



HAL
open science

L'approche centrée patient (ACP) : à propos d'une situation clinique en médecine générale

Moreau Alain, Julie Gilles de La Londe, Emilie Ferrat, Sophie Vallot, Vincent Renard, Isabelle Aubin-Auger

► To cite this version:

Moreau Alain, Julie Gilles de La Londe, Emilie Ferrat, Sophie Vallot, Vincent Renard, et al.. L'approche centrée patient (ACP) : à propos d'une situation clinique en médecine générale. Exercer, 2019. halshs-02430422

HAL Id: halshs-02430422

<https://shs.hal.science/halshs-02430422v1>

Submitted on 7 Jan 2020

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

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

L'approche centrée patient (ACP) : à propos d'une situation clinique en médecine générale

Patient centered care (PCC) : regarding a clinical situation in général practice

Auteurs : Alain Moreau ¹, Julie Gilles de la Londe ², Emilie Ferrat ^{3,4,5}, Sophie Vallot ^{3,4,5}, Vincent Renard ^{3,4,5}, Isabelle Aubin-Auger ^{2,5}.

¹ Collège Universitaire de médecine générale Université Claude Bernard Lyon 1, EA 4148 S2HEP 8 Av. Rockefeller 69373 Lyon Cedex 08

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

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

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

⁵ Conseil scientifique du CNGE 155 rue de Charonne 75011 Paris

Contact : alainmoreau0917@orange.fr

Mots clés : Approche centrée patient, décision médicale partagée, perspective patient, approche biopsychosociale, relation thérapeutique

Mesh : Patient centered care, shared decision making, perspective patient, biopsychosocial approach, therapeutic relationship

Les auteurs n'ont pas de conflits d'intérêts avec le sujet

Nombre de signes (espaces compris) du corps du texte : 31900

Résumé :

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

Summary :

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

Introduction

L'approche centrée patient (ACP) est une démarche clinique qui repose sur la rencontre entre les travaux initiaux de M Balint (psychanalyse) (1) et de C Rogers (psychologie humaniste) (2). Son concept s'est affiné avec des auteurs canadiens et anglosaxons comme Engel et son modèle biopsychosocial(3) et surtout M Stewart qui a initié le modèle « patient centered medicine » (4) (5).

L'organisation internationale de la médecine générale-médecine de famille (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians WONCA) et de nombreuses sociétés savantes l'ont intégrée à leur référentiel. C'est une compétence générique transversale de la « marguerite des compétences » du Collège national des généralistes enseignants (CNGE) (6). Elle en constitue l'élément central que l'étudiant en diplôme d'étude spécialisé (DES) de médecine générale doit acquérir en interaction avec les 5 autres compétences (7) (figure 1)

L'ACP est bien adaptée à la spécificité de la discipline médecine générale car elle permet de centrer la situation sur la personne (2) plus que sur sa maladie en y intégrant une approche globale contextuelle bio-psycho-sociale et en favorisant un « diagnostic approfondi » grâce à une écoute active de la personne (1). Cette démarche clinique a été élaborée pour contrebalancer les limites et insuffisances de la démarche biomédicale centrée maladie, positiviste, réductionniste, basée sur un raisonnement anatomoclinique et physiopathologique (sans nier les progrès accomplis par la médecine depuis 2 siècles). Le patient ne peut en effet se réduire à « une maladie ». Il en a une expérience vécue sur laquelle il peut exercer un pouvoir décisionnel en délibérant avec son médecin. Dans la dernière version du modèle théorisé par M Stewart (4), le concept ACP comprend les 4 composantes suivantes :

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

L'objectif de cet article didactique est de partir d'une situation authentique et emblématique de consultation de médecine générale pour illustrer ces 4 composantes.

