

THE COLLEGE OF  
FAMILY PHYSICIANS  
OF CANADA



LE COLLÈGE DES  
MÉDECINS DE FAMILLE  
DU CANADA

---

SECTION OF TEACHERS • SECTION DES ENSEIGNANTS

---

# Cursus Triple C axé sur le développement des compétences

Rapport du Groupe de travail sur la révision  
du cursus postdoctoral – Partie 1

Mars 2011

2630 Skymark Avenue, Mississauga ON L4W 5A4  
905 629-0900 Fax 905 629-0893 [www.cfpc.ca](http://www.cfpc.ca)

2630, avenue Skymark, Mississauga ON L4W 5A4  
905 629-0900 Téléc 905 629-0893 [www.cfpc.ca](http://www.cfpc.ca)

Canadian  
Family Medicine  
Curriculum



Le cursus en  
médecine familiale  
au Canada

---

## **Membres du Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral :**

David Tannenbaum, président

Jonathan Kerr

Jill Konkin

Andrew Organek

Ean Parsons

Danielle Saucier

Liz Shaw

Allyn Walsh

© 2011 Le Collège des médecins de famille du Canada. Tous droits réservés.

Suggestion de citation :

Tannenbaum D, Kerr J, Konkin J, Organek A, Parsons E, Saucier D, Shaw L, Walsh A, *Cursus Triple C axé sur le développement des compétences. Rapport du Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral – Partie 1*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2011.

# Table des matières

---

|   |     |
|---|-----|
| <a href="#"><u>Vue d'ensemble</u></a>   | 3   |
| <a href="#"><u>Contexte</u></a>   | 6   |
| <a href="#"><u>Section 1 : Introduction : Pourquoi réviser le cursus</u></a>  | 11  |
| <a href="#"><u>Section 2 : Principales orientations : Définitions et raison d'être</u></a>                                  | 21  |
| <a href="#"><u>Section 3 : Rôles CanMEDS-Médecine familiale : un cadre de compétences complet en médecine familiale</u></a> | 61  |
| <a href="#"><u>Annexe 1 : CanMEDS-Médecine familiale</u></a>  | 75  |
| <a href="#"><u>Annexe 2 : Exemples de cadres axés sur les compétences employés ailleurs dans le monde</u></a>               | 103 |
| <a href="#"><u>Annexe 3 : Les quatre principes de la médecine familiale</u></a>   | 110 |
| <a href="#"><u>Annexe 4 : Les principales modifications apportées aux rôles CanMEDS 2005 dans CanMEDS-MF</u></a>            | 113 |

# Vue d'ensemble

---

En juin 2009, le Conseil d'administration du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) a émis une résolution mandatant le Groupe de travail sur la révision du cursus (GTRC), un sous-comité du Conseil de la Section des enseignants, de produire un rapport qui proposerait l'introduction d'un cursus axé sur les compétences pour les programmes de résidence en médecine familiale, en employant le cadre de compétences CanMEDS-MF<sup>1</sup> comme base de son développement. Une version préliminaire du rapport a été complétée au printemps 2010; elle a été endossée par la Section des enseignants en juillet 2010.

La recommandation centrale du GTRC précise que chaque programme de résidence en médecine familiale au Canada établira un **cursus axé sur le développement des compétences**, visant des soins **complets et globaux** (« *comprehensive* »), orienté vers la **continuité** et **centré** sur la médecine familiale - le **cursus Triple-C axé sur le développement des compétences (Triple C)**.

## Un cursus Triple C axé sur le développement des compétences : sommaire des concepts

- **Un cursus axé sur le développement des compétences**

Un cursus axé sur le développement des compétences emploie des éléments curriculaires choisis minutieusement afin d'atteindre des résultats d'apprentissage escomptés clairement établis. Cette approche axée sur les résultats remplacera les stratégies éducatives traditionnelles, basée sur une durée de formation, actuellement en place dans la majorité des programmes de résidence. Les documents sur les compétences produits par le CMFC (CanMEDS-MF, les sujets prioritaires et leurs éléments clé, les six dimensions de la compétence en terme d'habiletés (« *skills dimensions* »), les domaines de formation (« *scope of training* »), orientent les programmes dans l'offre à leurs résidents d'opportunités d'apprentissage pertinentes et dans leur travail avec les résidents dans le but de surveiller et de documenter l'approfondissement de ces compétences. Le cadre de compétences CanMEDS-MF définit les compétences requises des médecins de famille offrant des soins complets et globaux, ce que tous les résidents travailleront à développer au cours de leur formation.

---

1 Le cadre CanMEDS – Médecine familiale (CanMEDS-MF) est adapté de: Frank, JR, ed. Le cadre des compétences CanMEDS 2005. L'excellence des normes, des médecins et des soins. Ottawa: Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2005 [cité 14 déc. 2009]. Disponible : <http://crmcc.medical.org/canmeds/index.php>

- **Soins complets et globaux et formation**

Les programmes de résidence en médecine familiale ont des responsabilités envers la société, qui s'attend à ce que les médecins soient formés pour répondre aux besoins de leurs communautés, par la prestation de soins complets et globaux. Les programmes de résidence en médecine familiale doivent démontrer de façon exemplaire des soins complets et globaux et former leurs résidents à assurer ce standard de soins. Cela demande la mise en place d'un cursus complet, qui outille l'apprenant pour qu'il développe l'étendue complète des compétences attendues, telles qu'elles sont définies dans le cadre de compétences CanMEDS-MF.

Le document sur l'étendue de la formation – qui paraîtra dans la Partie 2 du rapport – identifie les domaines de soins cliniques qui doivent être inclus dans la formation en résidence et souligne des compétences professionnelles en évolution, requises pour assurer la prestation de soins complets et globaux. Le but de la formation en résidence est de permettre aux résidents de démontrer, au moment de leur diplomation, leur capacité d'offrir un niveau prescrit de soins complets et globaux, tout en comprenant bien que leur apprentissage se poursuivra tout au long de leur exercice professionnel.

- **La continuité pédagogique pendant la formation et soins aux patients**

La continuité est primordiale pour former des médecins qui assumeront une pratique de soins véritablement complets et globaux. Il est essentiel d'assurer tant la continuité des soins au patient que la continuité pédagogique pendant la formation. La continuité des soins au patient est une composante fondamentale de la médecine familiale puisqu'elle améliore la satisfaction du médecin et du patient, mais surtout, les résultats pour le patient. La continuité pédagogique comporte trois éléments : la supervision, le milieu d'apprentissage et le cursus. Concentrer l'enseignement et l'évaluation autour d'un petit nombre de superviseurs principaux favorise une évaluation authentique des apprenants au fil du temps. À mesure que la relation de confiance s'établit entre l'apprenant et l'enseignant, l'indépendance et l'autonomie de l'apprenant augmentent dans un environnement de soutien. La continuité du milieu d'apprentissage favorise à la fois les soins centrés sur le patient et l'apprentissage centré sur l'apprenant et augmente les possibilités d'assurer la continuité des soins au patient. Le passage à des programmes centrés sur la médecine familiale améliorera la continuité du milieu d'apprentissage. La continuité du cursus exige une série bien coordonnée d'éléments et d'activités d'apprentissage qui encouragent l'intégration des apprentissages et le développement progressif des compétences.

- **Centré sur la médecine familiale**

Un cursus centré sur la médecine familiale sous-entend quatre éléments. D'abord, les directeurs de programme de médecine familiale doivent avoir un **contrôle** complet sur l'ensemble du cursus, ses buts et ses éléments curriculaires. Ensuite, le **contexte** d'apprentissage doit être principalement un milieu de médecine familiale. De plus, des enseignants en médecine familiale doivent être retenus, tout en reconnaissant que le corps professoral peut être complété par des enseignants et des milieux autres que la médecine familiale, qui pourraient être nécessaires pour

que les résidents acquièrent toute la gamme des compétences. Enfin, le **contenu** d'apprentissage doit être pertinent pour répondre aux besoins des résidents en médecine familiale, de sorte que chacune des expériences éducatives permette aux résidents de développer leur identité comme médecin de famille et d'acquérir les compétences de base pertinentes.

## Recommandations

Onze recommandations ont été acceptées pour mettre en œuvre le cursus Triple C axé sur le développement des compétences. Ces recommandations auront des impacts sur le travail du Collège à plusieurs niveaux, soit sur l'éducation, l'exercice professionnel et les politiques, autant à l'interne qu'à l'externe.

1. La formation doit avoir pour but de former des médecins de famille qui ont les compétences requises pour dispenser des soins complets, globaux et continus.
2. Le champ d'apprentissage en médecine familiale doit être complet, globaux et défini par un ensemble de compétences qui s'articulent autour des sept rôles professionnels du cadre de compétences CanMEDS-MF.
3. La continuité doit être un principe important de la formation des résidents en médecine familiale :
  - i. Continuité des soins au patient et à sa famille.
  - ii. Continuité pédagogique.
4. Une approche axée sur les compétences devrait guider la planification et l'élaboration du cursus. Les résultats attendus de l'apprentissage devraient être dérivés du cadre CanMEDS-MF et des documents connexes. Les expériences d'apprentissage devraient être conçues explicitement pour aider les résidents à acquérir ces compétences et à les démontrer.
5. L'acquisition de compétences particulières devrait être évaluée périodiquement. Le processus d'évaluation devrait être ancré dans le cursus. La promotion devrait être basée sur la démonstration de l'acquisition des compétences plutôt que sur la simple durée de la formation.
6. Les responsables de la planification des programmes de médecine familiale devraient conserver l'autorité sur tous les aspects du cursus, afin de s'assurer que celui-ci est constitué d'expériences en médecine familiale ou pertinentes pour la médecine familiale.
7. Le noyau du corps professoral devrait être formé de médecins de famille enseignants chevronnés et compétents, offrant des soins complets et globaux individuellement ou en groupe.

8. Les résidents devraient assumer une responsabilité accrue dans leur apprentissage et dans la démonstration de l'acquisition des compétences.
9. La performance finale des résidents devrait être une responsabilité partagée entre les programmes de résidence et les résidents eux-mêmes. Cela suppose que les programmes offrent un ensemble complet d'opportunités d'apprentissage, que les résultats d'apprentissage sont évalués adéquatement, et que les résidents ont accès à une formation souple et individualisée qui leur permet d'acquérir les compétences escomptées.
10. La plupart des résidents devraient atteindre les résultats d'apprentissage escomptés au regard du programme de base de médecine familiale en 24 mois. Toutefois, pour certains qui auraient besoin d'une période de formation plus longue, celle-ci devrait être accessible, au besoin.
11. Les programmes de formation en compétences avancées devraient être structurés et mis en œuvre d'une manière cohérente avec les recommandations précédentes. Les compétences associées aux soins complets, globaux et continus devraient être maintenues pendant ces périodes de formation complémentaire.

La dissémination des recommandations du groupe de travail a été appuyée par le Conseil de la Section des enseignants et elles ont été présentées à travers le pays, dans le cadre de réunions nationales et de présentations locales. Cependant, un travail complémentaire est requis pour épauler leur mise en œuvre par les programmes universitaires. On prévoit compléter en 2011 des parties complémentaires du rapport du Groupe de travail portant sur la mise en œuvre du cursus Triple C.

Nous avons produit ce rapport pour communiquer les recommandations du Groupe de travail et pour stimuler des changements dans les programmes de résidence en médecine familiale au Canada. Le travail dont il est question dans ce rapport se veut inclusif et itératif. Changer un cursus représente un processus graduel; il doit être conduit avec soin, dans une réflexion continue, en impliquant clairement ceux qui seront le plus touchés par les changements. On souhaite recevoir des parties prenantes une rétroaction, des commentaires et des suggestions.

# CONTEXTE

---

Vers la fin de 2006, le Comité de direction de la Section des enseignants du Collège des médecins de famille du Canada créait un Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral (le Groupe de travail). Son mandat : revoir le cursus postdoctoral des programmes de médecine familiale au Canada. La dernière révision de cette envergure datait de 1995.

Le Groupe de travail avait un mandat bien précis, à savoir :

- Analyser les récentes tendances en éducation médicale.
- Intégrer les dernières initiatives du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) au cursus.
- Recommander des modifications aux normes actuelles, le cas échéant.
- Recommander des modifications aux quatre principes de la médecine familiale afin de refléter les changements apportés aux normes actuelles, le cas échéant.

Le Groupe de travail s'est réuni en mars 2007 puis a tenu des séances de travail de deux jours, trois ou quatre fois par année par la suite. La liste des membres du groupe figure ci-après.

|                  |   |
|------------------|---|
| David Tannenbaum | Président   |
| Jonathan Kerr    | Section des résidents, CMFC (par la suite Université Queen's)               |
| Andrew Organek   | Section des résidents, CMFC (par la suite médecin de famille communautaire) |
| Jennifer Tong    | Section des résidents, CMFC   |
| Victor Ng        | Section des résidents, CMFC   |
| Jill Konkin      | Université de l'Alberta   |
| Ean Parsons      | Université Memorial   |
| Danielle Saucier | Université Laval  |
| Elizabeth Shaw   | Université McMaster   |
| Allyn Walsh      | Université McMaster   |
| Lynn Dunikowski  | CMFC  |
| Paul Rainsberry  | CMFC  |
| Debby Lefebvre   | CMFC  |

La D<sup>re</sup> Tong s'est jointe au groupe comme nouvelle représentante des résidents en octobre 2009. Elle a remplacé le D<sup>r</sup> Victor Ng en juillet 2010.

Le Groupe de travail a recueilli les commentaires de divers intervenants et maintenu la communication avec le comité de direction de la Section des enseignants, le Conseil d'administration du CMFC et les enseignants dans l'ensemble du pays au moyen de présentations et de discussions. Les groupes suivants ont été consultés :



- La Section des résidents du CMFC
- La Section des étudiants en médecine du CMFC
- Le Comité de l'éducation prédoctorale — CMFC
- Le Comité d'agrément — CMFC
- Le Groupe de travail sur le processus de certification — CMFC
- Les directeurs des programmes de résidence
- Le Comité conjoint sur la formation en médecine rurale — CMFC et Société de la médecine rurale du Canada.
- Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC).

Le Groupe de travail a également rencontré les directeurs de département de médecine familiale et les vice-doyens aux études postdoctorales des facultés de médecine canadiennes et québécoises. Ces rencontres ont permis de présenter des recommandations et d'en discuter.

Des présentations et des ateliers ont également été livrés dans le cadre du Forum sur l'éducation en médecine familiale et du Forum en médecine familiale de 2007 à 2010, où le comité a donné des mises à jour, échangé des idées, recueilli des commentaires et obtenu des rétroactions détaillées auprès des intervenants.

Ajoutons également que le groupe a présenté ses travaux à de nombreuses conférences internationales, dont celles-ci :

- *Association for Medical Education in Europe* (2009).
- *World Organization of Family Doctors (WONCA) Europe* (2009).
- Conférence canadienne sur l'éducation médicale (2009).
- *International Conference on Postgraduate Medical Education* (2009).
- *Brazilian Congress of Family Medicine* (2009).

Le Collège des médecins de famille du Canada a décerné le Prix D. I. Rice au président du Groupe de travail, ce qui lui a donné l'occasion de rencontrer les membres des départements de médecine familiale de plusieurs facultés de médecine du Canada, notamment :

- Université de Calgary
- Université d'Ottawa
- Université de Toronto
- Université de la Saskatchewan
- Université Queen's
- Université McGill
- Université Dalhousie
- Université de Western Ontario

Des séances de réflexion des directeurs de programmes de résidence en médecine familiale ont eu lieu en mars et en décembre 2010.

Le mandat initial du Groupe de travail prévoyait une durée de deux ans. En juin 2009, le mandat a été prolongé de deux ans. En 2010, le CMFC a mis sur pied un Groupe de travail chargé de mettre en œuvre des changements curriculaires recommandés par le Groupe de travail et appuyés par le Conseil de la Section des enseignants.

La principale recommandation du Groupe de travail invite les programmes de résidence en médecine familiale au Canada et au Québec à mettre en œuvre un **cursus axé sur le développement des compétences**, qui:

- vise des soins **complets et globaux**
- est orienté vers la **continuité** pédagogique et des soins aux patients, et
- **centré sur la médecine familiale.**

Ensemble, ces recommandations forment le « **Cursus Triple C axé sur le développement des compétences** » (**Triple C**). Son principal objectif est de fournir aux résidents en médecine familiale la formation requise pour offrir des soins cliniques et professionnels efficaces pour les prochaines décennies.

La première partie du rapport, qui comporte trois sections, fait état de la méthodologie qui a mené à la recommandation d'un changement curriculaire.

La **Section 1** présente une introduction et explique pourquoi il est nécessaire de modifier le cursus des programmes de résidence en médecine familiale au Canada. Elle aborde certains enjeux comme l'imputabilité, la responsabilité sociale, la sécurité des patients et l'efficacité en matière de programmation éducative. Dans cette section, le Groupe de travail fait valoir l'importance de former un nombre suffisant de médecins de famille qui dispensent des soins complets, globaux et continus dans des pratiques de médecine familiale traditionnelles et dans des modèles plus récents de pratiques interprofessionnelles afin de répondre aux besoins en soins de santé des populations canadienne et québécoise, ainsi que de leurs collectivités.

La **Section 2** présente une analyse approfondie de grandes orientations du Cursus Triple C.

La **Section 2.1** discute de la nécessité d'appuyer le cursus des programmes de résidence sur une formation complète visant des soins complets et globaux. On s'entend également sur l'intégration des habiletés nécessaires pour la prestation de soins complets et globaux aux programmes de formation avancée. Le Groupe de travail reconnaît que chaque diplômé aura les compétences d'un professionnel débutant et que ces compétences évolueront au fil du temps à mesure que celui-ci s'adaptera au milieu d'exercice et aux besoins de la collectivité. Au cours des premières années d'exercice, le mentorat joue un rôle important dans l'acquisition globale des compétences requises.

La **Section 2.2** traite de la continuité, tant des soins offerts aux patients que pédagogique. Ces éléments sont perçus comme des stratégies centrales à

l'expérience du résident. La continuité pédagogique est traitée sous trois angles : celui de la continuité de la supervision, de la continuité du milieu d'apprentissage et de la continuité du cursus.

La **Section 2.3** propose une révision détaillée de la définition et de la raison d'être de l'orientation pédagogique : les programmes devraient évoluer vers un **cursus axé sur le développement des compétences**. Le Groupe de travail traite de la nécessité d'établir des compétences clairement articulées comme résultats attendus de la formation et d'utiliser le cadre CanMEDS-MF pour établir les perspectives globales du cursus. Les stades de compétence et la « trajectoire des compétences » y sont décrits. Cette section compare également les cursus axés sur les compétences aux cursus calculés en temps. Elle présente les trois principaux éléments d'un cursus axé sur le développement des compétences, à savoir:

- Des résultats attendus clairement définis.
- Des occasions d'apprentissage pertinentes qui présentent des modèles de comportement, des populations de patients et des occasions d'exercer qui sont conformes aux résultats attendus.
- Une évaluation et une surveillance continues des progrès des apprenants afin de vérifier l'acquisition des compétences.

La **Section 2.4** discute du troisième « C », soit du programme centré sur la médecine familiale, qui fait en sorte que les expériences d'apprentissage et les milieux de pratique de la médecine familiale sont prédominants au sein de ces programmes. Le principe pédagogique selon lequel le milieu d'apprentissage joue un rôle crucial dans l'atteinte des résultats attendus et la promotion de l'identité professionnelle sous-tend cet élément du Cursus Triple C. Une comparaison détaillée du cursus centré sur la médecine familiale et des modèles de stages-blocs/stages rotatoires y est également présentée.

La **Section 3** met l'accent sur les cadres de compétence utilisés dans l'éducation des médecins et présente CanMEDS-Médecine familiale (CanMEDS-FM) : le cadre retenu et élaboré pour l'éducation postdoctorale en médecine familiale au Canada. Elle trace aussi l'origine de CanMEDS, le motif de son utilisation et les liens entre CanMEDS-MF et les quatre principes de la médecine familiale. Le document CanMEDS-MF est reproduit en entier à l'Annexe 1.

Le Groupe de travail prépare actuellement un second rapport qui devrait paraître en 2011. Ce rapport portera sur l'étendue de la formation en médecine familiale, les conséquences pratiques du Cursus Triple C, les stratégies de mise en œuvre et présentera une liste de vérification sur la mise en œuvre, les considérations d'ordre opérationnel, dont la durée du programme, les programmes de compétences avancées et le perfectionnement professoral. Le rapport pourrait également présenter des exemples d'initiatives entourant le Cursus Triple C tirés de partout au pays.

À l'heure actuelle, des travaux ont été amorcés au CMFC dans le but d'élaborer des normes d'agrément qui tiennent compte des progrès du Cursus Triple C. Ces normes devraient être publiées bientôt.

# Section 1 : Introduction : pourquoi réviser le cursus

---

## 1.1. Définir le problème

À l'heure actuelle, les programmes de résidence en médecine familiale font bonne figure au Canada : dix-sept facultés de médecine offrent des programmes de formation généralisés qui forment plusieurs centaines de diplômés chaque année. Ces diplômés sont reconnus à l'échelle locale, nationale et internationale comme des médecins de famille hautement qualifiés, capables d'obtenir des postes de cliniciens et de professeurs dans leur collectivité, partout au Canada et au Québec, ainsi qu'ailleurs dans le monde.

Toutefois, rien n'est pris pour acquis. Les exigences auxquelles les médecins de famille doivent se plier ne cessent d'augmenter, notamment en ce qui concerne les normes en matière de soins, les changements démographiques, les cadres de responsabilisation assortis de nouveaux modèles de soins et le besoin de traiter les patients comme des consommateurs. Iedema et ses collaborateurs décrivent bien la transformation de l'attitude, relativement indulgente que les patients détenaient depuis longtemps vers une inquiétude entourant l'accès opportun aux soins, les erreurs médicales et la sécurité<sup>1</sup>. Les gouvernements, principaux bailleurs de fonds, se préoccupent également du rapport coût-efficacité et de la rentabilité de la prestation des soins de santé. Nos programmes de formation postdoctorale doivent tenir compte de ces attentes et de ces nouvelles responsabilités.

Nos programmes d'éducation peinent parfois à fournir la formation nécessaire aux résidents dans le cadre du programme de résidence le plus court parmi toutes les spécialités alors qu'il s'agit de la discipline clinique la plus vaste. La situation est exacerbée par un système qui, souvent, semble valoriser la *profondeur* (depth) des connaissances au détriment de l'*étendue* (breadth) des connaissances. Comme les programmes d'éducation en médecine familiale ont été élaborés sur la base traditionnelle de l'internat par alternance, nos résidents consacrent beaucoup de temps aux stages qui ciblent davantage la tradition et les services non éducatifs. Nous devons passer à des programmes plus efficaces et efficaces, assortis d'un cursus fermement centré sur la médecine familiale, qui s'adressent aux praticiens. Nous devons donc concevoir des programmes qui, au départ, visent à former des médecins de famille compétents qui dispensent des soins complets et globaux.

Les facultés de médecine canadiennes et québécoises n'ont pas formé suffisamment de médecins de famille pour répondre aux besoins liés à la croissance et au vieillissement de la population, ainsi qu'à ceux d'une population dispersée. Nos programmes de résidence en médecine familiale ont du mal à attirer un nombre adéquat de diplômés pour répondre aux besoins du système de santé. À l'échelle nationale, environ 35 % des postes de formation postdoctorale ont été comblés au cours des dernières années alors que tout porte à croire

qu'il faudrait beaucoup plus de médecins pour répondre aux besoins de la population<sup>2,3</sup>. Les raisons qui expliquent ce manque d'intérêt sont complexes et les interventions pédagogiques ne peuvent, à elles seules, résoudre le problème. Or, les programmes de médecine familiale doivent demeurer crédibles et avant-gardistes pour répondre aux besoins de nos collectivités et de notre pays.

L'Association des facultés de médecine du Canada a adopté l'énoncé de l'Organisation mondiale de la santé sur la responsabilité sociale : « [les écoles de médecine ont] l'obligation d'orienter l'éducation, la recherche et les services pour répondre aux préoccupations prioritaires liées à la santé de la collectivité, de la région et/ou de la nation qu'ils ont le mandat de servir. Les préoccupations prioritaires en matière de santé doivent être répertoriées conjointement par les gouvernements, les organisations de soins, les professionnels de la santé et le public<sup>4</sup>. »

Même s'il existe des lacunes dans la plupart des disciplines médicales, nous devons reconnaître les besoins élevés du système de prestation de services de santé au Canada. Cette reconnaissance permettra de rallier l'appui des intervenants afin de répondre au besoin pressant de former des médecins de famille qui ont la capacité, les compétences et l'enthousiasme requis pour dispenser des soins complets, globaux et continus dans le large éventail de collectivités qui composent la mosaïque canadienne.

Les soins complets et globaux, principalement en raison de la continuité des soins qu'ils procurent par l'entremise d'un médecin de famille, ont démontré leur importance, non seulement pour les patients, mais aussi pour l'ensemble du système de santé. En s'appuyant sur l'information tirée de l'étude sur les coûts menée par Sweeney et ses collaborateurs en 1995, De Maeseneer et ses collaborateurs ont déterminé que « la relation entre la continuité des soins prodigués par un même fournisseur et le coût total des soins de santé, compte tenu des écarts concernant la morbidité ..., appuie fortement la conclusion selon laquelle la continuité des soins prodigués par un médecin de famille pourrait créer une économie de coûts<sup>5</sup>. » Par ailleurs, il existe un lien entre le « manque de continuité et une augmentation de la morbidité, des consultations difficiles, un manque d'assiduité et une hausse de l'utilisation des cliniques libres d'accès<sup>5</sup>. » Les résultats qui démontrent l'importance de cette continuité des soins prodigués par le médecin de famille sont les mêmes, tant pour les pratiques centrées sur la médecine familiale que pour celles qui sont organisées autour d'équipes multidisciplinaires<sup>6,7</sup>. D'où la nécessité de modeler la formation des résidents en médecine familiale sur les soins complets et globaux requis pour maintenir la continuité des relations entre le patient et son médecin de famille et encourager les résidents à adopter une telle pratique. Dans ce contexte, on doit reconnaître que le nombre croissant de médecins de famille qui préfèrent, plus tôt dans leur carrière, cibler leur pratique au lieu d'offrir la gamme complète des soins que fournissaient les générations précédentes d'omnipraticiens / de médecins de famille, est un défi de taille pour la médecine familiale.

En 2004, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) a publié *La médecine familiale au Canada – Une vision d'avenir* pour réagir à la pénurie de médecins de famille

et au besoin d'augmenter les appuis en faveur de notre discipline, ainsi que pour aider à planifier l'évolution de la médecine familiale pendant la prochaine décennie<sup>8</sup>. Plusieurs recommandations visaient l'éducation postdoctorale en médecine familiale et le besoin de revoir les normes d'agrément et les cursus afin d'assurer que tous les résidents en médecine familiale bénéficient d'un programme de base complet. Dans ce rapport, l'accès des patients à des soins complets, globaux et continus au Canada a été relevé comme un problème majeur, voire une crise. Rien n'indique que la situation s'est améliorée depuis la publication du rapport. En fait, elle pourrait même s'être aggravée.

Lors d'une séance plénière de la Conférence canadienne sur l'éducation médicale en 2006, les éducateurs se sont entendus pour dire que les généralistes pourraient être une espèce en voie de disparition et que les écoles de médecine et l'ensemble de la profession médicale doivent agir si elles veulent que le système de soins de santé survive dans sa forme actuelle<sup>9</sup>.

Dans le rapport rédigé par l'Association des facultés de médecine du Canada en 2010 intitulé *L'avenir de l'éducation médicale au Canada*, la médecine généraliste est reconnue comme un élément clé de l'éducation prédoctorale. Selon le rapport : « Il va sans dire que la spécialisation a entraîné l'amélioration des soins pour des problèmes spécifiques, mais on peut soutenir que ces progrès se sont réalisés au détriment d'une perspective et d'une appréciation plus globales du rôle du généralisme et de la pratique familiale<sup>10</sup>. » Le rapport souligne le besoin d'augmenter le nombre de médecins de famille et autres généralistes qui participent à l'éducation médicale prédoctorale.

La Section des résidents du CMFC a également exprimé certaines préoccupations au sujet de la formation reçue. La Section produit et révisé régulièrement le *Guide to the Improvement of Family Medicine Training*, un document qui détaille les perspectives des résidents à l'égard de leur programme de formation et qui propose des recommandations dans le but de l'améliorer. Ce document révèle que les résidents de partout au Canada estiment que leur formation est parfois trop fortement axée sur des sujets qui ne s'appliquent pas à leur future pratique familiale et qu'elle est dispensée dans des milieux sans réelle pertinence pour eux<sup>11</sup>.

## 1.2. Réagir à un contexte changeant

Tous les programmes pédagogiques doivent s'adapter continuellement afin de répondre à l'évolution des demandes de la société et des systèmes de soins de santé. Les soins de santé de première ligne, la population et ses besoins en matière de santé ainsi que les attentes des intervenants évoluent. La discipline de la médecine familiale a pris beaucoup de maturité au cours des cinq dernières décennies : elle s'appuie sur des paramètres clairement définis et une base de recherche sophistiquée. Mentionnons également que nous continuons de développer nos connaissances des techniques efficaces sur le plan pédagogique. Le projet de l'AEMC intitulé *L'avenir de l'éducation médicale au Canada* a entamé une étude approfondie de l'éducation médicale prédoctorale au Canada et ailleurs dans le monde<sup>10</sup>. Assurément, ses recommandations occasionneront un renforcement de la formation



postdoctorale en général, et en médecine familiale en particulier. Plus particulièrement, l'importance d'établir un lien entre la formation et les besoins de la collectivité, d'apprendre dans le contexte de la collectivité, les expériences intra et interprofessionnelles, l'approche pédagogique axée sur le développement des compétences et la promotion du généralisme influent directement sur l'éducation des résidents en médecine familiale au Canada.

Nous sommes imputables envers la population et le gouvernement pour la qualité et la cohérence de la pratique des diplômés issus de nos programmes de formation en médecine familiale. Nous devons veiller à ce que le cursus que nous présentons pour la formation de nos diplômés soit renouvelable et que non seulement il s'adapte aux changements, mais qu'il les anticipe.

- **Réorienter la médecine familiale**

En juin 2007, le D<sup>f</sup> John Saultz<sup>12</sup> suggérait que la médecine familiale devait réorienter le système de soins de santé :

- des soins personnels vers des soins à la population;
- d'une mentalité de petite entreprise à une approche organisationnelle interdisciplinaire;
- des processus de qualité vers des résultats de qualité;
- des pratiques uniques axées sur la discipline vers des équipes interdisciplinaires;
- du principe de comprendre le patient à celui d'aider le patient à comprendre;
- de la réflexion sur *quels* soins sont fournis à *comment* ils le sont.

Le CMFC a recommandé l'adoption du concept d'un centre de médecine familiale pour chaque patient (*Medical Home*)<sup>13</sup>. Ce concept repose sur une relation continue entre le patient et son médecin de famille. Les principaux éléments du concept incluent notamment des soins coordonnés, continus, complets et globaux du patient perçu dans son ensemble.

En notre qualité d'éducateurs, nous sommes chargés de préparer les nouveaux médecins de famille à exercer la médecine de cette façon. Nous devons également assurer qu'ils sont en mesure de contribuer au développement de modèles qui amélioreront l'efficacité, la qualité et l'accessibilité des soins.

