

UNIVERSITÉ DE LILLE
UFR3S-MÉDECINE
Année : 2025

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Soins centrés sur le patient : attitude des internes en Médecine Générale du
Nord Pas de Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 20/02/2025 à 18h
au *Pôle Formation*
par **Arnaud LIONNE**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François MEDJKANE

Assesseurs :

Madame le Docteur Sabine BAYEN

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Julie JOURNEAU

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2025

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Soins centrés sur le patient : attitude des internes en Médecine Générale du
Nord Pas de Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 20/02/2025 à 18h
au Pôle Formation
par **Arnaud LIONNE**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François MEDJKANE

Assesseurs :

Madame le Docteur Sabine BAYEN

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Julie JOURNEAU

AVERTISSEMENT

L'université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Sommaire

SERMENT D'HIPPOCRATE	1
SOMMAIRE	3
ABREVIATIONS	5
RESUME	7
ABSTRACT	9
PREAMBULE	11
INTRODUCTION	13
1. La relation médecin-patient	13
2. Médecine centrée sur le patient (MCP)	15
3. Contexte de l'étude	17
4. Objectifs de l'étude	19
MATERIEL ET METHODES	20
1. Type d'étude	20
2. Population étudiée	20
3. Nombre de sujets nécessaires	20
4. Questionnaire et mode de diffusion	20
5. Analyse statistique	22
6. Aspects éthiques	23
RESULTATS	24
1. Flowchart	24
2. Description de l'échantillon à l'inclusion	25
3. Distribution du score PPOS	26
4. Association entre caractéristiques démographiques et score PPOS	29
5. Comparaison avec les étudiants en santé à l'international	30
DISCUSSIONS	32
1. Résultats principaux	32
2. Comparaison à la littérature	32
3. Limites de l'étude	34
4. Forces de l'étude	36
5. Perspectives	36
CONCLUSION	37
BIBLIOGRAPHIE	38
ANNEXES	47

Abréviations

ACP : Approche centrée sur le patient

MCP : Médecine centrée sur le patient

SCP : Soins centrés sur le patient

PCP : Pratique centrée sur le patient

PPOS : Patient Practitioner Orientation Scale

Résumé

Introduction : La médecine centrée sur le patient est devenue le modèle de référence dans les soins premiers. Elle est enseignée depuis les années 2000 aux étudiants de médecine de la majorité des pays. Des études ont montré des disparités dans sa pratique selon les pays et les années. Cette étude évalue la pratique de la médecine centrée sur le patient chez les internes de médecine générale de l'Université de Lille.

Méthode : Étude quantitative observationnelle analytique à travers un questionnaire reprenant la version québécoise modifiée du Patient Practitioner Orientation Scale, ainsi que des questions démographiques.

Résultats : Le score PPOS moyen des internes de médecine générale de l'Université de Lille est de 4,48, indiquant une pratique peu centrée sur le patient. Le score PPOS des internes ayant validé 5 semestres est significativement plus élevé que chez les internes ayant validé un semestre. Ce score est significativement supérieur aux résultats d'une méta-analyse incluant des étudiants en santé d'autres pays du monde, tout en restant en faveur d'une pratique peu centrée sur le patient.

Discussion : Les internes de médecine générale lillois acquièrent comme leurs confrères à l'étranger une pratique plus centrée sur le patient en fin de cursus. Cela s'explique en partie par les enseignements universitaires, mais également par des éléments de capacités interpersonnelles comme la communication ou l'empathie. Des études complémentaires étudiant ces différents paramètres pourraient être menées afin d'étudier plus en détail leur rôle dans l'acquisition d'une pratique centrée sur le patient.

Abstract

Introduction: Patient-centered care has become the standard model in primary care. It has been taught to medical students in most countries since the 2000s. Studies have shown disparities in its practice depending on the country and the year of study. This study evaluates the practice of patient-centered medicine among general practice residents at the University of Lille.

Method: Quantitative, observational, and analytical study conducted through a questionnaire based on the modified quebecker version of the Patient Practitioner Orientation Scale, along with demographic questions.

Results: Average PPOS score among general practice residents at the University of Lille is 4.48, indicating a low level of patient-centered practice. PPOS score of residents who had completed five semesters was significantly higher than that of residents who had completed only one semester. This score is significantly higher compared to results from a meta-analysis including health students from other countries but still reflects a low level of patient-centered practice.

Discussion: Like their counterparts abroad, General practice residents in Lille, develop a more patient-centered practice at the end of their training. This is partly due to university education but also involves interpersonal skills such as communication and empathy. Further studies investigating these parameters could provide more detailed insights regarding their role in developing a patient-centered approach.

Préambule

« C'est donc d'abord parce que les hommes se sentent malades qu'il y a une médecine. Ce n'est que secondairement que les hommes, parce qu'il y a une médecine, savent en quoi ils sont malades. »

- Georges Canguilhem

C'est par cette phrase, entendue lors d'un Enseignement Dirigé de SSH en 3^{ème} année de médecine, que j'ai saisi toute l'importance de la médecine centrée sur le patient (MCP). Cette façon d'aborder la médecine, qui m'a été enseignée dès les premières années d'étude, m'apparaissait alors comme quelque chose d'acquis et pratiqué par tous les médecins. Lors de mon cursus, j'ai pu constater à l'occasion de discussions avec mes camarades, en observant des soignants lors de mes stages ou en écoutant des récits de proches que la MCP n'était pas toujours appliquée. Une fois devenu interne de médecine générale, cette observation s'est confirmée lors de mon premier stage chez le praticien, avec des différences sur ce point entre mes deux maîtres de stage.

Je me suis alors demandé s'il était possible d'évaluer la place de la pratique centrée-patient chez les praticiens. Ce questionnement sur un sujet qui me tient à cœur m'a conduit à y dédier mon travail de thèse.

Introduction

1. La relation médecin-patient

A. Définition

La relation entre un médecin et un malade est un élément central de la pratique médicale (1). Elle a été théorisée pour la première fois en 1951 par Parsons (2) qui la décrit comme une relation asymétrique : le médecin possède une compétence technique et des connaissances et son travail est motivé par un altruisme envers le bien-être de son patient. Le patient est une personne qui cherche la guérison en se fiant aux conseils de son médecin (3). Cette relation est sous-tendue par des principes de confiance et de coopération entre les 2 parties (4).

Les évolutions sociétales et culturelles ont amené cette relation à évoluer selon différentes modalités, créant ainsi plusieurs modèles de relation entre le médecin et le patient théorisés en 1992 (5). Pour des raisons explicatives, ces modèles sont distingués afin de les analyser. Il existe des modèles intermédiaires selon l'implication du patient dans la décision médicale (6). Il est possible d'alterner entre les modèles selon la situation clinique (7).

B. Modèle paternaliste

Il est sous-tendu par les modèles hippocratiques (8). Le patient est un être « ignorant », dont la maladie entraîne la souffrance. Le médecin est un être « savant », qui va utiliser ce savoir pour combattre la souffrance (9). Le médecin n'est pas tenu d'exposer au patient les éléments qui mènent à l'élaboration de ses prises en charge (10). On ne peut pas parler de « prise en soins » : le patient n'a pas de rôle actif dans ce modèle.

C. Modèle informatif

Ce modèle est lié à l'essor de la médecine scientifique au début du XVIII^{ème} siècle, favorisé par des auteurs tels que Claude Bernard (11). Dans ce modèle, le médecin a un rôle de « technicien-expert » qui expose au patient avec honnêteté des informations factuelles sur son état de santé. La prise en charge est une correction « logique » des écarts à une norme biologique (12). Les aspects propres à l'individualité de chaque patient sont peu pris en compte par le médecin (13). Le patient a comme seul rôle d'accepter ou de refuser le plan de soin qui lui est fourni (14).

D. Modèle interprétatif

Ce modèle est élaboré par Canguilhem et Leriche. Ils affirment la nécessité d'intégrer les composantes psychologiques et sociales propres à chaque patient dans la relation médecin-patient (15). Le médecin a un rôle de conseiller. Il propose au patient une prise en soin guidée par son expérience et les données de la science. Il essaie d'élucider et d'interpréter les valeurs du patient afin de lui proposer une prise en soin concordante avec celles-ci (16).