Situation clinique

Mr Y, 40 ans est représentant de commerce et parcourt environ 800 km par semaine en voiture pour aller vendre des appareils de climatisation. Il passe plusieurs jours de la semaine à distance de son domicile. Il est marié et père de 2 enfants (Pierre 13 ans et Marion 11 ans) qui ne posent pas de problèmes particuliers. Son épouse âgée de 39 ans travaille en école maternelle comme agent territoriale spécialisé d'école maternelle (ATSEM). Vous êtes le médecin traitant (Dr C) de cette famille depuis 2 ans. Mr Y n'a pas d'antécédent particulier si ce n'est une appendicite quand il avait 8 ans et une rhinite allergique tous les ans traitée par antihistaminique. Il ne fume pas, boit occasionnellement de l'alcool, bouge peu en dehors du travail et a un surpoids avec un IMC à 27.

Il vient en consultation pour un mal de gorge avec une fébricule à 38.1°, des courbatures et céphalées. À l'examen, vous retrouvez une pharyngite et quelques adénopathies. Le reste de l'examen est normal et le test de diagnostic rapide (TDR) est négatif.

Mr Y « *Il faut me donner quelque chose de fort car j'ai une semaine chargée : je dois partir pour une foire-exposition pendant 3 jours et ne peux pas m'absenter.* »

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

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

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

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

Dr C « *Je comprends et en même temps je ne peux pas vous proposer des médicaments qui ne sont pas adaptés et peuvent avoir des inconvénients comme de la diarrhée. Ils peuvent aussi provoquer une sélection de mauvais germes ou de l'allergie.* »

Mr Y « *C'est aussi ce que me disait mon ancien médecin traitant. Mais je les supporte très bien. Une fois il a essayé de ne pas donner des antibiotiques, ça a duré plus de 10 jours. J'ai été obligé de revenir car je toussais et j'avais encore très mal. Il m'a donné des antibiotiques et ça a tout de suite guéri.* »

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

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

Que peut apporter l'ACP dans une telle situation ?

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

Chez monsieur Y, en mettant en pratique cette première composante, la consultation peut se poursuivre ainsi :

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

Mr Y « J'ai eu 2 angines en 2 ans. Mon ancien médecin traitant m'a dit qu'il fallait frapper fort avec des antibiotiques et en 3 jours c'était terminé. »

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

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

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

Mr Y « Bon allez-y »

Dr C « Saviez-vous que les antibiotiques semblent réduire les symptômes de seulement 24 heures au maximum en cas d'angine bactérienne ? »

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

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

Mr Y « Mais pourquoi ça marche chez moi ? »

Dr C : « Une pharyngite peut guérir entre 3 et 10 jours. Vous avez fait l'expérience d'une guérison le lendemain de la prise d'antibiotiques mais cela correspond souvent à l'évolution naturelle de la maladie. Il est normal de faire le lien entre prise du médicament et votre expérience de la guérison. Il est même possible que la croyance dans l'efficacité du médicament ait pu agir comme effet placebo et faciliter la guérison. »

Mr Y « Vous avez raison car ma femme elle croit en l'homéopathie et elle guérit ses angines en 3 jours. Elle m'a plusieurs fois donné ces granules mais moi ça me fait rien. J'y crois pas à ces granules. »

Dans cette séquence, le médecin opère un début de déconstruction de la croyance dans son aspect magique en donnant sens à la tendance normale de chaque être humain à créer des liens explicatifs entre deux réalités qui n'en ont pas forcément. Il apporte une deuxième explication possible, l'effet placebo, que semble valider le patient.

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

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

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

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

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

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

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

Mr Y « Clairement la douleur en avalant ma salive. »

Dr CA « Qu'est ce qui calme habituellement à part les antibiotiques ? »

Mr Y « un peu de miel me soulage mais c'est trop sucré j'ai peur de prendre du poids »

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

Mr Y « Non, je n'en avais pas. »

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

Mr Y « Bon, on essaie mais si cela ne va pas, vous me les prescrirez Docteur les antibiotiques ? »

