

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA

Rapport sur le Coursus Triple C axé sur le développement des compétences

Partie 2

Faire progresser la mise en œuvre

Canadian
Family Medicine
Curriculum



Le cursus en
médecine familiale
au Canada

©Le Collège des médecins de famille du Canada 2013
Tous droits réservés

Citation suggérée

Oandasan I, Saucier D. éds, Rapport sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences – Partie 2 : Faire progresser la mise en œuvre. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2013.

Dans : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/TripleC_Rapport_2.pdf.

Date de consultation : le 17 septembre 2013.

Chers collègues,

Avec la publication du *Rapport sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences – Partie 1* en 2011, nous vous avons présenté une nouvelle approche à l'égard de la formation en médecine familiale au Canada : le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences (Cursus Triple C). Fruit de plusieurs années d'efforts, le rapport a été lancé sous la direction du Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral. Il a mobilisé l'attention de nombreux membres du Collège et des dix-sept départements de médecine de famille au Canada qui, ensemble, ont tout mis en œuvre pour mieux définir notre rôle comme médecin de famille et la formation à donner aux futurs médecins de famille.

Le *Rapport sur le Cursus Triple C – Partie 1* a orienté le changement. Il a défini les éléments du Cursus Triple C axé sur le développement des compétences. À partir d'un cadre de compétences appelé CanMEDS-Médecine Familiale (CanMEDS-MF), il a présenté des recommandations pour l'adoption du Cursus Triple C. Ce *Rapport* avait été bien accueilli par les résidents et les éducateurs partout au pays et avait reçu l'appui du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC).

Les programmes de résidence en médecine familiale et les comités d'éducation du Collège ont collaboré activement afin d'apporter les changements requis pour implanter le Cursus Triple C à l'échelle du pays. Le *Rapport sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences – Partie 2* vise à faciliter la mise en œuvre complète du Cursus Triple C par toutes les parties concernées. Il rassemble des opinions d'expert, des ressources et des outils mis au point par les membres de divers comités d'éducation du CMFC. Le *Rapport sur le Cursus Triple C – Partie 2* a pour but de guider l'évolution vers le Cursus Triple C.

Le présent rapport montre clairement l'engagement du CMFC à améliorer la santé de la population canadienne en favorisant des normes élevées en éducation médicale et en matière de soins en médecine familiale. En tant qu'éditrices, nous avons eu le privilège de présenter le travail des différents comités et de tisser ensemble les fils d'une feuille de route qui, nous l'espérons, sera à tous très utile lors de la mise en œuvre.

Sincères salutations,



Ivy F. Oandasan MD MHSC CCMF FCMF
Éditrice
*Rapport sur le Cursus Triple C axé sur le
développement des compétences – Partie 2*



Danielle Saucier MD CCMF FCMF MA(Ed)
Éditrice
*Rapport sur le Cursus Triple C axé sur le
développement des compétences – Partie 2*

REMERCIEMENTS

Le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences est le fruit du travail de plusieurs comités du Collège. Les membres des comités suivants ont rédigé certains documents et sont nommés comme auteurs dans le rapport. Il est important de reconnaître le travail de ces médecins de famille enseignants et résidents, qui donnent de leur temps pour faire progresser l'éducation en médecine familiale au Canada.

Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral

David Tannenbaum, président
Jonathan Kerr
Jill Konkin
Victor Ng
Andrew Organek
Ean Parsons
Danielle Saucier
Liz Shaw
Allyn Walsh

Groupe de travail sur le processus de certification

Tom Crichton, président
Tim Allen
Cheri Bethune
Carlos Brailovsky
Michel Donoff
Kathrine Lawrence
Tom Laughlin
Stephen Wetmore

Groupe de travail sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences

Eric Wong, président
Elaine Blau
Fraser Brenneis
Teresa Cavett
Cathy Cervin
Tom Crichton
Nancy Fowler
Roger Ladouceur
David LaPierre
Cathy MacLean
Diane Clavet
Louise Nasmith
Danielle Saucier
Salvatore Spadafora
David Tannenbaum
Allyn Walsh

Sous-comité sur l'harmonisation

Danielle Saucier, co-présidente
Ivy Oandasan, co-présidente
Michel Donoff
Karl Iglar
Shirley Schipper
Eric Wong

Le travail de ces comités est coordonné et appuyé par le personnel dévoué du Collège des médecins de famille du Canada. Leur engagement assure que le travail est complété, qu'il répond à des normes de qualité élevées et que l'exécution du projet est impeccable. Ce rapport n'aurait pu voir le jour sans le leadership des personnes suivantes : Katherine Aldous, Kate Dehaas, Karen Dowsett, Lucie Hamelin, Heather Hepplewhite, Debby Lefebvre, Nadia Mangal, Heidi Plant et Lynn Schellenberg.

TABLE DES MATIÈRES

Le point de départ : Survol du Cursus Triple C axé sur le développement des compétences	001
Les éléments clés d'un Cursus Triple C axé sur le développement des compétences	013
Introduction	013
Étendue de la pratique à maîtriser en résidence en médecine familiale	015
Évaluation des résidents dans le cadre du Cursus Triple C axé sur le développement des compétences	021
Schéma du processus d'évaluation en cours de formation	033
Triple C: Établir une cohérence entre cursus et évaluation	035
Mise en œuvre de l'évaluation par compétences dans le cadre du Cursus Triple C	039
Introduction	039
Les Objectifs d'évaluation : Rapport avec les autres référentiels du Cursus Triple C	041
Feuilles de route: Soutenir l'accomplissement et documenter la compétence	063
Vers l'implantation du Cursus Triple C	067
Introduction	067
Un guide pour transposer les recommandations du Cursus Triple C axé sur le développement des compétences en un cursus pour le programme de résidence	069
Les effets d'un Cursus Triple C axé sur le développement des compétences	081
Introduction	081
Durée de la formation de base des résidents en médecine familiale	083
Les conséquences de l'application du Cursus Triple C pour la formation en compétences avancées dans les programmes de médecine de famille : Document de réflexion	089
Vers un Cursus Triple C axé sur le développement des compétences	097
Introduction	097
Faciliter le changement curriculaire : Passage à un Cursus Triple C axé sur le développement des compétences	099
Répercussions sur les ressources des départements de médecine de famille : Document de réflexion	109
Éventuel impact du Cursus Triple C sur les intervenants externes du CMFC : Document de réflexion	117
Évaluer l'impact d'un Cursus Triple C axé sur le développement des compétences	127
Introduction	127
Une approche nationale d'évaluation des programmes pour évaluer l'impact du Cursus Triple C	129
Cursus Triple C : Le présent et l'avenir	141
Introduction	141
Transition vers le Cursus Triple C : Perspectives des programmes de résidence de 2009 à 2010	143
Réflexions du Groupe de travail sur le Cursus Triple C	155
Cursus Triple C : Tourné vers l'avenir	165



Le point de départ : Survola du Cours Triple C axé sur le développement des compétences

Auteurs

Ivy Oandasan et Danielle Saucier

Citation suggérée :

Oandasan I, Saucier D. Le point de départ : Survola du Cours Triple C axé sur le développement des compétences. Dans : Oandasan I, Saucier D, éd. *Rapport sur le Cours Triple C axé sur le développement des compétences – Partie 2 : Faire progresser la mise en œuvre*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2013. Dans : www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/TripleC_Rapport_2.pdf. Date de consultation : le 23 septembre 2013.

Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) est l'organisme chargé de la Certification des médecins de famille et de l'agrément des programmes de résidence en médecine familiale au Canada. Fondé en 1954, il compte aujourd'hui un effectif de membres volontaires de plus de 28 000 médecins de famille à l'échelle mondiale, dont plus de 1 000 membres siègent à des comités, des groupes d'étude et des groupes de travail engagés à promouvoir la discipline de médecine familiale par le biais de l'éducation, de la recherche, de la pratique et des politiques.¹ Le CMFC a une mission importante : promouvoir des normes élevées en matière d'éducation médicale et de soins en médecine familiale afin d'améliorer la santé des Canadiens et des Canadiennes.

Sensible aux besoins changeants de la population, le CMFC a approuvé, en 2011, une nouvelle approche pour la formation des résidents en médecine familiale au Canada : le *Cursus Triple C* axé sur le développement des compétences (*Cursus Triple C*).² Ce cursus a été lancé dans le but d'assurer que les diplômés possèdent les compétences nécessaires pour répondre à l'évolution des besoins de la population canadienne en matière de santé. Le *Cursus Triple C* offre aux enseignants de partout au pays une approche axée sur le développement des compétences pour concevoir le cursus du programme de résidence en médecine familiale, fournir des activités d'apprentissage pertinentes et évaluer les diplômés ainsi que le programme de résidence proprement dit. Le *Cursus Triple C*, le CMFC et les programmes de résidence en médecine familiale ont pour but commun d'assurer que les diplômés sont prêts à débiter l'exercice professionnel dans la spécialité de médecine familiale* dans n'importe quelle collectivité au pays. Le *Cursus Triple C* sert de guide aux programmes de médecine familiale des dix-sept facultés de médecine afin que les résidents aient accès à des activités d'apprentissage qui 1) tiennent compte de la globalité de la médecine familiale; 2) mettent l'accent sur la continuité des soins et la continuité pédagogique; et 3) assurent que la formation est centrée sur les compétences dont les médecins de famille ont le plus besoin.

En partenariat avec le CMFC, les programmes de résidence ont entamé un processus de changement d'envergure nationale pour appliquer le *Cursus Triple C* partout au pays. Le *Rapport sur le Cursus Triple C – Partie 1*³ décrit « ce qui doit être fait ». Les enseignants des quatre coins du pays investissent temps et ressources pour comprendre le *Cursus Triple C*, communiquer sa vision et le mettre en œuvre dans leur contexte. Les comités d'éducation du CMFC (y compris le Bureau des examinateurs et le Comité d'agrément) harmonisent leurs politiques pour assurer une cohérence avec les concepts fondamentaux présentés dans le *Cursus Triple C*. Pour aider les facultés à adopter le *Cursus Triple C*, le CMFC a fourni de nombreuses ressources, dont des ateliers destinés aux chefs de file de l'éducation et aux superviseurs sur le terrain. Il maintient également un site Web consacré au *Cursus Triple C* qui contient une trousse d'outils⁴ dans laquelle on retrouve des diaporamas, des vidéos, les principaux rapports produits par les comités du CMFC et des liens vers la série d'articles décrivant différentes composantes du *Cursus Triple C* publiés dans *Le Médecin de famille canadien*. Nous avons recueilli une mine de renseignements utiles en maintenant un dialogue ouvert avec les enseignants en médecine familiale et en faisant connaître l'expérience locale relative au *Cursus Triple C*.

LE RAPPORT SUR LE CURSUS TRIPLE C – PARTIE 2 ET SES COLLABORATEURS

Le *Rapport sur le Cursus Triple C – Partie 2* rassemble les éléments issus de ce processus multidirectionnel très dynamique. Il comprend le fruit des travaux du Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral (GTRC), qui a poursuivi ses activités après la publication du *Rapport sur le Cursus Triple C – Partie 1*, ainsi que les contributions d'autres comités d'éducation du CMFC, notamment le Groupe de travail sur le processus de certification (GTPC), le Sous-comité sur

*Par médecine familiale, on entend la spécialité dans sa globalité, qui couvre l'ensemble des domaines de soins cliniques dans tous les domaines de soins (comprehensive)

l'harmonisation et le Groupe de travail sur la mise en œuvre du Cursus Triple C. Le *Rapport sur le Cursus Triple C – Partie 2* contient les documents rédigés par ces comités. Il vise à aider le milieu universitaire à répondre aux questions entourant la mise en œuvre du Cursus Triple C. Pour faire connaître les comités qui ont rédigé les textes qui figurent dans ce deuxième rapport, nous allons décrire, dans les paragraphes qui suivent, leurs rôles et leur contribution précieuse visant à continuer d'améliorer l'éducation en médecine familiale par l'entremise du Cursus Triple C.

Le Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral (GTRC)

En 2006, le CMFC, par l'entremise du Conseil de la Section des enseignants, a formé le Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral (GTRC). En raison des besoins changeants de la population canadienne, le CMFC a estimé qu'il était temps de revoir le « contenu » et les « méthodes » d'enseignement de la médecine familiale en collaboration avec les dix-sept programmes de résidence en médecine familiale au Canada. Le Groupe de travail avait un mandat bien précis, à savoir³ :

- Analyser les récentes tendances en éducation médicale
- Intégrer les récentes initiatives du CMFC au cursus
- Recommander des changements aux normes actuelles, le cas échéant
- Recommander des modifications aux Quatre principes de la médecine familiale⁵ afin de refléter les changements apportés aux normes actuelles, le cas échéant.

Le GTRC a entrepris un rigoureux processus de révision qui lui permettrait de recommander des changements à apporter au sein des programmes canadiens de formation postdoctorale en médecine familiale. Les révisions et les recommandations issues de ce processus visaient à :

- Former d'une manière plus efficiente et efficace des médecins de famille compétents
- Veiller à ce que les médecins de famille diplômés maîtrisent une combinaison judicieuse de compétences qui leur permettent d'exercer la médecine dans n'importe quelle collectivité et dans tous les contextes; et
- Attirer un plus grand nombre d'étudiants en médecine vers la médecine familiale.

On espérait de plus que l'atteinte de ces trois buts permettrait à la population de bénéficier d'un meilleur accès aux médecins de famille, améliorerait la santé et la sécurité des Canadiens et Canadiennes et réduirait les coûts globaux du système de soins de santé.

Relevant le défi, le GTRC a publié son rapport intitulé *Cursus Triple C axé sur le développement des compétences, Rapport du Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral – Partie 1* (ci-après appelé le *Rapport sur le Cursus Triple C – Partie 1*).³ Dans ce rapport, le GTRC résume comment il a examiné méthodiquement la littérature pédagogique, mené des consultations avec les intervenants concernés et fait des recommandations pour l'avenir de l'éducation en médecine familiale. Sa recommandation principale : que les programmes de résidence en médecine familiale partout au Canada mettent en œuvre un cursus axé sur le développement des compétences qui serait à la fois complet et global, axé sur la continuité des soins et sur la continuité pédagogique et centré sur la médecine familiale. Cette approche enrichie au regard des études postdoctorales en médecine familiale est maintenant connue sous le nom de *Cursus Triple C axé sur le développement des compétences* (Cursus Triple C).

Onze recommandations ont été approuvées par le Conseil de la Section des enseignants en 2010 et sont résumées à l'Encadré 1. Ces recommandations établissent une approche pour l'avenir de l'éducation des résidents en médecine familiale et reprennent les conseils judicieux du GTRC sur la façon dont le cursus devrait être élaboré en fonction des finalités d'apprentissage souhaitées. Le GTRC a recommandé d'utiliser les rôles CanMEDS-Médecine familiale (CanMEDS-MF)^{6*} comme référentiel de compétences national pour orienter la conception du cursus et l'évaluation du rendement des programmes de résidence. Le GTRC a souligné que les programmes devraient offrir des activités d'apprentissage qui répondent parfaitement aux besoins des résidents en médecine familiale sur les plans du contenu, de l'environnement d'apprentissage et du choix des enseignants. Par ailleurs, les résidents doivent se soumettre à des évaluations axées sur les compétences, effectuées en cours de formation, qui mesurent l'atteinte des finalités d'apprentissage escomptées. Dans le cadre d'un Cursus Triple C, on accorde une grande importance à la responsabilité partagée des programmes de résidence et des résidents, surtout en ce qui concerne les méthodes d'évaluation. Les deux dernières recommandations du GTRC portent sur la durée de la formation et la formation en compétences avancées. Elles seront toutes deux affectées par le Cursus Triple C, qui respecte l'esprit de l'éducation médicale axée sur le développement des compétences en tenant compte de ce qui est fondamental pour la médecine familiale : la globalité et la continuité des soins.



* Adapté de : Frank JR, éd. *Le Cadre des 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. Dans : http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/canmeds/resources/publications/framework_full_f.pdf. Date de consultation : le 15 avril 2013.

