

Revisiter, réévaluer et réinterpréter 2 idées audacieuses pour la médecine familiale

Série de conférences D^r Ian McWhinney de 2025

Moira Stewart PhD MCFP(Hon)

La vie et les travaux d'Ian McWhinney, de même que ses idées au sujet des principes, des émotions, du partage du pouvoir, des soins aux patients sans diagnostic et de la création d'une nouvelle méthode clinique peuvent nous inspirer au milieu des aléas actuels en médecine familiale. Ils peuvent aussi contribuer à diffuser la confusion et à temporiser les sentiments d'aliénation ou le manque de sentiment d'appartenance et, par conséquent, aider à surmonter les sentiments d'épuisement dans la profession.

Lors de la série de conférences D^r Ian McWhinney de 2025 le 17 septembre à l'Université Western à London (Ontario), je me suis penchée sur 2 des nombreuses idées audacieuses du D^r McWhinney pour en élaborer le contenu : d'abord, l'importance de reconnaître les signes précurseurs de la maladie et, deuxièmement, la méthode clinique. Ci-après, je les imagine de nouveau, réévalue et réinterprète dans le contexte et les réalités d'aujourd'hui. Je me demande si les idées de McWhinney ont été façonnées par sa propre expérience d'une maladie non diagnostiquée qui a affecté de nombreux aspects de sa vie, surtout une qui est survenue alors qu'il était au début de la quarantaine : « J'avais une mystérieuse maladie qui m'inquiétait beaucoup alors, une légère infection de la gorge, une douleur passagère dans les articulations, une paresthésie dans les 2 jambes jusqu'aux genoux, une fatigue prononcée, de la tristesse et une perte de poids de 10 livres. » Le médecin n'a trouvé aucune anomalie et était incapable de poser un diagnostic. Les symptômes « de hauts et de bas » ont persisté pendant les 18 mois qui ont suivi et aucune explication n'a été trouvée pour « la profonde perte d'énergie et le grave malaise¹ ».

La première idée audacieuse de McWhinney a commencé en 1964 lorsqu'il a publié le livre *The Early Signs of Illness: Observations in General Practice*². Il exerçait à Stratford-Upon-Avon en Angleterre et a remarqué que la pratique familiale était différente de celle d'autres disciplines de la médecine. Une différence cruciale se situait dans le fait que la médecine familiale était basée dans la communauté plutôt que dans les hôpitaux; 22 personnes sur 1000 voyaient un médecin de famille chaque mois, mais moins de 1 personne sur 1000 était admise à l'hôpital³⁻⁵. Par conséquent, les problèmes présentés par les 22 patients étaient largement différents de ceux du patient hospitalisé.

Une caractéristique clé de ces signes précurseurs de la maladie était qu'environ 33 % des symptômes présentés par les patients ne se soldaient pas par un diagnostic⁶. Il se pouvait que les signes précurseurs de la maladie fussent présents pendant de longues périodes et que plusieurs n'aient jamais été classés dans une catégorie diagnostique; même après un diagnostic, les symptômes persistaient parfois. McWhinney considérait qu'il s'agissait d'un aspect non reconnu du travail des médecins de famille.

Même de nos jours, la recherche de données probantes et de lignes directrices à propos de symptômes et sur lesquelles fonder leurs décisions et leurs conversations avec les patients peut être une source de frustration considérable. Quelles sont les données probantes à propos des symptômes? La plupart d'entre elles proviennent de recherches effectuées à l'aide de la Classification internationale des soins primaires au Canada, aux Pays-Bas et ailleurs. Au Canada, la base de données DELPHI des dossiers médicaux électroniques a permis d'effectuer des recherches sur les symptômes en général et sur 3 types de douleur abdominale en particulier⁷ et de produire un manuel approprié pour les enseignants qui souhaitent un guide fondé sur des données probantes concernant la prise en charge des symptômes⁸. Aux Pays-Bas et ailleurs, des recherches importantes ont révélé que les symptômes persistants ont tendance à exister sous forme d'éléments de grappes de symptômes; que les symptômes sont chroniques chez 25 % des patients; qu'il y a une discordance entre les perceptions des soins par le médecin de famille et celles du patient; et que les médecins de famille ne proposent que rarement des visites de suivi⁹.