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

Dans cette séquence, le médecin a compris et validé de manière empathique les raisons de la croyance de son patient. Il a renforcé la **quatrième composante de l'ACP**, une relation et une alliance thérapeutique avec celui-ci en lui permettant d'exprimer sa perspective, son point de vue et son expérience vécue par la narration. Mais pour ce faire, le médecin doit avoir une vision réaliste de la situation, dans la gestion du temps, un esprit de compromis et de négociation tout en restant bien sûr dans un cadre éthique et thérapeutique. Cette relation favorise la guérison du patient par des capacités et attitudes thérapeutiques qu'on appelle « remède médecin » par référence à Balint : l'écoute active empathique, la relation d'aide qui donne confiance, réassurance et motivation, la manière de faire parler les émotions pour libérer le cerveau cognitif, les conseils appropriés...). Dans cette situation clinique, par son travail d'écoute et d'explication, le médecin a permis une ouverture réflexive sur la rationalité des résistances aux antibiotiques. Il a valorisé des initiatives d'autogestion comme la prise de miel, en rassurant le patient sur sa peur de grossir. Cette alliance thérapeutique et cette compréhension partagée vont renforcer positivement la confiance mutuelle et favoriser la construction d'un terrain d'entente entre patient et médecin permettant à chacun d'entrer dans un processus de décision partagée.

Analyse de la situation clinique au regard des principes de l'ACP

Cette situation clinique prévalente en médecine générale est à fort risque de prescription d'antibiotiques telles que décrites dans l'étude PAAIR (prescription ambulatoire des antibiotiques dans les infections respiratoires) (8). L'étude PAAIR proposait des stratégies de non prescription d'antibiotiques qui sont tout à fait utilisables dans le cadre d'une approche centrée patient et permettent de réduire de façon pérenne la prescription d'ATB dans les infections respiratoires (9). D'un côté, le médecin ne peut décemment pas donner des antibiotiques alors qu'ils ne sont pas recommandés dans le cadre d'une bonne pratique clinique basée sur les données actuelles de la science. De l'autre côté, le patient a une expérience vécue de maux de gorge qu'il perçoit pouvoir être soulagés uniquement par des antibiotiques et il y croit très fortement. Si chacun reste fixé sur sa propre perspective, la situation est bloquée.

Le médecin peut rester dans une position strictement « scientifique » et/ou une posture paternaliste (« Je sais ce qui est bon pour lui et il doit se conformer aux preuves scientifiques qui font autorité »). Le patient pourra faire un effort en obtempérant à contrecœur, mais avec des effets secondaires possibles liés à un effet nocébo. Il pourra aussi choisir d'aller voir un autre médecin dans l'espoir qu'il acceptera de lui prescrire les antibiotiques dans une perspective autonomiste/informatif/consumériste (« je suis informé je décide par moi-même »).

L'objectif ACP est de dégager un terrain d'entente et une compréhension commune qui est un objectif essentiel de la démarche clinique (10). Celle-ci est la plus délibérative possible pour permettre à chacun d'entrer dans un processus de décision partagée en se situant entre les modèles paternaliste et informatif (11). Le processus de partage de la décision tient compte de l'expertise scientifique du médecin et de l'expertise liée à l'expérience vécue du patient qui est le mieux à même de parler de sa

perspective sur sa problématique de santé, ses représentations et ses préférences. Certains patients valorisent une relation paternaliste (« C'est vous le docteur, faites ce que vous feriez pour votre famille ») leur permettant de s'en remettre à la rassurante décision d'un expert (12). Dans le modèle de l'ACP décrit par Stewart, la décision médicale partagée (DMP), fait partie de cette 3^e composante. Une revue de littérature a montré que la décision médicale partagée améliorerait les résultats cognitivo émotionnels et notamment de la satisfaction du patient (13).

La 4^{ie} composante propose de développer une relation et une communication adaptée pour créer une alliance thérapeutique par une posture d'écoute active de la perspective du patient, et une attitude empathique favorisant un climat de confiance. C'est le cœur de cette méthode clinique qui permet d'articuler les 3 autres composantes et donne du sens et de la cohérence à cette démarche clinique. Cet échange entre le patient et le médecin se fait sous la forme d'une narration sur un mode interactif conversationnel. Chacun se raconte son monde (savoir profane vs savoir médical en co-construction) dans un langage analogique métaphorique clair et compréhensible(14). Cette « conversation » nécessite cependant des habilités communicationnelles de la part du médecin (Tableau 1), une attitude empathique et une réflexion éthique.