E. Modèle délibératif

Ce modèle s'organise sous forme d'un débat moral entre le patient et le médecin (17). Le patient n'a plus le seul rôle de choisir entre plusieurs prises en soin, plus ou moins adaptées à ses valeurs, qui lui sont proposés. À travers le dialogue avec le médecin, il devient acteur de sa prise en soin. Il développe ses propres connaissances afin de pouvoir s'orienter lui-même sur une prise en soin concordante avec ses valeurs (18). Le médecin a une posture d'enseignant et s'assure que le malade ait saisi les bénéfices, les inconvénients et les éventuelles répercussions sur sa vie du traitement proposé. Il invite le patient à poser des questions et à faire des commentaires, en

s'efforçant d'écouter et de reformuler ses propos (19). C'est de ce modèle que découle le principe de médecine centrée sur le patient (20).

F. De la prise en charge à la prise en soins

Le concept de prise en soins est apparu en parallèle du modèle interprétatif. En 1982, Carol Gilligan (21) explicite la place dans les soins du « *care* », traduit en français par « la capacité à prendre soin d'autrui ». Il co-existe avec le « *cure* », traduit en français par la « prise en charge ». Le « *cure* » est défini par « l'action de prodiguer des soins à une personne présentant des symptômes dûs à une maladie ou un accident » (22). Frédéric Worms (23) développe le concept de « prise en soins », qui englobe deux soins : un soin « parental », qui comporte l'écoute et la réassurance d'un individu (le « *care* »), et un soin « médical », qui utilise des aspects techniques et partiels pour une pathologie donnée (le « *cure* »). Le terme de prise en soin est à préférer de nos jours (24), car il prend en compte les aspects humains et interpersonnels de la relation de soins.

2. Médecine centrée sur le patient (MCP)

A. Définitions

La MCP repose sur une collaboration entre le patient, ses proches et différents professionnels de santé pour construire des soins personnalisés et ajustés dans le temps (25). Elle valorise l'écoute des besoins et priorités du patient, favorise un dialogue structuré pour partager son expérience et vise à développer ses compétences pour participer activement aux décisions de soins (26). Cela est rendu possible par des conseils pratiques et une éducation thérapeutique garantissant la continuité des soins et un soutien par une équipe pluridisciplinaire (27).

B. Place dans le système de santé

La MCP a été progressivement reconnue, prouvée comme pertinente puis recommandée par les autorités de santé depuis le début du XXI^{ème} siècle (28). En France, elle a été inscrite dans la loi du 4 mars 2002 (29), notamment dans l'article L111-4 : *« toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé »*. En Europe, l'approche centrée patient (ACP) est apparue en 2002 dans la définition de la médecine générale de la WONCA (30).

C. Place dans l'enseignement médical

En 1969, Balint affirme la nécessité d'intégrer la MCP dans l'enseignement des étudiants en médecine (31), à travers la présentation de cas cliniques dans lequel la relation soignant-soigné pose problème et interroge. Son travail étudie les concepts de transfert et de contre-transfert de la maladie entre le médecin et le patient (32).

La MCP fait partie intégrante du tronc commun de l'enseignement médical. Il s'agit de l'item n°1 dans le programme de l'Examen Diplômant National (33), et elle est au cœur de la marguerite des compétences du Collège National des Généralistes Enseignants (34).

Concernant l'enseignement de médecine générale à l'Université de Lille, la MCP est présente dès la première année lors de l'enseignement « Relation/Communication » sous forme de 6 demi-journées (35). Lors de cet enseignement, les internes sont invités à adopter tour à tour une posture de patient puis de soignant. Le passage d'une posture à l'autre permet de développer un processus délibératif. Les principes de la MCP sont ensuite intégrés à chacun des enseignements de 2^{ème} et 3^{ème} années.

3. Contexte de l'étude

A. État de l'art

L'évaluation de la relation médecin-patient chez les étudiants en santé est devenue un champ de recherche à la fin du XX^{ème} siècle. A partir des années 1990, Edward Krupat a mené des travaux sur la relation centrée sur le patient. Il a développé l'échelle « Patient-Practitioner Orientation Scale » (PPOS) (*annexe n°1*) (36). Cette échelle a été validée pour évaluer l'attitude des étudiants en santé envers la MCP (37). Elle a fait l'objet de plusieurs traductions (38), dont une version québécoise élaborée par le Docteur Émilie Paul-Savoie (*annexe n°2*) (39). Ces traductions ont permis à plusieurs auteurs d'étudier l'attitude des étudiants en santé envers la MCP.

Au début des années 2000, Paul Haidet a étudié l'évolution de l'ACP durant les études médicales (40) et les facteurs démographiques qui y étaient associés (41). Des études complémentaires sur ce thème ont été réalisées par d'autres auteurs entre les années 2000 et 2010, comme par exemple Tsimtsiou (42) (43), Batenburg (44) (45), Lee (46), Hojat (47), Woloschuk (48), Wahlqvist (49), ou E. Krupat (50). Ces études utilisaient différents questionnaires afin d'évaluer l'attitude envers la MCP d'étudiants en santé de différents pays. Ce champ de recherche s'est développé en Asie à partir des années 2000, avec des auteurs comme Lang (51) et Song (52). Katrien Bombeke s'est également intéressée à la question de l'évolution de la PCP dans les années 2010, par une approche qualitative visant à comprendre les freins à la PCP (53) (54). Les études évaluant de manière quantitative la place de la PCP chez les étudiants en santé ont fait l'objet d'une méta-analyse par Geronimo Bejarano en 2022 (55).

B. Résultats principaux

Edward Krupat a mis en évidence que la relation centrée sur le patient amène une meilleure satisfaction des patients et de meilleurs résultats sur les objectifs de santé, en tenant compte de leurs valeurs, préférences et besoins individuels (56). Les études s'intéressant à l'évolution de la PCP chez les étudiants en médecine ont montré qu'elle tendait à diminuer chez les étudiants avancés dans leur cursus. Les études plus récentes menées sur le même sujet en Asie ont retrouvé une PCP plus importante chez les étudiants en fin de cursus. Certaines de ces études ont mis en évidence une pratique plus centrée sur le patient chez les étudiantes de genre féminin par rapport à ceux de genre masculin (51) (57). Les conclusions de la méta-analyse de Bejarano suggèrent que la pratique moyenne des étudiants en santé est peu centrée sur le patient. Elle retrouve une attitude légèrement plus centrée sur le patient chez les étudiants de genre féminin. Bombeke a mis en évidence les freins à une PCP rencontrés par les étudiants en santé (53): un sentiment d'inefficacité à l'hôpital, un manque de validation de la part de leurs médecins référents, les contraintes de temps et de stress.

C. Limites

Les résultats de la littérature sont discordants sur deux points principaux. Le genre féminin n'est pas toujours associé à une pratique plus centrée sur le patient. La PCP diffère selon l'avancée dans le cursus des étudiants. La méta-analyse de Bejarano (55) a validé l'association du genre féminin à une pratique plus centrée sur le patient mais n'a pas étudié la différence de PCP selon le nombre d'années d'études. Peu d'études ont été réalisées chez des étudiants européens (Ardenghi (57), Perestelo-Pérez (58)), et aucune n'a été réalisée chez des étudiants français.

D. Élaboration de l'étude

Face à ces résultats discordants et au peu d'évaluation sur une population française, une étude sur la place des soins centrés sur le patient dans la pratique des internes de médecine de l'Université de Lille a été menée, l'auteur étant étudiant en médecine générale à l'Université de Lille. Le but de cette démarche était d'observer comment des internes de médecine générale français se situaient quant à la MCP par rapport à leurs confrères à l'étranger, ainsi que de vérifier si des facteurs démographiques, notamment le genre et le nombre de semestres, étaient associés à des différences dans la PCP.

4. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la pratique de la MCP chez les internes de médecine générale de l'Université de Lille.

Les objectifs secondaires sont de rechercher une association entre certains facteurs démographiques et la pratique d'une MCP, et de comparer les résultats obtenus à ceux des étudiants en santé d'autre pays.

Matériel et Méthodes

1. Type d'étude

L'étude menée est une étude quantitative observationnelle analytique monocentrique sur l'Université de Lille. Elle consiste en un questionnaire en ligne sur la plateforme Limesurvey.

2. Population étudiée

La population étudiée est celle des internes de Médecine Générale inscrits à l'Université de Lille, au sein des promotions *Veil* (n= 204), *Udden* (n= 189) et *Taussig* (n= 191). La taille totale de la population est de 584 internes.