McWhinney a abordé sa deuxième idée audacieuse en 1968 lorsqu'il est venu au Canada et a fondé le Département de médecine familiale à l'Université Western. Nous l'appellerons « au-delà du diagnostic ». L'évolution de cette idée est expliquée dans les prochains paragraphes et par l'entremise d'ouvrages clés qui ont été rédigés sur 2 décennies : McWhinney en 1972¹⁰, Stewart et collègues en 1979¹¹, Levenstein en 1984¹² et Weston et collègues en 1989¹³.

McWhinney a été influencé par les écrits du psychanalyste hongrois Michael Balint et son idée d'un « diagnostic plus profond », « un diagnostic de la personne¹⁴ ». McWhinney a cherché à mettre en évidence comment les patients se présentent sous forme de dimensions pour compléter les diagnostics habituels de la maladie et aller

au-delà. Son article en 1972 dans le *New England Journal of Medicine*¹⁰ intitulé « Beyond diagnosis—an approach to the integration of behavioral science and clinical medicine » explique sa classification du comportement en état de maladie. Les patients consultent les médecins de famille pour discuter de la limite de leur tolérance à l'inconfort causé par leurs problèmes; de la limite de leur tolérance à l'anxiété entourant leurs problèmes; et des symptômes qui se présentent comme des signaux des problèmes de vivre.

Cette idée s'est métamorphosée en types de problèmes soulevés par les patients au long de la visite tout entière : symptômes ou plaintes, inconfort, sentiments et problèmes de vivre que j'ai révélés dans un article de ma thèse de doctorat¹¹. Vous pouvez voir comment l'idée audacieuse de McWhinney est passée d'un diagnostic plus profond à une description à multiples facettes des problèmes de la personne dans son intégralité.

Dans cet environnement s'est joint un catalyseur, le Dr Joseph Levenstein de l'Afrique du Sud, où il a effectué des travaux fascinants dans sa pratique d'enseignant. Il était professeur invité au Département de médecine familiale de l'Université Western en 1982. Levenstein apportait ses idées portant sur les sentiments, les craintes et les attentes des patients¹². L'idée a évolué davantage en expériences de la maladie vécues par les patients : sentiments, idées, fonctionnement et attentes¹³. Cette évolution s'est produite au fil des ans après que Levenstein eut quitté ses fonctions de professeur invité, lorsque McWhinney a demandé au Dr Wayne Weston d'animer des discussions mensuelles, au cours desquelles les membres du département présentaient des cas pour peaufiner les idées ancrées dans la pratique clinique. L'équipe a apporté des ajouts essentiels à la suite de l'expérience de la maladie : l'attention accordée au patient en tant que personne, de même que la recherche d'un terrain d'entente¹⁴ et l'importance de la relation continue patient-clinicien.

Pendant des décennies, l'équipe a défini 4 composantes interactives décrivant un processus de soins avec le temps, en commençant chaque visite en portant attention aux expériences de la maladie vécues par les patients. Ces idées en sont venues à être appelées la méthode clinique centrée sur le patient (MCCP), qui inclut l'exploration de l'expérience de la santé, de la maladie et du malaise; la compréhension de la personne dans son intégralité; l'établissement d'un terrain d'entente; et l'approfondissement de la relation patient-clinicien¹⁵.

La première composante est la continuation de la préoccupation de McWhinney entourant les façons dont se présente le patient (p. ex. ce que le patient répond quand vous lui demandez « comment puis-je vous aider aujourd'hui? »). Le patient peut donner des indices de sa maladie, comme « J'ai des maux de tête depuis les dernières semaines » ou de sa santé (p. ex. « Je ne suis plus en bonne santé » ou « J'aimerais être plus actif »). En écoutant les mots du patient à propos de ses maux de

tête, le clinicien cherchera des indices au sujet de l'expérience de la maladie que vit le patient, de ses sentiments (p. ex. « Je suis inquiet à cause de la tumeur au cerveau que mon oncle a eue il y a un certain temps »), de ses idées (p. ex. « Je me demande si mes maux de tête sont liés au stress »), de son fonctionnement (p. ex. « J'en ai assez que mes maux de tête ruinent tous mes après-midis de sorte que je ne puisse pas faire ce que je veux ou dois faire ») et de ses attentes (p. ex. « J'aimerais que la douleur cesse et savoir si c'est grave »).