Encadré 1 : Recommandations du Groupe de travail sur la révision du Cursus³ — 2010

Onze recommandations ont été acceptées pour mettre en œuvre le cursus Triple C. Ces recommandations auront un impact 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, global 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 finalités d'apprentissage escomptées devraient être dérivées du cadre CanMEDS-MF et des documents connexes. Les activités 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 des compétences plutôt que sur la 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 la maîtrise 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 finalités d'apprentissage sont évaluées 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.

Tannenbaum, D, et collab. Rapport sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences. – Partie 1. CMFC, 2011

Même si le *Rapport sur le Cursus Triple C – Partie 1* a été officiellement publié en mars 2011, plusieurs programmes de résidence avaient déjà commencé à adopter certains éléments du Cursus. Le GTRC a poursuivi sa stratégie de communication et de dialogue avec le milieu universitaire, sachant que l'on réclamait plus de précisions sur les recommandations et les stratégies de mise en œuvre. Dans cette perspective, le GTRC a rédigé une série de documents qui regroupaient les opinions d'expert et l'examen régulier des activités axées sur le développement des compétences pour répondre à ces besoins. Certains de ces documents ont déjà été transmis aux membres du CMFC sous forme de diaporamas ou d'exposés de discussion. On peut les consulter sur le site Web du Cursus Triple C.⁴ Avec la publication de tous les documents du GTRC dans le *Rapport sur le Cursus Triple C – Partie 2*, ce comité aura exécuté ses travaux et conclu son mandat.

Le Groupe de travail sur le processus de certification

Alors que le GTRC revoyait le cursus du programme de résidence et émettait des recommandations, un autre groupe de travail du CMFC était chargé de revoir le processus de certification et faire des recommandations pour améliorer les décisions concernant la certification par le CMFC. Le Groupe de travail sur le processus de certification (GTPC) a initié ses travaux par un recensement de la littérature sur l'évaluation et a mené des groupes de réflexion et des entrevues avec des médecins de famille en exercice. Le GTPC a recommandé d'utiliser l'évaluation axée sur les compétences pour orienter les décisions concernant la certification du CMFC, à la fois pendant les examens de certification et tout le long du processus d'évaluation en cours de formation.⁷ En 2010, le GTPC a publié son rapport intitulé *Définir la compétence aux fins de la certification par le Collège des médecins de famille du Canada : les Objectifs d'évaluation en médecine familiale*⁷. Pour les besoins de l'évaluation, les Objectifs d'évaluation établissent clairement les compétences observables attendues d'un résident à la fin du programme de résidence. Le GTPC a recommandé que le Bureau des examinateurs utilise les Objectifs d'évaluation pour guider le processus de certification du CMFC. Le Bureau des examinateurs a approuvé cette recommandation en 2004 et depuis, les Objectifs d'évaluation orientent la structure et le contenu des examens de certification. Le GTPC a recommandé que l'acquisition des compétences tienne aussi compte de l'évaluation axée sur les compétences effectuée en cours de formation « par un processus continu d'échantillonnage, d'observation et de réflexion sur la performance du résident », et pour « orienter l'échantillonnage des comportements observables dans tous les Domaines de soins cliniques »⁸. Ainsi, on a décidé que les Objectifs d'évaluation serviraient à structurer le développement et la mise en œuvre du processus d'évaluation en cours de formation menant à la Certification.

Ces deux groupes de travail du CMFC – le GTRC et le GTPC – l'un prenant pour point de départ l'examen du cursus et l'autre, le processus d'évaluation, sont arrivés à la même conclusion : l'éducation axée sur le développement des compétences était la voie de l'avenir pour l'éducation en médecine familiale, et que son élément central serait une évaluation axée sur les compétences effectuée en cours de formation. Les deux groupes se sont entendus et ont offert leur appui au Cursus Triple C.

Le Groupe de travail sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences

Avec l'introduction du Cursus Triple C, plusieurs programmes de résidence partout au pays ont dû se pencher sur sa mise en œuvre. On s'est alors tourné vers le CMFC pour obtenir une orientation sur la façon d'articuler le *pourquoi* et le *comment* du Cursus Triple C. Mais avant tout, le milieu universitaire demandait de l'aide pour instaurer ce changement dans l'ensemble du pays.

Le Conseil de la Section des enseignants a réagi en formant un groupe de travail qui serait chargé d'élaborer et de mettre sur pied une stratégie nationale de mise en œuvre et d'intégration du Cursus Triple C dans les programmes de résidence en médecine familiale à l'échelle nationale. Le Groupe de travail sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences (le Groupe de travail sur le Cursus Triple C) est composé de nombreux intervenants capables d'orienter et d'influencer les enjeux et les défis liés à l'implantation du Cursus Triple C⁹.

Avec un calendrier de quatre ans débutant en 2010, le Groupe de travail avait le mandat suivant :

- Mettre en œuvre une approche de diffusion du savoir et une stratégie de communication qui veillent à ce que les membres et les principaux intervenants de partout au pays soient au courant du Cursus Triple C et de ses répercussions.
- Créer un processus de développement professoral misant sur les ressources – nouvelles et existantes – qui préparerait le système en vue de la mise en œuvre du Cursus Triple C.
- Élaborer des recommandations en matière de politique à l'égard du Cursus Triple C à l'intérieur et à l'extérieur du Collège.
- Promouvoir un plan d'évaluation qui mise sur l'érudition et les processus d'assurance de la qualité pour faire avancer le changement curriculaire au sein des programmes d'études postdoctorales en médecine familiale au pays.
- Développer une culture d'excellence et de collaboration académique pendant le processus d'élaboration et de mise en œuvre du Cursus Triple C.

Un plan a été mis en place pour chacun des éléments du mandat susmentionné. On a créé un sous-comité responsable d'administrer le premier mandat concernant la diffusion du savoir et les communications.

Comme son mandat prend fin en 2014, il incombe au Groupe de travail d'assurer que le processus de changement entourant le Cursus Triple C démarre du bon pied. Au moment de publier le présent rapport, le Groupe de travail était à mi-mandat. Une approche pour le développement professoral et une stratégie de communication avec les intervenants relativement à l'impact du Cursus Triple C étaient en cours de développement et des recommandations visant à arrimer les politiques internes et externes du Collège faisaient l'objet de discussions. Le Groupe de travail a également conçu un plan pour une évaluation nationale du programme. Ce plan aborde actuellement l'étape de la mise en œuvre. Cette approche s'inspire du cinquième mandat du Groupe de travail, soit « Développer une culture d'excellence et de collaboration académique ». Le *Rapport sur le Cursus Triple C – Partie 2* montre comment le CMFC privilégie cette approche collective pour opérer les changements requis pour mener à bien la mise en œuvre du Cursus Triple C et atteindre son but : former des médecins de famille prêts à débiter l'exercice professionnel dans la spécialité de médecine familiale dans n'importe quelle collectivité au pays.

Le Sous-comité sur l'harmonisation

Lorsque le Groupe de travail sur le Cursus Triple C a commencé ses travaux, les programmes de résidence réclamaient une plus grande clarté. En 2010, le milieu universitaire avait déjà pris connaissance des nouvelles approches de l'éducation dite par compétences. On avait présenté au milieu universitaire deux référentiels de compétences (les rôles CanMEDS-MF et les Objectifs d'évaluation) sans bien expliquer comment ils étaient liés. Les superviseurs devaient assumer de nouvelles responsabilités quant à l'évaluation axée sur les compétences. Un nouveau vocabulaire était

utilisé sans être clairement défini (p. ex., *soins complets et globaux, continuité des soins et continuité pédagogique, centré sur la médecine familiale*). Le milieu universitaire devait donner un sens à ces nouveaux référentiels, à ces nouvelles approches et à ce nouveau vocabulaire. Le Groupe de travail sur le Coursus Triple C a reconnu le besoin urgent d'établir une stratégie de communication qui pourrait aider les facultés.

On a donc formé le Sous-comité sur l'harmonisation composé de membres du GTRC et du GTPC et de trois directeurs de programme. Il avait pour mandat de mettre au point des outils de communication qui pourraient aider les chefs de file de l'éducation à mieux comprendre les concepts associés au Coursus Triple C. Le Sous-comité sur l'harmonisation a décidé de créer une série de diaporamas et du matériel de promotion comme des vidéos, des guides et des outils destinés au milieu universitaire. Pour distribuer ces outils de communication, le Sous-comité a créé un site Web qui héberge tous les documents sur le Coursus Triple C sous forme d'une trousse d'outils⁴. La trousse a été lancée au printemps 2012. Les directeurs de programme, chefs de file de l'éducation, superviseurs et résidents ont accès à cette ressource en tout temps. L'une des plus grandes contributions du Sous-comité sur l'harmonisation a été de préciser la relation entre les rôles CanMEDS-MF, les Domaines de soins cliniques pour la formation en résidence et les Objectifs d'évaluation. On trouve cette description de leur travail dans un article intitulé *Triple C : Établir une cohérence entre cursus et évaluation* publié dans le *MFC*¹⁰. L'article a également été reproduit dans le *Rapport sur le Coursus Triple C – Partie 2*.

FAIRE LE VIRAGE : LE RÔLE DU RAPPORT SUR LE CURSUS TRIPLE C — PARTIE 2

Il faut du temps et du travail pour opérer un changement. Un changement à l'échelle nationale et dans plusieurs établissements nécessite détermination et coordination. La bonne nouvelle, c'est que les changements dont nous parlons sont déjà en chantier depuis quelques années — c'est donc dire qu'à l'heure actuelle, nous sommes plus souvent appelés à faire de « petits correctifs » que des changements draconiens dans les programmes de résidence. La mise en œuvre du Coursus Triple C au Canada exigera un effort de collaboration national. Les dix-sept programmes de résidence en médecine familiale prennent une part active à ce processus et le CMFC joue un rôle central.

La mise en œuvre du Coursus Triple C n'est nullement une méthode normative : elle se veut plutôt souple, capable de s'adapter aux réalités des milieux éducatifs, aux besoins d'apprentissage des résidents et aux besoins de santé des populations desservies. La mise en œuvre du Coursus Triple C appelle au changement et doit tenir compte du système d'éducation médicale, du système de santé et des systèmes politiques de ce pays, ainsi que de leurs divers intervenants. La section *Mise en œuvre de l'évaluation par compétences dans le cadre du Coursus Triple C* offre au milieu universitaire de la médecine familiale une façon de trouver des solutions aux problèmes associés à la mise en œuvre de changements en mettant de l'avant les principaux points et les approches stratégiques, et en tentant de guider les progrès à l'échelle locale et nationale. Cette section expose une approche systématique à la gestion du changement qui cible les questions auxquelles il faudra répondre à mesure que la mise en œuvre ira de l'avant. Bon nombre de documents de travail créeront des occasions d'établir précocement un dialogue avec la collectivité et avec les intervenants qui sont des partenaires clés du milieu universitaire de la médecine familiale. Ces dialogues aideront à rallier des appuis, à favoriser la compréhension et à renforcer l'acceptation pendant les années à venir.

Le *Rapport sur le Coursus Triple C – Partie 2* aborde les problèmes pratiques et les conséquences de l'adoption du Coursus Triple C. Il suppose que le lecteur connaît bien le *Rapport sur le Coursus Triple C – Partie 1*³ et les Objectifs d'évaluation.⁷ Il complète et réitère le contenu des diaporamas et des documents de la trousse d'outils Triple C⁴. Le rapport regroupe une série de documents de travail.

Chaque document constitue un document autonome et peut être lu individuellement ou avec les autres documents de la section. Le rapport est présenté en format électronique pour permettre aux lecteurs de faire aisément des recherches dans leurs domaines d'intérêt.

Les documents de travail des deux prochaines sections — *Les éléments clés d'un Cursus Triple C axé sur le développement des compétences* et *Mise en œuvre de l'évaluation par compétences dans le cadre du Cursus Triple C* sont des ouvrages fondamentaux qui enrichissent le *Rapport sur le Cursus Triple C – Partie 1* (y compris le cadre de compétences *CanMEDS-MF*) et les Objectifs d'évaluation. En particulier, les documents *Étendue de la pratique à maîtriser en résidence en médecine familiale* (qui décrit les *Domaines de soins cliniques pour la formation en résidence*), *Évaluation des résidents dans le cadre du Cursus Triple C axé sur le développement des compétences*, *Schéma du processus d'évaluation en cours de formation, Triple C : Établir une cohérence entre cursus et évaluation* et *Les Objectifs d'évaluation : Rapport avec les autres référentiels du Cursus Triple C* sont des ressources importantes pour les éducateurs. Le *Guide pour transposer les recommandations du Cursus Triple C axé sur le développement des compétences en un cursus pour le programme de résidence* propose une feuille de route qui aidera à passer de la théorie à la pratique pendant les phases de développement et de révision du cursus.

La deuxième partie du *Rapport sur le Cursus Triple C – Partie 2* décrit les répercussions possibles du Cursus et les stratégies de facilitation auxquelles les programmes peuvent faire appel. La section *Les effets du Cursus Triple C axé sur le développement des compétences* contient deux documents de travail : *Durée de la formation de base des résidents en médecine familiale* et *Les conséquences de l'application du Cursus Triple C pour la formation en compétences avancées dans les programmes de médecine de famille : Document de réflexion*. Ces deux documents feront réfléchir aux conséquences du Cursus Triple C sur les politiques et aideront à orienter l'avenir. *Vers un Cursus Triple C axé sur le développement des compétences* fait un tour d'horizon des moyens de faciliter le changement au palier local, notamment en obtenant l'engagement et l'appui des principaux joueurs. Suivent *Répercussions sur les ressources des départements de médecine de famille* et *Éventuel impact du Cursus Triple C sur les intervenants externes du CMFC : Document de réflexion*.

La troisième partie du présent rapport passe des incidences pratiques et immédiates à une perspective à plus long terme. Le document *Une approche nationale d'évaluation des programmes pour évaluer l'impact du Cursus Triple C* décrit le plan d'évaluation et ses répercussions sur les résidents, le corps professoral, les programmes de résidence, le CMFC et la discipline en général.

Cette démarche rigoureuse est caractéristique de l'approche érudite qui caractérise la section *Cursus Triple C : Le présent et l'avenir*, plus précisément le document *Transition vers le Cursus Triple C : Perspectives des programmes de résidence de 2009 à 2010*. Ce document démontre l'étendue de la mise en œuvre du Cursus Triple C par les programmes de résidence jusqu'à aujourd'hui. Le document *Réflexions du Groupe de travail sur le Cursus Triple C* présente le travail accompli par le Groupe de travail sur le Cursus Triple C et ses projets pour les deux dernières années de son mandat. Le dernier document livre les réflexions des éditrices. Dans *Cursus Triple C : Tourné vers l'avenir*, elles décrivent l'éventuel impact du Cursus Triple C sur l'éducation médicale et les systèmes de santé et présentent les prochaines étapes sur lesquelles le milieu universitaire de la médecine familiale devra se pencher.

Nous encourageons les membres du milieu universitaire de la médecine familiale à lire les différentes sections de ce rapport, à transmettre les divers documents et sections, ou le rapport en entier, à leurs principaux collaborateurs afin de stimuler la discussion et de tirer parti des occasions d'amorcer la transition vers le Cursus Triple C dans les programmes de résidence en médecine familiale. Le *Rapport sur le Cursus Triple C – Partie 2* est le fruit d'un effort collaboratif mené par de nombreux membres

dévoués du Collège - des enseignants qui cherchent à renforcer la formation en médecine familiale et des médecins de famille qui militent pour des soins optimaux. Ce rapport, qui sera hébergé dans la trousse d'outils Triple C qui se trouve sur le site Web du CMFC, s'ajoutera aux nombreuses ressources utilisées pour orienter la mise en œuvre grâce à des outils pratiques, pertinents et utiles. Nous vous invitons à consulter régulièrement le site Web. Il fera l'objet de mises à jour périodiques et nous y publierons les prochains documents sur le Cours Triple C. Vos commentaires sont toujours les bienvenus : écrivez-nous à Triple_C@cfpc.ca.

