

Concernant l'usage du mot clé

Je peux tirer plusieurs conclusions de ces recherches concernant l'usage du mot clé « approche centré patient » et ses synonymes :

- Les auteurs utilisent rarement ce mot clé pour caractériser leur article. En effet, les moteurs de recherche scannent à la demande le titre, résumé, articles et mots clés. Et la majorité du temps, c'est dans l'article ou le résumé que figure le mot clé. C'est différent pour PubMed, du fait de l'indexation propre de MEDLINE avec l'attribution de mots clés qui ne sont pas ceux choisis initialement par l'auteur.
- Je constate parfois que le mot clé est présent dans le résumé mais pas dans l'article. Pour certains articles je ne retrouve pas de lien clair entre cette utilisation dans le résumé et le contenu de l'article. Comme si « approche centré patient » n'était qu'un terme générique utilisé à des fins de concisions ou d'attraction du lecteur.

Je remarque que je n'ai retrouvé que deux articles évoquant directement les enfants. J'en suggère plusieurs explications :

- La sélection par auteur décidé dans ce travail excluant les pédiatres, la santé publique et scolaire.
- L'inclusion dans un certain nombre d'articles des enfants sous le terme « patients », sans en spécifier les caractéristiques.
- Le manque d'études bien menées incluant des enfants ou adolescents est réel.
- Ce constat reflète possiblement le manque de considération, par de nombreux généralistes, du potentiel relationnel de la personne mineure, a fortiori de l'enfant.

Ce constat, à mon sens regrettable, ouvre le champ de la recherche dans notre discipline.

4.2.2 L'organisation de la médecine avec l'ACP et maisons de santé pluriprofessionnelles

Les recommandations de bonnes pratiques qui existent aujourd'hui donnent des lignes directrices pour les soins encore axés sur le biomédical. Il convient de ne pas oublier que ces recommandations sont parfois éditées sans avoir de preuves fiables de leur efficacité. C'est un élément qui devraient motiver à une ouverture sur l'ACP. En regroupant certaines recommandations et considérés de manière appropriée par les cliniciens, ces outils permettraient une orientation beaucoup plus cohérente pour les groupes de maladies les plus courantes. L'objectif de ces recommandations seraient alors de mieux gérer les patients touchés par la multimorbidité. En rendant disponibles des tableaux de la balance bénéfice / risque pour toutes les interventions évaluées, classées selon le plus grand bénéfice en fonction de l'âge, du sexe et des morbidités de chaque patient, donneraient des directives spécifiques au clinicien et au patient. Cela paraît très utile d'en discuter pour choisir les interventions à fort impact lors de la consultation avec le patient et donc aider à prioriser les problématiques de santé. Un tel système fonctionnerait bien dans un dossier médical électronique où les morbidités seraient déjà disponibles et donc l'affichage de l'avantage et du risque serait automatique. Ces recommandations fondées sur la multimorbidité, qui aideraient les patients et les cliniciens à voir clairement l'efficacité des interventions, pourraient efficacement combler les limites des lignes directrices actuelles et réduire l'écart de soins entre ce que nous savons et ce que nous faisons (148).

Je constate que nous en sommes encore aux prémices concernant l'information au patient, la prise en compte de la subjectivité, de la notion de risque et la balance bénéfice risque. Peu d'outils d'évaluation de cette subjectivité et de cette balance existent.

Les services de soins primaires mettent l'accent sur la défense des intérêts des patients et la coordination des soins. Des dispositions pour une réponse 24 heures sur 24 pour les problèmes urgents devraient être incorporées. Chaque médecin ne devrait pas fournir tous les services, mais chaque groupe devrait être organisé pour le faire. Par exemple, donner la possibilité pour d'autres médecins de pouvoir accéder aux données du patient nécessaires à des soins urgents.

Dans l'amélioration possible de l'exercice en cabinet, la mise en place de maisons de santé pluriprofessionnelles me semblent être incontournable. Les médecins sont responsables d'un panel défini de patients et sont assistés par d'autres professionnels de la santé, comme les infirmiers, les kinésithérapeutes, les psychologues, les pharmaciens, les travailleurs sociaux et les éducateurs en santé. Une patientèle de médecin comprend environ 1400 patients, (2000 environ pour un médecin américain). L'inclusion d'une infirmière praticienne permettrait d'ajouter 800 patients à la patientèle. L'éducation thérapeutique apportée par une infirmière avec une approche centrée patient serait plus efficace (194). L'adjonction d'un pharmacien à une maison de santé est discutable mais pourrait apporter une amélioration de la qualité des soins et une ressource complémentaire pour les médecins et les patients (316) (317) (123).

Je constate durant mes recherches que les instances de santé françaises ne semblent pas s'inspirer du modèle américain de PCMH, ni de maison de santé d'autres pays. Parmi les articles français retrouvés, aucun n'évoque la PCMH. Pourtant la PCMH se base sur des fondements d'approche centrée patient, et une réflexion approfondie. Je trouve dommage ce manque d'inspiration internationale qui ralentit les procédures et ne tient pas compte de l'expérience d'autres systèmes de santé.

La discussion avec un médecin à l'origine d'un projet de MSP en Vendée, confirme le constat fait lors de mes recherches bibliographiques. D'après lui, il n'y a pas d'usage de l'ACP dans le plan de santé. A priori la MSP n'a pas été conçue comme un instrument de centrage patient, mais comme une structure opérante améliorant le confort des soignants. L'objectif est donc double : améliorer les conditions d'exercice des médecins et des professions paramédicales et favoriser la prise en charge des patients. Le centrage patient s'invite implicitement lors de réunions pluriprofessionnelles organisées dans les MSP autour de patients plus complexes ou posant problème. Certains cabinets militants pourraient avoir une orientation du soin particulière et revendiquée, mais ce n'est pas une caractéristique des MSP.

Des maisons de santé ou regroupement de médecins généralistes favorisent une patientèle partagée. Les patients désignent un médecin traitant, mais lors de la prise de rendez-vous, si leur médecin désigné n'est pas disponible ou si le patient souhaite voir un autre médecin (par exemple : patiente préférant un médecin différent pour son suivi gynécologique) l'option leur est donnée de choisir un médecin différent. Ce mode d'exercice se discute. En effet, le suivi par plusieurs médecins peut conduire à une moins bonne connaissance du patient, une approche des soins différente, des processus de soins ralentis ou encore contraindre le patient dans certains cas à être consulté par un autre médecin (si celui-ci n'est pas disponible pour une urgence par exemple). En revanche, laisser le choix au patient de pouvoir consulter un autre médecin s'il le souhaite constitue un point important dans le centrage patient, en favorisant les patients proactifs.

Ce nouveau mode d'exercice me semble être un premier pas pour exercer une médecine plus moderne, en favorisant le partage des compétences et des tâches. Je regrette cependant le manque de place laissée aux principaux intéressés – les patients – dont je ne doute pas que certains seraient motivés et leurs remarques constructives. Une valorisation qualitative des projets de santé en fixant un cadre conceptuel de l'exercice apporterait également une plus-value.

4.2.3 Perspective éthique.

« Les façons de penser et de faire du généraliste conduisent à une action prioritaire et intégrée. Cette activité implique l'itération (va-et-vient) entre amplitude et profondeur, le subjectif et l'objectif, l'action et la réflexion. L'itération est une fonction clé du généraliste. Penser et agir de manière à donner du sens à des tâches apparemment de bas niveau qui développent des relations et itèrent entre les parties et le tout pour favoriser un bien plus grand. » (318).

Un principe fondamental de l'approche des soins centrés sur le patient est qu'il s'applique à chaque rencontre médecin-patient – à l'hôpital ou en cabinet – peu importe la gravité des circonstances. Par exemple, si un patient vient pour une rhinite et souhaite une visite rapide avec une intervention minimale, un médecin généraliste axé sur le patient agira rapidement en focalisant sa prise en charge. Il continuera donc à prodiguer les soins requis pour la pathologie en cause, mais ne fera pas – parce que le patient l'a guidé – d'enquêtes sur d'autres problèmes biopsychosociaux. A contrario si un patient vient avec une rhinite mais fond en larmes pendant la consultation, le médecin sera sûr d'explorer cette émotion, et tentera de soulager le stress émotionnel. S'il y a clairement des exceptions à toutes règles, alors on peut dire que chaque patient est l'exception parce que chacun exige une réponse unique. Les soins axés sur le patient nécessitent des médecins adaptatifs qui sont prêts à modifier leurs approches en fonction des souhaits des patients, du contexte et de l'urgence des problèmes. Être sensible à la souffrance et aux circonstances personnelles est toujours pertinent, peu importe la gravité de l'état de santé.

Dans cette optique, les médecins devraient acquérir la maîtrise de nombreux styles de relations et de communications pour ajuster leur pratique en fonction du contexte de la rencontre de soin. On pourrait suggérer que la communication véritablement centrée sur le patient signifie être suffisamment réflexif pour reconnaître le style préféré du patient et suffisamment adaptatif pour réagir en conséquence. C'est une limite claire du concept d'ACP dans sa mise en pratique, car il y a probablement peu de médecins qui ont cette capacité d'adaptation si importante. Les soins médicaux deviennent de plus en plus complexes, incertains et parfois contradictoires. La consultation devient de plus en plus importante pour individualiser l'expérience de la maladie. Cette capacité à varier notre style de communication est une qualité humaine unique, nous devrions être suffisamment réflexifs pour l'améliorer continuellement. À une époque de choix et de profusion de l'information, les soins interpersonnels peuvent demeurer inestimables (203).

Il existe un conflit entre l'expérience subjective et indifférenciée du patient et la nécessité pour le médecin d'objectiver, de coder et de structurer cette information. La médecine actuelle basée sur des faits objectifs (pour certaines pathologies) et des traitements avec des indications précises, semble s'opposer aux échanges médecin-patient ces derniers étant beaucoup plus subjectifs.

En tant que médecin, une attitude respectueuse de la personne, de son autonomie et de son droit à la confidentialité, doit être adoptée et son comportement doit être guidé par une intention bienveillante.

Un médecin généraliste doit être en mesure de susciter une discussion sur des sujets difficiles et sensibles, par exemple l'alcool et les drogues, les relations familiales, la sexualité ou la mort. En outre, un médecin généraliste doit être en mesure d'adapter ses mots à n'importe qui, indépendamment de l'âge, de l'origine ethnique, ou du contexte socio-économique (157). Il doit être capable de s'affranchir du jugement, d'accepter que ses ressentis soient le reflet d'un centrage patient. Si le médecin est frustré par une consultation, peut-être que le patient ne l'est pas ou que le centrage était trop déporté vers le médecin.

4.2.4 Avenir de l'ACP

Je constate une diminution du nombre de publications ayant pour mot clé l'ACP depuis 2011 dans PubMed et depuis 2015 pour la série incluse dans cette thèse. Il est possible que cela soit lié à une moins grande polémique autour des PCMH américaines, dont une partie a été incluse dans ces résultats. Cette entité d'exercice créée en 2008 a fait couler beaucoup d'encre dans les publications de la discipline aux Etats-Unis. C'est un des motifs d'exclusion d'article le plus fréquent dans ce travail. Une autre interprétation serait que cette approche se clarifie et s'intègre davantage comme une norme de la profession. Un nouveau travail de recherche similaire d'ici 2020 pourrait permettre de préciser et expliquer cette cinétique.

On comprend aisément que les médecins « encadrent » de façon inconsciente leurs pratiques en fonction de leur perspective individuelle et de leur expérience professionnelle. Ce qui est un frein à la construction d'une ACP. Deux pistes d'améliorations évidentes ressortent de ce travail pour faire changer cette résistance : en premier lieu le patient, en second la formation :

- Le patient, en devenant partenaire et connaisseur d'un style de communication, va pouvoir orienter la consultation dans des directions différentes, que le médecin n'a pas toujours envisagé.
- La formation, simplement pour favoriser l'auto-évaluation et améliorer les compétences communicationnelles.

Il est important de ne pas oublier que c'est, dans la majorité des cas, le patient qui décide d'aller voir un médecin en fonction de ses besoins (173). De ce fait, la décision partagée et l'implication dans la prise en charge me paraît nécessaire et évidente. De plus en plus de patients prennent conscience de leur volonté de s'impliquer davantage dans la relation avec leur médecin et dans la décision prise sur leur santé. Toutefois, encore trop peu de décisions sont prises avec cette démarche d'après cette étude américaine qui estimait que 5 décisions de soins parmi les plus fréquentes en médecine générale ne suivait pas ce processus de décision partagée (319).

Différents points qui limitent l'amélioration des soins centrés sur le patient peuvent être améliorés dans les années à venir (320) :

- Le coût et l'optimisation des dossiers électroniques et des logiciels médicaux vont s'améliorer. En cela, l'accès à l'information propre à chaque patient pourra être facilitée, permettant une meilleure coordination des soins, une rapidité d'accès aux informations/préférences du patient et donc un centrage patient moins chronophage.

- L'utilisation plus fréquente de la communication en dehors de la consultation (courriel, téléphone, dossier sécurisé) entre médecin et patient est un vrai point à améliorer. Evidemment, la question de la sécurité et du secret médical est à poser, sans oublier la valeur administrative de l'écrit qui nécessite un cadre médico-légal bien construit (99) (106).
- L'expansion de la connaissance médicale accessible à tous par internet notamment, ainsi que la formation des nouvelles générations à l'esprit critique pour un tri pertinent des données consultées.
- Le développement de maison de santé avec leur caractère pluridisciplinaire devrait aussi favoriser une approche centrée patient. Cependant, en France le manque de cadre qualitatif de ce type de structure freine une orientation centrée patient.
- Favoriser le « feedback » des patients, c'est-à-dire leur retour sur la pratique de leur médecin généraliste.
- Les questionnaires (avant, pendant, après la consultation) sont peu utilisés en France par les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne. Ce pourrait être une piste pour favoriser la communication et le centrage patient. Certains questionnaires de spécialité ou à but biomédical sont valorisés financièrement.

