

Diagnostic situationnel en médecine générale : passer d'une gestion par pathologie à une approche globale du patient

Contribution du Collège de la Médecine Générale



“Medicines cure diseases, but only doctors can cure patients”. Dr Carl Jung.

La loi de modernisation de notre système de santé propose « *une approche globale... mais graduée* », sur trois niveaux de prise en charge des patients (1) : les parcours de santé, les parcours de soins et les parcours de vie. Ces derniers envisagent la personne dans son environnement : famille et entourage, scolarisation, prévention de la désinsertion professionnelle, réinsertion, logement. « *La médecine de parcours (...) place les patients au centre de la prise en charge* » (1). Ainsi, le modèle biopsychosocial (2,3) devient un élément essentiel des démarches diagnostiques et des stratégies thérapeutiques. Cette approche globale centrée sur le patient a été développée pour les soins de santé primaires dans la définition européenne de la médecine générale (4). L'Evidence-based Medicine (EBM) remplace la décision médicale à la conjonction des données actuelles de la science, des attentes du patient et du contexte de soins (5). Le raisonnement médical s'oriente donc vers un diagnostic situationnel, qui modifie significativement les pratiques cliniques, particulièrement en soins de santé primaires. Néanmoins, les médecins ont parfois de la difficulté à sortir du modèle biomédical, du fait de leur formation initiale, d'automatismes réducteurs ou de pesanteurs historiques : en conséquence, certaines décisions peuvent être moins efficaces, ou mal comprises, ou inappropriées, voire délétères (6).

Pour améliorer cette situation, un groupe de travail mandaté par le Collège de la Médecine Générale (CMG) a produit ce document pour faciliter la mise en œuvre pratique et concrète du diagnostic situationnel en médecine générale.

I - Rationnel

Le contexte

Les recommandations pour la pratique clinique sont des « *propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données* » (7). Elles ont permis une formalisation de la prise de décision qui diminue la variabilité des démarches, mais le médecin est souvent amené à personnaliser les propositions en fonction du patient et du contexte. En médecine générale, l'application des recommandations est parfois difficile, en raison de leur adéquation imparfaite aux soins de santé primaires, et des contingences liées à la personne et à son environnement. Si les données actuelles de la science ont permis une amélioration de la prise en charge des maladies, elles ne sont pas suffisantes pour assurer une adéquation de la réponse à la situation du patient. L'acquisition des connaissances scientifiques ne permet pas à elle seule de résoudre les situations complexes : la recherche des données sur le patient et des données du contexte est indispensable au processus de prise de décision (8). L'association des trois composantes de l'EBM donne une place significative au diagnostic situationnel et élargit les perspectives du raisonnement médical. Plusieurs publications internationales ont confirmé cette orientation : « *Les connaissances linéaires et*

déductives ne fournissent pas un schéma suffisant pour la prise en charge clinique (...). La connaissance diagnostique dépend du contexte » (9) ; « La capacité de raisonnement clinique semble ne pas être seulement spécifique du cas, mais aussi de la situation ou du contexte (...). En voyant les patients au fil du temps dans leur pratique quotidienne, les médecins généralistes identifient une personnalité unique pour l'interprétation contextuelle et la connaissance situationnelle de chaque patient » (10) ; « Le raisonnement diagnostique des médecins généralistes combine des processus cognitifs analytiques et non analytiques » (11).

Dans la pratique quotidienne, la prise en considération de déterminants individuels est indispensable à la qualité de la prestation médicale. La demande sociétale actuelle d'implication des usagers dans la décision s'inscrit dans cette dynamique et amène à revisiter les principes du diagnostic médical et les composantes de la relation médecin-patient.

Le diagnostic situationnel

La notion de diagnostic de situation s'est développée en médecine générale pour illustrer une de ses spécificités : la connaissance des patients et de leur cadre de vie. Du fait de leur mode d'exercice ambulatoire, à proximité du lieu de vie des patients, les médecins généralistes ont une perception fine des interactions avec l'environnement. La pratique quotidienne montre en effet à quel point ces éléments contextuels, situationnels, ont une importance dans le diagnostic. Cet impact est perçu par les soignants, mais de manière non formalisée, non structurée. L'identification des composantes parfois imprécises du diagnostic situationnel facilite son utilisation effective dans la pratique quotidienne.