Références

1. Collège des médecins de famille du Canada. À propos du CMFC. 2013. <http://www.cfpc.ca/apropos/> Date de consultation : le 15 avril 2013.
2. Kerr J, Walsh AE, Konkin J, Tannenbaum D, Organek AJ, Parsons E, et collab. Renouveler l'éducation postdoctorale en médecine familiale : La raison d'être de Triple C. *Can Fam Physician* 2011;57:e311-e312. Dans : <http://www.cfp.ca/content/57/8/e311.full.pdf+html>. Date de consultation : le 15 avril 2013.
3. Tannenbaum D, Kerr J, Konkin J, Organek A, Parsons E, Saucier D, et collab. *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. Dans : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Triple_C/Triple_C_Competency_FR_w_cover_Sep29.pdf. Date de consultation : le 15 avril 2013.
4. Collège des médecins de famille du Canada. *Cursus Triple C axé sur le développement des compétences : Le cursus en médecine familiale au Canada*. http://www.cfpc.ca/Triple-C_fr/. Date de consultation : le 15 avril 2013.
5. Collège des médecins de famille du Canada. *Les Quatre principes de la médecine familiale*. Collège des médecins de famille du Canada. 2006. www.cfpc.ca/Les_quatre_principes/. Date de consultation : le 15 avril 2013.
6. 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 : Collège des médecins de famille du Canada; Octobre 2009. Dans : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Triple_C/CanMeds%20FM%20Final%20FR%20oct%2009%20with%20tree%20Feb%20%202011.%20Sept.%2029.pdf. Date de consultation : le 13 avril 2013.
7. 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 objectifs d'évaluation en médecine familiale*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2010. Dans : <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/Definition%20of%20Competence%20French%20with%20bookmarks.pdf>. Date de consultation : le 15 avril 2013.
8. Crichton T, Allen T, Bethune C, Brailovsky C, Donoff M, Laughlin T, et collab. *Objectifs d'évaluation en médecine familiale : Définir la compétence aux fins de la certification* [présentation PowerPoint]. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2011. Dans : http://www.cfpc.ca/Triple-C-Toolkit_fr/. Date de consultation : le 15 avril 2013.
9. Collège des médecins de famille du Canada. Groupe de travail sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences. <http://www.cfpc.ca/projectassets/templates/series.aspx?id=2905&langType=3084>. Date de consultation : le 15 avril 2013.
10. Oandasan I, Wong E, Saucier D, Donoff M, Iglar K, Schipper S. Triple C : Établir une cohérence entre cursus et évaluation. *Can Fam Physician* 2012;58:e608-e610. Dans : <http://www.cfp.ca/content/58/10/e608.full.pdf+html>. Date de consultation : le 15 avril 2013.

Pendant les années qui ont précédé l'implantation du Cursus Triple C axé sur le développement des compétences (le Cursus Triple C), de nombreux rapports rédigés par différents comités d'éducation du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) ont présenté d'importantes informations qui ont guidé l'élaboration du cursus. Par exemple, le *Rapport sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences – Partie 1* souligne le rôle clé qu'a joué le cadre de compétences CanMEDS-Médecine familiale (CanMEDS-MF), conçu par le Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral pour mettre au point la formation en médecine familiale axée sur le développement des compétences. À peu près à la même époque, le Groupe de travail sur le processus de certification du CMFC rédigeait un rapport qui faisait état des compétences que les résidents en médecine familiale devaient maîtriser à la fin de leur formation. Intitulé *Définir la compétence aux fins de la certification par le Collège des médecins de famille du Canada : Les Objectifs d'évaluation en médecine familiale*, ce rapport – approuvé par le Bureau des examinateurs – est un deuxième document charnière qui, au même titre que les rôles CanMEDS-MF, constitue un élément clé du Cursus Triple C.

Dans la présente section du *Rapport sur le Cursus Triple C – Partie 2*, les lecteurs prendront connaissance d'un troisième rapport formatif qui sert à définir la globalité de la médecine familiale en tant que discipline. Le document intitulé *Étendue de la pratique à maîtriser en résidence en médecine familiale* décrit les Domaines de soins cliniques pour la formation des résidents et fournit aux éducateurs et aux praticiens une taxonomie qui les aidera à bien comprendre les diverses populations de patients traités par notre discipline. Il présente aussi les contextes de pratique des médecins de famille et le spectre de maladies prises en charge et de procédures utilisées dans tous les domaines de la médecine familiale. *Étendue de la pratique* est un outil de référence essentiel pour les éducateurs et il vise à mieux définir la vaste portée des soins complets et globaux et de la globalité de l'éducation associée au Cursus Triple C.

Cette section illustre aussi le rôle crucial du document de réflexion *Évaluation des résidents dans le cadre du Cursus Triple C axé sur le développement des compétences*. Bien que nouveaux en apparence, les concepts de l'évaluation dite *par compétences* existaient déjà dans de nombreux programmes de médecine familiale avant l'introduction du Cursus Triple C. Le document sur l'évaluation axée sur les compétences joue lui aussi un rôle important pour aider les lecteurs à comprendre la signification des processus et de l'évaluation par compétences dans un Cursus Triple C axé sur le développement des compétences.

L'article *Triple C : Établir une cohérence entre cursus et évaluation* clôt cette section. Il explique comment le cadre de compétences CanMEDS-MF, qui a servi à concevoir le cursus, est lié aux objectifs d'évaluation définis aux fins de la certification (les Objectifs d'évaluation) et sert d'outil pour l'approche du CMFC relativement à l'évaluation par compétences. Publié dans *Le Médecin de famille canadien* (2012), cet article tente d'aider les éducateurs en médecine à clarifier les nouveaux concepts et référentiels, ainsi que les nouvelles terminologies et pédagogies. Ces documents seront mentionnés à plusieurs reprises dans le présent rapport et dans les rapports et publications à venir. Nous recommandons que les lecteurs les gardent à portée de la main, car ils seront essentiels pour bien comprendre les enjeux durant cette période de changements dans l'éducation en médecine familiale.

Étendue de la pratique à maîtriser en résidence en médecine familiale

Document rédigé par

Le 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

Reproduit avec autorisation

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

Citation suggérée :

Tannenbaum D, Kerr J, Konkin J, Organek A, Parsons E, Saucier D, Shaw L, Walsh A. *Étendue de la pratique à maîtriser en résidence en médecine familiale : Rapport du Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2011.

Étendue de la pratique à maîtriser en résidence en médecine familiale

UN GUIDE POUR ENSEIGNER, APPRENDRE ET ÉVALUER

INTRODUCTION

Le but des programmes de résidence en médecine familiale est de diplômer des médecins qui sont prêts à fournir des soins complets, globaux et continus, au niveau d'un médecin prêt à débiter l'exercice professionnel dans la spécialité de médecine familiale. Il incombe à ces programmes d'offrir une formation qui expose les résidents à toute l'étendue de la pratique de médecine familiale, tout en s'assurant qu'ils ont acquis les compétences en médecine familiale et atteint les objectifs pédagogiques du programme — grâce à un processus d'évaluation rigoureux et continu.

Le cadre CanMEDS–Médecine familiale (CanMEDS-MF)* décrit les compétences que les médecins de famille doivent maîtriser pour prodiguer des soins complets et globaux. Cependant, ce cadre ne décrit pas tous les aspects des activités cliniques dans lesquelles s'exercent les rôles CanMEDS-MF; la combinaison de ces deux éléments définit les soins complets et globaux dispensés par les médecins de famille au Canada.

Le présent document doit servir de supplément au document CanMEDS-MF. Il offre un aperçu des activités professionnelles qui délimitent l'étendue des soins complets et globaux de la médecine familiale : les contextes où on prodigue les soins, la gamme des responsabilités cliniques dont s'acquittent les médecins de famille, les habiletés techniques effectuées dans la pratique et les diverses populations de patients qui reçoivent des soins. Ces *Domaines de soins cliniques* constituent la base à partir de laquelle les expériences d'apprentissage du programme de résidence en médecine familiale seront planifiées et sur laquelle l'évaluation des apprentissages sera effectuée. Ils fournissent également le contexte qui donne une signification pratique aux rôles CanMEDS-MF dans la prestation de soins aux patients.

Ce document répartit les activités professionnelles en deux groupes :

Les domaines de soins cliniques pour la formation en résidence

Les compétences professionnelles en évolution

Vous trouverez de plus amples renseignements sur l'étendue de la pratique à maîtriser en résidence en médecine familiale dans le document CanMEDS-MF et les documents du Groupe de travail sur le processus de certification, *Sujets prioritaires et éléments clés pour l'évaluation en médecine familiale*.² L'article « La médecine familiale en 2018 », rédigé par les directeurs de départements de médecine familiale (<http://www.cfp.ca/content/56/4/316.full>), fournit d'autres indications sur les domaines d'apprentissage requis.³

* Le Cadre CanMEDS–Médecine familiale constitue une adaptation du document suivant : FRANK, J.R., 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 [Date de consultation : le 14 déc. 2009]. Dans : <http://www.royalcollege.ca/public/resources/aboutcanmeds>.

Les domaines de soins cliniques pour la formation en résidence

Les domaines de soins cliniques sont présentés sous un format pratique de sorte à refléter le travail quotidien en médecine familiale : les cycles de vie des patients, les contextes cliniques où les soins sont prodigués, la gamme des responsabilités cliniques et les habiletés techniques. Les « soins aux patients mal desservis » représentent une composante additionnelle, qui met en valeur la responsabilité des médecins de famille envers les populations les plus vulnérables du Canada. Nous pouvons répertorier les problèmes cliniques rencontrés au cours de l'exercice de la médecine familiale sous une ou plusieurs des rubriques suivantes :

Soins aux patients dans l'ensemble des cycles de vie	<ul style="list-style-type: none"> ● Enfants et adolescents ● Adultes : <ul style="list-style-type: none"> ○ Santé des femmes, y compris les soins de maternité ○ Santé des hommes ○ Soins aux personnes âgées ○ Soins en fin de vie et soins palliatifs
Soins aux patients dans tous les contextes cliniques (milieux urbains ou ruraux)	<ul style="list-style-type: none"> ● Soins ambulatoires/en cabinet ● Hôpital ● Soins de longue durée ● Services d'urgence ● Soins à domicile ● Autres contextes dans la communauté
Gamme des responsabilités cliniques	<ul style="list-style-type: none"> ● Prévention des maladies et promotion de la santé ● Diagnostic et prise en charge des problèmes de santé (maladies aiguës, subaiguës et chroniques) ● Prise en charge des maladies chroniques ● Réadaptation ● Soins de confort ● Soins palliatifs
Soins aux patients mal desservis	<p>Y compris, sans s'y limiter :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Les populations autochtones ● Les patients atteints de maladie mentale ou de toxicomanie ● Les immigrants récents
Habiletés techniques	<ul style="list-style-type: none"> ● Conformément à la liste des habiletés techniques fondamentales du CMFC : http://www2.cfpc.ca/cfp/2005/oct/vol51-oct-research-2_fr.asp?

LES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES EN ÉVOLUTION

Les compétences professionnelles en évolution correspondent à certaines compétences incluses dans les rôles CanMEDS-MF qui seront de plus en plus exigées des médecins de famille à l'avenir. La formation actuelle doit insister sur ces compétences. Le tableau suivant dresse la liste de ces compétences en relation avec leur rôle CanMEDS-MF respectif.

Compétences professionnelles	Rôle CanMEDS MF
Technologies de l'information, y compris les dossiers médicaux électroniques	Communicateur
Collaboration interprofessionnelle et travail en équipes Leadership	Collaborateur
Initiatives liées à la sécurité des patients et à la divulgation d'erreurs Amélioration de la qualité	Gestionnaire
Accès à l'information et gestion de l'information Responsabilité sociale	Promoteur de la santé
Réponse aux besoins de la communauté Compétences en enseignement	Érudit
Compétences en recherche Apprentissage autogéré continu	
Professionalisme, y compris l'éthique, le respect des frontières et le mieux-être personnel	Professionnel



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 [Date de consultation : le 14 déc. 2009]. Dans : <http://rcpsc.medical.org/canmeds/index.php>.
2. Allen T, Bethune C, Brailovsky C, Crichton T, Donoff M, Laughlin T, Lawrence K, Wetmore S. *Définir la compétence aux fins de la certification par le Collège des médecins de famille du Canada : Les objectifs d'évaluation en médecine familiale. Sujets prioritaires et Éléments clés pour l'évaluation en médecine familiale*. (Mise à jour : décembre 2010).
3. Ogle KD, Boulé R, Boyd RJ, Brown G, Cervin C, Dawes M, et collab. La médecine familiale en 2018 [Commentaire]. *Can Fam Physician* 2010;56:316-9

Évaluation des résidents dans le cadre du Cursus Triple C axé sur le développement des compétences

Auteurs

Danielle Saucier, Tim Allen, Tom Crichton, Cheri Bethune, Carlos Brailovsky, Michel Donoff, Jonathan Kerr, Jill Konkin, Tom Laughlin, Kathrine Lawrence, Andrew Organek, Ean Parsons, Liz Shaw, David Tannenbaum, Allyn Walsh

Citation suggérée :

Saucier D, Allen T, Crichton T, Bethune C, Brailovsky C, Donoff M, et collab. Évaluation des résidents dans le cadre du Cursus Triple C axé sur le développement des compétences Dans : Oandasan I, Saucier D, éd. *Rapport sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences – Partie 2 : Faire progresser la mise en œuvre*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2013. Dans : www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/TripleC_Rapport_2.pdf. Date de consultation : le 22 septembre 2013.

L'évaluation des résidents est un élément central du Cursus Triple C axé sur le développement des compétences (Cursus Triple C). Le Cursus Triple C a pour but de « développer la compétence professionnelle jusqu'au niveau d'un médecin de famille prêt à commencer l'exercice dans la spécialité de médecine familiale ».¹ Les programmes de résidence doivent s'assurer que les résidents ont accès à des activités d'apprentissage pertinentes qui leur permettent d'acquérir les compétences attendues et d'en démontrer la maîtrise.

L'évaluation axée sur les compétences est un important changement de paradigme par rapport aux pratiques traditionnelles d'évaluation en éducation médicale postdoctorale. Ce changement exige une **réorientation** de la connaissance vers la compétence, notamment la capacité de « faire la bonne chose, au bon moment, de la bonne façon dans des situations complexes, en utilisant et en intégrant les bonnes ressources internes et externes, en cohérence avec les rôles et les responsabilités professionnelles ».² Cette réorientation exige aussi un changement de **perspective** quant au rôle de l'évaluation : un système d'évaluation axé sur les compétences fournit non seulement la preuve qu'un résident donné a acquis des compétences précises ou qu'il a maîtrisé une compétence globale, elle suppose aussi une évaluation continue, constructive et formative, qui aide les résidents à développer ces compétences. Ce changement d'orientation et de perspectives nécessite donc un changement sur le plan des **stratégies** d'évaluation. On doit également mettre l'accent sur la surveillance continue des progrès à l'aide de la planification de l'enseignement individualisé. Or, ceci n'est possible que si les résidents collaborent activement avec leurs superviseurs.

L'évaluation axée sur les compétences mobilise différents **acteurs** – résidents, superviseurs, responsables de programme – chacun ayant un rôle unique à jouer et un intérêt particulier dans le processus et les résultats de la résidence. Ce type d'évaluation n'est pas quelque chose que l'on « fait subir » aux résidents; elle ne passe pas de l'enseignant au résident. C'est plutôt un travail de collaboration entre le superviseur et le résident, où ce dernier tire le plus grand bénéfice du processus lorsqu'il y participe activement.

Enfin, l'évaluation axée sur les compétences fait appel à différents types d'**outils** et à un nouveau **système d'évaluation** des résidents déployé à l'échelle du programme. Lorsque ces éléments et ces processus sont en place, l'évaluation axée sur les compétences provoque une **transformation des décisions relatives à la promotion** des résidents, précisément en raison de ces changements d'orientation, de stratégies et d'outils.