La réflexion des institutions de santé et la création des politiques de santé pourraient également être centrées patient. En effet, le manque de consultation des médecins de terrain et des patients pour faire évoluer le système de soin français constitue un réel frein à l'amélioration de l'efficacité de notre médecine (268). Dans cette réflexion, la valorisation financière devrait être intégrée. Aujourd'hui, la rémunération des médecins est multiple :

- Paiement à l'acte avec majorations diverses (enfants, actes technique réalisés, sortie d'hospitalisation, urgence, visite, modifications liées aux horaires d'exercice..) et cotations complexes.
- Majorations diverses et différées liées aux patients : forfait personnes âgées de plus de 80 ans, valorisation de la patientèle du médecin traitant.
- Rémunération sur objectifs de santé publique.
- Indemnités lors des formations professionnelles, de formations d'étudiants (maître de stage universitaire).
- En fonction du mode d'exercice : versement d'astreintes, réquisition par l'état, vacations salariées, subventions des collectivités pour l'exercice en maison de santé...
- Avantages financiers ou en nature par les laboratoires pharmaceutiques.

Ces rémunérations diverses complexifient l'administratif et la transparence des possibilités de valorisations financière du soin. Dans l'objectif d'optimiser le temps médical passé auprès du patient, et lutter contre certaines résistances des médecins pour pratiquer l'approche centrée patient, une simplification administrative me semble impérative, l'incitation à travailler avec un secrétariat et/ou un expert-comptable devrait être un minimum.

« Bien que la tâche puisse sembler intimidante, les médecins, les patients et les collectivités qui œuvreraient ensemble pour promouvoir une vision commune, sur un terrain d'entente, trouveront qu'ils ont une voix forte pour le changement. » (12).

4.3 Biais et obstacles

4.3.1 Le biais de sélection

C'est le principal biais de ce travail. Une part est inhérente à la méthodologie même de la thèse (cf. critères d'exclusion).

- L'accès aux articles complets, parfois même au résumé, a été le plus difficile. Au-delà des accès universitaires ou liés à des abonnements, de nombreuses bases de données sont non accessibles gratuitement ou non mises à jour. Par exemple, une thèse non trouvée dans une bibliothèque universitaire et dont la photocopie ou le prêt n'est pas faisable. Un article dont le prix (souvent entre 30 et 40 \$ ou €) n'a pas justifié d'aller plus loin au vu du résumé. Ou encore des articles dont les liens sont obsolètes. Au final, cela ne représente que 1% des articles pour lesquels je n'ai pas pu accéder à suffisamment d'informations pour l'inclure (soit pas de résumé ni d'accès à l'article, soit un résumé insuffisant pour l'exclure et dont l'article était inaccessible).
- La discipline de l'auteur était aussi difficile à préciser. Ainsi dans certains cas, j'ai pu exclure des articles dont les auteurs étaient ressortissants de la discipline mais pour lesquels je manquais d'information pour les identifier, et vice-versa.
- J'ai décidé de l'inclusion des articles seul la plupart du temps. Même si j'ai suivi au plus près la méthode décrite, il est donc possible qu'un autre auteur puisse faire une sélection différente.

La complexité de recherche en littérature grise, par exemple les comptes-rendus de colloques ou conférences sont particulièrement difficiles à se procurer, les résumés sont parfois accessibles, mais assez pauvres en contenu. Les moteurs de recherche dans cette documentation non publiée sont peu efficaces. Ce travail en littérature grise pourrait donc être plus abouti si j'y avais passé plus de temps et en allant à la rencontre de médecins auteurs de productions non mises en ligne.

Le biais de sélection constitué par les articles non trouvés peut être un élément analysable. En effet, si ces articles sont difficilement accessibles, on peut considérer que l'impact sur la communauté est faible.

4.3.2 Les limites des mots clés et des moteurs de recherche

J'ai rencontré plusieurs difficultés concernant les mots clés :

- Certains évoluent, ainsi que leurs classifications dans les revues et sites d'indexation. Le langage MeSH est modifié chaque année pour intégrer les avancées scientifiques et linguistiques.
- Chaque auteur décide de ses mots clés et le catalogue est très large : nombreux synonymes ne permettant pas une recherche efficace par mot clé.
- On constate que les mots clés de la revue ou de l'article sont souvent différents des mots clés de PubMed ou du MeSH (103)
- L'arborescence du langage scientifique MeSH n'est pas si riche. Par exemple, il ne classe la médecine clinique qu'en 2 catégories : « EBM » et « Precision Medicine ». La précision se fait après, via les descripteurs des mots clés (cf. 2.2) et l'association des mots clés. Toute la difficulté réside dans le choix de ceux-ci.

- En fonction de l'indexation des sources par les moteurs de recherche, un même article peut apparaître sur un moteur de recherche et pas sur un autre, alors même que le mot clé utilisé est identique. Par exemple, une thèse traitant du diabète (228) sera trouvée sur Opengrey avec le mot clé « approche centré patient », mais ne fera pas parti des résultats sur le Sudoc avec le même mot clé. Pourtant le Sudoc est le lieu d'hébergement de cette thèse en question. Cela constitue donc un biais important dans une revue de littérature par moteur de recherche. Ce biais est limité par l'utilisation de plusieurs moteurs qui vont recouper les documents et les indexations.
- Le fait d'avoir exclu le mot clé « approche centrée sur la personne » « person-centered care » dans la littérature indexée est un biais potentiel. Ce mot clé est normalement inclus dans « patient-centered care » mais ce n'est le cas seulement dans PubMed. Dans les autres recherches, ce mot clé a été intégré mais ressort assez peu de résultats intéressants pour ce travail.
- Pour certains moteurs de recherche peu performants, j'ai dû limiter l'équation de recherche. Par exemple : « centré » à la place de « approche centrée sur le patient ». Cela me permettait de trouver les articles contenant « approche centrée patient » ou « soin centré sur le patient ». Cet élargissement a augmenté le tri « manuel » et souvent le « bruit » (le rapport nombre d'articles total sur nombre d'articles pertinents)
- L'utilisation d'autres mots clés synonymes (par exemple « patient participation », « Patient Acceptance of Health Care ») aurait pu donner d'autres exemples de l'usage de l'ACP.

De façon similaire, les limites constatées des moteurs de recherche sont :

- Les moteurs sont différents selon les sites et les revues et leurs performances extrêmement variables. Cet outil de recherche numérique est relativement récent et complexe. Je comprends que certains sites ne l'aient pas encore développé ou optimisé.
- Certains ne tolèrent qu'un ou deux mots clés.
- PubMed est le moteur le plus abouti, il est considéré comme le plus performant des moteurs de recherche mais n'inclut que les articles scientifiques publiés et indexés.
- L'absence de résultat sur les moteurs de recherche essentiellement axés sur les sciences humaines (Cairn et Isidore) n'est pas surprenant, mais j'avais la volonté d'élargir les recherches dans ce domaine afin de ne pas omettre certaines publications sur le sujet.
- Le moteur de recherche de la SFMG, du CNGE, de la revue Exercer semblent peu performants. En effet, ils ne tolèrent pas les guillemets ou les associations de mots-clés. Cependant, avec un mot-clé, on peut retrouver l'utilisation de certains mots dans des articles publiés sur le site.

4.3.3 Concernant les auteurs

J'ai choisi d'exclure les auteurs ne faisant pas partie de la communauté de médecine générale, malgré que certains publient dans des revues de médecine générale. Leur nombre conséquent constitue un résultat en soit. En effet, il est notable que ce concept intéresse aussi d'autres spécialités. Ce constat éloigne de nombreuses réflexions pertinentes sur l'ACP, notamment dans le domaine social et la recherche.

Aux Etats-Unis davantage qu'en France, de nombreux médecins spécialistes sont également médecin de soins primaires (l'équivalent de médecin traitant) et coordonnent les soins généraux de leurs patients. Cette attribution a, comme en France, tendance à diminuer

en faveur des généralistes exclusivement (122). Ceci peut expliquer le nombre d'articles sur l'ACP issus d'autres disciplines, mais également constituer un biais de sélection des articles.

4.4 Autres modèles de pratiques

Globalement, chaque couple médecin-patient interagit avec un modèle privilégié, et en fonction des situations cliniques, celui-ci évolue et s'adapte. « En privilégiant un modèle unique, comme celui centré sur le patient, on risquerait de priver les médecins de la palette des outils relationnels et communicationnels requis pour s'adapter aux différentes situations qu'ils rencontrent. » (3). C'est pourquoi d'autres modèles existent, se démocratisent, voire tendent à supplanter le modèle d'ACP.

4.4.1 La décision médicale partagée

Cathy Charles a défini le concept de « décision médicale partagée » comme établissant des modèles décisionnels dynamiques allant d'un centrage médecin à un centrage patient. Ce concept met l'accent sur un processus relationnel dynamique axé sur les besoins du patient et suppose l'ouverture et la flexibilité du médecin (321). La HAS en reprend les grandes lignes et le propose en modèle possible à mettre en œuvre. Elle évoque aussi des outils potentiels d'aide à la décision, sans en décrire la validité (322). Une des problématiques principales de la décision partagée, a fortiori de toute information médicale, est le manque de données probantes liées à la variabilité interindividuelle, à l'hétérogénéité de l'effet thérapeutique d'une ou plusieurs molécules et au manque de connaissance sur la multimorbidités (323).

Sur le plan linguistique, il est nécessaire de bien distinguer « shared decision making » (le mot clé anglais) et « décision partagée » (le mot clé français). L'un est un processus de choix sans décider, l'autre traite seulement de la décision en sous-entendant qu'elle n'appartient pas au patient mais est divisée entre le médecin et le patient. Le fondement de ce concept précise bien que la décision revient au patient : soit il choisit lui-même, soit il délègue au médecin la décision finale. Cette distinction entre « décision partagée » et « démarche décisionnelle partagée » (ou « processus de décision partagée ») est bien illustrée par un article publié dans la revue *Exercer*, étudiant la prise en charge de l'hypercholestérolémie (274).

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Évaluation du niveau de risque du patient.• Identification du mode de vie du patient et de ses possibilités de changement, de ses priorités concernant sa santé.• Délivrance d'une information sur les bénéfices attendus et les risques éventuels du traitement.• Discussion avec le patient prenant en compte ses préférences, ses craintes et ses attentes.• Décision finale de prendre le traitement qui revient au patient.• Décision qui peut être réévaluée périodiquement |
|--|

Tableau 4 : Démarche décisionnelle partagée par Bousageon et al. (274).

On peut se poser la question de la place de la décision partagée dans le cas où le médecin refuse de prescrire ou d'accéder à la demande du patient. Effectivement, le refus du médecin a-t-il sa place dans ce concept ? Sur le plan éthique ? Des éléments de réponse sont évidents quant au refus de prodiguer des soins qui mettraient le patient ou le médecin en danger (physique, moral ou administratif), ou ne respecteraient pas le code déontologique médical. Cela constitue une limite non négligeable à ce concept.

4.4.2 La compétence culturelle

Un modèle proche de l'approche centrée patient : la compétence culturelle apparaît dans les années 90 aux USA, avec pour objectif de lutter contre les disparités raciales et ethniques répandues dans les soins de santé en promouvant des soins de santé interculturels. Ce concept se définit ainsi: (242)

Dans les organisations de soins de santé : capacité de l'organisme de soins de santé à répondre aux besoins de divers groupes de patients :

- Effectif diversifié qui reflète la population de patients
- Les établissements de santé attentifs à la communauté
- Assistance linguistique disponible pour les patients ayant une compétence limitée dans la langue nationale
- Formation continue du personnel en ce qui concerne la prestation de services culturellement et linguistiquement appropriés.

Au sein des interactions interpersonnelles : aptitude d'un prestataire à combler les différences culturelles pour établir une relation efficace avec un patient : (118) (242)

- Explore et respecte les croyances, les valeurs, la signification de la maladie, les préférences et les besoins des patients
- Construit le rapport et la confiance
- Trouve un terrain d'entente
- Est conscient de ses propres préjugés / hypothèses
- Connaît bien différentes cultures
- Est conscient des disparités en matière de santé et de la discrimination touchant les groupes minoritaires
- Utilise les services d'interprète si nécessaire.

4.4.3 L'approche réflexive

La fenêtre de Johari traite de l'approche réflexive (118). Des conseils pratiques et des principes généraux relatifs à la pratique réflexive ont été développés. L'enjeu est de savoir quand et où la pratique réflexive est appropriée. L'objectif est d'aider le clinicien à prendre conscience de ses limites pour améliorer sa pratique. En voici les principaux points :

- « Réfléchir à la situation, les mesures prises, et pourquoi. Cela inclut des pensées et des sentiments personnels ; les biais, les valeurs et les hypothèses ; les perspectives des patients ; et les expériences passées qui auraient conduit à une action ou inaction spécifique.

- Chercher des sources de rétroaction (par exemple, une revue de la littérature, la consultation de pairs).
- Réfléchir sur les leçons apprises.
- Créer un plan d'action visant à modifier les actions et améliorer les résultats.
- Prendre des mesures sur un plan établi et continuer à surveiller les changements au fil du temps. »

Ce concept peut être un complément à l'ACP pour aider le médecin à intégrer sa perspective et ses compétences comme élément influençant la consultation.

4.4.4 La rationalité communicative

Un autre modèle proche de l'ACP : la théorie de Habermas de la rationalité communicative. Lorsque les décisions découlent d'un dialogue respectueux qui clarifie les considérations objectives, subjectives et sociales pertinentes, elles constituent ce que Habermas appelle la « rationalité communicative » (201). Il intègre un versant éthique plus poussé que dans l'ACP, mais n'est opérant que pour des situations qui se prêtent à un changement des habitus du patient. L'ACP souligne l'importance de l'utilisation de la relation, de l'empathie, de la recherche d'un terrain d'entente et d'explorer la perspective biopsychosociale des patients (correspondant aux trois dimensions de la vie du patient), se terminant par une prise de décision partagée. D'après Habermas, l'ACP manque pourtant de deux étapes importantes : explorer les raisons de la révélation de certains éléments et de réfléchir à une décision bonne, juste et réalisable en pratique. Cette théorie intègre davantage d'éthique vis-à-vis du patient. Néanmoins, l'approche centrée patient peut intégrer ces composantes en pratique, c'est dans sa définition qu'il y a éventuellement une lacune éthique. Dans la vie quotidienne, il existe de nombreux facteurs perturbateurs, rendant cette théorie trop idéale, difficile ou impossible à appliquer.

