



**HAL**  
open science

## **Approche centrée patient et marguerite des compétences : une interaction à mettre en place et à évaluer.**

Corinne Perdrix, Christophe Pigache, Christian Dupraz, Thierry Farge, Christine Maynié-François, Irène Supper, Yves Zerbib, Moreau Alain

### **► To cite this version:**

Corinne Perdrix, Christophe Pigache, Christian Dupraz, Thierry Farge, Christine Maynié-François, et al.. Approche centrée patient et marguerite des compétences : une interaction à mettre en place et à évaluer.. Exercer, 2016. halshs-01867005

**HAL Id: halshs-01867005**

**<https://shs.hal.science/halshs-01867005>**

Submitted on 3 Sep 2018

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

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

**Approche centrée patient et marguerite des compétences : une interaction à mettre en place et à évaluer.**

**Titre anglais :** Patient-centered care and a graphic representation of six core competencies for family physicians : definition and evaluation

**Auteurs:** Corinne PERDRIX<sup>1</sup>, Christophe PIGACHE<sup>1</sup>, Christian DUPRAZ<sup>1</sup>, Thierry FARGE<sup>1</sup>, Christine MAYNIE-FRANCOIS<sup>1</sup>, Irène SUPPER<sup>1</sup>, Yves ZERBIB<sup>1</sup>, Alain MOREAU<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Collège universitaire de médecine générale, Université Claude Bernard Lyon 1, Lyon, France

**Correspondance :** Collège universitaire de médecine générale, Faculté de médecine, Université Claude Bernard Lyon 1, 8 avenue Rockefeller 69008 LYON.

Adresse courriel : [corinne.perdrix@univ-lyon1.fr](mailto:corinne.perdrix@univ-lyon1.fr)

Adresse postale et téléphone : 4 rue Emile Decorps 69100 Villeurbanne 06 10 84 47 03

Mots clés : Approche centrée patient/Compétences/Médecine générale

Key words: Patient Centered Care/ Competencies/General practice

3 529 mots, 20 266 caractères, 2 figures, 1 tableau

## Résumé :

Le Collège national des généralistes enseignants (CNGE), a développé un modèle pédagogique d'apprentissage centré sur l'acquisition et le développement de compétences dans la formation initiale des médecins généralistes. Ce modèle dit de «la marguerite des compétences»(MC) décrit les 6 compétences nécessaires au médecin généraliste pour accomplir les tâches de la fonction soignante. Ces compétences sont mises en œuvre dans des situations de soins primaires qui ont été regroupées en 11 familles de situations prototypiques et exemplaires.

Le concept d'Approche centrée sur le patient (ACP) définit une méthode systémique clinique reconnue internationalement qui s'est développée à partir des travaux de M Balint et C Rogers.

Cette démarche clinique et pragmatique intègre à la fois les perspectives du médecin et celles du patient. Ce modèle d'entrevue et de rencontre est applicable par tous les médecins mais surtout bien adapté en soins primaires.

Ces deux modèles sont très complémentaires et interactifs. Le modèle MC est un modèle pédagogique. Il vise à donner du sens et de la cohérence à l'apprentissage et l'acquisition de compétence pour assurer au mieux la fonction soignante de tout médecin généraliste.

Le modèle ACP a pour objectif de donner du sens à la fonction soignante en mettant le patient et son projet de vie (ou projet personnel de soins) au cœur de la relation de soins.

Nous pouvons ainsi proposer une reconfiguration de l'architecture systémique du modèle ACP et de ses dimensions qui intègre ces deux modèles.

L'intérêt de créer des passerelles entre ces deux modèles permet de raccrocher le modèle MC à un concept reconnu internationalement, l'ACP, fournissant un champ de recherche important pour la discipline universitaire médecine générale.

## Summary :

The National College of Teachers in Family Medicine developed a competence-based teaching model for family physicians' early curriculum, the «competence daisy » (CD).The CD model is a graphic representation of six core competencies necessary to a future practicing family physician.These competencies are implemented in primary care situations described in 11 categories of prototypic and exemplary situations.