Le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences contient tous ces aspects. Il est également entendu que l'évaluation devrait utiliser les Objectifs d'évaluation³ en tant qu'outil permettant de se concentrer sur les compétences évaluées, dans un milieu axé sur des soins **complets et globaux** et orienté vers la **continuité** pédagogique et la continuité des soins et **centré** sur la médecine familiale.⁴

Les principales caractéristiques d'une évaluation des résidents axée sur les compétences dans le cadre d'un Cursus Triple C sont :

- a. Les processus et les méthodes d'évaluation des résidents font l'objet d'une planification minutieuse et sont intégrés au cursus.
- b. L'évaluation est un processus continu et formatif.
- c. Le cheminement du résident est surveillé.
- d. Les décisions sommatives s'appuient sur la maîtrise des compétences.
- e. La planification pédagogique, y compris la remédiation, se fait d'une manière individualisée.
- f. Les critères pour la promotion sont axés sur les compétences.

PROCESSUS ET MÉTHODES D'ÉVALUATION

L'évaluation devrait être à la fois ancrée dans le cursus et planifiée selon un plan directeur lié directement aux finalités d'apprentissage visées par le programme. Comme l'explique le *Rapport sur le Cursus Triple C – Partie 1*⁴, un cursus axé sur le développement des compétences s'intéresse d'emblée au résultat final, c.-à-d. aux finalités visées par le programme. Le contenu et les contextes curriculaires sont sélectionnés en vue d'inciter les résidents à développer ces compétences. Ces mêmes finalités clairement établies servent d'assise pour l'évaluation en cours de formation et pour la prise de décision finale qui déterminera si le résident est prêt ou non à débiter l'exercice professionnel de la médecine. (Voir la *Figure 2, Rapport sur le Cursus Triple C – Partie 1*).⁴

Chaque programme devrait prévoir un processus d'évaluation en cours de formation (ÉCF) pour l'ensemble du programme qui comprend tous les éléments essentiels décrits dans le schéma du processus d'évaluation en cours de formation du CMFC⁵ (*voir le tableau de l'ÉCF*). Ce processus assurera un échantillonnage exhaustif des Objectifs d'évaluation³ et autres compétences observables dans le milieu clinique et universitaire, et ce, dans le contexte des sept rôles CanMEDS-Médecine familiale (CanMEDS-MF)^{6*} et dans tous les Domaines de soins cliniques du programme de résidence.⁷ Le processus doit prévoir un échantillonnage par plusieurs superviseurs effectué à maintes reprises dans diverses situations, dans le but d'observer la démonstration régulière de la maîtrise de la compétence. Dans le cadre de ce processus axé sur les compétences, on demande aux évaluateurs de porter un jugement sur la performance elle-même et non pas en comparaison avec celle d'autres résidents. En termes pédagogiques, ce système d'évaluation sera critérié plutôt que normatif.

Pour assurer la continuité pédagogique, on devrait jumeler chaque résident à un médecin de famille ou à une équipe pour la durée de la résidence. Il incomberait à ce médecin ou à cette équipe d'examiner les progrès et de fournir de la rétroaction au résident et au programme. Puisque l'intention est d'évaluer la compétence à exercer la médecine familiale à partir des critères propres à cette discipline, le programme de résidence en médecine familiale doit être principalement responsable de la planification et de la gestion du système d'évaluation.



* Adapté de : Frank JR, éd. *Le Cadre des 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. Dans : <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/resources/aboutcanmeds>. Date de consultation : le 19 avril 2013.

ÉVALUATION : UNE DÉMARCHE CONTINUE ET FORMATIVE

Le système d'ÉCF axé sur les compétences⁵ est aussi utilisé à des fins d'apprentissage puisqu'il donne une rétroaction régulière aux résidents et qu'il met en lumière les progrès accomplis au fil du temps. Le programme devrait concevoir et déployer des stratégies qui procurent aux résidents des occasions répétées d'obtenir de la rétroaction. Les superviseurs devraient fournir une rétroaction pendant les activités cliniques et éducatives quotidiennes, y compris pendant la discussion de cas et l'observation directe des interactions résident-patient, les interactions d'équipe, l'enseignement général et les autres tâches cliniques. La rétroaction comprend la réflexion, le renforcement positif et le coaching constructif. Fournir et solliciter la rétroaction est une responsabilité partagée des enseignants et des résidents.

Les superviseurs ont également la responsabilité d'observer les résidents, de fournir une rétroaction et de documenter la performance observée lors de rencontres ou d'événements particuliers dans le courant des activités cliniques quotidiennes. De leur côté, les résidents doivent chercher des occasions propices à l'observation, demander une rétroaction et participer à la documentation de leur performance. Cet engagement de la part du résident est un élément nécessaire de l'approche collaborative qu'il faut adopter pour créer un processus d'évaluation en cours de formation efficace.⁸⁻¹⁰ Ce type de participation est tout à fait naturel pour un certain nombre de résidents et encore plus efficace dans un environnement de soutien.

Créer un environnement de soutien sécuritaire est essentiel pour permettre aux résidents de délaisser les stratégies défensives souvent présentes pendant la supervision et d'adopter une « position d'apprentissage », laquelle exige une certaine auto-exposition qui est à la base d'un coaching utile sur les compétences et adaptée aux besoins uniques de chaque résident à ce moment précis.⁸⁻¹³ Il existe maintenant des stratégies et des outils de « perfectionnement » qui favorisent l'adoption rapide et plus générale d'une position d'apprentissage chez les résidents.^{8,14,15}

L'évaluation axée sur les compétences comporte également une documentation quotidienne à petite échelle, remplie par plusieurs superviseurs, avec l'apport d'autres membres de l'équipe conformément aux politiques du programme de résidence. Le programme devrait également mettre sur pied un système qui permettrait de recueillir et d'organiser la documentation sur le parcours de développement du résident sous la forme d'un corpus de données, qui comprendrait les feuilles de route quotidiennes et d'autres outils d'évaluation de la performance. Cette documentation méthodique permet aussi de donner au résident une rétroaction sur la compétence globale lors des suivis périodiques des progrès.^{5,16}

Les programmes devront travailler activement avec les résidents et les superviseurs pour soutenir l'évolution de la culture d'enseignement vers une supervision constructive et collaborative et des interactions formatives — non seulement dans le cadre des activités d'apprentissage en médecine familiale, mais aussi dans d'autres interactions enseignant-résident qui ont lieu durant la résidence. La documentation systématique du parcours de développement constitue un changement nécessaire des comportements habituels que l'on trouve dans le système d'éducation actuel pour mener à bien la mise en œuvre de l'évaluation axée sur les compétences.

SURVEILLANCE DE LA PROGRESSION DE L'APPRENTISSAGE

Le programme devrait non seulement fournir un cadre pour recueillir et organiser la documentation, sous forme de portfolio papier ou électronique, il devrait aussi mettre en œuvre un système qui permettra de surveiller régulièrement le cheminement du résident sur le plan général. Chaque programme devra cibler les données pertinentes qui feront l'objet d'un suivi périodique pour

confirmer l'acquisition par le résident des compétences pertinentes et pour suivre son cheminement. Le programme choisira quelques bons outils de collecte des données – rattachés à un contexte (p. ex. les feuilles de route) ou rattachés à une compétence (p. ex. une évaluation 360 pour le rôle de collaborateur, un projet de recherche pour le rôle d'érudit) – qui seront versés dans un portfolio.

Naccahe décrit le portfolio comme « une collection organisée et cumulative de travaux et de réflexions d'un étudiant, qui rassemble des informations sur la compétence qu'il a développée au cours d'une période d'apprentissage. »¹⁷ Le portfolio peut prendre diverses formes et être utilisé de maintes façons, à des fins d'apprentissage et d'évaluation formative ou sommative. Dans le domaine de l'éducation axée sur le développement des compétences, le portfolio devient un outil utile pour illustrer les réalisations de l'apprenant – ce qu'il a véritablement accompli – dans une vaste gamme de compétences.¹⁷⁻¹⁹

Le portfolio donne un aperçu de l'évolution de l'apprenant et devient donc un outil essentiel pour surveiller ses progrès selon une approche holistique à l'évaluation.²⁰ Il permet également d'adopter une démarche réflexive. Selon Carraccio et Englander (2004), « l'apprenant joue un rôle primordial pour faire progresser les processus » de collecte de données et les réflexions sur ce qui s'est passé de même que pour orienter la planification future.¹⁸ Comme toute autre stratégie d'évaluation, les portfolios comportent des limites et des défis, mais malgré tout, ils demeurent des outils prometteurs pour l'éducation axée sur le développement des compétences et centrée sur le résident.¹⁹

Trois grandes composantes assurent l'utilisation fructueuse du portfolio :

- Des buts précis pour la création du portfolio d'un programme
- La formation des utilisateurs (résidents, superviseurs et conseillers pédagogiques) sur son utilisation, et
- Des rencontres périodiques entre le résident et le conseiller pédagogique pour revoir le contenu du portfolio

Le programme devrait déterminer qui est responsable du suivi périodique des progrès et la fréquence à laquelle ces suivis auront lieu. Le programme et les enseignants affectés à cette tâche impliquent activement les résidents dans la collecte des données, l'autoévaluation guidée et la création de leurs plans d'apprentissage. Les rencontres périodiques entre le résident et son conseiller pédagogique visent à examiner les progrès et à actualiser les plans d'apprentissage. Les résidents et leurs conseillers pédagogiques devraient aussi produire des rapports de progrès périodiques qu'il conviendrait d'envoyer aux superviseurs cliniques et aux administrateurs de programme désignés. Le programme devrait aussi fournir aux enseignants (et aux résidents) les outils nécessaires pour aider à juger des progrès d'un résident.

Une stratégie qui vise à aider les superviseurs à juger des progrès des résidents passe par l'établissement d'une liste de marqueurs ou d'indicateurs observables du développement des compétences. Cette liste fournit des renseignements impartiaux et descriptifs sur les attentes habituelles à des étapes importantes de la formation, dans divers domaines ou milieux de pratique. Ces marqueurs devraient être établis en fonction des habiletés essentielles faisant l'objet d'un suivi du développement des compétences du résident. Ces marqueurs de développement, qui sont fondés sur l'expérience des superviseurs quant aux progrès habituels et par un consensus des attentes à des moments clés de la résidence (p. ex. à l'entrée au programme, pendant les six ou 12 premiers mois, à la fin de la résidence). Ils sont à l'étape de discussions et de développement au Canada. Pour le moment; les programmes se fient surtout aux expériences antérieures des superviseurs en tant qu'enseignants cliniques pour établir les progrès attendus à diverses étapes de la formation.

Autre stratégie possible pour aider les superviseurs à évaluer les progrès des résidents : définir une liste des « actes professionnels pouvant être exercés de façon indépendante » (*Entrustable professional activities* ou EPA) pour la médecine familiale au Canada, ou encore, des « habitudes sentinelles » (*Sentinel Habits*) – les habiletés ou habitudes communes d'un médecin compétent.^{21,22} Établies pour la première fois aux Pays-Bas, les EPA sont « ... les activités professionnelles qui forment la masse d'éléments critiques qui définissent une profession sur le plan opérationnel. Ces actes ne devraient être confiés qu'à un professionnel suffisamment compétent. »^{22,23} Les EPA intègrent une série de compétences observables aux domaines de soins et aux rôles professionnels dans le cadre de tâches cliniques importantes. Ils forment un lien entre le cursus formel et la « réalité » de la pratique.²⁴ Les projets pilotes à l'échelle internationale démontrent que les EPA aident les résidents et les superviseurs à évaluer les performances, servent à effectuer un suivi des progrès des résidents et à communiquer ces progrès aux collègues et pourraient être pris en considération dans les décisions concernant la promotion.²³

Cela dit, il ne faut surtout pas dépendre excessivement de ces outils d'évaluation; l'ajout d'une autre série de listes de vérification (sur les comportements, les activités ou les sujets) risque de mettre en valeur un domaine seulement. Le but est d'évaluer la personne dans son ensemble et ses progrès vers l'acquisition de la compétence globale. Dépendre excessivement de ces outils pourrait aussi faire fi de la subjectivité du superviseur quant à la compétence du résident. Il est important de souligner que l'intégration des autres aspects de la performance du résident, qui ont été corrélés avec le jugement du superviseur, peut être utile pour déterminer si le résident est prêt à débiter l'exercice professionnel dans la spécialité de médecine familiale de façon indépendante.²⁵

LES DÉCISIONS SOMMATIVES FONDÉES SUR LA MAÎTRISE DES COMPÉTENCES

Un plan d'évaluation sommative qui utilise les outils pertinents assure l'évaluation de toutes les compétences clés. Effectivement, dans un système d'évaluation axé sur les compétences, l'évaluation globale à la fin des activités d'apprentissage ou du stage n'est qu'un de ces outils. Le programme devrait aussi instituer un système pour interpréter les rapports de progrès et prendre des décisions sommatives périodiques, y compris la décision de changer le plan d'apprentissage d'un résident en difficulté, la remédiation et l'exclusion d'un résident du programme. Cette responsabilité ne devrait pas relever d'une seule personne, mais devrait plutôt incomber à un comité ou un groupe; en règle générale, elle relève d'un comité d'évaluation ou de promotion.

PLANIFICATION DE L'ENSEIGNEMENT INDIVIDUALISÉ ET REMÉDIATION

Dans un système axé sur le développement des compétences, le but premier est de surveiller les progrès et d'assurer que les résidents progressent d'une manière constante et efficace jusqu'à ce qu'ils soient prêts à exercer la médecine de manière indépendante. On y parvient au moyen d'une rétroaction globale ciblée et appropriée et par une planification de l'enseignement individualisé. Pour la plupart des résidents, la planification de l'enseignement individualisé passe par des ajustements globaux des ressources d'enseignement et d'apprentissage qui existent dans le programme. Chaque groupe superviseur/résident cible les compétences uniques qui deviendront le point central pendant les mois à venir. Par exemple, le plan d'apprentissage d'un résident pourrait inclure des périodes de travail supplémentaires au service d'urgence, alors que d'autres devront consacrer plus de temps à l'étude personnelle. Un superviseur pourrait suggérer un plus grand nombre de séances d'observations directes pour développer les habiletés de communication médecin-patient, alors qu'un autre pourrait

proposer des ajustements aux activités cliniques afin d'offrir plus d'occasions d'exercer les soins aux nouveau-nés, et ainsi de suite.

Le premier principe qui sous-tend cette individualisation repose sur la reconnaissance que les résidents évoluent à leur propre rythme, qu'ils ont un style, des forces et des faiblesses qui leur sont propres, et qu'ils ont des besoins uniques. Par conséquent, le programme de résidence devrait s'écarter de l'approche traditionnelle fondée sur la durée de la formation, qui rappelle le modèle de « l'infusion de thé ».²⁶ Le deuxième principe repose sur la reconnaissance que chaque milieu clinique comporte certaines limites quant à l'accès. Par exemple, une clinique de médecine familiale pourrait axer davantage sa pratique vers les soins périnataux et les soins aux jeunes enfants, alors qu'une autre s'intéressera davantage à la prise en charge des maladies chroniques chez une population plus âgée. Une unité d'enseignement clinique pourrait avoir d'importantes ressources en médecine fondée sur les données probantes et une autre, offrir de nombreuses occasions de participer à des activités communautaires. Malgré ces différences, tous les programmes doivent veiller à ce que les résidents acquièrent les habiletés essentielles et les autres éléments des Objectifs d'évaluation requis pour démontrer qu'ils maîtrisent la compétence dans tous les rôles CanMEDS-MF et les Domaines de soins cliniques.



La rétroaction quotidienne et la documentation du parcours de développement, suivies par un bilan périodique de la progression, fournissent les matières premières requises pour identifier rapidement les résidents en difficulté. On juge qu'un résident est en difficulté lorsqu'il a du mal à démontrer qu'il maîtrise un certain nombre de compétences et/ou s'il progresse plus lentement que le cheminement habituel. C'est souvent le signe d'un manque de développement dans une ou plusieurs dimensions en termes d'habiletés essentielles (p. ex. le professionnalisme). Le programme doit avoir en place des processus pour le dépistage précoce des résidents en difficulté. Dès que l'on constate qu'un résident est en difficulté, le résident, les principaux superviseurs, le conseiller pédagogique et le programme ont la responsabilité partagée d'agir rapidement afin de mieux cerner les difficultés, d'élaborer le plan d'enseignement individualisé approprié et d'évaluer périodiquement le succès de ce plan. Les programmes doivent avoir les ressources compétentes pour assurer que la planification des mesures de remédiation est offerte régulièrement et qu'elle est conçue en fonction du problème. On s'attend à ce que ces stratégies optimisent l'efficacité de la formation en les adaptant aux besoins du résident et en ciblant son niveau d'acquisition des compétences.