Les critères d'inclusions sont : être interne de médecine générale, être inscrit à la Faculté Henri Warembourg de l'Université de Lille, avoir réalisé entre 1 et 5 semestres de Médecine Générale.

Les critères d'exclusion sont : la validation de 6 semestres ou plus, et la validation de moins d'1 semestre.

3. Nombre de sujets nécessaires

La population étudiée comportait n= 584 internes. Afin d'obtenir un taux de représentativité avec un niveau de confiance de 95% et une marge d'erreur de 5%, il était nécessaire d'obtenir 232 réponses complètes, d'après le calcul réalisé via l'outil de calcul CheckMarket®.

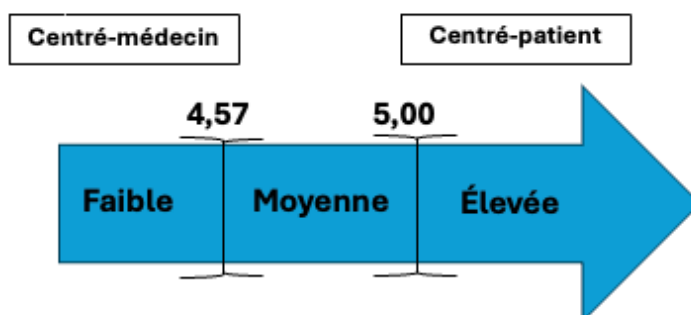
4. Questionnaire et mode de diffusion

Le questionnaire utilisé pour cette étude (*annexe n°3*) est constitué d'une première partie recueillant les caractéristiques démographiques du répondant et d'une

seconde partie reprenant la version québécoise du questionnaire PPOS. Cette version a été utilisée après réalisation de modifications syntaxiques minimales afin de l'adapter à une population française. Lors de l'élaboration du questionnaire, celui-ci a été relu par un groupe de travail de dix personnes afin de s'assurer de sa compréhensibilité.

Ce questionnaire est une échelle de Likert à 6 points, en 18 questions, permettant de calculer un score moyen ainsi que 2 sous-scores : le « partage » et la « bienveillance » (59). Plus le score obtenu est élevé, plus le répondant est susceptible d'avoir une PCP. La moyenne des scores obtenus dans la population est considérée comme élevée (population ayant une PCP) si le score est supérieur ou égal à 5, moyen si le score est supérieur ou égal à 4,57 et inférieur à 5, ou faible si le score est inférieur à 4,57 (figure 1) (60).

Figure 1 : interprétation de l'orientation vers la MCP selon le score PPOS



Le questionnaire a été diffusé sur les pages Facebook® des promotions *Taussig* (ECN 2021), *Udden* (ECN 2022) et *Veil* (ECN 2023). Au moment de la diffusion, ces pages comportaient respectivement 232 212 et 223 membres. Il a également été diffusé sur la page Facebook® de l'AIMGL dédiée au partage des thèses. Celle-ci comportait au moment de la diffusion 340 membres, certains étant internes des promotions antérieures.

Le questionnaire a également été diffusé sur la messagerie universitaire Zimbra® aux étudiants des promotions *Taussig* (ECN 2021), *Udden* (ECN 2022) et *Veil* (ECN 2023) via une liste de diffusion élaborée par Sarah PRUVOST dans le cadre de sa propre thèse. Son autorisation pour utiliser cette liste de diffusion a été obtenue (*annexe n°4*). Cette liste de diffusion contenait 660 adresses électroniques. Un mail type (a été envoyé aux étudiants (*annexe n° 5*). La période de recrutement était de 3 mois.

5. Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel JAMOV. Les variables qualitatives ont été décrites en termes de fréquence et de pourcentages. Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et l'écart-type, ou par la médiane et l'intervalle interquartile en cas de distribution non-gaussienne.

Une analyse descriptive des participant(e)s été réalisée. La corrélation de Spearman a été utilisée pour rechercher une association entre le score PPOS et les facteurs démographiques.

Au décours de ces tests, les facteurs dont la p-value était inférieure à 5% ont été inclus dans un modèle de régression linéaire multivariée afin de contrôler l'effet de potentielles autres variables impliquées dans la relation, et d'étudier de manière plus précise leur relation au score PPOS.

Le test de Mann et Whitney a été utilisé pour comparer les résultats de cette étude à celle de la méta-analyse de *Bejarano et al*, la distribution de l'échantillon ne suivant pas une loi normale.

Le seuil de significativité retenu est $p < 0,05$ (ou 5%).

6. Aspects éthiques

Cette étude a été exonérée de déclaration relative au règlement général sur la protection des données par le délégué à la protection des personnes (*annexe n° 6*).

Résultats

1. Flowchart

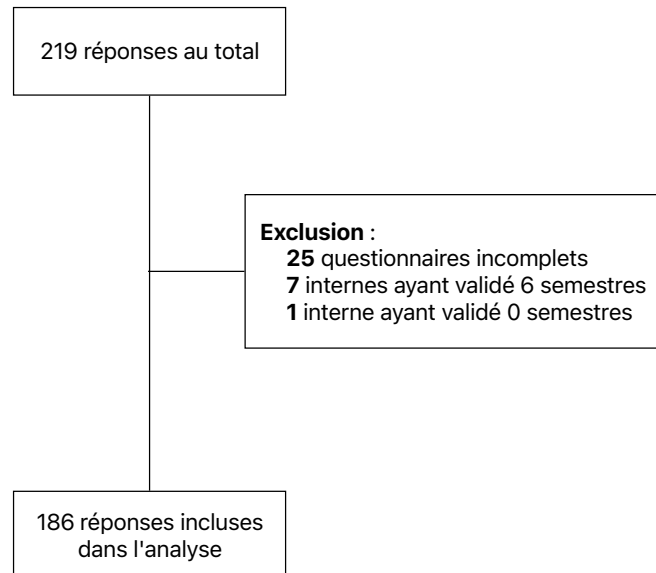


Figure 2 : Diagramme de flux

Les résultats ont été collectés entre le 20/06/2024 et le 20/09/2024 inclus. Le nombre total de réponses obtenues était de 219. 25 réponses étaient incomplètes et n'ont pas pu être exploitées. 1 réponse a été exclue car le répondant a indiqué ne pas avoir validé de semestre de Médecine Générale. 9 réponses ont été exclues car les répondants ont indiqué avoir réalisé plus de 6 semestres. Un total de 186 réponses a été analysé (figure 2).

2. Description de l'échantillon à l'inclusion

Les caractéristiques de l'échantillon sont résumées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

	Caractéristiques	Effectif n (%)
Genre		
	Femme	143 (76,9)
	Homme	42 (22,6)
	Autre	1 (0,5)
Âge		
	[24 - 29]	180 (96,8)
	[30 - 35]	6 (3,2)
Semestres		
	1	48 (25,8)
	2	10 (5,4)
	3	72 (38,7)
	4	17 (9,1)
	5	39 (21)
Parentalité		
	Oui	6 (3,2)
	Non	180 (96,8)
Mode d'exercice		
	Rural	12 (6,5)
	Semi-rural	83 (44,6)
	Urbain	21 (11,3)
	Hospitalier	4 (2,2)
	Mixte	54 (29,0)
	Ne sait pas	12 (6,5)

Parmi les internes inclus dans l'étude, 76,9 % (n= 143) étaient de genre féminin, 22,6 % (n= 42) de genre masculin et 0,5 % (n= 1) s'identifiait à un autre genre. La plupart avaient entre 24 et 29 ans (96,8% ; n = 180) et les autres avaient entre 30 et 35 ans (3,2 ; n= 6). Concernant les semestres validés, 25,8 % (n= 48) en avaient validé 1, 5,4% (n= 10) en avaient validé 2, 38,7% (n= 72) en avaient validé 3, 9,1% (n= 17) en avaient validé 4, et 21% (n= 39) en avaient validé 5. La grande majorité d'entre eux n'étaient pas parents (96,8% ; n= 180). Concernant le mode d'exercice futur envisagé, 6,5% (n= 12) envisageaient un exercice rural ; 44,6% (n=83) un exercice semi rural ; 11 3% (n= 21) un exercice urbain ; 2,2% (n= 4) un exercice hospitalier ; 29% (n= 54) un exercice mixte ; 6,5% (n= 12) ne savaient pas se prononcer.