Patient-centered care (PCC) is an internationally validated systemic care model based on the work of M. Balint and C. Rogers. This pragmatic and eclectic model encompass both physician's and patient's perspectives. It is applicable by every physician but seems especially relevant to primary care.

These two models, CD and PCC, are complementary and interact with each other. The CD model is a pedagogical model: it gives meaning and coherence to competence acquisition for the health care role of future family physicians.

The purpose of the PCC model is to give meaning to this health care role by putting the patient and his or her life plan (or personal health plan) at the center of the patient-doctor relationship.

We hereby propose a reconfiguration of the systemic architecture and the dimensions of the PCC model that integrates the two models. Creating connexions between CD and PCC would link the CD model to the internationally validated PCC model, thus opening a field for research in academic family medicine.

## **Approche centrée patient et marguerite des compétences : une intégration à définir et à évaluer.**

### **Introduction :**

La mission « Evaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé » a élaboré un référentiel métier et compétences des médecins généralistes (1). Le Collège national des généralistes enseignants (CNGE), collège académique de la discipline médecine générale, a développé par la suite un modèle pédagogique d'apprentissage centré sur l'acquisition de ces compétences dans la formation initiale des médecins généralistes. Une compétence est un savoir agir modulable, adaptable, pour aborder une situation clinique ou professionnelle authentique et complexe.(2) Être compétent, c'est mettre en œuvre une pratique professionnelle pertinente, performante, contextualisée, en vue de résoudre une situation problème, en mobilisant et en combinant des ressources internes personnelles (savoir, savoir-faire, savoir être) et des ressources externes (recherche d'informations, orientation d'un patient).Avoir des ressources est donc une condition nécessaire mais non suffisante pour être reconnu comme compétent. Le référentiel métier détaille les capacités, composées d'habiletés techniques et relationnelles, que doit effectuer le professionnel pour assurer un rôle et des tâches soignantes. Ceux-ci sont définis par la société, en particulier dans la loi du 21 juillet 2009, Hôpital, patient, santé, territoire (HPST). En résumé, la compétence permet d'accomplir des tâches pour remplir un rôle, une fonction soignante.

Le CNGE a organisé un travail initial par consensus d'experts nationaux relayé par une réflexion collective de groupes de travail régionaux afin d'identifier les grands domaines de compétences transversales génériques du médecin généraliste et leurs différentes composantes. Ce travail par consensus a abouti à une représentation graphique nommée « la marguerite des compétences » (MC) (Fig.1).

Pour développer et apprécier les compétences mises en œuvre, il faut confronter l'étudiant ou le professionnel à des situations problèmes complexes et prototypiques. Un premier référentiel métier a décliné toutes ces compétences dans 16 situations de soins illustrant au mieux la diversité de la pratique en médecine générale (1). Un second travail du CNGE Collège académique regroupe ces 16 situations en 11 familles (3). (Tab.1) Ces catégories peuvent aussi s'interpénétrer pour illustrer la complexité des situations authentiques rencontrées en pratique de médecine générale.

La confrontation à ces différentes familles en situation authentique de soins, accompagnée du recueil de traces d'apprentissage doit permettre d'évaluer la compétence d'un médecin généraliste.

Le concept d'Approche centrée sur le patient (ACP) définit une méthode clinique systémique reconnue internationalement (4). Il fait l'objet de nombreux travaux de recherche et d'une littérature abondante. Le mot MeSH « Patient Centered Care » introduit dans la base de données PubMed® retrouve plus de 12 000 citations. Selon ses concepteurs le modèle ACP (5)(4), s'est développé à partir des travaux de M Balint (6) et C Rogers (7).

L'ACP est une démarche clinique pragmatique qui intègre à la fois les perspectives du médecin (démarche biomédicale, raisonnement clinique, diagnostic, thérapeutique) et celles du patient

(expérience vécue de la maladie) mais aussi « l'agenda caché » du patient comme celui du soignant. Elle utilise un mode de communication et des techniques d'entretien flexibles. Ce modèle d'entrevue et de rencontre est applicable par tous les médecins. Il est adapté aux soins primaires. Il est susceptible d'accueillir et d'organiser de manière cohérente tous les facteurs non spécifiques contribuant à l'effet thérapeutique comme le « remède médecin » (6).