4.4.5 L'approche positive

L'approche positive permettrait d'avoir une meilleure satisfaction des patients et une autonomisation plus importante (10) ainsi qu'une amélioration de la satisfaction du médecin et une diminution du nombre de plaintes du patient (32). Cependant, cette approche est mise à l'épreuve par l'incertitude diagnostique qui doit faire partie de la relation authentique de l'ACP. En effet, si le médecin évoquait ses doutes diagnostiques, on sortirait de l'approche positive et on risquerait d'en perdre le bénéfice.

4.4.6 La médecine 4P (cf. 1.1.2)

La médecine 4P consiste à délivrer le bon traitement/soin au bon patient et au bon moment, avec une meilleure sécurité/efficacité et en favorisant la prise en main de sa santé par le patient (324). « On assiste là à une reconfiguration du cadre de la relation entre le médecin et son patient, qui dépasse largement celui plus restreint auquel renvoie la notion de colloque singulier. » (325). La médecine personnalisée dont la définition est maintenant clairement intégrée dans la médecine 4 P ou médecine de précision, traite systématiquement de la nécessité de rapprocher les professionnels de la santé au sens large (des médecins et paramédicaux, aux industriels en passant par les instances organisationnelles et politiques)

pour un travail collaboratif pour le patient. Le patient bien que très technicisé dans ce modèle resterait en position d'acteur via des réseaux, lui permettant un accès à l'évolution des recherches sur sa pathologie (21). La mise en pratique de la médecine 4P et de ses outils passe par la catégorisation des patients dans des groupes afin de permettre une forme de standardisation et une prédictibilité plus significative statistiquement (326). Cependant, avec ce mode de classement, on se détache à nouveau du patient pour ne le considérer que comme membre d'un groupe à risque. Ce modèle qui présente des atouts en termes d'évolution et de précision serait à approfondir concernant la place donnée à la personne en tant que sujet.

A ce jour, la médecine 4P est parfois présentée comme la préfiguration de la médecine de demain. Au premier abord, le patient semble être au centre de cette médecine, toutefois en développant, on constate que c'est juste l'individu d'un point de vue organique et non le patient dans toutes ses dimensions qui est évoqué. Ce concept interroge sur la dimension de subjectivité et de libre arbitre de l'individu. Le patient deviendrait un risque, un ensemble de variables mesurables, dont la santé serait nécessairement au cœur de ses préoccupations. Sur le plan éthique, une large discussion est ouverte sur la gestion de la prédictibilité de l'évolution de l'état de santé d'une personne et ses répercussions (personnelles, familiales, professionnelles, assurancielles...) (324).

Cette médecine est en expansion, il convient d'en préciser les contours humains et éthiques avant de la mettre en place.

4.4.7 L'approche centrée sur la relation

L'ACP se rapproche d'un autre modèle de soin utilisé notamment en psychothérapie : l'approche centrée sur la relation médecin-patient (« relationship centered care ») qui intègre les concepts de partenariat médecin-patient, d'attention au processus relationnel, de décision partagée et de conscience-connaissance de soi dans une approche constructiviste et interactionniste. Un modèle encore plus approfondi en découle : le « Complex responsive processes of relating ». Il souligne la nature non linéaire de l'interaction humaine et explique l'émergence de schémas autoorganisés de signification (par exemple, de thèmes ou d'idées) et de modèles de relations. Il focalise l'attention sur la nature du processus relationnel instantané, sur la valeur de la différence et de la diversité, sur l'importance d'une participation authentique et réactive (327). J'ai retrouvé un outil pédagogique de ce modèle « the clinical hand », qui me paraissait assez complexe et difficile à exploiter (328).

On comprend aisément l'intérêt de ce modèle qui peut permettre de compléter l'ACP. En effet, l'ACP sans attention sur la relation médecin-patient perd une partie de son sens et de son efficacité. La capacité de former des relations efficaces et la capacité d'autoréflexion sont essentielles pour une bonne prise en charge clinique et devraient être développées dans le cadre de l'éducation médicale.

4.4.8 Modèle du patient-partenaire

Le médecin et le patient ont un rôle équilibré. Le patient est alors considéré comme un soignant à part entière faisant partie de l'équipe. Ce nouveau modèle qui se développe depuis 2011 « s'appuie sur le savoir expérientiel des patients défini comme les savoirs du patient, issus du vécu de ses problèmes de santé ou psychosociaux, de son expérience et de

sa connaissance de la trajectoire de soins et services, ainsi que des répercussions de ces problèmes sur sa vie personnelle et celle de ses proches » (329). Ce modèle se développe notamment au Canada et est avancé comme un modèle encore plus moderne que l'ACP, d'autant qu'il permettrait au patient de devenir acteur également dans l'enseignement (88) (193) (256), la recherche, la politique et l'organisation de soins. Il doit être évalué de manière plus approfondie, mais propose une perspective différente avec un changement de paradigme. En effet, cette nouvelle conception du soin semble pertinente pour être au plus près des attentes du patient. Cependant, la complexité de la position donnée au patient en fait un modèle à adapter à celui-ci en fonction de sa pathologie, sa réflexivité, et de sa volonté d'engagement.

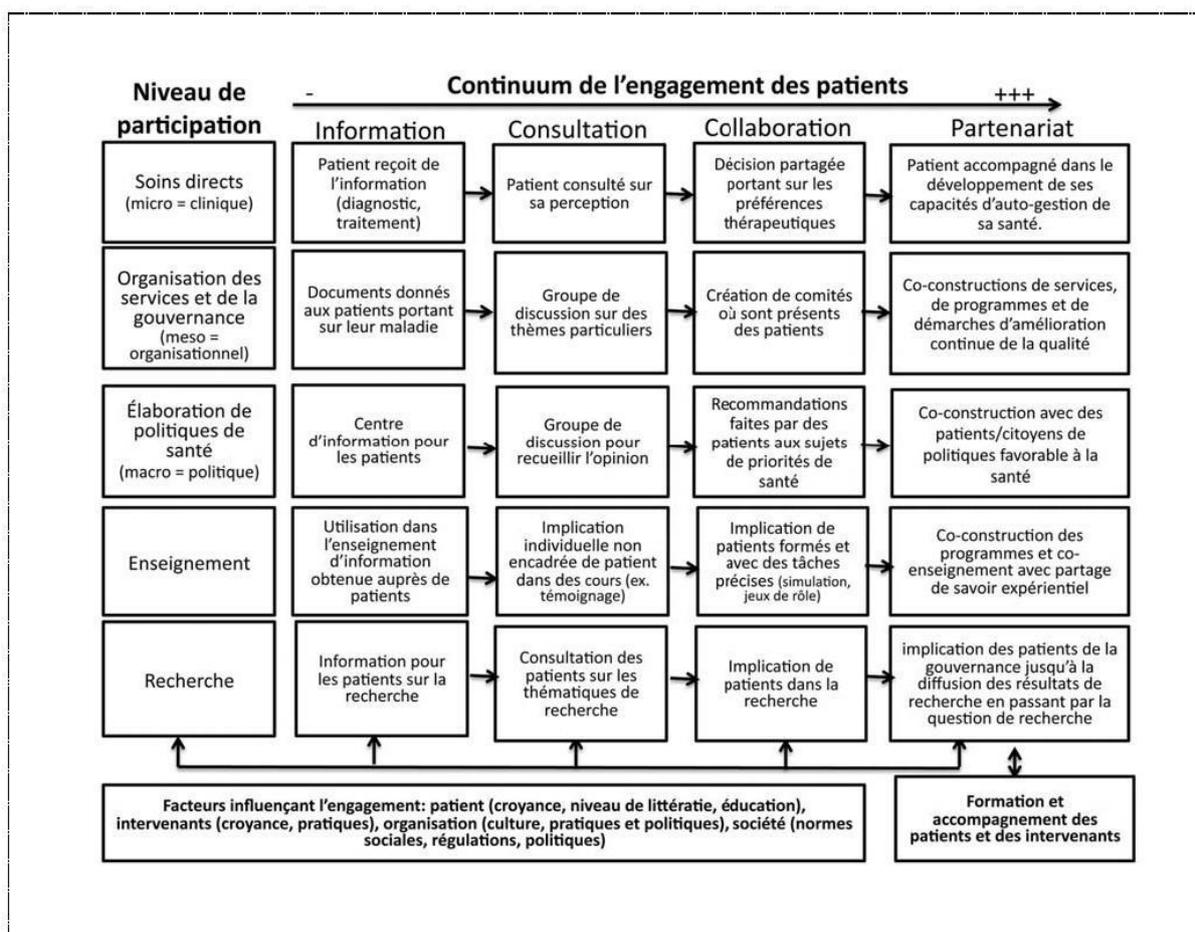


Figure 8 : Cadre théorique du continuum de l'engagement des patients inspiré de Carman et al. (2013) (329).

4.4.9 La médecine exhaustive

Elle est un concept issu des soins palliatifs, à visée ambulatoire et présentée comme un changement de paradigme dont le patient reste le pivot. « La médecine exhaustive repose sur trois piliers : médecin traitant, IDE et entourage, appuyés selon les besoins par d'autres intervenants. La prise de conscience des coopérations possibles ou nécessaires doit renforcer la cohérence de l'action auprès du patient » (330).

4.4.10 Limites potentielles

Il pouvait être attendu des limites liées aux moteurs de recherche. En effet, l'utilisation de mots clés isolés entraîne fréquemment un « bruit » dans les résultats avec une quantité de résultats trop importante à explorer à ce niveau de recherche. Il est donc nécessaire d'associer des mots clés avec des connecteurs. De ce fait, certains moteurs de recherche deviennent peu performants. Les résultats ainsi affichés peuvent donc être limités et certains articles exclus. De plus, la diversité des mots clés et du référencement des articles notamment en littérature grise engendre un biais d'inclusion en omettant certains articles potentiellement intéressants mais dont l'indexation est atypique (ex : mots clés peu fréquents) ou erronée (ex : indexation automatisée). Une autre limite possible de sélection est créée par l'exclusion manuelle des articles sur les critères sus-cités.

L'analyse peut être limitée du fait que l'extraction des données soit libre et faite par une seule personne. L'analyse comporte des choix potentiellement subjectifs. Le risque est alors de ne pas percevoir correctement les données de l'article.

Des traducteurs automatiques ont parfois été utilisés (Google Translate, Reverso) pour préciser ou améliorer la traduction faite des articles en anglais. La limite de la langue peut aussi altérer une extraction correcte des données.

4.4.11 L'approche négociée

« L'approche négociée » initiée par Anslem Strauss, reprise en 1992 par G. Girard et P. Grand'Maison (331) peut être définie comme un « processus relationnel souple, caractérisé par une participation optimale des deux partenaires et visant l'atteinte de consensus ponctuels et renouvelés. ». L'objectif principal de « l'approche négociée » est de réduire l'asymétrie d'information et d'établir une décision médicale partagée entre le médecin et le patient. « L'approche négociée » implique de se centrer sur les perceptions du patient et « le prendre où il en est et non pas là où le médecin voudrait qu'il soit ». S'établissent alors plusieurs niveaux de négociation dont le plus proche de l'ACP est le niveau autonomie-facilitation mais concerne encore une fois les patients souffrants de maladies chroniques en capacité de se prendre en charge.

4.4.12 L'intelligence artificielle

Nous entrons dans une ère sociétale cognitive où plusieurs multinationales notamment IBM (332) développent l'intelligence artificielle pour faire face à l'infinité de données disponibles dans le monde. Ainsi ce qui aujourd'hui transcende l'esprit humain, sera lisible/faisable via de nouveaux outils intégrant l'intelligence artificielle. Par exemple : faire des méta-analyses, des revues de littératures, de la médecine 4P voire de l'approche centrée patient en cabinet.

4.5 Financements

Tous les frais engagés pour ce travail, estimés à 600€, l'ont été sur mes fonds propres.

Plusieurs auteurs m'ont envoyé leurs travaux/articles à titre gratuit et confraternel.

Je déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts.

5 CONCLUSION

L'approche centrée sur le patient est présentée comme une notion structurante de la médecine générale, comme discipline universitaire et comme pratique de soin. De par sa pertinence conceptuelle ainsi que par ses implications en réponse aux attentes des patients, elle reste dans les publications consultées, un concept d'avenir pour la médecine générale du 21^{ème} siècle.

Ce travail marque le manque de consensus dans sa définition et son usage majoritairement comme outil diagnostique et décisionnel. Pour autant ce concept apparaît international et constitue la base de réflexion de nombreuses instances de santé particulièrement dans leurs orientations universitaires.

L'amélioration, par l'ACP, de la satisfaction du médecin et du patient ainsi de la participation du patient, est un résultat qui fait consensus dans les études. Les coûts liés à la prescription des examens complémentaires seraient également significativement réduits par l'ACP. Un des résultats de cette recherche soutient que les patients souhaitent ce type d'approche pour leur prise en charge. L'ACP semble donc à la fois un concept opérant à développer, une vraie compétence acquise par certains médecins et un objectif à atteindre pour d'autres. Cette approche s'inscrit de plus en plus comme une norme dynamique en construction, sans être une norme professionnelle inscrite.

La vision holistique de l'ACP lui donne une forte puissance conceptuelle, mais c'est la mise en pratique quotidienne qui donne toute sa complexité. L'identification des rôles à assumer par le patient et le médecin ressort comme une nécessité de l'ACP et de la médecine moderne ainsi que l'établissement d'une confiance mutuelle dans l'objectif de mobiliser leurs propres ressources parfois cachées. La subjectivité est une variable qui n'échappe pas aux auteurs sur l'ACP. Elle nécessite une attention particulière pour être comprise en intégrée par le praticien. C'est une composante essentielle du centrage patient.

C'est pourquoi on constate que la création d'outils d'application et d'évaluation davantage validés est indispensable. Diverses situations de soin ont été explorées par les auteurs en mobilisant l'ACP. Cependant, les avancées instrumentales d'aujourd'hui ne permettent de faire ressortir un résultat fiable que dans peu de cas. Toutefois, certains outils d'évaluation de l'ACP ont montré une validité et une reproductibilité suffisante tels que l'« OPTION Dyadic » ou le « General Practice Assessment Questionnaire » GPAQ. Un modèle de formation à l'ACP a été utilisé de manière récurrente dans des études nécessitant de former les médecins à ce concept. Il inclut deux modules simples et complémentaires. Ce modèle est repris par un guide traduit en français : le guide de Calgary-Cambridges (293).