3. Distribution du score PPOS

Le score PPOS moyen obtenu par l'ensemble des internes est de 4,48, avec un écart-type de 0,37 pour une valeur minimale de 3,61 et une valeur maximale de 5,39. Le premier quartile est à 4,22, la médiane à 4,44 et le troisième quartile à 4,77. La valeur médiane est de 4,44 (*figure 3*).

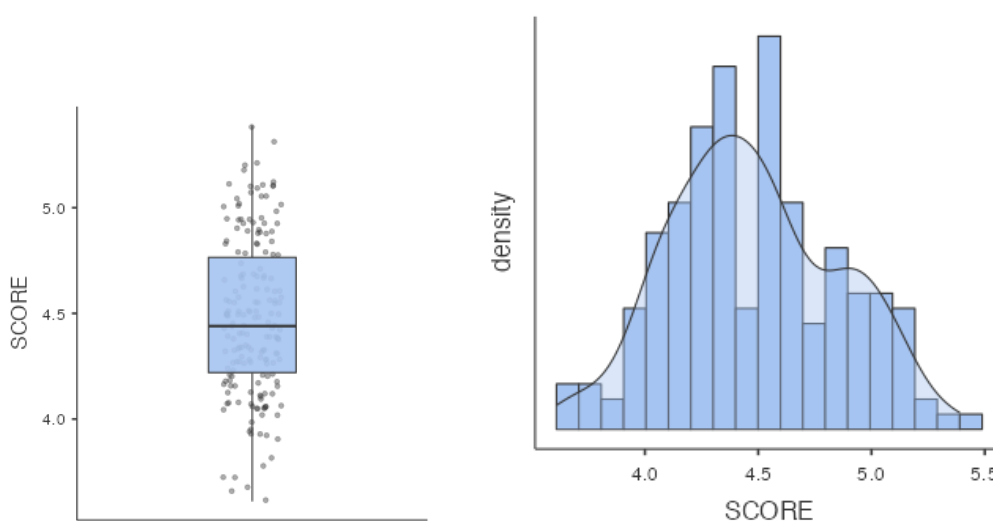
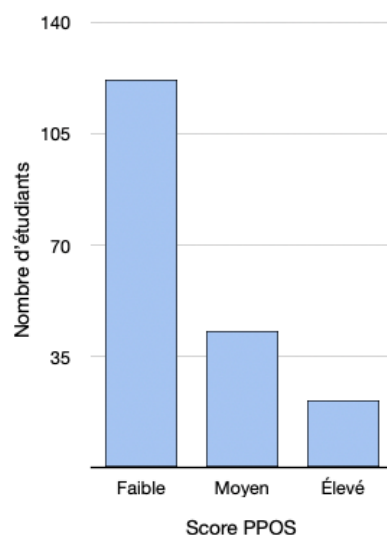


Figure 3 : distribution du score PPOS (boîte à moustache, histogramme avec densité)

Le nombre d'étudiants avec un score PPOS considéré comme faible est de 122 (65,6 %), avec un score moyen de 43 (23,12 %), et un score élevé de 21 (11,29 %) (figure 4).

Figure 4 : distribution du score PPOS selon les seuils d'interprétation du questionnaire



La distribution du score PPOS selon les caractéristiques démographiques est présentée dans le tableau 2.

Tableau 2 : distribution du score PPOS selon les caractéristiques démographiques

		Score PPOS				
		Moyenne	Médiane	Écart-type	Minimum	Maximum
Genre						
	Femme	4.48	4.44	0.376	3.61	5.39
	Homme	4.47	4.50	0.361	3.83	5.11
	Autre	4,44	4,44	-	4,44	4,44
Âge						
	[24 - 29]	4.47	4.44	0.368	3.61	5.39
	[30 - 35]	4.79	4.92	0.308	4.33	5.11
Semestres						
	1	4.39	4.33	0.351	3.78	5.33
	2	4.53	4.58	0.475	3.67	5.22
	3	4.47	4.44	0.357	3.67	5.39
	4	4.49	4.56	0.389	3.72	5.06
	5	4.57	4.50	0.374	3.61	5.22
Parentalité						
	Oui	4.66	4.89	0.543	3.67	5.11
	Non	4.47	4.44	0.364	3.61	5.39
Mode d'exercice						
	Rural	4.68	4.83	0.404	4.06	5.11
	Semi-rural	4.51	4.50	0.359	3.67	5.39
	Urbain	4.32	4.33	0.390	3.61	5.00
	Hospitalier	4.55	4.63	0.467	4.00	4.94
	Mixte	4.45	4.39	0.383	3.72	5.33
	Ne sait pas	4.42	4.42	0.196	4.11	4.72

Ce tableau montre qu'il existe des variations du score PPOS selon les caractéristiques démographiques des répondants. Des tests statistiques ont été utilisés afin de rechercher une corrélation entre ces caractéristiques et la distribution du score PPOS, avec comme hypothèse qu'une corrélation existe.

4. Association entre caractéristiques démographiques et score PPOS

Une corrélation entre le score PPOS et les facteurs démographiques a été recherchée à l'aide de tests de Spearman. Les résultats des tests sont résumés dans le tableau 3.

Tableau 3 : association entre les caractéristiques démographiques et le score PPOS

Test	Variable	p-value	Taille de l'effet
Spearman	Parentalité	0,174	$\rho = 0,10$
	Genre	0,872	$\rho = -0,012$
	Âge	0,034	$\rho = 0,155$
	Nombre de semestres validé	0,018	$\rho = 0,173$
	Mode d'exercice futur	0,740	$\rho = -0,025$

Les tests de Spearman réalisés sur la parentalité, le mode d'exercice futur et le genre n'ont pas retrouvé d'association significative. Les tests de Spearman ont mis en évidence une association significative entre l'âge ($p = 0,034$; $\rho = 0,155$) et le nombre de semestres validés ($p = 0,018$; $\rho = 0,173$).

L'âge et le nombre de semestres ont été inclus dans un modèle de régression linéaire multiple afin d'explorer plus précisément leur relation avec le score PPOS. Les résultats sont présentés dans la tableau 4.

Tableau 4 : modèle de régression linéaire entre le score PPOS, le nombre de semestres et l'âge

Coefficients du modèle - SCORE				
Prédicteur	Estimation	Erreur standard	t	p
Ordonnée à l'origine ^a	4.3858	0.0528	83.057	<.001
Âge:				
30 - 35 ans – 24 - 29 ans	0.2999	0.1531	1.960	0.052
Semestre:				
2 – 1	0.1482	0.1272	1.165	0.246
3 – 1	0.0763	0.0685	1.114	0.267
4 – 1	0.0830	0.1036	0.801	0.424
5 – 1	0.1719	0.0793	2.168	0.031

La régression linéaire multiple montre que la différence de score PPOS est significative entre les étudiants en 5^{ème} semestre par rapport à ceux en 1^{er} semestre ($p=0,031$), mais pas entre les autres semestres (et cela quel que soit le semestre de référence utilisé dans le test). Elle ne met pas en évidence d'association significative entre l'âge le score PPOS.

5. Comparaison avec les étudiants en santé à l'international

Les résultats de cette étude ont été comparés avec les résultats de la méta-analyse de *Bejarano et al* (55). La distribution du score PPOS au sein des 2 groupes est représentée dans le *tableau 5* et la *figure 5*.

Tableau 5 : distribution du score PPOS dans chaque population

	Groupe	N	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Minimum	Maximum
SCORE	Bejarano	26	4.16	4.29	0.518	2.74	4.70
	Lille	186	4.48	4.44	0.371	3.61	5.39

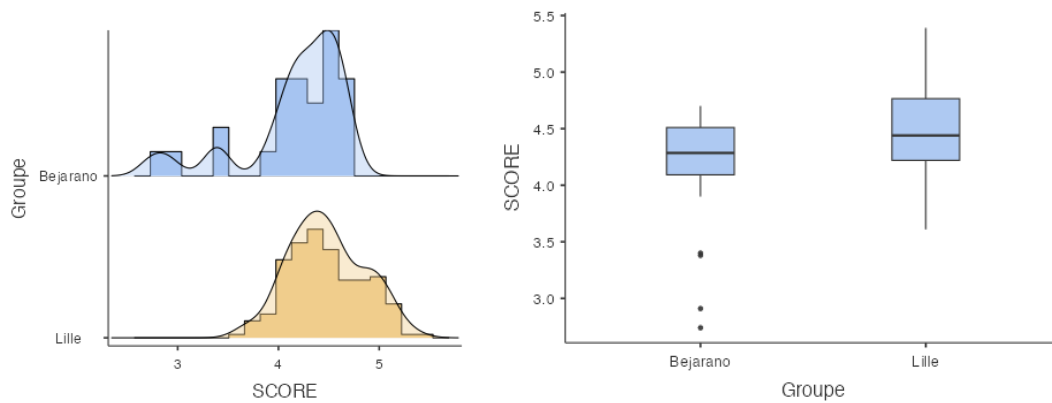


Figure 5 : distribution du score PPOS dans chaque population

Un test de Mann et Whitney a été réalisé afin de vérifier si la différence de moyenne du score PPOS entre les deux populations était statistiquement significative. L'hypothèse était que le score PPOS des étudiants lillois était supérieur à celui des étudiants de la méta analyse de *Bejarano et al.* Le U obtenu est égal à 1699 avec une p-value = 0,007. Il signifie que le score PPOS moyen des étudiants lillois est significativement supérieur au score PPOS moyen des étudiants de la méta-analyse.