- **Changements au système clinique et de santé**

On accorde de plus en de plus de valeur à l'éducation interprofessionnelle et aux perspectives qu'elle présente. La prestation de soins s'est déplacée de l'hôpital vers le domicile pour les personnes souffrant de maladies physiques chroniques et de maladies mentales. Ce déplacement a une incidence sur le rôle des médecins de famille qui doivent combler ces lacunes afin de répondre aux besoins de leurs patients, ce qui a élargi leur rôle. Le cursus doit répondre aux besoins changeants de la collectivité et évoluer à mesure que l'interaction des forces sociales, scientifiques et économiques façonne les soins de santé.



Notre contrat social consiste à répondre aux besoins de notre collectivité – nous révoquons ce contrat à nos propres risques. Pour maintenir notre autonomie, nous devons trouver l'équilibre entre la prestation du service dont les collectivités ont besoin et l'exécution des tâches professionnelles que nous, médecins, sommes à l'aise et heureux d'accomplir. Les gouvernements chercheront à élaborer des systèmes de prestation des soins qui excluent les médecins de famille si nous ne proposons pas de solutions innovatrices qui répondent aux besoins des collectivités. Les résultats cliniques et l'efficacité de la médecine familiale en termes de coûts ont été clairement démontrés<sup>14,15</sup>. Pourtant, les gouvernements mettent du temps à comprendre le rôle clé que jouent les médecins de famille.

- **Modifier le système d'éducation**

En 2003, Irby et Wilkerson<sup>16</sup> ont bien décrit les grandes tendances du milieu de l'éducation médicale qui exerçaient une influence sur l'exécution des programmes de formation :

- la demande pour une productivité clinique accrue;
- les approches multidisciplinaires en matière de science et d'éducation;
- l'art d'apprendre et de défendre les méthodes d'apprentissage actif fondées sur des cas cliniques et les communautés d'apprentissage;
- les changements de point de vue sur la santé et la maladie qui ont conduit à un nouveau contenu et à de nouveaux contextes d'apprentissage;
- la responsabilité à l'égard des résultats éducatifs qui a donné lieu à de nouvelles méthodes d'évaluation des apprenants.

Même si elles ont été rédigées pour les États-Unis, ces tendances influent également sur les programmes canadiens.

La recherche en éducation médicale s'est épanouie et continue de fournir des conseils sur les méthodes pédagogiques efficaces. Nous devons tenir compte de ces méthodes à mesure que les programmes de formation dépassent les anciens modèles de stages de formation clinique. Dans l'ensemble, les systèmes d'éducation axés sur le développement des compétences se sont répandus à mesure que les programmes cherchaient des méthodes plus responsables et visaient à garantir certains résultats pour leurs diplômés.

De nombreux intervenants incitent les programmes de résidence et le CMFC au changement, tant sur le plan du contenu des cursus que des procédés pédagogiques. À juste titre, les apprenants de notre système s'attendent à recevoir la formation qui répondra le mieux à leurs besoins, une éducation conçue pour former les meilleurs médecins de famille possibles, des médecins qui ont les compétences requises pour évoluer dans un contexte dynamique. Pour concevoir le cursus, il faut tenir compte des constats et des stratégies tirés des plus récentes recherches sur l'apprentissage efficace, ainsi que des nouvelles technologies et innovations pédagogiques. Parallèlement, diverses organisations professionnelles et sociales recommandent d'ajouter des domaines d'intérêt et(ou) d'augmenter le niveau de réalisation pour diverses compétences qui portent sur la compréhension de l'importance des besoins sociétaux. Le temps affecté chaque semaine à la formation des résidents et, par conséquent l'exposition aux cas cliniques, a diminué à mesure

que les règles concernant la durée acceptable de la privation de sommeil et du travail en continu changeaient. D'autres absences – par exemple, les congés parentaux – sont également possibles durant la période de résidence. Si l'impact de ces changements sur les soins prodigués aux patients est controversé<sup>17</sup>, il n'en reste pas moins qu'il influe sur le nombre d'heures accordées aux programmes de résidence.

L'expertise exige une pratique répétée et délibérée<sup>18</sup>, et la majorité des apprentissages approfondis doit se produire dans un contexte clinique en lien avec la pratique future. Si nous voulons que nos futurs médecins de famille développent, non seulement une expertise de routine, mais aussi l'expertise adaptative nécessaire pour assurer la prestation de soins médicaux de la plus haute qualité, leur formation doit être axée sur la collectivité et contenir suffisamment d'expérience du milieu hospitalier pour qu'ils puissent atteindre l'objectif de la formation en médecine familiale, à savoir fournir des soins complets et globaux.

Devenir médecin nécessite bien plus que l'acquisition d'une expertise médicale. Le milieu d'apprentissage doit soutenir tous les rôles présentés dans le document CanMEDS-FM. Essentiellement, il s'agit de former une identité professionnelle : « La formation ... implique le processus de création d'un professionnel en développant les connaissances, la compréhension et les compétences d'une personne; en encourageant une interaction avec d'autres membres de la profession, particulièrement des personnes chevronnées; et en encourageant un dévouement de *tête et de cœur* envers les valeurs et les comportements propres à la profession<sup>19</sup>. »

- **Relever le défi**

Les expériences d'apprentissage authentique favorisent le développement de l'expertise et de l'identité professionnelle. Mewman et ses collaborateurs (1996) décrivent l'apprentissage authentique comme autonome et fondé sur la recherche, qui se compose d'expériences d'apprentissage réelles et valorisées<sup>20</sup>. Les recommandations présentées dans le présent rapport visent à accroître l'authenticité de l'éducation des résidents en médecine familiale. Nos programmes doivent être hautement efficaces et utiliser les méthodes pédagogiques les plus efficaces possibles. Les changements que nous proposons dans le présent rapport rendront également nos programmes plus attrayants aux yeux des diplômés en médecine.

## 1.3. Orientations clés : Le « Coursus Triple C axé sur le développement des compétences »

Après une réflexion approfondie, le Groupe de travail a conclu que les programmes de résidence devraient élaborer et mettre en œuvre un cursus axé sur développement des compétences, qui :

- vise des soins complets et globaux
- est orienté vers la continuité pédagogique et des soins aux patients, et
- est centré sur la médecine familiale

Ensemble, ces recommandations forment le « **Cursus triple C axé sur le développement des compétences** » (Triple C).

### **Soins complets et globaux et formation**

Les programmes de résidence en médecine familiale ont des responsabilités envers la société, qui s'attend à ce que les médecins soient formés pour répondre aux besoins de leurs communautés, par la prestation de soins complets et globaux. Les programmes de résidence en médecine familiale doivent modeler de façon exemplaire les soins complets et globaux et former leurs résidents de sorte qu'ils puissent assurer ce standard de soins. Cela demande la mise en place d'un cursus complet, qui outille l'apprenant pour qu'il approfondisse la gamme complète des compétences attendues, telles qu'elles sont définies dans le cadre de compétences CanMEDS-MF. Le document sur l'étendue de la formation – qui paraîtra dans la Partie 2 du rapport – identifie les domaines de soins cliniques qui doivent faire partie de la formation en résidence et souligne des compétences professionnelles en évolution, requises pour assurer la prestation de soins complets et globaux. Le but de la formation en résidence est de permettre aux résidents de démontrer, au moment de leur diplomation, leur capacité d'offrir un niveau prescrit de soins complets et globaux, tout en comprenant bien que leur apprentissage se poursuivra tout au long de leur exercice professionnel.

### **Continuité pédagogique pendant la formation et soins aux patients**

La continuité est primordiale pour former des médecins qui assumeront une pratique de soins véritablement complets et globaux. Il est essentiel d'assurer tant la continuité des soins au patient que la continuité pédagogique pendant la formation. La continuité des soins au patient est une composante fondamentale de la médecine familiale puisqu'elle améliore la satisfaction du médecin et du patient, mais surtout, les résultats pour le patient. La continuité pédagogique comporte trois éléments : la supervision, le milieu d'apprentissage et le cursus. Concentrer l'enseignement et l'évaluation autour d'un petit nombre de superviseurs principaux contribue à une évaluation authentique des apprenants au fil du temps. À mesure que la relation de confiance s'établit entre l'apprenant et l'enseignant, l'indépendance et l'autonomie de l'apprenant augmentent dans un milieu accueillant. La continuité du milieu d'apprentissage favorise à la fois les soins centrés sur le patient et l'apprentissage centré sur

l'apprenant et procure davantage de possibilités d'assurer la continuité des soins au patient. Le passage à des programmes centrés sur la médecine familiale améliorera la continuité du milieu d'apprentissage. La continuité du cursus exige que soit présente une série bien coordonnée d'éléments et d'activités d'apprentissage qui encouragent l'intégration des apprentissages et le développement progressif des compétences.

## **Un cursus axé sur le développement des compétences**

Un cursus axé sur le développement des compétences emploie des éléments curriculaires minutieusement choisis afin d'atteindre des résultats d'apprentissage souhaités clairement établis. Cette approche axée sur les résultats remplacera les stratégies pédagogiques traditionnelles, basées sur une durée de formation actuellement en place dans la majorité des programmes de résidence. Les documents sur les compétences produits par le CMFC (CanMEDS-MF), les sujets prioritaires et leurs éléments clé, les six dimensions de la compétence en terme d'habiletés (« *skills dimensions* »), les domaines de formation (« *scope of training* »), orientent les programmes dans l'offre à leurs résidents d'opportunités d'apprentissage pertinentes et dans leur travail avec les résidents dans le but de surveiller et de documenter l'approfondissement de ces compétences. Le cadre de compétences CanMEDS-MF définit les compétences requises des médecins de famille qui offrent des soins complets et globaux, ce que tous les résidents travailleront à développer au cours de leur formation.

## **Un cursus centré sur la médecine familiale**

Un cursus centré sur la médecine familiale sous-entend quatre éléments. D'abord, les directeurs de programme de médecine familiale doivent avoir un **contrôle** complet sur l'ensemble du cursus, ses buts et ses éléments curriculaires. Ensuite, le **contexte** d'apprentissage doit être principalement un milieu de médecine familiale. De plus, des enseignants en médecine familiale doivent être retenus, tout en reconnaissant que le corps professoral peut être complété par des enseignants et des milieux autres que celui de la médecine familiale, qui pourraient être nécessaires pour que les résidents acquièrent toute la gamme de compétences. Enfin, le **contenu** d'apprentissage doit être pertinent pour répondre aux besoins des résidents en médecine familiale, de sorte que chacune des expériences éducatives permette aux résidents de développer leur identité comme médecin de famille et d'acquérir les compétences de base pertinentes.

## Références

1. Iedema R., Degeling P., Braithwaite J., Kam Yin Chan D. *Medical education and curriculum reform: putting reform proposals in context*. Medical Education Online [série en ligne] 2004;9:17. Sur Internet : <http://med-ed-online.net/index.php/meo/article/view/4368/4550>
2. Macinko J., Starfield B., Shi L. « Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States ». *Int J Health Serv.* 2007; 37(1):111-26.
3. Pierard E. *The effect of physician supply on health status as measured in the National Population Health Survey*. Waterloo Economic Series. Document de travail n° 09-01. Waterloo, ON: Université de Waterloo;2009.
4. Boelen C., Heck JE. *Defining and measuring the social accountability of medical schools*. Genève : Organisation mondiale de la santé; 1995. Document OMS/HRH/95.7, 32 p.
5. De Maeseneer J., De Prins L., Gosset C., Heyerick J. « Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? » *Ann Family Med.* 1(3):144-8.
6. Rodriguez HP., Rogers WH., Marshall RE., Safran DG. « Multidisciplinary primary care teams: effects on the quality of clinician-patient interactions and organizational features of careMed Care ». *Med Care.* 45;1(19):19-27.
7. Guthrie B., Saultz J., Freeman GK., Haggerty JL. « Continuity of care matters ». *BMJ.* 2008, 7 août; 337:a867.
8. Collège des médecins de famille du Canada. *La médecine familiale au Canada - Une vision d'avenir*. Mississauga, ON; CMFC; 2004.
9. Albritton W. et collab. « Generalism versus subspecialization: changes necessary in medical education ». *Can J. Rural Med.* 2006;11(2):126-8.
10. Association des facultés de médecine du Canada. *L'avenir de l'éducation médicale au Canada (AEMC) : Une vision collective pour les études médicales postdoctorales*. Ottawa, ON: AEMC; 2010 [réf. du 13 mars 2010]. Sur Internet : [http://www.afmc.ca/fmec/pdf/vision\\_collective.pdf](http://www.afmc.ca/fmec/pdf/vision_collective.pdf)
11. Collège des médecins de famille du Canada, Section des résidents. *Guide for improvement of family medicine training (GIFT)*. Mississauga, ON: CMFC; 2007.

12. Saultz J. Nicholas Pisacano Memorial Lecture *at the 2007 Workshop for Directors of Family Medicine Residencies*. 11 juin 2007 [réf. du 13 avril 2009]. Sur Internet : <http://www.aafp.org/online/en/home/publications/news/news-now/resident-student-focus/20070614saultzlecture.html>
13. Collège des médecins de famille du Canada. *Les soins de première ligne centrés sur les patients au Canada : Concept du Medical Home*. [Document de travail.] Mississauga, ON: CMFC; Oct. 2009. 27 p. [réf. du 13 mars 2010]. Sur Internet : [http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource\\_Items/Health\\_Professionals/Medical%20Home%20paper%20FINAL%20FRENCH%20\(Oct%202009\).pdf](http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Health_Professionals/Medical%20Home%20paper%20FINAL%20FRENCH%20(Oct%202009).pdf)
14. Starfield B., Shi L. *Policy relevant determinants of health: an international perspective*. *Health Policy*. 2002;60(3):201-18.
15. Hollander MJ., Kadlec H., Hamdi R., Tessaro A. « Increasing value for money in the Canadian healthcare system: new findings on the contribution of primary care services ». *Health Care Q*. 2009;12:30-42.
16. Irby D., Wilkerson L. « Educational innovations in academic medicine and environmental trends ». *J Gen Intern Med*. 2003;18:370-6.
17. Lipsett P. « Resident work-hours or « duty hours »: evidence versus emotion ». *Crit Care Med*. 2009;37(9): 2661-2.
18. Ericsson KA., Krampe RT., Tesch-Römer C. « The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance ». *Psychol Rev*. 1993;100:363-406.
19. Irby D., Cooke M., O'Brien B. « Calls for reform of medical education by the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching: 1910 and 2010 ». *Acad Med*. 2010;85(2):220-7.
20. Newman F., Marks H., Gamorgan A. « Authentic pedagogy and student performance ». *Am J Educ* 1996 104:280-312.

# Section 2 : Principales orientations : Définitions et raison d'être

---

## 2.1. Soins complets et globaux et formation

- **L'importance de la globalité**

Starfield (2002) a fait le lien entre une meilleure santé et six caractéristiques de la pratique médicale qui font partie intégrante de la médecine familiale<sup>1</sup> :

- Soins de premier contact;
- Soins longitudinaux (continuité des soins);
- Soins complets et globaux (« *comprehensive care* »);
- Coordination des soins;
- Soins centrés sur la famille;
- Orientation communautaire.

Dans le cadre de son contrat social, l'éducation en médecine familiale devrait s'articuler autour de ces caractéristiques. Pour ce faire, les résidents en médecine familiale doivent disposer d'un cursus qui leur permettrait de maîtriser les compétences dont ils ont besoin pour fournir des soins complets et globaux aux patients. Les cinq autres éléments sont tout aussi importants. Toutefois, si un programme de formation doit être livré dans un contexte très court, l'enseignement des soins continus et globaux et l'expérience de la continuité des soins peuvent devenir un défi de taille. Il convient aussi de souligner que ces éléments sont probablement les aspects les plus complexes de la pratique de la médecine familiale.

En 2004, *La médecine familiale au Canada - Une vision d'avenir*<sup>2</sup> recommandait que le contenu obligatoire du cursus de tous les programmes de résidence en médecine familiale comprenne : les soins de maternité (y compris les soins obstétricaux périnataux, la médecine d'urgence, les soins palliatifs, les soins de santé mentale et les soins aux personnes âgées), ainsi que la liste des fonctions obligatoires des organismes de soins primaires, telle que dressée par le comité coordonnateur provincial des relations entre les collectivités et les centres hospitaliers (PCCCAR – *Primary Health Care of the Provincial Co-ordinating Committee for Community and Academic Health Sciences Centre Relations*). La liste de ces fonctions, souvent appelées « panier de services », s'établit comme suit<sup>3</sup> :

1. Évaluation de santé.
2. Prévention des maladies et promotion de la santé, fondées sur les données probantes.
3. Interventions pertinentes en présence de maladie épisodique et de blessure.
4. Soins primaires en matière de reproduction.
5. Diagnostic précoce, traitement initial et suivi des affections chroniques.



6. Soins dispensés pour la majeure partie des maladies (conjointement avec d'autres spécialistes, le cas échéant).
7. Éducation et soutien à l'autogestion de la santé (« *self-care* »).
8. Soutien pour les soins à domicile, dans les établissements de soins prolongés et en milieu hospitalier.
9. Mesures pour assurer une réponse 24 heures sur 24, sept jours sur sept.
10. Coordination des services et référence.
11. Maintien d'un dossier de santé complet pour chacun des patients inscrits de l'organisme des soins de santé primaires.
12. Défense des intérêts des patients.
13. Soins primaires en santé mentale, incluant le counseling psychosocial.
14. Coordination et prestation de services de réadaptation.
15. Soutien aux patients souffrant d'une maladie terminale.

La *Trousse d'outils en soins de première ligne* du CMFC est un vaste projet qui accorde beaucoup d'importance aux soins complets et globaux. La notion de *soins complets et globaux* laisse entendre que le médecin de famille est en mesure d'offrir une vaste gamme de services de santé afin de répondre à la variété d'événements qui surviennent au cours de la vie d'une personne, et qu'il a accès à ces soins<sup>4</sup>. Le projet met en évidence le besoin qu'ont les populations pour des médecins qui offrent une gamme de services « complète ». Le document *Principes et valeurs clés pour les médecins de famille dans le développement d'un modèle de soins de première ligne* classe la globalité des soins parmi les six principes et valeurs clés de la médecine familiale<sup>5</sup>.

- **La tendance vers une pratique plus ciblée**

Tôt ou tard, certains médecins de famille décideront de cibler leur pratique, soit pour répondre aux besoins de la collectivité, soit pour des raisons personnelles. Le CMFC a reconnu que, dans chaque contexte d'exercice, il existe diverses façons de dispenser des soins complets et globaux aux patients et à la collectivité. Cela dit, il n'en reste pas moins que majoritairement, les patients demandent l'accès à un médecin de famille qui dispense des soins complets et globaux et avec qui ils entretiennent une relation durable. Parallèlement, les tendances révèlent que, dans l'ensemble, les médecins de famille ont resserré leur champ d'activités<sup>6</sup>. Par exemple, les soins prodigués par un médecin de famille en milieu hospitalier diminuent, tout comme leur participation en assistance chirurgicale, en chirurgie, en anesthésiologie, en obstétrique et dans la pratique de gestes techniques plus complexes. Dans son étude des soins primaires complets et globaux (définis comme les soins dispensés à l'extérieur du cabinet médical), Chan a constaté une réduction des services entre 1990 et 2000. Cette réduction se manifeste à la fois dans les milieux ruraux et urbains et chez les médecins de tous les âges et des deux sexes<sup>7</sup>.

En 2006, une recherche menée à l'Université de Toronto révélait qu'un grand nombre de résidents en médecine familiale n'étaient pas intéressés à offrir des services obstétricaux complets ou des soins palliatifs, en partie parce qu'ils croyaient ne pas avoir reçu une



formation adéquate<sup>8</sup>. Parallèlement, la prestation de ces services a augmenté chez ceux qui ont continué à les offrir. À titre d'exemple, le taux de participation à des services obstétricaux est passé de 28 % en 1992 à 16 % en 2001. Au cours de cette même période, le nombre de services obstétricaux dispensés par les médecins de famille, en moyenne, a augmenté de 33 %<sup>6</sup> (c.-à-d. que les médecins de famille ont dispensé presque 50 % des soins périnataux au Canada).

Green et ses collaborateurs ont examiné les habitudes de pratique des diplômés des programmes de médecine familiale au Canada avec ou sans troisième année de formation<sup>9</sup>. Les diplômés commencent à cibler une discipline particulière après un certain nombre d'années d'exercice. Ils se concentrent de moins en moins sur la prestation de services obstétricaux et sur la médecine d'urgence, sans pour autant devenir des « quasi-spécialistes » avec une pratique très ciblée.

- **Adapter le cursus aux besoins de la collectivité**

Quelques approches à la formation des résidents pourraient aider à combler le manque de diplômés capables de dispenser des soins complets et globaux. On pourrait, par exemple, offrir aux résidents un cursus ciblé, mais qui respecte le programme global, dans l'espoir qu'après avoir terminé leur formation de deux ans, ils élargiront leurs connaissances et leurs compétences conformément aux besoins de la collectivité ou à leurs propres intérêts. Ou encore, on pourrait adopter une approche dite « à la carte » qui permettrait aux résidents de choisir parmi diverses options celles qui leur permettraient d'adapter leur éducation à leur pratique future.

Ni l'une ni l'autre de ces options ne semble optimale, en raison de la tendance des médecins à resserrer leur champ d'activité plutôt qu'à l'étendre, après quelques années, et de la forte demande pour des médecins de famille capables de dispenser des soins complets et globaux, et de s'adapter à un environnement qui évolue constamment. La formation des résidents en médecine familiale doit leur fournir des occasions de développer les compétences requises afin d'évoluer dans une pratique où sont offerts des soins complets et globaux. Les résidents doivent participer à la prestation de soins continus, complets et globaux aux patients dans le cadre de leurs diverses expériences en médecine familiale, et ce avec l'accès à des modèles de comportement positifs explicites. Or, l'exercice de soins complets, globaux et continus doit être évident dans tous les milieux où la médecine familiale est pratiquée, qu'ils s'agissent de pratiques autonomes, de pratiques de groupe ou d'équipes multidisciplinaires. Les programmes de troisième année en médecine familiale doivent respecter ce point de vue : bien qu'ils soient plus ciblés, ces programmes doivent soutenir le concept selon lequel la formation de médecins de famille capables de dispenser des soins complets et globaux demeure au cœur de ces programmes. Les apprenants qui évoluent dans des programmes de compétences avancées doivent participer à la prestation de soins continus, complets et globaux aux patients dans le cadre de leurs objectifs d'apprentissage plus ciblés. L'intégration des compétences avancées dans une pratique familiale complète et globale est

un incontournable. Par conséquent, les programmes doivent évaluer comment la globalité des soins peut être démontrée dans le cadre d'une formation plus ciblée.

Le cursus de la médecine familiale continuera à se centrer sur la formation de médecins capables de fournir :

- des soins complets et globaux, couvrant tous les aspects de la promotion de la santé et de la prévention des maladies;
- un diagnostic;
- les traitements d'urgence, y compris la prise en charge des maladies mortelles;
- la prise en charge des maladies chroniques;
- la réadaptation;
- les soins palliatifs.

Pour se faire, il faut « s'approprier » l'ensemble du cursus, et non seulement la partie qui porte sur une discipline quelconque<sup>10</sup>. Cela est une condition préalable de la continuité pédagogique. De plus, pour répondre aux besoins communautaires, les programmes de résidence canadiens et québécois doivent doter tous les résidents des compétences nécessaires pour dispenser les soins avec le même niveau d'expertise qu'un médecin débutant peut le faire partout au pays.

Les programmes doivent aider les résidents à cultiver leur identité comme médecins de famille au cours de leur travail et de leurs études en vue de maîtriser les compétences du programme de résidence en médecine familiale. Les résidents doivent pouvoir fournir des soins complets et globaux (et savoir qu'ils en sont capables) dès le début de leur pratique. Ajoutons également que le milieu d'apprentissage doit favoriser l'acquisition d'habiletés et d'aptitudes qui permettront aux résidents de continuer d'élargir leurs connaissances et leurs habiletés dans le cadre de leur pratique. Par ailleurs, ce milieu d'apprentissage doit convaincre les résidents qu'ils seront en mesure de faire un apprentissage rapide requis au début de leur pratique. De plus, les programmes de compétences avancées de troisième année doivent être conçus pour poursuivre sur le développement des résidents dans ces voies.

La continuité est déterminante pour former des médecins capables de fournir des soins véritablement complets et globaux. Il faut assurer la continuité au sein du milieu éducationnel, de l'enseignement et des enseignants ainsi que la continuité des soins aux patients et à leur famille. Un cursus centré sur la médecine familiale tel que nous le décrivons dans le présent rapport assurera une meilleure continuité de l'enseignement et des enseignants. Il faut redoubler d'efforts pour assurer que les résidents travaillent avec un groupe de patients et prennent en charge les besoins de ces patients et de leur famille. Il existe déjà divers modèles de cursus qui habilitent les résidents à dispenser des soins continus à un groupe précis de patients. N'empêche qu'il faudra introduire d'autres innovations pour tenir compte des modèles de formation non centralisée.

Le document CanMEDS-MF décrit les domaines cliniques qui devraient faire partie de l'éducation des médecins de famille qui offrent des soins complets et globaux. (Voir la version préliminaire du document sur les domaines cliniques.) À ces domaines, s'ajoutent les dimensions essentielles (« *skills dimensions* ») et les sujets prioritaires (« *priority topics* ») décrits par le Groupe de travail sur le processus de certification. On s'attend à ce que ces compétences soient présentes dans les milieux d'enseignement de la médecine familiale et qu'elles soient enrichies par des expériences acquises dans des milieux ciblés, lorsqu'elles sont nécessaires pour offrir au résident des occasions qui ne se présentent pas dans le milieu d'enseignement de la médecine familiale existant. Les programmes de résidence devront donc examiner soigneusement la gamme de contextes de stage en médecine familiale offerts à leurs apprenants, et chercher à fournir celui qui leur permettra d'atteindre le plus grand nombre possible d'objectifs d'apprentissage. Un autre élément fondamental du programme serait notamment le besoin d'avoir des enseignants qui sont des modèles de la prestation de soins complets, globaux et continus.

Les compétences dont on s'attend des médecins de famille continueront à évoluer au fil des ans. On ne peut s'attendre à ce que les diplômés de nos programmes de résidence possèdent toutes les connaissances et habiletés requises à la fin du programme de résidence. Ce but est irréaliste pour une discipline aussi vaste. Plutôt, leurs compétences doivent être celles d'un médecin débutant auxquelles s'ajoutent les capacités d'apprentissage qui leur permettront de perfectionner et de modifier leurs habiletés et de maîtriser les compétences additionnelles, en fonction de leur milieu de pratique, des compétences de leurs collègues et des besoins communautaires. Citons, à titre d'exemple, Wetmore et ses collaborateurs (2005) qui ont dressé une liste d'habiletés techniques essentielles<sup>11</sup> qui décrit les gestes de base qui permettront aux diplômés de répondre aux besoins de la collectivité et de développer de nouvelles compétences au fil du temps. L'élaboration d'une telle liste pose un défi : comme elle peut contribuer à définir les exigences fondamentales, elle devra faire l'objet d'un examen régulier afin d'assurer qu'elle énumère les habiletés essentielles que tous les diplômés doivent posséder pour maîtriser la compétence. Elle renferme une responsabilité à trois volets : le Collège doit revoir les habiletés techniques essentielles; les programmes doivent fournir les contextes et les occasions d'apprentissage; et les apprenants doivent trouver les occasions de maîtriser ces compétences et d'en démontrer la maîtrise.

La durée de la formation dont les résidents ont besoin pour acquérir ces compétences n'est pas claire. De par sa nature, un cursus fondé sur les compétences n'est pas calculé en temps. Nous prévoyons que l'élaboration d'un cursus centré sur la médecine familiale, fortement ciblé sur les occasions d'apprentissage nécessaires pour développer les compétences requises, permettra de réaliser des gains d'efficacité. De plus, il sera essentiel d'élaborer des programmes d'études prédoctorales solides afin de fournir aux résidents un excellent point de départ. Le perfectionnement professionnel continu et le mentorat joueront un rôle important pendant les premières années de pratique et il sera important de formaliser des méthodes pour les mettre au point. Tout compte fait, il n'en demeure pas moins que certains résidents prendront plus de temps que d'autres pour maîtriser ces compétences. Il sera peut-être nécessaire d'améliorer dans certains programmes de résidence les mécanismes qui leur

assureront la durée de formation dont ils auront besoin. Nous ne nous attendons pas à ce que les résidents terminent leur formation en moins de deux ans.

L'éducation des résidents en médecine familiale au regard des soins complets, globaux et continus est une responsabilité multidimensionnelle : le Collège doit établir les directives relatives aux connaissances et aux habiletés de base; les programmes doivent fournir le cursus et les occasions d'apprentissage, par l'entremise d'expériences et de contextes dûment choisis; les enseignants doivent participer à la conception, à la prestation et à la mise en œuvre du programme; et les résidents doivent développer les compétences fondamentales tout en poursuivant le programme d'études. Il est nécessaire de pouvoir compter sur la participation et l'interaction de toutes les parties concernées.

## **2.2. La continuité pédagogique et les soins aux patients**

La continuité est essentielle pour former des médecins qui assumeront une pratique de soins véritablement complets et globaux. Une diversité de modèles curriculaires peut permettre aux résidents d'offrir des soins continus à un groupe bien défini de patients, par exemple, par l'entremise d'une cohorte précise de patients. Il faudra cependant continuer d'innover afin de tenir compte des modèles visant les sites de formation non centralisés. Un cursus centré sur la médecine familiale, tel que décrit ailleurs dans le présent rapport, assurera une meilleure continuité dans la supervision et des enseignants.

- **Continuité des soins aux patients**

La continuité des soins est une composante fondamentale de la médecine familiale puisqu'elle améliore la satisfaction du médecin et du patient, mais surtout, les résultats pour le patient<sup>12-16</sup>. Hennen a été le premier à décrire le concept de continuité des soins comme comportant quatre domaines : continuité chronologique / longitudinale, continuité informationnelle, continuité géographique et continuité interpersonnelle<sup>17</sup>. Depuis, on a ajouté à ce concept les dimensions de la continuité des soins familiaux et interdisciplinaires<sup>18</sup>. Le Tableau 1 présente les définitions de ces domaines.

**Tableau 1**  
**Le concept de la continuité des soins<sup>17</sup>**

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Chronologique / longitudinale | L'emploi d'observations répétées du patient sur une certaine période de temps comme outil diagnostique, et de gestion des soins   |
| Informationnelle              | La disponibilité d'informations exactes d'un contact de soins à l'autre   |
| Géographique                  | Les soins au patient dans une variété de lieux  |
| Interpersonnelle              | L'établissement d'une relation de confiance entre un médecin et un patient<br>Ce domaine touche également les relations que le médecin de famille établit avec d'autres fournisseurs de soins |
| Familiale                     | La connaissance du patient, de sa famille et de sa communauté et la compréhension de ce contexte  |
| Interdisciplinaire            | La prise en charge de plusieurs systèmes d'organes et de maladies simultanément   |

La combinaison de ces six domaines de continuité contribue à l'étendue et à la portée de la médecine familiale. En tant que discipline, la médecine familiale se définit en termes de relations, par la continuité en tant que relation prolongée entre patient et médecin<sup>19</sup>. L'expertise unique des médecins de famille est intimement liée aux relations qu'ils entretiennent avec leurs patients, pour lesquels ils constituent souvent le principal point de contact et fournisseur continu en matière de soins. Les avantages de la continuité comprennent une efficacité accrue des visites, une amélioration des issues de santé, ainsi qu'une plus grande satisfaction tant pour le patient que pour le médecin<sup>12-16</sup>.