Plusieurs descriptions ont été proposées pour éclaircir cette démarche : « Établir un diagnostic de situation, c'est non seulement observer une personne dans un contexte, mais aussi en réaliser une approche systémique, en appréciant simultanément les dimensions organique, personnelle, relationnelle et environnementale de la personne, et les interactions entre elles » (12). « Le diagnostic de situation est donc un diagnostic plus large que le diagnostic de maladie. Il englobe le contexte, les dimensions relationnelles, affectives et les liens et interactions entre toutes ces dimensions » (13). Balint différenciait le diagnostic focal, centré sur la plainte ou la maladie, du diagnostic global ou approfondi qui englobe la personnalité du malade et les événements de vie.

Ces définitions sont conceptuelles et parfois perçues comme une abstraction réservée à des initiés. Pourtant, les médecins généralistes ont recours au diagnostic situationnel, de manière implicite, souvent parce que l'expérience leur a appris à intégrer cette dimension dans leur raisonnement clinique. C'est ce que les anglosaxons appellent "*tacit knowing*" (9). Si cette démarche est explicite, la décision sera plus adaptée donc plus performante. Une déclinaison pratique et concrète du diagnostic situationnel peut favoriser sa mise en œuvre et sa maîtrise. Le terme diagnostic situationnel peut paraître réducteur : l'influence des éléments contextuels dépasse le cadre strict du diagnostic et concerne aussi la stratégie thérapeutique et la prise en charge du patient.

Les implications

Le diagnostic situationnel est donc un des piliers du raisonnement médical en soins de santé primaires : il est contributif dans toutes les circonstances cliniques. Les patients atteints de pathologies chroniques, les patients âgés, sont particulièrement concernés : le contexte et la durée d'exposition à la maladie influencent la décision. Chez les patients présentant des symptômes médicalement inexplicables, l'anamnèse révèle parfois des éléments profonds qui dépassent l'abord biomédical. Pour les patients souffrant d'addiction ou faisant face à des situations complexes, l'interaction de facteurs multiples est souvent déterminante. Les patients atteints de pathologies en apparence plus simples peuvent aussi bénéficier de l'apport du diagnostic situationnel : troubles fonctionnels, lombalgies, troubles anxieux, par exemple, justifient une vision psychosociale qui enrichit l'analyse symptomatique.

En prévention, le diagnostic situationnel est aussi utile, par exemple dans le repérage et la prise en charge des pathologies et des risques psychiatriques liés à l'environnement familial, social, sociétal, professionnel. Enfin, l'éducation thérapeutique a intégré cette orientation, en particulier dans sa première étape, le bilan (ou diagnostic) éducatif partagé.

Le diagnostic situationnel contribue à un abord contextuel de la maladie qui introduit la notion de "situational disease". Le problème de santé est un processus qui découle et qui est conditionné par la relation de la personne avec son environnement, du fait même que cette relation s'est exprimée dans la situation actuelle (14). Cette conception sert de point d'ancrage à la « réflexivité clinique » qui permet d'élaborer des stratégies systématiques

pour rendre ce savoir clinique perceptible, interprétable et partageable (10). La prise en compte des éléments contextuels en médecine générale est souvent assimilée à l'intuition, au *"gut feelings"*, impliquant une subjectivité magique (10). En réalité, cette attitude se construit au fil des contacts avec les patients. Elle résulte de la démarche réflexive décrite par Schon (15) : la réflexion dans et sur l'action génère une rétroaction qui vient enrichir la compétence clinique. Cette réflexivité est donc une aptitude diagnostique essentielle pour les médecins généralistes, qui facilite en particulier la résolution des problèmes complexes.

Les outils du diagnostic situationnel

Le diagnostic situationnel se construit avec les méthodes qui ont accompagné l'émergence du modèle biopsychosocial et permettent de formaliser ce mode de raisonnement clinique.