Le plus grand obstacle au changement est peut-être la conviction erronée que les médecins dispensent déjà des soins axés sur le patient. L'exercice de la médecine nécessite un engagement cognitivo-émotionnel incluant l'intuition, et la créativité pour permettre de créer des réseaux complexes d'informations en communion avec le patient. L'approche centrée patient sollicite donc ces compétences cognitives et émotionnelles, mais également la capacité d'en prendre conscience. Les médecins doivent donc intégrer les soins biomédicaux tout en tenant compte des besoins sociaux, psychologiques, émotionnels et spirituels des patients grâce à une communication réfléchie et sensible.

Difficile de savoir si c'est l'amour de la vérité ou de l'humanité qui vivifie l'esprit d'un médecin, mais il existe un degré de frustration influent, lorsque la science ne fournit pas les outils pour aider les patients. La médecine moderne souffre à l'évidence encore de carences

scientifiques majeures dans la connaissance des pathologies et des thérapeutiques, a fortiori des polyopathologies et des polythérapies. Il existe une telle quantité de variables interindividuelles et interpersonnelles que la définition et la prédiction de l'effet d'une maladie ou d'un traitement est extrêmement complexe. La médecine de précision donne l'espoir d'apporter des réponses complémentaires avec l'utilisation des biomarqueurs et de la génétique de pointe, cependant les seuls moyens aujourd'hui d'inclure le maximum de ces variables me semble être l'approche centrée patient et les modèles qui s'en rapprochent (le modèle du patient partenaire surtout). A l'issue de ce travail, il me semble clair que la médecine personnalisée ou de précision et la médecine centrée patient ne se chevauchent pas, mais sont complémentaires. Il émerge toutefois que les médecins généralistes ne paraissent pas connaître la médecine de précision pour l'instant.

L'ACP qui s'expand dans ses grandes lignes dans le monde entier, paraît intéressante pour permettre au patient la plus grande autonomie, la meilleure satisfaction et au médecin de tenir un rôle nécessaire de repère et de coordinateur du soin pour répondre à la complexité du patient. L'acceptation simple que le médecin et le patient constituent des systèmes complexes indépendants, dont les réactions souvent imprévisibles sont liées à l'influence de facteurs complexes, ouvre un point de vue riche et indispensable à l'exercice de la médecine.

Je constate aussi au travers des recherches que l'usage de l'ACP n'est pas propre à la médecine générale. Certaines spécialités médicales l'utilisent aussi : la santé publique, les soins dentaires, la psychiatrie ou les spécialités tournées vers l'éducation thérapeutique. Des disciplines paramédicales ou humanistes : les soins infirmiers, la psychologie, la sociologie, la recherche... Ainsi au-delà de la portée de cette thèse, l'étude de la littérature transdisciplinaire permettrait de compléter les résultats. La littérature sur la recherche menée auprès des enfants, qui est un domaine de recherche spécifique, pourrait par exemple être explorée.

Le travail autour cette compétence attendue d'un médecin nouvellement diplômé et prescrite par le CNGE, devrait s'étendre à d'autres compétences relevant du concept telle que l'approche globale. En effet, je constate que la définition de l'approche globale, pourtant fondatrice de la discipline, n'est pas claire et unanime non plus.

Finalement, depuis presque 2500 ans, nous débattons du même paradigme. Hippocrate écrivait : « La vie est courte, l'art est long, l'occasion est prompte [à s'échapper], l'empirisme est dangereux, le raisonnement est difficile. Il faut non seulement faire ce qui convient à soi-même ; mais encore coopérer avec le malade, ceux qui l'assistent et avec les choses extérieures. » (333).

6 BIBLIOGRAPHIE

1. Belliot L. Émergence et évolution du concept de soins centrés sur le patient: enquête documentaire [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2015.
2. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam Pract.* mars 1986;3(1):24-30.
3. Lussier M-T, Richard C. Because one shoe doesn't fit all: a repertoire of doctor-patient relationships. *Can Fam Physician Med Fam Can.* août 2008;54(8):1089-92, 1096-9.
4. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Médicale Can.* 1 mai 1995;152(9):1423-33.
5. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 1982. oct 2000;51(7):1087-110.
6. Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev.* 12 déc 2012;12:CD003267.
7. Irwin RS, Richardson ND. Patient-focused care: using the right tools. *Chest.* juill 2006;130(1 Suppl):73S-82S.
8. Société Francophone du Diabète. Position des experts ADA-AESD sur la prise en charge de l'hyperglycémie chez les patients diabétiques de type 2: une stratégie centrée sur le patient. [Internet]. 2012 [cité 8 déc 2016]. Disponible sur: http://www.sfdiabete.org/sites/sfd.prod/files/files/ressources/MMM_recos_ADA-EASD.pdf
9. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ.* 24 févr 2001;322(7284):444-5.
10. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ.* 20 oct 2001;323(7318):908-11.
11. Lang F, Floyd MR, Beine KLB, Buck P. Sequenced questioning to elicit the patient's perspective on illness: effects on information disclosure, patient satisfaction, and time expenditure. *Fam Med.* mai 2002;34(5):325-30.
12. Aita V, McIlvain H, Backer E, McVea K, Crabtree B. Patient-centered care and communication in primary care practice: what is involved? *Patient Educ Couns.* sept 2005;58(3):296-304.
13. Bertakis KD, Azari R. Determinants and outcomes of patient-centered care. *Patient Educ Couns.* oct 2011;85(1):46-52.

14. Epstein RM, Franks P, Shields CG, Meldrum SC, Miller KN, Campbell TL, et al. Patient-centered communication and diagnostic testing. *Ann Fam Med*. oct 2005;3(5):415-21.
15. Morgan S, Coleman J. We live in testing times - teaching rational test ordering in general practice. *Aust Fam Physician*. mai 2014;43(5):273-6.
16. Bowman MA, Neale AV. Investigating patient-centered care. *J Am Board Fam Med JABFM*. avr 2014;27(2):169-71.
17. Jani B, Bikker AP, Higgins M, Fitzpatrick B, Little P, Watt GCM, et al. Patient centredness and the outcome of primary care consultations with patients with depression in areas of high and low socioeconomic deprivation. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. août 2012;62(601):e576-581.
18. Clayton MF, Latimer S, Dunn TW, Haas L. Assessing patient-centered communication in a family practice setting: how do we measure it, and whose opinion matters? *Patient Educ Couns*. sept 2011;84(3):294-302.
19. Gouvernement Français. Arrêté du 9 novembre 2011 relatif aux compétences requises en vue de la délivrance de la carte professionnelle de guide-conférencier aux titulaires de licence professionnelle ou de diplôme national de master [Internet]. [cité 2 déc 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2011/11/9/EFII1126715A/jo>
20. Compagnon L, Bail P, Huez J, Stalnikiewicz B, Attali C. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *exercer*. 2013;(108):148-55.
21. Claeys A, Vialatte J. Les progrès de la génétique: vers une médecine de précision? Les enjeux scientifiques, technologiques, sociaux et éthiques de la médecine personnalisée. [Internet]. 2014 janv [cité 8 déc 2016] p. 444. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r13-306/r13-3061.pdf>
22. Brand A. La médecine personnalisée: de la vision à la réalité. *Bull Académie Suisse Sci Médicales*. mars 2012;1-4.
23. Comité éthique et cancer. Quand la maladie n'est pas ou ne peut pas être la priorité de ceux qui en sont atteints. [Internet]. 2014 sept [cité 8 déc 2016]. Report No.: 26. Disponible sur: <http://www.ethique-cancer.fr/avis/avis-ndeg26-0>
24. Brun N, Hirsch E, Kivits J. Rapport de la mission « Nouvelles attentes du citoyen, acteur de santé » [Internet]. 2011 janv [cité 8 déc 2016] p. 46. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000098.pdf>
25. HAS. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. [Internet]. 2015 [cité 5 déc 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires
26. WONCA EUROPE. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille [Internet]. 2002 [cité 13 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>

27. WONCA EUROPE. The european definition of general practice / family medicine. WONCA Europe 2011 Edition [Internet]. 2011 [cité 28 févr 2017] p. 33. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>
28. Frappe P, Attali C, Matillon Y. Socle historique des référentiels métier et compétences en médecine générale. *Exerc Rev Fr Médecine Générale*. 2010;(91):41-6.
29. Van Royen P, Beyer M, Chevallier P, Eilat-Tsanani S, Lionis C, Peremans L, et al. The research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe. Part 3. Results: person centred care, comprehensive and holistic approach. *Eur J Gen Pract*. juin 2010;16(2):113-9.
30. Starfield B. Is patient-centered care the same as person-focused care? *Perm J*. 2011;15(2):63-9.
31. Stewart M, Brown JB, Weston W, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. 2. ed. Abingdon: Radcliffe Med. Press; 2003. 360 p. (Patient-centered care series).
32. Stewart M. Reflections on the doctor-patient relationship: from evidence and experience. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. oct 2005;55(519):793-801.
33. Perdrix C, Pigache C, Dupraz C, Farge T, Moreau A. Approche centrée patient et marguerite des compétences : une interaction à mettre en place et à évaluer. *Exerc Rev Fr Médecine Générale*. 2016;(125):132-7.
34. Collège national des généralistes enseignants (France). *Médecine générale*. 2^e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier, Masson; 2009. 488 p.
35. Stewart M, Brown JB, Weston W, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman T. *Patient-Centered Medicine, Third Edition: Transforming the Clinical Method*. 3 edition. London: CRC Press; 2013. 442 p.
36. Bousquet M-A. Tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline [Internet]. Paris VI; 2013 [cité 23 juin 2016]. Disponible sur: http://www.sfmge.org/data/generateur/generateur_fiche/794/fichier_1_these_concept_s_de_la_medecine_generale14eca.pdf
37. European general practice research network (EGPRN). Research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe. [Internet]. EGPRN, WONCA Europe; 2009 [cité 12 janv 2017] p. 72. Disponible sur: https://www.egprn.org/files/userfiles/file/research_agenda_for_general_practice_family_medicine.pdf
38. HAS. Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. [Internet]. 2015 [cité 20 janv 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi

39. Wikipédia. Approche systémique. In: Wikipédia [Internet]. 2014 [cité 2 mai 2017]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/wiki/Approche_syst%C3%A9mique
40. President's council of advisors on science and technology. Priorities for Personalized Medicine [Internet]. 2008 sept [cité 17 juin 2014]. Disponible sur: http://www.whitehouse.gov/files/documents/ostp/PCAST/pcast_report_v2.pdf
41. European Hospital and Healthcar Fédération (HOPE). La médecine personnalisée dans les établissements de santé européens [Internet]. 2012 [cité 5 juin 2014]. Disponible sur: http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/88_personalised_medicine/88_HOPE-PWC_Publication-Medecine-Personnalisee_Fevrier_2012.pdf
42. PricewaterhouseCoopers. The new science of personalized medicine [Internet]. [cité 16 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.pwc.com/us/en/healthcare/publications/personalized-medicine.html>
43. Pélissier-Simard L, Xhignesse M. Qu'est ce que la médecine intégrative? *Janv 2005*;43(1):21-2.
44. Willms L, St-Pierre-Hansen N. S'harmoniser, La médecine intégrative est-elle l'avenir de la médecine familiale? *Can Fam Physician*. août 2008;54(8):1093-5.
45. l'Académie Suisse des Sciences, Médicales (ASSM). Potentiel et limites de la «médecine individualisée». *Bull Académie Suisse Sci Médicales*. 2012;93(50):1851-7.
46. Charon R. *Narrative medicine: honoring the stories of illness*. Vol. 1. Oxford; New York: Oxford University Press; 2006. 284 p.
47. Kalitzkus V, Matthiessen PF. Narrative-Based Medicine: Potential, Pitfalls, and Practice. *Perm J*. 2009;13(1):80-6.
48. Zerhouni EA. FY 2009 Director's Budget Request Statement - The NIH Director - National Institutes of Health (NIH) [Internet]. 2008 [cité 2 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.nih.gov/about/director/budgetrequest/fy2009directorssenatebudgetrequest.htm>
49. Hood LE, Galas DJ. P4 Medicine: personalized, predictive, preventive, participatory A change of view that changes everything [Internet]. Computing community consortium; 2008 [cité 2 mai 2017]. Disponible sur: http://www.cra.org/ccf/files/docs/init/P4_Medicine.pdf
50. MeSH Browser Record [Internet]. [cité 9 août 2016]. Disponible sur: https://www.nlm.nih.gov/cgi/mesh/2016/MB_cgi?mode=&term=Precision+Medicine&field=entry
51. Larousse É. Définitions : subjectivité - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 26 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/subjectiv%C3%A9/75043>
52. Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie Rev*. janv 2015;15(157):39-44.