Cela dit, l'enseignement de la continuité des soins dans le cadre d'un programme de résidence en médecine familiale de deux ans comporte plusieurs défis. Souvent, une compréhension approfondie de la continuité des soins repose essentiellement sur de multiples rencontres médecin-patient, ainsi que sur un certain temps de réflexion sur ces interactions. Forcément, la structuration d'un programme de résidence basé exclusivement sur une série de stages de un ou de deux mois dans diverses disciplines médicales ne répond pas aux besoins liés à la continuité des soins. Nombre de programmes ont tenté de combler cette lacune en créant les « demi-journées de continuité »; toutefois cette façon de faire peut poser des défis sur la plan de la logistique afin d'atteindre des objectifs liés à la continuité des soins.

D'autres programmes de médecine familiale ont élaboré des programmes horizontaux ou d'autres méthodes créatives visant à favoriser le développement de relations thérapeutiques entre résidents et patients. Une telle méthode innovatrice prône le développement d'une cohorte bien définie de patients dotée des stratégies permettant à l'apprenant de suivre le patient dans d'autres domaines de la pratique, notamment la salle d'urgence,

l'hospitalisation, la chirurgie ou l'acheminement vers un spécialiste. Les relations longitudinales entre patient et apprenant lui procurent des apprentissages importants sur la réaction du patient face à la maladie au fil du temps, sur l'évolution naturelle de la maladie, et sur les récompenses associées aux relations à long terme avec les patients. Les programmes de résidence devraient être assortis de paramètres d'évaluation permettant de mesurer et d'évaluer la façon dont les résidents assurent la continuité des soins à leurs patients.

- **Continuité pédagogique pendant la formation**

Deux des éléments clés de la continuité pédagogique sont : a) la continuité dans la supervision, et b) la continuité dans l'environnement d'apprentissage. Ceux-ci facilitent le développement d'une contribution significative à la prestation des soins au patient, l'accroissement de la responsabilité du résident au fil du temps et l'obtention d'une rétroaction continue importante.

Un sentiment d'attachement à l'ensemble du cursus, plutôt qu'à une seule portion est une condition préalable de la continuité pédagogique<sup>20</sup>. Ajoutons aussi que les besoins de la collectivité exigent que les programmes de résidence au Canada et au Québec outillent tous les résidents avec les compétences nécessaires pour assurer un niveau de soins de santé que peut fournir un médecin débutant et ce, n'importe où au pays.

Dans un programme organisé en stages successifs, les résidents peuvent se sentir incompetents chaque fois qu'ils changent de stage, soit tous les quatre à douze semaines. Dans la plupart des programmes, chaque nouveau stage entraîne un nouvel environnement d'apprentissage (qui sont les nouveaux joueurs, où se trouve le matériel, quel est le cycle de travail, quelles sont les attentes), en plus des changements de superviseurs.

- a) **Continuité dans la supervision (superviseur)**

La continuité dans la supervision, qui inclut l'enseignement et l'évaluation, s'effectue en attribuant un petit nombre de superviseurs principaux (un à trois) qui suivront le résident tout au long de sa résidence. Les résidents interagiront avec un plus grand nombre d'enseignants, mais le lien privilégié entre les résidents et leurs principaux superviseurs favorisera l'établissement d'une relation de confiance et d'honnêteté nécessaire à l'échange de rétroaction et à une évaluation franche.

Ces relations permettront aussi aux superviseurs d'encourager l'indépendance et l'autonomie progressives de l'apprenant (avec responsabilité graduelle), en se basant sur leur capacité à évaluer la progression de l'étudiant au fil du temps et à prendre en compte les habiletés et connaissances déjà maîtrisées.

Dans leur ouvrage fondamental sur la continuité pédagogique médicale, Hirsh et Ogur expliquent comment la responsabilité continue pour les soins au patient que partagent l'apprenant et son superviseur assure à l'apprenant « le confort émotionnel qui lui permet de prendre des risques intellectuels dans son apprentissage. La relation de confiance et les buts partagés favorisent l'accompagnement et une rétroaction constructive, en plus d'améliorer la performance clinique (*traduction libre*)<sup>21</sup>. »

## **b) Continuité dans l'environnement éducatif**

Cette dimension de la continuité réfère à une communauté définie, qu'il est possible de connaître. Au tout début de leur formation, les apprenants se familiarisent avec les lieux et les personnes qui évoluent dans l'environnement de soins. Cette situation leur permet de consacrer plus de temps et d'énergie aux tâches d'apprentissage, puisqu'il n'est plus nécessaire de s'orienter à un nouvel environnement tous les un ou deux mois. L'environnement comprend non seulement les locaux physiques (par exemple, l'unité hospitalière ou la clinique) mais aussi les membres de l'équipe de soins de santé.

La continuité dans l'environnement éducatif peut s'avérer un facilitateur clé de la continuité des soins et de la supervision. Elle encourage la centration sur le patient et sur l'apprenant.

Les apprenants placés dans des environnements d'apprentissage définis deviennent membres d'une communauté de pratique. Les trois modes d'appartenance décrits par Wenger – engagement, imagination, affiliation<sup>22</sup> – soulignent l'importance de ce contexte pour la modélisation, la réflexion et l'autonomisation.

L'adoption d'un cursus centré sur la médecine familiale aidera à promouvoir la continuité dans l'environnement d'apprentissage. Les milieux ruraux ou urbains de petite taille ont habituellement des environnements de soins de santé définis. Notons, toutefois, que l'établissement de ce type de continuité dans un grand centre urbain pourrait s'avérer un défi de taille. Les leçons tirées des programmes d'externat longitudinal intégré<sup>23</sup> fournissent des exemples de modèles que la formation postdoctorale aurait intérêt à considérer. Créer des expériences longitudinales dans les disciplines qui ne sont pas suffisamment couvertes par les pratiques de stage en médecine familiale où évoluent les résidents est une façon d'aborder cette problématique.

## **c) Continuité dans le cursus**

Dans le présent contexte, *cursus* comprend autant le cursus informel que formel. La continuité dans l'environnement d'apprentissage et dans la supervision favorise un cursus centré sur l'apprenant, où les occasions d'apprentissage s'appuient sur les expériences et les connaissances antérieures de l'apprenant. La continuité du cursus sous-entend la présence d'une série d'expériences et d'apprentissages bien coordonnés



qui encouragent l'apprentissage intégré et le développement graduel des compétences. La continuité dans le cursus repose sur une administration solide du programme, une gouvernance efficace et une surveillance de tous les aspects de la formation.

## 2.3 Un cursus centré sur le développement des compétences

Pour les programmes, l'enjeu consiste à mettre l'accent sur l'acquisition des compétences professionnelles comme résultat de la formation. Un cursus axé sur les compétences semble la solution tout indiquée. Dans cette section, nous cherchons à préciser les notions de compétence, d'éducation axée sur les compétences et de cursus de résidence axé sur le développement des compétences, avant d'évoquer les motifs qui justifient le passage à un cursus axé sur les compétences.

- **La notion de compétence**

### **La compétence : une notion complexe**

La notion de compétence est au centre de l'éducation axée sur le développement des compétences. Cette notion a d'abord vu le jour comme outil de gestion dans le secteur industriel; elle est liée à une compréhension profonde de la pratique professionnelle<sup>24</sup>. Elle a ensuite été reprise par le domaine de l'éducation en général, pour finalement faire son entrée dans l'éducation médicale comme concept pertinent pour la formation menant à la pratique professionnelle. La diffusion de plusieurs définitions et le manque de précision entre les termes « la compétence » (*competence* ») et « les compétences » (« *competencies* ») ont semé la confusion dans le domaine de l'éducation médicale<sup>23,25</sup>.

Une récente conférence internationale de concertation a décrit la compétence comme « l'ensemble des habiletés dans plusieurs domaines ou aspects de la performance professionnelle d'un médecin dans un contexte donné. Les énoncés sur les compétences requièrent des descripteurs pour qualifier les habiletés, le contexte et le niveau de formation pertinents. La compétence est multidimensionnelle et dynamique. Elle change au fil du temps, avec l'expérience et selon le contexte<sup>26</sup> (*traduction libre*). »

Pour sa part, Govaerts (2008) définit la compétence comme « la capacité d'une personne à faire des choix délibérés à partir d'un répertoire de comportements afin de gérer des situations et des tâches dans des contextes particuliers de la pratique professionnelle, en utilisant et en intégrant les connaissances, les habiletés, le jugement, les attitudes et les valeurs personnelles, en conformité avec les rôles et responsabilités professionnels<sup>24</sup> (*traduction libre*). » Quant à Tardif (2006), il décrit la compétence comme « un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficace d'une variété de



ressources internes et externes, à l'intérieur d'une famille de situations<sup>27</sup> ». Tous ces énoncés indiquent que la compétence professionnelle :

- repose sur la prise de décision et l'action dans des environnements complexes;
- est contextuelle ;
- requiert des habiletés poussées pour la résolution de problème et la prise de décision;
- exige l'intégration de nombreuses ressources personnelles, comme le savoir, les habiletés, le jugement et les attitudes, fondées sur l'expérience et la réflexion sur la pratique;
- inclut la capacité de sélectionner des ressources externes pertinentes de façon adéquate.

La compétence suppose l'analyse critique, la créativité et l'autonomie. Elle est étroitement liée au développement progressif de l'identité professionnelle. Il s'agit d'un processus dynamique, évolutif et qui exige une certaine réflexion pendant la pratique et après des événements précis qui surviennent dans la pratique, accompagné d'un engagement à l'égard de l'apprentissage continu. Par conséquent, « les approches axées sur le développement des compétences placent la réflexion et le développement de l'identité professionnelle au cœur de l'éducation »<sup>24,28</sup>.

### • **Compétence, rôles professionnels et compétences**

Le concept fondamental de la compétence donne lieu à deux concepts connexes et hiérarchiquement liés : celui des compétences (« *competencies* ») et celui des rôles professionnels.

Le terme *les compétences* désigne les « habiletés observables d'un professionnel de la santé, qui intègrent de multiples composantes, telles que le savoir, les connaissances, les habiletés, les valeurs et les attitudes. Puisque les compétences sont observables, elles peuvent être mesurées et évaluées pour vérifier leur acquisition. On peut les assembler comme un ensemble de blocs de construction pour faciliter leur développement progressif ». (*traduction libre*). Elles sont donc les ingrédients de la compétence<sup>26</sup>. Elles représentent des comportements observables et mesurables, voire complexes; elles sont démontrées dans des contextes cliniques et des activités professionnelles particuliers.<sup>29</sup> Harden (1999)<sup>30</sup> et Albanese (2008)<sup>29</sup> précisent les caractéristiques des « objectifs souhaités » (« *outcome objectives* ») ou des « compétences observables » bien rédigés. Cette perspective s'intéresse au produit final du processus de l'enseignement et reflète des attentes bien précises. Elle est particulièrement pertinente pour des fins d'évaluation.

On emploie souvent à tort le terme « compétences » comme équivalent aux Rôles professionnels CanMEDS<sup>31,32</sup> et CanMEDS-MF<sup>33</sup>. Les rôles professionnels sont « des attributs professionnels d'ordre général » qu'exigent la profession et la société;<sup>25</sup> ils se situent au niveau le plus élevé dans la hiérarchie. Ainsi, CanMEDS<sup>31,32</sup> et CanMEDS-MF<sup>33</sup> décrivent la pratique professionnelle à partir de sept « rôles », par opposition à six « compétences fondamentales » dans le système américain (ACGME)<sup>34</sup>. En réalité, il s'agit de « méta-compétences » puisque chaque rôle comprend une série de compétences,

---

« liées étroitement et de façon complexe de sorte qu'elles deviennent moins visibles et plus difficiles à mesurer »<sup>25</sup>. Ces rôles sont démontrés au fil du temps dans le cadre d'activités professionnelles.

Les rôles professionnels (les compétences générales) et les compétences observables « sont tous deux des éléments pertinents du processus de formation et chacun représente une dimension différente du même objectif global de la formation professionnelle (*traduction libre*)<sup>25</sup> » Les deux doivent être reliés aux principales activités professionnelles d'une seule discipline médicale (c.-à-d., son domaine de pratique particulier habituel, les problèmes cliniques et les activités professionnelles autres que les activités cliniques) afin de représenter les compétences propres d'une discipline médicale en particulier<sup>25</sup>. Autrement dit, il existe une relation bien définie entre les sept rôles CanMEDS-MF, les domaines cliniques de la pratique où ces rôles s'expriment d'une façon propre à la médecine familiale, et les compétences observables expliquées en détail par l'entremise des objectifs d'évaluation du CMFC afin d'évaluer certaines compétences des résidents<sup>35</sup>. Cette relation fait l'objet d'explications plus détaillées à la section 3 du présent rapport.

Bref, la compétence sous-entend la maîtrise d'une série de compétences observables. Le professionnel compétent « possède les habiletés requises (les compétences) dans tous les domaines dans un certain contexte à une étape définie de l'éducation médicale ou de la pratique de la médecine »<sup>26</sup>.

- **Des rôles professionnels aux résultats de l'apprentissage des programmes de résidence**

Les rôles CanMEDS-MF représentent la somme des compétences dont on s'attend d'un médecin praticien, voire d'un médecin chevronné. Bien que les résidents doivent démontrer un certain niveau de compétence dans chacun des sept rôles CanMEDS-MF à la fin de leur formation, on peut raisonnablement s'attendre à ce que le niveau d'application soit un peu moins élevé que ce qui est décrit par les compétences générales. C'est pourquoi ce cadre de compétences doit être traduit en résultats d'apprentissage au niveau du programme. Ces résultats d'apprentissage seront beaucoup plus larges que les objectifs d'apprentissage traditionnels. Souvent, ces derniers ne font ressortir qu'un aspect du savoir, des compétences ou des attitudes, alors que les compétences intègrent simultanément de nombreux éléments. Les objectifs d'apprentissage traditionnels ciblent strictement une activité ou un cours à la fois, tandis que les rôles professionnels réunissent plusieurs activités pédagogiques ou niveaux de formation.

Par conséquent, les rôles CanMEDS-MF établissent la perspective globale du cursus. Les « compétences principales » et les « objectifs spécifiques » apportent de plus amples précisions sur les principales composantes de chaque rôle. À des fins pédagogiques, il peut s'avérer utile de fractionner ces compétences en niveaux de rendement assortis de marqueurs de développement à diverses étapes de la formation. Au besoin, les résultats d'apprentissage propres à chaque stage ou aux activités pédagogiques peuvent aussi être précisés afin de

clarifier les composantes qui contribuent progressivement au développement des compétences générales<sup>36</sup>.

Les *Objectifs d'évaluation* du CMFC<sup>35</sup> sont ancrés dans les rôles CanMEDS-MF. Ils décrivent en détail un nombre limité de compétences observables qui caractérisent ce dont on s'attend d'un résident en fin de formation. Le système d'évaluation axée sur les compétences d'un programme devrait fournir des données requises pour déterminer si un résident est prêt pour l'exercice autonome de sa profession. Pour porter un jugement global au fait qu'un résident est devenu un professionnel débutant compétent, il faut que celui-ci démontre régulièrement la maîtrise d'un ensemble de compétences observables spécifiques à la médecine familiale, dans tous les domaines de soins cliniques décrits pour la formation en résidence, incluant une démonstration de compétences de chacun des sept rôles CanMEDS-MF.

- **Le continuum de compétence**

Certains concepts complémentaires sont tout aussi pertinents pour la formation professionnelle : les notions de stades de compétence, de trajectoires de compétence et de continuum de compétence.

Chaque futur médecin de famille perfectionne progressivement sa compétence professionnelle en franchissant des « stades de compétence »<sup>37-40</sup>. Le développement de la compétence professionnelle est un projet à long terme où le temps joue un rôle majeur. La transition d'un stade à un autre se fait graduellement et diffère souvent d'un domaine à l'autre et ce, pour chaque personne.

Le modèle d'acquisition de compétence de Dreyfus décrit un ensemble de caractéristiques représentatives de chaque étape<sup>37</sup>. À titre d'exemple, les novices s'appuient sur un savoir et sur une expérience limitées et ils ont davantage recours à des stratégies de résolution de problème hypothético-déductives. Cette situation est typique des étudiants de niveau prédoctoral ou qui commencent leur résidence. À mesure que les apprenants développent des schémas cognitifs et des scénarios de maladie et acquièrent de l'expérience clinique, ils sont capables de traiter des situations plus complexes pour lesquelles ils doivent intégrer diverses « ressources internes ». Lorsqu'ils auront fait l'apprentissage de la plupart des cas cliniques typiques de leur discipline, y compris les cas complexes, qu'ils auront démontré un niveau de confiance et d'autonomie suffisant; ils seront prêts à exercer la médecine de façon indépendante<sup>37</sup>.

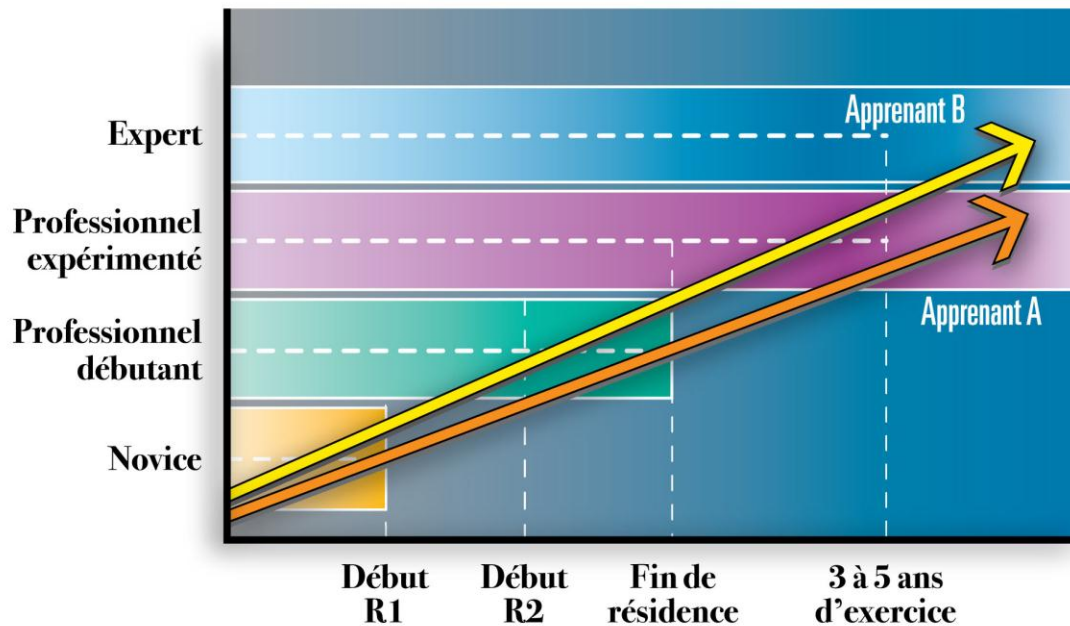
C'est le but visé par le programme de résidence : amener l'apprenant au stade d'un « professionnel débutant ». À ce stade, la preuve indique que le professionnel utilise la reconnaissance prototypique pour diagnostiquer les cas qu'il observe fréquemment, mais qu'il revient au raisonnement analytique pour les cas inhabituels ou complexes<sup>37</sup>. Il ou elle a acquis un sens des responsabilités et peut percevoir « le tableau dans son ensemble ». Les débats abondent au sein de chaque discipline sur le niveau exact à atteindre pour chaque

compétence — quelles compétences sont essentielles et lesquelles sont facultatives — afin d'accorder à un apprenant le titre de professionnel autonome.

Il faut encore beaucoup de temps et de travail après le début de la pratique pour atteindre les stades d'expertise et de maîtrise<sup>39</sup>. « Fort de ses expériences et d'une solide banque de scénarios de maladie, l'expert ... peut réagir immédiatement à la majorité de cas cliniques ..., il est conscient de ses limites (*traduction libre*) » et est plus habile pour traiter les cas complexes<sup>37</sup>. Sa démarche passe par une pratique réflexive dans l'action, sur l'action et pour l'action. Éventuellement, certains médecins deviendront des maîtres dans leur discipline en raison de leur forte aptitude à l'auto-évaluation et à l'autoréflexion<sup>41</sup>. Pour tous les médecins, le maintien de la compétence s'appuie sur des stratégies d'acquisition continue du savoir, sur une attitude réflexive et sur des occasions de s'exercer. Le gros bon sens et la recherche nous disent que l'expertise se perd si on ne fait pas des efforts constants pour maintenir sa compétence générale et ses compétences observables particulières<sup>39</sup>.

La « trajectoire de compétence » désigne l'évolution constante de la compétence professionnelle (Figure 1). La compétence doit donc être perçue comme un continuum, de l'entrée à la faculté de médecine, à l'éducation postdoctorale, jusqu'à la formation professionnelle continue. La formation prédoctorale s'articule autour de quelques compétences professionnelles globales. Comme novices, les étudiants en médecine exercent certains éléments fondamentaux des compétences, en effectuant de tâches limitées et simples dans plusieurs domaines cliniques dits « généralistes ». Les résidents s'exercent intensément dans les domaines cliniques directement liés à leur discipline, en fonction d'attentes propres à cette discipline pour la démonstration de toutes les compétences générales. On évalue les résidents en fonction des « compétences observables » propres à un niveau et à une discipline et ce, jusqu'à ce qu'ils aient démontré qu'ils possèdent la plupart des résultats attendus de l'apprentissage. Le perfectionnement — et la perte — des compétences se poursuivront tout au long de la pratique professionnelle. Reconnaître le continuum d'apprentissage implique une cohérence tout au long du continuum de formation, en insistant pour une démonstration claire d'un « *savoir-agir* » d'une plus grande complexité pour les niveaux de formation plus élevés.

**Figure 1**  
**La trajectoire de compétence des médecins**



- **Définition et composantes d'un programme de résidence axé sur le développement des compétences**

Placer le développement de la compétence professionnelle au centre du processus pédagogique, mène vers une approche axée sur les compétences pour l'élaboration du cursus. Cette approche pédagogique a des conséquences importantes pour les planificateurs des études et les coordonnateurs de programme; c'est pourquoi il est important de faire ressortir la spécificité de cette approche par rapport à la planification traditionnelle du cursus. En réalité, « notre choix pédagogique influe sur la façon dont nous structurons le cursus, son contenu et le mode d'exécution des programmes »<sup>42</sup>.

**Définition d'un cursus axé sur le développement des compétences**

Le cursus est le plan pédagogique global adopté par un établissement d'enseignement pour un système de formation donné. Il contient les buts et les objectifs de la formation, le contenu et la structure du programme et les méthodes d'enseignement et d'apprentissage, l'environnement d'apprentissage, les processus d'évaluation des apprenants et les processus d'évaluation du programme<sup>30,42,43</sup>.

Selon une récente recension des écrits sur l'éducation axée sur le développement des compétences, nous proposons la définition suivante de l'éducation médicale axée sur le développement des compétences au XXI<sup>e</sup> siècle : « une façon de préparer les médecins à l'exercice dont l'orientation de fond cible la promotion de diplômés qui maîtrisent des compétences, et qui est organisée autour de compétences dérivées d'une analyse des besoins de la société et des patients. Elle accorde moins d'importance au temps de formation et promet plus d'imputabilité et de flexibilité tout en accordant la priorité à l'apprenant<sup>44</sup>. » Autrement dit, on adopte ici une approche axée sur les résultats pour la conception, la mise en œuvre, l'évaluation des apprenants et des programmes d'éducation médicale, en employant les compétences comme cadre organisateur.

L'éducation médicale axée sur le développement des compétences est « une façon d'enseigner axée sur les résultats, qui emploie les compétences explicitement définies comme cursus organisateur pour les professions de la santé et dont les diplômés doivent approfondir »<sup>45</sup>. La conception d'un cursus axé sur les compétences comporte quatre éléments clés établis dans un ordre fixe :

- Le point de départ de la planification curriculaire est l'ensemble des compétences dont les apprenants doivent démontrer à la fin de leur formation.

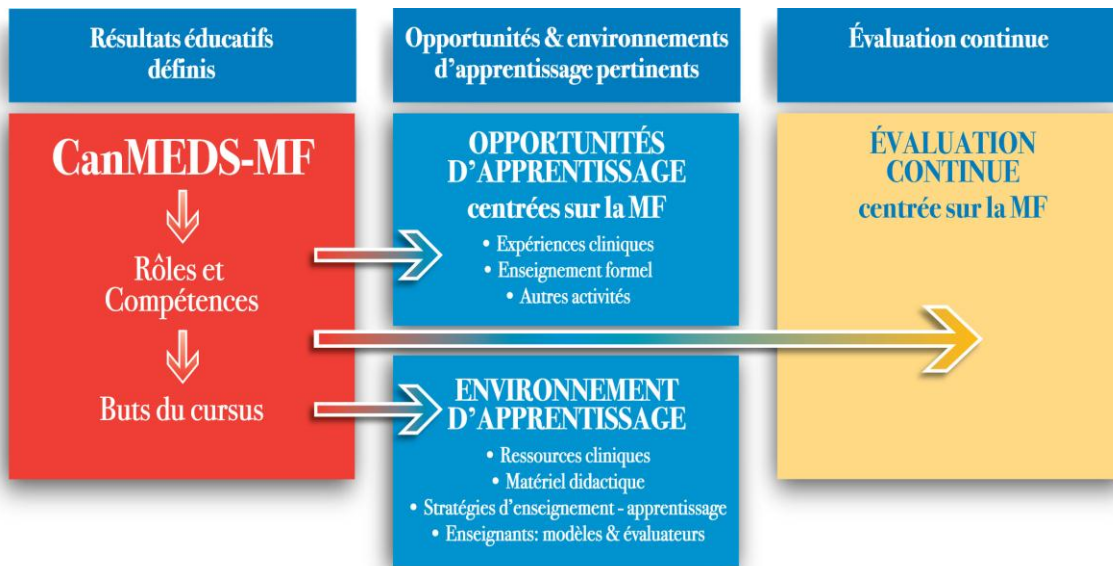
Ces compétences guideront ensuite ce qui suit :

- le choix de ce qui sera appris (la matière);
- la manière dont la matière sera apprise (les expériences d'enseignement et d'apprentissage ainsi que l'environnement d'apprentissage);
- les stratégies d'évaluation et la planification des mesures correctives<sup>30,46</sup>.

La cohérence globale de tous les éléments du système d'éducation est cruciale pour l'atteinte des résultats attendus de l'apprentissage. La Figure 2 illustre ces quatre éléments dans le contexte d'une résidence en médecine familiale.



**Figure 2**  
**Modèle de cursus axé sur le développement des compétences**



Par comparaison, les programmes de résidence traditionnels sont calculés en temps (« *time-based* »), c'est-à-dire qu'ils sont définis par « une exposition à un contenu précis pendant des périodes de temps précises », soit les stages (par exemple, un mois en médecine des adolescents)<sup>36</sup>, qui déterminent la réussite du programme. Ces programmes sont aussi évalués sur la base des processus, à des fins d'agrément; ils doivent démontrer la présence d'une série de processus curriculaires et de ressources départementales, sans être explicitement responsables du rendement final des résidents.

À l'opposé, dans un cursus axé sur les compétences, le temps de formation représente une ressource, et non pas le cadre organisateur du système d'éducation. Le résultat souhaité détermine la durée et le type d'expérience d'apprentissage, et comporte des évaluations périodiques, jusqu'à ce que le résident démontre qu'il a acquis la compétence<sup>44,47</sup>. Il ne suffit plus de fournir un bon environnement d'apprentissage et de « couvrir » les activités planifiées. Les apprenants sont les principaux acteurs de cette approche : ils doivent démontrer qu'ils ont acquis les compétences attendues<sup>46</sup>.

Plusieurs auteurs ont mis l'accent sur les nombreux points forts d'une éducation axée sur le développement des compétences, mais ils ont aussi souligné certains risques liés au réductionnisme<sup>43,44,47,48</sup>. On risque de manquer de vision si on se limite uniquement à l'enseignement des habiletés requises pour répondre aux activités professionnelles requises immédiatement, sans pour autant préparer les étudiants aux futures transformations de la profession. Or, les programmes de formation devraient comprendre l'apprentissage de concepts et d'activités qui n'ont aucun lien direct avec un résultat mesurable donné, mais qui

seront utiles dans la pratique future (p. ex. la préparation à l'apprentissage continu, la pratique réflexive, la collaboration d'équipe ou la recherche). La formation ne devrait pas non plus se limiter à des attentes trop faibles : il convient d'encourager l'excellence et un certain niveau de diversité chez les diplômés. Christensen (2007) soutient donc que même si l'évaluation des résultats du processus éducatif est une percée en cette époque d'assurance de la qualité, une certaine évaluation du processus est toujours de mise pour l'évaluation de programmes (agrément)<sup>48</sup>. Par conséquent, nous privilégions le terme « éducation axée sur le développement des compétences » parce qu'il est inclusif : il met l'accent sur les résultats, sans pour autant oublier les composantes essentielles du processus.

### Les caractéristiques d'un cursus axé sur le développement des compétences

L'adoption d'un cursus axé sur le développement des compétences plutôt qu'un cursus « traditionnel » basé sur les stages exige un changement de paradigme. Le Tableau 2 montre les différences de paradigme et des éléments curriculaires habituellement associées aux deux systèmes<sup>24,25,31,32,35,37</sup>.

**Tableau 2**  
**Comparaison du cursus traditionnel basé sur les stages et du cursus axé sur les compétences**

| Caractéristiques                      | Programme d'éducation  |  |
|---------------------------------------|--|--|
|                                       | Cursus traditionnel basé sur les stages (axé sur les processus)  | Cursus axé sur les compétences   |
| <b>Paradigme</b>                      |  |  |
| <b>Point de mire</b>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Matière: acquisition de connaissances</li> <li>• Stages fixes (calculés en temps)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Résultats : application des connaissances</li> <li>• Acquisition de compétences</li> </ul>  |
| <b>Acteurs</b>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• De l'enseignant à l'apprenant</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apprenant et enseignant, en collaboration</li> </ul>  |
| <b>Type d'apprentissage encouragé</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accent sur les connaissances et les habiletés, acquises au cours d'une série de stages successifs, d'une façon additive et discontinue</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Application des connaissances, des habiletés, des attitudes et du jugement, intégrés aux compétences, de façon longitudinale<sup>39,50</sup></li> <li>• Accent sur les habiletés cognitives, la pensée critique et les habiletés en relations interpersonnelles<sup>36</sup></li> <li>• « Compréhension de la pratique et en cours de pratique » et « développement de l'identité professionnelle »<sup>24</sup></li> </ul> |
| <b>Imputabilité</b>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le programme est responsable d'offrir les bonnes ressources cliniques et pédagogiques</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le programme est responsable du rendement final de l'apprenant</li> </ul>   |
| <b>Éléments du cursus</b>             |  |  |
| <b>Résultats d'apprentissage</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Objectifs d'apprentissage, décrits comme des connaissances, des habiletés ou des attitudes</li> <li>• Établis en fonction d'un contenu</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Décrits comme des compétences et l'approfondissement de connaissances, d'habiletés, d'attitudes, etc.</li> <li>• Élaborés en lien avec les besoins de la</li> </ul>   |



|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <p>disciplinaire</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Attentes que les apprenants atteindront la majorité des objectifs en raison du temps consacré à chaque stage</li> </ul>   | <p>société, en fonction des résultats professionnels souhaités</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clairs pour les apprenants et pour le corps professoral</li> </ul>   |
| <b>Contenu</b>                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cohérent avec les objectifs d'apprentissage</li> <li>• Par ailleurs tributaire des ressources cliniques disponibles</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cohérent avec les résultats souhaités</li> <li>• Préoccupation de créer des occasions pour développer chacune des compétences souhaitées</li> </ul>   |
| <b>Enseignement et expériences d'apprentissage</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expérience préréglée, axée sur la discipline et calculée en temps</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Attention accordée à la pertinence et à la cohérence, ainsi qu'à la relation avec la pratique future</li> <li>• Adaptation à chaque apprenant, en fonction de sa progression</li> </ul>   |
| <b>Évaluation</b>                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accent sur les connaissances</li> <li>• Accent sur l'évaluation sommative</li> <li>• Outils d'évaluation : évaluation normative, mesure subjective unique, variables substitutives, à des moments préétablis (c.-à-d. impression générale pendant le stage)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accent sur la démonstration des résultats</li> <li>• Accent sur l'évaluation formative, le suivi de la progression et les mesures correctives, au besoin</li> <li>• Outils d'évaluation : évaluation critériée, mesures objectives multiples, dans des activités authentiques, information recueillie à divers moments (c.-à-d. un portfolio d'évaluation)</li> </ul> |
| <b>Durée du programme</b>                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durée fixe</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durée variable</li> </ul>   |

En résumé, le Tableau 2 indique qu'un bon cursus axé sur le développement des compétences doit contenir les éléments suivants :

- Des résultats définis (c.-à-d. les compétences attendues des diplômés).
- La pertinence (c.-à-d. qu'il doit y avoir un assemblage d'expériences d'apprentissage, dont les activités cliniques, l'enseignement formel, etc., qui favorise le développement et la démonstration de ces compétences).
- Une évaluation continue et finale qui représente une composante directe de la formation.