L'expérience a démontré qu'un nombre limité de résidents seulement ont des difficultés qui exigent une période de remédiation. Les programmes de résidence devraient avoir les ressources requises pour prolonger la période de formation pour ses résidents, dans les limites du raisonnable.

CRITÈRES DE PROMOTION AXÉS SUR LES COMPÉTENCES

Dans un Coursus Triple C cohérent, les décisions relatives à la promotion se fondent sur la maîtrise des compétences par le biais d'un système d'évaluation axé sur les compétences. Les critères de promotion doivent être clairement énoncés et conformes aux finalités d'apprentissage visées par le programme. Par conséquent, le programme de résidence en médecine familiale est ultimement responsable des décisions relatives à la promotion des résidents d'un niveau à l'autre et à l'achèvement du programme.

Comme les changements aux systèmes d'évaluation permettront de recueillir des données plus fiables sur la performance des résidents relativement à l'acquisition des habiletés essentielles nécessaires pour maîtriser les compétences, les programmes de résidence seront mieux placés pour gérer les questions suivantes concernant la promotion des résidents dans un système Triple C axé sur le développement des compétences :

- Comment déterminera-t-on ce qui est une maîtrise suffisante des compétences?
- Comment déterminera-t-on ce qui constitue des progrès suffisants?
- Quelles difficultés inciteraient le programme à fournir un plan d'enseignement individualisé intensif à un résident? À quel moment une politique de remédiation officielle devrait-elle s'appliquer?
- Quelles difficultés persistantes sur le plan des progrès et/ou quel manque de compétence motiveraient la décision d'exclure un résident du programme?
- La maîtrise d'une série de compétences suffirait-elle à elle seule à faire passer le résident? Ou devrait-on maintenir un délai prescrit, soit pour la faisabilité, soit pour encourager le développement de l'identité professionnelle?

On suggère que les décisions relatives à la promotion s'appuient à la fois sur la durée de la formation et sur la démonstration de la maîtrise des compétences.^{26,27} Pour régler les questions de faisabilité, les programmes organiseront « un cursus qui intègre des stages ou des activités d'apprentissage mesurés

en temps, tout en offrant une certaine flexibilité (...), créant ainsi un modèle hybride. »^{1,10,11} Ce modèle considère le temps « comme une ressource que l'on doit utiliser au bénéfice de l'étudiant », tel qu'il est mentionné dans *Durée de la formation de base des résidents en médecine familiale*.²⁸

CONCLUSION

Même si manifestement, l'évaluation axée sur les compétences est une tendance internationale, elle n'est pas encore au point en ce qui concerne le développement d'outils pratiques, de stratégies et de processus. Au cours des cinq à dix dernières années, nous sommes passés de l'expérimentation à la création d'un corpus d'ouvrages d'érudition fondé sur des théories pédagogiques solides et un savoir expérientiel. Le Groupe de travail sur le processus de certification a clairement défini le processus d'évaluation axé sur les compétences pour les programmes de résidence en médecine familiale, ce qui a mené à une expérimentation exhaustive dans différents programmes au Canada.⁵ Il existe une mine de connaissances théoriques et pratiques sur les portfolios et certains programmes de résidence travaillent déjà à organiser et à utiliser cet outil dans le cadre du Cursus Triple C et de son système d'évaluation axé sur les compétences. Les milieux internationaux et locaux de l'éducation en sont plutôt à la phase des projets pilotes en ce qui concerne les marqueurs de développement et les EPA. Toutefois, les programmes de résidence en médecine familiale continuent de mener des projets et devraient bientôt produire des connaissances additionnelles et des ressources pratiques.

La mise en œuvre du Cursus Triple C nécessite le passage à un système axé sur le développement des compétences pour évaluer les résidents à l'aide de stratégies d'évaluation cohérentes. Cela requiert un important changement de paradigme sur le plan des pratiques d'évaluation quotidiennes et des interactions superviseur-résident; le recours à différents types d'outils et de démarches d'évaluation du système traditionnel; et de nouvelles approches à l'échelle du programme pour surveiller les progrès, la planification de l'enseignement individualisé et les décisions relatives à la promotion des résidents. Il est essentiel d'assurer la continuité de l'enseignement dans les interactions superviseur-résident et entre le résident et son conseiller pédagogique pour que ces pratiques soient pertinentes et efficaces. Le programme devra fournir une orientation et un appui solides aux enseignants, y compris diverses formes de perfectionnement professoral, afin d'adopter ces pratiques et de peaufiner leur capacité en matière d'évaluation axée sur les compétences.

Pour mener à bien cette transformation, les départements de médecine de famille auront besoin d'importantes ressources pédagogiques et administratives au cours des prochaines années. Néanmoins, le domaine de l'évaluation en médecine familiale au Canada a déjà connu de nombreux développements importants, ce qui laisse supposer que les départements relèvent le défi avec enthousiasme et créativité.²⁹

Références

1. Oandasan I, Wong E, Saucier D, Donoff M, Iglar K, Schipper S. Triple C : Établir une cohérence entre cursus et évaluation. *Can Fam Physician* 2012;58:e608-e610. Dans : <http://www.cfp.ca/content/58/10/1165.full.pdf+html>. Date de consultation : le 18 avril 2013.
2. Saucier D, Oandasan I, Donoff M, Iglar K, Schipper S, Wong E. *Concepts et définitions clés de l'éducation axée sur les compétences* [présentation PowerPoint]. Mississauga ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2011. Dans : http://www.cfpc.ca/Triple-C-Toolkit_fr/ Date de consultation: le 17 septembre 2013.
3. 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 objectifs d'évaluation en médecine familiale*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2010. Dans : <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/Definition%20of%20Competence%20French%20with%20bookmarks.pdf>. Date de consultation : le 18 avril 2013.
4. Tannenbaum D, Kerr J, Konkin J, Organek A, Parsons E, Saucier D, et collab. *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. Dans : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Triple_C/Triple_C_Competency_FR_w_cover_Sep29.pdf. Date de consultation : le 18 avril 2013.
5. Groupe de travail sur le processus de Certification. Schéma du processus d'évaluation en cours de formation. Dans : Collège des médecins de famille du Canada. *Trousse d'outils Triple C*. Dans : http://www.cfpc.ca/Triple-C-Toolkit_fr/ Publication : Juin 2012. Date de consultation : le 18 avril 2013.
6. 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 : Collège des médecins de famille du Canada; Octobre 2009. Dans : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Triple_C/CanMeds%20FM%20Final%20FR%20oct%2009%20with%20tree%20Feb%20%202011.%20Sept.%2029pdf.pdf. Date de consultation : le 18 avril 2013.
7. Tannenbaum D, Kerr J, Konkin J, Organek A, Parsons E, Saucier D, et collab. *L'étendue de la pratique à maîtriser en résidence en médecine familiale : Rapport du Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2011. Dans : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/Etendu%20de%20la%20pratique%20a%20maitriser%20en%20residence%20en%20medecine%20familiale_REV.pdf. Date de consultation : le 19 avril 2013.
8. Giroux M, Girard G. Favoriser la position d'apprentissage grâce à l'interaction superviseur-supervisé. [Fostering a learning stance through supervisor-trainee interaction.] *Pédagogie Médicale* 2009;10(3):193-210.
9. Hoff TJ, Pohl H, Bartfield J. Creating a learning environment to produce competent residents: the roles of culture and context. *Acad Med* 2004;79:532-540.
10. Saucier D, Paré L, Côté L, Baillargeon L. How core competencies are taught during clinical supervision: participatory action research in family medicine. *Med Educ* 2012;46:1194-1205.

11. Stalmeijer RE, Dolmans DH, Wolfhagen IH, Muijtjens AM, Scherpbier AJ. The development of an instrument for evaluating clinical teachers: involving stakeholders to determine content validity. *Med Teach* 2008;30:e272-e277. <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/01421590802258904>. Date de consultation : Le 19 avril 2013.
12. Teunissen PW, Stapel DA, Van Der Vleuten C, Scherpbier A, Boor K, Scheele F. Who wants feedback? An investigation of the variables influencing residents' feedback-seeking behavior in relation to night shifts. *Acad Med* 2009;84:910-917.
13. Sommers PS, Muller JH, Saba GW, Draisin JA, Shore WB. Reflections-on-action: Medical students' accounts of their implicit beliefs and strategies in the context of one-to-one clinical teaching. *Acad Med* 1994;69(Suppl 10):S84-S86.
14. Wolpaw T, Papp KK, Bordage G. Using SNAPPS to facilitate the expression of clinical reasoning and uncertainties: a randomized comparison group trial. *Acad Med* 2009;84:517-524
15. Wolpaw TM, Wolpaw DR, Papp K. SNAPPS: A learner-centered model for outpatient education. *Acad Med* 2003;78:893-898
16. Crichton T, Allen T, Bethune C, Brailovsky C, Donoff M, Laughlin T, et collab. *Le Coursus Triple C axé sur les compétences : Une approche axée sur les compétences pour l'évaluation en cours de formation* [présentation PowerPoint]. Mississauga ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2011. Dans : http://www.cfpc.ca/Triple-C-Toolkit_fr/ Date de consultation : le 17 septembre 2013.
17. Naccache N, Samson L, Jouquan J. Le portfolio en éducation des sciences de la santé: un outil d'apprentissage, de développement professionnel et d'évaluation. *Pédagogie médicale* 2006;7:110-127.
18. Carraccio C, Englander R. Evaluating competence using a portfolio: a literature review and web-based application to the ACGME competencies. *Teach Learn Med* 2004;16:381-387.
19. Van Tartwijk J, Driessen EW. Portfolios for assessment and learning: AMEE Guide no. 45. *Med Teach* 2009;31:790-801. Dans : <http://dx.doi.org/10.1080/01421590903139201>. Date de consultation : Le 19 avril 2013
20. Snadden D. Portfolios – attempting to measure the unmeasurable? *Med Educ* 1999;33:478-479.
21. Ross S, Poth CN, Donoff M, Humphries P, Steiner I, Schipper S, et collab. Competency-based achievement system: using formative feedback to teach and assess family medicine residents' skills. *Can Fam Physician* 2011;57:e323-e330.
22. ten Cate O, Scheele F. Competency-based postgraduate training: can we bridge the gap between theory and clinical practice? *Acad Med* 2007;82:542-547.
23. ten Cate O, Carraccio C, Englander R, Jones MD, Scheele F. Symposium: Developing Entrustable Professional Activities (EPAs) in the Procedural and Non-Procedural Specialties: Reflections and Insights. AMEE 2012 Symposia; August 27, 2012, Lyon France.
24. ten Cate O, Snell L, Carraccio C. Medical competence: the interplay between individual ability and the health care environment. *Med Teac* 2010;32:669-675.
25. Sterkenbug A, Barach P, Kalkman C, Gielen M, tenCate O. When do supervising physicians decide to entrust residents with unsupervised tasks? *Acad Med* 2010;85:1408-1417.

26. Hodges BD. The tea-steeping or i-Doc model for medical education? *Acad Med* 2010;85(9 Suppl):S34-S44.
27. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. La formation médicale fondée sur les compétences : Livre blanc préparé pour le Collège royal des médecins et chirurgien du Canada, . Ottawa, ON; Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2011. Dans: www.royalcollege.ca/common/documents/educational.../cbme.pdf. Date de consultation : le 20 janvier 2012.
28. Tannenbaum D, Kerr J, Konkin J, Organek A, Parsons E, Saucier D, et al. Durée de la formation de base des résidents en médecine familiale. Rapport du Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2012. Dans : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Triple_C/Length%20of%20Training%20FRE%20Final.pdf. Date de consultation : le 19 avril 2013.
29. Shaw L, Walsh A, Oandasan I, Kerr J, Konkin J, Organek A, et collab. Répercussions sur les ressources des départements de médecine de famille : document de réflexion. Dans : Oandasan I, Saucier D, éd. Rapport sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences - Partie 2: FAire progresser la mise en oeuvre. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2013. Dans : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/TripleC_Rapport_2.pdf. Date de consultation : le 22 septembre 2013.

Schéma du processus d'évaluation en cours de formation

Auteur

Groupe de travail sur le processus de certification

Reproduit avec autorisation

SCHÉMA DU PROCESSUS D'ÉVALUATION EN COURS DE FORMATION

Tâches/étapes en cours de formation	Description	Rôles de l'apprenant	
Durant les activités cliniques au quotidien <ul style="list-style-type: none"> Observer le rendement Donner de la rétroaction Documenter 	Fiches d'observation	Chercher des possibilités de se faire observer Demander de la rétroaction Participer à la documentation	Spécifique au programme
Recueillir et organiser la documentation en fonction d'un cadre <ul style="list-style-type: none"> Fiches d'observation quotidiennes Autres évaluations de rendement 	Portfolio et/ou dossier Collecte de données factuelles	Organiser les observations documentées en fonction des besoins de l'apprenant et des exigences du programme	Spécifique au programme
Évaluation périodique des progrès en fonction de la documentation organisée	Examen et évaluation dirigés	Donner son autoévaluation Participer à un processus d'autoévaluation dirigé	Spécifique au programme
Revoir et mettre à jour le plan d'apprentissage	Qui doit agir et quelles sont les actions requises?	Participer activement au plan d'apprentissage	Spécifique au programme
Production de rapports	Avec l'apprenant/le résident pour clarifier les plans Remettre aux superviseurs cliniques au quotidien Présenter un rapport sur les progrès aux administrateurs appropriés Documentation pour l'agrément	Spécifique au programme	Spécifique au programme
Adapter et ajuster les activités d'apprentissage	Identifier les ressources Modifier le curriculum Identifier les buts visés Modifier/adapter sur mesures l'évaluation <ul style="list-style-type: none"> Formative et sommative Fréquence et/ou genre d'évaluation périodique 	Spécifique au programme	Spécifique au programme

Citation suggérée :

Collège des médecins de famille du Canada. Groupe de travail sur le processus de certification. Schéma du processus d'examen en cours de formation. Trousses d'outils Triple C http://www.cfpc.ca/Triple-C-Toolkit_fr/. Date de publication: Juin 2012. Date de consultation: le 19 juin 2013.

Triple C: Établir une cohérence entre cursus et évaluation

Auteurs

Ivy Oandasan, Eric Wong, Danielle Saucier, Michel Donoff,
Karl Iglar, Shirley Schipper

Publié dans le *Médecin de famille canadien* et reproduit ici avec son autorisation.

Triple C | *College • Collège* Exclusivement sur le web

Canadian Family Medicine Curriculum  Le cursus en médecine familiale au Canada

Triple C : Établir une cohérence entre cursus et évaluation

Ivy Oandasan MD MHSc CCMF FCMF Eric Wong MD MCISc(MF) CCMF Danielle Saucier MD CCMF FCMF
Michel Donoff MD CCMF FCMF Karl Iglar MD CCMF Shirley Schipper MD CCMF

Cet article s'inscrit dans la série consacrée aux éléments clés du Cursus Triple C axé sur le développement des compétences.¹⁻⁶ Il souligne comment les divers référentiels présentés par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) peuvent être utilisés pour concevoir et implanter les programmes de résidence, ainsi que pour l'enseignement et l'évaluation des résidents en médecine familiale. La perspective dominante qui sous-tend ces référentiels et leur contribution est ancrée dans le but même de la formation en résidence, à savoir, développer la compétence au niveau d'un médecin prêt à débiter l'exercice professionnel dans la spécialité de médecine familiale. Le Collège s'est donné comme vision de former des médecins de famille qui ont la confiance et la compétence requises pour offrir des soins complets, globaux et continus partout au pays. Dans cette optique, les programmes de résidence doivent donc fournir aux résidents les expériences d'apprentissage pertinentes leur permettant d'acquérir la compétence dans ces domaines.