53. HAS. Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations [Internet]. 2000 janv [cité 16 nov 2016] p. 60. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/analiterat.pdf>
54. INSERM. Le MeSH bilingue anglais - français [Internet]. [cité 1 nov 2016]. Disponible sur: <http://mesh.inserm.fr/mesh/>
55. Harris MF, Dennis S, Pillay M. Multimorbidity: negotiating priorities and making progress. *Aust Fam Physician*. déc 2013;42(12):850-4.
56. Hickner J. How well do you know your patients? *J Fam Pract*. déc 2013;62(12):693.
57. Watt G professor of general 1practice. Looking beyond « the house of care » for long term conditions. *BMJ* Novemb 23 2013 [Internet]. 2013 [cité 18 juin 2014];(347). Disponible sur: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=ovfto&AN=00002591-201311230-00031>
58. Hedberg C, Lynøe N. What is meant by patient-centredness being value-based? *Scand J Prim Health Care*. déc 2013;31(4):188-9.
59. Saultz J. Responsible and capable family physicians. *Fam Med*. oct 2013;45(9):665-6.
60. Fogarty CT, Bogar CB, Costello P, Greenfield GW, Neely K. 55-word stories: a collection from the 32nd forum for behavioral science in family medicine. *Fam Med*. oct 2013;45(9):656-7.
61. Roehl I, Beyer M, Gondan M, Rochon J, Bauer E, Kaufmann-Kolle P, et al. Guideline compliance in the treatment of patients with chronic heart failure through family doctor-centred health care: results of an evaluation study. *Z Für Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen*. 2013;107(6):394-402.
62. Mergenthal K, Beyer M, GÜthlin C, Gerlach FM. Evaluating the deployment of VERAHS in family doctor-centred health care in Baden-Wuerttemberg. *Z Für Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen*. 2013;107(6):386-93.
63. Goetz K, Szecsenyi J, Laux G, Joos S, Beyer M, Miksch A. How chronically ill patients evaluate their care: results of an evaluation study of the family doctor-centred health care model. *Z Für Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen*. 2013;107(6):379-85.
64. Laux G, Kaufmann-Kolle P, Bauer E, Goetz K, Stock C, Szecsenyi J. Evaluation of family doctor centred medical care based on AOK routine data in Baden-Württemberg. *Z Für Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen*. 2013;107(6):372-8.
65. Gerlach FM, Szecsenyi J. Family doctor-centred care in Baden-Wuerttemberg: concept and results of a controlled evaluation study. *Z Für Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen*. 2013;107(6):365-71.
66. Gerlach FM, Szecsenyi J. Family practice centered care in Baden-Württemberg: is it successful in overcoming the organized irresponsibility? *Z Für Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen*. 2013;107(6):363-4.

67. Laux G, Szecsenyi J, Mergenthal K, Beyer M, Gerlach F, Stock C, et al. GP-centered health care in Baden-Württemberg, Germany: Results of a quantitative and qualitative evaluation. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* avr 2015;58(4-5):398-407.
68. Lübeck R, Beyer M, Gerlach F. Rationale and dissemination of « GP centered health care » (« HzV ») in Germany. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* avr 2015;58(4-5):360-6.
69. Mjølstad BP, Kirkengen AL, Getz L, Hetlevik I. Standardization meets stories: contrasting perspectives on the needs of frail individuals at a rehabilitation unit. *Int J Qual Stud Health Well-Being.* 2013;8:21498.
70. Green BB. Caring for patients with multiple chronic conditions: balancing evidenced-based and patient-centered care. *J Am Board Fam Med JABFM.* sept 2013;26(5):484-5.
71. Porche DJ. Patient-centered men's health. *Am J Mens Health.* janv 2014;8(1):5.
72. Twiddy D. Practice transformation: running your business like a business. *Fam Pract Manag.* oct 2013;20(5):18-21.
73. Ghorob A, Bodenheimer T. Three building blocks for improving access to care. *Fam Pract Manag.* oct 2013;20(5):12-7.
74. Lyons KJ, Salsbury SA, Hondras MA, Jones ME, Andresen AA, Goertz CM. Perspectives of older adults on co-management of low back pain by doctors of chiropractic and family medicine physicians: a focus group study. *BMC Complement Altern Med.* 16 sept 2013;13:225.
75. Vernon G. Between « thisness » and quiddity: the place of the GP. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* juill 2013;63(612):373.
76. Aubin-Auger I, Mercier A, Le Bel J, Bombeke K, Baruch D, Youssefian A, et al. From qualitative data to GP training on CRC screening. *J Cancer Educ Off J Am Assoc Cancer Educ.* sept 2013;28(3):439-43.
77. Chesser A, Reyes J, Woods NK, Williams K, Kraft R. Reliability in patient-centered observations of family physicians. *Fam Med.* juin 2013;45(6):428-32.
78. Pensa M, Frew P, Gelmon SB. Integrating improvement learning into a family medicine residency curriculum. *Fam Med.* juin 2013;45(6):409-16.
79. Lennon RP, Saguil A, Seehusen DA, Reamy BV, Stephens MB. The military health system: a community of solutions for medical education, health care delivery, and public health. *J Am Board Fam Med JABFM.* mai 2013;26(3):264-70.
80. Fortin M, Chouinard M-C, Bouhali T, Dubois M-F, Gagnon C, Bélanger M. Evaluating the integration of chronic disease prevention and management services into primary health care. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:132.
81. Magill MK, Baxley E. Virtuous cycles: patient care, education, and scholarship in the patient-centered medical home. *Fam Med.* avr 2013;45(4):235-9.

82. Janamian T, Jackson CL, Glasson N, Nicholson C. A systematic review of the challenges to implementation of the patient-centred medical home: lessons for Australia. *Med J Aust.* 4 août 2014;201(3):69-73.
83. Saultz J. Interdisciplinary family medicine. *Fam Med.* déc 2013;45(10):739-40.
84. Bleijenberg N, Ten Dam VH, Steunenbergh B, Drubbel I, Numans ME, De Wit NJ, et al. Exploring the expectations, needs and experiences of general practitioners and nurses towards a proactive and structured care programme for frail older patients: a mixed-methods study. *J Adv Nurs.* oct 2013;69(10):2262-73.
85. Kruse J. The patient-centered medical home: a brief educational agenda for teachers of family medicine. *Fam Med.* févr 2013;45(2):132-6.
86. Beaulieu M-D. President's message: toward a patient-centred health care system. *Can Fam Physician Médecin Fam Can.* janv 2013;59(1):109,110.
87. Kruse J. Fragmentation in US medical education, research, and practice: the need for system wide defrag. *Fam Med.* janv 2013;45(1):54-7.
88. Jain S, Foster E, Biery N, Boyle V. Patients with disabilities as teachers. *Fam Med.* janv 2013;45(1):37-9.
89. Porcheret M, Grime J, Main C, Dziedzic K. Developing a model osteoarthritis consultation: a Delphi consensus exercise. *BMC Musculoskelet Disord.* 2013;14:25.
90. Altiner A, Schäfer I, Mellert C, Löffler C, Mortsiefer A, Ernst A, et al. Activating GENERAL practitioners dialogue with patients on their Agenda (MultiCare AGENDA) study protocol for a cluster randomized controlled trial. *BMC Fam Pract.* 2012;13:118.
91. Wexler R, Hefner J, Welker MJ, McAlearney AS. Health care reform: possibilities & opportunities for primary care. *J Fam Pract.* juin 2014;63(6):298-304.
92. Badolato JE, Taylor JA. How optimistic should we be about family medicine? *J Fam Pract.* juin 2014;63(6):297.
93. Hickner J. The times they are a changin'. *J Fam Pract.* juin 2014;63(6):296.
94. Finnikin SJ. GPs should be allowed to provide good quality patient centred care to encourage a person centred NHS. *BMJ.* 2014;349:g7535.
95. McCartney M. Dementiagate how politicised pay diverts GPs from working for patients. *BMJ.* 2014;349:g6446.
96. Frei A, Senn O, Huber F, Vecellio M, Steurer J, Woitzek K, et al. Congruency of diabetes care with the Chronic Care Model in different Swiss health care organisations from the patients' perspective: a cross sectional study. *Swiss Med Wkly.* 2014;144:w13992.
97. Giguere AMC, Labrecque M, Légaré F, Grad R, Cauchon M, Greenway M, et al. Feasibility of a randomized controlled trial to evaluate the impact of decision boxes on shared decision-making processes. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2015;15:13.

98. Kozakowski SM, Eiff MP, Green LA, Pugno PA, Waller E, Jones SM, et al. Five Key Leadership Actions Needed to Redesign Family Medicine Residencies. *J Grad Med Educ.* juin 2015;7(2):187-91.
99. Kim JG, Morris CG, Heidrich FE. A Tool to Assess Family Medicine Residents' Patient Encounters Using Secure Messaging. *J Grad Med Educ.* déc 2015;7(4):649-53.
100. El Rayess F, Goldman R, Furey C, Chandran R, Goldberg AR, Anandarajah G. Patient-Centered Medical Home Knowledge and Attitudes of Residents and Faculty: Certification Is Just the First Step. *J Grad Med Educ.* déc 2015;7(4):580-8.
101. Hudon C, Lambert M, Almirall J. Physician Enabling Skills Questionnaire. *Can Fam Physician.* nov 2015;61(11):e517-23.
102. Butler DJ, Wolkenstein AS, Ruiz-Novero R, Wallace BK. See One, Be One, Teach One: Faculty Use of Their Personal Health Narratives in Teaching. *Fam Med.* oct 2015;47(9):699-705.
103. Watt K, Abbott P, Reath J. Cultural competency training of GP Registrars-exploring the views of GP Supervisors. *Int J Equity Health.* 2015;14:89.
104. Puffer JC, Borkan J, DeVoe JE, Davis A, Phillips RL, Green LA, et al. Envisioning a New Health Care System for America. *Fam Med.* sept 2015;47(8):598-603.
105. Mudiyanse RM, Pallegama RW, Jayalath T, Dharmaratne S, Krupat E. Translation and validation of patient-practitioner orientation scale in Sri Lanka. *Educ Health Abingdon Engl.* avr 2015;28(1):35-40.
106. Record JD, Niranjana-Azadi A, Christmas C, Hanyok LA, Rand CS, Hellmann DB, et al. Telephone calls to patients after discharge from the hospital: an important part of transitions of care. *Med Educ Online [Internet].* 29 avr 2015 [cité 28 sept 2016];20. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4417079/>
107. Bradner MK, Crossman SH, Gary J, Vanderbilt AA, VanderWielen L. Beyond diagnoses: family medicine core themes in student reflective writing. *Fam Med.* mars 2015;47(3):182-6.
108. Carney PA, Eiff MP, Green LA, Carraccio C, Smith DG, Pugno PA, et al. Transforming primary care residency training: a collaborative faculty development initiative among family medicine, internal medicine, and pediatric residencies. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* août 2015;90(8):1054-60.
109. Sexton SM. How should we manage incidentalomas? *Am Fam Physician.* 1 déc 2014;90(11):758-9.
110. Lurio JG, Peay HL, Mathews KD. Recognition and management of motor delay and muscle weakness in children. *Am Fam Physician.* 1 janv 2015;91(1):38-44.
111. Shin DW, Roter DL, Roh YK, Hahm SK, Cho B, Park H-K, et al. Physician gender and patient centered communication: the moderating effect of psychosocial and biomedical case characteristics. *Patient Educ Couns.* janv 2015;98(1):55-60.

112. Morgan S, Chan M, Starling C. Starting off in general practice - consultation skill tips for new GP registrars. *Aust Fam Physician*. sept 2014;43(9):645-8.
113. Walter FM, Emery J, Burton H. Chronic disease prevention in primary care: how and when will genomics impact? *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. juill 2014;64(624):331-2.
114. Williams RL, Romney C, Kano M, Wright R, Skipper B, Getrich C, et al. Student specialty plans, clinical decision making, and health care reform. *Fam Med*. mai 2014;46(5):340-7.
115. Collins L, Sato R, LaNoue M, Michaluk L, Verma M. Impact of a patient-centered medical home clerkship curriculum. *Fam Med*. juin 2014;46(6):440-6.
116. Premji K, Upshur R, Légaré F, Pottie K. Future of family medicine: role of patient-centred care and evidence-based medicine. *Can Fam Physician Médecin Fam Can*. mai 2014;60(5):409-12.
117. Tan L, Hu W, Brooker R. Patient-initiated camera phone images in general practice: a qualitative study of illustrated narratives. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. mai 2014;64(622):e290-294.
118. Kamrul R, Malin G, Ramsden VR. Beauty of patient-centred care within a cultural context. *Can Fam Physician Med Fam Can*. avr 2014;60(4):313-5.
119. Goh LG, Ong CP. Education and training in family medicine: progress and a proposed national vision for 2030. *Singapore Med J*. mars 2014;55(3):117-23.
120. Lemire F. Caring and compassion in 2016. *Can Fam Physician Med Fam Can*. janv 2016;62(1):96.
121. Future of Family Medicine Project Leadership Committee. The Future of Family Medicine: A Collaborative Project of the Family Medicine Community. *Ann Fam Med*. mars 2004;2(Suppl 1):s3-32.
122. Edwards ST, Mafi JN, Landon BE. Trends and quality of care in outpatient visits to generalist and specialist physicians delivering primary care in the United States, 1997-2010. *J Gen Intern Med*. juin 2014;29(6):947-55.
123. Stephens L. Family nurse practitioners: « value add » in outpatient chronic disease management. *Prim Care*. déc 2012;39(4):595-603.
124. Junius-Walker U, Wrede J, Voigt I, Hofmann W, Wiese B, Hummers-Pradier E, et al. Impact of a priority-setting consultation on doctor-patient agreement after a geriatric assessment: cluster randomised controlled trial in German general practices. *Qual Prim Care*. 2012;20(5):321-34.
125. Wrede J, Voigt I, Bleidorn J, Hummers-Pradier E, Dierks M-L, Junius-Walker U. Complex health care decisions with older patients in general practice: patient-centeredness and prioritization in consultations following a geriatric assessment. *Patient Educ Couns*. janv 2013;90(1):54-60.