Deux conséquences déterminantes sont au cœur de cette formation :

- La reconnaissance de l'apprenant comme un participant actif dans son apprentissage et son évaluation<sup>44,49</sup>.
- L'emphase sur des contextes d'apprentissage authentique.

Des études récentes en éducation ont démontré comment le *contexte* d'apprentissage influe sur ce qu'on apprend tout autant que le *contenu* de l'apprentissage<sup>51,52</sup> par l'entremise du type de patients et des problèmes rencontrés, du type de résolution de problème utilisé et des habiletés d'intégration qu'on encourage, du contenu de la rétroaction et de l'évaluation reçues et par les modèles de rôle présentés. De plus, les contextes d'apprentissage pertinents contribuent beaucoup à une socialisation professionnelle positive, alors que les contextes d'apprentissage inappropriés contribuent au sentiment d'aliénation et à l'image de soi négative que les résidents en médecine familiale ressentent si souvent.

- **Pourquoi passer à un cursus axé sur le développement des compétences**

Passer à un cursus axé sur les compétences semble être le meilleur moyen de préparer les futurs médecins de famille conformément aux tendances pédagogiques internationales et aux attentes de la société. Les théories pédagogiques et l'expérience pratique soutiennent bien cette option; elle exige néanmoins un changement de paradigme fondamental<sup>44</sup>.

### **Les tendances pédagogiques internationales et les attentes de la société**

L'éducation axée sur le développement des compétences est une tendance internationale dans le domaine de la santé depuis les années 1990. Des cadres de compétences ont été élaborés dans divers pays, d'abord au niveau prédoctoral, puis au niveau postdoctoral. Voir la section 3 et l'Annexe 2 du présent rapport pour plus d'information sur ces cadres. L'importance accordée à la préparation à la pratique, non pas pour des raisons intellectuelles ou par souci de la médecine, mais pour optimiser les résultats pour les patients et la société, correspond à l'attention actuellement portée à la sécurité des patients et à l'imputabilité des facultés de médecine. Même si « d'importants écarts existent dans les façons dont les véritables objectifs d'apprentissage axés sur les compétences ont été institués », les comparaisons existantes avec la formation traditionnelle favorisent l'éducation axée sur le développement des compétences<sup>36</sup>. Il convient de noter que cette approche permet d'identifier les apprenants qui n'arrivent pas à démontrer qu'ils ont atteint les résultats attendus de l'apprentissage et qui ne devraient pas être autorisés à pratiquer de façon autonome<sup>36</sup>. Elle offre aussi des solutions pertinentes aux facultés de médecine, qui doivent répondre aux demandes de la société et documenter la compétence des professionnels de la santé<sup>53,54</sup>. De plus, cette approche cadre bien avec les attentes croissantes selon lesquelles les étudiants seront préparés pour exercer leur profession de façon efficiente, au sein d'institutions financées par l'État, dans un contexte de pénurie des ressources et de contraintes financières<sup>24</sup>.

## Un changement de paradigme appuyé par les théories pédagogiques et l'expérience pratique

Fournir à la société de nouveaux médecins très bien qualifiés est au cœur de la mission des facultés éducatives. En fait, l'éducation médicale traditionnelle a toujours valorisé la démonstration d'habiletés et d'attitudes. Le problème relève de l'évaluation curriculaire traditionnelle qui met l'accent sur la base de connaissances et accorde peu d'attention à l'évaluation des autres compétences nécessaires<sup>44,49,55</sup>. Par contraste, l'éducation médicale axée sur le développement des compétences :

- Indique aux apprenants, au corps professoral et au monde extérieur un produit final bien défini;
- mesure directement si les résultats sont atteints ou non;
- repère mieux les apprenants en difficulté et leur offre des mesures correctives.

Toutes ces caractéristiques sont prometteuses pour assurer la qualité à long terme des soins médicaux.

En ce qui concerne les données probantes sur le plan pédagogique, l'éducation médicale axée sur le développement des compétences tient compte d'un grand nombre de principes et de théories en éducation et les développe, notamment :

- les théories de l'apprentissage expérientiel et en milieu de travail;
- les théories sur l'éducation des adultes et la pratique professionnelle intentionnelle (*deliberate practice*);
- les théories sur l'apprentissage social et le constructivisme;
- les théories du raisonnement clinique, de la pratique réflexive, de l'apprentissage centré sur l'apprenant et du counseling rogorien;
- la théorie de l'apprentissage contextualisé<sup>51,52</sup>.

Cette approche accorde plus d'importance que jamais à l'exercice des tâches professionnelles courantes, jusqu'à ce que l'apprenant en ait maîtrisé toutes les facettes. Cela s'appuie sur le modèle traditionnel de la formation par l'apprentissage (*apprenticeship*) — en reconnaissant pour la première fois que les apprenants ne sont pas tous égaux et qu'ils ont besoin de l'attention personnalisée et de l'expérience pratique des superviseurs médicaux.

L'éducation axée sur le développement des compétences présente une continuité des buts et des stratégies d'apprentissage et d'enseignement que l'on retrouve typiquement dans la formation postdoctorale. Pourtant, il faut y voir une révolution : « Le changement de paradigme de la structure et du cursus centré sur les processus actuels vers un cursus axé sur le développement des compétences et l'évaluation des résultats est la révolution flexnerienne du 21<sup>e</sup> siècle<sup>36</sup>. » « Proposer une nouvelle conception du système dans son intégralité sera nécessaire. Ceci exigera un changement à tous les niveaux du processus pédagogique<sup>49</sup>. »

## Conclusion

En raison de ses caractéristiques fondamentales, l'éducation axée sur le développement des compétences semble particulièrement bien adaptée à la formation des futurs médecins de famille. Elle reconnaît la complexité de la pratique professionnelle<sup>24</sup>. Elle tient compte de la nécessité de devenir un praticien réflexif et contribue directement au développement de l'identité professionnelle<sup>28</sup>. Ainsi, la promotion d'une compréhension profonde de la pratique professionnelle — celle de la médecine familiale — fait partie intégrante de cette vision du monde. L'élaboration de cursus axée sur le développement des compétences organise de manière optimale un système d'éducation dans lequel les apprenants doivent constamment s'adapter à des contextes changeants et à des environnements complexes, et perfectionner l'habileté d'autogérer le développement continu des compétences requises pour faire face aux changements dynamiques propres à la pratique professionnelle. Pour répondre à ces attentes élevées, un cursus axé sur le développement des compétences adapté à la médecine familiale doit être centré sur la médecine familiale.

## 2.4 Un cursus centré sur la médecine familiale

- **Introduction**

La troisième orientation clé du Groupe de travail vise à centrer le programme de résidence sur la médecine familiale. Même si le concept d'éducation axée sur les compétences s'applique à tous les programmes de formation postdoctorale en médecine, les programmes de résidence doivent utiliser une approche centrée sur la médecine familiale si nous voulons relever ce défi dans notre propre discipline. Un cursus centré sur la médecine familiale est nécessaire pour promouvoir et enseigner les quatre principes de la médecine familiale et pour développer les compétences CanMEDS-MF. La présente section expose les grandes lignes d'un cursus centré sur la médecine familiale et décrit ce qui a motivé le Groupe de travail à recommander cette orientation.

- **Définition d'un cursus centré sur la médecine familiale**

Puisque l'expression « centré sur la médecine familiale » est nouvelle pour décrire le cursus, il n'existe encore aucune définition acceptée. La description et la définition se rapportent tant au *point de mire* de l'expérience, qu'au principal *milieu* et aux principaux *enseignants* de la formation, au *temps* passé dans des milieux cliniques individuels et aux *processus d'apprentissage* mis en évidence.

Dans un cursus centré sur la médecine familiale, la médecine familiale doit être le *point de mire* et le pivot de l'apprentissage. Les résidents doivent essentiellement se percevoir et agir comme des médecins de famille qui assument la responsabilité continue d'un groupe de patients pendant la résidence<sup>56</sup>.

La médecine familiale forme alors l'assise du programme de résidence. Un cursus centré sur la médecine familiale se situe essentiellement dans un *milieu* de pratique de la médecine familiale globale, qui comprend des expériences dans les divers environnements cliniques requis afin d'exposer le résident à la gamme des soins complets et globaux généralement dispensés par les médecins de famille au Canada et au Québec. La formation primaire devrait être complétée par certaines expériences spécialisées ciblées. Ces expositions plus intensives doivent viser l'atteinte de résultats d'apprentissage particuliers, qui sont ensuite réintégrés dans les milieux de médecine familiale.

Dans un cursus centré sur la médecine familiale, les *enseignants* doivent être essentiellement des médecins de famille qui peuvent servir de modèles de rôle pour l'exercice de la médecine familiale. Ils guideront les résidents en démontrant les *processus d'apprentissage propres à la médecine familiale*, en insistant sur l'intégration des connaissances, des habiletés et des attitudes entre les disciplines et les contextes et leur utilisation sélective auprès des patients. Les médecins de famille enseignants sont les évaluateurs avertis des compétences CanMEDS-MF que les résidents doivent démontrer. C'est pourquoi la continuité de la supervision, ainsi que la continuité des soins, jouent un rôle important dans un cursus centré sur la médecine familiale. Les collègues ayant une pratique ciblée et les consultants qui comprennent bien le rôle du médecin de famille et qui respectent cette discipline sont les mieux placés pour fournir cet enseignement.

Par conséquent, le résident passera du *temps* dans une variété de milieux pertinents pour la médecine familiale, qui ont le *point de mire, le milieu et les enseignants* dont il a besoin pour développer sa compétence professionnelle et son identité à titre de médecin de famille.

Les écrits en éducation médicale contiennent plusieurs concepts liés à l'expression « centré sur la médecine familiale » sans pour autant en être synonymes. La littérature américaine sur l'éducation postdoctorale fait état d'un « cursus longitudinal », défini comme « un cursus ayant un nombre limité de stages-blocs et dont la majeure partie de l'éducation du résident est supervisée par un enseignant de médecine familiale dans un contexte de médecine familiale<sup>57</sup> ». L'expression « cursus horizontal » a été définie dans le document sur la révision du cursus postdoctoral de 1995 du CMFC comme un cursus qui « augmente le temps hebdomadaire consacré par le résident à la médecine familiale plutôt que de concentrer la majeure partie de cette expérience dans un stage-bloc<sup>58</sup> ». On comprend ces deux concepts comme une réorganisation structurale plutôt qu'une approche pédagogique distincte.

C'est pourquoi nous privilégions le concept d'un « cursus intégré » qui met l'accent sur un paradigme pédagogique semblable à celui d'un cursus centré sur la médecine familiale. Dans la littérature médicale prédoctorale, l'expression « cursus d'intégration ou intégré » désigne les expériences cliniques qui accentuent l'interdépendance des diverses spécialités et des prestataires des soins de santé. Ce type de cursus comporte souvent une structure longitudinale et encourage activement l'*intégration* de toutes les compétences apprises<sup>59</sup>. Un

curus centré sur la médecine familiale est mieux représenté dans une structure longitudinale et, de par sa nature, est intégré, les milieux de médecine familiale étant la base pour toute cette intégration.

- **Comparaison du modèle de formation stages-blocs/stages rotatoires et du modèle de formation centré sur la médecine familiale**

Dans un cursus centré sur la médecine familiale, l'apprentissage effectué dans d'autres disciplines peut facilement s'intégrer au contexte de la médecine familiale et être dispensé pour la plus grande part dans le contexte où il sera mis en œuvre. Cette approche diffère de l'apprentissage en blocs de temps séquentiels spécifiquement consacrés à une discipline. La littérature médicale appelle cette approche formation par « stages-blocs ou par stages rotatoires<sup>57,60</sup> ». Dans ce paradigme, les résidents cherchent à acquérir une expertise dans des disciplines successives, suivant la perspective que les médecins de famille doivent « en savoir un peu sur à peu près tout ». Les résidents doivent ensuite appliquer, dans le contexte de la médecine familiale, les compétences qu'ils ont acquises dans des milieux spécialisés. Une comparaison de ces deux modèles de formation figure au Tableau 3, qui présente les extrêmes de chaque position pour bien accentuer le contraste. Le tableau peut aider les directeurs de programme et les enseignants à situer leur programme dans le continuum à mesure qu'ils progressent vers le pôle centré sur la médecine familiale.

**Tableau 3**  
**Comparaison des modèles de cursus fondé sur les stages-blocs/stages rotatoires et**  
**centré sur la médecine familiale**

| <i>Caractéristiques</i>   | <i>Modèle centré sur la médecine familiale</i>   | <i>Stages-blocs/stages rotatoires</i>   |
|---|--|---|
| <b>Milieu clinique</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Principalement des milieux de médecine familiale diversifiés : ambulatoires et intra-hospitaliers, à domicile ou en soins de longue durée, etc.</li> <li>• Milieu ressemble plus étroitement à la pratique clinique future</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Généralement des cliniques de soins secondaires et tertiaires, dans des établissements hospitaliers ou des cliniques externes de spécialisés</li> <li>• Milieu moins représentatif de la pratique clinique future</li> </ul>   |
| <b>Type de problèmes que présentent les patients</b>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contact régulier avec des patients de tous les âges et des deux sexes présentant des problèmes indifférenciés de tous types, aigus et chroniques et dont le degré de complexité varie</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Problèmes hautement définis avec un diagnostic et des plans de traitement plus probables, limités à un groupe d'âge, un sexe ou une maladie à la fois</li> </ul>   |
| <b>Type de soins dispensés</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins longitudinaux, avec une continuité</li> <li>• Expérience de la gamme de soins : promotion de la santé et prévention des maladies, diagnostic, du traitement d'urgence à la prise en charge d'une maladie chronique, réadaptation et soins de confort</li> <li>• Accent sur la relation médecin-patient et la méthode clinique centrée sur le patient</li> <li>• Recours fréquent à la collaboration et à la coordination des soins</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Principalement des soins épisodiques</li> <li>• Accent plus particulier sur l'expertise en matière de diagnostic et des plans de traitement</li> <li>• Accent sur l'expertise dans une spécialité donnée, travail souvent fait en parallèle avec d'autres consultants spécialistes</li> </ul>  |
| <b>Enseignants</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des médecins de famille comme principaux enseignants tout au long du programme de résidence : démonstration et enseignement de « l'expertise en médecine familiale » (c.-à-d. une approche généraliste) <sup>61</sup></li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Essentiellement des « experts » consultants qui ont une connaissance approfondie et des habiletés dans un domaine spécialisé ou surspécialisé correspondant à un champ de spécialité et souvent défini en fonction d'un organe ou d'un système</li> </ul>  |
| <b>Approche en matière de résolution de problème</b> <sup>31,35</sup> | <p>Recours à une approche généraliste :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise en compte simultanée de dimensions multiples : sélectivité et incertitude; probabilités et traitabilité; données probantes, expérience et perspective du patient</li> <li>• Adaptation constante de l'étendue de l'évaluation et des décisions concernant la prise en charge en fonction du contexte</li> <li>• Gestion simultanée de problèmes</li> </ul>  | <p>Utilisation d'une approche spécialisée et surspécialisée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduction de l'incertitude</li> <li>• Valeur égale de nombreux diagnostics différentiels théoriques, mais principalement dans sa propre spécialité</li> <li>• Prise en charge d'un seul problème majeur à la fois, dans de nombreuses disciplines; référence à des consultants pour la prise en charge des problèmes simultanés</li> </ul> |



|  | multiples   |   |
|--|---|---|
| <b>Type d'apprentissage encouragé</b>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'expertise du médecin de famille joue un rôle central (voir CanMEDS-MF, Annexe 1)</li> <li>• Les résidents apprennent à la fois l'étendue des problèmes cliniques et des contextes de soins et l'intégration des problèmes, des patients et des milieux de soins</li> <li>• Apprentissage intégré dans un contexte de médecine familiale encouragé par le biais d'une exposition longitudinale sur une période plus longue : les résidents peuvent facilement appliquer dans les milieux de médecine familiale les principes appris au cours d'expériences ciblées</li> <li>• Encourage une compréhension de la médecine familiale à titre de spécialité unique dotée de sa propre expertise</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'expertise des spécialistes joue un rôle central : les résidents en médecine familiale cherchent à devenir de « mini-experts » dans une série de domaines successifs, par une exposition intense à un domaine clinique spécifique</li> <li>• Apprentissage déconnecté; n'encourage ni l'application ni le transfert d'un milieu d'apprentissage/stage à un autre</li> <li>• N'encourage pas l'intégration des apprentissages; il incombe au résident d'appliquer les concepts dans un contexte de médecine familiale</li> <li>• Encourage l'idée que la médecine familiale est essentiellement considérée comme une compilation de quelques connaissances dans à peu près tous les champs d'activité — la perspective de stages additifs ou successifs de l'internat rotatoire</li> </ul> |
| <b>Incidences constatées sur les résidents</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un sens plus aigu de l'identité professionnelle</li> <li>• Une meilleure compréhension et un sentiment de fierté à l'égard des habiletés et de l'expertise uniques des médecins de famille</li> <li>• Une meilleure perception de la pertinence des expériences cliniques de leur résidence</li> <li>• Un ratio éducation/service positif</li> <li>• Le sentiment d'utiliser le temps de manière efficiente</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les résidents ont souvent le sentiment d'être marginalisés pendant les stages cliniques</li> <li>• Les résidents peuvent percevoir la résidence en médecine familiale comme une tâche insurmontable et se sentir moins compétents que leurs pairs qui suivent une formation spécialisée et avec qui ils travaillent en parallèle<sup>62</sup></li> <li>• La situation peut contribuer à un état d'impuissance apprise qui est préjudiciable au développement d'une identité professionnelle saine et à la confiance en soi</li> <li>• Les résidents peuvent être moins enclins à dispenser des soins complets et globaux et plus attirés par une pratique ciblée</li> </ul>  |

Les caractéristiques d'un cursus centré sur la médecine familiale décrites au Tableau 3 plaident nettement en faveur de l'abandon des stages-blocs/stages rotatoires traditionnels et encouragent la formation de diplômés dotés des processus cognitifs et de résolution de problèmes nécessaires à l'expertise en médecine familiale et au vaste éventail de résultats d'apprentissages requis.

## • La raison d'être d'un cursus centré sur la médecine familiale

Étant donné qu'un grand nombre de programmes de résidence s'appuient actuellement sur des stages rotatoires centrés sur une spécialité et que le passage à une approche centrée sur la médecine familiale aurait d'importantes répercussions sur les ressources, la transition vers ce modèle curriculaire doit se fonder sur une justification solide.

Cette recommandation s'appuie sur les six principaux arguments suivants :

- Les tendances historiques et actuelles en éducation médicale.
- Les éléments probants associés au cursus longitudinal/intégré.
- Le développement de l'expertise en médecine familiale.
- L'établissement d'une identité professionnelle.
- Les questions entourant l'efficacité de la formation.
- La perspective des résidents.

Nous avons passé en revue toute la documentation disponible sur l'éducation postdoctorale. La littérature médicale se concentre en grande partie sur l'éducation prédoctorale, mais il semble raisonnable d'en faire une extrapolation pour la formation postdoctorale. Dans certains cas, il n'existe ni documentation, ni élément probant pour soutenir les recommandations; les pensées décrites représentent donc une « opinion d'expert » et un argument logique. Notons toutefois que même si la littérature médicale en faveur d'un changement curriculaire ne présente pas de preuves solides, il n'existe aucune donnée pour soutenir le statu quo.

### Les tendances pédagogiques historiques et actuelles

La recommandation de passer à un cursus où la majeure partie de la formation est réalisée dans un contexte de médecine familiale n'est ni nouvelle, ni unique. Le CMFC l'avait déjà endossée pour la première fois dans son rapport de 1995 *Le curriculum postdoctoral de médecine familiale : une approche intégrée*<sup>58</sup>. Dans ce document, le Comité sur le curriculum de la Section des enseignants en médecine familiale recommandait une approche expérientielle intégrée qui se déroulerait dans la communauté et favorisait spécifiquement un « modèle horizontal » pour la formation.

Plus récemment, l'Australie, le Royaume-Uni et les États-Unis ont mis l'accent sur l'importance de cette position dans divers exposés de principe<sup>63-66</sup>. Dans un sondage sur les programmes de médecine familiale américains mené en 2001, environ 17 % des programmes étaient partiellement longitudinaux et un autre 15 % prévoyaient emprunter cette voie<sup>57</sup>. Le sondage mettait l'accent sur la structure curriculaire, par opposition à l'éducation axée sur le développement des compétences. Même si aucune donnée n'a été publiée au Canada, un sondage national réalisé en 2009 auprès des directeurs de programme de médecine familiale semblait indiquer un mouvement dans la même direction, alors que

les programmes de résidence engageaient leurs propres révisions curriculaires : la majorité des nouveaux sites d'apprentissage ont adopté un format intégré, même si peu d'universités ont appliqué cette décision à l'échelle du programme.

### **Les éléments probants associés au cursus longitudinal/intégré**

Peu d'études ont traité de l'incidence de la structure des stages sur les résultats d'apprentissage; on trouve un seul essai dans la littérature postdoctorale<sup>67</sup>. Ce document compare les connaissances que les résidents ont acquises en gériatrie à la suite d'une expérience longitudinale en médecine familiale avec les connaissances acquises après l'ajout au cursus d'un stage-bloc intensif d'un mois. À la fin du programme de résidence, le groupe qui avait effectué le stage-bloc avait considérablement amélioré ses résultats dans les tests écrits. L'analyse critique du document révèle que l'expérience longitudinale n'avait fourni qu'un enseignement formel limité et qu'une faible exposition au domaine de la gériatrie. La formation des résidents dépendait de la nature des patients qui se présentaient à la clinique sans rendez-vous ou à l'unité de médecine familiale. Par conséquent, tout ce qu'on peut réellement conclure de cette étude, c'est qu'un stage-bloc bien conçu augmente davantage la base de connaissances d'un résident qu'un modèle longitudinal mal conçu.

La littérature médicale sur les conséquences à court terme des externats intégrés et/ou longitudinaux est beaucoup plus abondante. Ce type d'expérience clinique qui met l'accent sur la continuité des soins, du cursus et de la supervision, est en forte hausse<sup>59,68,69</sup>. Les expériences longitudinales au niveau prédoctoral ont démontré qu'elles amélioraient la relation apprenant-patient et qu'elles aidaient les étudiants à saisir les aspects psychosociaux des soins et à mieux comprendre la gestion des maladies chroniques<sup>70</sup>. Les étudiants ayant suivi ce cursus ont obtenu d'aussi bons résultats aux examens nationaux sur la compétence clinique<sup>68,70</sup> mais ils étaient plus susceptibles de maintenir un degré plus élevé d'humanisme et de se centrer sur le patient<sup>68</sup>. Une analyse qualitative des récits des étudiants participant à un externat intégré longitudinal à l'Université Harvard porte à croire que ce type d'apprentissage encourageait fortement les attributs de centration sur le patient et de professionnalisme<sup>71</sup>. On a également noté que ces modèles intégrés offraient une plus grande possibilité de développer un raisonnement clinique contextualisé et des compétences interdisciplinaires<sup>57</sup>. Toutefois, même si ces résultats sont pertinents pour la formation postdoctorale et qu'il semble raisonnable d'extrapoler les résultats tirés de la littérature prédoctorale, les programmes de résidence n'ont été soumis à aucune évaluation similaire.

### **Le développement de l'expertise en médecine familiale**

Pour développer une compétence en médecine familiale, les résidents doivent découvrir et développer l'expertise unique des médecins de famille. L'expert en médecine familiale a une capacité bien développée de faire face à l'incertitude et à la complexité, il reconnaît la place centrale de la relation patient-médecin et il prend en charge simultanément des problèmes multiples.

Les données probantes sur l'éducation indiquent que l'apprentissage des habiletés complexes doit se faire dans un contexte qui s'apparente le plus possible à celui de la pratique future (c.-à-d. dans un contexte de médecine familiale plutôt qu'un contexte de spécialité). Ces données sont étayées par la recherche dans le domaine de la psychologie cognitive, qui révèle que l'intégration et l'extraction des connaissances sont très rattachées à un contexte<sup>51,52</sup>. Le lieu et la façon dont quelqu'un apprend déterminent fortement sa facilité à accéder aux connaissances et à les utiliser. Les étudiants retiendront mieux les concepts s'ils les apprennent dans le contexte d'un problème ou d'une présentation pertinente.

On favorise l'expertise lorsque les étudiants peuvent réfléchir « sur l'action et dans l'action » dans un environnement qui correspond à leur pratique future<sup>41</sup>. Pour ce faire, les environnements d'apprentissage et de pratique doivent se ressembler le plus possible<sup>72</sup>. En dispensant l'apprentissage dans un seul environnement, on peut diminuer la capacité des résidents à appliquer leur savoir dans un autre environnement (c.-à-d. que la transférabilité des habiletés peut s'avérer moins facile). Un cursus centré sur la médecine familiale assure un apprentissage intégré dans des milieux de médecine familiale et diversifiés (cabinet, hôpital, domicile, milieu rural ou urbain) et dans des milieux spécialisés, pour offrir aux résidents la meilleure possibilité d'appliquer dans un autre milieu, de manière contiguë, les connaissances apprises dans un milieu<sup>72</sup>. Pour que les résidents développent une expertise en médecine familiale, ils doivent avoir des occasions d'effectuer une pratique délibérée (*deliberate practice*) (soit la pratique, à laquelle s'ajoute la rétroaction d'un expert)<sup>39</sup>. L'apprentissage doit cibler des comportements supérieurs et reproductibles qui présentent des tâches représentatives de la médecine familiale, comme la prise en charge simultanée de problèmes multiples.

Les environnements d'apprentissage doivent aussi enseigner aux résidents à composer avec la complexité. La médecine familiale comporte le degré le plus élevé de complexité et, par conséquent, d'incertitude<sup>73</sup>. Pour relever ces défis, les médecins de famille experts « ont acquis diverses habiletés complexes qu'ils ont emmagasinées et réunies dans des réseaux cognitifs (schémas) » qui sont « plus faciles à extraire que des 'fragments d'information'<sup>50</sup> ». Pour développer ces schémas, les résidents doivent avoir la possibilité de procéder consciemment à l'exécution coordonnée de ces habiletés<sup>50</sup>.

Le développement de l'expertise s'acquiert graduellement sur une longue période, même chez les étudiants les plus doués<sup>39</sup>. Ainsi, le résident doit passer du *temps* dans le milieu approprié et avoir la permission de pratiquer les comportements supérieurs requis pour s'occuper avec succès des problèmes présentés en médecine familiale.

La continuité inhérente à un cursus centré sur la médecine familiale offre la meilleure occasion de renforcer le rôle central de la relation patient-médecin. Les résidents doivent pouvoir suivre des patients sur une période assez longue pour voir les effets de leur implication auprès des patients et pour observer l'évolution de la maladie, et l'impact des activités de maintien de la santé, pour observer les stades de développement chez les enfants et en cours de grossesse. Le concept de « demi-journée de retour à la pratique familiale »

pendant les stages spécialisés donne quelques occasions de réaliser ces apprentissages mais en règle générale, le résident accorde le plus gros de son attention à la spécialité au cours de cette période. Un cursus centré sur la médecine familiale fournit davantage d'occasions de vivre la continuité en médecine familiale grâce à l'étendue du champ, tout en centrant l'attention sur l'apprentissage de la spécialité choisie par le résident. De la même manière, la continuité de l'environnement d'apprentissage donne plus d'occasions d'établir un lien avec des patients<sup>69</sup>.

Une étude américaine bien conçue portant sur un seul programme de médecine familiale et réalisée par devis « pré-post » a démontré une amélioration statistiquement significative de l'indice de continuité, après qu'on ait modifié le cursus pour permettre aux résidents de passer une partie de chaque journée dans la clinique de médecine familiale<sup>74</sup>. Dans la seule étude descriptive publiée au Canada sur un cursus postdoctoral intégré et longitudinal en médecine familiale, les résidents ont fait des commentaires positifs sur la possibilité d'avoir un contact étroit et continu avec leurs patients et sur le développement de relations solides avec eux<sup>56</sup>.

La continuité de la supervision, de l'évaluation et des modèles de rôle sont les stratégies d'enseignement et d'apprentissage complémentaires qui découlent d'une immersion continue dans un milieu de formation. On y parvient plus aisément dans un cursus longitudinal et intégré, comme l'ont démontré Cox et Irby dans le contexte de l'éducation prédoctorale<sup>69</sup>.

### **La socialisation professionnelle : le développement de l'identité professionnelle**

L'importance du système d'éducation pour la socialisation professionnelle des résidents comme médecins de famille est un autre argument de poids en faveur d'un cursus centré sur la médecine familiale.<sup>62</sup> Les résidents en médecine familiale ont de la difficulté à comprendre l'expertise unique des médecins de famille et à développer un sentiment de fierté professionnelle, lorsqu'ils sont exposés au « curriculum caché » qui présente le consultant spécialiste comme le seul vrai expert.

Les professionnels doivent avoir une idée claire de leur identité et de leur domaine d'expertise s'ils veulent fonctionner efficacement<sup>62</sup>. Les théories en sociologie et en éducation insistent sur l'importance égale des dimensions sociales et des processus cognitifs de l'apprentissage — et sur le manque de reconnaissance de l'importance des dimensions sociales<sup>75</sup>. L'acquisition de la compétence professionnelle implique l'adoption progressive de comportements, de croyances et de valeurs<sup>51,52,75</sup>. Une profession établit son identité par l'entremise des tâches professionnelles exécutées par ses membres. Ainsi, un contact prolongé et significatif avec les médecins de famille est nécessaire pour la socialisation professionnelle. Les résidents doivent comprendre la spécificité de la médecine familiale et s'identifier à cette profession : celle-ci comporte une expertise, des valeurs et d'autres éléments culturels (p. ex. travail en soirée et après les heures régulières, engagement auprès de la collectivité), tout comme des récompenses propres à la profession. Les résidents débutent souvent avec une compréhension limitée de la médecine familiale et du

généralisme parce qu'ils ont été exposés principalement au « modèle du consultant expert ». Il faut donc du temps pour leur « réhabilitation sociale » dans une nouvelle culture.