L'ACP implique à la fois un raisonnement clinique contextualisé d'approche globale biopsychosociale mais aussi la gestion des résonances affectives. Sentir de l'agacement et une dose d'agressivité vis-à-vis d'un patient « résistant et opposant » est normal mais comprendre son ressenti de professionnel comme un moyen de défense permet une distance thérapeutique favorable au soin (15).

Cette approche globale centrée sur le patient s'intègre très bien dans la compétence du clinicien (cognitive, gestuelle, communicative) à l'ère de la médecine fondée sur les preuves (EBM) (16). Cette compétence englobe la connaissance de Données Actuelles de la Science, le raisonnement clinique biomédical et l'écoute compréhensive du contexte psychosocial et des perspectives du patient (que l'on peut résumer par l'acronyme « VRAI » : tableau 2). Elle permet d'optimiser « l'effet médecin » et donc l'efficacité thérapeutique en articulant approche objective et subjective (17).

Quelles données scientifiques pour une utilisation plus large de l'approche centrée patient ? Une recherche documentaire dans PubMed utilisant le mot clé « patient centered care » recueille plus de 19000 citations d'articles indexés. De nombreuses données permettent de conclure que ce modèle relationnel améliore les critères cliniques qualitatifs comme la satisfaction du patient (18), (19). mais aussi celle du professionnel de santé sans pour autant allonger la durée de la consultation (20). Elle permet au patient de ressentir une confiance accrue envers son médecin(21). En étant entendu dans ses besoins propres, le patient bénéficie de soins plus efficaces lorsque cette approche est utilisée par son médecin (22). L'efficacité thérapeutique des capacités relationnelles et communicationnelles a pu faire l'objet d'essais cliniques randomisés (ECR) sur des critères cliniques objectifs même si ceux-ci sont le plus souvent intermédiaires et non de morbi mortalité. Parmi les capacités efficaces, on retrouve les attitudes et capacités à être empathique, la prise en compte des attentes et des représentations du patient, conseiller, expliquer positivement, rassurer et encourager à des changements (17). Des ECR ont montré que des interventions cognitives et cognitivo-émotionnelles dans une interaction médecin patient sont susceptibles d'influer sur l'état de santé (23). Une étude transversale a corrélé positivement

le taux d'Hba1c et LDL cholestérol avec le degrés d'empathie des MG évalué par un score avec une échelle validée (Jefferson Scale of Empathy) (24). D'après le modèle psychosocial de Street (25), la satisfaction induit la confiance dans le praticien et pourrait augmenter l'adhérence au traitement et donc éventuellement son état de santé. Les interventions qui étaient efficaces incluait du matériel éducatif. En 2012, une revue Cochrane(26), concluait à l'existence de preuves limitées et contradictoires sur les effets des interventions promouvant l'ACP sur les comportements de soin des patients ou sur leur état de santé. La satisfaction semblait augmentée grâce à l'ACP.

Du côté du médecin, l'acquisition de la compétence ACP est appropriée et motivante en médecine générale. Non seulement elle est utilisable dans la plupart des situations mais elle remet au centre l'individualité du patient, rendant toutes les consultations différentes même si le motif est le même. Cette approche peut s'utiliser à plusieurs moments de la consultation, en particulier en début de consultation quand le patient et le médecin mettent en commun leurs agendas de consultation respectifs.