- **L'approche centrée sur le patient :**
Elle s'appuie sur une relation de partenariat entre le patient, ses proches, et le professionnel de santé ou une équipe pluri professionnelle. Elle aboutit à la construction commune d'une option de soins, au suivi de sa mise en œuvre et à son ajustement dans le temps (16). Elle facilite l'expression du patient, lui apprend à se fier à ce qu'il ressent pour développer son autonomie et améliorer ses relations avec les autres. Six principes ont été proposés pour la caractériser (17) :
 - explorer à la fois la maladie et le ressenti de la maladie ;
 - comprendre la personne dans sa globalité ;
 - trouver un terrain d'entente avec le patient ;
 - intégrer une démarche de prévention et de promotion de la santé ;
 - renforcer la relation médecin-patient ;
 - faire preuve de réalisme.

- **L'écoute active**
Cette méthode d'entretien développée par Rogers et Gordon permet de créer un climat propice à l'expression du patient, pour l'aider à faire émerger et à exprimer son ressenti et ses questions. C'est une démarche d'accompagnement du patient fondée sur le fait que chaque personne porte en elle les ressources nécessaires à son développement personnel (18). Elle utilise des moyens simples :
 - la reformulation, sur le mode du reflet ou de la clarification ;
 - le questionnement ouvert ;
 - le respect des silences ;
 - l'exploration du non verbal.

- **L'approche systémique**
Ce courant de pensée est issu de la prise de conscience de la complexité. Elle s'attache principalement aux interactions entre les éléments constitutifs du système et aux effets de ces interactions plutôt qu'à leur nature (19). La systémique permet de décrire certains phénomènes en jeu dans la maladie et certaines réactions que celle-ci provoque ; elle explore la dynamique et le contexte de la consultation (20). Ainsi, les interventions systémiques s'intègrent harmonieusement dans le cadre naturel de travail du médecin de famille (21).

- **L'entretien motivationnel**
Cette méthode a été développée par Miller et Rollnick. Elle repose sur un entretien guidé, centré sur le patient, pour l'encourager à changer de comportement en l'aidant à explorer et à résoudre son ambivalence face au changement (22). Elle utilise des moyens simples pour faciliter l'implication du patient :
 - manifester de l'empathie ;
 - faire émerger les contradictions dans le comportement du patient ;
 - éviter l'affrontement en prenant en compte les résistances ;
 - soutenir et renforcer le sentiment d'efficacité personnelle ;
 - explorer les valeurs du patient ;
 - rouler avec la résistance.L'entretien motivationnel a démontré son utilité en médecine générale (23).

Ces outils participent au diagnostic situationnel et viennent le soutenir au cours de la consultation. D'autres moyens sont à disposition du médecin en dehors de la consultation : les groupes d'analyse de pratique, les groupes de pairs, les groupes Balint améliorent la maîtrise des interférences relationnelles avec le patient. Ils permettent d'élargir le questionnement, de prendre du recul et d'avoir conscience des écarts entre les valeurs du patient et celles du médecin. Cette façon de multiplier les regards, de voir la relation médecin-patient à travers d'autres yeux (24), apporte une sorte de polyphonie très pertinente.

Le soignant est logiquement inclus dans le dispositif, à travers sa situation et ses compétences, les ressources sanitaires mobilisables et leurs délais de mise en œuvre, ou « *tempos* » (25). Le diagnostic situationnel implique donc une capacité d'analyse réflexive, et une prise en compte des différentes contraintes, ressources disponibles et tempos concernés. Cette réflexivité amène le médecin à adapter au fil du temps sa pratique et ses décisions à la situation du territoire dans lequel il exerce, souvent de manière inconsciente.

II - Les indicateurs du diagnostic situationnel

Les principaux déterminants sociaux qui interviennent dans l'état de santé d'une personne ou d'une population ont été identifiés (26) : les interactions complexes entre ces facteurs individuels, socio-environnementaux et économiques ont une influence sur l'apparition des maladies. Par exemple, dans les inégalités sociales de santé, les principales vulnérabilités peuvent être explorées dans quatre domaines : la vie socio-affective du patient, sa vie professionnelle, son habitat et son environnement physique, son accès aux soins et parcours de santé. Quel que soit le praticien consulté et les soins dispensés, ces indicateurs permettent de décrire les principales difficultés sociales rencontrées par le patient et d'anticiper si besoin des barrières au suivi de soins médicaux optimaux (27).