Ainsi se déclinent deux modèles pédagogique et clinique complémentaires utilisables en soins primaires par les médecins généralistes. L'objectif de cet article est de mettre en évidence et favoriser l'interaction de ces 2 modèles.

## **Spécificité de ces 2 modèles**

### **Le modèle marguerite des compétences :**

Ce modèle se veut un modèle pédagogique d'apprentissage dans une approche par compétence en vue de la certification des futurs médecins généralistes (8). Il comprend 6 dimensions (fig. 1) (9) :

#### **1 Approche centrée patient-relation-communication :**

Cette dimension a été placée comme compétence centrale en interaction avec les 5 autres compétences. Elle est définie comme une capacité à construire une relation avec le patient dans son contexte environnemental en utilisant des habiletés communicationnelles de manière éthique dans l'intérêt du patient.

#### **2 Approche globale et complexité :**

Cette dimension est définie comme la capacité à mettre en œuvre une approche holistique biopsychosociale en tenant compte des données actuelles de la science. Elle vise à élaborer des diagnostics de situations dans leurs complexités et à adopter des postures thérapeutiques adaptées à ces situations. Elle tient compte des trajectoires de vie du patient et permet une décision partagée de façon à concilier le projet de vie du patient avec le projet de soins du médecin.

#### **3 Éducation, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire :**

Cette dimension est définie comme la capacité à accompagner le patient dans une démarche d'autonomie pour maintenir et améliorer sa santé en favorisant la prévention.

#### **4. Premier recours, urgence :**

Cette dimension est définie comme la capacité à gérer en premier recours, des problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, de manière contextualisée, avec accessibilité et disponibilité.

#### **5. Suivi, continuité, coordination des soins :**

Cette dimension est définie comme la capacité à instaurer une relation de suivi et d'accompagnement dans la continuité et la coordination des soins.

## **6. Professionnalisme :**

Cette dimension est définie comme la capacité à développer des postures réflexives et d'autoévaluation favorisant une pratique médicale, éthique, responsable, en accord avec les données actuelles de la science. Elle répond aux attentes de la société tout en visant le bien être des personnes avec une gestion réaliste du temps et la recherche d'un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle.

Ce modèle pédagogique s'inspire de l'épistémologie constructiviste. Il est centré sur le développement de compétences par l'apprenant (savoir agir en situation complexe). La compétence est considérée comme une construction mentale de l'apprenant en interaction avec son environnement dans le cadre de l'expérience vécue avec une confrontation au réel. Les comportements antérieurs vont se transformer au contact de nouvelles informations, de la résolution de problème en situation et d'un questionnement de la personne. Cette interaction entre théorie et pratique donne du sens à la situation dans son contexte. Le travail collaboratif facilite les apprentissages grâce aux interactions interpersonnelles (10).

### **Le modèle Approche centrée patient.**

Ce modèle comprend lui aussi 6 dimensions qui sont autant de tâches pour le médecin (5) (4) (11) :

#### **1. Explorer l'expérience de la maladie vécue par le patient « en tant que personne » et sa perspective :**

Dans cette dimension, face à un problème de santé, deux perspectives se confrontent. La perspective biomédicale renvoie à la conception objective, physio- pathologique, anatomoclinique de la maladie. Le recueil des symptômes conduit à un diagnostic et un traitement possible. La perspective profane du « patient comme une personne » renvoie à son expérience vécue subjective de la maladie. En anglais, deux termes les distinguent : « disease » (la maladie en tant que telle) et « illness » (le vécu de la maladie par le patient). La perspective du patient s'explore à travers ce qui est VRAI : son Vécu, ses Représentations, ses Attentes, ce qui est Important pour lui et a du sens. C'est la dimension phénoménologique et anthropologique de l'ACP (12). Elle se trouve confrontée avec la perspective biomédicale de maladie du médecin.