Discussions

1. Résultats principaux

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la pratique de la MCP chez les internes de Médecine Générale de l'Université de Lille. Avec un score moyen de 4,48, les internes de Médecine Générale de l'Université de Lille ont une pratique peu centrée sur le patient, d'après les seuils d'interprétation du score PPOS.

Le premier objectif secondaire était de rechercher des facteurs démographiques associés à un score PPOS plus élevé. Cette étude montre que les internes de 5^{ème} semestre ont une pratique plus centrée sur le patient que ceux de 1^{er} semestre.

Le deuxième objectif secondaire était de comparer les résultats à ceux des étudiants en santé d'autre pays. La comparaison s'appuyait sur la méta-analyse de Bejarano (55). Cette étude met en évidence une pratique de la MCP significativement supérieure chez les internes de l'Université de Lille par rapport aux étudiants en médecine internationaux.

2. Comparaison à la littérature

A. L'enseignement de la MCP

Le fait que la pratique des internes avancés dans leur cursus soit plus centrée sur le patient est retrouvé dans les études des années 2020 menées en Europe et en Asie (Lang (51), Song (52), Ardenghi (57), Perestelo-Pérez (58)). Les études similaires réalisées entre les années 2000 et 2010 retrouvaient à l'inverse une diminution de la PCP chez les étudiants avancés dans leur cursus. Une hypothèse est que ces nouveaux enseignements médicaux apparus dans les années 2010 aient favorisé l'acquisition d'une PCP en fin de cursus. Une méta-analyse de 2010 (61) prouvait

l'efficacité des nouvelles méthodes d'enseignement (jeu de rôle, retour d'expérience, présentations de cas en petits groupes) dans l'acquisition d'une PCP. Leur intégration dans les programme d'enseignement médicaux en France a été encouragée lors de la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales (62). Un article de 2018 (63) et une thèse de 2023 (64) montraient que la plupart des département de médecine généraux de France intégraient ces nouvelles méthodes d'enseignement.

B. Le rôle des capacités humaines

La pratique plus centrée sur le patient chez les internes plus avancés dans leur cursus implique d'autres éléments que les enseignements universitaires :

« La médecine est un art dont la magie et la créativité résident dans les aspects interpersonnels de la relation entre le médecin et le patient » - Hall J. (65)

Hall utilise un concept hérité de l'Antiquité. La médecine était considérée comme une technê, notion qui englobe l'art et le savoir-faire (66). La technê appartient elle-même au domaine de l'epistêmê (67). Le médecin fait appel à la fois à sa propre expérience et à ses connaissances théoriques. Par sa pratique, il adapte son savoir théorique à chaque patient : c'est en cela que la médecine est une technê pour certains auteurs de l'antiquité (68). Cette spécificité de la médecine est liée à son objet : elle porte sur les êtres humains dont l'état peut changer. Elle a bien des lois mais le médecin doit savoir adapter ces lois à la personne singulière qu'il soigne (69).

Les capacités humaines comme la communication ou l'empathie ont fait l'objet d'études. Ces études ont montré leur association à une meilleure qualité de soins (70) (71) et une meilleure observance thérapeutique (72). Elles feraient partie de capacités indispensables aux médecins, associées au savoir universitaire (73). Ces capacités de communication, d'empathie ainsi que d'expérience humaine s'acquièrent au cours de la pratique médicale et des événements de vie et expliquent en partie la différence de PCP chez les internes plus expérimentés.

C. Le genre féminin

L'association entre le genre féminin et une PCP n'est pas retrouvée dans notre étude. Ce résultat est retrouvé de façon inconstante dans la littérature, et la force de l'association mise en évidence par la méta-analyse de Bejarano est faible.

3. Limites de l'étude

A. Liées à l'échantillon

La principale limite de cette étude est un manque de puissance. Avec 186 réponses incluses en analyse, le risque alpha est égal à 5,94%. Cela s'explique par une participation basée sur le volontariat et un recrutement systématique difficilement réalisable. Le nombre de participants est plus faible que le nombre de sujets nécessaires. L'échantillon n'était pas représentatif de la population générale concernant le genre : la liste de diffusion utilisée comportait 54% (n= 316) étudiantes de genre féminin, alors que notre échantillon en comporte 77%.

L'association entre le genre féminin et une PCP n'est pas retrouvée dans notre étude, possiblement par manque de puissance.

B. Liées aux biais

Le score PPOS significativement plus élevé chez les internes en médecine générale de l'Université de Lille peut être lié à un effet-centre. L'ensemble de la population des internes de Lille ayant reçu un enseignement similaire sur une période de 3 ans, alors que la population de la méta-analyse a bénéficié d'enseignement dans différents pays à différents moments. Un biais de volontariat a pu être impliqué : les étudiants plus intéressés par la relation médecin-patient pourraient avoir davantage répondu à l'étude que les autres. Un biais de prévarication a pu être impliqué lors du remplissage du questionnaire : les internes sachant qu'il est recommandé d'adopter une PCP ont pu modifier leurs réponses.

C. Liées au questionnaire

L'association entre le nombre de semestres validés et la PCP est certes significative mais elle est faible. Un potentiel biais de classement a été induit par la formulation de la question « nombre de semestres validés », dans la mesure où des participants ont pu répondre selon leur semestre « en cours » au moment de l'étude.

Les internes ayant validé 6 semestres n'ont pas été inclus en analyse du fait d'un recrutement difficilement réalisable dans cette population.

L'âge n'était pas associé à une PCP en analyse multivariée. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que l'âge ait été étudié en intervalles de 5 ans et non pas en âge exact. Cela a pu rendre les résultats imprécis.

Il s'agissait de la première étude quantitative menée par l'investigateur.

4. Forces de l'étude

Cette étude vient renforcer le constat d'une acquisition de la PCP plus importante en fin de cursus. Ces résultats viennent souligner l'importance de poursuivre le développement de l'enseignement de la MCP auprès des internes de médecine générale de l'Université de Lille. Cette étude est également la première à la connaissance de l'auteur à évaluer la place de la MCP chez des étudiants en médecine français.

5. Perspectives

Il serait possible de soumettre à nouveau le questionnaire aux internes de médecine générale de l'Université de Lille dans quelques années afin d'observer l'évolution de la PCP. De même, une étude longitudinale pourrait être réalisée pour évaluer plus précisément la période des études où la PCP s'acquiert. Il serait pertinent d'inclure d'autres facteurs démographiques comme la satisfaction dans le milieu professionnel ou l'âge précis des participants.

Il serait intéressant de réaliser cette étude dans plusieurs facultés de médecine, française ou internationale. Cela permettrait de comparer l'effet des différents programmes d'enseignement médical sur l'acquisition d'une PCP en tenant compte de leurs modalités. Ces modalités pourraient être le nombre d'heures d'enseignement théorique, le format de ces enseignements, le nombre d'heures d'enseignement en stage, la modalité d'évaluation des traces d'apprentissage.

Des études qualitatives pourraient être réalisées quant à l'expérience des internes en médecine générale par rapport à la PCP et les éventuels freins qu'ils identifient. Une étude qualitative permettrait d'évaluer la part des enseignements dans l'acquisition des capacités interpersonnelles en jeu dans la MCP (73).

Conclusion

Les internes de médecine générale de l'Université de Lille ont une pratique plus centrée sur le patient que la moyenne des étudiants internationaux, notamment en fin de cursus. Toutefois, la place des soins centrés sur le patient dans leur pratique reste insuffisante pour être considérée comme acquise.