Un exemple de seulement 20 secondes passées à explorer le fonctionnement des patients vient de ma propre vie et de chirurgiens orthopédiques fantastiques. À l'âge de 71 ans, j'ai fait une chute. Ce n'était pas drôle. J'ai glissé sur de la glace et j'étais étendue sur la rue à la brunante, seule pendant à peu près 6 minutes jusqu'à ce qu'un joggeur m'aide à me relever et m'escorte jusque chez moi. J'avais, en 1 seconde, perdu mon indépendance, ma capacité à prendre soin de moi-même et la confiance en mon corps. Après un diagnostic au département d'urgence d'une fracture douloureuse et incapacitante à mon bras dominant, j'ai passé une semaine avec une confiance en déclin avant mon rendez-vous à la clinique de consultation en orthopédie. L'orthopédiste a amorcé la conversation¹⁵ :

Orthopédiste : « Parlez-moi de vous. »

Moi : « Je suis professeure et je fais de la recherche. »

Orthopédiste : « Alors, comment se passe votre journée? »

Moi : « Je devrais vous dire que je suis à la retraite. »

Orthopédiste : « Que faites-vous chaque jour maintenant que vous êtes retraitée? »

Moi : « Je joue de la musique. »

Orthopédiste : « Quel genre de musique? »

Moi : « De la percussion dans de grands groupes de concerts. »

Orthopédiste : « Qu'est-ce que cela veut dire? Je n'ai jamais fait cela. Montrez-moi avec votre bras sain les mouvements que vous faites sur la batterie. »

Moi : J'ai fait semblant de jouer de la batterie avec la main gauche.

Orthopédiste : « Je peux vous dire qu'avec votre fracture, à voir la radiographie, vous serez capable de jouer encore de la batterie dans quelques mois. »

Dans ce bref échange, l'orthopédiste avait enlevé un lourd poids qui pesait sur moi, sur mon bras fracturé et mes épaules. Elle avait amorcé la conversation avec l'expérience de la patiente, au lieu de son diagnostic. Elle examinait le fonctionnement et a répondu aux craintes et aux attentes. Mon cas a démontré comme l'approche centrée sur le patient s'applique à la médecine dans son entier et non pas seulement à la pratique familiale.

La deuxième composante de la MCCP est la compréhension de la personne dans son intégralité, comme

sa personnalité, l'étape dans sa vie et son contexte, comme sa famille, son travail, sa situation financière et sa spiritualité. Deux médecins de famille des Pays-Bas, les D^{rs} Peter Lucassen et Juul Houwen, ont publié un cas concernant une personne et son contexte¹⁵ : Friya, une femme de 61 ans, a consulté un médecin pour des symptômes digestifs et thoraciques dans le contexte de la récente perte de son fils dans un accident d'automobile. Ce deuil aurait pu inciter le médecin à penser que ses symptômes étaient liés au chagrin, mais le médecin connaissait Friya comme une personne qui se plaignait rarement et, en se fondant sur sa connaissance de la patiente, il a prescrit une analyse de la troponine sanguine et une consultation en cardiologie. Le diagnostic posé était un infarctus du myocarde aigu. Les contacts personnels et la connaissance des conditions de vie, des façons de réagir et des événements importants dans la vie de la patiente ont fait disparaître une partie de l'incertitude inhérente¹⁵.

La troisième composante de la MCCP se situe dans l'établissement d'un terrain d'entente. C'est alors que d'importants renseignements recueillis sur un patient sont rassemblés dans une discussion bilatérale et que des ententes sont conclues sur les 3 éléments suivants : la nature du problème, les objectifs du traitement et les rôles que joueront le médecin et le patient dans la mise en œuvre du plan thérapeutique. Nous savons que l'entente patient-médecin est essentielle pour obtenir des issues positives chez le patient¹⁶ et que le terrain d'entente établi est le plus influent des 4 composantes du rétablissement du patient¹⁷.