Beaulieu a établi que les résidents en médecine familiale, les enseignants et les spécialistes de treize facultés de médecine au pays placent l'étendue de la pratique et la relation continue avec les patients au centre de leur définition de la médecine familiale<sup>62</sup>. Nous avons fait valoir précédemment que l'exposition longitudinale à la médecine familiale est la meilleure méthode pour développer ces relations et, en conséquence, pour renforcer cet élément de l'identité professionnelle. Toutefois, les résidents qui ont participé à cette étude ont décrit une tension entre l'approche vaste et globale de la médecine familiale et la forte tendance vers une plus grande spécialisation. L'expertise unique du médecin de famille était encore mal comprise et ce rôle ne suscitait chez eux que peu de fierté.

Deux grands facteurs limitent l'exposition aux modèles de rôle des médecins de famille : notre programme postdoctoral de résidence est le seul à consacrer la majorité de son temps de formation à des spécialités autres que la sienne et il est beaucoup plus court que celui des autres spécialités (deux ans plutôt que de quatre à six ans). Ces facteurs peuvent porter à croire que l'expertise de type spécialisation est le sommet à atteindre. De plus, les résidents ont moins de temps pour développer une identité sociale spécifique par le biais d'une socialisation professionnelle quotidienne avec des confrères et consœurs expérimentés et des pairs de la même discipline.

Dans un cursus centré sur la médecine familiale, toutefois, la majeure partie du temps de formation est passé en compagnie de médecins de famille. Les résidents sont donc en contact avec des modèles de rôle qui peuvent faire en sorte que l'invisible devienne visible. À titre d'observateurs participants, les résidents voient les médecins de famille décoder et partager leurs processus de résolution de problème, ainsi que leurs stratégies d'adaptation relationnelle et organisationnelle, leur attitude réflexive, leurs croyances et leurs valeurs<sup>52</sup>. Les expériences répétées et continues en médecine familiale assurent une exposition régulière à des modèles de rôle, donnent le temps nécessaire pour comprendre notre profession et assurent le développement d'une identité professionnelle positive.

### **Les questions entourant l'efficience**

Les questions d'efficience sont un argument de plus favorable au cursus axé sur les compétences et centré sur la médecine familiale. La section 1.2 du présent rapport fait état des attentes accrues à l'égard du niveau et de la portée des compétences acquises à la fin de la résidence. Si les résidents doivent atteindre les résultats visés par la formation dans un délai de deux ans, ils doivent participer principalement à des activités qui contribuent directement à leur acquisition.

Or, l'expansion des programmes d'études prédoctorales et postdoctorales met de la pression sur les ressources. Les résidents dans le système actuel entrent souvent en concurrence avec d'autres apprenants pour avoir accès aux patients, au superviseur et aux expériences



cliniques spécifiques. Ils ont souvent besoin de sessions d'enseignement additionnelles pour développer de nouvelles compétences comme la connaissance de l'éthique, la compétence culturelle, la planification en cas de pandémie, etc. Le temps consacré à l'étude doit être contrebalancé par l'expérience clinique directe.

Le défi consiste à rendre la résidence plus « efficiente ». Les résidents devraient consacrer leur temps à des activités qui ont une forte pertinence au regard des objectifs globaux. Si l'on souhaite optimiser le temps consacré à la formation des résidents, les exigences en matière de service clinique doivent être en lien avec l'apprentissage attendu et contribuer au développement des habiletés professionnelles. Le résident doit exécuter des tâches qui correspondent à sa future pratique dans un environnement authentique. Par conséquent, il faut revisiter toutes les activités spécifiques d'enseignement et d'apprentissage et rechercher l'efficacité maximale. Nous devons évaluer d'un œil critique leur pertinence par rapport aux résultats d'apprentissage de la médecine familiale, l'adéquation des populations de patients, des milieux, du niveau de responsabilité du résident et des stratégies pédagogiques pour l'enseignement et la supervision. L'enseignement et l'apprentissage doivent également inclure des occasions pour les médecins de famille experts de procéder à des évaluations régulières de la performance des résidents.

### **La perspective des résidents**

Les résidents reconnaissent que d'assumer les activités qui permettront d'atteindre toutes les compétences pertinentes de la médecine familiale en deux ans est un défi de taille; ils ont fait des représentations répétées pour que les activités cliniques correspondent aux problèmes qu'ils rencontrent dans la prestation de soins primaires.<sup>76</sup> Dans le document de la Section des résidents du Collège des médecins de famille du Canada intitulé *Guide for the Improvement of Family Medicine Training*,<sup>76</sup> les résidents s'expriment souvent sur le besoin de réexaminer l'utilité des expériences d'apprentissage qui ont un ratio service/éducation élevé et qui abordent peu les résultats d'apprentissage pertinents en médecine familiale. Cette situation était claire, notamment, dans certains stages en chirurgie et en soins tertiaires intra-hospitaliers<sup>76</sup>.

Le même document note aussi que les résidents qui participent à un cursus longitudinal apprécient la grande diversité de l'exposition quotidienne et la possibilité d'assurer une continuité des soins. Ils apprécient énormément la plus grande autonomie dont ils bénéficient lorsqu'ils suivent des patients pendant toute la durée de leur résidence. Tannenbaum a noté qu'ils apprécient également la capacité d'établir des relations plus étroites avec les patients et il croit que leur identité à titre de médecin de famille en exercice se développe plus tôt<sup>56</sup>.

De manière générale, les résidents semblent insister sur le développement d'expériences de formation qui ont un lien très pertinent avec leur pratique future et qui offrent une continuité des soins aux patients. Pour réaliser ces objectifs, un cursus axé sur les compétences et centré sur la médecine familiale est nécessaire.



## **Conclusion**

Le fardeau de la preuve concernant la supériorité d'un cursus par rapport à un autre devrait reposer sur un examen de la qualité des diplômés, sur leur capacité à répondre aux besoins de la collectivité et sur les résultats pour les patients au fil du temps. Des recherches de qualité en éducation sont nécessaires pour répondre aux questions quant au meilleur moyen d'enseigner et d'évaluer certaines compétences. En dépit des lacunes actuelles en matière d'information, un soutien important existe pour l'adoption d'un cursus centré sur la médecine familiale, en s'appuyant sur les tendances internationales en matière d'éducation médicale, sur les connaissances en pédagogie, sur le développement d'une expertise en médecine familiale, sur une socialisation professionnelle et sur le besoin d'utiliser le temps disponible de manière efficiente. Maintenant que nous avons emprunté cette voie, nous devons évaluer les conséquences sur les programmes et les stratégies de formation afin de faciliter leur mise en œuvre.

## Références

1. Starfield B., Shi L. *Policy relevant determinants of health: an international perspective*. Health Policy; 2002;60(3):201-18.
2. Collège des médecins de famille du Canada. *La médecine familiale au Canada - Une vision d'avenir*. Mississauga, ON: CMFC; 2004. [réf. du 13 mars 2010]. Sur Internet : [http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource\\_Items/FAMILY\\_MEDICINE\\_IN\\_CANADA\\_French.pdf](http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/FAMILY_MEDICINE_IN_CANADA_French.pdf)
3. Subcommittee on Primary Health Care of the Provincial Co-ordinating Committee for Community and Academic Health Sciences Centre Relations (PCCCAR). *New directions in primary care*. Toronto: PCCCAR; 1996.
4. Collège des médecins de famille du Canada. *Tousse d'outils en soins de première ligne* [Internet]. Mississauga, ON: CMFC; c2007 [réf. du 25 avril 2009]. Sur Internet : <http://toolkit.cfpc.ca/fr/index.php>
5. Collège des médecins de famille du Canada, Groupe de travail sur les principes clés pour le développement d'un modèle. *Principes et valeurs clés pour les médecins de famille dans le développement d'un modèle de soins de première ligne* Mississauga, ON: CMFC. Sur Internet : [http://toolkit.cfpc.ca/fr/introduction/files/Key\\_Principles\\_Final\\_Nov08.pdf](http://toolkit.cfpc.ca/fr/introduction/files/Key_Principles_Final_Nov08.pdf)
6. Tepper J. *L'évolution du rôle des médecins de famille au Canada, 1992-2001*. Ottawa, ON: Institut canadien d'information sur la santé; 2004 [réf. du 13 mars 2010] Sur Internet : <https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?locale=fr&pc=PCC252>
7. Chan BT. « The declining comprehensiveness of primary care ». *CMAJ*. 2002;166(4):429-34.
8. Rachlis V. « À un point tournant : L'avenir des soins complets au Canada ». *Le Médecin de famille canadien*. 2006;52(11):1375-6, 1380-1.
9. Green M., Birtwhistle R., MacDonald K. « Practice patterns of graduates of 2- and 3-year family medicine programs ». *Le Médecin de famille canadien*. 2009;55(906):-7.
10. Armstrong EG., Mackey M., Spear SJ. « Medical education as a process management problem. » *Acad Med*. 2004;79:721-8.
11. Wetmore SJ., Rivet C., Tepper J., Tatemichi S., Donoff M., Rainsberry P. « Defining core procedure skills for Canadian family medicine training ». *Le Médecin de famille canadien*. 2005;51:1364-5.

12. Guthrie B, Wyke S. *Personal continuity and access in UK general practice: a qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of when and how they matter*. *BMC Fam Pract*. 2006 Feb 24;7:11.
13. Darden PM, Ector W, Moran C, Quattlebaum TG. « Comparison of continuity in a resident versus private practice ». *Pediatrics*. 2001;108(6):1263-8.
14. Ridd M, Shaw A, Salisbury C. « Two sides of the coin--the value of personal continuity to GPs: a qualitative interview study ». *Fam Pract*. 2006;23(4):461-8.
15. Saultz JW, Albedaiwi W. « Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review ». *Ann Fam Med*. 2004;2(5):445-51.
16. Gray DP, Evans P, Sweeney K, Lings P, Seamark D, Seamark C, Dixon M, Bradley N. « Towards a theory of continuity of care ». *J R Soc Med*. 2003 Apr;96(4):160-6.
17. Hennen BK. « Continuity of care in family practice. Part 1: dimensions of continuity ». *J Fam Pract*. 1975;2(5):371-2.
18. Hennen BK. « Continuity of care ». In: Shires DB, Hennen BK, Rice DI. *Family medicine: a guidebook for practitioners of the art*. 2<sup>e</sup> éd. New York: McGraw-Hill; 1987. p. 3-7.
19. McWhinney IR. *A textbook of family medicine*. 2<sup>e</sup> éd. New York: Oxford University Press; 1997.
20. Armstrong EG, Mackey M, Spear SJ. « Medical education as a process management problem ». *Acad Med*. 2004;79(8):721-8.
21. Hirsh DA, Ogur B, Thibault GE, Cox M. « "Continuity" as an organizing principle for clinical education reform ». *N Engl J Med*. 2007;356(8):858-66.
22. Wenger E. *Communities of practice: learning, meaning, and identity*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1998.
23. Ogur B, Hirsh D, Krupat E, Bor D. « The Harvard Medical School-Cambridge integrated clerkship: an innovative model of clinical education ». *Acad Med*. 2007;82(4):397-404.
24. Govaerts MJ. « Educational competencies or education for professional competence? » *Med Educ*. 2008;42:234-6.
25. ten Cate O., Scheele F. « Competency-based postgraduate training: can we bridge the gap between theory and clinical practice? » *Acad Med*. 2007;82:542-7.

26. Frank JR, Snell L, ten Cate O, Holmboe ES, Carraccio C, Swing SR, et collab. « Competency-based medical education: theory to practice ». *Med Teacher*. 2010;32:638-45.
27. Tardif J. « Le concept de compétence ». Dans : Tardif J., Fortier G., Préfontaine C. *L'évaluation des compétences*. Montréal: Éditions de la Chenelière; 2006. p. 13-52.
28. Dall'Alba G., Sandberg S. « Unveiling professional development: a critical review of stage models. » *Rev Educ Res*. 2006;76(3):383-412.
29. Albanese MA, Mejjicano G, Mullan P, Kokotailo P, Gruppen L. « Defining characteristics of educational competencies ». *Med Educ*. 2008;42:248-55.
30. Harden RM, Crosby JR, Davis MH. « AMEE guide no 14: outcome-based education part 1. An introduction to outcome-based education ». *Med Teach*. 1999;21(1):7-14.
31. Frank J., Jabbour M., Tugwell P., Boyd D., Fréchette D., Labrosse J., et collab.; Societal Needs Working Group. *Skills for the new millennium: report of the Societal Needs Working Group*. Ottawa: Le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada; 1996.
32. Frank JR., éd. *Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins - L'excellence des normes, des médecins et des soins*. Ottawa: Le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada; 2005.
33. Collège des médecins de famille du Canada, Groupe de travail sur la révision du cursus. *CanMEDS-Médecine familiale : un cadre de compétences en médecine familiale*. Mississauga, ON: CMFC; Oct. 2009 [réf. du 13 mars 2010]. Sur Internet : <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/CanMeds%20FM%20Final%20FR%20oct%2009.pdf>
34. Accreditation Council for Graduate Medical Education. *ACGME Outcome Project: Enhancing residency education through outcomes assessment* [Internet]. Chicago, IL: ACGME; c2010 [réf. du 14 déc. 2009]. Sur Internet : <http://www.acgme.org/outcome/.assessment>; 2010 [réf. du 14 déc. 2009]. Sur Internet : <http://www.acgme.org/outcome/>
35. Collège des médecins de famille du Canada, Groupe de travail sur le processus de certification. *Définir la compétence aux fins de la certification par le Collège des médecins de famille du Canada : Les nouveaux objectifs d'évaluation en médecine familiale*. Mississauga, ON: CMFC; 2009 [réf. de mars 2010]. Sur Internet : [http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resourses/Resource\\_Items/Health\\_Professionals/Definiton%20of%20Competence%20French%20with%20bookmarks.pdf](http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resourses/Resource_Items/Health_Professionals/Definiton%20of%20Competence%20French%20with%20bookmarks.pdf)

36. Carraccio C., Wolfsthal SD., Englander R., Ferentz K., Martin C. « Shifting paradigms: from Flexner to competencies ». *Acad Med.* 2002;77:361-7.
37. Carraccio C., Benson B., Nixon J., Derstine P. « From the educational bench to the clinical bedside: translating the Dreyfus Developmental Model to the learning of clinical skills ». *Acad Med.* 2008;83:761-7.
38. Batalden P., Leach D., Swing S., Dreyfus H., Dreyfus S. *General competencies and accreditation in graduate medical education.* Health Aff (Millwood). 2002;21:103-11.
39. Ericsson KA. « Deliberate practice and the acquisition and maintenance of expert performance in medicine and related domains ». *Acad Med.* 2004;79 (10 Suppl):S7081.
40. Chambers DW., Glassman P. « A primer on competency-based evaluation ». *J Dent Educ.* Août 1997;61(8):651-66
41. Schön D. *Educating the reflective practitioner.* San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
42. Iedema R., Degeling P., Braithwaite J., Kam Yin Chan D. « Medical education and curriculum reform: putting reform proposal in context ». *Med Educ Online* [série en ligne] 2004;9:17 [réf. du 14 déc. 2009]. Sur Internet : <http://med-ed-online.net/index.php/meo/article/view/4368/4550>
43. Prideaux D. « ABC of learning and teaching in medicine: curriculum design ». *Br Med J.* 2003;326:268-70.
44. Frank JR, Mungroo A, Ahmad Y, Wang M, De Rossi S, Horsley T. « Toward a definition of competency-based education in medicine: a systematic review of published definitions ». *Med Teacher.* 2010;32:631-7.
45. Frank JR., Horsley T., Mungroo R. « Toward a definition of competency-based education: a systematic review ». *Royal College ICRE 2009 Abstracts. Open medicine* [série en ligne] 2009;3(3 Suppl.):14-5. [réf. du 13 mars 2010]. Sur Internet : <http://www.openmedicine.ca/article/view/353/269>
46. Harden R. « Outcome-based education — the ostrich, the peacock and the beaver ». *Med Teach.* 2007;29:666-71.
47. Rees CE. « The problem with outcomes-based curricula in medical education: insights from educational theory ». *Med Educ.* Juin 2004;38(6):593-8.

48. Christensen L., Karle H., Nystrup J. « Process-outcome interrelationship and standard setting in medical education: the need for a comprehensive approach ». *Med Teach*. 2007;29:672-7.
49. Iobst WF, Sherbino J, ten Cate O, Richardson DL, Dath D, Swing SR, et collab., pour International CBME Collaborators. « Competency-based medical education in postgraduate medical education ». *Med Teacher*. 2010;32:651-6.
50. Janssen-Noordman AM., Merriënboer JJ., van der Vleuten CP., Scherpbier AJ. « Design of integrated practice for learning professional competences ». *Med Teach*. 2006;28:447-52.
51. Brown JS., Collins A., Duguid S. « Situated cognition and the culture of learning ». *Educ Res*. 1989;18:32-42.
52. McLellan H. *Situated learning: multiple perspectives*. Dans : McLellan H., éd. *Situated learning perspectives*. Englewood Cliffs, NJ: Educational Technology Publications; 1996.
53. Santé Canada. Groupe de travail de Santé Canada sur la responsabilité sociale des facultés de médecine. *Imputabilité sociale : une vision pour les facultés de médecine du Canada* Ottawa: Santé Canada; 2001. Sur Internet : [http://www.afmc.ca/pdf/pdf\\_sa\\_vision\\_canadian\\_medical\\_schools\\_fr.pdf](http://www.afmc.ca/pdf/pdf_sa_vision_canadian_medical_schools_fr.pdf)
54. Woollard RF. « Caring for a common future: medical schools' social accountability ». *Med Educ*. Avr. 2006;40(4):301-13.
55. Kreisle R. « Defining and implementing competency in basic science education ». Présentation à Winter 2002 IAMSE Audio Seminar Series; 5 déc. 2002 [réf. du 13 mars 2010]. Sur Internet : [http://peir.path.uab.edu/webcast\\_kreisle/iamse\\_kreisle.htm](http://peir.path.uab.edu/webcast_kreisle/iamse_kreisle.htm)
56. Tannenbaum D. « New 'horizontal' curriculum in family medicine residency ». *Le Médecin de famille canadien*. 1998;4:1669-75.
57. Reust CE. « Longitudinal residency training: a survey of family practice residency programs ». *Fam Med*. 2001;33:740-5.
58. Collège des médecins de famille du Canada, Section des enseignants en médecine familiale, Comité sur le cursus. *Le curriculum postdoctoral de médecine familiale : une approche intégrée*. Mississauga, ON: CMFC; 1995. [http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/curriculum\\_postdoctoral\\_FR.pdf](http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/curriculum_postdoctoral_FR.pdf)
59. Irby D., Wilkerson L. « Educational innovations in academic medicine and environmental trends ». *J Gen Intern Med*. 2003;18:370-6.

60. Weiss BD. « Longitudinal residency training in family medicine: not ready for prime time ». *Fam Med*. 2001;33:762-5.
61. Hennen B. « Réfutation : La médecine familiale est-elle une spécialité? ». *Le Médecin de famille canadien*. 2007;53:221-3.
62. Beaulieu MD., Rioux M., Rocher G., Samson, Boucher L. « Family practice: professional identify in transition. A case study of family medicine in Canada ». *Soc Sci Med*. 2008; 67:1153-63.
63. Sturmberg J., Heard S. « General practice education in Australia ». *Aust Fam Physician*. 2004;33:353-5.
64. Reust C., Stehney M., éd; Society of Teachers of Family Medicine. *Models of innovation: longitudinal curriculum in family practice residency education. An STFM Monograph*. [Leawood, KS.]: Society of Teachers of Family Medicine; 2000.
65. Meyers FJ., Weinberger SE., Fitzgibbons JP., Glassroth J., Duffy D., Clayton CP. « Redesigning residency training in internal medicine: the consensus report of the Alliance for Academic Internal Medicine Education Redesign Task Force Acad Med ». 2007;82:1211-9.
66. Royal College of General Practitioners. « Education and training for general practice: a joint curriculum statement from the Royal College of General Practitioners and the Committee of GP Education Directors ». [réf. du 14 déc. 2009]. Sur Internet : [http://www.rcgp-curriculum.org.uk/PDF/curr\\_PMETB\\_SUB\\_06ANNEX7and8.pdf](http://www.rcgp-curriculum.org.uk/PDF/curr_PMETB_SUB_06ANNEX7and8.pdf)
67. Steinweg KK., Cummings DM., Kelly SK. « Are some subjects better taught in block rotation? A geriatric experience ». *Fam Med*. 2001;33:756-61.
68. Norris TE., Schaad DC., DeWitt D., Ogur B., Hunt D. « Longitudinal integrated clerkships for medical students: an innovation adopted by medical schools in Australia, Canada, South Africa, and the United States ». *Acad Med*. 2009;84:902-7.
69. Cox M., Irby D. « 'Continuity' as an organizing principle of clinical education reform ». *N Engl J Med*. 2007;356:858-66.
70. Ogrinc G., Mutha S., Irby DM. « Evidence for longitudinal ambulatory care rotations: a review of the literature ». *Acad Med*. 2002;77:688-93.
71. Ogur B., Hirsh D. « Learning through longitudinal patient care — narratives from the Harvard Medical School – Cambridge integrated clerkship ». *Acad Med*. 2009; 84:844-50.



72. Regehr G., Norman G. « Issue in cognitive psychology: implications for professional education ». *Acad Med.* 1006;71:988-1001.

73. McWhinney IR. « The importance of being different ». *Br J Gen Pract.* 1996;6:433-6.

74. Neher JO., Kelsberg G., Oliveira D. « Improving continuity by increasing clinic frequency in a residency setting ». *Fam Med.* 2001;33:751-5.

75. Bandura A. *Social learning theory.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.

76. Collège des médecins de famille du Canada, Section des résidents. *Guide for improvement of family medicine training (GIFT).* Mississauga, ON: CMFC; 2007.

# Section 3 : Rôles CanMEDS-Médecine familiale : Un cadre de compétences complet en médecine familiale

---

## 3.1. Les cadres de compétences et leur usage en éducation professionnelle

Les programmes d'éducation axés sur le développement des compétences définissent les objectifs éducatifs en termes de résultats attendus du programme de formation. Le résultat est l'acquisition de compétences dont l'apprenant doit démontrer à la fin de sa formation pour obtenir la certification. Les organisations chargées d'établir et de surveiller les normes éducatives peuvent employer comme critère d'agrément la mesure selon laquelle un programme de formation permet aux apprenants d'atteindre les résultats éducatifs attendus.

Les compétences définies par une discipline professionnelle sont communément groupées en compétences générales ou de niveau supérieur (les rôles professionnels), chacun de ces rôles étant assortis d'un ensemble de compétences. La ventilation additionnelle de ces sous-compétences permet d'articuler les connaissances, habiletés et attitudes de façon encore plus détaillée. Ensemble, les compétences générales et spécifiques forment un cadre de compétences. Ce cadre de compétences peut servir à élaborer les résultats particuliers de la formation et, en bout de ligne, les objectifs pédagogiques des nombreuses activités qui composent le programme d'éducation. Cette structure organisationnelle forme une taxonomie des niveaux de compétences.

Divers cadres ont été utilisés en éducation médicale à l'échelle internationale (voir l'Annexe 2) et au Canada. Pour déterminer la meilleure façon de catégoriser les compétences en matière de formation en médecine familiale, le Groupe de travail a étudié diverses approches employées à l'échelle internationale, y compris le cadre CanMEDS du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC)<sup>1</sup>, le *Outcomes Project* de l'*Accreditation Council for Graduate Medical Education* (ACGME) aux États-Unis<sup>2</sup>, l'*Educational Agenda* du *Council of the European Academy of Teachers in General Practice*<sup>3</sup>, le *Curriculum for Australian General Practice*<sup>4</sup>, et le *General Practice curriculum* du *Royal College of General Practitioners in the United Kingdom*<sup>5</sup>. Certains de ces cadres ont été élaborés pour un usage général en éducation médicale alors que d'autres ont été conçus pour la médecine familiale en particulier. Certains ont été conçus pour la formation prédoctorale alors que d'autres pour les programmes de résidence. Le Cadre CanMEDS a influencé bon nombre de ces modèles<sup>1</sup>.

Même si ces différents modèles ont assez bien servi dans leur contexte et à leur population particulière, une évaluation s'avérait nécessaire pour déterminer s'ils convenaient bien à la médecine familiale au Canada et au Québec. Albanese (2008) s'est demandé s'il était possible de répondre aux besoins de la discipline partout dans le monde avec un seul ensemble de compétences<sup>6</sup>. Comme chaque contexte particulier est « lié à des circonstances politiques, sociales et économiques, aux besoins de santé, à la disponibilité des ressources et à la structure du système de santé »<sup>6,7</sup>, le Groupe de travail a dû comparer les comportements observables des médecins de famille dans chaque environnement avant d'élaborer son cadre de compétences. En fin de compte, le Groupe de travail a décidé de se concentrer sur les cadres élaborés dans un contexte canadien, croyant qu'ils étaient mieux adaptés pour décrire le caractère unique du rôle des médecins qui exercent leur profession dans ce pays.

- **Élaborer un cadre de compétences dans le contexte canadien : l'évolution des quatre principes, le projet EFPO et CanMEDS**

Au Canada, une série d'initiatives fondamentales a servi de point de départ pour l'élaboration d'un nouveau cadre de compétences. Ces projets sont décrits ci-après.

### **Les quatre principes**

Bien avant la description détaillée des cursus axés sur le développement des compétences, le Collège des médecins de famille du Canada avait élaboré les quatre principes de la médecine familiale (Annexe 3) pour décrire les rôles étendus des médecins de famille au Canada<sup>8</sup>. Rédigés en 1985 pour un document du CMFC sur le cursus<sup>9</sup>, ils ont servi pendant près de 25 ans à la fois comme pierre angulaire de la spécialité de la médecine familiale et comme outil d'orientation de l'éducation en médecine familiale. Ces principes décrivent clairement comment les médecins de famille, dans le cadre de leur pratique, utilisent un ensemble de compétences, qui sont complémentaires à l'expertise médicale. Les quatre principes ont eu une incidence majeure sur la formation postdoctorale en médecine familiale au Canada, en améliorant explicitement la formation des résidents dans d'autres domaines au-delà du savoir biomédical.

Les quatre principes de la médecine familiale sont les suivants :

1. *Le médecin de famille est un clinicien compétent et efficace.*
2. *La médecine familiale est une discipline communautaire.*
3. *Le médecin de famille est une ressource pour une population définie de patients.*
4. *La relation médecin-patient constitue l'essence du rôle du médecin de famille.*

Élaborés en partie pour répondre aux besoins communautaires et pour donner une orientation à la spécialité de la médecine familiale, les quatre principes ont d'abord été conçus à partir de sondages, d'une analyse de la littérature médicale et de vastes discussions sur les concepts.

Ils ont servi de cadre organisateur pour orienter les objectifs et les évaluations des programmes de résidence, les expériences en soins primaires en formation prédoctorale et le développement professionnel continu. Après de légères modifications et une description plus détaillée des concepts sur lesquels ils s'appuient, ils ont servi de modèle pour d'autres groupes de médecins au cours des 25 dernières années. Bien qu'ils définissent des rôles généraux, les quatre principes n'ont jamais été opérationnalisés en tant que compétences médicales.

## **Le projet EFPO**

Le projet intitulé *Educating Future Physicians of Ontario* (EFPO) avait été créé pour répondre à un besoin d'orientation et pour combler l'écart perçu entre les médecins et le public à la fin des années 1980<sup>10,11</sup>. Son but : faire en sorte que l'éducation médicale en Ontario réponde mieux à l'évolution des soins de santé de la province. Cinq facultés de médecine ontariennes, des représentants du public, des résidents, des médecins de famille et des spécialistes consultants ont entrepris de vastes consultations auprès de tous les intervenants et plus particulièrement, auprès du grand public. L'analyse des cadres existants, notamment les quatre principes de la médecine familiale, ont contribué à façonner les rôles qui ont été élaborés pour orienter l'éducation médicale prédoctorale et postdoctorale future. Même s'il a été développé en Ontario, le projet EFPO a eu des répercussions à plus grande échelle puisque son vaste processus de consultation en a fait un outil utile pour modifier l'éducation médicale afin qu'elle réponde mieux à l'évolution des besoins de la société<sup>12</sup>. Plus précisément, le projet EFPO a élaboré les huit rôles suivants pour les médecins :

1. Expert médical (décideur clinique).
2. Communicateur (éducateur, humaniste, guérisseur).
3. Promoteur de la santé.
4. Apprenant.
5. Collaborateur.
6. Gardien/régulateur des ressources/responsable.
7. Scientifique/érudit.
8. Une personne.

## **CanMEDS**

Le CRMCC a formé le Groupe de travail sur les besoins sociétaux et a élaboré CanMEDS (au départ un acronyme pour *Canadian Medical Education Directions for Specialists*) après de nombreuses consultations et le recours aux rôles EFPO. Le cadre a été échafaudé en 1996, puis mis en œuvre à l'échelle du CRMCC entre 1997 et 2002<sup>13</sup>.

Mis à jour en 2005<sup>1</sup>, CanMEDS est un peu plus général pour que le cadre puisse être appliqué à toutes les disciplines de la santé, tout au long du continuum de formation : de la faculté de médecine, à l'éducation postdoctorale et jusqu'à la formation professionnelle continue. Il a pour objectif d'orienter le cursus et de guider la conception et l'agrément des programmes de résidence. En définitive, son but est d'améliorer les soins dispensés aux

patients. CanMEDS 2005 décrit les habiletés essentielles et générales auxquelles les programmes d'éducation doivent préparer les résidents pour obtenir les meilleurs résultats possibles auprès des patients. Grâce aux données générales fournies par des cliniciens et des éducateurs de diverses professions de la santé, CanMEDS est un produit transférable d'un grand intérêt. Il se prête bien à l'élaboration de documents sur les normes propres à une discipline, qui partagent la même terminologie et la même philosophie axée sur les compétences. Les rôles CanMEDS 2005 sont les suivants :

- Expert médical.
- Communicateur.
- Collaborateur.
- Gestionnaire.
- Promoteur de la santé.
- Érudite.
- Professionnel.

### **Les quatre principes et CanMEDS**

Les quatre principes de la médecine familiale représentent les concepts fondamentaux à l'égard de la nature et de la pratique de la médecine, tandis que les rôles CanMEDS portent sur les résultats des soins (« *outcomes* ») et sur les compétences dont on s'attend d'un médecin en exercice. Au départ, les principes portaient sur les aspects et les caractéristiques que les médecins devaient acquérir ou voulaient acquérir au cours de leur carrière, plus précisément sur le plan de leur interaction avec les patients et la collectivité. Le désir croissant des patients de participer aux décisions concernant leur propre santé et le besoin d'améliorer l'imputabilité du système et la sécurité des patients ont changé la perception du public à l'égard du médecin.

Les concepts des quatre principes de la médecine familiale, des rôles EFPO et des rôles CanMEDS sont étroitement liés et ont influencé l'éducation médicale, y compris l'éducation prédoctorale et postdoctorale, le développement professionnel continu et le perfectionnement du corps professoral. Dans tous les cas, ces concepts et ces rôles tiennent compte des besoins de la société et des rôles changeants des futurs médecins.

Au Canada, les objectifs et les évaluations de nombreux cours prédoctoraux s'imbriquent presque parfaitement aux quatre principes de la médecine familiale et aux rôles CanMEDS. Citons, à titre d'exemple, le projet en éducation médicale postdoctorale intitulé « Former les futurs médecins dans les soins palliatifs et de fin de vie<sup>14</sup> », où les compétences ont été rédigées à partir des quatre principes et des rôles CanMEDS. Grâce à sa hiérarchie des compétences principales et des compétences habilitantes (les objectifs spécifiques), les rôles CanMEDS contribuent à passer des concepts fondamentaux des quatre principes aux compétences dont on s'attend des médecins en exercice.