126. Attwell D, Rogers-Warnock L, Nemis-White J. Implementing practice management strategies to improve patient care: the EPIC project. *Healthc Q Tor Ont.* 2012;15(2):46-51.
127. Dickinson WP, Dickinson LM, Nutting PA, Emsermann CB, Tutt B, Crabtree BF, et al. Practice facilitation to improve diabetes care in primary care: a report from the EPIC randomized clinical trial. *Ann Fam Med.* févr 2014;12(1):8-16.
128. Freund KS, Lous J. The effect of preventive consultations on young adults with psychosocial problems: a randomized trial. *Health Educ Res.* oct 2012;27(5):927-45.
129. Nagykaldi Z, Aspy CB, Chou A, Mold JW. Impact of a Wellness Portal on the delivery of patient-centered preventive care. *J Am Board Fam Med JABFM.* mai 2012;25(2):158-67.
130. Susman J. Is your practice truly patient-centric? *J Fam Pract.* févr 2012;61(2):70.
131. Olde Hartman TC, van Ravesteijn H, Lucassen P, van Boven K, van Weel-Baumgarten E, van Weel C. Why the « reason for encounter » should be incorporated in the analysis of outcome of care. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* déc 2011;61(593):e839-41.
132. Leighton L, Miller S, Phillips S, Schonberg D, Gold M. Meeting women's needs in the PCMH: stories from practice. *Fam Med.* déc 2011;43(10):743-4.
133. Krilich C. Lessons learned at a patient-centered medical home. *Physician Exec.* avr 2011;37(2):58-63.
134. Krueger E, Reilly D. The « cash or care » conflict in general practice--a cautionary tale with methodological reflections. *Patient Educ Couns.* mars 2011;82(3):479-81.
135. Bowman MA, Neale AV. The words we use, the procedures we do, and how we change (medical care information for family physicians). *J Am Board Fam Med JABFM.* oct 2010;23(5):561-3.
136. Saultz JW, O'Neill P, Gill JM, Biagioli FE, Blanchard S, O'Malley JP, et al. Medical student exposure to components of the patient-centered medical home during required ambulatory clerkship rotations: implications for education. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* juin 2010;85(6):965-73.
137. Goldberg DG, Mick SS. Medical home infrastructure: effect of the environment and practice characteristics on adoption in Virginia. *Med Care Res Rev MCRR.* août 2010;67(4):431-49.
138. Nevalainen MK, Mantyranta T, Pitkala KH. Facing uncertainty as a medical student--a qualitative study of their reflective learning diaries and writings on specific themes during the first clinical year. *Patient Educ Couns.* févr 2010;78(2):218-23.
139. Cheng A, Loafman M. Make room for teaching in the Patient-centered Medical Home. *Fam Med.* déc 2011;43(10):740-2.
140. Lausen H, Kruse JE, Barnhart AJ, Smith TJ. The Patient-centered Medical Home: a new perspective for the family medicine clerkship. *Fam Med.* déc 2011;43(10):718-20.

141. Wise CG, Alexander JA, Green LA, Cohen GR, Koster CR. Journey toward a patient-centered medical home: readiness for change in primary care practices. *Milbank Q.* sept 2011;89(3):399-424.
142. Jaén CR. Successful health information technology implementation requires practice and health care system transformation. *Ann Fam Med.* oct 2011;9(5):388-9.
143. Sonntag U, Wiesner J, Fahrenkrog S, Renneberg B, Braun V, Heintze C. Motivational interviewing and shared decision making in primary care. *Patient Educ Couns.* avr 2012;87(1):62-6.
144. Verheij T. Is patient-centred care a tautology? View from the Netherlands. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* juill 2011;61(588):472.
145. Klinkman M, van Weel C. Prospects for person-centred diagnosis in general medicine. *J Eval Clin Pract.* avr 2011;17(2):365-70.
146. Gourlay ML, Lewis CL, Preisser JS, Mitchell CM, Sloane PD. Perceptions of informed decision making about cancer screening in a diverse primary care population. *Fam Med.* juin 2010;42(6):421-7.
147. Stoffers J. The doctor, his patients, their diseases. *Eur J Gen Pract.* juin 2010;16(2):65-6.
148. Dawes M. Co-morbidity: we need a guideline for each patient not a guideline for each disease. *Fam Pract.* févr 2010;27(1):1-2.
149. Rosser WW, Colwill JM, Kasperski J, Wilson L. Patient-centered medical homes in Ontario. *N Engl J Med.* 21 janv 2010;362(3):e7.
150. White CB, Kumagai AK, Ross PT, Fantone JC. A qualitative exploration of how the conflict between the formal and informal curriculum influences student values and behaviors. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* mai 2009;84(5):597-603.
151. Melbourne E, Sinclair K, Durand M-A, Légaré F, Elwyn G. Developing a dyadic OPTION scale to measure perceptions of shared decision making. *Patient Educ Couns.* févr 2010;78(2):177-83.
152. Brooks F, Bunn F, Morgan J. Transition for adolescents with long-term conditions: event to process. *Br J Community Nurs.* juill 2009;14(7):301-4.
153. Morrell CJ, Slade P, Warner R, Paley G, Dixon S, Walters SJ, et al. Clinical effectiveness of health visitor training in psychologically informed approaches for depression in postnatal women: pragmatic cluster randomised trial in primary care. *BMJ.* 15 janv 2009;338:a3045.
154. Buetow S, Getz L, Adams P. Individualized population care: linking personal care to population care in general practice. *J Eval Clin Pract.* oct 2008;14(5):761-6.
155. Sinclair J, Lawson B, Burge F. Which patients receive advice on diet and exercise? *Can Fam Physician.* mars 2008;54(3):404-12.

156. Santer M. Heavy menstrual bleeding: delivering patient-centred care. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* mars 2008;58(548):151-2.
157. Kosunen E. Teaching a patient-centred approach and communication skills needs to be extended to clinical and postgraduate training: a challenge to general practice. *Scand J Prim Health Care.* 2008;26(1):1-2.
158. Cayley WE. Moving beyond « noncompliance ». *Fam Pract Manag.* oct 2007;14(9):50.
159. Greaves CJ, Campbell JL. Supporting self-care in general practice. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* oct 2007;57(543):814-21.
160. Wester W, Wong SLF, Lagro-Janssen ALM. What do abused women expect from their family physicians? A qualitative study among women in shelter homes. *Women Health.* 2007;45(1):105-19.
161. Van Duppen D, Aertgeerts B, Hannes K, Neirinckx J, Seuntjens L, Goossens F, et al. Online on-the-spot searching increases use of evidence during consultations in family practice. *Patient Educ Couns.* sept 2007;68(1):61-5.
162. Moffat M, Cleland J, van der Molen T, Price D. Poor communication may impair optimal asthma care: a qualitative study. *Fam Pract.* févr 2007;24(1):65-70.
163. Landström B, Rudebeck CE, Mattsson B. Working behaviour of competent general practitioners: personal styles and deliberate strategies. *Scand J Prim Health Care.* juin 2006;24(2):122-8.
164. Freeman G, Car J, Hill A. The journey towards patient-centredness. *Br J Gen Pract.* 1 sept 2004;54(506):651-2.
165. McLean M, Armstrong D. Eliciting patients' concerns: a randomised controlled trial of different approaches by the doctor. *Br J Gen Pract.* 1 sept 2004;54(506):663-6.
166. Freeman G, Car J, Hill A. Patient-centredness. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* nov 2004;54(508):868-9.
167. Franks P, Jerant AF, Fiscella K, Shields CG, Tancredi DJ, Epstein RM. Studying physician effects on patient outcomes: physician interactional style and performance on quality of care indicators. *Soc Sci Med* 1982. janv 2006;62(2):422-32.
168. Epperly T. The patient-centred medical home in the USA. *J Eval Clin Pract.* avr 2011;17(2):373-5.
169. Neuwirth Z, Schrader S. Performing medical conversations: « between » physicians and patients. *Adv Mind Body Med.* 2004;20(4):8-12.
170. Mezzich JE. The Geneva Conferences and the emergence of the International Network for Person-centered Medicine. *J Eval Clin Pract.* avr 2011;17(2):333-6.
171. Brown KK, Master-Hunter TA, Cooke JM, Wimsatt LA, Green LA. Applying health information technology and team-based care to residency education. *Fam Med.* déc 2011;43(10):726-30.

172. Magnil M, Gunnarsson R, Björkelund C. Using patient-centred consultation when screening for depression in elderly patients: a comparative pilot study. *Scand J Prim Health Care*. mars 2011;29(1):51-6.
173. Kay M, Mitchell G, Clavarino A. What doctors want? A consultation method when the patient is a doctor. *Aust J Prim Health*. 2010;16(1):52-9.
174. Melbourne E, Roberts S, Durand M-A, Newcombe R, Légaré F, Elwyn G. Dyadic OPTION: Measuring perceptions of shared decision-making in practice. *Patient Educ Couns*. avr 2011;83(1):55-7.
175. Britten N. Commentary on Series: The research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe. Part 3. Results: person-centred care, comprehensive and holistic approach. *Eur J Gen Pract*. juin 2010;16(2):67-9.
176. Junius-Walker U, Voigt I, Wrede J, Hummers-Pradier E, Lazic D, Dierks M-L. Health and treatment priorities in patients with multimorbidity: report on a workshop from the European General Practice Network meeting « Research on multimorbidity in general practice ». *Eur J Gen Pract*. mars 2010;16(1):51-4.
177. Kruschinski C, Theile G, Dreier SD, Hummers-Pradier E. The priorities of elderly patients suffering from dizziness: a qualitative study. *Eur J Gen Pract*. mars 2010;16(1):6-11.
178. Meulepas MA, Braspenning JCC, de Grauw WJ, Lucas AEM, Wijkel D, Grol RPTM. Patient-oriented intervention in addition to centrally organised checkups improves diabetic patient outcome in primary care. *Qual Saf Health Care*. oct 2008;17(5):324-8.
179. Cheraghi-Sohi S, Hole AR, Mead N, McDonald R, Whalley D, Bower P, et al. What patients want from primary care consultations: a discrete choice experiment to identify patients' priorities. *Ann Fam Med*. avr 2008;6(2):107-15.
180. Jayasinghe UW, Proudfoot J, Holton C, Davies GP, Amoroso C, Bubner T, et al. Chronically ill Australians' satisfaction with accessibility and patient-centredness. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care*. avr 2008;20(2):105-14.
181. Bastiaens H, Van Royen P, Pavlic DR, Raposo V, Baker R. Older people's preferences for involvement in their own care: a qualitative study in primary health care in 11 European countries. *Patient Educ Couns*. sept 2007;68(1):33-42.
182. Tracy CS, Dantas GC, Moineddin R, Upshur REG. Contextual factors in clinical decision making: national survey of Canadian family physicians. *Can Fam Physician Med Fam Can*. août 2005;51:1106-7.
183. Ventres W, Kooienga S, Marlin R. EHRs in the exam room: tips on patient-centered care. *Fam Pract Manag*. mars 2006;13(3):45-7.
184. Lindbloom EJ, Ringdahl E. Resident duty hour changes: impact in the patient-centered medical home. *Fam Med*. juin 2014;46(6):463-6.
185. Willis DR, Bennett I, Jones BG, Renshaw SE, Holley M, Dankoski ME. Practice-based learning and improvement in family medicine student clerkships: a CERA study. *Fam Med*. juin 2014;46(6):423-8.

186. Weigeldt U. Parliament abolishes refinancing clause: finally can HZV (family practice centered patient care) take off in Germany. *MMW Fortschr Med.* 6 mars 2014;156(4):16.
187. Brown CM, Cronholm PF, Wright J, Warning WJ, Radosh L, Gabbay R. A collaborative approach to achieving NCQA PCMH recognition within family medicine residency practices. *Fam Med.* janv 2014;46(1):19-27.
188. Jortberg BT, Fernald DH, Dickinson LM, Coombs L, Deaner N, O'Neill C, et al. Curriculum redesign for teaching the PCMH in Colorado Family Medicine Residency programs. *Fam Med.* janv 2014;46(1):11-8.
189. Baird MA. Primary care in the age of reform-not a time for complacency. *Fam Med.* janv 2014;46(1):7-10.
190. Chandran R, Furey C, Goldberg A, Ashley D, Anandarajah G. Training family medicine residents to build and remodel a patient centered medical home in Rhode Island: a team based approach to PCMH education. *R I Med J* 2013. 1 avr 2014;98(4):35-41.
191. Moßhammer D, Natanzon I, Manske I, Grutschkowski P, Rieger MA. Cooperation between general practitioners and occupational health physicians in Germany: how can it be optimised? A qualitative study. *Int Arch Occup Environ Health.* févr 2014;87(2):137-46.
192. Bowman MA, Neale AV. Prostate cancer decision-making, health services, and the family physician workforce. *J Am Board Fam Med JABFM.* déc 2012;25(6):753-5.
193. Lucas B, Pearson D. Patient perceptions of their role in undergraduate medical education within a primary care teaching practice. *Educ Prim Care Off Publ Assoc Course Organ Natl Assoc GP Tutors World Organ Fam Dr.* juill 2012;23(4):277-85.
194. Murie J, Allen J, Simmonds R, de Wet C. Glad you brought it up: a patient-centred programme to reduce proton-pump inhibitor prescribing in general medical practice. *Qual Prim Care.* 2012;20(2):141-8.
195. Blanker MH, Norg RJC, van der Heide WK. A new approach to patients with lower urinary tract symptoms. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* juill 2012;62(600):344-5.
196. Eiff MP, Waller E, Fogarty CT, Krasovich S, Lindbloom E, Douglass AB, et al. Faculty development needs in residency redesign for practice in patient-centered medical homes: a P4 report. *Fam Med.* juin 2012;44(6):387-95.
197. Dolovich L. Ontario pharmacists practicing in family health teams and the patient-centered medical home. *Ann Pharmacother.* avr 2012;46(4):S33-39.
198. Hudon C, Fortin M, Haggerty J, Loignon C, Lambert M, Poitras M-E. Patient-centered care in chronic disease management: a thematic analysis of the literature in family medicine. *Patient Educ Couns.* août 2012;88(2):170-6.
199. Ngo-Metzger Q, August KJ, Srinivasan M, Liao S, Meyskens FL. End-of-Life care: guidelines for patient-centered communication. *Am Fam Physician.* 15 janv 2008;77(2):167-74.