La quatrième composante de la MCCP est la relation patient-clinicien. Nous vivons à une époque à contre-courant dans laquelle les relations sont considérées comme transactionnelles, comme des relations d'affaires, l'achat et la vente de biens. Cela vient à l'encontre de la notion des soins de santé comme étant une force d'unification et d'intégration dans la société. Quelles sont les relations en matière de soins de santé qui peuvent unifier et intégrer? Il y a plusieurs de ces éléments dans la relation patient-clinicien. Ici, je vais en présenter 3 : la constance et la continuité, la compassion et le partage du pouvoir.

En ce qui concerne la constance et la continuité, l'auteure Polly Morland écrit, dans son livre intitulé *A Fortunate Woman: A Country Doctor's Story*¹⁸ à propos d'une femme médecin de famille vivant dans une région rurale du Royaume-Uni. Elle insiste sur l'entrecroisement du présent et du passé dans le cheminement du patient et du médecin¹⁸. Cette relation peut être complexe, comme l'écrivait l'interniste, le D^r Eric Cassell : la constance envers le patient est nécessaire, ce qui n'est pas difficile quand tout va bien; il faut de l'autodiscipline quand les choses vont mal, s'il se produit des erreurs, un mauvais diagnostic ou un comportement difficile de la part du patient¹⁹.

L'accompagnement d'un patient avec le temps, qui est la définition de la continuité, est une notion qui est fortement valorisée en médecine familiale. Des recherches rigoureuses ont démontré l'importance de la continuité des soins dans des résultats absolument critiques, notamment une plus faible mortalité des patients et une plus grande satisfaction des médecins^{20,21}. L'ancrage de la continuité dans notre pratique n'est pas une simple subtilité, mais bien le fondement essentiel sur lequel est construit l'édifice à long terme primordial des relations avec vos patients.

Le deuxième élément de la relation est l'empathie et la compassion. L'empathie peut être considérée comme une forme de reconnaissance et d'acceptation entre le médecin et le patient, lorsque le patient peut dire « Ah, je peux me relaxer ici ». Mais, cela n'est pas suffisant. La compassion est nécessaire. La compassion est l'action qui suit l'empathie²². « Sans compassion, il n'y a pas de soins de santé », selon le D^r Brian Hodges, ancien président de l'Association médicale canadienne²³. On peut s'imaginer un scénario dans lequel un indice est présenté, suivi de l'empathie qui est ensuite suivie d'une réponse empreinte de compassion — ou pas. Voici comment un médecin de famille, le D^r David Loxtercamp, décrit un tel moment privilégié entre le patient et le clinicien²⁴ :

Dans un tel moment d'indécision, pourquoi un patient risquerait-il de se révéler librement ou un médecin renoncerait-il à la sécurité de sa position de pouvoir? Leurs choix reflètent souvent une tendance mutuelle vers la relation : la confiance qu'on peut en toute sécurité montrer sa vraie nature; la réassurance que ses peurs galopantes seront calmées par le toucher et les mots du clinicien et l'environnement familial; l'accompagnement qui termine l'exil de la maladie²⁴.

Morland décrit une réflexion semblable dans son livre¹⁸ :

Cette volonté de s'investir dans le moment présent, cette habileté instinctive d'occuper l'immédiat, d'y réfléchir et d'y répondre, tant émotionnellement qu'intellectuellement, se trouvent au cœur de la relation médecin-patient... L'établissement de bonnes relations exige à la fois de la spontanéité et du jugement. De les tisser ensemble avec le temps. C'est un travail qui fait appel à la fois au cœur et à la tête, selon un juste équilibre.

Le troisième aspect de la relation patient-clinicien est le partage du pouvoir. Voici comment mes coauteurs et moi-même nous le décrivons dans la quatrième édition du livre intitulé *Patient-centred Medicine: Transforming the Clinical Method (4th Edition)*¹⁵ :

Le rôle des soins de santé dans la réduction des disparités et l'apport à ce qui maintient ensemble

la société sont reconnus depuis longtemps. Divers mécanismes les aident dans ce rôle : une attitude éthique envers le partage du pouvoir, c'est-à-dire une conviction que les patients ont le droit de participer aux décisions concernant le cours de leur vie; et une attitude réfléchie et humble de la part du clinicien qui cherche à conjuguer l'expertise médicale avec une humilité personnelle dans le changement de la relation qui passe de la dépendance du patient à une interdépendance réciproque.