Pour comprendre le rôle du Cursus Triple C dans la formation en résidence, il est important d'articuler d'emblée ses deux intentions distinctes : 1) être un cursus qui précise clairement les finalités d'apprentissage escomptées, et 2) fournir un processus qui assure l'évaluation des compétences des résidents. Les processus de conception et d'évaluation sont des aspects interdépendants du Cursus Triple C axé sur le développement des compétences. Les composantes critiques qui établissent le lien entre cursus et évaluation dans le cadre d'un Cursus Triple C sont les expériences d'apprentissage pertinentes qui permettent aux résidents d'acquérir les compétences et d'être évalués à l'égard de ces compétences.

Référentiels qui orientent le cursus et l'évaluation

Pour comprendre la notion de compétence, il faut d'abord reconnaître que la compétence 1) est définie selon un moment précis dans le continuum d'apprentissage (p.ex., à la fin de la résidence), 2) reflète les habiletés requises pour exercer dans des milieux et des contextes particuliers (p. ex., dans un cabinet ou un bureau ou auprès de populations avec des besoins

précis en matière de soins), et 3) est multidimensionnelle et dynamique.⁷ Pour créer un cursus axé sur les compétences pour les résidents, il est nécessaire de tenir compte de ces éléments.

Le CMFC a adopté trois référentiels afin d'aider les responsables de la planification à concevoir les cursus et à évaluer les résidents dans le contexte d'une approche axé sur le développement des compétences :

- les rôles CanMEDS-Médecine familiale (CanMEDS-MF)⁸;
- les domaines de soins cliniques⁹; et
- les objectifs d'évaluation.¹⁰

Chacun de ces référentiels fournit une différente optique pour aider les directeurs de programme à concevoir leur cursus pour les programmes de résidence en médecine familiale. Ils aident également les résidents et leurs superviseurs cliniques à déterminer si les expériences cliniques pertinentes leur sont fournies. Pour les superviseurs, les référentiels aident à évaluer l'acquisition progressive de la compétence par les résidents. Pour les résidents, ils aident à visualiser ce qu'ils doivent approfondir et à tenir compte de ce qu'ils apprennent. Chaque référentiel aide à définir comment le cursus en médecine familiale doit être conçu, quelles expériences doivent être offertes et quelles habiletés doivent être évaluées.

Concevoir, assurer, évaluer

Les programmes de résidence doivent concevoir des cursus qui permettront aux résidents de développer les compétences souhaitées dont les médecins de famille ont besoin pour débiter l'exercice professionnel de façon autonome. Ils doivent faire en sorte que les sites cliniques et les superviseurs assurent les expériences d'apprentissage pertinentes dans des contextes centrés sur la médecine familiale. Les rôles CanMEDS-MF et les Domaines de soins cliniques offrent aux programmes des outils pratiques pour concevoir le cursus et fournir aux résidents les expériences d'apprentissage pertinentes, en assurant une exposition à l'ensemble de la discipline de médecine familiale. Au fil du temps, le superviseur qui comprend les compétences particulières dont on s'attend d'un résident en médecine familiale, peut confirmer l'acquisition de ces compétences par le résident. Les superviseurs peuvent évaluer les compétences en médecine familiale des résidents avec confiance en s'appuyant sur les objectifs d'évaluation en

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the October 2012 issue on page 1165.

Triple C : Établir une cohérence entre cursus et évaluation | Triple C

tant qu'outil. Utilisés de façon interdépendante, les trois référentiels du CMFC contribuent au Cursus Triple C.

Expériences d'apprentissage pertinentes : importants morceaux du casse-tête

La Figure 1¹¹ représente visuellement l'implication des résidents dans les expériences d'apprentissage pertinentes liées aux trois référentiels du CMFC. Les directeurs de programme voudront s'assurer que les résidents ont été exposés aux expériences d'apprentissage qui reflètent l'ensemble de la médecine familiale et des rôles CanMEDS-MF. Là où les résidents ne reçoivent pas une exposition adéquate, d'autres mécanismes d'apprentissage — simulations, séminaires, apprentissage en ligne — peuvent être utilisés. Les responsables de l'évaluation des résidents observeront leur évolution dans le contexte des expériences d'apprentissage en médecine familiale pertinentes afin de jauger l'assimilation des compétences. Mesurer ces expériences d'apprentissage pertinentes à la lumière des Domaines de soins cliniques et des rôles CanMEDS-MF permet aux résidents et aux superviseurs de devenir des partenaires actifs pour assurer l'atteinte de ces compétences. La Figure 2¹¹ illustre comment ces référentiels interagissent l'un avec l'autre. Dans le présent cas, un résident qui voit une adolescente enceinte, immigrante récente, qui se présente à une clinique de médecine familiale, est exposé à plusieurs rôles CanMEDS-MF dans différents domaines de soins cliniques, et peut démontrer les domaines de compétences conformément aux objectifs d'évaluation.

Les trois référentiels du CMFC alimentent le type d'expériences d'apprentissage pertinentes requises. La présentation d'expériences d'apprentissage pertinentes en médecine familiale devient un élément fondamental du succès d'un Cursus Triple C axé sur le développement des compétences.

Figure 1. Référentiels sur le cursus et l'évaluation

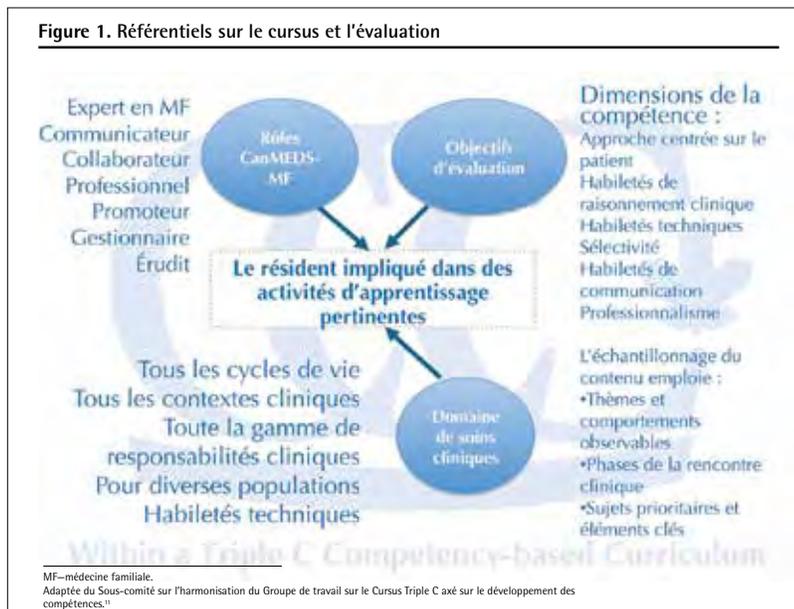
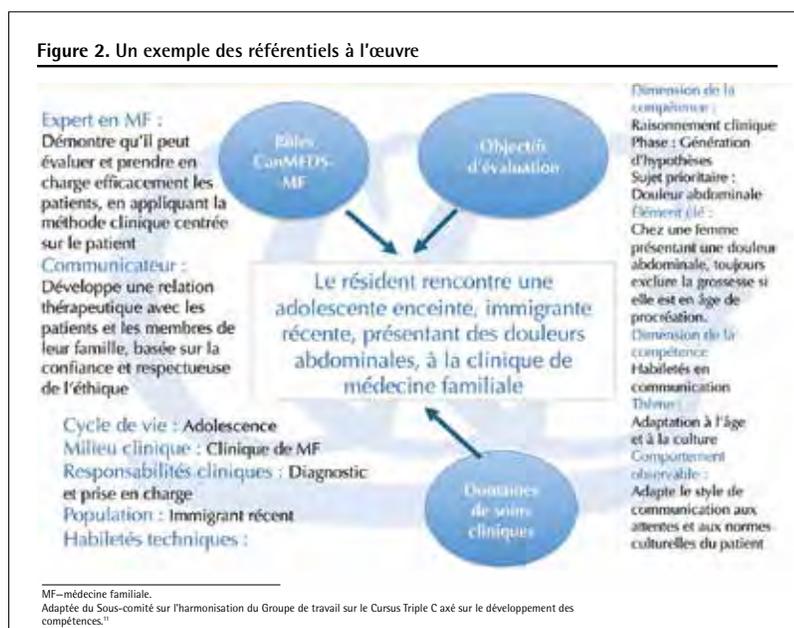


Figure 2. Un exemple des référentiels à l'œuvre



Triple C | Triple C : Établir une cohérence entre cursus et évaluation

Conclusion

La responsabilité globale d'un programme de résidence est de concevoir et d'offrir un cursus en médecine familiale qui assure la présentation d'expériences d'apprentissage pertinentes qui reflètent l'ensemble de la médecine familiale. Grâce à ces expériences d'apprentissage, il est possible d'évaluer les compétences des résidents. Les référentiels (CanMEDS-MF, domaines de soins cliniques, objectifs d'évaluation) fournissent trois perspectives nécessaires pour l'implantation d'un cursus axé sur le développement des compétences. Fournir des expériences d'apprentissage pertinentes dans le contexte du Cursus Triple C est crucial pour permettre aux résidents d'acquérir les compétences et de démontrer qu'ils sont prêts à débiter l'exercice professionnel de la spécialité de médecine familiale. 🌿

D^{re} Oandasan est directrice associée, Médecine familiale universitaire au Collège des médecins de famille du Canada à Mississauga (Ontario) et professeure agrégée au Département de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto (Ontario). **D^r Wong** est professeur agrégé et directeur des études postdoctorales au Département de médecine familiale, Schulich School of Medicine & Dentistry, Université de Western Ontario, London (Ontario). **D^{re} Saucier** est professeure au département de médecine familiale et d'urgence à l'Université Laval à Québec et médecin à Unité de médecine familiale Laval. **D^r Donoff** est professeur et directeur associé du département de médecine familiale à l'Université d'Alberta à Edmonton et directeur du Royal Alexandra Family Medicine Centre. **D^r Iglar** est médecin à l'hôpital St Michael's à Toronto et directeur des études postdoctorales et professeur agrégé au Département de médecine familiale et communautaire, de l'Université de Toronto. **D^{re} Schipper** et professeure agrégée et directrice du programme de résidence au Département de médecine familiale de l'Université d'Alberta. **D^{re} Oandasan, Wong, Saucier, Donoff, Iglar, et Schipper** sont membres du Sous-comité sur l'harmonisation du Groupe de travail sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences.

Intérêts concurrents

Aucuns

Références

- Oandasan I; Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral. Pour l'avancement du cursus en médecine familiale au Canada : Triple C. *Can Fam Physician* 2011;57:739-40 (Eng), e237-8 (Fr).
- Kerr J, Walsh AE, Konkin J, Tannenbaum D, Organek A, Parsons E, et collab. Renouveler l'éducation postdoctorale en médecine familiale : la raison d'être de Triple C. *Can Fam Physician* 2011;57:963-4 (Eng), e311-2 (Fr).
- Kerr J, Walsh AE, Konkin J, Tannenbaum D, Organek A, Parsons E, et collab. La continuité : le C du milieu — un très bon point de départ. *Can Fam Physician* 2011;57:1353-6 (Eng), e457-9 (Fr).
- Walsh AE, Konkin J, Tannenbaum D, Kerr J, Organek AJ, Parsons E, et collab. Soins complets et globaux et formation. *Can Fam Physician* 2011;57:1475-6 (Eng), e491-3 (Fr).
- Shaw E, Walsh AE, Saucier D, Tannenbaum D, Kerr J, Parsons E, et collab. Le dernier C : centré sur la médecine familiale. *Can Fam Physician* 2012;58:346-8 (Eng), e179-81 (Fr).
- Saucier D, Shaw E, Kerr J, Konkin J, Oandasan I, Organek AJ, et collab. Competency-based curriculum for family medicine. *Can Fam Physician* 2012;58:707-8 (Eng), e359-61 (Fr).
- 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(8):638-45.
- Organek A; pour le Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral. CanMEDS-Médecine familiale : Un référentiel de compétences pour la formation en médecine familiale et la pratique au Canada [PowerPoint]. Mississauga, ON : Le Collège des médecins de famille du Canada; 2012. Disponible : www.cfpc.ca/TripleCToolkit/fr. Accès 2012 14 août.
- Tannenbaum D; pour le Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral. L'étendue de la pratique à maîtriser en résidence en médecine familiale : Domaines de soins cliniques et Compétences professionnelles en évolution [PowerPoint]. Mississauga, ON : Le Collège des médecins de famille du Canada; 2012. Disponible : www.cfpc.ca/TripleCToolkit/fr. Accès 2012 14 août.
- Crichton T, Allen T, Bethune C, Brilovsky C, Donoff M, Laughlin T, et collab. Objectifs d'évaluation en médecine familiale : Définir la compétence aux fins de la Certification [PowerPoint]. Mississauga, ON : Le Collège des médecins de famille du Canada; 2012. Disponible : www.cfpc.ca/TripleCToolkit/fr. Accès 2012 14 août.
- Sous-comité sur l'harmonisation du Groupe de travail sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences. Établir une cohérence entre cursus et évaluation dans un programme de résidence axé sur le développement des compétences [PowerPoint]. Mississauga, ON : Le Collège des médecins de famille du Canada; 2012. Disponible : www.cfpc.ca/TripleCToolkit/fr. Accès 2012 15 août.

— * * * —

L'évaluation par compétences est devenue une importante préoccupation pour les programmes de résidence qui mettent en œuvre le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences (Cursus Triple C). L'importance des Objectifs d'évaluation est fondamentalement reconnue pour évaluer la compétence. Le document intitulé *Les Objectifs d'évaluation : Rapport avec les autres référentiels du Cursus Triple C* qui paraît dans la présente section examine les rapports entre les différents référentiels présentés dans le Cursus Triple C : les rôles CanMEDS–Médecine familiale (CanMEDS-MF), utilisés pour concevoir le cursus; les Domaines de soins cliniques en médecine familiale, qui présentent aux éducateurs des situations d'apprentissage pertinentes qu'ils peuvent offrir aux résidents; et les Objectifs d'évaluation, qui servent à déterminer si les résidents en médecine familiale sont prêts à débiter l'exercice professionnel dans notre spécialité. La relation entre ces référentiels se concrétise. Certains se demandent si les Objectifs d'évaluation peuvent évaluer les rôles CanMEDS-MF et la capacité des résidents en médecine familiale d'exercer la médecine familiale dans tous les Domaines de soins cliniques.

L'article de Michel Donoff publié en 2009 vient clore cette section. Il décrit l'importance des feuilles de route dans l'évaluation axée sur les compétences. Nous avons reproduit cet article pour réunir dans un même endroit les documents de référence essentiels dont les membres du milieu universitaire ont besoin pour faire progresser le processus d'évaluation axée sur les compétences du Cursus Triple C. Outre ces documents, la *Trousse d'outils Triple C* contient des diaporamas PowerPoint sur l'évaluation axée sur les compétences, le Tableau de l'ÉCF, des exemples de feuilles de route et des conseils sur la façon de rédiger de bonnes feuilles de route. Toutes ces ressources ont pour but de guider les éducateurs en médecine familiale pendant la transition vers le Cursus Triple C.

Les Objectifs d'évaluation : Rapport avec les autres référentiels du Cursus Triple C

Auteurs

Tim Allen, Tom Crichton, Cheri Bethune, Carlos Brailovsky,
Michel Donoff, Kathrine Lawrence, Tom Laughlin, Stephen Wetmore

Citation suggérée :

Allen T, Crichton T, Bethune C, Brailovsky C, Donoff M, Lawrence K, et collab. Les Objectifs d'évaluation : Rapport avec les autres référentiels du Cursus Triple C. Dans : Oandasan I, Saucier D, éd. *Rapport sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences – Partie 2 : Faire progresser la mise en œuvre*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2013. Dans : www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/TripleC_Rapport_2.pdf.
Date de consultation : le 22 septembre 2013

Dans son évolution vers un cursus axé sur le développement des compétences, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) a élaboré quatre grands documents pour décrire la compétence en médecine familiale : les Quatre principes de la médecine familiale¹, les rôles CanMEDS-Médecine familiale (CanMEDS-MF)¹², les Domaines de soins cliniques pour la formation en résidence (Domaines de soins cliniques)³ et les Objectifs d'évaluation aux fins de la certification en médecine familiale (Objectifs d'évaluation).⁴ On a remarqué qu'il régnait une certaine confusion quant à la façon d'utiliser ces diverses composantes pour concevoir des programmes ou des activités pédagogiques. Ces documents sont généralement complémentaires. Ensemble, ils donnent une description plus étoffée de la compétence en médecine familiale que ne le ferait l'utilisation d'un seul d'entre eux. Toutefois, chaque document se prête mieux à certaines circonstances.