L'évolution des rôles CanMEDS et CanMEDS-MF<sup>15</sup> est naturelle, comme le démontre l'interrelation des groupes au cours des 25 dernières années. Les quatre principes s'inscrivent comme l'assise des rôles CanMEDS-FM (Tableau 1). Les rôles CanMEDS-MF précisent davantage les compétences habilitantes qui peuvent définir les compétences d'un médecin nouvellement diplômé, dont le perfectionnement se poursuivra tout au long de la pratique.

## 3.2. Pourquoi utiliser un cadre axé sur les rôles CanMEDS

Les compétences en médecine familiale sont ancrées dans les quatre principes de la médecine familiale. En définissant l'essence de la médecine familiale, les principes décrivent efficacement le travail des médecins de famille dans leur pratique professionnelle et ils continuent d'être au service de la discipline. Ils donnent des renseignements pour l'élaboration d'un cadre de compétences sans forcément exprimer les compétences elles-mêmes.

Après réflexion, le Groupe de travail a conclu que CanMEDS offrait le cadre le plus pertinent et le plus utile pour catégoriser les compétences en médecine familiale au Canada. Cette conclusion est basée sur un certain nombre de constats, dont les suivants :

- Les rôles CanMEDS sont tirés du projet EFPO qui a répertorié les rôles génériques des médecins jugés importants pour le public.
- Des médecins de famille ont participé à l'élaboration des rôles EFPO ainsi que des rôles CanMEDS 2000 et CanMEDS 2005.
- CanMEDS est un cadre reconnu et respecté à l'échelle internationale.
- CanMEDS a été largement adopté en éducation médicale prédoctorale au Canada.
- Il s'agit d'une approche qui définit les compétences en harmonisant celles du CRMCC et du CMFC et qui tient compte de l'ensemble du continuum de la formation (prédoctorale, postdoctorale et continue). Elle favorise des communications plus claires de même que l'établissement d'objectifs pour ceux qui sont chargés de planifier le cursus et d'évaluer les apprenants.
- Les rôles CanMEDS et les compétences principales connexes sont suffisamment généraux pour permettre une adaptation qui répondrait aux besoins de la médecine familiale.

Le Groupe de travail a jugé qu'il fallait retenir les quatre principes en raison de leur rôle central dans la description du travail des médecins de famille au Canada. Depuis la description des quatre principes il y a plus de vingt ans, on a entrepris d'élucider les rôles et les compétences des médecins de famille qui existaient au sein de chaque principe. Le Groupe de travail a décidé d'intégrer ces compétences dans les rôles CanMEDS appropriés lors de la création de CanMEDS-MF, un nouveau cadre de compétences pour la médecine familiale au Canada. Là où les notions se recoupaient, les compétences provenant d'un principe ont parfois été associées à des rôles multiples (voir le Tableau 1).

**Tableau 1**  
**Comparaison des quatre principes et des rôles CanMEDS-MF**

| <b>Les quatre principes de la médecine familiale<sup>8</sup> (concepts fondamentaux)</b> | <b>Les rôles CanMEDS-MF<sup>15</sup> (compétences attendues)</b>             |
|--|--|
| La relation médecin-patient constitue l'essence du rôle du médecin de famille.           | 2. Communicateur<br>3. Collaborateur<br>7. Professionnel                     |
| Le médecin de famille est un clinicien compétent et efficace.                            | 1. Expert en médecine familiale<br>2. Communicateur<br>6. Érudit             |
| La médecine familiale est une discipline communautaire.                                  | 3. Collaborateur<br>4. Gestionnaire<br>5. Promoteur de la santé              |
| Le médecin de famille est une ressource pour une population définie de patients.         | 3. Collaborateur<br>4. Gestionnaire<br>5. Promoteur de la santé<br>6. Érudit |

D'autres modifications ont été apportées aux rôles CanMEDS 2005 lors de l'élaboration de CanMEDS-MF. Elles figurent dans cette section du rapport sous le titre « Les modifications aux rôles CanMEDS 2005 pour en faire CanMEDS-MF » et à l'Annexe 4.

### **3.3. Le cadre CanMEDS-Médecine familiale**

#### **Introduction aux rôles CanMEDS-MF**

En juin 2009, le CMFC approuvait CanMEDS-MF comme cadre officiel des compétences qui guiderait la conception et la mise en œuvre du cursus de l'éducation postdoctorale en médecine familiale au Canada et au Québec. CanMEDS-MF, une version modifiée de CanMEDS, reflète les compétences générales des médecins de famille. Il fournit une description vaste et très complète des rôles et responsabilités dont s'acquittent les médecins de famille dans le courant de leur travail auprès des patients et des membres de leur famille, d'autres professionnels de la santé et des collectivités. Rédigés en termes courants, voire intuitifs, ces rôles permettent aux médecins de famille, aux apprenants en médecine familiale et autres de comprendre l'étendue du travail du médecin de famille, l'importance des habiletés requises pour exercer une pratique efficace et la contribution essentielle de la médecine familiale qui, pour la plupart des gens et de leur famille, est la porte d'entrée aux soins de santé. CanMEDS-MF s'appuie sur la définition fondamentale de la discipline énoncée dans les quatre principes de la médecine familiale, établit un lien avec les autres spécialités des soins de santé et touche l'ensemble du continuum de la formation en adoptant



une terminologie commune et en articulant, en termes semblables, les compétences clés requises dans la pratique professionnelle.

## **Les rôles CanMEDS-MF**

Comme le Tableau 1 l'indique, CanMEDS-FM comporte sept rôles. Ce sont des groupes thématiques de compétences que les médecins de famille intègrent quotidiennement à leur pratique. Ces rôles sont décrits dans CanMEDS 2005 : « La pratique de la médecine dans toute discipline est une science autant qu'un art. Tout cadre d'éducation qui essaie de saisir cette essence est obligatoirement structuré en fonction de divisions arbitraires. Autrement dit, même si le cadre CanMEDS comporte sept rôles, ce sont des mots qui servent à décrire les habiletés du médecin complet et entier. Le début du rôle de Collaborateur et la fin de celui de Communicateur reposent sur une justification éducative qui facilite selon nous l'acquisition des habiletés<sup>1</sup>. »

Chaque rôle comporte une définition et une description pour expliquer l'importance et la pertinence qu'il revêt dans la pratique de la médecine familiale. Le rôle peut se diviser en compétences principales et compétences habilitantes (les « objectifs spécifiques ») qui pourront servir à des fins d'enseignement, d'apprentissage, d'observation, d'interaction et d'évaluation.

L'ordre officiel des rôles a été respecté et s'établit comme suit : « expert médical », « communicateur », « collaborateur », « gestionnaire », « promoteur de la santé », « érudit » et « professionnel ».

## **Les modifications apportées aux rôles CanMEDS 2005**

Chacun des sept rôles de CanMEDS 2005 a été modifié dans CanMEDS-MF afin de refléter les relations, les rencontres et la pratique de la médecine familiale. Une partie du vocabulaire utilisé dans le document a aussi été changée pour s'adapter à la littérature médicale et à la pratique contemporaine. (Voir le document CanMEDS-MF complet à l'Annexe 1.)

Le Groupe de travail était convaincu que tous les rôles des médecins de CanMEDS 2005, à l'exception de celui d'« expert médical », traduisaient assez fidèlement les rôles et compétences des médecins de famille. Tel qu'il est décrit par le Collège royal, le rôle d'*expert médical* s'applique davantage aux médecins consultants.

Après de longues discussions et de nombreux débats, le Groupe de travail a accepté un nouveau terme pour le rôle d'intégration en médecine familiale, soit l'*expert en médecine familiale*. Ce terme décrit mieux la pratique de la médecine familiale tout en retenant le terme *expert* pour assurer l'uniformité des discussions entre les disciplines. Ce rôle, qui a fait l'objet d'une importante révision par rapport au rôle correspondant décrit dans CanMEDS 2005, met en lumière un bon nombre des compétences principales requises pour

la prestation quotidienne d'une vaste gamme de soins complets, globaux et continus en médecine familiale.

Deux autres rôles ont exigé des changements considérables : ceux de *communicateur* et de *collaborateur*. Le rôle du *communicateur* fait désormais ressortir la centralité de la relation patient-médecin dans le travail des médecins de famille. Il inclut aussi une profonde compréhension de l'expérience de la maladie telle qu'elle est vécue par le patient, ses idées, ses émotions et ses attentes, ainsi que les répercussions de la maladie sur la vie du patient et de sa famille. Il ajoute la dimension d'un contact répété avec les patients afin de bâtir la relation patient-médecin, et les divers contextes et les nombreuses formes de communication pour les médecins de famille. Le rôle de *collaborateur* accorde une importance accrue à la notion de collectivité dans le rôle du médecin de famille. Il étoffe l'expression *équipe interprofessionnelle de soins de santé* et inclut le travail en collaboration avec des professionnels consultants et des organismes communautaires. Le *collaborateur* de CanMEDS-MF travaille aussi avec les patients et leur famille, au besoin, à titre de partenaires. Ces changements et toutes les autres modifications apportées aux rôles CanMEDS sont décrits à l'Annexe 4.

## **La taxonomie éducationnelle des compétences en médecine familiale**

Parallèlement à CanMEDS 2005, le CRMCC a présenté une taxonomie éducationnelle des niveaux de compétence. Cette classification s'est avérée fort utile pour démontrer comment les programmes de formation médicale peuvent structurer leurs occasions et leurs objectifs d'apprentissage en intégrant un cadre comme CanMEDS. Toutefois, ce document a subi de nombreuses modifications pour créer une taxonomie convenable pour la pratique et l'apprentissage dans le milieu de la médecine familiale.

Une nouvelle taxonomie éducationnelle a été mise au point pour que les compétences en médecine familiale au Canada bénéficient d'une approche organisée et pour mieux expliquer l'interrelation entre ses différents éléments. Cette taxonomie sera utile pour les éducateurs et pour tous ceux qui participent à l'élaboration du cursus et de la politique pédagogique en médecine familiale.

Pour distinguer cette nouvelle taxonomie de celle utilisée par le CRMCC dans les discussions sur l'éducation médicale, nous avons remplacé le mot « niveau » par « palier ». La taxonomie organise les compétences en médecine familiale en six paliers (Figure 1) :

### **Palier 1: Les quatre principes de la médecine familiale**

Ce palier désigne la réalité où chaque médecin de famille possède un ensemble particulier de qualités et d'habiletés qu'il exprime dans sa pratique. Dans la pratique quotidienne, ces compétences sont intégrées en un tout transparent et reflètent les activités quotidiennes du médecin. Les quatre principes de la médecine familiale sont le fondement sous-jacent de

cette gamme complète de compétences qui, en fait, représentent l'essence de la pratique de la médecine familiale<sup>8</sup>.

Les compétences professionnelles générales évoluent continuellement, selon le stade d'expérience pratique. Ces stades vont du « médecin débutant », au « médecin habile », à l'« expert » et même au « maître ». Chaque médecin de famille démontre qu'il possède une combinaison de compétences qui expriment les divers rôles et sont adaptées à son milieu de pratique, à ses besoins personnels et aux besoins de la collectivité.

## **Palier 2 : Les rôles CanMEDS-MF**

Ce palier désigne un cadre qui représente les attentes à l'égard des médecins de famille en exercice. Il est structuré à partir des sept rôles qui forment le cadre CanMEDS-MF<sup>15</sup>.

Tous les médecins de famille exercent les sept rôles : ils sont synergiques et étroitement liés. Alors que tous les médecins de famille possèdent chacun des rôles, leur domaine de compétence peut être ciblé et(ou) dépasser le niveau de compétence requis à la fin de la résidence.

Le cadre CanMEDS-MF se situe à la limite entre les médecins de famille en exercice et les objectifs du programme de résidence en médecine familiale. Les rôles donnent une idée générale des domaines visés par les programmes de résidence et dans lesquels les résidents doivent chercher à développer leur compétence.

Chaque rôle décrit un domaine de compétences connexes qui sont parfois plus générales et plus approfondies que le niveau qu'un résident peut atteindre pendant sa formation de deux ans et pour la certification du CMFC. Chaque rôle comporte une *définition*, une *description*, des *compétences principales*, et des *objectifs spécifiques* (aussi appelés *compétences habilitantes*) qui aident les intervenants à comprendre le sens et les attentes relativement à chaque rôle.

## **Palier 3 : Les compétences principales**

Chaque rôle CanMEDS comporte quelques compétences essentielles. Ce palier représente les *compétences principales*. Ces compétences reposent sur une combinaison de connaissances, d'habiletés, de jugement, d'attitudes et de valeurs personnelles. Elles sont rédigées sous forme d'énoncés éducationnels globaux et sont parfois un peu plus générales que tout comportement directement observable et mesurable. Dans l'élaboration du cursus, ces compétences peuvent servir de base pour les résultats visés par l'apprentissage, les objectifs des stages ou les objectifs pédagogiques propres à un événement. Leur contenu alimente le cursus, même dans des domaines qui pourraient être difficiles à évaluer mais qui aident à la préparation pour une pratique indépendante.

#### **Palier 4 : Les objectifs spécifiques**

Les objectifs spécifiques sont regroupés de façon thématique selon la compétence générale. Ces compétences se distinguent des compétences principales par la profondeur des détails présentés. La littérature médicale utilise l'expression *compétences habilitantes* pour désigner les sous-habilités constituées des connaissances, des habiletés et des attitudes qui sont essentielles pour qu'une personne atteigne une compétence plus importante.

#### **Palier 5: Les objectifs des programmes**

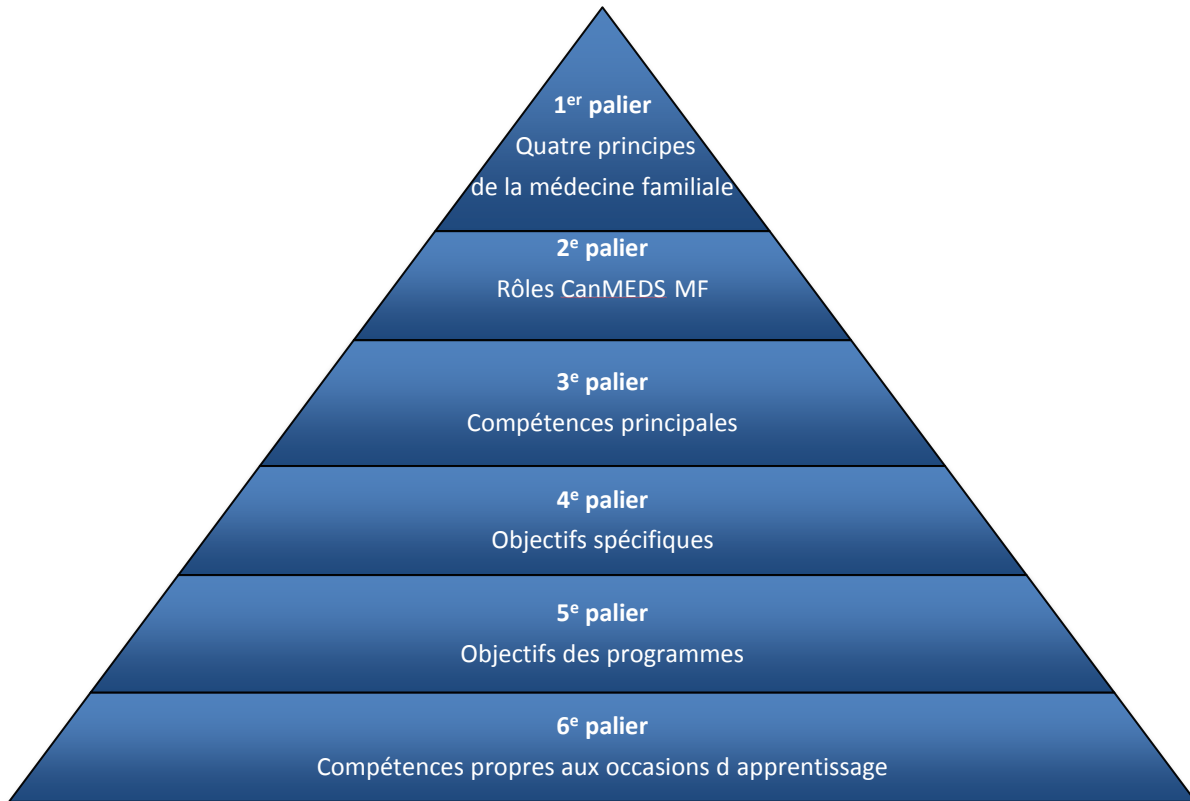
Le palier 5 désigne les résultats d'apprentissage globaux d'un programme, établis au niveau de chaque programme de résidence en médecine familiale, y compris les programmes de compétences avancées. Ici, les rôles et leurs compétences connexes sont adaptés à un niveau atteignable à la fin de la résidence et attendus d'un professionnel débutant. C'est à ce palier que les normes de formation relatives à la médecine familiale sont opérationnalisées et adaptées aux universités qui dispensent la formation en médecine familiale. Ces résultats précis serviront de base à la planification du cursus, à l'évaluation du programme et à l'évaluation des résidents.

#### **Palier 6 : Les compétences propres aux occasions d'apprentissage**

Ce palier inclut les compétences — ou les éléments de compétences — qui devraient être le point de mire de chaque occasion d'apprentissage. La planification de chaque activité ou expérience pédagogique, y compris les stages obligatoires, à option et au choix, les séminaires et les tournées, et d'autres formes d'enseignement, sera confiée aux programmes, qui doivent tenir compte des compétences qui seraient normalement acquises, en tout ou en partie, lors de cette occasion d'apprentissage. De cette manière, les occasions offertes dans chaque contexte local peuvent être intégrées dans un cursus qui permettra d'atteindre tous les résultats définis par le programme. On peut planifier ces activités dans le format CanMEDS-MF.

**Figure 1**

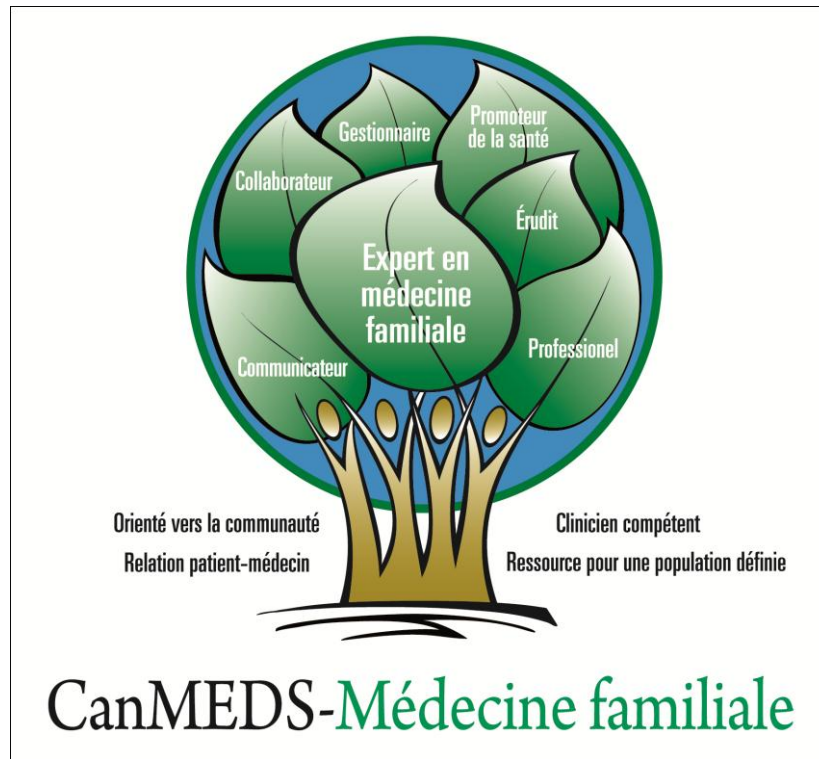
**Taxonomie pédagogique des compétences en médecine familiale**



### 3.4 La représentation de CanMEDS-MF

Nous avons créé un diagramme qui illustre la relation entre les rôles CanMEDS-MF et les quatre principes de la médecine familiale. Il présente les quatre principes de la médecine familiale comme les racines d'un arbre. Les branches de l'arbre nous amènent aux feuilles des sept rôles CanMEDS-MF, et le rôle intégrateur de l'« expert en médecine familiale » est la feuille centrale de l'arbre.

**Figure 2**  
**Représentation de CanMEDS-Médecine familiale**



### 3.5 L'avenir de CanMEDS-MF

Les cadres de compétences sont contextuels et ils se développent en fonction des milieux professionnels locaux<sup>6</sup>. Il faut donc s'attendre à ce que CanMEDS-MF évolue au fil du temps. À titre d'exemple, depuis dix ans, l'éducation médicale accorde de plus en plus d'importance aux enjeux comme le professionnalisme et les soins dispensés en collaboration interprofessionnelle. Plus récemment, on a accordé beaucoup de place à la question de la sécurité des patients. Les sept rôles devraient demeurer stables, mais nous prévoyons que les compétences principales et les objectifs spécifiques feront l'objet de modifications périodiques — ou qu'une compétence principale existante sera assujettie à des attentes plus élevées à la fin de la formation. La nature évolutive de l'environnement médical et le rôle en constante évolution des médecins de famille dans la société — et, par conséquent, les changements apportés au contenu de la formation au fil du temps — font en sorte qu'il est essentiel de créer un processus pour la réévaluation, le renouvellement et la mise à jour périodique de CanMEDS-MF.

Adapté de la représentation des compétences CanMEDS pour les médecins, avec la permission du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Tous droits réservés © 2009.

## Références

1. Frank JR., éd. *Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins L'excellence des normes, des médecins et des soins*. Ottawa : Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2005 [réf. du 14 déc. 2009]. Sur Internet : <http://crmcc.medical.org/canmeds/index.php>
2. Accreditation Council for Graduate Medical Education. *ACGME Outcome Project: Enhancing residency education through outcomes assessment* [Internet]. Chicago, IL: ACGME; c2010 [réf. du 14 déc. 2009]. Sur Internet : <http://www.acgme.org/outcome/>
3. Heyrman J., éd. *EURACT Educational Agenda*. European Academy of Teachers in General Practice (EURACT): Leuven; 2005 [réf. du 14 déc. 2009]. Sur Internet : <http://www.med.utu.fi/yleislaak/agenda.pdf>
4. Royal Australian College of General Practitioners. *Curriculum for Australian general practice*. South Melbourne, Australie: RACGP; 2007 [réf. du 14 déc. 2009]. Sur Internet : <http://www.racgp.org.au/curriculum>
5. Royal College of General Practitioners, Committee of GP Education Directors. *Education and training for general practice: a joint curriculum statement from the Royal College of General Practitioners and the Committee of GP Education Directors*. Londres : Royal College of General Practitioners; 2005 [réf. du 14 déc. 2009]. Sur Internet : [http://www.rcgp-curriculum.org.uk/PDF/curr\\_PMETB\\_SUB\\_06ANNEX7and8.pdf](http://www.rcgp-curriculum.org.uk/PDF/curr_PMETB_SUB_06ANNEX7and8.pdf)
6. Albanese MA., Mejicano G., Mullan P., Kokotailo P., Gruppen L. « Defining characteristics of educational competencies ». *Med Educ*. 2008;42:248-55.
7. McGaghie WC., Sajid AW., Miller GE., Telder TV., Lipson L. *Competency-based curriculum development in medical education: an introduction* . Document sur la santé publique de l'OMS. 1978;68:11-91.
8. Collège des médecins de famille du Canada. [Internet]. Mississauga, ON: CMFC; c2009. *Les quatre principes de la médecine familiale*; 2006 [réf. du 14 déc. 2009]. Sur Internet : [http://www.cfpc.ca/Les\\_quatre\\_principes/](http://www.cfpc.ca/Les_quatre_principes/)
9. Collège des médecins de famille du Canada, Section des enseignants en médecine familiale. *Rapport du Groupe de travail sur le curriculum*. Willowdale, ON: CMFC; 1989.
10. Neufeld VR., Maudsley RF., Pickering RJ., Turnbull JM., Weston WW., Brown MG., Simpson JC. « Educating future physicians for Ontario ». *Acad Med*. 1998 Nov.;73(11):1133-48.



11. Parboosingh J. « Celebrating the legacy of EFPO and the Saskatchewan connection » (D<sup>r</sup> Hébert). Travaux du AFMC-AMS J. Wendell Macleod Memorial Symposium; 1<sup>er</sup> mai 2005 Saskatoon, SK [réf. du 14 déc. 2009]. Association des facultés de médecine du Canada; 2005. Sur Internet :  
[http://www.afmc.ca/pdf/2005\\_wendell\\_macleod\\_efpo\\_proceedings.pdf](http://www.afmc.ca/pdf/2005_wendell_macleod_efpo_proceedings.pdf)
12. Maudsley RF., Wilson DR., Neufeld VR., Hennen BK., DeVillier MR., Wakefield J., et collab. « Educating future physicians for Ontario: phase II ». *Acad Med*. 2000;75(2):113-26.
13. Frank JR., Jabbour M., Tugwell P., et collab. « Skills for the new millennium: report of the Societal Needs Working Group, Projet CanMEDS 2000 ». *Ann R Coll Phys Surg Can*. 1996;29:206-16.
14. *Former les futurs médecins dans les soins palliatifs et de fin de vie (FFMSPFV)* [Internet]. Ottawa, ON: Association des facultés de médecine du Canada, Association canadienne des soins palliatifs; c2004 [réf. du 13mars 2010]. Sur Internet :  
<http://www.afmc.ca/efppec/pages/f-main.html>
15. Collège des médecins de famille du Canada, Groupe de travail sur la révision du cursus. *CanMEDS-Médecine familiale : un cadre de compétences en médecine familiale*. Mississauga, ON: CMFC; Oct. 2009 [réf. du 13 mars 2010]. Sur Internet :  
<http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/CanMeds%20FM%20Final%20FR%20oct%2009.pdf>

## Annexe 1

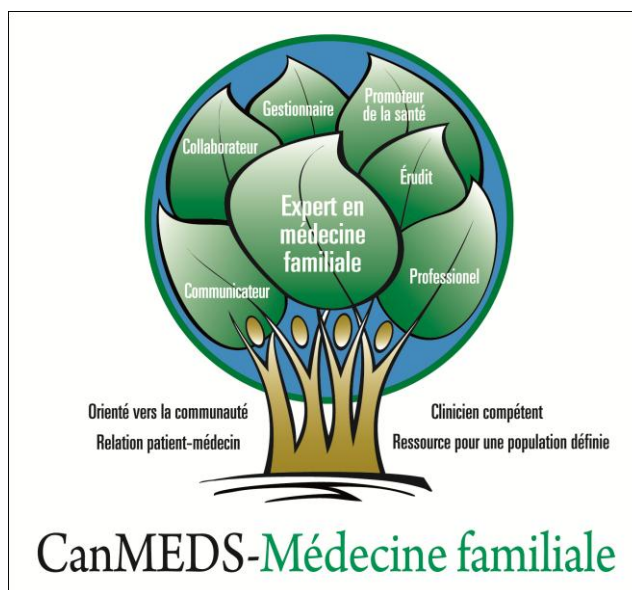


SECTION OF TEACHERS • SECTION DES ENSEIGNANTS

# Rôles CanMEDS - Médecine familiale

Groupe de travail sur la révision du cursus

Octobre 2009



Adapté de la représentation des compétences CanMEDS pour les médecins, avec la permission du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Tous droits réservés © 2009.

# Rôles CanMEDS - Médecine familiale

---

Groupe de travail sur la révision du cursus

Octobre 2009

---

## Membres

David Tannenbaum, président  
Jill Konkin  
Ean Parsons  
Danielle Saucier  
Liz Shaw  
Allyn Walsh  
Jonathan Kerr, Section des résidents  
Andrew Organek, Section des résidents

# Table des matières

---

|                                     |            |
|-------------------------------------|------------|
| <b>Introduction</b>                 | <b>78</b>  |
| <b>Expert en médecine familiale</b> | <b>81</b>  |
| <b>Communicateur</b>                | <b>86</b>  |
| <b>Collaborateur</b>                | <b>90</b>  |
| <b>Gestionnaire</b>                 | <b>93</b>  |
| <b>Promoteur de la santé</b>        | <b>96</b>  |
| <b>Érudit</b>                       | <b>98</b>  |
| <b>Professionnel</b>                | <b>101</b> |

# CanMEDS - Médecine familiale : Cadre des compétences pour les médecins de famille

---

## INTRODUCTION

CanMEDS – Médecine familiale (CanMEDS-MF) est une adaptation de CanMEDS 2005, le cadre des compétences nécessaires à l'éducation en médecine élaboré par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC). Conformément à CanMEDS 2005, CanMEDS – MF a pour but d'orienter le cursus et de guider la conception et l'agrément des programmes de résidence. En définitive, son but est d'améliorer les soins dispensés aux patients et de faire en sorte que les programmes de formation postdoctorale en médecine familiale tiennent compte des besoins sociétaux.

### *Pourquoi CanMEDS pour la médecine familiale?*

Le Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral, cherchant la meilleure façon de catégoriser les compétences en matière de formation en médecine familiale, a étudié diverses approches employées à l'échelle internationale dans le domaine de l'éducation centrée sur les compétences, qui connaît une véritable croissance.

- *Outcomes Project*, Accreditation Council for Graduate Medical Education, États-Unis;
- *Educational Agenda*, Council of the European Academy of Teachers in General Practice;
- *Curriculum for Australian General Practice*;
- *GP Curriculum*, Royal College of General Practice, Royaume-Uni;
- *Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins*, Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada.

Le Groupe de travail a conclu que CanMEDS offrait le cadre le plus pertinent et utile pour catégoriser les compétences en médecine familiale au Canada. Cette conclusion est basée sur un certain nombre de constats :

- Les rôles CanMEDS sont tirés du projet EFPO (*Educating Future Physicians for Ontario*) qui a répertorié les rôles génériques des médecins jugés importants pour le public.
- Les médecins de famille ont participé à l'élaboration des rôles EFPO ainsi que des rôles CanMEDS 2000 et CanMEDS 2005.
- CanMEDS est un cadre reconnu et respecté à l'échelle internationale.
- CanMEDS a été largement adopté en éducation médicale prédoctorale.
- Il s'agit d'une approche qui définit les compétences en harmonisant celles du CRMCC et du CMFC et qui tient compte de l'ensemble du continuum de la formation (prédoctorale, postdoctorale et continue). Elle favorise des communications plus claires

de même que l'établissement d'objectifs pour ceux qui sont chargés de planifier le cursus et d'évaluer les apprenants.

- Les rôles CanMEDS et les compétences clés connexes sont suffisamment généraux pour permettre une adaptation répondant aux besoins de la médecine familiale.

La structure de CanMEDS 2005 définit sept rôles du médecin, à savoir l'**expert médical**, le **communicateur**, le **collaborateur**, le **gestionnaire**, le **promoteur de la santé**, l'**érudit** et le **professionnel**. Ces rôles traduisent assez fidèlement ceux du médecin de famille. Tel qu'il est décrit par le Collège royal, le rôle d'**expert médical** s'applique davantage aux médecins consultants. CanMEDS-MF remplace donc ce rôle par celui de l'**expert en médecine familiale**. Ce rôle, qui a fait l'objet d'une importante révision par rapport au rôle correspondant décrit dans CanMEDS 2005, met en lumière un bon nombre des compétences clés requises pour la prestation quotidienne d'une vaste gamme de soins globaux et continus en médecine familiale.