L'approche centrée sur le patient n'est pas une « panacée universelle » (27). Dans des situations d'urgence, par exemple, l'expertise médicale est centrale alors que l'ACP se prête plus à des situations de dépistage ou de maladie chronique où l'intervention est d'autant plus efficace qu'elle s'inscrit dans la perspective du patient. Par exemple, dans le dépistage du cancer colorectal, l'intervention du médecin est d'autant plus efficace que les informations qu'ils donnent s'inscrivent dans la perspective du patient en utilisant son canal de communication et en s'adaptant à son niveau de littératie (28). Cette approche est également adaptée à des pathologies chroniques, dans le cadre de l'éducation thérapeutique par exemple, et peut permettre aux patients de mieux prendre soins d'eux-mêmes. (29) . Elle peut aussi se partager dans une dynamique collaborative interprofessionnelle centrée patient. Un nouveau modèle « patient centered medical home » (PCMH) est en train d'émerger. Il comprend des soins tout venant centrés patient dans le cadre d'une prise en charge en équipe multidisciplinaire de soins premiers ou secondaires, médicaux et paramédicaux, soins coordonnés, communautaires et accessibles, avec des moyens de communication électronique interconnectée et des objectifs de qualité et sécurité. Dans une revue de littérature(30), on retrouve sur 19 études (9 ECR et 10 cohortes observationnels) : un petit effet positif sur l'expérience vécue des patients, une amélioration faible à modérée du travail en équipe, un effet positif petit à modéré sur la délivrance de soins préventifs, une réduction de recours aux urgences (RR 0.81 ; IC 95% : 0.67-0.98) mais pas aux hospitalisation (RR 0.96 ; IC 95% : 0.84-1.1). Par contre on retrouve très peu d'étude évaluant l'impact de la PCMH sur des critères cliniques.

Au-delà de l'implication en routine auprès des patients, il existe un enjeu de formation auprès des futurs professionnels de santé. Elle est intégrée dans l'approche Calgary Cambridge de plus en plus utilisée dans les formations tant initiales que continues dans une approche par compétence (APC) (tableau 3).

Conclusion

Cette approche centrée patient peut être considérée comme une démarche clinique relationnelle ayant comme objectif de mettre deux experts (médecin expert de la maladie et patient expert de l'expérience vécue de la maladie) en alliance thérapeutique (figure 2). La perspective biopsychosociale du médecin

interagit avec la narration de la perspective « expérientiel VRAI » du patient. L'objectif est de trouver un terrain commun pour mieux partager les décisions dans le cadre d'une relation thérapeutique complexe faite d'expériences vécues, de communication cognitivo-émotionnelle entre deux personnalités patient et médecin avec des résonances affectives, des défenses et ambivalences qu'il faudra apprendre à réfléchir et gérer. Cette démarche clinique est également une méthode clinique qui permet au médecin d'assurer en pratique médicale courante son rôle de thérapeute et sa fonction soignante dans toutes ses dimensions : le soin qui guérit la maladie (« curing »), qui porte attention à sa santé (« caring ») ou qui apaise (« healing »). La diffusion du modèle ACP peut être un moyen utile à l'acquisition de la compétence ACP. Elle donne du sens à sa position centrale dans la marguerite des compétences du CNGE. Etant donné son importance en pratique, elle constitue un vaste terrain de recherche clinique dans lequel les médecins généralistes peuvent s'impliquer en soins premiers.

Références

1. Balint M. Le Médecin, son Malade et la Maladie. Petite Bibliothèque Payot; 1973. 422 p.
2. Rogers C. Psychothérapie et relations humaines Théorie de la thérapie centrée sur la personne. Issy-les Moulineaux : ESF éditeur; 2009. 157 p. (art de la psychothérapie).
3. Engel G. From Biomedical to biopsychosocial. Being scientific in the human domain. Psychosomatics. 1997;(38):521-8.
4. Stewart M, Brown J, Weston W et al. Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method. third edition. Oxon: ed Radcliff medical press; 2014. 426 p.
5. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. Soc Sci Med. 2000;(51):1087-110.
6. Compagnon L, Bail P, Huez JF et al. Définitions et description des compétences en médecine générale. Exercer. 2013;24(108):148-55.
7. Perdrix C, Pigache C, Dupraz C et al. Approche centrée patient et marguerite des compétences : une interaction à mettre en place et à évaluer exercer 2016;124:132-7. Exerc 2016124132-7. 2016;(124):132-7.
8. Attali C, Amade-Escot C, Ghadi V et al. Infections respiratoires présumées virales. Comment prescrire moins d'antibiotiques ? Résultats de l'étude PAAIR. Rev Prat Med Gen. 2003;(17):155-60.
9. Ferrat E, Le Breton J, Guéry E et al. Effects 4.5 years after an interactive GP educational seminar on antibiotic therapy for respiratory tract infections : a randomized controlled trial. Fam Pr. 2016;33(2):192-9. doi: 10.1093/fampra/cm107
10. Stewart M, Brown JB, Donner A et al. The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes. J Fam Pr. 2000;(49):796-804.
11. Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter::revisiting the shared treatment decision-making model. Soc Sci Med. 1999;(49):651-61.