Le CMFC, par l'entremise du Groupe de travail sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences (Groupe de travail sur le Cursus Triple C), a adopté CanMEDS-MF et les Domaines de soins cliniques pour la formation en résidence comme référentiels pour l'élaboration du cursus. Les Quatre principes de la médecine familiale ont été retenus en tant que description globale des principes qui sous-tendent l'exercice de médecine familiale, tels qu'ils sont définis par le CMFC. Les rôles CanMEDS-MF donnent une orientation et une inspiration additionnelles au développement professionnel continu et à l'éducation permanente après la Certification. Le présent document de réflexion présente – et justifie – le rôle essentiel que l'on attribue aux Objectifs d'évaluation.

Conformément à la décision du Bureau des examinateurs du CMFC, les Objectifs d'évaluation doivent servir de référentiel pour évaluer la compétence des médecins prêts à débiter l'exercice professionnel dans la spécialité de médecine familiale, aussi bien en cours de formation, que lors de l'examen de Certification du Collège. Les Objectifs d'évaluation fixent la structure et les composantes des données qui seront recueillies, compilées et utilisées tant à des fins formatives que sommatives pendant le programme de résidence. Les Objectifs d'évaluation comprennent les six habiletés essentielles; les phases de la rencontre clinique; les sujets prioritaires; les actes techniques de base et les thèmes; et les éléments clés et les comportements observables.⁴

Il existe diverses façons de compiler et d'organiser les données récoltées pour l'évaluation, mais le Groupe de travail sur le processus de certification (GTPC) recommande que tout autre référentiel soit appliqué en second lieu seulement. Il est essentiel que ces ressources secondaires ne réduisent ni la qualité, ni la quantité des données récoltées aux fins de l'évaluation et ne nuisent pas à leur utilité, notamment sur le plan de la rétroaction formative, comme beaucoup d'autres référentiels pourraient le faire.

Le présent document fournit des analyses additionnelles pour démontrer que l'évaluation fondée sur les Objectifs d'évaluation mesurera avec conviction tous les rôles prévus dans les référentiels, comme CanMEDS-MF et les Quatre principes de la médecine familiale, en plus d'évaluer les compétences associées à tous les Domaines de soins cliniques. Il restera peut-être quelques lacunes à combler sur le plan du contenu, mais les véritables compétences sous-jacentes auront été évaluées; à la fin de la résidence, le candidat compétent pourra activement évaluer la situation, puis appliquer ses compétences à de nouveaux domaines dès que le besoin s'en fera sentir dans la pratique.

¹ Adapté de : *Frank JR, éd. *Le Cadre des 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. Dans : http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/canmeds/resources/publications/framework_full_f.pdf. Date de consultation : le 15 avril 2013.

I. Motifs justifiant l'utilisation des Objectifs d'évaluation pour évaluer la compétence clinique en médecine familiale

Les six dimensions en termes d'habiletés essentielles des Objectifs d'évaluation ont été systématiquement mises de l'avant comme la meilleure structure de base pour évaluer la compétence des médecins de famille aux fins de la Certification. Ces habiletés essentielles sous-tendent la performance compétente de tous les rôles d'un référentiel donné. Ainsi, elles ne dépendent pas du référentiel et peuvent alimenter tous les référentiels de compétences utilisés couramment (les Quatre principes, CanMEDS-MF, *Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)*, etc.). Pour sa part, le modèle des Objectifs d'évaluation a l'avantage d'être convivial et très compatible avec l'évaluation pertinente de la compétence dans la pratique. Il est centré sur le cas, ou la tâche, ce qui le rend facilement utilisable dans le milieu de travail. En concevant l'évaluation autour d'autres référentiels de la compétence, on perd cette facilité d'utilisation et d'application au quotidien.

De plus en plus, le recensement des écrits fait consensus sur le point suivant : la définition de la compétence peut s'inspirer de référentiels de compétences, mais l'évaluation de cette compétence devrait être conçue de manière très différente. Voici un extrait du document de réflexion préparé par Watling et transmis par voie de communication personnelle à T. Allen en novembre 2010. Il résume la situation de façon éloquente :

Notre travail sur les perceptions des résidents à l'égard des rôles CanMEDS, telles qu'elles se reflètent dans le processus d'évaluation en cours de formation, a révélé que les résidents percevaient les rôles CanMEDS comme des entités indépendantes, qui s'excluent mutuellement, et non pas comme les composantes intégrées de l'exercice compétent de la médecine. Cette perception a suscité des craintes quant aux occasions de démontrer la compétence dans chacun des rôles et la capacité des superviseurs d'évaluer chacun de ces rôles avec équité et précision, ce qui diminuerait la crédibilité du processus d'évaluation. La structure du formulaire standard des rapports d'évaluation en cours de formation (ÉCF) alimente cette perception des rôles en tant qu'éléments individuels et non chevauchants, ce qui mine encore plus la crédibilité du processus. Dans tout processus d'évaluation de la performance, les perceptions entourant la crédibilité sont d'une importance capitale, car sans crédibilité, un processus est peu susceptible d'influencer l'apprentissage, même si son message est précis.

Bon nombre d'autres auteurs ont aussi sonné l'alarme, signalant que la conception de stratégies d'évaluation fondées sur les référentiels de compétences risque de passer outre à ce que nous cherchons réellement à évaluer : la capacité des résidents à faire leur travail professionnel de manière compétente. Les ÉCF ne parviennent pas à capter la nature intégrée et les chevauchements des rôles CanMEDS : elles les représentent plutôt comme des entités distinctes, laissant croire que chaque rôle peut et devrait être exécuté et évalué de manière indépendante.

Ten Cate (2006) a réitéré ce sentiment, lorsqu'il disait des rôles CanMEDS : « De toute évidence, ces rôles sont si étroitement liés qu'il est illogique de les évaluer séparément. » De fait, c'est exactement ce que nous avons tenté de faire. À vrai dire, notre stratégie d'évaluation pourrait inciter les résidents à attribuer plus de valeur à « l'interprétation des rôles » qu'à la réalisation d'un travail clinique compétent qui intègre de façon transparente et dynamique les rôles qui s'appliquent à la situation.

Manifestement, les référentiels de compétences comme CanMEDS ont donné lieu à une réflexion essentielle sur les qualités importantes d'un médecin. L'application de

tels référentiels au processus d'évaluation clinique des résidents est loin d'être simple. CanMEDS donne un langage aux évaluateurs et justifie la critique constructive de la performance des résidents basée sur des éléments de performance qui vont au-delà de la simple connaissance médicale, et de ce fait renforce le processus d'évaluation. Nous devons toutefois veiller à ce que le recours à CanMEDS comme assise de l'évaluation ne réduise pas artificiellement la complexité du travail professionnel du médecin en actes individuels dont la somme ne reflète pas forcément la performance clinique compétente.

L'évaluation en cours de formation est importante pour refléter « l'assimilation des divers rôles nécessaires à la performance efficace et sécuritaire du travail professionnel ». Les outils que nous utilisons devraient soutenir le message qu'en dernier lieu, l'évaluation s'intéresse à la vision holistique de la performance, plutôt qu'à sa déconstruction artificielle. Sans un sens aigu que ce « tout » intégré est le véritable objet de notre évaluation, le processus d'évaluation en cours de formation ne parviendra pas à accroître sa crédibilité tant auprès des résidents que des évaluateurs. L'évaluation en cours de formation devrait donc s'articuler autour du véritable travail clinique qui reflète les activités professionnelles importantes de la spécialité. Les différentes activités puisent diversement à même les rôles CanMEDS, mais au sein de toute spécialité, la gamme complète de ces rôles se reflètera dans l'étendue du travail professionnel effectué par ses praticiens. Le défi est de faire en sorte que l'évaluation soit guidée par le cadre CanMEDS, sans que ce dernier devienne une contrainte. Le fait de baser l'évaluation sur le travail clinique réel peut contribuer à maintenir cet équilibre précaire.

Le Tableau 1 dresse la liste des écrits recommandés par Watling pour étudier davantage ce décalage entre les stratégies de conception de l'évaluation basées sur les référentiels de compétences et l'objet de cette évaluation.

Tableau 1. Suggestions de lectures sur les défis entourant les référentiels d'évaluation axés sur les compétences

ten Cate O. Trust, competence, and the supervisor's role in postgraduate training. *BMJ* 2006;333: 748-751.

Huddle TS, Heudebert GR. Taking apart the art: the risk of anatomizing clinical competence. *Acad Med* 2007; 82:536-541.

Whitcomb ME. Redirecting the assessment of clinical competence. *Acad Med* 2007;82:527-528.

ten Cate O, Scheele F. Competency-based postgraduate training: can we bridge the gap between theory and clinical practice? *Acad Med* 2007;82:542-547.

Watling CJ, Kenyon CF, Zibrowski EM, Schulz V, Goldszmidt MA, Singh I, et al. Rules of engagement: residents' perceptions of the in-training evaluation process. *Acad Med* 2008;83(10 Suppl): S97-S100.

Zibrowski EM, Singh SI, Goldszmidt MA, Watling CJ, Kenyon CF, Schulz V, et al. The sum of the parts detracts from the intended whole: competencies and in-training assessments. *Med Educ* 2009;43:741-748.

Ginsburg S, McIlroy J, Oulanova O, Eva K, Regehr G. Toward authentic clinical evaluation: pitfalls in the pursuit of competency. *Acad Med* 2010;85:780-786.

Watling CJ, Lingard L. Toward meaningful evaluation of medical trainees: the influence of participants' perceptions of the process. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2012;17:183-194.

Watling CJ, Kenyon CF, Schulz V, Goldszmidt MA, Zibrowski E, Lingard L. An exploration of faculty perspectives on the in-training evaluation of residents. *Acad Med* 2010;85:1157-1162.

Dans leur structure actuelle, les Objectifs d'évaluation répondent à la plupart des préoccupations soulevées dans la citation de Watling et permettront d'effectuer une meilleure évaluation de la compétence en milieu de travail ou en cours de formation. Leur forme et leur fond étant bien connus des superviseurs et des résidents, ils ne dressent pas d'obstacle à la modification qui est des plus essentielles pour améliorer l'évaluation en cours de formation (ÉCF) : la collecte et la documentation des commentaires et des rétroactions des superviseurs aux résidents sur des cas précis dans le courant du travail clinique quotidien. L'interaction clinique superviseur-résident est « l'instrument » essentiel d'une meilleure ÉCF. Seule cette information peut nous permettre d'évaluer véritablement la compétence selon la définition générique la plus communément utilisée à l'heure actuelle, telle qu'elle est décrite par Epstein et Hundert⁵ :

... l'utilisation régulière et judicieuse de la communication, du savoir, des habiletés techniques, du raisonnement clinique, des émotions, des valeurs et de la réflexion dans le cadre d'une pratique quotidienne pour le bien de la personne et de la communauté desservies.

RÉSUMÉ

Les Objectifs d'évaluation sont opérationnels : ils décrivent la compétence en fonction d'une situation ou d'un problème et sont accessibles et utilisés par les superviseurs et les résidents.

Les Objectifs d'évaluation conduisent directement aux éléments de la compétence décrits par Epstein et Hundert⁵. Quels que soient les autres référentiels utilisés, nos observations en médecine familiale ont révélé que lorsque l'on définit une compétence au niveau opérationnel, on obtient les six habiletés essentielles : l'approche centrée sur le patient, la communication, le raisonnement clinique, la sélectivité, le professionnalisme et les habiletés techniques⁴. Ce sont les éléments essentiels de la compétence en médecine familiale – les habiletés qui se trouvent à la base de tous les rôles et les principes.

La plus grande valeur des autres référentiels de compétences provient du fait qu'ils abordent le domaine de la compétence en médecine familiale sous un angle différent, et de ce fait, ils pourraient combler toute lacune jugée importante pouvant survenir lorsque les Objectifs d'évaluation sont utilisés en tant que référentiel.

Bien qu'ils soient indépendants, les Objectifs d'évaluation peuvent facilement être reliés aux autres cursus ou référentiels d'agrément pour établir des rapports. Toutefois, il est important de conserver leur structure actuelle à des fins de planification et pour effectuer une évaluation efficace et efficiente.

ÉTABLIR UNE COHÉRENCE ENTRE LES QUATRE PRINCIPES DE LA MÉDECINE FAMILIALE / LES RÔLES CANMEDS ET LES OBJECTIFS D'ÉVALUATION

L'établissement d'une cohérence entre les Objectifs d'évaluation et d'autres référentiels d'évaluation aiderait à combler des lacunes au sein même des Objectifs d'évaluation; toutefois, il reste à savoir si l'évaluation construite autour des Objectifs d'évaluation et essentiellement fondée sur ceux-ci omettrait d'évaluer l'un ou l'autre des rôles ou des compétences décrits dans ces autres référentiels. Dans le cadre de ses travaux, le Groupe de travail sur le processus de certification (GTPC) a mené quatre exercices distincts entre 2007 et 2012. Ceux-ci ont démontré qu'une évaluation intégrée, fondée sur les tâches cliniques, telle que décrite par les Objectifs d'évaluation, évaluerait tous les rôles et les compétences génériques des Quatre principes, de CanMEDS, de CanMEDS-MF et des Domaines de soins cliniques. Il est fort probable que tout référentiel générique utilisé pour décrire le médecin compétent révélerait que l'évaluation fondée sur les Objectifs d'évaluation suffit largement à alimenter ses catégories.

En 2008, le GTPC a mené un exercice interne établissant une cohérence entre les Quatre principes de la médecine familiale et les sept rôles CanMEDS tels que publiés par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC)⁶ et :

1. Les éléments clés généraux des 20 sujets les plus souvent cités comme prioritaires
2. Les comportements observables de trois habiletés essentielles (professionnalisme, habiletés de communication et approche centrée sur le patient)
3. Les éléments clés d'une quatrième habileté essentielle : les habiletés techniques.

Chacun des trois éléments susmentionnés a été codé selon le principe et le rôle CanMEDS le plus pertinent à l'aide d'une méthode semblable à l'exercice de codage des éléments clés de chaque sujet prioritaire⁷. Le Tableau 2 démontre que les Objectifs d'évaluation issus de notre modèle bâti sur les interactions médecin-patients-problèmes cliniques en pratique permettent d'évaluer tous les principes et tous les rôles, dans des proportions qui n'ont rien d'étonnant. Une évaluation fondée sur un échantillonnage adéquat de ces Objectifs d'évaluation dans les six dimensions en termes d'habiletés évaluerait forcément les principes et les rôles. Environ le tiers des éléments clés et des comportements observables étaient reliés à un rôle unique, ou à un seul principe de la médecine familiale. Les deux tiers restants étaient liés à deux rôles ou à deux principes; d'autres auraient pu inclure des rôles ou des principes additionnels si l'on avait autorisé un plus grand nombre de choix.



Tableau 2 : Établir la cohérence des Objectifs d'évaluation, des rôles CanMEDS et des Quatre principes

- aux éléments clés des 20 principaux sujets prioritaires
- à tous les comportements observables
- aux éléments clés des habiletés techniques

Au total, on comptait 443 éléments clés et comportements observables. Un maximum de deux liens par élément clé ou comportement observable était autorisé.