### *Les quatre principes de la médecine familiale*

Il convient de noter que les quatre principes et les rôles CanMEDS coexistent d'une manière complémentaire. Les principes représentent les concepts fondamentaux à l'égard de la nature et de la pratique de la médecine familiale tandis que les rôles CanMEDS portent sur les résultats des soins (« *outcomes* ») et sur les compétences requises du médecin en exercice.

Selon McWhinney\*, les médecins de famille accordent la priorité à la personne plutôt qu'à un ensemble particulier de connaissances, de maladies ou d'interventions. À ce titre, leurs habiletés cliniques incluent la compréhension du point de vue du patient et de son expérience de la maladie, d'où la nécessité d'attacher de l'importance aux aspects subjectifs de la médecine. Puisqu'ils accordent de l'importance aux émotions de leurs patients, les médecins de famille peuvent devenir partie prenante du réseau de relations de leurs patients. La discipline de la médecine familiale est nécessairement autoréflexive. Les concepts qui précèdent soutiennent les « quatre principes de la médecine familiale », lesquels définissent depuis 25 ans l'évolution de la discipline. Ces concepts demeurent la pierre angulaire sur laquelle repose la compréhension des rôles définis aux présentes.

CanMEDS-MF non seulement tient compte des quatre principes mais il les intègre dans les rôles correspondants. Dans certains cas, un principe est associé à plus d'un rôle. Le tableau suivant illustre les liens qui existent entre les quatre principes et leurs rôles CanMEDS-MF correspondants.

| <b>Les quatre principes de la médecine familiale (concepts fondamentaux)</b>            | <b>Rôles CanMEDS-MF (compétences attendues)</b>                              |
|---|--|
| <b>La relation médecin-patient constitue l'essence du rôle du médecin de famille.</b>   | 2. Communicateur<br>3. Collaborateur<br>7. Professionnel                     |
| <b>Le médecin de famille est un clinicien compétent et efficace.</b>                    | 1. Expert en médecine familiale<br>2. Communicateur<br>6. Érudit             |
| <b>La médecine familiale est une discipline communautaire.</b>                          | 3. Collaborateur<br>4. Gestionnaire<br>5. Promoteur de la santé              |
| <b>Le médecin de famille est une ressource pour une population définie de patients.</b> | 3. Collaborateur<br>4. Gestionnaire<br>5. Promoteur de la santé<br>6. Érudit |

### **CanMEDS - Médecine familiale**

Le lecteur remarquera que les rôles CanMEDS-MF fournissent une description vaste et très complète des rôles et responsabilités dont s'acquittent les médecins de famille dans leur travail auprès des patients et des membres de leur famille, des professionnels de la santé et des collectivités. Rédigés en termes courants voire intuitifs, ces rôles permettent aux médecins de famille, aux apprenants en médecine familiale et aux autres lecteurs de comprendre l'étendue du travail du médecin de famille, l'importance des habiletés requises pour exercer une pratique efficace et la contribution essentielle de la médecine familiale, qui, pour la plupart des gens et de leurs familles, est la porte d'entrée aux soins de santé. CanMEDS-MF s'appuient sur la définition fondamentale de la discipline énoncée dans les quatre principes de la médecine familiale, établit un lien avec les autres spécialités des soins de santé et touche l'ensemble du continuum de la formation en adoptant une terminologie commune et en articulant, en termes semblables, les compétences clés requises dans la pratique professionnelle.

\*McWhinney, Ian R. 1997. *A Textbook of Family Medicine (Second Edition)*. New York: Oxford University Press.



# Expert en médecine familiale

---

## *Définition*

Les médecins de famille sont des cliniciens compétents qui dispensent des soins globaux et continus aux patients et à leur famille dans le contexte d'une relation de confiance. Les médecins de famille intègrent et appliquent leur savoir médical, leur savoir-faire clinique et leur savoir-être professionnel à la dispensation des soins. Leur expertise inclut une connaissance des patients et de leur famille, dans le contexte de leur collectivité et la capacité d'employer efficacement la méthode clinique centrée sur le patient. En tant qu'**experts en médecine familiale**, les médecins de famille cumulent tous les rôles CanMEDS –MF dans leur travail quotidien.

## *Description*

Les médecins de famille assurent des soins au regard d'une vaste gamme d'affections tout au long du cycle de vie – de la naissance à la mort – dans une variété de contextes au sein de la collectivité. Lorsqu'un patient se présente chez le médecin de famille, il peut lui soumettre de multiples problèmes non présélectionnés, souvent à un stade indifférencié, et interdépendants. C'est en se basant sur leur jugement d'expert et leur raisonnement clinique que les médecins de famille définissent les problèmes de santé que présente le patient et, en partenariat avec celui-ci, prennent des décisions concernant l'investigation, la prise en charge et le suivi. Les responsabilités cliniques des médecins de famille couvrent toute la gamme de soins médicaux : de la promotion de la santé et la prévention des maladies au diagnostic et au traitement d'urgence, y compris la prise en charge des maladies graves et des maladies chroniques, la réadaptation, les soins confort et la palliation. Les médecins de famille abordent et prennent en charge les problèmes cliniques avec efficacité et efficience, souvent dans des situations d'incertitude diagnostique et dans un contexte où les ressources sont limitées.

L'expertise unique des médecins de famille est étroitement liée aux relations qu'ils entretiennent avec leurs patients, pour qui ils sont souvent leur premier contact et leur lien à long terme avec le système de santé. Les médecins de famille abordent les problèmes de santé avec une approche dite de « généraliste »; leur perspective est globale et comporte des éléments de multiples domaines. Les médecins de famille sont une ressource pour leur clientèle et pour leur collectivité, car, au fil du temps, ils adaptent leur savoir et leurs habiletés aux besoins des groupes de patients qu'ils soignent et aux besoins locaux. Les quatre principes de la médecine familiale guident leur travail.

Les médecins de famille maîtrisent un corpus de connaissances, des compétences spécialisées, des techniques d'intervention et une attitude professionnelle. Ils utilisent la méthode clinique

---

centrée sur le patient pour évaluer et prendre en charge les problèmes cliniques. Ils le font en partenariat avec les patients et leur famille, qu'ils soient malades ou en santé.

Les médecins de famille sont habiles à rechercher et à interpréter l'information ainsi qu'à résoudre les problèmes cliniques. Ils s'adaptent efficacement à la situation à laquelle ils font face et établissent les priorités pertinentes.

Les médecins de famille communiquent et collaborent efficacement avec les patients, les familles, les collectivités et les autres professionnels de la santé, y compris les équipes d'intervenants. Ils agissent à titre de coordonnateur des soins et font preuve d'un engagement à long terme envers leurs patients.

Le rôle d'**expert en médecine familiale** s'appuie sur les compétences incluses dans les rôles de **communicateur, collaborateur, gestionnaire, promoteur de la santé, érudit et professionnel**.

### *Éléments du rôle d'expert en médecine familiale*

*Les médecins de famille sont capables de ...*

| Compétences principales | Objectifs spécifiques   |
|-------------------------|---|
|                         | <ol style="list-style-type: none"><li>1.1 Employer les compétences pertinentes, qui font partie des rôles CanMEDS-MF, pour aborder les situations cliniques.</li><li>1.2 Hiérarchiser les obligations professionnelles face à des exigences multiples et concurrentielles.</li><li>1.3 Démontrer une compréhension du rôle qui incombe aux médecins de famille dans des situations autres que les soins aux patients, notamment en ce qui a trait à la participation à la gestion des soins de santé, à l'élaboration des politiques et à la planification.</li><li>1.4 Tenir compte des questions liées à la sécurité des patients et à l'éthique, dans le cadre de la dispensation des soins et de leurs autres responsabilités professionnelles.</li></ol> |

|   |   |
|---|---|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>2.1 Appliquer à la pratique clinique quotidienne les connaissances, les habiletés et les attitudes acquises.</li> <li>2.2 Reconnaître leurs limites personnelles en matière de connaissances, d'habiletés et d'attitudes.</li> <li>2.3 Employer leurs habiletés comme « apprenants tout au long de la vie » (voir le rôle d'<b>éru</b>dit) pour développer un plan de formation personnel qui répond aux besoins de leur pratique et de leur population de patients.</li> <li>2.4 Contribuer à l'amélioration de la qualité des soins dans leur pratique en tenant compte des données probantes disponibles et des pratiques exemplaires.</li> </ul>   |
| <p><b>3. Démontrer qu'ils peuvent</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>3.1 Décrire les composantes de la méthode clinique centrée sur le patient.</li> <li>3.2 Démontrer un niveau d'habileté élevé lors de la consultation et de l'examen physique dans le but de recueillir des données cliniques.</li> <li>3.3 Explorer à la fois la maladie et l'expérience de la maladie vécue par le patient.</li> <li>3.4 Comprendre la personne dans sa globalité, son vécu, ses difficultés personnelles et développementales ainsi que le contexte dans lequel elle vit.</li> <li>3.5 Chercher un terrain d'entente avec le patient concernant la définition des problèmes et les priorités d'intervention, les buts du traitement et les rôles respectifs du patient et du médecin de famille, au cours de chaque consultation.</li> <li>3.6 Intégrer la prévention et la promotion de la santé à la consultation médicale.</li> <li>3.7 Renforcer sciemment la relation médecin-patient, en tenant compte des caractéristiques d'une relation thérapeutique et empathique.</li> <li>3.8 Gérer efficacement le temps et les ressources.</li> </ul> |

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
|                                    | <p>4.1 S'engager au-delà du premier contact, dans la dispensation de soins continus auprès d'une population définie de patients, de la promotion de la santé à la prévention des maladies au diagnostic et aux traitements d'urgence, y compris la prise en charge des maladies graves et des maladies chroniques, la réadaptation et les soins de fin de vie.</p> <p>4.2 Dispenser des soins préventifs à ses patients, selon les normes courantes.</p> <p>4.3 Utiliser les outils diagnostiques et thérapeutiques pour répondre aux besoins des patients, en se basant sur les données probantes disponibles et en tenant compte des risques et des coûts-bénéfices.</p>   |
| <p><b>5. Prendre en charge</b></p> | <p>5.1 À l'aide du raisonnement clinique, adapter, de manière sélective, l'étendue de l'évaluation clinique au contexte particulier, afin d'évaluer chaque patient de manière appropriée.</p> <p>5.2 Élaborer des hypothèses diagnostiques fondées sur la prévalence des problèmes, leur incidence dans la collectivité et la prise en compte des problèmes urgents traitables.</p> <p>5.3 Déterminer les priorités pertinentes relativement à la prise en charge, en se basant sur le point de vue du patient, l'urgence médicale et le contexte.</p> <p>5.4 Prendre des décisions cliniques informées par les meilleures données probantes disponibles, l'expérience antérieure et le point de vue du patient.</p> <p>5.5 Respecter les dimensions éthiques de la prise de décision clinique et en tenir compte.</p> <p>5.6 Utiliser efficacement le temps au cours de l'évaluation et de la prise en charge.</p> <p>5.7 Gérer simultanément plusieurs problèmes cliniques, tant aigus que chroniques, souvent dans un contexte d'incertitude.</p> |

|  |   |
|--|---|
| <p><b>6. Démontrer des habiletés techniques efficaces, fondées sur les données probantes.</b></p>  | <p>6.1 Réaliser en temps opportun les interventions diagnostiques et thérapeutiques, y compris l'obtention du consentement éclairé.</p> <p>6.2 Documenter adéquatement les interventions pratiquées et leurs résultats et assurer le suivi approprié.</p>   |
| <p><b>7. Assurer la coordination des soins du patient, y compris la collaboration et la consultation avec les autres professionnels de la santé et les aidants naturels.</b></p> | <p>7.1 Coordonner les soins des patients en collaboration avec différents prestataires de soins ainsi qu'avec des équipes d'intervenants.</p> <p>7.2 Employer les compétences du <b>collaborateur</b> lorsque les soins sont prodigués en équipe et lorsqu'ils travaillent avec des professionnels de la santé demandés en consultation.</p> <p>7.3 Intégrer de façon appropriée la famille et les aidants naturels aux soins du patient, tout en respectant les normes d'éthique liées à l'autonomie et au consentement.</p> |

# Communicateur

---

## *Définition*

En tant que **communicateurs**, les médecins de famille facilitent la relation médecin-patient et les échanges dynamiques qui ont lieu avant, pendant et après la consultation médicale.

## *Description*

La relation médecin-patient est au cœur du rôle des médecins de famille. Ceux-ci explorent la maladie avec sensibilité, compétence et en utilisant une démarche appropriée. Ils comprennent l'expérience de la maladie telle qu'elle est vécue par le patient, ses idées, ses émotions et ses attentes, ainsi que les répercussions de la maladie sur la vie du patient et de sa famille. Les contacts répétés avec le patient permettent de développer la relation médecin-patient et d'utiliser le pouvoir thérapeutique propre à cette interaction. Les médecins de famille ont une profonde compréhension et une capacité d'appréciation de la condition humaine, notamment de la nature de la souffrance et des réactions des patients face à la maladie.

Les médecins de famille préconisent la collaboration avec les patients et leur famille dans le but de trouver un terrain d'entente concernant la définition des problèmes, les objectifs du traitement et les rôles respectifs du médecin de famille et du patient au cours de chaque rencontre. Ils sont capables de bien informer le patient tout en respectant son autonomie; ils l'incitent à assumer une responsabilité à l'égard de sa santé et des décisions connexes (« *empowerment* »).

Les médecins de famille interagissent efficacement avec les patients, les membres de leurs familles, les aidants naturels, les autres professionnels de la santé et les personnes intéressées. Ils communiquent de différentes façons et dans divers contextes de pratique, de leur propre initiative ou à la demande des patients ou de leur famille, dans le but d'obtenir les meilleurs résultats pour les patients mais aussi pour reconforter, rassurer et soulager la souffrance.

Ils sont capables d'établir et de maintenir des communications efficaces en tenant compte des handicaps des patients, des différences culturelles, des divers groupes d'âge et des défis particuliers que comportent certaines situations cliniques.

Les compétences liées à ce rôle sont essentielles pour établir une relation de confiance, pour fournir de l'information, pour chercher à établir une compréhension mutuelle et pour parvenir à un plan de soins partagés.

## Éléments du rôle de communicateur

Les médecins de famille, en employant la méthode clinique centrée sur le patient, sont capables de ...

| Compétences principales |   |
|-------------------------|---|
|                         | <ol style="list-style-type: none"><li>1.1 Reconnaître qu'une bonne communication constitue une habileté clinique essentielle et que la communication médecin-patient peut favoriser la satisfaction du patient et du médecin, l'observance du traitement et l'amélioration des résultats cliniques.</li><li>1.2 Établir avec les patients et les membres de leur famille des relations thérapeutiques positives, caractérisées par la compréhension, la confiance, le respect, l'honnêteté et l'empathie.</li><li>1.3 Respecter le caractère confidentiel des données du patient, sa vie privée et son autonomie.</li><li>1.4 Écouter efficacement.</li><li>1.5 Développer sa sensibilité aux indices non verbaux et en tenir compte.</li><li>1.6 Effectuer une consultation structurée.</li><li>1.7 Développer ses habiletés en communication interculturelle.</li><li>1.8 Respecter les limites de la relation médecin-patient.</li></ol> |
|                         | <ol style="list-style-type: none"><li>2.1 Recueillir l'information concernant la maladie, mais aussi les croyances du patient, les préoccupations, les attentes et l'expérience de la maladie telle qu'il l'a vécue.</li><li>2.2 Explorer le contexte psychosocial du patient.</li><li>2.3 Découvrir et résumer des renseignements provenant d'autres sources, telles que la famille du patient, ses aidants naturels et les autres professionnels de la santé.</li><li>2.4 Mener une entrevue avec plusieurs personnes pour recueillir de l'information sur les facteurs ayant une</li></ol>   |



|  |  |
|--|--|
|  | <p>incidence sur le patient.</p>   |
|  | <p>3.1 Fournir des informations au patient et aux membres de sa famille, à leurs collègues et aux autres professionnels, avec sensibilité et de façon accessible, afin d'encourager la discussion et la participation à la prise de décision.</p> <p>3.2 Dévoiler les erreurs ou les événements indésirables de manière efficace.</p> <p>4.1 Définir et explorer efficacement les problèmes à régler au cours de la consultation avec un patient, y compris le contexte du patient, ses réactions, ses préoccupations et ses préférences.</p> <p>4.2 Au cours de la prise de décision, respecter la diversité, y compris notamment les éléments liés aux particularités homme/femme, aux croyances religieuses et culturelles.</p> <p>4.3 Encourager la discussion, les questions et les échanges au cours de la consultation.</p> <p>4.4 Faire participer les patients, les membres de leur famille et les professionnels de la santé à la prise de décision partagée afin d'élaborer un plan de soins.</p> <p>4.5 Communiquer efficacement en tant que membres ou chefs d'une équipe de soins de santé ou d'un autre groupe professionnel.</p> <p>4.6 Assurer un suivi auprès du patient et de sa famille, en utilisant le mode de communication qui assure les meilleurs résultats.</p> <p>4.7 Utiliser les stratégies appropriées pour faire face aux défis de communication, tels que l'incitation à un changement de comportement, l'annonce d'une mauvaise nouvelle, la gestion de la colère ou la dépendance.</p> <p>4.8 Réaliser des interventions thérapeutiques à l'aide de la thérapie de soutien et d'autres techniques de counseling utilisées dans les soins primaires.</p> <p>4.9 Utiliser les services d'un interprète.</p> |

**5. Transmettre efficacement des renseignements oraux et écrits.**

- 5.1 Tenir des dossiers (écrits ou électroniques) clairs, exacts et appropriés sur les consultations et les plans d'intervention.
- 5.2 Utiliser efficacement les communications orales ou écrites pour référer un patient ou assurer des soins partagés.
- 5.3 Effectuer efficacement le compte rendu verbal d'une consultation ou d'une intervention.
- 5.4 Utiliser de façon appropriée le courriel et d'autres moyens de communication électronique, tout en préservant le caractère confidentiel des renseignements du patient.
- 5.5 Présenter au public ou aux médias de l'information pertinente concernant les enjeux qui touchent la santé, afin de répondre à la demande ou à un besoin exprimé par la collectivité.

# Collaborateur

---

## Définition

En tant que **collaborateurs**, les médecins de famille travaillent efficacement avec les patients, les familles, les équipes de soins de santé, les autres professionnels de la santé et les collectivités afin de prodiguer des soins optimaux aux patients.

## Description

Les médecins de famille collaborent avec d'autres intervenants qui participent aux soins des personnes ou de groupes de patients particuliers et les consultent. Les médecins de famille se considèrent comme faisant partie intégrante d'un réseau communautaire de professionnels de la santé. Ils savent collaborer, soit comme membre d'une équipe, soit comme coordonnateur d'une équipe. Ce partenariat est d'autant plus important dans le contexte actuel de la collaboration interprofessionnelle où l'objectif des soins axés sur le patient est largement partagé.

Les équipes de soins de santé d'aujourd'hui réunissent des professionnels qui collaborent étroitement dans un même lieu, mais aussi des équipes élargies réparties sur plusieurs sites, qui apportent tout un éventail de points de vue et d'habiletés. Il est donc essentiel pour les médecins de famille de pouvoir collaborer avec les patients, les membres de leur famille, les professionnels de la santé, les organismes communautaires et les décideurs afin d'optimiser les soins, la formation et le développement des connaissances.

## Éléments du rôle de collaborateur

*Les médecins de famille sont capables de ...*

| Compétences principales  | Objectifs spécifiques   |
|--|---|
| <b>1. Participer à une équipe de travail selon un modèle de collaboration et coopérer avec les professionnels de la santé demandés en consultation afin de prodiguer les soins aux patients.</b> | <p>1.1 Décrire clairement leurs rôles et responsabilités à d'autres professionnels.</p> <p>1.2 Décrire les rôles et les responsabilités d'autres professionnels qui sont membres de l'équipe de soins de santé.</p> <p>1.3 Reconnaître et respecter la diversité des rôles, des responsabilités et des compétences des autres professionnels par rapport aux leurs.</p> |

|  |   |
|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>1.4 Collaborer avec d'autres personnes pour évaluer, planifier et intégrer des soins à des patients en particulier ou à des groupes de patients.</li> <li>1.5 Au besoin, collaborer avec d'autres collègues dans l'évaluation, la planification, la prestation et l'examen des tâches non cliniques, telles que les activités de recherche, d'éducation, d'évaluation de programme ou de gestion administrative.</li> <li>1.6 Participer efficacement à des réunions d'équipes interprofessionnelles.</li> <li>1.7 Établir des relations d'interdépendance avec d'autres professions pour prodiguer des soins de qualité.</li> <li>1.8 Prendre en compte les principes de la dynamique d'équipe pour améliorer la performance de l'équipe.</li> <li>1.9 Contribuer aux relations de travail au sein des équipes et participer à un processus collégial visant à attribuer les rôles de leadership appropriés au sein des équipes.</li> <li>1.10 Respecter l'éthique reliée au travail d'équipe, y compris la confidentialité, l'affectation des ressources et le professionnalisme.</li> <li>1.11 S'il y a lieu, faire preuve de leadership au sein d'une équipe de soins de santé.</li> </ul> |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>2.1 Démontrer une attitude respectueuse envers leurs collègues et les membres des équipes interprofessionnelles.</li> <li>2.2 Interagir avec les autres professionnels pour prévenir les conflits.</li> <li>2.3 Recourir à la négociation fondée sur la collaboration pour résoudre les conflits.</li> <li>2.4 Respecter les différences, les incompréhensions et les limites des autres professionnels.</li> <li>2.5 Reconnaître leurs propres différences, incompréhensions et limites qui pourraient créer des tensions entre professionnels.</li> </ul>  |

|  |     |   |
|--|-----|---|
|  | 2.6 | Participer à une réflexion critique sur le fonctionnement de l'équipe interprofessionnelle.       |
|  | 3.1 | Trouver un terrain d'entente sur la définition des problèmes et sur les priorités d'intervention. |
|  | 3.2 | Trouver un terrain d'entente relativement aux méthodes et aux objectifs du traitement.            |
|  | 3.3 | Établir les rôles respectifs du médecin de famille et du patient.                                 |
|  | 3.4 | Travailler avec les patients et les membres de leur famille à optimiser leur santé.               |

# Gestionnaire

---

## Définition

En tant que **gestionnaires**, les médecins de famille jouent un rôle central au sein de l'équipe de soins primaires et participent à part entière à la vie des organismes de santé. Ils utilisent judicieusement les ressources. Ils organisent leur cabinet, qui constitue une ressource pour sa population de patients, de manière à soutenir et améliorer la santé. Ils coordonnent les soins avec les autres membres du système de santé.

## Description

Les médecins de famille interagissent avec leur milieu de travail comme individus, comme membres d'équipes ou de groupes et comme participants au système de santé sur la scène locale, régionale et nationale. Ils sont souvent le premier contact avec le système de santé et doivent coordonner les soins avec les autres membres du système de santé, y compris la collectivité. Les médecins de famille gèrent leurs activités quotidiennes et recherchent constamment un équilibre dans leur vie personnelle. Ils organisent leur pratique en utilisant les systèmes d'information comme une ressource pour leur population de patients. Les médecins de famille doivent donc pouvoir établir des priorités, effectuer avec sagesse des choix dans la répartition des ressources de soins de santé et exécuter efficacement des tâches en collaborant avec des collègues. Ils participent à l'amélioration continue de la qualité dans leur propre environnement de travail. Les médecins de famille participent activement à la prise de décisions dans le fonctionnement du système de santé.

## Éléments du rôle de gestionnaire

*Les médecins de famille sont capables de ...*

| Compétences principales                  | Objectifs spécifiques   |
|--|---|
| <b>1. Participer à des activités qui</b> | <p>1.1 Décrire le rôle du médecin de famille dans le système de santé ainsi que ses relations avec les autres professionnels de la santé et les organisations communautaires.</p> <p>1.2 Travailler en collaboration avec les autres professionnels de la santé et les organismes communautaires pour offrir aux patients des soins coordonnés.</p> |

|   |   |
|---|---|
|   | <p>1.3 Participer aux processus systémiques d'évaluation et d'amélioration de la qualité de l'exercice professionnel, telles que les initiatives relatives à la sécurité des patients.</p> <p>1.4 Participer à des activités d'amélioration continue de la qualité au sein de leur propre milieu de pratique, notamment les évaluations de la pratique.</p> <p>1.5 Décrire la structure et le fonctionnement du système de santé, y compris les différents modèles d'organisation et de financement des soins primaires.</p>  |
| <p><b>2. Gérer efficacement leur pratique et leur carrière.</b></p>                 | <p>2.1 Établir des priorités et gérer leur temps de façon à concilier les soins des patients, les exigences de la pratique, les autres activités professionnelles et leur vie personnelle.</p> <p>2.2 Gérer un cabinet, y compris les ressources financières et humaines, en collaboration au besoin.</p> <p>2.3 Mettre en œuvre des processus afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité dans leur cabinet.</p> <p>2.4 Employer judicieusement les technologies de l'information, y compris les dossiers médicaux électroniques, pour assurer les soins aux patients.</p>  |
| <p><b>3. Répartir judicieusement les ressources limitées en soins de santé.</b></p> | <p>3.1 Reconnaître l'importance d'une répartition appropriée des ressources en santé, y compris la référence à d'autres professionnels et les ressources communautaires, en équilibrant l'efficacité, l'efficience et l'accès, d'une part, et les soins optimaux aux patients de l'autre.</p> <p>3.2 Dispenser des soins de santé au meilleur coût, en employant les processus de gestion et les données probantes.</p> <p>3.3 Gérer judicieusement l'accès aux ressources communautaires limitées et aux consultants.</p> <p>3.4 Tenir compte de leur connaissance de la structure du système de santé et de ses composantes dans la prestation des soins.</p> |



- |  |   |
|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"><li>4.1 Présider des comités et des réunions, ou y participer efficacement.</li><li>4.2 Diriger ou mettre en œuvre un changement dans la pratique des soins de santé.</li><li>4.3 Contribuer à l'élaboration des politiques relatives aux systèmes de santé.</li><li>4.4 Assumer des rôles administratifs pertinents liés à la pratique clinique.</li></ul> |
|--|---|

# Promoteur de la santé

---

## Définition

En tant que **promoteurs de la santé**, les médecins de famille utilisent leur expertise et leur influence de façon responsable pour promouvoir la santé et le mieux-être des patients, des collectivités et des populations.

## Description

Les médecins de famille reconnaissent qu'ils doivent et qu'ils peuvent améliorer l'état de santé global de leurs patients et de la société qu'ils desservent. Ils reconnaissent également qu'ils jouent un rôle important comme défenseurs des intérêts des patients et promoteurs de la santé pour le bien-être des patients, des populations de patients et des collectivités. Les patients ont besoin que leur médecin de famille les appuie par la promotion de la santé et qu'il les aide à comprendre le système et à accéder aux ressources dont ils ont besoin en temps opportun. Les collectivités et les sociétés ont besoin de l'expertise spéciale des médecins de famille pour définir les grands enjeux et les déterminants de la santé, pour y travailler en partenariat. À ce niveau d'intervention, la promotion de la santé et la défense des intérêts des patients exigent des efforts visant à modifier les pratiques ou les politiques pour le bien des populations desservies. La défense des intérêts du patient comporte donc plusieurs niveaux d'interprétation et représente ainsi un élément essentiel et fondamental de la promotion de la santé. Elle s'exprime autant par les interventions individuelles des médecins de famille que par les interventions collectives avec d'autres professionnels de la santé cherchant à influencer les politiques en matière de santé et la santé des populations.

## Éléments du rôle de promoteur de la santé

*Les médecins de famille sont capables de ...*

| Compétences principales  | Objectifs spécifiques   |
|--|---|
| <b>1. Réagir aux besoins et aux problèmes liés à la santé des patients dans le cadre de la prestation des soins.</b> | <p>1.1 Définir les besoins de santé d'un patient.</p> <p>1.2 Intervenir en faveur d'un patient relativement à des questions de santé pertinentes.</p> <p>1.3 Mettre en œuvre des interventions et des stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies auprès de ses patients et</p> |

|   |  |
|---|--|
|   | de la population de patients desservie.  |
| <b>2. Réagir aux besoins de santé des collectivités qu'ils desservent.</b>        | <p>2.1 Décrire le milieu de pratique qu'ils desservent.</p> <p>2.2 Déterminer les occasions de défendre les intérêts des patients, de promouvoir la santé et de prévenir les maladies dans les collectivités qu'ils desservent et y réagir de la façon appropriée.</p> <p>2.3 Reconnaître la possibilité qu'il puisse y avoir compétition entre les besoins des collectivités qu'ils desservent et ceux d'autres groupes de patients.</p>  |
| <b>3. Définir les déterminants de la santé au sein de leur collectivité.</b>      | <p>3.1 Définir les déterminants de la santé au sein de leur collectivité, y compris les obstacles à l'accès aux soins et aux ressources.</p> <p>3.2 Repérer les clientèles vulnérables ou marginalisées et répondre à leurs besoins.</p>   |
| <b>4. Promouvoir la santé des patients, des collectivités et des populations.</b> | <p>4.1 Décrire diverses stratégies pour mettre en œuvre des changements au regard des déterminants de la santé de la population qu'ils desservent.</p> <p>4.2 Décrire les impacts des politiques de santé, des services de santé et du financement du système de santé sur l'accessibilité aux soins et sur la santé de la population desservie.</p> <p>4.3 Repérer les points d'influence dans le système de santé et sa structure.</p> <p>4.4 Décrire les enjeux éthiques et professionnels inhérents à la représentation dans le domaine de la santé, y compris l'altruisme, la justice sociale, l'autonomie, l'intégrité et l'idéalisme.</p> <p>4.5 Comprendre la possibilité inhérente de conflits entre leur rôle de promoteur de la santé, qui intervient en faveur d'un patient ou d'une collectivité, et celui de gestionnaire ou de régulateur des ressources.</p> <p>4.6 Décrire le rôle de la profession médicale dans l'intervention collective en faveur de la santé et de la sécurité des patients.</p> |

# Érudit

---

## Définition

En tant qu'**érudits**, les médecins de famille démontrent tout au long de leur vie leur engagement envers l'apprentissage fondé sur la réflexion, ainsi qu'envers le développement, la diffusion, l'application et le transfert des connaissances.

## Description

Les médecins de famille s'investissent tous les jours à trouver des réponses aux questions liées aux soins des patients et s'efforcent d'adapter et d'accroître leurs connaissances et leurs habiletés pour répondre aux besoins de leurs patients et de la collectivité. En tant qu'apprenants réflexifs, ils reconnaissent la nécessité de poursuivre constamment leur apprentissage et donnent cet exemple aux autres. Par leurs travaux d'érudition et de recherche, ils contribuent au développement, à la diffusion, à l'application et au transfert des connaissances. Comme formateurs, ils contribuent à l'éducation de leurs étudiants, de leurs patients, de leurs collègues et d'autres personnes. Les médecins de famille adoptent une approche critique face à la pratique, basée sur les données probantes; ils maintiennent cette approche par l'apprentissage continu et l'amélioration de la qualité.