12. Moreau A, Carol L, Dedienne MC et al. What perceptions do patients have of decision making (DM) ? Toward an integrative patient-centered care model. A qualitative study by focus group interviews. . *Patient Educ Couns.* 2012;(87):206-11.
13. Shay LA, Lafata JE. Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. *Med Decis Mak.* 2015;(35):114-31.
14. Good Byron. Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité et vécu. Le Plessis Robinson: Institut Synthélabo; 1998. 433 p. (Les empêcheurs de tourner en rond).
15. Baarts C, Tulinius C, Reventlow S. Reflexivity : a strategy for a patient-centred approach in general practice. *Fam Pr.* 2000;17(5):430-4.
16. Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. La compétence du clinicien à l'ère de la médecine fondée sur les niveaux de preuve et de la décision partagée avec le patient. *EBM J.* 2003;(34):5-8.
17. Moreau A, Boussageon R, Girier P et al. Efficacité thérapeutique de « l'effet médecin » en soins primaires. *Presse Med.* 2006;(35):967-73.
18. Mead N, Bower P. Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Educ Couns.* 2002;48(1):51-61.
19. Venetis MK, Robinson JD, Turkiewicz KL et al. An evidence base for patient-centered cancer care: A meta-analysis of studies of observed communication between cancer specialists and their patients. *Patient Educ Couns.* 2009;77(3):379-83.
20. Marvel M, Epstein R, Flowers K et al. Soliciting the Patient's Agenda: Have We Improved? *JAMA* 1999 2813 283-287.
21. Saha S, Beach M C. The impact of patient-centered communication on patients' decision making and evaluations of physicians: a randomized study using video vignettes. *Patient Educ Couns.* 2011;84(3):386-92.
22. Stewart M, Ryan BL, Bodea C. Is patient-centred care associated with lower diagnostic costs? . 2011;6(4):27-31. *Heal Policy.* 2011;6(4):27-31.
23. Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E et al. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet.* 2001;(357):757-62.
24. Hojat M, Louis D, Markham F et al. Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients. *Acad Med.* 2011;86(3):359-64.
25. Street RL, Makoul G, Arora NK et al. How does communication heal ? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns.* 2009;(74):295-301.
26. Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gauden CM et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *The Cochrane Library. Cochrane Database Syst.* 2012;
27. Lussier MT, Richard C. En l'absence de panacée universelle. Répertoire des relations médecin-patient. *Can Fam Physician • Médecin Fam Can.* 2008;54:1096-9.
28. Aubin-Auger I, Laouénan C, Le Bel J et al. Efficacy of communication skills training on colorectal cancer screening by GPs: a cluster randomised controlled trial. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2016;25(1):18-26.
29. Moreau A, Kellou N, Supper I et al. L'approche centrée patient : un concept adapté à la prise en charge éducative du patient diabétique de type 2. *Exercer.* 2013;(110):268-77.

30. Jackson G, Powers B, Chatterjee R, Bettger J et al. The Patient-Centered Medical Home A Systematic Review. *Ann Intern Med.* 2013;(158):169-78.