#### **2. Comprendre la personne dans sa globalité biopsychosociale, sa dimension historique et son contexte :**

La dimension biomédicale ne suffit pas à comprendre la maladie. Il faut comprendre la personnalité du patient (ses facteurs de vulnérabilité et ses facteurs protecteurs), son concept de soi (vision de soi, niveau d'estime de soi, de confiance en soi, de sentiment d'efficacité personnelle ...), ses capacités à faire face, à agir, ses résistances et ses défenses, ses besoins, ses désirs, ses motivations. Cette approche doit être complétée par la connaissance contextuelle de son histoire de vie (13). Cette dimension renvoie à la notion de « diagnostic approfondi » de M. Balint.

### ***3. S'entendre avec le patient, avoir une compréhension commune sur le problème, les solutions et le partage des décisions :***

Cette dimension implique une compréhension commune entre patient et médecin. Elle permet de trouver un terrain d'entente (« Common ground ») et vise le partage du pouvoir et des responsabilités, en réaction au modèle paternaliste de Parsons. Elle rejoint le concept de « compagnie d'investissement mutuel » de Balint, de « patient empowerment » (14), de « concordance » (15) et de décision médicale partagée (16).

### ***4. Développer la relation et l'alliance thérapeutique :***

Cette dimension permet de mettre en place une relation thérapeutique capable de favoriser l'amélioration de la santé du patient. Adopter des attitudes thérapeutiques contributives comme l'attitude empathique, le respect inconditionnel de la personne, l'écoute active de la perspective du patient, permettent la confiance nécessaire à une alliance thérapeutique. Pour le médecin, elle nécessite la prise en compte de la dimension affective de la relation et implique un travail de réflexivité qui permet d'apprendre à se connaître en tant que personne, de reconnaître la relation transférentielle, ses propres limites, et d'auto évaluer ses besoins. Le modèle ACP renvoie à une rencontre entre deux personnes qui s'influencent réciproquement. Cette dimension s'inspire largement de la psychologie humaniste de C Rogers et de l'écoute selon M Balint.

### ***5. Favoriser la promotion de la santé :***

Cette dimension vise à valoriser un processus permettant à chacun de prendre le contrôle et d'améliorer sa santé. La prévention des maladies passe par l'évitement des risques (prévention primaire), la réduction des risques (prévention secondaire) et des complications (prévention tertiaire) grâce au dépistage. La démarche clinique ACP permet de donner du sens à la santé et d'en faire une valeur qui motive au changement.

### ***6. Faire preuve de réalisme et tenir compte de ses limites :***

Cette dernière dimension intègre « le médecin en tant que personne ». Le modèle ACP renvoie à une rencontre entre deux personnes qui s'influencent réciproquement. Cette dimension réaliste vise surtout la gestion du temps Le médecin compense le manque de temps de la consultation par la prise en charge dans la durée (le temps de suivi) dans le cadre d'une relation de confiance qui permet une meilleure connaissance du patient sur le long terme. Se fixer des priorités et des objectifs réalistes est une capacité à développer qui permet d'optimiser le temps. En tant que personne, le médecin doit développer des capacités de flexibilité, d'adaptabilité et de disponibilité et compenser ses limites par un travail collaboratif interdisciplinaire.

Le concept a évolué en 2014 et s'est réduit à 4 dimensions se mettant clairement en interaction (17). L'exploration de la perspective du patient a été élargi à la Santé et reprend l'ancienne dimension 5 « promotion de la santé ». La composante 6 « être réaliste » se retrouve logiquement dans la dimension 4 « développer la relation »

En résumé, le modèle ACP se veut une méthode clinique systémique diagnostique et thérapeutique (fig. 2) mettant en alliance thérapeutique deux experts. La perspective du médecin interagit avec la



narration de la perspective profane du patient. Ce qui est VRAI pour lui est en rétroaction réciproque dans une relation thérapeutique complexe. Cette relation est faite d'expérience vécue, d'interaction symbolique, d'implication motivationnelle, de résistance et d'ambivalence face au changement, de communication cognitivo-émotionnelle, de compréhension commune. Elle permet de mieux partager les décisions. Cette relation thérapeutique fait réfléchir sur Soi et valorise la santé. Ce modèle d'Approche centrée patient permet de comprendre et d'affronter toutes sortes de situations-problèmes biopsychosociaux dans une approche globale contextualisée. Sa dimension systémique permet de dégager du sens en valorisant la valence thérapeutique « remède médecin en tant que personne » réflexive et réaliste sur ses limites. Elle donne du sens à la fonction soignante dans ses trois dimensions (5) : « guérir » (*to cure*), « prendre soin de soi et de sa santé » (*to care*) et « soulager les souffrances et les blessures de la vie » (*to heal*). Le « Curing » est plus centré sur la maladie. Le « Caring » et le « Healing » sont plus centrés sur la personne.