## Éléments du rôle d'érudit

*Les médecins de famille sont capables de ...*

| Compétences principales | Objectifs spécifiques  |
|-------------------------|--|
|                         | <ol style="list-style-type: none"><li>1.1 Décrire les principes du maintien de la compétence et de la mise en œuvre d'un système de gestion du savoir personnel.</li><li>1.2 Reconnaître les défis d'apprentissage dans la pratique et en tenir compte.</li><li>1.3 Procéder à une évaluation de leur pratique.</li><li>1.4 Formuler une question menant à un apprentissage.</li><li>1.5 Déterminer les sources de connaissances pertinentes à la question.</li><li>1.6 Consulter et interpréter les données probantes</li></ol> |

|   |   |
|---|---|
|   | <p>appropriées.</p> <p>1.7 Appliquer les nouvelles connaissances à leur pratique.</p> <p>1.8 Évaluer les impacts de tout changement à leur pratique.</p> <p>1.9 Documenter le processus d'apprentissage.</p>  |
| <p><b>2. Évaluer de façon judicieuse l'information médicale, ses sources et sa pertinence par rapport à leur pratique et employer cette information pour prendre des décisions dans le contexte de la pratique.</b></p> | <p>2.1 Décrire les principes de la lecture critique.</p> <p>2.2 Évaluer de façon constructive les données sélectionnées dans la littérature, afin de répondre à une question clinique.</p> <p>2.3 Intégrer dans les soins cliniques les conclusions tirées de leur lecture critique.</p>  |
| <p><b>3. Contribuer de façon judicieuse à l'éducation des patients et des membres de leur famille, des étudiants, des collègues provenant des autres professions de la santé et du public.</b></p>                      | <p>3.1 Décrire les principes de l'enseignement pertinents à la formation en médecine.</p> <p>3.2 Définir la finalité de la formation en partenariat avec les apprenants concernés.</p> <p>3.3 Discuter des avantages de l'apprentissage collaboratif.</p> <p>3.4 Développer une approche de l'enseignement centré sur l'apprenant.</p> <p>3.5 Sélectionner les stratégies efficaces et les contenus d'enseignement pour faciliter l'apprentissage des tiers.</p> <p>3.6 Effectuer une présentation efficace.</p> <p>3.7 Évaluer leurs interventions d'enseignement et y porter un regard critique.</p> <p>3.8 Formuler efficacement de la rétroaction.</p> <p>3.9 Décrire les principes éthiques au regard de l'enseignement.</p> |
| <p><b>4. Contribuer au développement, à la diffusion, à l'application et au transfert des connaissances et des pratiques médicales nouvelles.</b></p>   | <p>4.1 Décrire les principes de la recherche et du travail d'érudition.</p> <p>4.2 Juger de la pertinence, de la validité et de l'applicabilité des résultats de recherche par rapport à leur propre pratique et à des patients</p>   |

individuels.

- 4.3 Décrire les principes de l'éthique de la recherche.
- 4.4 Formuler une question de recherche.
- 4.5 Effectuer une recherche systématique de données probantes.
- 4.6 Choisir et appliquer les méthodes appropriées pour répondre à une question de recherche.
- 4.7 Diffuser comme il se doit les résultats d'une étude.

# Professionnel

---

## Définition

En tant que **professionnels**, les médecins de famille s'engagent à l'égard de la santé et du bien-être des personnes et de la société au moyen d'une pratique éthique, de l'autorégulation de la profession et de critères rigoureux de comportement personnel.

## Description

Les médecins de famille jouent un rôle dans la société comme professionnels dédiés à la santé et au soin des personnes. Leur travail exige la maîtrise d'un corpus complexe de connaissances et d'habiletés, ainsi que l'exercice de l'art de la médecine. Le rôle de **professionnel** est guidé par un code de déontologie et un engagement envers les compétences cliniques, des attitudes et des comportements appropriés, l'intégrité et l'altruisme, le mieux-être personnel et la promotion du bien commun.

Ces engagements constituent la base d'un contrat social conclu entre les médecins et la société. En échange, la société accorde aux médecins le privilège de l'autorégulation de leur profession, à condition qu'ils soient redevables envers ceux qu'ils desservent.

## Éléments du rôle de professionnel

*Les médecins de famille sont capables de ...*

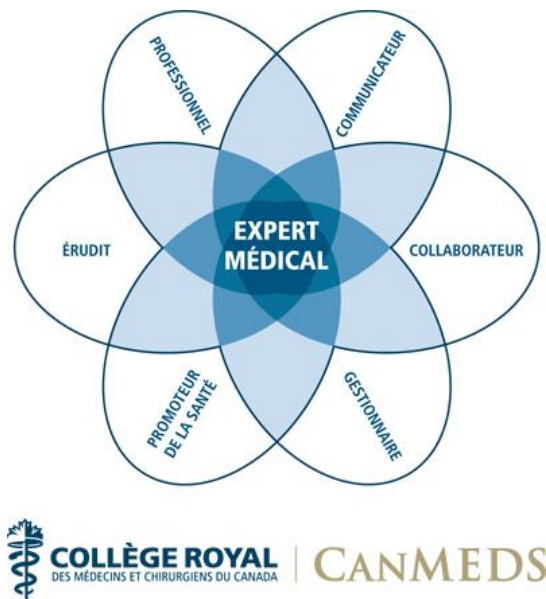
| Compétences principales           | Objectifs spécifiques   |
|-----------------------------------|---|
| <b>1. Démontrer un engagement</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>1.1 Démontrer des comportements professionnels dans la pratique, y compris l'honnêteté, l'intégrité, la fiabilité, la compassion, le respect, l'altruisme et l'engagement à l'égard du bien-être des patients.</li><li>1.2 Démontrer leur engagement à dispenser des soins de la plus grande qualité et à maintenir leur compétence.</li><li>1.3 Reconnaître les problèmes éthiques qui se posent dans la pratique et y répondre de façon appropriée.</li><li>1.4 Agir avec respect envers les collègues et les membres de l'équipe.</li><li>1.5 Gérer les conflits d'intérêts de façon appropriée.</li></ul> |

|   |  |
|---|--|
|   | <p>1.6 Reconnaître les principes et les limites de la confidentialité envers les patients, tels que définis par les normes d'exercice de la profession et par les lois.</p> <p>1.7 Maintenir les limites relationnelles professionnelles appropriées.</p> <p>1.8 Parler directement et respectueusement aux collègues dont les comportements peuvent présenter des risques pour les patients ou des tiers.</p>   |
| <p><b>2. Démontrer un engagement</b></p>  | <p>2.1 Comprendre les codes de conduite professionnelle, déontologiques et légaux, y compris le Code de déontologie de l'Association Médicale Canadienne.</p> <p>2.2 S'acquitter des obligations réglementaires et légales liées à la pratique courante.</p> <p>2.3 Démontrer qu'ils assument leurs responsabilités à l'égard des organismes de réglementation de la profession.</p> <p>2.4 Reconnaître le manque de professionnalisme dans le comportement d'un collègue et y réagir.</p> <p>2.5 Participer à l'évaluation des pairs.</p> |
| <p><b>3. Démontrer un engagement envers le maintien de leur santé et une pratique</b></p> | <p>3.1 Concilier les priorités personnelles et professionnelles afin de garder leur santé et une pratique viable.</p> <p>3.2 S'efforcer d'accroître leur conscience de soi personnelle et professionnelle.</p> <p>3.3 Reconnaître les situations où d'autres professionnels sont dans le besoin et réagir à ces situations.</p>  |
| <p><b>4. Démontrer un engagement envers la pratique réflexive.</b></p>                    | <p>4.1 Démontrer leur capacité de recueillir l'information se rapportant à leur performance personnelle, de reconnaître leurs propres limites et de demander de l'aide au besoin.</p> <p>4.2 Démontrer une conscience de soi et une compréhension de l'incidence de leurs propres attitudes et émotions sur leur pratique.</p> <p>4.3 Réfléchir sur les événements survenant dans leur pratique, en particulier les incidents critiques, pour approfondir la connaissance de soi.</p>  |



# Annexe 2 : Exemples de cadres axés sur les compétences employés ailleurs dans le monde

Depuis le début des années 1950, l'éducation médicale axée sur les compétences a fait l'objet de nombreuses discussions. Les divers éléments qui servent à définir les compétences et les caractéristiques des compétences cliniques ont évolués au cours des années 1960<sup>1</sup> et au début des années 1970<sup>2</sup>. Entrepris en 1993, le projet CanMEDS du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a été adopté en 1996.<sup>3</sup> Le rôle d'expert médical est le rôle pivot du médecin et les compétences essentielles, que l'on décrit comme les rôles assumés par les médecins, rayonnent de cet élément central (Figure 1). Ce cadre de l'éducation médicale a été adopté à l'échelle internationale, notamment aux Pays-Bas.



**Figure 1<sup>2</sup>**  
**Diagramme CanMEDS de l'expert médical et des rôles du médecin<sup>3</sup>**

Aux États-Unis, le groupe de travail sur le cursus du programme de résidence de la *Society of Teachers of Family Medicine* a présenté son rapport final en 1989. Ce rapport a lancé les discussions sur le cursus axé sur les compétences dans le milieu de l'éducation médicale<sup>4</sup>. En 1999, le *US Accreditation Council for Graduate Medical Education* et l'*American Board of*

<sup>2</sup> © 2006 Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.  
<http://crmcc.medical.org/canmeds/index.php> Reproduit avec permission.

*Medical Specialties* se sont entendus sur l'adoption de six compétences pour la certification, l'agrément et le maintien de la certification<sup>5</sup>. Connue sous le nom de projet *Outcome*, cette initiative dresse la liste des compétences générales attendues d'un nouveau médecin praticien dans les domaines suivants :

1. Savoir médical.
2. Soins aux patients.
3. Compétences interpersonnelles et habiletés en communication.
4. Professionnalisme.
5. Pratique fondée sur les systèmes.
6. Apprentissage fondé sur la pratique.

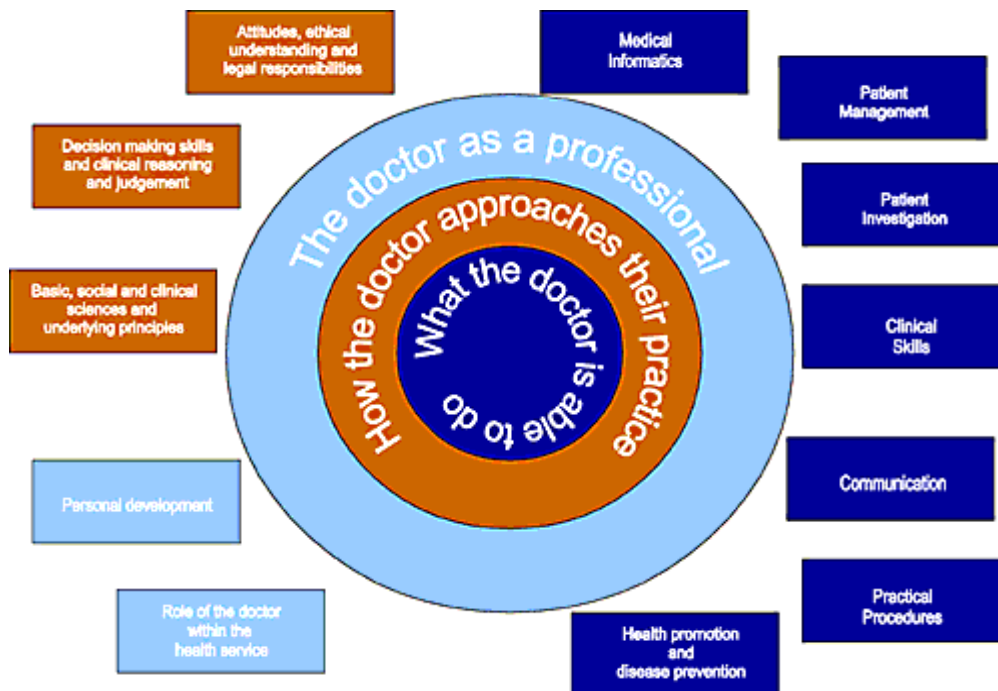
Le projet a stimulé la mise en œuvre d'un cursus axé sur les compétences d'un bout à l'autre des États-Unis.

En 2002, l'*Institute for International Medical Education* a établi les résultats d'apprentissage qui correspondaient aux compétences essentielles minimales que les médecins devaient posséder<sup>6</sup>.

Les sept domaines de compétence se lisent comme suit :

1. Valeurs, attitudes, comportements et éthique professionnels.
2. Fondement scientifique de la médecine.
3. Habiletés cliniques.
4. Habiletés en communication.
5. Santé de la population et systèmes de santé.
6. Gestion de l'information.
7. Pensée critique et systèmes de recherche.

En Europe, le modèle appelé *Dundee Outcome Model* (Figure 2) établi par Harden et ses collaborateurs a continué à développer ces concepts<sup>7</sup>.



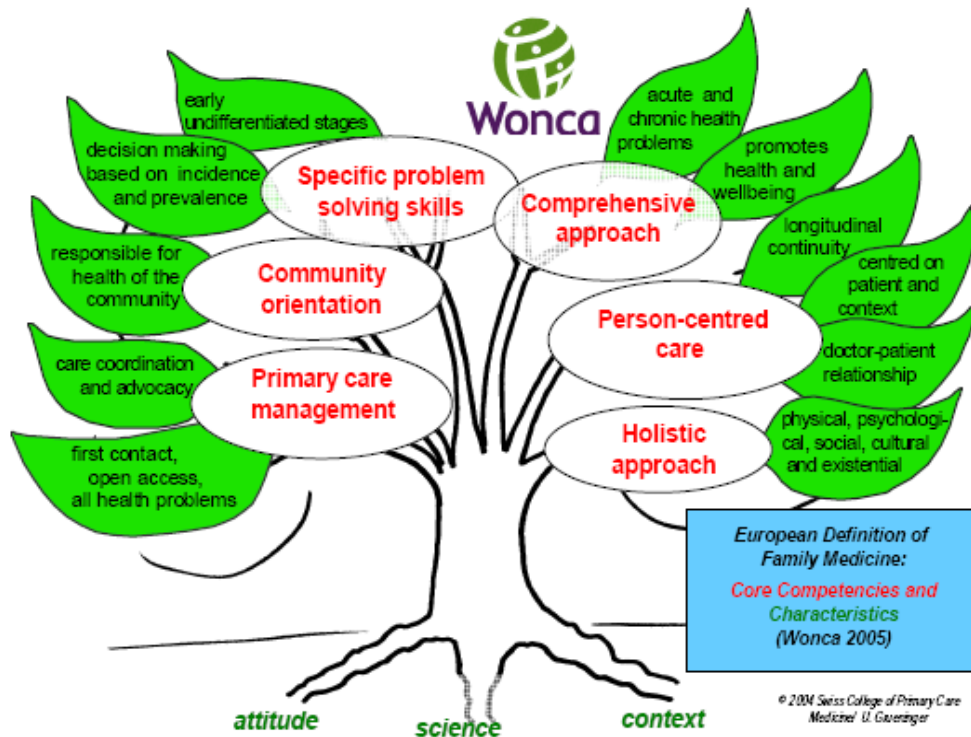
**Figure 2**  
**Résultats d'apprentissage : Modèle de Dundee<sup>7</sup>**

Le *Royal College of General Practitioners* (RCGP)<sup>8</sup> du Royaume-Uni et l'*European Academy of Teachers in General Practice* (EURACT)<sup>9</sup> ont élaboré six compétences essentielles, aussi appelées domaines, qui s'apparentent à celles des autres cadres. Ces compétences (ou domaines) s'établissent comme suit :

1. Prise en charge des soins de première ligne.
2. Soins centrés sur la personne.
3. Habiletés spécifiques en résolution de problème.
4. Approche globale.
5. Orientation communautaire.
6. Approche holistique.

Outre ces compétences, le RCGP et l'EURACT prennent en compte trois éléments essentiels pour toute discipline scientifique centrée sur la personne telle que la médecine générale, à savoir le contexte, l'attitude et la science.

Le concept EURACT est représenté sous forme d'un arbre de compétences en médecine familiale. Ses racines sont formées par les éléments essentiels et le tronc de l'arbre porte les six domaines essentiels (Figure 3).



**Figure 3**  
**L'arbre des compétences en médecine familiale d'EURACT<sup>9, 10</sup>**

Le *Royal Australian College of General Practitioners* a élaboré cinq domaines de pratique générale<sup>11</sup>. Le cursus de la médecine générale, de la formation préprofessionnelle au cycle d'apprentissage des généralistes (c.-à-d. l'apprentissage continu), se fonde sur ces cinq domaines. Sous forme graphique, les domaines sont représentés par « l'étoile de la médecine générale » (Figure 4).



**Figure 4**

*L'étoile de la médecine générale du Royal Australian College of General Practitioners*<sup>11</sup>

Ces différents modèles ont des éléments en commun (Tableau 1). Il peut y avoir des recoupements avec les domaines d'un autre cadre en raison des descriptions plus détaillées contenues dans les documents d'origine. Le Tableau 1 présente une comparaison approximative des divers cadres de compétences.

**Tableau 1**  
**Comparaison des cadres de compétences**

| <b>CanMEDS-MF<br/>7 rôles<sup>3</sup></b> | <b>EURACT<br/>6 compétences<sup>9</sup></b>   | <b>ACGME<br/>6 compétences<sup>5</sup></b>  | <b>RACGP<br/>5 domaines<sup>11</sup></b>   | <b>Dundee<br/>7 résultats<sup>7</sup></b>   |
|---|---|---|--|---|
| Expert en médecine familiale              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestion des soins de première ligne</li> <li>• Habiletés spécifiques en résolution de problème</li> <li>• Approche holistique</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins aux patients</li> <li>• Savoir médical</li> </ul>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaissance et habiletés professionnelles appliquées</li> </ul>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habiletés à prendre des décisions</li> <li>• Raisonnement et jugement cliniques</li> <li>• Sciences fondamentales, sociales et cliniques, et principes sous-jacents</li> <li>• Prise en charge du patient</li> <li>• Examen du patient</li> <li>• Habiletés cliniques</li> <li>• Procédures pratiques</li> </ul> |
| Communicateur                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins centrés sur la personne</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compétences interpersonnelles et habiletés en communication</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habiletés en communication et relation patient-médecin</li> </ul>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Communication</li> </ul>   |
| Collaborateur                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestion des soins de première ligne</li> </ul>   |   |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le rôle du médecin dans les services de santé</li> </ul>   |
| Gestionnaire                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientation communautaire</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pratique fondée sur les systèmes</li> </ul>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dimensions organisationnelles et juridiques</li> </ul>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Science du traitement de l'information médicale</li> </ul>   |
| Promoteur de la santé                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perspective d'ensemble</li> <li>• Gestion des soins de première ligne</li> </ul>   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Santé de la population et contexte de la pratique générale</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promotion de la santé et prévention de la maladie</li> </ul>   |
| Érudit                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Éléments essentiels (contexte, attitude, science)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apprentissage fondé sur la pratique</li> </ul>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rôle professionnel et éthique</li> </ul>                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sciences fondamentales, sociales et cliniques et principes sous-jacents</li> </ul>   |
| Professionnel                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Approche holistique</li> <li>• Éléments essentiels (contexte, attitude, science)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Professionnel</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rôle professionnel et éthique</li> </ul>                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Attitudes, compréhension éthique et responsabilités juridiques</li> <li>• Développement personnel</li> </ul>   |

ACGME = Accreditation Council for Graduate Medical Education; CanMEDS-MF = Cadre de compétences essentielles pour les médecins de famille canadiens (CanMEDS); EURACT = European Academy of Teachers in General Practice; RACGP = The Royal Australian College of General Practitioners

## Références

1. Hubbard JP., Levit EJ., Schumacher CF., Schnabel TG. « An objective evaluation of clinical competence: new technics used by the National Board of Medical Examiners ». *N Engl J Med.* 1965;272:1321-8.
2. McGaghie WC., Sajid AW., Miller GE., Telder TV., Lipson L. *Competency-based curriculum development in medical education: an introduction* . Document sur la santé publique de l'OMS. 1978;68:11-91.
3. Frank JR., Jabbour M., Tugwell P., et collab. « Skills for the new millennium: report of the Societal Needs Working Group, Projet CanMEDS 2000 ». *Ann R Coll Phys Surg Can* 1996;29:206-216.
4. Merenstein JH., Schulte JJ.; STFM Task Force on Residency Curriculum of the Future. « A residency curriculum for the future ». *Fam Med.* 1990;22:467-73.
5. Accreditation Council for Graduate Medical Education. *ACGME Outcome Project: Enhancing residency education through outcomes assessment* [Internet]. Chicago, IL: ACGME; c2010 [réf. du 14 déc. 2009]. Sur Internet : <http://www.acgme.org/outcome/>
6. Schwarz MR., Wojtczak A. « Global minimum essential requirements: a road towards competence-oriented medical education ». *Med Teach.* 2002;24(2):125-9.
7. Harden RM., Crosby JR., Davis MH. *AMEE guide n° 14: outcome-based education part 1.* « An introduction to outcome-based education ». *Med Teach.* 1999;21(1):7-14.
8. Royal College of General Practitioners, Committee of GP Education Directors. *Education and training for general practice: a joint curriculum statement from the Royal College of General Practitioners and the Committee of GP Education Directors.* Londres : Royal College of General Practitioners; 2005 [réf. du 14 déc. 2009]. Sur Internet : [http://www.rcgp-curriculum.org.uk/PDF/curr\\_PMETB\\_SUB\\_06ANNEX7and8.pdf](http://www.rcgp-curriculum.org.uk/PDF/curr_PMETB_SUB_06ANNEX7and8.pdf)
9. Heyrman J., éd. EURACT Educational Agenda. European Academy of Teachers in General Practice (EURACT): Leuven; 2005 [réf. du 14 déc. 2009]. Sur Internet : [http://www.euract.org/upload/file/200911/the\\_euract\\_educational\\_agenda.pdf](http://www.euract.org/upload/file/200911/the_euract_educational_agenda.pdf)
10. Grüninger U, Kissling B. La discipline et la spécialité de las médecine de famille/ Die Hausarztmedizin als eigene Disziplin und als Spezialgebiet. *Primary Care* 2005; 5(Nr. 11):269-71. Sur Internet: <http://www.primary-care.ch/pdf/2005/2005-11/2005-11-146.PDF>
11. Royal Australian College of General Practitioners. *Curriculum for Australian general practice.* South Melbourne, Australie: RACGP; 2007 [réf. du 14 déc. 2009]. Sur Internet : <http://www.racgp.org.au/curriculum>

# Annexe 3 : Les quatre principes de la médecine familiale

---

Le document *Critères pour l'agrément des programmes de résidence en médecine familiale; médecine d'urgence; compétences avancées; soins palliatifs* de 2006 du Collège des médecins de famille du Canada (le Livre rouge) définit le médecin de famille efficace comme une personne qui « utilise un ensemble de qualités et d'habiletés dans un contexte unique de pratique, les maintient à jour et les applique dans le cadre d'une approche clinique centrée sur le patient, afin de favoriser et de promouvoir la santé de ses patients<sup>1</sup>. »

Plus précisément, le médecin de famille efficace démontre qu'il applique les quatre principes de la médecine familiale<sup>2</sup> :

## **Principe 1 : Le médecin de famille est un clinicien compétent et efficace.**

Le médecin de famille démontre sa compétence à utiliser l'approche clinique centrée sur le patient. Il recherche la maladie avec sensibilité, compétence et une démarche appropriée. Il comprend l'expérience de la maladie telle que vécue par le patient (particulièrement ses idées, ses émotions et ses attentes) et les répercussions de la maladie sur la vie de celui-ci. Le médecin de famille est un expert pour une vaste gamme d'affections et de problèmes de santé courants au sein de la communauté, tant par ses connaissances que par ses habiletés, ainsi que pour les problèmes moins fréquents mettant la vie en danger et traitables qui surviennent dans tous les groupes d'âge. Son approche aux soins de santé est basée sur les données scientifiques disponibles les plus probantes. Le médecin de famille met à profit sa compréhension du développement humain, de la famille et des autres systèmes sociaux pour élaborer une approche globale au traitement des affections et des maladies chez les patients et leurs familles.

Le médecin de famille est également habile pour rechercher un terrain d'entente avec les patients concernant la définition des problèmes, les buts du traitement et les rôles respectifs du médecin et du patient dans la ligne de conduite à adopter. Il est habile à bien informer le patient tout en respectant son autonomie, à lui donner la responsabilité de sa propre santé et à prendre les décisions qui protègent ses meilleurs intérêts. Les problèmes cliniques que rencontre le médecin de famille dans la communauté ne sont pas présélectionnés et se présentent souvent au stade non différencié. Le médecin de famille est habile dans la gestion de l'ambiguïté et l'incertitude. Il rencontre des patients atteints de maladies chroniques, de difficultés émotives, de problèmes aigus (allant de troubles mineurs et autolimités jusqu'à des maladies mettant la vie en danger) et de problèmes biopsychosociaux complexes. Finalement, le médecin de famille peut dispenser des soins palliatifs aux individus en phase terminale de leur maladie.



## **Principe 2 : La médecine familiale est communautaire.**

L'exercice de la médecine familiale se déroule dans la communauté et est fortement influencé par les facteurs communautaires. Étant membre de la communauté, le médecin de famille est capable de répondre aux besoins changeants des individus, de s'adapter rapidement aux circonstances changeantes et de mobiliser les ressources appropriées pour répondre aux besoins des patients. L'exercice du médecin de famille se déroule au cabinet, à l'hôpital (y compris au service des urgences), dans d'autres établissements de soins et à domicile. Le médecin de famille se considère comme partie intégrante du réseau communautaire des intervenants en soins de santé et il est habile à collaborer soit comme membre de l'équipe, soit comme coordonnateur de l'équipe. Il utilise judicieusement les ressources communautaires et les consultations en spécialités.

## **Principe 3 : Le médecin de famille est une ressource pour une population définie de patients.**

Le médecin de famille considère les patients de sa pratique comme une « population à risque ». Il organise sa pratique pour assurer le maintien de la santé du patient, que ce dernier le consulte ou non à son cabinet. Une telle organisation présuppose la capacité d'évaluer les nouvelles données en fonction de leur pertinence à la pratique, des connaissances et des habiletés pour évaluer l'efficacité des soins dispensés dans sa pratique, l'utilisation adéquate des dossiers médicaux et/ou des autres systèmes d'information, ainsi que la capacité de planifier et de mettre en application des politiques qui favorisent l'amélioration de la santé des patients. Le médecin de famille adopte des stratégies efficaces d'autogestion de sa formation continue. Le médecin de famille a la responsabilité de préconiser des politiques sociales qui visent la promotion de la santé chez ses patients. Le médecin de famille accepte sa responsabilité d'utiliser judicieusement les ressources limitées du système de soins de santé. Il tient compte à la fois des besoins individuels et de ceux de la collectivité.

## **Principe 4 : La relation médecin-patient constitue l'essence du rôle du médecin de famille.**

Le médecin de famille sait comprendre et apprécier la condition humaine, notamment la nature de la souffrance et la réaction du patient confronté à la maladie. Il reconnaît ses forces et ses limites, et il sait reconnaître une situation conflictuelle entre ses intérêts personnels et des soins de qualité. Le médecin de famille respecte la primauté de la personne. La relation médecin-patient revêt les qualités d'une alliance, c'est-à-dire une promesse par le médecin de respecter son engagement envers le bien-être des patients, que ces derniers soient capables en retour de respecter ou non leurs engagements. Le médecin de famille est conscient du déséquilibre entre ses pouvoirs et ceux du patient ainsi que du potentiel d'abus que comporte l'exercice de ce pouvoir. Le médecin de famille dispense des soins continus à ses patients. Les contacts répétés avec le patient permettent de construire la relation médecin-patient et de favoriser le pouvoir thérapeutique propre à cette interaction. Avec le temps, la relation revêt une importance spéciale pour les patients, leurs familles et le médecin. Il en découle que le médecin de famille devient un défenseur des intérêts du patient.

## Références

1. Collège des médecins de famille du Canada. *Critères pour l'agrément des programmes de résidence en médecine familiale; médecine d'urgence; compétences avancées; soins palliatifs*. Mississauga, ON: CMFC; 2006.
2. Collège des médecins de famille du Canada. [Internet]. Mississauga, ON: CMFC; c2009. *Les quatre principes de la médecine familiale*; 2006 [réf. du 14 déc. 2009]. Sur Internet : [http://www.cfpc.ca/Les\\_quatre\\_principes/](http://www.cfpc.ca/Les_quatre_principes/)

# Annexe 4 : Les principales modifications apportées aux rôles CanMEDS 2005 dans CanMEDS-MF

---

Cette section présente les modifications effectuées à chaque rôle CanMEDS-FM<sup>1</sup> comparativement aux rôles correspondants de CanMEDS 2005<sup>2</sup>:

## **Expert en médecine familiale (anciennement « Expert médical »)**

- Décrit le médecin de famille comme un médecin personnel dispensant des soins complets, globaux et continus dans le cadre d'une relation de confiance à long terme avec les patients et leur famille.
- Révision majeure des définitions et des descriptions.
- Importance accrue accordée aux éléments suivants :
  - la méthode clinique centrée sur le patient
  - les soins complets, globaux et continus
  - la prise en charge de situations complexes
  - la coordination des soins et la collaboration.

## **Communicateur**

- Met l'accent sur le rôle central de la relation patient-médecin pour le médecin de famille.
- Comprend l'expérience de la maladie telle qu'elle est vécue par le patient, ses idées, ses émotions et ses attentes, ainsi que les répercussions de la maladie sur la vie du patient et de sa famille.
- Inclut le recours à des contacts répétés avec le patient afin de développer la relation patient-médecin.
- Inclut la promotion du pouvoir thérapeutique des interactions.
- Inclut la volonté de trouver un terrain d'entente.
- Incite le patient à assumer une responsabilité à l'égard de sa santé.
- Inclut différentes façons de communiquer et divers contextes de pratique.
- Inclut la communication efficace en tenant compte des handicaps des patients, des différences culturelles, des divers groupes d'âge et des défis particuliers que comportent certaines situations cliniques.

## **Collaborateur**

- Met l'accent sur l'aspect communautaire de la médecine familiale.
- Précise l'expression « équipe interprofessionnelle de soins de santé ».
- Inclut le travail avec des professionnels consultants et des organismes communautaires.
- Développe la compétence en matière de résolution de conflit pour inclure un environnement de travail positif.

- Inclut les patients et leur famille à titre de partenaires dans une collaboration.
- Inclut la gestion des ressources limitées et une compréhension du système de soins de santé.

### **Gestionnaire**

- Met l'accent sur la nature de premier contact de la médecine familiale.
- Inclut le rôle de médecin de famille comme une ressource qui aide à soutenir et à améliorer la santé de sa population de patients.
- Met l'accent sur le besoin accru d'assurer que les médecins de famille collaborent avec les autres membres de l'équipe de soins de santé.
- Met l'accent sur le rôle des médecins de famille dans la coordination des soins.
- Met l'accent sur l'utilisation efficace des dossiers médicaux électroniques.
- Met l'accent sur la compréhension des différents modèles de soins primaires et sur le travail dans ces différents milieux.

### **Promoteur de la santé**

- Inclut quelques changements mineurs.

### **Érudit**

- Inclut quelques changements mineurs.

### **Professionnel**

- Inclut l'établissement de limites appropriées par rapport aux patients.
- Met l'accent sur le respect des collègues et des membres de l'équipe.
- Indique un engagement à l'égard du bien-être des patients.
- Se concentre sur l'usage de la médecine fondée sur les données probantes et l'évaluation critique.
- Met l'accent sur la démonstration d'une pratique réflexive (c.-à-d. la conscience de soi, la connaissance de ses limites personnelles).

## Références

1. Collège des médecins de famille du Canada, Groupe de travail sur la révision du cursus. *CanMEDS-Médecine familiale : un cadre de compétences en médecine familiale*. Mississauga, ON: CMFC; Oc. 2009 [réf. du 14 déc. 2009]. Sur Internet : <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/CanMeds%20FM%20Final%20FR%20oct%2009.pdf>
2. Frank JR., éd. *Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins L'excellence des normes, des médecins et des soins*. Ottawa : Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2005 [réf. du 14 déc. 2009]. Sur Internet : <http://crmcc.medical.org/canmeds/index.php>