Tableau 1 Habiletés communicationnelles

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

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

Tableau 2 : la perspective « VRAI » du patient


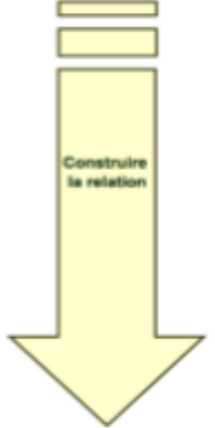
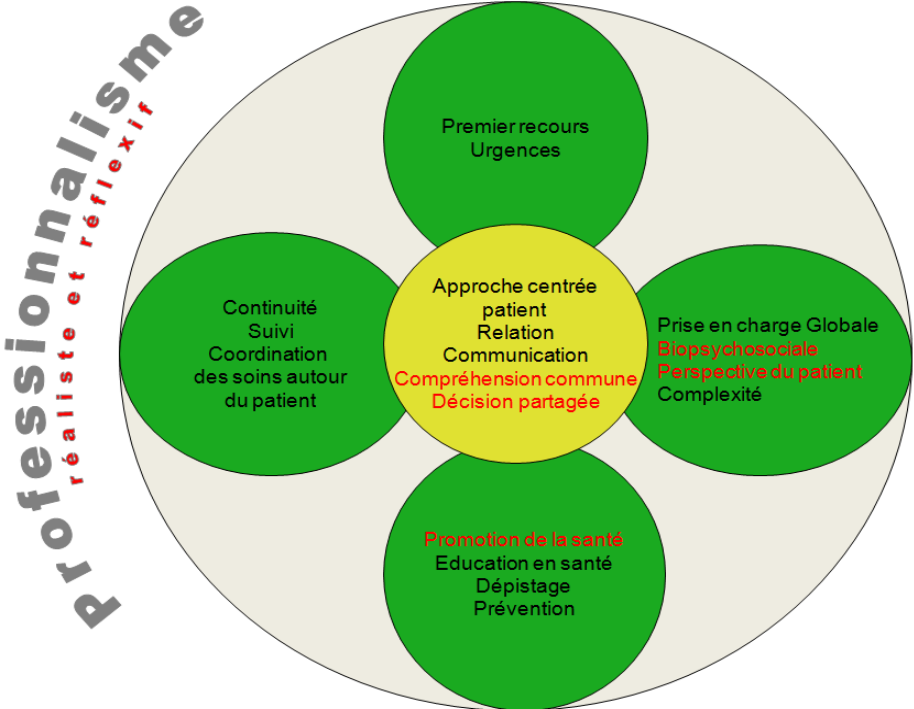
Approche Calgary Cambridge de l'entrevue médicale		
Tâches à accomplir		
 <p>Structurer l'entrevue</p>	<p>DEBUTER L'ENTREVUE</p> <p>Etablir le premier contact (l'accueil) par écoute attentive, sans interrompre et avec respect Identifier la (les) motifs (s) de la consultation, ses priorités Fixer le programme de la rencontre</p> <p>RECUEILLIR L'INFORMATION</p> <p>Explorer les problèmes du patient par écoute active, questionnement adapté ouvert et fermé, clarification, reformulation, résumé. Explorer la perspective biomédicale, la perspective du patient et son vécu, les données contextuelles Encourager l'expression des émotions</p>	 <p>Construire la relation</p>
<p>STRUCTURER L'ENTREVUE</p> <p>En rendant explicite son organisation</p> <p>En prêtant attention au déroulement de l'entrevue</p>	<p>COMMUNIQUER lors de l'EXAMEN CLINIQUE</p> <p style="text-align: center;">EXPLIQUER ET PLANIFIER</p> <p>Fournir la quantité et le type d'information adaptés au patient en évitant le jargon technique Aider le patient à retenir et comprendre les informations Arriver à une compréhension partagée en intégrant la perspective du patient Arriver à une décision partagée en explorant les différentes possibilités d'action et le rôle que le patient souhaite jouer</p> <p style="text-align: center;">TERMINER L'ENTREVUE</p> <p>Planifier les prochaines étapes, clarifier le plan de soin Mettre en place un filet de sécurité et d'aide</p>	<p>CONSTRUIRE LA RELATION</p> <p>En développant une relation empathique et chaleureuse</p> <p>En associant le patient à la démarche clinique et favorisant sa participation</p>
<p>Source : Traduit et adapté de Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching : Enhancing the Calgary-Cambridge Guides. Academic Medicine 2003 ; 78 : 802-809.</p> <p>Millette B, Lussier MT, Goudreau J. Pédagogie Médicale 2004; 5: 110-126</p> <p>Richard C, Lussier MT, Kurtz S. Une présentation et adaptation de l'approche Calgary Cambridge in Richard C et Lussier MT (2016) La communication professionnelle en santé (2eEd.). Edition du renouveau pédagogique (ERPI/Groupe Pearson), Montréal, 828 pages.</p>		