### **Discussion entre les deux modèles.**

L'Approche centrée patient-Relation-Communication de la MC peut correspondre à la 4<sup>e</sup> dimension de l'ACP « développer la relation thérapeutique ».

L'approche globale et la complexité du modèle MC rencontrent plusieurs dimensions de l'ACP. Les concepts d'approche holistique biopsychosociale d'Engel se retrouvent dans la 2<sup>e</sup> dimension de l'ACP « comprendre la personne dans sa globalité » et la décision partagée est placée dans la 3<sup>e</sup> « s'entendre avec le patient ». L'éducation, la prévention dépistage, santé individuelle et communautaire recoupe en partie la 5<sup>e</sup> composante « promotion de la santé » de l'ACP.

Deux autres compétences génériques de la MC (premier recours- urgence et suivi-continuité des soins-coordination des soins) ne sont pas intégrées en tant que telles dans le modèle ACP. Elles concernent des compétences spécifiquement adaptées aux fonctions et rôles du médecin généraliste. Elles peuvent se décliner comme relation thérapeutique dans la continuité du soin.

Le professionnalisme recoupe la dimension du « médecin comme personne » de l'ACP que l'on retrouve dans la compétence « relation-communication » et comprend la pratique réflexive du médecin généraliste et ses capacités de gestion réaliste du temps.

Dans la compétence « éducation- prévention-santé individuelle et communautaire », on parle de relation partenariale, collaborative, d'alliance thérapeutique, et de posture réflexive. Elles appartiennent plus à la compétence Approche centrée-relation-communication. La collaboration avec d'autres intervenants peut intervenir aussi dans la compétence « coordination ». Dans l'ACP elle fait plutôt partie de la dimension « être réaliste ».

Le modèle MC ne prend pas en compte explicitement la perspective du patient qui est pourtant au cœur de l'ACP. C'est cette dimension anthropologique et phénoménologique qui donne du sens à l'expérience vécue du patient. Dans le modèle MC, il n'est fait état que des besoins implicites et explicites du patient. La marguerite des compétences, modèle pédagogique, concerne l'action de l'apprenant et son évaluation, centrée sur celui-ci. L'ACP, méthode clinique, concerne le soin, centré sur le patient et mis en œuvre pour lui.

### **Conclusion : Faire interagir les deux modèles.**

Ces 2 modèles sont très complémentaires. Le modèle MC offre un intérêt pédagogique. Il vise à donner du sens et de la cohérence à l'apprentissage et l'acquisition de compétence pour assurer au mieux la fonction soignante de tout médecin généraliste.

Le modèle ACP a pour objectif de donner du sens à la démarche clinique et à ce qui est thérapeutique dans la fonction soignante en mettant le patient et son projet de vie (ou projet personnel de soins) au cœur de la relation de soins.

Créer des passerelles entre ces deux modèles permet de raccrocher le modèle MC à un concept reconnu internationalement, l'ACP, fournissant un champ de recherches tant qualitatives que quantitatives mais aussi de recherches pédagogiques, important pour la discipline universitaire médecine générale.