En consultation, les indicateurs qui contribuent au diagnostic situationnel pour optimiser la décision, peuvent être répertoriés selon leur origine (tableau 1). Un certain nombre de ces indicateurs peut être recherché de façon structurée lors du premier contact avec le patient, fût-il pour un épisode bénin ou administratif. Ce recueil montre l'intérêt que porte le praticien à ces items, permettant au patient de ressentir légitime de les aborder dans la suite de leur relation. Si cette étape est négligée, ces éléments risquent d'être ensuite des scotomes dans la compréhension des difficultés de soins. D'autres indicateurs vont être partagés au fil des consultations et de l'établissement d'une relation de confiance mutuelle, et pourront servir de levier aux soins.

Tableau 1 - Indicateurs contribuant au diagnostic situationnel.

Facteurs individuels	- situation cognitivo-comportementale - état psychologique ou psychiatrique
Facteurs contextuels	- niveau de revenu et statut social - mode de vie et comportements de santé - entourage - système de santé
Facteurs professionnels	- conditions de travail - contraintes du contexte professionnel
Facteurs culturels et existentiels	- éducation et littératie en santé (28) - religion, croyances - convictions philosophiques ou politiques - valeurs
Facteurs environnementaux	- type de logement - moyens de déplacement - niveau de pollution

Les facteurs de risque évolutifs dans la lombalgie commune de l'encadré 1, donnent un exemple pour illustrer le diagnostic situationnel.

Encadré 1 - Facteurs de risque d'évolution défavorable d'un épisode de lombalgie commune (29).

Facteurs cliniques : âge élevé, antécédents de lombalgie, ancienneté de l'épisode, intensité de la douleur, douleur étendue en l'absence de signe neurologique, incapacité élevée, mauvais état de santé général, faible estimation de la qualité de vie.

Facteurs biomécaniques : travail physique (notamment : se pencher régulièrement, conduire des engins, porter des charges lourdes).

Facteurs psychosociaux :

▪ **Individuels :**

- cognitivo-comportementaux : stratégies d'adaptation passives (comportements d'évitement, catastrophisme*...), attribution causale externe**, croyances erronées sur la cause ou les facteurs d'aggravation de la lombalgie, pessimisme quant au pronostic, perception négative de la stratégie thérapeutique proposée ;
- psychologiques ou psychiatriques : détresse psychologique, trouble somatoforme, dépression, trouble de la personnalité (paranoïaque, état limite...) ;

- **Professionnels :** manque de soutien des collègues ou de la hiérarchie, absence de projection de retour au travail, faible satisfaction liée au travail, travail jugé monotone ou hyper exigeant, stress au travail, horaires de travail décalés ; **liés à l'entourage :** faible soutien ou isolement social, famille hyper protectrice ou manque de soutien de la famille ;

▪ **Contextuels :**

- obstacle lié au contexte professionnel : obstacle réglementaire au retour au travail, absence de possibilité d'adaptation du poste de travail, litige avec l'employeur et/ou lié à l'indemnisation de la lombalgie, antécédent d'expérience négative de retour au travail ;
- obstacle lié au système de santé : prise en charge ne favorisant pas le maintien des activités, discours ou modalités de prise en charge discordants entre les professionnels de santé.

**réaction mentale exagérément négative survenant durant un épisode douloureux à l'origine de pensées erronées, de peurs et d'interprétations inadaptées, pouvant majorer les douleurs.*

*** fait d'attribuer la responsabilité de sa douleur à des facteurs indépendants de sa personne (par ex : le travail, le système de santé...)*

III - Préconisations pour la pratique clinique

A partir des outils et des indicateurs décrits, un modèle de démarche pour un diagnostic situationnel structuré peut être proposé en pratique quotidienne. Il implique une posture du médecin tout au long de la consultation.

Laisser le patient exprimer sa plainte sans l'interrompre.