Tableau 3 : Démarche Calgary Cambridge

Figure 1 : La marguerite des compétences CNGE



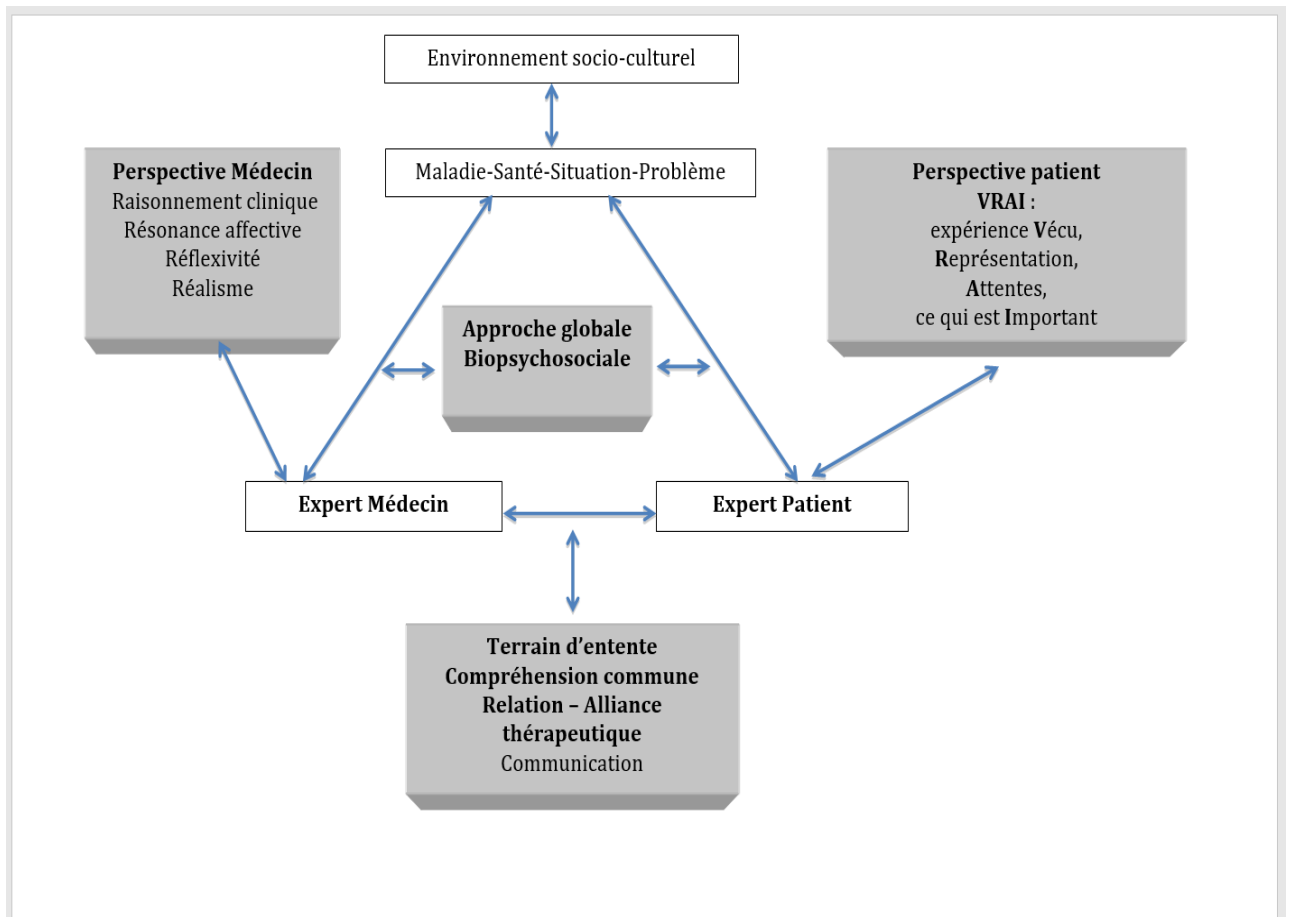


Figure 2 La démarche clinique ACP