200. Allen T, Brailovsky C, Rainsberry P, Lawrence K, Crichton T, Carpentier M-P, et al. Defining competency-based evaluation objectives in family medicine: dimensions of competence and priority topics for assessment. *Can Fam Physician Med Fam Can.* sept 2011;57(9):e331-340.
201. Walseth LT, Abildsnes E, Schei E. Lifestyle, health and the ethics of good living. Health behaviour counselling in general practice. *Patient Educ Couns.* mai 2011;83(2):180-4.
202. Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, Chapman B, Mooney CJ, et al. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA.* 23 sept 2009;302(12):1284-93.
203. Taylor K. Paternalism, participation and partnership - the evolution of patient centeredness in the consultation. *Patient Educ Couns.* févr 2009;74(2):150-5.
204. Margalit AP, Glick SM, Benbassat J, Cohen A, Margolis CZ. A practical assessment of physician biopsychosocial performance. *Med Teach.* oct 2007;29(8):e219-226.
205. Thistlethwaite J, Evans R, Tie RN, Heal C. Shared decision making and decision aids - a literature review. *Aust Fam Physician.* juill 2006;35(7):537-40.
206. Zuily E. Relation médecin-patient et recours aux médecines non conventionnelles. [Internet]. Toulouse III; 2014 [cité 2 mai 2017]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/437/1/2014TOU31027.pdf>
207. Lapraz J-C, Clermont-Tonnerre M-L de. La médecine personnalisée: Retrouver et garder la santé. Odile Jacob; 2012. 353 p.
208. Mauduit L. Aide-mémoire. L'éducation thérapeutique du patient: En 40 notions. Dunod; 2014. 187 p.
209. Boukris S. La Fabrique de malades: Ces maladies qu'on nous invente. Le cherche midi; 2013. 130 p.
210. Evaluation de l'impact socioéconomique potentiel de la médecine personnalisée [Internet]. [cité 28 août 2014]. Disponible sur: http://www.researchgate.net/publication/241754192_valuation_de_limpact_socioeconomique_potentiel_de_la_mdecine_personnalisee/file/72e7e529fde02b40ec.pdf
211. Briand H. Niveaux de compétence des internes de médecine générale d'Angers en prévention éducation dépistage. Etude Qualitative [Internet]. [Saint Nazaire]: Faculté de médecine d'Angers; 2013 [cité 28 août 2014]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20076418/2012MCEM513/fichier/513F.pdf>
212. Présentations libres lors du 6ème Forum international francophone de pédagogie des sciences de la santé FIFPSS. *Pédagogie Médicale.* avr 2013;14:S39-82.
213. Rodriguez T. Evaluation du stage de deuxième cycle en médecine ambulatoire de premier recours à la faculté de Besançon [Internet]. 2012 [cité 28 août 2014]. Disponible sur: <http://crge-fc.org/TheseThomasRodriguez.pdf>

214. Bismuth M. La consultation de délivrance du test hemocult dans le cadre du dépistage organisé: étude qualitative [Internet]. 2011 [cité 28 août 2014]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3530_BISMUTH-THESE.pdf
215. Col F. Quelles sont les raisons de la non utilisation du service médical rendu des médicaments en pratique de médecine générale ? [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2014.
216. Monin D. Quelles sont les attentes des patients présentant un syndrome dépressif en médecine générale? [Thèse de doctorat]. Lyon; 2014.
217. Maury A. L'empathie clinique, impact de la première année d'internat sur l'empathie, étude de la cohorte Internlife, fiche INDICE. Paris Descartes; 2015.
218. Benyoucef A. Perception de la prise en charge psychothérapique dans la dépression par des internes du DES de médecine générale de Lyon Est: étude qualitative [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2014.
219. Mercier P. Description of the novice level for the competence « relationship, communication, patient-centred approach » from the speech of first grade general practice trainees in the faculty of Paris-Est Creteil university. 2012.
220. Magot L. Les tests de diagnostic rapide de l'infection VIH en médecine générale: intérêts et limites. [Internet]. 5ème journée régionale COREVIH Aquitaine; 2012 mars [cité 28 août 2014] p. 5. Disponible sur: <http://www.corevih-aquitaine.org/sites/corevih.cpm.aquisante.priv/files/u25/Les%20TROD%20en%20MG%20L%20%20Magot%20.pdf>
221. Lerouge J, Taha A, Renard V. Etat des lieux de la Médecine générale universitaire au premier janvier 2013 [Internet]. CNGE; [cité 2 mai 2017] p. 67. Disponible sur: http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Etat_des_lieux_Medecine_generale_U_201301.pdf
222. Vicarelli G. Le family learning socio-sanitaire : une approche innovante en éducation thérapeutique. Évaluation de la satisfaction des patients et de leur famille. Prat Organ Soins. 24 sept 2012;43(3):187-95.
223. Neuner-Jehle S. La place centrale du patient: plus facile à dire qu'à faire. Swiss Med Forum. 2015;(15 (1-2)):6-8.
224. Hudon C, Fortin M, Pélissier-Simard L. Jongler avec la complexité: le patient atteint de maladies chroniques multiples. Médecin Qué. 1 janv 2008;43(1):55-60.
225. DIARRA A. L'approche centrée sur le patient (ACP) [Internet]. 2012 mai 14 [cité 7 déc 2016]. Disponible sur: http://umvf.cerimes.fr/media/ressMereEnfant/HUM/les_dimensions_sociales/Cours-07_A-DIARRA/Cours-07_A-DIARRA.html
226. Schoenmakers B. Démence: soins centrés sur la personne et dementia-care mapping. Minerva. 2011;10(3):34-5.

227. Ben Salah L. Description Proficient level for the skill Communication, relationship, patient-centered approach from the speeches of General Internal Medicine, Faculty of Medicine UPEC. 2013.
228. Barraud-Sylvestre L, Gentil F. « Qui » soigne-t-on, un chiffre ou un patient ? (représentations de l'hémoglobine glyquée chez le médecin généraliste et le patient diabétique de type 2 et leur impact sur l'inertie clinique). 2014.
229. PLEINECASSAGNE M. Prise en charge des demandes d'amaigrissement en médecine générale (étude qualitative auprès de 12 médecins exerçant dans le département du Rhône). 2014.
230. Barbeau H. Comment les médecins généralistes prennent-ils en compte le vécu et le sens de la maladie chez leurs patients diabétiques de type 2, au sein de leur référentiel décisionnel ? 2014.
231. Pleinecassagne M. Prise en charge des demandes d'amaigrissement en médecine générale: étude qualitative auprès de 12 médecins exerçant dans le département du Rhône [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard;
232. Mayrand M, Djebbari I. Quelles difficultés perçues et quelles solutions proposées par les médecins généralistes dans la prise en charge du patient douloureux chronique ? ((étude qualitative par entretiens semi-directifs)) [Thèse de doctorat]. [Lyon]: Université Claude Bernard,; 2014.
233. Pauchet A. Prévention en médecine générale: impact d'une approche centrée sur le patient sur la prise en charge des patients à haut risque cardiovasculaire : à partir d'une campagne de prévention réalisée auprès de 40 médecins généralistes des Pays de la Loire de février à avril 2009 [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2010.
234. Billet B. Evolution de la pratique de la médecine générale en France de 1900 à nos jours [Thèse d'exercice]. [Bordeaux, France]: Université de Bordeaux II; 2010.
235. Duffau N. L'éducation thérapeutique en consultation de médecine générale: analyse des pratiques de 12 médecins généralistes impliqués en éducation thérapeutique [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2011.
236. Oudovenko A. Implication des médecins généralistes dans le dépistage organisé du cancer colorectal: recherche-action auprès des médecins généralistes du Val de Marne [Thèse d'exercice]. [Marne la vallée, France]: UPEC. Faculté de médecine; 2013.
237. Bourouga N. Que peut apporter une approche centrée sur le patient dans la prise en charge du patient à haut risque cardio-vasculaire en médecine générale ? [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2010.
238. N'Guyen S. Savoir profane du patient et concordance diagnostique [Thèse d'exercice]. [Saint-Etienne, France]: Faculté de médecine de Saint Etienne; 2012.

239. Minier E. La dépendance au tramadol en médecine générale [Thèse d'exercice]. [Saint-Etienne, France]: Faculté de médecine de Saint Etienne; 2013.
240. Le Bris L. Apport des thérapies brèves dans la pratique quotidienne en Médecine Générale [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2011.
241. Millette B, Lussier M-T, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. *Pédagogie Médicale*. mai 2004;5(2):110-26.
242. Saha S, Beach MC, Cooper LA. Patient Centeredness, Cultural Competence and Healthcare Quality. *J Natl Med Assoc*. nov 2008;100(11):1275-85.
243. Moreau A, Boussageon R, Girier P, Figon S. Efficacité thérapeutique de « l'effet médecin » en soins primaires. *Presse Médicale*. juin 2006;35(6):967-73.
244. Brody H, Hermer LD. Professionally Responsible Malpractice Reform. *J Gen Intern Med*. juill 2011;26(7):806-9.
245. Smith RC, Lyles JS, Gardiner JC, Sirbu C, Hodges A, Collins C, et al. Primary Care Clinicians Treat Patients with Medically Unexplained Symptoms: A Randomized Controlled Trial. *J Gen Intern Med*. juill 2006;21(7):671-7.
246. Smith RC, Gardiner JC, Luo Z, Schooley S, Lamerato L, Rost K. Primary Care Physicians Treat Somatization. *J Gen Intern Med*. juill 2009;24(7):829-32.
247. Cooper LA, Roter DL, Carson KA, Bone LR, Larson SM, Miller ER, et al. A Randomized Trial to Improve Patient-Centered Care and Hypertension Control in Underserved Primary Care Patients. *J Gen Intern Med*. nov 2011;26(11):1297-304.
248. Beach MC, Keruly J, Moore RD. Is the Quality of the Patient-Provider Relationship Associated with Better Adherence and Health Outcomes for Patients with HIV? *J Gen Intern Med*. juin 2006;21(6):661-5.
249. Stalder H. Médecine générale: pensée linéaire et complexité : Médecine ambulatoire. *Rev Médicale Suisse*. 2006;2(80):2150-3.
250. Tomas-Catimel A. Le « patient doctor-relationship questionnaire-9 »: traduction en langue française et enquête auprès de patients atteints de cancer [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2015.
251. Yana J. La prise en charge des patients BPCO en médecine générale ambulatoire [Thèse d'exercice]. [France]: UPEC. Faculté de médecine; 2014.
252. Scrizzi A. Le syndrome fibromyalgique en médecine générale: représentations, relation médecin-patient et parcours de soin [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2015.
253. Matricon C. Médecins généralistes et hospitalisation à domicile: enquête auprès des médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2011.

254. Danion PE. L'approche centrée sur le patient : intérêt et faisabilité dans la prise en charge du diabète de type 2 en médecine ambulatoire [Internet]. 2007 [cité 30 juin 2014]. Disponible sur: http://www.urps-med-ra.fr/upload/editor/These_DANION_2007_1217319640195.pdf
255. Moreau A. Intérêts et limites de l'approche centrée sur le patient dans une démarche éducative vis-à-vis du patient diabétique de type 2 en médecine générale: approche phénoménologique exploratoire (étude DEADIEM) [Thèse de doctorat]. [France]: Rétrovirus et pathologie comparée : équipe de recherches en Biologie Humaine; 2013.
256. Brejon C. Le patient formateur dans un enseignement de l'approche centrée patient à la faculté de médecine de l'UPEC: projet exploratoire [Thèse d'exercice de médecine]. [France]: UPEC. Faculté de médecine; 2016.
257. Michel-Béchet L, Phlippoteau C, Moreau A, Lasserre É. Les « interactions symboliques » dans la relation entre le médecin généraliste et ses patients: étude qualitative de dyades médecins-patients. [Lyon, France]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2015.
258. Nardon O. Symptômes médicalement inexpliqués: un projet thérapeutique personnalisé? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2012.
259. Mercier P, Compagnon L. Description du patient Novice pour la compétence « relation, communication, approche centrée patient »: à partir du discours des internes de médecine générale de la faculté de l'UPEC. [Créteil, France]: Université Paris-Est Créteil; 2012.
260. Hassaine M. Description du niveau Intermédiaire pour la compétence « Relation, communication, approche centrée patient »: à partir du discours des internes de médecine générale de la faculté de Créteil [Thèse d'exercice]. [France]; 2014.
261. Ben Salah L. Description du niveau Compétent pour la compétence « Communication, relation, approche centrée patient »: à partir du discours des internes de médecine générale de la faculté de médecine de l'UPEC [Thèse d'exercice]. [France]: UPEC. Faculté de médecine; 2013.
262. France Z. Motifs récurrents de consultation en médecine générale: ressentis et attentes des patients lorsque le médecin explore les facteurs psycho-sociaux associés [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2016.
263. Meunier T, Chartier S. Attitudes diagnostiques et thérapeutiques des médecins généralistes face aux patients souffrants d'attaques de paniques à expression somatique prédominante. [Créteil, France]: Université Paris-Est Créteil; 2014.
264. Mazabrard P, Attali C, Lefève C. La question de la normativité dans la relation médecin-malade en soins primaires à travers le cas de la grossesse chez l'adolescente. [Créteil, France]: Université Paris-Est Créteil; 2014.
265. Vallot S, Yana J, Chaboche A. Les effets objectivables de la décision médicale partagée, une revue systématique de la littérature. [Créteil, France]: Université Paris-Est Créteil; 2015.