Des études complémentaires devraient être réalisées, en incluant d'autres facultés et en explorant des facteurs complémentaires, afin d'explorer au mieux la place des SCP chez les internes de médecine générale en France et les éléments favorisant son acquisition.

La décision médicale partagée et l'ACP constituent un idéal dans la pratique médicale. Elle n'est parfois pas applicable dans certaines situations comme l'urgence vitale ou quand le patient lui-même fait part de son souhait de laisser la décision à son médecin. Agir pour le bien-être du patient doit rester au centre des prises en soins car cela constitue un objectif toujours réalisable.

Bibliographie

1. Perdrix C, Gocko X, Plotton C. La relation médecin-patient. 2017;
2. Parsons T. Social System. 2nd ed. Hoboken: Taylor and Francis; 1951.
p. 634
3. Parsons T. Illness and the role of the physician: A sociological perspective. American Journal of Orthopsychiatry. 1951;452-60.
4. Parsons T. Social structure and dynamic process. Medical Sociology: The nature of medical sociology. 2015;81.
5. Emanuel EJ, Emanuel LL. Physician-Patient Relationship.
6. Vallot S, Yana J, Moscova L, Fabre J, Brossier S, Aubin-Auger I, et al. Décision médicale partagée I Soins. 2019;
7. 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.
8. Kleislaris CF, Sfakianakis C, Papathanasiou IV. Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2014;
9. Tountas Y. The historical origins of the basic concepts of health promotion and education: the role of ancient Greek philosophy and medicine. Health Promot Int. 1 juin 2009;24(2):185-92.
10. DRANE James F. Medical paternalism and a new style of medical ethics. Linacre Q. août 1985;52(3):210-7.

11. Bernard C. Introduction à l'étude de la médecine expérimentale [Internet]. Paris: Flammarion; 2013. 384 p. (Champs Classiques). Disponible sur: <https://www.cairn.info/introduction-a-l-etude-de-la-medecine-experimental--9782081307582.htm>
12. Fragu P. Histoire d'une transformation. 2004;
13. Foucault M. Naissance de la clinique [Internet]. Presses universitaires de France; 2003. (Quadrige (Presses universitaires de France)). Disponible sur: <https://books.google.fr/books?id=-0bBAQAACAAJ>
14. Veatch RM. Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age. Hastings Cent Rep. juin 1972;2(3):5.
15. Canguilhem G. Le normal et le pathologique [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2013. p. 300 (Quadrige). Disponible sur: <https://www.cairn.info/le-normal-et-le-pathologique--9782130619505.htm>
16. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature: Santé Publique. 15 déc 2007;Vol. 19(5):413-25.
17. Brock DW. The Ideal of Shared Decision Making Between Physicians and Patients. Kennedy Inst Ethics J. mars 1991;1(1):28-47.
18. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 15 sept 2024]. Introduction aux commentaires du code. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/introduction-commentaires-code-deontologie-art-1/introduction-commentaires-code>

19. Neyret A. Évolutions de la relation médecin-patient à l'heure de la transition épidémiologique: comment s'y former? Revue de la littérature.
20. Weston WW, Brown JB, Stewart MA. Patient-Centred Interviewing Part I: Understanding Patients' Experiences. Can Fam Physician. janv 1989;35:147-51.
21. Gilligan C. In A Different Voice: Psychological Theory and Women's Development. Vol. 326. 1982. p. 220
22. prise en charge. In: Wiktionnaire, le dictionnaire libre [Internet]. 2024 [cité 25 nov 2024]. Disponible sur: https://fr.wiktionary.org/w/index.php?title=prise_en_charge&oldid=36348397
23. Worms F. Les deux concepts du soin: Vie, médecine, relations morales. Esprit. 1 janv 2006;Janvier(1):141-56.
24. Piveteau D. Soigner ou Prendre soin ? la place éthique et politique d'un nouveau champ de protection sociale. Laennec. 2009;Tome 57(2):19-30.
25. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 10 juill 2024]. Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi
26. Epstein RM, Street RL. The Values and Value of Patient-Centered Care. Ann Fam Med. 1 mars 2011;9(2):100-3.
27. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. Soc Sci Med. oct 2000;51(7):1087-110.

28. Europe WHORO for. Towards people-centred health systems: an innovative approach for better health outcomes. 2013 [cité 10 juill 2024]; Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/372298>
29. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) - Légifrance [Internet]. [cité 13 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFSCITA000000889845>
30. Definition of General Practice / Family Medicine | WONCA Europe [Internet]. [cité 14 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine>
31. Balint E. The possibilities of patient-centered medicine. J R Coll Gen Pract. mai 1969;17(82):269-76.
32. Lahalle MO. Balint Michael, Le médecin, son malade et la maladie. Rev Fr Sociol. 1961;2(1):106-8.
33. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 14 oct 2024]. EDN. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3076609/fr/edn
34. DES de Médecine Générale – CNGE [Internet]. [cité 14 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.cnge.fr/la-pedagogie/le-cursus-de-medecine-generale/des-de-medecine-generale/>
35. Informations DES de MG (DMG, internes, enseignants, tuteurs, MSU) – Google Drive [Internet]. [cité 15 oct 2024]. Disponible sur: https://drive.google.com/drive/folders/1N_NCt-7CcbhhqXgRVKKDF7Ys_MePCiTJ
36. Krupat, Putnam, Yeager. The fit between doctors and patients: Can it be measured ? J Gen Intern Med. 1996;11(134).

37. Shaw WS, Woiszwilllo MJ, Krupat E. Further validation of the Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS) from recorded visits for back pain. *Patient Educ Couns.* nov 2012;89(2):288-91.
38. Pauli R, Wilhelmy S. A short scale for measuring attitudes towards the doctor-patient relationship: psychometric properties and measurement invariance of the German Patient-Practitioner-Orientation Scale (PPOS-D6). *PeerJ.* 8 déc 2021;9:e12604.
39. Paul-Savoie E, Bourgault P, Gosselin É, Potvin S, Lafrenaye S. ASSESSING PATIENT-CENTERED CARE: VALIDATION OF THE FRENCH VERSION OF THE PATIENT-PRACTITIONER ORIENTATION SCALE (PPOS). *Eur J Pers Centered Healthc.* 1 janv 2015;3.
40. Haidet P, Dains JE, Paterniti DA, Hechtel L, Chang T, Tseng E, et al. Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship: Medical student attitudes. *Med Educ.* juin 2002;36(6):568-74.
41. Haidet P, Dains JE, Paterniti DA, Chang T, Tseng E, Rogers JC. Medical Students' Attitudes toward Patient-centered Care and Standardized Patients' Perceptions of Humanism: A Link between Attitudes and Outcomes. *Acad Med.* 2001;76(10).
42. Tsimtsiou Z, Kerasidou O, Efstathiou N, Papaharitou S, Hatzimouratidis K, Hatzichristou D. Medical students' attitudes toward patient-centred care: a longitudinal survey. *Med Educ.* févr 2007;41(2):146-53.
43. Tsimtsiou Z, Kirana PS, Hatzichristou D. Determinants of patients' attitudes toward patient-centered care: A cross-sectional study in Greece. *Patient Educ Couns.* déc 2014;97(3):391-5.

44. Batenburg V. Do professional attitudes change during medical education? *Adv Health Sci Educ.* 1997;1(2):153-64.
45. Batenburg V, Smal JA, Lodder A, Melker RAD. Are professional attitudes related to gender and medical specialty? *Med Educ.* juill 1999;33(7):489-92.
46. Lee KH, Seow A, Luo N, Koh D. Attitudes towards the doctor-patient relationship: a prospective study in an Asian medical school. *Med Educ.* nov 2008;42(11):1092-9.
47. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School: *Acad Med.* sept 2009;84(9):1182-91.
48. Woloschuk W, Harasym PH, Temple W. Attitude change during medical school: a cohort study. *Med Educ.* mai 2004;38(5):522-34.
49. Wahlqvist M, Gunnarsson RK, Dahlgren G, Nordgren S. Patient-centred attitudes among medical students: Gender and work experience in health care make a difference. *Med Teach.* janv 2010;32(4):e191-8.
50. Krupat E, Pelletier S, Alexander EK, Hirsh D, Ogur B, Schwartzstein R. Can Changes in the Principal Clinical Year Prevent the Erosion of Students' Patient-Centered Beliefs? *Acad Med.* 2009;84(5).
51. Liang H, Reiss MJ, Isaacs T. Factors affecting physicians' attitudes towards patient-centred care: a cross-sectional survey in Beijing. *BMJ Open.* avr 2023;13(4):e073224.