En ce qui concerne la relation patient-clinicien, je me suis concentrée sur ces 2 derniers éléments — l'engagement au niveau de l'émotion (p. ex. l'empathie et la compassion) et le partage du pouvoir — parce que ce sont 2 caractéristiques de la MCCP que McWhinney considérait comme des principes fondamentaux.

Tournons-nous maintenant sur la démonstration de l'impact des soins centrés sur le patient, cet objectif en 5 volets largement accepté comme la norme pour évaluer les systèmes de santé²⁵. Nous voulons appliquer ces volets à la question suivante : la centralité du patient influe-t-elle positivement sur les 5 objectifs des soins de santé, notamment les résultats en santé, les expériences des soins vécues par les patients, les coûts, l'équité et le bien-être des médecins?

Les soins centrés sur le patient améliorent-ils les résultats en santé? D'abord, le médecin généraliste britannique à la retraite, le Dr Denis Pereira Gray a démontré que la continuité des soins, ce qui n'est pas précisément les soins centrés sur le patient, mais l'un de ses principaux principes, réduit la mortalité²⁰. Ensuite, en ce qui a trait aux mesures de l'état clinique, des essais randomisés contrôlés portant sur des interventions centrées sur le patient ont fait valoir une réduction de la pression artérielle et du taux d'hémoglobine A_{1c} d'une amplitude cliniquement significative. Il y a aussi des données probantes tirées de 16 essais randomisés contrôlés récents, dont environ la moitié d'entre eux révélaient les impacts positifs des soins centrés sur le patient sur la santé physique, l'état fonctionnel, la qualité de vie et d'autres mesures de l'état de santé¹⁵.

Les soins centrés sur le patient améliorent-ils les expériences des soins vécues par les patients? Les résultats de 16 études sont très positifs : la majorité d'entre elles faisaient valoir les impacts significatifs des interventions centrées sur le patient sur le plan des expériences des soins vécues par les patients, dont la centralité des soins et la communication, de même que leurs expériences de la qualité, de la continuité et de la coordination des soins¹⁵.

Les soins centrés sur le patient réduisent-ils les coûts? Oui. Des études de cohortes ont démontré une réduction des coûts après des consultations centrées sur

le patient au Canada et aux États-Unis^{26,27}. Des essais cliniques randomisés font valoir que des soins empreints de compassion dans un département d'urgence au Canada ont réduit le nombre de visites répétées, ce qui a entraîné une diminution des coûts de l'hôpital²⁸. Un modèle de soins centrés sur la personne pour des patients plus âgés a réduit les coûts selon une étude européenne²⁹.

Les soins centrés sur le patient sont-ils une force pour l'équité? Oui. Il a été démontré que des soins centrés sur le patient sont une force favorable à l'équité³⁰, en ce sens que les soins sont efficaces, quel que soit le niveau de précarité, ce qui étaye leur potentiel d'unification¹⁵.

Les soins centrés sur le patient améliorent-ils le bien-être des médecins en réduisant l'épuisement professionnel et l'insatisfaction? Trois essais randomisés contrôlés ont fait valoir que la formation centrée sur le patient avait des effets positifs sur l'épuisement et l'insatisfaction des médecins¹⁵. Ces résultats m'amènent à la conclusion que la pratique centrée sur le patient en médecine familiale peut être un antidote à l'épuisement professionnel des médecins. Je suis convaincue que, dans les moments réellement difficiles, le retour aux principes qui ont suscité notre motivation en début de carrière, la réflexion sur les valeurs universelles de marcher dans les pas d'une autre personne, le maintien de notre constance et de notre ouverture, la compassion dans nos relations avec les patients peuvent être salutaires. Je ne suis pas la seule. Dans une communication personnelle (15 janvier 2022), votre collègue médecin de famille, le Dr Keith Thompson, écrivait :