## Bibliographie

1. Mission Evaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé », CNGE, CNOSF, CASSF CNGOF. Référentiels métiers et compétences : médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues -obstétriciens. Paris : Berger Levrault; 2010. 155 p.
2. Frappé P, Attali C., Matillon Y. Socle historique des référentiels métiers et compétences en médecine générale. *Exercer*. 2010;(91):41-46.
3. Attali C, Huez JF, Valette T et al. Les grandes familles de situations cliniques. *Exercer*. 2013;24(108):165-9.
4. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *SocSci Med*. 2000;(51):1087-1110.
5. Stewart M, Brown J, Weston W et al. Patient centred medicine. Transforming the clinical method. second edition. Oxon: Radcliffe medicalpress; 2003.
6. Balint M. Le Médecin, son Malade et la Maladie. Petite Bibliothèque Payot; 1973. 422 p.
7. Rogers C. Psychothérapie et relations humaines Théorie de la thérapie centrée sur la personne. Issy-les Moulineaux: ESF éditeur; 2009. 157 p.
8. Attali C. Objectif : certifier des compétences. *exercer*. 24(108):147.
9. Compagnon L Bail P, Huez JF et al. Définitions et description des compétences en médecine générale. *Exercer*. 2013;24(108):148-155.
10. Le Moigne Jean Louis. Les épistémologies constructivistes. 3ième éd. Paris: Presses Universitaires de France; 2007. 128 p.
11. Moreau A, Kellou N, Supper I et al. L'approche centrée patient : un concept adapté à la prise en charge éducative du patient diabétique de type 2. *exercer*. 2013;(110):268-77.
12. Bourrel G. Comprendre le patient : s'engager derrière la recherche qualitative ? *Exercer*. 2013;24(104):45-6.
13. Engel G. From Biomedical to biopsychosocial. Being scientific in the human domain. *Psychosomatics*. 1997;(38):521-28.
14. Aujoulat I, D'Hoore W , Deccache A . Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony? *Patient EducCouns*. 2007;(66):13-20.

15. Pollock Kristian. Concordance in medical consultations.A critical review. Oxon: Radcliffe Publishing 2005 155 p.
16. Moreau A, Carol L, Dedianne MC et al. What perceptions do patients have of decision making (DM) ? Toward an integrative patient-centered care model.A qualitative study by focus group interviews. . Patient EducCouns.2012;(87):206-11.
17. Stewart M, Brown J, Weston W et al. Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method. Oxon :ed Radcliff medical press 2014

Figure 1 : Modèle de la Marguerite des compétences du médecin généraliste

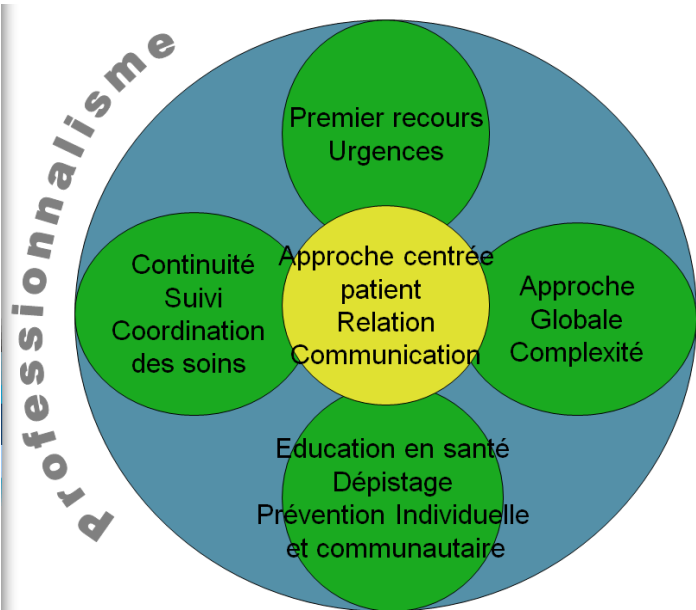


Tableau 1 : les 11 familles de situation

1	Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, poly morbidité à forte prévalence
2	Situations liées à des problèmes aigus, non programmés, fréquents, exemplaires
3	Situations liées à des problèmes aigus, non programmés, dans le cadre des urgences réelles ou ressenties
4	Situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités de l'enfant et de l'adolescent
5	Situations autour de la sexualité et de la génitalité
6	Situations autour de problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple
7	Situations de problèmes de santé et ou de souffrance liés au travail
8	Situations dont les aspects légaux, déontologiques et ou juridiques/médecinolégaux sont au premier plan
9	Situations avec des patients difficiles, exigeants
10	Situations où les problèmes sociaux sont au premier plan
11	Situations avec des patients d'une autre culture

**Figure 2 :**Modèle de l'Approche Centrée Patient (ACP)