52. Song W, Hao Y, Cui Y, Zhao X, Liu W, Tao S, et al. Attitudes of medical professionals towards patient-centredness: a cross-sectional study in H City, China. *BMJ Open*. 21 janv 2022;12(1):e045542.
53. Bombeke K, Van Roosbroeck S, De Winter B, Debaene L, Schol S, Van Hal G, et al. Medical students trained in communication skills show a decline in patient-centred attitudes: An observational study comparing two cohorts during clinical clerkships. *Patient Educ Couns*. sept 2011;84(3):310-8.
54. Bombeke K, Symons L, Debaene L, De Winter B, Schol S, Van Royen P. Help, I'm losing patient-centredness! Experiences of medical students and their teachers: Patient-centredness: student and teacher experiences. *Med Educ*. 15 juin 2010;44(7):662-73.
55. Bejarano G, Csiernik B, Young JJ, Stuber K, Zadro JR. Healthcare students' attitudes towards patient centred care: a systematic review with meta-analysis. *BMC Med Educ*. déc 2022;22(1):324.
56. Krupat E, Yeager CM, Putnam S. Patient role orientations, doctor-patient fit, and visit satisfaction. *Psychol Health*. sept 2000;15(5):707-19.
57. Ardenghi S, Russo S, Rampoldi G, Bani M, Strepparava MG. Medical students' attitude toward patient-centeredness: A longitudinal study. *Patient Educ Couns*. janv 2024;118:108003.
58. Perestelo-Pérez L, Rivero-Santana A, González-González AI, Bermejo-Caja CJ, Ramos-García V, Koatz D, et al. Cross-cultural validation of the patient-practitioner orientation scale among primary care professionals in Spain. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy*. févr 2021;24(1):33-41.

59. Trapp S, Stern M. Critical Synthesis Package: Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS). MedEdPORTAL. 9:9501.
60. Krupat E, Rosenkranz SL, Yeager CM, Barnard K, Putnam SM, Inui TS. The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor–patient congruence on satisfaction. Patient Educ Couns. janv 2000;39(1):49-59.
61. Berkhof M, Van Rijssen HJ, Schellart AJM, Anema JR, Van Der Beek AJ. Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: An overview of systematic reviews. Patient Educ Couns. août 2011;84(2):152-62.
62. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine - Légifrance [Internet]. [cité 16 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034502881>
63. Smit G, Bally JN, Gocko X, de E. Compétences relationnelles I Éducation. EXERCER. 2018;
64. Dehoche A. État des lieux de l'enseignement en relation, communication et psychothérapie dans les départements de médecine générale. Thèse Exerc.
65. Hall J. Communication of affect between patient and physician. J Health Soc Behav. 1981;22(1):18-30.
66. Warin I. La notion de technè en Grèce ancienne. Artefact. 22 févr 2022;(15):43-60.
67. Bailly A. Dictionnaire grec-français. 1894. p. 775, col. A

68. Aristote, *Métaphysique*, E1 1025b3-7 traduction française J. Tricot, Vrin 1986
69. Moreau J. Hippocrate, *L'Ancienne Médecine*. Introduction, traduction et commentaire par A.-J. Festugière (*Études et Commentaires*, IV), 1948. *Rev Études Anciennes*. 1948;50(3):367-9.
70. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract*. janv 2013;63(606):e76-84.
71. Stein T, Frankel RM, Krupat E. Enhancing clinician communication skills in a large healthcare organization: A longitudinal case study. *Patient Educ Couns*. juill 2005;58(1):4-12.
72. Haskard Zolnieriek KB, DiMatteo MR. Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis. *Med Care*. août 2009;47(8):826-34.
73. Guragai, Mandal. Five Skills Medical Students Should Have. *Journal of Nepal Medical Association*. vol. 58. 2020

Annexes

Annexe n°1 : questionnaire « Patient Practitioner Orientation Scale », version originale

Patient-Practitioner Orientation Scale

The statements below refer to beliefs that people might have concerning doctors, patients, and medical care. Read each item and then blacken in the circle to indicate how much you agree or disagree with each.

		<i>Strong- ly disagree</i>	<i>Moder- ately disagree</i>	<i>Slight- ly disagree</i>	<i>Slight- ly agree</i>	<i>Moder-Strong- ately agree</i>	<i>Strong- ly agree</i>
1.	The doctor is the one who should decide what gets talked about during a visit.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.	Although health care is less personal these days, this is a small price to pay for medical advances.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.	The most important part of the standard medical visit is the physical exam.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.	It is often best for patients if they do not have a full explanation of their medical condition.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5.	Patients should rely on their doctors' knowledge and not try to find out about their conditions on their own.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6.	When doctors ask a lot of questions about a patient's background, they are prying too much into personal matters.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7.	If doctors are truly good at diagnosis and treatment, the way they relate to patients is not that important.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8.	Many patients continue asking questions even though they are not learning anything new.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9.	Patients should be treated as if they were partners with the doctor, equal in power and status.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10.	Patients generally want reassurance rather than information about their health.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11.	If a doctor's primary tools are being open and warm, the doctor will not have a lot of success.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12.	When patients disagree with their doctor, this is a sign that the doctor does not have the patient's respect and trust.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13.	A treatment plan cannot succeed if it is in conflict with a patient's lifestyle or values.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14.	Most patients want to get in and out of the doctor's office as quickly as possible.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15.	The patient must always be aware that the doctor is in charge	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16.	It is not that important to know a patient's culture and background in order to treat the person's illness.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17.	Humor is a major ingredient in the doctor's treatment of the patient.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18.	When patients look up medical information on their own, this usually confuses more than it helps.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

©

Annexe n°2 : questionnaire « Patient Practitioner Orientation Scale », version québécoise

IDENTIFICATION DU PATIENT -	QUESTIONNAIRE PARTICIPANT(E) Rencontre :	PPOS
DATE DE LA VISITE - - 20		

Vous trouverez ci-dessous un certain nombre d'énoncés que les gens ont déjà utilisés pour décrire leur type d'approche dans leur pratique. S'il vous plaît, veuillez indiquer la mesure de votre accord ou de votre désaccord avec *chacune* des déclarations suivantes en écrivant le chiffre approprié dans l'espace souligné et réservé à cet effet. S'il vous plaît, veuillez utiliser une échelle de 6 points (un plus haut chiffre sur l'échelle indique un plus grand désaccord).

 Vous devez compléter seul ce questionnaire. Néanmoins, si un problème physique limite votre capacité à écrire, un membre de votre famille ou un ami peut vous aider à écrire vos réponses aux questions, mais il/elle ne doit en aucun moment influencer vos choix.

1-----2-----3-----4-----5-----6	
Fortement en accord	Fortement en désaccord
1. ____	Le professionnel de la santé est celui qui doit décider de ce qui sera discuté durant la visite.
2. ____	Bien que les soins de santé soient moins personnalisés de nos jours, c'est un petit prix à payer pour le progrès de la médecine.
3. ____	La partie la plus importante de la visite est l'examen physique.
4. ____	Il est souvent préférable pour les patients qu'ils n'aient pas une explication complète de leur condition de santé.
5. ____	Les patients doivent s'appuyer sur les connaissances de leurs professionnels de la santé et ne pas essayer de s'informer eux-mêmes de leurs conditions.
6. ____	Lorsque les professionnels de la santé posent plusieurs questions, ils sont trop indiscrets à propos de sujets personnels.
7. ____	Si le diagnostic et le traitement sont adéquats, la façon dont les médecins interagissent avec les patients n'est pas si importante.
8. ____	Plusieurs patients continuent à poser des questions, même s'ils n'apprennent rien de nouveau.
9. ____	Les patients devraient être traités comme s'ils étaient partenaires avec le professionnel de la santé, égaux en termes de pouvoir et de statut.
10. ____	Les patients veulent davantage de rassurance que d'information au sujet de leur santé.
11. ____	Si les principales stratégies d'un professionnel de la santé sont d'être ouvert et chaleureux, ce dernier n'aura pas beaucoup de succès.
12. ____	Lorsque les patients sont en désaccord avec leur professionnel de la santé, c'est signe que ce dernier n'a pas le respect et la confiance du patient.
13. ____	Un plan de traitement ne peut réussir s'il est en conflit avec le style de vie ou les valeurs du patient.