266. Bombeke K, Simons L, De Winter B, Debaene L, Schol S, Van Royen P, et al. Apprendre des techniques de communication : (dé)motivant pour une approche centrée sur le patient ? Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2011;(96 (supp.2)):78S-9S.
267. Laporte C, Wilmart F. L'approche centrée autour du patient dans la prise en charge du diabète de type 2 en médecine générale. Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2009;(85 (supp.1)):14S-5S.
268. Saint-Lary O. Organisons-nous, écoutons-les. Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2013;(109):195.
269. Lagadec N, Ibanez G. Prendre en compte la qualité de vie des femmes enceintes en médecine générale. Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2016;(124):73-84.
270. Antoine A, Letrilliart L. Inventaire et évaluation des documents écrits d'information destinés aux patients produits par les départements universitaires de médecine générale. Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2012;(103):148-56.
271. HUAS D. Traitements « centrés patient » décidés de concert avec les sujets âgés souffrant de polyopathie. Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2010;(92 (supp.3)):86-7.
272. Gocko X, Duquenoy R, Plotton C, Bally J. « Je ne provoquerai jamais la mort délibérément ». Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2016;(124):64-72.
273. Mercier A. Encore un réseau... et si c'était le bon ? Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2011;(96 (supp.2)):80.
274. Boussageon R, Aubin-Auger I, Pouchain D. Cholestérol et prévention primaire : une révolution fondée sur les faits. Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2015;(117):26-32.
275. Illes RAC, Grace AJ, Niño JR, Ring JM. Culturally responsive integrated health care: Key issues for medical education. Int J Psychiatry Med. 2015;50(1):92-103.
276. Saultz J. Advocacy and self-reliance. Fam Med. juin 2013;45(6):443-4.
277. Bender JL. The rise and fall of the patient-centered medical home. Why a PCMH pioneer may abandon the model in his practice? Med Econ. 10 sept 2015;92(17):57.
278. Renard Vincent. Pour une médecine centrée patient - Lettre du Président du CNGE - Janvier 2013 [Internet]. 2013 [cité 27 févr 2017]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/lettres_et_communications_du_president/pour_une_medecine_c_entree_patient_lettre_du_presid/
279. CNGE. Concepts et principes pédagogiques [Internet]. 2013 [cité 27 févr 2017]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_pedagogie/concepts_et_principes_pedagogiques/
280. Gallais J-L. Société Française de Médecine Générale - Actualités : 1912-2012 : du Rapport TAYLOR au Médecin Interchangeable ! [Internet]. 2012 [cité 20 janv 2016]. Disponible sur: http://www.sfm.org/actualites/editorial/_1912-2012_du_rapport_taylor_au_medecin_interchangeable.html

281. AAFP. Joint Principles of the Patient-Centered Medical Home [Internet]. 2007 [cité 5 déc 2016]. Disponible sur: http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/practice_management/pcmh/initiatives/PCMHJoint.pdf
282. Nutting PA, Crabtree BF, Miller WL, Stange KC, Stewart E, Jaén C. Transforming physician practices to patient-centered medical homes: lessons from the national demonstration project. *Health Aff Proj Hope*. mars 2011;30(3):439-45.
283. Jaén CR, Ferrer RL, Miller WL, Palmer RF, Wood R, Davila M, et al. Patient outcomes at 26 months in the patient-centered medical home National Demonstration Project. *Ann Fam Med*. 2010;8 Suppl 1:S57-67; S92.
284. Bodenheimer T, Ghorob A, Willard-Grace R, Grumbach K. The 10 building blocks of high-performing primary care. *Ann Fam Med*. avr 2014;12(2):166-71.
285. Diagnosis & Management of Throat Cancer: The Patient's Journey - [filedownload.php](http://www.phcris.org.au/phplib/filedownload.php?file=/elib/lib/downloaded_files/conference/presentations/7499_conf_abstract_.pdf) [Internet]. [cité 25 nov 2016]. Disponible sur: http://www.phcris.org.au/phplib/filedownload.php?file=/elib/lib/downloaded_files/conference/presentations/7499_conf_abstract_.pdf
286. Greenfield G. GPs should be rewarded for patient experience to encourage a person centred NHS. *BMJ*. 2014;349:g6422.
287. Coutant D, Tuffreau F. La médecine générale, une spécialité d'avenir: des premières conventions médicales aux maisons de santé. Rennes: Presses de l'École des hautes études en santé publique; 2016.
288. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol*. sept 1992;47(9):1102-14.
289. Miller WR, Rollnick S, Michaud P, Lécallier D. L'entretien motivationnel aider la personne à engager le changement. Paris: InterÉditions; 2013.
290. March S kimara, Bedynek JL, Chizner MA. Teaching cardiac auscultation : Effectiveness of a patient-centered teaching conference on improving cardiac auscultatory skills. *Mayo Clin Proc*. 2005;80(11):1443-8.
291. Brown JB, Stewart M, McWilliam CL. Using the patient-centered method to achieve excellence in care for women with breast cancer. *Patient Educ Couns*. oct 1999;38(2):121-9.
292. Glasgow RE, Davis CL, Funnell MM, Beck A. Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. *Jt Comm J Qual Saf*. nov 2003;29(11):563-74.
293. Bourdy C, Millette B, Richard C, Lussier M-T. Le guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale – les processus de communication. les Editions du Renouveaux Pédagogique Inc. Montréal, Canada; 2004.
294. Smith RC. *Smith's Patient-Centered Interviewing: An Evidence-Based Method*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2002.

295. Cottraux J. Les psychothérapies comportementales et cognitives. Paris: Elsevier Masson; 2011.
296. Giguere AMC, Labrecque M, Haynes RB, Grad R, Pluye P, Légaré F, et al. Evidence summaries (decision boxes) to prepare clinicians for shared decision-making with patients: a mixed methods implementation study. *Implement Sci IS*. 2014;9:144.
297. Kmietowicz Z. GP commissioners show how they are focusing on patients' needs. *BMJ*. 2014;349:g6500.
298. Classification internationale des soins primaires (CISP). In: Wikipédia [Internet]. 2013 [cité 6 janv 2017]. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Classification_internationale_des_soins_primaires_\(CISP\)&oldid=97377162](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Classification_internationale_des_soins_primaires_(CISP)&oldid=97377162)
299. Weiss MC, Peters TJ. Measuring shared decision making in the consultation: a comparison of the OPTION and Informed Decision Making instruments. *Patient Educ Couns*. janv 2008;70(1):79-86.
300. Hudon C, Fortin M, Rossignol F, Bernier S, Poitras M-E. The Patient Enablement Instrument-French version in a family practice setting: a reliability study. *BMC Fam Pract*. 2011;12:71.
301. Shared Decision:Patient-Practitioner Orientation Scale [Internet]. [cité 28 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.askdatasystems.com/ALZ-DEMINFO/ppos.htm>
302. Trapp S, Stern M. Critical Synthesis Package: Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS). Wash DC MedEdPORTAL Publ. 2013;
303. Chan CMH, Ahmad W a. W. Differences in physician attitudes towards patient-centredness: across four medical specialties. *Int J Clin Pract*. janv 2012;66(1):16-20.
304. General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ) [Internet]. [cité 14 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.phpc.cam.ac.uk/gpaq/files/2014/08/GPAQ-R2.pdf>
305. Mead N, Bower P, Roland M. The General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ) – Development and psychometric characteristics. *BMC Fam Pract*. 20 févr 2008;9:13.
306. Ramsay J, Campbell JL, Schroter S, Green J, Roland M. The General Practice Assessment Survey (GPAS): tests of data quality and measurement properties. *Fam Pract*. oct 2000;17(5):372-9.
307. Street RL, Gordon H, Haidet P. Physicians' communication and perceptions of patients: is it how they look, how they talk, or is it just the doctor? *Soc Sci Med* 1982. août 2007;65(3):586-98.
308. Abdulhadi N, Al Shafae M, Freudenthal S, Ostenson C-G, Wahlström R. Patient-provider interaction from the perspectives of type 2 diabetes patients in Muscat, Oman: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 9 oct 2007;7:162.

309. Aubry F, Couturier Y, Dumont S. Progressive lost of interest of family medicine residents with regard to home follow-up of the elderly. *Can J Aging Rev Can Vieil.* juin 2014;33(2):176-84.
310. Schwann NM, Nester BA, McLoughlin TM. Commentary: Sense and sensibility: the role of specialists in health care reform. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* mars 2012;87(3):258-60.
311. Britten N. Patients' expectations of consultations. *BMJ.* 21 févr 2004;328(7437):416-7.
312. Krucien N, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N. Do the organizational reforms of general practice care meet users' concerns? The contribution of the Delphi method. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy.* mars 2013;16(1):3-13.
313. De Benedetto MAC, de Castro AG, de Carvalho E, Sanogo R, Blasco PG. From suffering to transcendence: narratives in palliative care. *Can Fam Physician Med Fam Can.* août 2007;53(8):1277-9.
314. Audet N. The power of listening. *Can Fam Physician Med Fam Can.* janv 2011;57(1):e35-36, 74-5.
315. Cameron IA. The importance of stories. *Can Fam Physician Med Fam Can.* janv 2011;57(1):66-70.
316. Kozminski M, Busby R, McGivney MS, Klatt PM, Hackett SR, Merenstein JH. Pharmacist integration into the medical home: qualitative analysis. *J Am Pharm Assoc JAPhA.* avr 2011;51(2):173-83.
317. Scott MA, Hitch B, Ray L, Colvin G. Integration of pharmacists into a patient-centered medical home. *J Am Pharm Assoc JAPhA.* avr 2011;51(2):161-6.
318. Stange KC. The generalist approach. *Ann Fam Med.* juin 2009;7(3):198-203.
319. Fowler FJ, Gerstein BS, Barry MJ. How patient centered are medical decisions?: Results of a national survey. *JAMA Intern Med.* 8 juill 2013;173(13):1215-21.
320. Davis K, Schoenbaum SC, Audet A-M. A 2020 Vision of Patient-Centered Primary Care. *J Gen Intern Med.* oct 2005;20(10):953-7.
321. Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med.* sept 1999;49(5):651-61.
322. HAS. Patient et professionnels de santé: décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la décision médicale partagée. [Internet]. 2013 [cité 14 nov 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/synthese_avec_schema.pdf
323. Varadhan R, Segal JB, Boyd CM, Wu AW, Weiss CO. A framework for the analysis of heterogeneity of treatment effect in patient-centered outcomes research. *J Clin Epidemiol.* août 2013;66(8):818-25.

324. Scheen A-J, Giet D. Médecine personnalisée: tout bénéfique pour le patient, mais nouveau challenge pour la relation médecin-malade. *Rev Médicale Liège*. 2015;70(5-6):247-50.
325. Bateman S. Médecine personnalisée - Un concept flou, des pratiques diversifiées. *médecine/sciences*. 1 nov 2014;30:8-13.
326. Griffiths F. Qualitative outcome assessment and research on chronic disease management in general practice. Highlights from a keynote lecture, EGPRN May 2011, Nice. *Eur J Gen Pract*. mars 2012;18(1):53-5.
327. Suchman AL. A new theoretical foundation for relationship-centered care. Complex responsive processes of relating. *J Gen Intern Med*. janv 2006;21 Suppl 1:S40-44.
328. Miller WL. The Clinical Hand: A curricular map for relationship-centered care. *Fam Med*. mai 2004;36(5):330-5.
329. Pomey M-P, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier M-C, et al. Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*. 26 mars 2015;S1(HS):41-50.
330. Sardin B, Lemaire A, Terrier G, Guirimand F, Grouille D. Appliquer la culture palliative au champ des maladies chroniques : le concept de médecine exhaustive. *Éthique Santé* [Internet]. [cité 6 sept 2014]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1765462914000695>
331. Girard G, Grand'Maison P. L'approche négociée [Internet]. 1993 [cité 14 nov 2016]. Disponible sur: <https://bv.univ-poitiers.fr/access/content/group/edb1a182-b8f3-4062-aa81-5283b64b421a/resspub/6%20Enseignements%20th%C3%A9oriques/Outils%20p%C3%A9dagogiques%20promotion%202012/S%C3%A9minaires/S3/S%C3%A9m3%20niveaux%20de%20n%C3%A9gociation.pdf>
332. IBM Outthink - Cognitive Business avec Watson [Internet]. [cité 3 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.ibm.com/cognitive/fr-fr/outthink/>
333. Hippocrates. Aphorisms [Internet]. Disponible sur: [https://fr.wikisource.org/wiki/Aphorismes_\(Hippocrate\)/Section_1](https://fr.wikisource.org/wiki/Aphorismes_(Hippocrate)/Section_1)

7 RESUME ET MOTS CLE EN ANGLAIS

TITLE: Use of the notion of patient-centered care in the community of general practice.

BACKGROUND: The Patient Centered Care (PCC) is a concept of care that is part of medical education programs and in some health care institutions. Inspired by the work of Rogers, Balint, Levenstein and Stewart et al., Its definition and use do not seem to be unanimous.

OBJECTIVE: This work should specify the use of the concept of patient centered care in the community of general practice.

METHOD: A systematic review of the literature was carried out between 2014 and 2016 based on MEDLINE data and French grey literature. Only articles written by authors of the discipline were included. A classification in professional standard or diagnostic or decision tool was made, as well as an exploration of the approach of the subjectivity by the authors.

RESULTS: 2403 articles were found on 13 databases of which 233 were retained for analysis. As a result, there are still shady areas in the definition of the ACP. 65% of the articles described the PCC as a tool in development, 70% evoked the subjectivity of the patient and the doctor. Its validated benefits are the improvement of patient's satisfaction and participation, physician's satisfaction, as well as reduced costs associated with additional tests. There are consultation guides to help with patient centering. Some evaluation tools have proven their worth, but their reproducibility is questionable. The PCC appears to be one of the most relevant approaches to general medical care and could be complementary to precision medicine.

Key-words: General practice [MeSH], general practitioners [MeSH], review [MeSH], physician-patient relations [MeSH], patient-centered care [MeSH]

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

Titre : Usage de la notion d'approche centrée patient dans la communauté
de médecine générale.

RESUME

CONTEXTE : L'approche centrée patient (ACP) est un concept de soin qui s'inscrit dans les programmes de formation médicale et dans certaines institutions de santé. Inspirée des travaux de Rogers, Balint, Levenstein et Stewart et al., sa définition et son utilisation ne semblent toutefois pas unanime.

OBJECTIF : Ce travail devait préciser l'usage de la notion d'approche centrée patient dans la communauté de médecine générale.

METHODE : Une revue systématique de la littérature a été faite entre 2014 et 2016 sur la base de données de MEDLINE et dans la littérature grise francophone. Seuls les articles écrits par des auteurs de la discipline étaient inclus. Un classement en norme professionnelle ou outil diagnostic ou décisionnel était fait, ainsi qu'une exploration de l'abord de la subjectivité par les auteurs.

RESULTATS : 2403 articles ont été retrouvés sur 13 bases de données dont 233 retenus pour l'analyse. Il résulte qu'il persiste des zones d'ombre dans la définition de l'ACP. 65% des articles exposaient l'ACP comme un outil en développement, 70% évoquaient la subjectivité du patient et du médecin. Ses bénéfices validés sont l'amélioration de la satisfaction et la participation du patient, la satisfaction du médecin, ainsi que la réduction des coûts liés aux examens complémentaires. Il existe des guides de consultation pour favoriser un centrage patient. Certains outils d'évaluation ont fait leurs preuves, mais leur reproductibilité est discutable. L'ACP apparaît comme l'une des approches les plus pertinentes du soin en médecine générale et pourrait être complémentaire à la médecine de précision.

MOTS-CLES

Médecine générale [MeSH], médecins généralistes [MeSH], revue de la littérature [MeSH], ACP [MeSH], relations médecin-patient [MeSH], soins centrés sur le patient [MeSH], approche centrée patient, médecine de précision, outil diagnostic et décisionnel.