Le médecin a tendance à couper la parole au patient assez rapidement après lui avoir demandé le motif de sa consultation. En réalité, la durée moyenne d'expression spontanée des patients si personne ne les interrompt, est courte : la majorité cesse de parler au bout de 2 minutes (30). Le risque pour le médecin de se faire déborder par le discours du patient est faible ; par contre, la richesse des informations recueillies est contributive. Ce début de consultation est un facteur de concordance sur la décision (31). Les anglo-saxons prônent une question à l'issue de ces 2 minutes : "What else...". Cette relance « *Quoi d'autre...* », « *Et à part ça...* » est une manière d'éviter en fin de consultation, lorsque l'ordonnance est rédigée ou lorsque le patient a la main sur la poignée de la porte : « *Au fait, docteur j'ai oublié ...* ».

Faire preuve d'empathie et de bienveillance.

Même si cette attitude paraît évidente, il est utile de la rappeler dans certaines circonstances, en particulier lorsque le médecin est débordé ou en retard, ou lorsque le patient est particulièrement exigeant... La pression croissante liée à la démographie médicale et l'augmentation des situations de violences en consultation, révèlent la nécessité de donner au médecin les ressources pour éviter l'épuisement professionnel et conserver cette bienveillance.

Utiliser l'écoute active en routine au cours de l'entretien.

Les questions ouvertes qui balayent le champ psychosocial, la reformulation du motif de la consultation, le respect des silences, l'analyse du non verbal, sont des outils performants. Leur usage régulier permet au médecin d'être à l'aise dans leur maniement et donc plus performant dans le diagnostic situationnel. Ce type d'entretien diffère de l'interrogatoire, nécessaire en situation aiguë ou d'urgence. De ce fait, il est parfois délicat pour le médecin de se repérer entre directivité et non directivité, selon la temporalité de la pathologie en cause.

Entendre l'idée que se fait le patient de son problème de santé.

A travers son expérience de la maladie, le patient réagit sur un registre affectif et émotionnel qui va moduler significativement son attitude. Il faut lui permettre d'exprimer sa perception de la situation, sans quoi il restera sur ses convictions. Il donne un sens à sa maladie, en lien avec son histoire de vie. Chaque individu construit des représentations et des certitudes face à la maladie et crée des processus d'ajustement psychologique (32). Si les croyances sont erronées, il est utile de restituer la réalité en douceur.

Explorer les circonstances d'apparition des troubles.

La chronologie et le contexte des faits sont souvent utiles à la compréhension du problème. Ils permettent à la fois au médecin d'analyser l'enchaînement de causalité, et au patient de prendre conscience du lien entre ses symptômes et un événement de vie. Les signes d'un psychotraumatisme non résilié s'accompagnent d'une amnésie apparente. La fréquence des troubles liés à un inceste dans l'enfance commence seulement à être révélée par les médias.

Evaluer les besoins et les attentes du patient.

La recherche des facteurs psycho-socio-environnementaux permet d'apprécier la situation du patient et de comprendre ce qu'il attend du médecin. C'est à partir de cet état des lieux que peut se construire une réponse adaptée qui corresponde à ses aspirations. La simple question « *qu'est-ce qui est important pour vous ?* » est contributive. Elle permet d'explorer les valeurs du patient et ses priorités.

Repérer les ressources et les potentialités du patient.

Selon le stage d'acceptation de la maladie et le type de locus-contrôle interne ou externe, le patient va réagir différemment à son problème de santé. Il est utile de connaître les moyens dont il dispose pour faire face à la maladie : « *comment faites-vous pour... ?* ». C'est la construction d'une expérience en commun qui permettra au médecin d'aider la personne à en prendre conscience.

Impliquer le patient dans la gestion de son problème de santé.

La complémentarité entre l'expertise du médecin et l'expérience du patient, acquise au fur et à mesure de sa vie avec ses problèmes de santé, est souvent pertinente. En tenant compte du savoir du patient sur sa maladie, en suscitant sa participation, en l'impliquant dans la réflexion, il est plus facile de parvenir à une décision médicale partagée (33).

Renforcer la motivation et le sentiment d'auto efficacité.