Nous sommes entrés dans cette décennie, à endurer des contraintes de temps et à nous retrouver distancés émotionnellement tandis que nous plongeons le nez dans nos DME (dossiers médicaux électroniques). « L'art de l'écoute » est devenu moins important que le code du bonus des soins préventifs, que l'actualisation appropriée du PCP (profil cumulatif du patient) ou que l'application des plus récentes lignes directrices. Distancés émotionnellement, nous souffrons maintenant une distanciation physique (en raison de la pandémie de la COVID-19) et tant les patients que les cliniciens en souffrent les conséquences. D'où ma tentative de voir s'il n'y aurait pas un moyen de revisiter le manuel de la médecine familiale de McWhinney. Je prends peut-être un risque ici en étant transparent, mais je me suis senti dévasté par cette pandémie et ses effets sur ma façon de voir ce que devrait être la médecine familiale pour moi personnellement et pour mes patients. Je ne fais que lancer cette idée sur la table et, honnêtement, pour moi personnellement, travailler sur les principes de McWhinney serait un exercice de rédemption et de guérison, parce que je me sens comme si j'avais

perdu un membre dernièrement, et j'essaie de trouver un sens à tout ce qui se passe dans notre profession.

Morland éclaire cette question par sa sagesse¹⁸ :

C'est l'équilibre qui rend le travail viable et apporte les plus grandes satisfactions de la profession. Le fait d'être présent, la plupart des jours avec nos patients, est l'un des principaux éléments de l'établissement des relations, et des relations étroites et profondes ne font pas qu'aider les patients. Elles aident aussi le médecin.

J'ai commencé avec 2 idées audacieuses de McWhinney et je les ai amenées jusqu'à ce jour, appuyée par la recherche actuelle qui démontre comment ces idées fondamentales sont maintenant étayées par des données probantes et encore pertinentes aujourd'hui. 🌱

La D^{re} Moira Stewart est professeure émérite distinguée au Centre des études en médecine familiale de l'Université Western à London (Ontario).

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

D^{re} Moira Stewart; courriel Moira.Stewart@schulich.uwo.ca

Les opinions exprimées dans les commentaires sont celles de l'auteure. Leur publication ne signifie pas qu'elles soient sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