14. ____ La plupart des patients veulent entrer et sortir du bureau le plus rapidement possible.
15. ____ Le patient doit toujours savoir que c'est le professionnel de la santé qui dirige.
16. ____ Il n'est pas si important de connaître la culture et les antécédents d'un patient pour traiter la maladie de cette personne.
17. ____ L'humour est un ingrédient essentiel dans le traitement offert au patient.
18. ____ Lorsque les patients recherchent eux-mêmes de l'information, c'est habituellement davantage mêlant plutôt qu'aidant.

Merci beaucoup d'avoir complété ce questionnaire.

*****Veuillez vous assurer que vous avez bel et bien répondu à toutes les questions.**

Il est très IMPORTANT pour nous qu'il n'y ait pas de données manquantes au moment des analyses.

Si certaines réponses sont manquantes, nous serons dans l'obligation de vous rappeler.

Annexe n°3 : questionnaire utilisé lors de l'étude.**Questionnaire de thèse LIONNE Arnaud****INTRODUCTION**

"Bonjour, je suis Arnaud LIONNE, étudiant en Médecine Générale. Dans le cadre de ma thèse, je réalise un questionnaire sur l'attitude des internes de Médecine Générale du Nord Pas de Calais vis-à-vis des soins centrés sur le patient. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier la place des soins centrés patients chez les futurs praticiens. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être interne de Médecine Générale inscrit à l'Université de Lille.

Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et il ne vous prendra que 10 minutes.

Ce questionnaire étant anonymes, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de modification.

Pour assurer une sécurité optimale, vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Merci à vous!"

A PROPOS DE VOUS

- Quel est votre genre ?
 - o Homme
 - o Femme
 - o Autre
 - o Ne souhaite pas répondre
- Quelle est votre tranche d'âge ?
 - o Moins de 24 ans
 - o 24 - 29 ans
 - o 30 - 35 ans
 - o 35 ans et plus
- Combien de semestres de médecine générale avez-vous validé ?
 - o 0 (néo-interne)
 - o 1
 - o 2
 - o 3
 - o 4
 - o 5
 - o 6
- Êtes-vous parent ?
 - o Oui
 - o Non
- Quel futur mode d'exercice envisagez-vous ?
 - o Rural

- Semi-rural
- Urbain
- Hospitalier
- Mixte
- Ne sait pas

CONSIGNES

Vous trouverez ci-dessous un certain nombre d'énoncés concernant la pratique médicale.

Veuillez s'il vous plaît indiquer la mesure de votre accord ou de votre désaccord avec chacune des déclarations suivantes, en choisissant un chiffre entre 1 et 6 (un chiffre plus grand indique un plus grand désaccord).

Pour chaque proposition ci-dessous, le choix de réponse sera présenté ainsi :

1	2	3	4	5	6
Complètement d'accord	D'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
O	O	O	O	O	O

QUESTIONNAIRE

1. Le médecin est celui qui doit décider de ce qui sera discuté durant la visite.
2. Bien que les soins de santé soient moins personnalisés de nos jours, c'est un petit prix à payer pour le progrès de la médecine.
3. La partie la plus importante de la visite est l'examen clinique.
4. Il est souvent préférable pour les patients qu'ils n'aient pas une explication complète de leur état de santé.
5. Les patients doivent s'appuyer sur les connaissances de leurs médecins et ne pas essayer de s'informer eux-mêmes sur leur état de santé.
6. Lorsque les médecins posent plusieurs questions, ils sont trop indiscrets à propos de sujets personnels.
7. Si le diagnostic et le traitement sont adéquats, la façon dont les médecins interagissent avec les patients n'est pas si importante.
8. Plusieurs patients continuent à poser des questions, même s'ils n'apprennent rien de nouveau.
9. Les patients devraient être traités comme s'ils étaient partenaires, égaux en termes de pouvoir et de statut, avec le médecin.

10. Les patients veulent davantage de réassurance que d'informations concernant leur santé.
11. Si les principales stratégies d'un médecin sont d'être ouvert et chaleureux, ce dernier n'aura pas beaucoup de succès.
12. Lorsque les patients sont en désaccord avec leur médecin, c'est signe que ce dernier n'a pas obtenu le respect et la confiance du patient.
13. Un plan de soins ne peut réussir s'il est en conflit avec le style de vie ou les valeurs du patient.
14. La plupart des patients veulent entrer et sortir du cabinet médical le plus rapidement possible.
15. Le patient doit toujours savoir que c'est le médecin qui dirige.
16. Il n'est pas si important de connaître la culture et les antécédents d'un patient pour traiter la maladie de cette personne.
17. L'humour est un élément essentiel dans le traitement offert au patient.
18. Lorsque les patients recherchent des informations, cela prête généralement plus à confusion que cela n'aide.

MOT DE CONCLUSION

"Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : arnaud.lionne.etu@univ-lille.fr"

Annexe n°4 : mail d'invitation à participer à la thèse envoyé aux étudiants

Questionnaire de thèse - Invitation à répondre

2 messages



Expéditeur : Arnaud Lionne

15 Juillet 2024 20:39

À:

Bonjour, je suis interne en 4ème semestre de Médecine Générale.

Si vous recevez ce mail, c'est que vous êtes éligible pour répondre à mon questionnaire de thèse.

Celle-ci porte sur l'orientation des internes de médecine générale lillois sur la pratique centrée-patient.

Il se remplit en moins de 10 minutes, et votre réponse m'aiderait beaucoup !

Je vous remercie par avance,

Arnaud LIONNE

Annexe n°5 : exonération de déclaration relative au règlement général sur la protection des données



RÉCÉPISSÉ
ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) : Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative : Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Traitement exonéré

Intitulé : Soins centrés sur le patient : attitude des internes en Médecine Générale du Nord-Pas-de-Calais

Responsable chargée de la mise en œuvre : Mme Julie JOURNEAU
Interlocuteur (s) : M. Arnaud LIONNE

Votre traitement est exonéré de déclaration relative au règlement général sur la protection des données dans la mesure où vous respectez les consignes suivantes :

- Vous informez les personnes par une mention d'information au début du questionnaire.
- Vous respectez la confidentialité en utilisant un serveur Limesurvey mis à votre disposition par l'Université de Lille via le lien <https://enquetes.univ-lille.fr/> (en cliquant sur "Réaliser une enquête anonyme" puis "demander une ouverture d'enquête").
- Vous garantisiez que seul vous et votre directeur de thèse pourrez accéder aux données.
- Vous supprimez l'enquête en ligne à l'issue de la soutenance.

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 13 juin 2024

Délégué à la Protection des Données

AUTEUR : Nom : LIONNE

Prénom : Arnaud

Date de soutenance : 20/02/2025

Titre de la thèse : Soins centrés sur le patient : attitude des internes en Médecine Générale du Nord Pas de Calais.

Thèse - Médecine - Lille « 2025 »

Cadre de classement : Médecine

DES + FST/option : Médecine Générale

Mots-clés : Médecine Générale (General Practice) ; Étudiant médecine (Students, Medical) ; Soins Centrés sur le Patient (Patient-Centered Care) ; France (France)

Résumé :

Introduction : La médecine centrée sur le patient est devenue le modèle de référence dans les soins premiers. Des études ont montré des disparités dans sa pratique à l'internationale. La place de la médecine centrée sur le patient a été évaluée dans la pratique des internes de médecine générale de l'Université de Lille.

Méthode : Étude quantitative observationnelle analytique à travers un questionnaire reprenant la version québécoise modifiée du Patient Practitioner Orientation Scale.

Résultats : Les internes de médecine générale de l'Université de Lille ont une pratique plus centrée sur le patient que la moyenne des étudiants en médecine internationaux. Les internes ayant validé 5 semestres ont une pratique significativement plus centrée sur le patient que les internes de 2ème semestre. Sa pratique reste néanmoins insuffisante.

Discussion : L'acquisition d'une pratique centrée sur le patient s'explique en partie par les enseignements universitaires, mais également par des éléments de capacités interpersonnelles comme la communication ou l'empathie. Des études complémentaires étudiant ces paramètres devraient être menées.

Composition du Jury :

Président : Professeur François MEDJKANE

Assesseurs : Docteur Sabine BAYEN

Directeur de thèse : Docteur Julie JOURNEAU