Le patient est porteur d'une partie de la résolution de son problème de santé, mais n'a pas toujours confiance dans sa capacité à faire face. Il est alors utile de développer son pouvoir d'agir, dans un processus d'*empowerment*, d'autonomisation, pour créer une dynamique individuelle d'estime de soi et de développement de ses compétences. Le médecin peut ainsi l'accompagner dans une démarche d'auto soins, et susciter un changement de comportement. Certaines thérapies brèves, certaines interventions paradoxales, le renoncement à la posture de sauveur, sont des outils utiles pour responsabiliser le patient.

Laisser du temps au patient pour prendre une décision.

L'avantage de la médecine générale est de permettre des consultations itératives. Cette diachronie favorise les contacts avec le patient : c'est lui qui détermine le calendrier des événements. En dehors des situations d'urgence, il faut savoir donner du temps au temps, redonner un rendez-vous et ne pas vouloir tout solutionner en une consultation, quelle que soit la pression de la demande.

Accompagner le patient dans l'apprentissage du « vivre avec » lorsque les symptômes ne sont pas curables.

La médecine soigne plus qu'elle ne guérit ! Lorsque l'évolution favorable de la maladie n'est pas envisageable, il faut amener le patient à accepter la situation, à composer avec des symptômes persistants qui ne vont pas s'améliorer. Les maladies chroniques en donnent des exemples fréquents.

Accepter que le patient ne veuille pas changer et le lui signifier.

Le médecin intervient pour améliorer l'état de santé du patient, mais il doit éviter de chercher à tout prix à résoudre les problèmes. Le patient est parfois entraîné dans une systémique complexe qui rend difficile la sortie de crise. Il est alors utile de l'accompagner en essayant d'éviter le vécu d'impuissance.

Demander au patient, à la fin de la consultation, s'il veut parler de quelque chose d'autre.

Des éléments importants de la biographie du patient ne s'expriment parfois qu'à la fin de la consultation. La crainte du médecin est de repartir pour une nouvelle consultation, mais si l'entretien a été bien conduit, l'ensemble des questions a déjà été abordé. Cette ouverture indispensable parfois sera alors de toute façon brève ou remise à une autre rencontre.

IV - Conclusion

Le diagnostic situationnel est une composante déterminante de la pratique en médecine générale ; il offre une vision globale du patient, en particulier dans les situations complexes. Pour être pleinement efficace, la démarche doit être explicite et formalisée. La recherche structurée des facteurs contextuels susceptibles d'interférer avec la maladie, permet de mieux comprendre la situation et d'adapter la réponse au patient. La connaissance des outils du modèle biopsychosocial facilite le recueil des indicateurs du diagnostic situationnel. La posture du médecin va servir de guide tout au long des étapes de la consultation.

Cette approche est souvent facilitante, sans être chronophage, car elle implique le patient dans la solution et favorise l'adhésion. La formation au diagnostic situationnel et aux méthodes qui l'accompagnent est utile pour acquérir les compétences adéquates. Cette formation doit irriguer l'ensemble des thématiques.

Travaux coordonnés par Bernard Gay
Groupe de travail : Louis-Baptiste Jaunay, Isabelle Martinot-Nouet, Francis Abramovici
Février 2023