Références

- McWhinney IR. A call to heal: Reflections on a life in family medicine. Benchmark Press; 2013.
- McWhinney IR. The early signs of illness: Observations in general practice. Pitman; 1964.
- White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med*. 2 nov. 1961;265:885-92. doi: [10.1056/NEJM196111022651805](https://doi.org/10.1056/NEJM196111022651805).
- Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D et coll. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med*. 28 juin 2001;344(26):2021-5. doi: [10.1056/NEJM200106283442611](https://doi.org/10.1056/NEJM200106283442611).
- Stewart M, Ryan B. Ecology of health care in Canada. *Can Fam Physician*. Mai 2015;61(5):449-53.
- Kroenke K. Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity and management. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2003;12(1):34-43. doi: [10.1002/mpr.140](https://doi.org/10.1002/mpr.140).
- Freeman TR, Stewart M, Léger D, Jordan J et coll. Natural history of abdominal pain in family practice: Longitudinal study of electronic medical record data in southwestern Ontario. *Can Fam Physician*. Mai 2023;69(5):341-51. doi: [10.46747/cfp.6905341](https://doi.org/10.46747/cfp.6905341).
- Freeman TR, Stewart M, Maddocks H, Leger D et coll. Handbook on 12 symptoms in family practice [guide à l'interne]. Université Western; 2019.
- Stewart M, Freeman T, Hartman TC, Lucassen P et coll. Symptoms in family practice: New findings using electronic medical record data. *Can Fam Physician*. Nov. 2021;67(11):803-4. doi: [10.46747/cfp.6711803](https://doi.org/10.46747/cfp.6711803).
- McWhinney IR. Beyond diagnosis: an approach to the integration of behavioral science and clinical medicine. *N Engl J Med*. 24 août 1972;287(8):384-7. doi: [10.1056/NEJM197208242870805](https://doi.org/10.1056/NEJM197208242870805).
- Stewart MA, McWhinney IR, Buck CW. The doctor/patient relationship and its effect upon outcome. *J R Coll Gen Pract*. Févr. 1979;29(199):77-81.
- Levenstein JH. The patient-centred general practice consultation. *S Afr fam pract*. 1984;5(9).
- Weston WW, Brown JB, Stewart MA. Patient-centred interviewing part I: understanding patients' experiences. *Can Fam Physician*. Janv. 1989;35:147-51.
- Brown JB, Weston WW, Stewart MA. Patient-centred Interviewing Part II: Finding Common Ground. *Can Fam Physician*. Janv. 1989;35:153-7.
- Stewart M, Brown JB, Weston WW, Freeman TR et coll. Patient-centered medicine: Transforming the clinical method. 4^e éd. Boca Raton: CRC Press; 2024.
- Starfield B, Wray C, Hess K, Gross R et coll. The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. *Am J Public Health*. Févr. 1981;71(2):127-31. doi: [10.2105/ajph.71.2.127](https://doi.org/10.2105/ajph.71.2.127).
- Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR et coll. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. Sept. 2000;49(9):796-804.
- Morland P. A fortunate woman: A country doctor's story. Pan Macmillan; 2022.
- Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. 1^{re} éd. Oxford University Press; 1991.
- Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A et coll. Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open*. 28 juin 2018;8(6):e021161. doi: [10.1136/bmjopen-2017-021161](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021161).
- Nowak DA, Sheikhan NY, Naidu SC, Kuluski K et coll. Why does continuity of care with family doctors matter? Review and qualitative synthesis of patient and physician perspectives. *Can Fam Physician*. Sept. 2021;67(9):679-88. doi: [10.46747/cfp.6709679](https://doi.org/10.46747/cfp.6709679).
- Phillips WR, Uygur JM, Egnew TR. A comprehensive clinical model of suffering. *J Am Board Fam Med*. 3 avr. 2023;36(2):344-55. doi: [10.3122/jabfm.2022.220308R1](https://doi.org/10.3122/jabfm.2022.220308R1). Publ. en ligne du 17 févr. 2023.
- Hodges BD, Paech G, Bennett J, rédacteurs. Without compassion, there is no healthcare: Leading with care in a technological age. McGill-Queen's University; 2020.
- Loxterkamp D. The headwaters of family medicine. *BMJ*. 9 déc. 2008;337:a2575. doi: [10.1136/bmj.a2575](https://doi.org/10.1136/bmj.a2575).
- Nundy S, Cooper LA, Mate KS. The Quintuple Aim for Health Care Improvement: A New Imperative to Advance Health Equity. *JAMA*. 8 févr. 2022;327(6):521-2. doi: [10.1001/jama.2021.25181](https://doi.org/10.1001/jama.2021.25181).
- Stewart M, Ryan BL, Bodea C. Is patient-centred care associated with lower diagnostic costs? *Healthc Policy*. Mai 2011;6(4):27-31.
- Epstein RM, Franks P, Shields CG, Meldrum SC et coll. Patient-centered communication and diagnostic testing. *Ann Fam Med*. Sept.-oct.2005;3(5):415-21. doi: [10.1370/afm.348](https://doi.org/10.1370/afm.348).
- Redelmeier DA, Molin JP, Tibshirani RJ. A randomised trial of compassionate care for the homeless in an emergency department. *Lancet*. 6 mai 1995;345(8958):1131-4. doi: [10.1016/S0140-6736\(95\)90975-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(95)90975-3).
- Kari H, Åijö-Jensen N, Korttejärvi H, Ronkainen J et coll. Effectiveness and cost-effectiveness of a people-centred care model for community-living older people versus usual care: A randomised controlled trial. *Res Social Adm Pharm*. Juin 2022;18(6):3004-12. doi: [10.1016/j.sapharm.2021.07.025](https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2021.07.025). Publ. en ligne du 30 juill. 2021.
- Jani B, Bikker AP, Higgins M, Fitzpatrick B et coll. Patient centredness and the outcome of primary care consultations with patients with depression in areas of high and low socioeconomic deprivation. *Br J Gen Pract*. Août 2012;62(601):e576-81. doi: [10.3399/bjgp12X653633](https://doi.org/10.3399/bjgp12X653633).

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, allez à <https://www.cfp.ca> et cliquez sur le lien vers Mainpro+.

Can Fam Physician. 2026 janv.;72(1):e1-5.
doi: [10.46747/cfp.7201e1](https://doi.org/10.46747/cfp.7201e1)

The English version of this article is available at <https://www.cfp.ca> on the table of contents for the **January 2026** issue on **page 16**.

La série des Conférences D^r Ian McWhinney est organisée chaque année par le Département de médecine familiale de l'Université Western à London (Ontario). Une adaptation de la conférence de 2025 est publiée ici.