Références

1. Ministère de la santé et de la prévention. Parcours de santé, de soins et de vie. Une approche globale au plus près des patients. 2022. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>.
2. Engel GL. The biopsychosocial model and medical education. *N Engl J Med* 1982;306:802-5.
3. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980;137:535-44.
4. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. *Br J Gen Pract* 2002;52(479):526-7.
5. 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 les patients. *EMB Journal (édition française)* 2003;34:5-8.
6. Carricaburu J, Lyon-Caen O. La pertinence des soins. *Médecine des Maladies Métaboliques* 2022;16(3):233-6.
7. Haute Autorité de Santé. Méthodes d'élaboration des recommandations de bonne pratique. Saint Denis : HAS, 2014.
8. Gay B, Beaulieu MD. La médecine basée sur les données probantes ou fondée sur des niveaux de preuve : de la pratique à l'enseignement. *Pédagogie Médicale* 2004;5:171-83.
9. Malterud K, Kamps H. General practice – a fertile lagoon in the ocean of medical knowledge. *Scand J Prim Health Care* 2021;39(4):515-8.
10. Malterud K, Reventlow S, Guassora AD. Diagnostic knowing in general practice: interpretative action and reflexivity. *Scand J Prim Health Care* 2019;37(4):393-401.
11. ten Cate O, Durning SJ. Understanding Clinical Reasoning from Multiple Perspectives: A Conceptual and Theoretical Overview. 2017 Nov 7. In: ten Cate O, Custers EJFM, Durning SJ, editors. *Principles and Practice of Case-based Clinical Reasoning Education: A Method for Preclinical Students* [Internet]. Cham (CH): Springer; 2018. Chapter 3. PMID: 31314454. Disponible en ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK543757/>.
12. Lévy L. Comment faire un diagnostic de situation. L'approche systémique en médecine générale. *La revue du praticien-médecine générale* 2004; 674/675(18):1482-6.
13. Kandel O, Bousquet MA, Chouilly J. Manuel théorique de médecine générale. Fiche 10 : diagnostic de situation. Saint-Cloud : GMS Santé, 2015.
14. Gannik D. Situational disease: elements of a social theory of disease based on a study of back trouble. *Scand J Prim Health Care* 2002;20 Suppl 1:25-30.
15. Schon DA. *The reflective practitioner: how professionals think in action*. Aldershot: Avebury; 1991.
16. Haute Autorité de santé. Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. Outil d'amélioration des pratiques professionnelles. Saint Denis : HAS, 2015.
17. Stewart M, Brown JB, Weston WW, Freeman TR, McWhinney IR, McWilliam CL. *Patient-centred medicine. Transforming the clinical method*. London: CRC Press, 2013.
18. Sorbonne Université. L'écoute active. Département de médecine générale, 2020. Disponible en ligne : <https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr/wp-content/uploads/2020/10/Ecoute-active.pdf>
19. Kandel O, Bousquet MA, Chouilly J. Manuel théorique de médecine générale. Fiche 9 : approche systémique. Saint-Cloud : GMS Santé, 2015.
20. Galam E, Gros F. apport de la démarche systémique en médecine générale. In *Conférence permanente de la médecine générale. Pédagogie de la relation thérapeutique*. Paris : editoo.com, 2003.
21. Heyrman J. Un regard systémique : une évidence pour le médecin généraliste. *Médecine & Hygiène. Thérapie Familiale* 2012;33(1):65-75.
22. Miller W, Rollnick S. *Motivational Interviewing. Preparing people for change*. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2002.
23. Hubens V, Kerckx S, Blockx S. L'entretien motivationnel en première ligne. *Santé conjugulée* 2021;94:7-9.
24. Nouet Martinot I. See doctor patient relationship through other eyes with Balint concepts. *Société Médicale Balint*, 2019.
25. Amalberti R, Brami J. 'Tempos' management in primary care: a key factor for classifying adverse events, and improving quality and safety. *BMJ Qual Saf* 2012;21(9):729-36.

26. Agence de santé publique du Canada. Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé. Gouvernement du Canada, 2022. Disponible sur <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html>.
27. Collège de la médecine générale. Comment prendre en compte la situation sociale des patients en médecine générale ? 100 propositions pour mieux comprendre et agir. Paris : CMG, 2022.
28. Van den Broucke S. La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique. La Santé en action 2017;440:11-3.
29. Bouton C, Bègue C, Petit A, Fouquet N, Py T, Huez JF, Ramond-Roquin A. Prendre en charge un patient ayant une lombalgie commune en médecine générale. *exercer* 2018;139:28-37.
30. Langewitz W, Denz M, Keller A, Kiss A, Rüttimann S, Wössmer B. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *BMJ* 2002;325:682-3.
31. Gafaranga J, Britten N. "Fire away": The opening sequence in general practice consultation. *Family Practice* 2003;20(3):242-7.
32. Girard E. Les représentations de la maladie : quelle démarche utile pour le clinicien ? *Rev Med Suisse* 2016;12:303-5.
33. Haute Autorité de santé. Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la décision médicale partagée. Guide méthodologique. Saint Denis : HAS, 2013.