Établir une cohérence avec les Quatre principes de la médecine familiale		Liens
Le médecin de famille est un clinicien compétent		329
La médecine familiale est une discipline communautaire		135
La médecine familiale est une ressource pour une population définie de patients		97
La relation médecin/patient constitue l'essence du rôle du médecin de famille		148
	Total	709
<i>N^{bre} moyen de liens par élément (éléments clés ou comportements observables)</i>		<i>1,6</i>
Établir une cohérence avec les sept rôles CanMEDS		
Expert médical		192
Communicateur		190
Collaborateur		111
Gestionnaire		27
Promoteur de la santé		47
Érudit		26
Professionnel		180
	Total	773
<i>N^{bre} moyen de liens par élément (éléments clés ou comportements observables)</i>		<i>1,7</i>

Un deuxième exercice interne mené en 2010 était légèrement différent, mais a mené à une conclusion semblable et a fourni de nouveaux renseignements. Au moment de ce deuxième exercice, le CMFC avait déjà présenté les rôles CanMEDS-MF². Deux principaux constats ont motivé cet exercice :

1. Les comportements observables et les éléments clés qui sont principalement associés à une des quatre habiletés essentielles des Objectifs d'évaluation (professionnalisme, habiletés de communication, approche centrée sur le patient ou habiletés techniques) pouvaient également évaluer d'autres dimensions en termes d'habiletés essentielles.
2. Les rôles CanMEDS-MF sont légèrement différents du cadre CanMEDS du CRMCC utilisé dans le premier exercice. Il convenait donc de vérifier si les liens avec CanMEDS déjà documentés étaient conservés avec l'utilisation des rôles CanMEDS-MF.

L'exercice visait donc à établir la cohérence entre les comportements observables et les éléments clés des habiletés techniques avec d'autres dimensions techniques des habiletés et rôles CanMEDS-MF. Les éléments clés des sujets prioritaires n'ont pas été codés dans cet exercice.

Encore une fois, nous constatons (Tableau 3) que les comportements observables, les éléments clés et les habiletés techniques des Objectifs d'évaluation se reflètent largement dans les rôles CanMEDS-MF, plus particulièrement dans les rôles autres que celui d'expert médical. Nous remarquons pour la première fois qu'environ les deux tiers de ces éléments sont reliés à une deuxième habileté essentielle, ce qui correspond exactement à la situation obtenue précédemment avec les éléments clés des sujets

prioritaires. En moyenne, ils évaluent environ 1,7 habileté essentielle par élément clé. On voit bien que l'utilisation d'une tâche clinique ou d'une approche basée sur les cas, qui se fonde aussi sur les éléments clés, donne lieu à une réflexion riche et multidimensionnelle sur la compétence.

Tableau 3 : Établir une cohérence entre les dimensions en termes d'habiletés essentielles et les rôles CanMEDS-FM

Établir une cohérence entre les comportements observables et les éléments clés de l'approche centrée sur le patient, du professionnalisme, des habiletés de communication et des habiletés techniques et

- les autres dimensions en termes d'habiletés essentielles
- les sept rôles CanMEDS-MF

Au total, on a compté 282 comportements observables et éléments clés à relier, avec au maximum deux liens autorisés pour cet exercice.

Liens vers les autres habiletés essentielles, en plus de l'habileté primaire	
Approche centrée sur le patient	35
Raisonnement clinique	15
Communication	15
Sélectivité	4
Professionnalisme	88
Habiletés techniques	0
N^{bre} moyen de liens avec d'autres habiletés, par élément = 0,6 (157/282) Total	157
Liens vers les rôles CanMEDS-MF	
Expert médical	78
Communicateur	145
Collaborateur	103
Gestionnaire	18
Promoteur de la santé	18
Érudit	12
Professionnel	178
N^{bre} moyen de rôles reliés par élément = 2,0 (552/282) Total	552

La troisième illustration de la façon dont les Objectifs d'évaluation permettent d'effectuer une évaluation globale de la compétence du médecin de famille provient de l'évaluation recommandée des habiletés techniques.⁸ Traditionnellement, la compétence en habiletés techniques se concentre surtout sur l'intervention elle-même. Les Objectifs d'évaluation recommandent d'évaluer cette dimension principalement à partir des éléments clés des habiletés techniques, et dans un deuxième temps, d'évaluer la procédure elle-même. Les deux évaluations sont nécessaires, mais la première sert davantage à déterminer la compétence globale que la deuxième. Cette situation s'apparente au rapport entre les six dimensions en termes d'habiletés essentielles et les sujets prioritaires avec leurs éléments clés – les derniers servent principalement de support pour démontrer les premières, et non l'inverse.

L'exercice consistait à coder ou à relier chacun des dix éléments clés des habiletés techniques et trois référentiels : les habiletés essentielles (les cinq habiletés essentielles autres que les habiletés techniques), les Quatre principes de la médecine familiale et les rôles CanMEDS-MF. Pour cet exercice interne mené par le GTPC, un maximum de deux liens par élément clé était autorisé dans chaque référentiel.

Le Tableau 4 illustre comment l'approche fondée sur les éléments clés d'un cas évalue bien plus que les simples habiletés techniques : les six dimensions en termes d'habiletés essentielles

pourraient être évaluées, et, pour leur part, cinq des rôles CanMEDS du CRMCC, y compris ceux de professionnel, de communicateur et de collaborateur, peuvent être évalués par l'entremise des Objectifs d'évaluation. Cette évaluation peut se faire lorsque les résidents sont impliqués dans des tâches cliniques, pendant le travail clinique supervisé, et elle semble naturelle, pertinente, et non forcée. Cet exercice démontre que l'évaluation des habiletés techniques fondée sur les Objectifs d'évaluation donnera une évaluation de la compétence qui répond aux attentes de CanMEDS-MF et des Quatre principes de la médecine familiale.



Tableau 4. Établir une cohérence entre les éléments clés généraux des habiletés techniques en médecine familiale

Élément clé	Dimension en termes d'habiletés essentielles	Quatre principes	Rôle CanMEDS
1. Pour décider si vous effectuerez ou non un acte technique, considérez ce qui suit :			
a) Les indications et contre-indications de l'intervention.	Raisonnement clinique	Clinicien compétent	Expert médical
b) Vos propres habiletés et votre préparation à poser cet acte (p. ex. votre niveau de fatigue et vos tracas personnels).	Raisonnement clinique Professionnalisme	Clinicien compétent	Expert médical Professionnel Gestionnaire
c) Le contexte de l'intervention à poser, notamment le patient impliqué, la complexité de la tâche, le temps nécessaire, le besoin d'assistance et l'endroit.	Raisonnement clinique Sélectivité	Clinicien compétent	Expert médical
2. Avant de décider d'aller de l'avant avec l'intervention :			
a) Discutez de l'intervention avec le patient, y compris la description de l'acte et les issues possibles, positives et négatives, comme partie du processus d'obtention du consentement.	Habiletés de communication Raisonnement clinique Professionnalisme	Clinicien compétent	Expert médical Communicateur
b) Préparez-vous pour l'intervention en vous assurant que l'équipement approprié est prêt.	Raisonnement clinique	Clinicien compétent	Expert médical
c) Préparez-vous mentalement : <ul style="list-style-type: none"> • Les repères anatomiques nécessaires pour effectuer l'intervention • Les étapes techniques nécessaires de façon séquentielle, y compris tout examen préliminaire • Les complications potentielles et leur prise en charge. 	Raisonnement clinique	Clinicien compétent	Expert médical
3. Durant l'intervention			
a) Tenez le patient informé afin de réduire l'anxiété.	Approche centrée sur le patient	Relation médecin-patient	Expert médical Communicateur
b) Assurez en tout temps le confort et la sécurité du patient.	Approche centrée sur le patient	Relation médecin-patient	Expert médical Professionnel

4.	Lorsque l'intervention ne se déroule pas comme prévu, réévaluez la situation et mettez-y un terme et/ou demandez de l'aide au besoin.	Raisonnement clinique Professionalisme	Clinicien compétent	Expert médical Collaborateur Professionnel
5.	Élaborez un plan avec votre patient pour les soins et le suivi au terme de l'intervention	Approche centrée sur le patient	Relation médecin-patient	Expert médical Professionalisme Gestionnaire

Adapté de Wetmore S, et collab. Les habiletés techniques. *Can Fam Physician* 2012;58:775-780

Dans le quatrième exercice (2012), nous avons étudié les relations et les liens entre les Objectifs d'évaluation et les Domaines de soins cliniques.

Les Domaines de soins cliniques ont été élaborés pour décrire la globalité de la médecine familiale ainsi que les milieux et le contenu général auxquels les résidents doivent être exposés pendant leurs activités d'apprentissage. Ils sont donc très utiles pour élaborer le cursus³. Les Domaines de soins cliniques ont été organisés à l'aide d'un référentiel qui décrit les soins dispensés tout au long du cycle de vie, dans différents contextes cliniques, suivant une gamme de responsabilités cliniques, auprès de populations définies et avec des habiletés techniques précises. Les Domaines de soins cliniques actuels sont présentés ci-après, dans l'Encadré 1.

Encadré 1 : Domaines de soins cliniques
Soins aux patients dans l'ensemble des cycles de vie
<ul style="list-style-type: none"> • Enfants et adolescents, adultes, santé des femmes, y compris les soins de maternité, santé des hommes, soins aux personnes âgées, soins en fin de vie et palliatifs
Soins aux patients dans tous les contextes cliniques (milieux urbains ou ruraux)
<ul style="list-style-type: none"> • Soins ambulatoires/au bureau ou en clinique, hôpital et soins de longue durée, services d'urgence, soins à domicile
Gamme des responsabilités cliniques
<ul style="list-style-type: none"> • Prévention des maladies et promotion de la santé, diagnostic et prise en charge des problèmes de santé, prise en charge des maladies chroniques, réadaptation, soins de confort, soins palliatifs
Soins aux patients marginalisés/vulnérables
<ul style="list-style-type: none"> • Y compris, sans s'y limiter : les populations autochtones, les patients atteints de maladie mentale ou de toxicomanie, les immigrants récents
Habiletés techniques
<ul style="list-style-type: none"> • Conformément à la liste des habiletés techniques fondamentales du CMFC présentée à www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/Certification_in_Family_Medicine_Examination/Preparing_for_the_Family_Medicine_Examination/Habiletés%20techniques.pdf

Comment les Objectifs d'évaluation devraient-ils être reliés, individuellement et collectivement, aux Domaines de soins cliniques? Même s'il est important de voir et d'utiliser les liens entre les Objectifs d'évaluation et les activités d'apprentissage pertinentes, il y a plusieurs raisons qui expliquent pourquoi les Objectifs d'évaluation individuels ne devraient pas être étiquetés ou catégorisés selon les Domaines de soins cliniques spécifiques :

1. Toute unité ou tout milieu qui dispense des soins de santé intégrés peut offrir l'occasion d'acquérir et d'évaluer presque toute compétence ou tout Objectif d'évaluation. À mesure

que nous adoptons un modèle d'évaluation et un cursus axé sur le développement des compétences, il est important de dissocier le plus possible les finalités souhaitées en termes de compétence d'une période ou d'un lieu pédagogique particulier (p. ex. un stage d'un mois en cardiologie n'est pas nécessairement le meilleur endroit pour acquérir de nombreuses connaissances sur les compétences en cardiologie pour les résidents en médecine familiale).

2. Les Domaines de soins cliniques n'ont jamais visé à s'exclure mutuellement, et ils ne le font pas. De la même manière, la plupart des compétences souhaitées peuvent être acquises ou maîtrisées de diverses façons dans de nombreux domaines. L'attribution d'une étiquette pourrait mener à une approche trop réductionniste à la planification pédagogique et limiterait la souplesse qui caractérise une bonne éducation axée sur le développement des compétences.
3. Les principaux déterminants de la compétence (les habiletés essentielles) sont en grande partie généralisables et transférables d'un domaine à l'autre. Toutefois, cela ne signifie pas qu'ils sont entièrement indépendants du contenu ou du contexte, ni que certains contextes ne seront pas plus susceptibles que d'autres de mener à la maîtrise de la compétence. Ces « meilleurs » contextes peuvent toutefois être clairement déterminés à partir des Objectifs d'évaluation. L'ajout d'autres niveaux de catégorisation présenterait un certain danger pour les progrès réalisés vers la définition de la compétence en médecine familiale comme un ensemble intégral. Les Objectifs d'évaluation eux-mêmes fournissent une définition pragmatique et holistique pour évaluer la compétence d'un médecin de famille à prendre en charge des problèmes et des situations considérés comme prioritaires pour l'exercice global de la médecine familiale. La compétence en médecine familiale ne se définit pas comme le regroupement d'une série de compétences dans d'autres spécialités. Les Domaines de soins cliniques ne doivent tout simplement pas remplacer l'approche traditionnelle à la planification et à l'évaluation du cursus basée sur la spécialité, la discipline ou le système.

L'évaluation basée sur les Objectifs d'évaluation garantira-t-elle une évaluation suffisante de la compétence dans tous les domaines cliniques? Pour répondre à cette question, il faut revoir les Objectifs d'évaluation pour voir lesquels peuvent s'appliquer à un ou à plusieurs des divers domaines cliniques. Chaque Objectif d'évaluation est déjà codé en fonction de tous les éléments qui décrivent la compétence spécifique d'un point de vue opérationnel : le sujet, l'élément clé, les habiletés techniques essentielles et la phase de la rencontre clinique. La description de chacun de ces concepts donne plus de précisions sur l'élément clé. Une base de données interrogeable des Objectifs d'évaluation⁹ a été créée par le GTPC pour aider à coder les Objectifs d'évaluation par rapport aux Domaines de soins cliniques. On peut l'interroger par sujet, par habileté technique essentielle, par phase de la rencontre clinique, par mot clé, ou par diverses combinaisons de ces composantes. On obtient les éléments clés qui correspondent aux critères de recherche ainsi qu'une ou plusieurs feuilles de route propres à un élément clé qui peuvent être remplies à partir de cas particuliers. Toutefois, la base de données a ses limites : elle n'autorise pas encore les recherches par comportement observable ou élément clé des habiletés techniques, et la capacité de recherche actuelle est limitée à un mot clé par recherche. Ces fonctions seront améliorées dans une version subséquente.

Le Tableau 5 présente les premiers résultats d'une étude des Objectifs d'évaluation par Domaine de soins cliniques. Pour chaque domaine, les Objectifs d'évaluation ont fait l'objet d'une recherche à partir des codes ou des mots clés appropriés afin de déterminer le nombre d'éléments clés pouvant évaluer la compétence dans le domaine clinique en question. Les résultats sont approximatifs; une requête individuelle plus détaillée sur un élément clé pourrait révéler qu'il ne s'applique pas particulièrement au domaine en question. Il pourrait aussi y avoir des chevauchements au niveau du critère. Les résultats se regroupent en trois catégories :

1. De nombreux exemples explicites pour l'évaluation de la compétence dans trois des cinq domaines :
 - Les soins aux patients dans l'ensemble des cycles de vie
 - La gamme des responsabilités cliniques
 - Les habiletés techniques

L'Annexe 1 illustre les résultats détaillés d'une recherche sur les soins aux personnes âgées. Il est présenté uniquement à titre d'exemple de la façon dont les Objectifs d'évaluation pourraient servir à orienter le choix des activités d'apprentissage permettant d'acquérir les compétences dans une sous-section d'un domaine.

2. Des possibilités d'évaluer un quatrième domaine – soins aux patients marginalisés ou vulnérables – mais les sous-sections ne sont pas encore toutes codées de façon récupérable à ce moment.

De plus amples renseignements sur les compétences souhaitées dans ce domaine sont requis.

3. Les Objectifs d'évaluation ne sont pas codés de façon à identifier le cinquième domaine – soins aux patients dans tous les contextes cliniques. Les recherches sont donc plutôt inefficaces. Toutefois, rien ne porte à croire que les Objectifs d'évaluation ne couvrent pas très bien ces aspects, compte tenu de leur nature. Dans ces cas, les domaines jouent un rôle beaucoup moins déterminant que les problèmes à régler pour établir les compétences à évaluer. Cela illustre bien les problèmes du cursus structuré de façon traditionnelle, soit en fonction du temps et des lieux, par opposition au cursus axé sur le développement des compétences.

Il sera nécessaire de clarifier toute compétence propre à un milieu dans ce domaine avant d'étudier à nouveau les Objectifs d'évaluation.

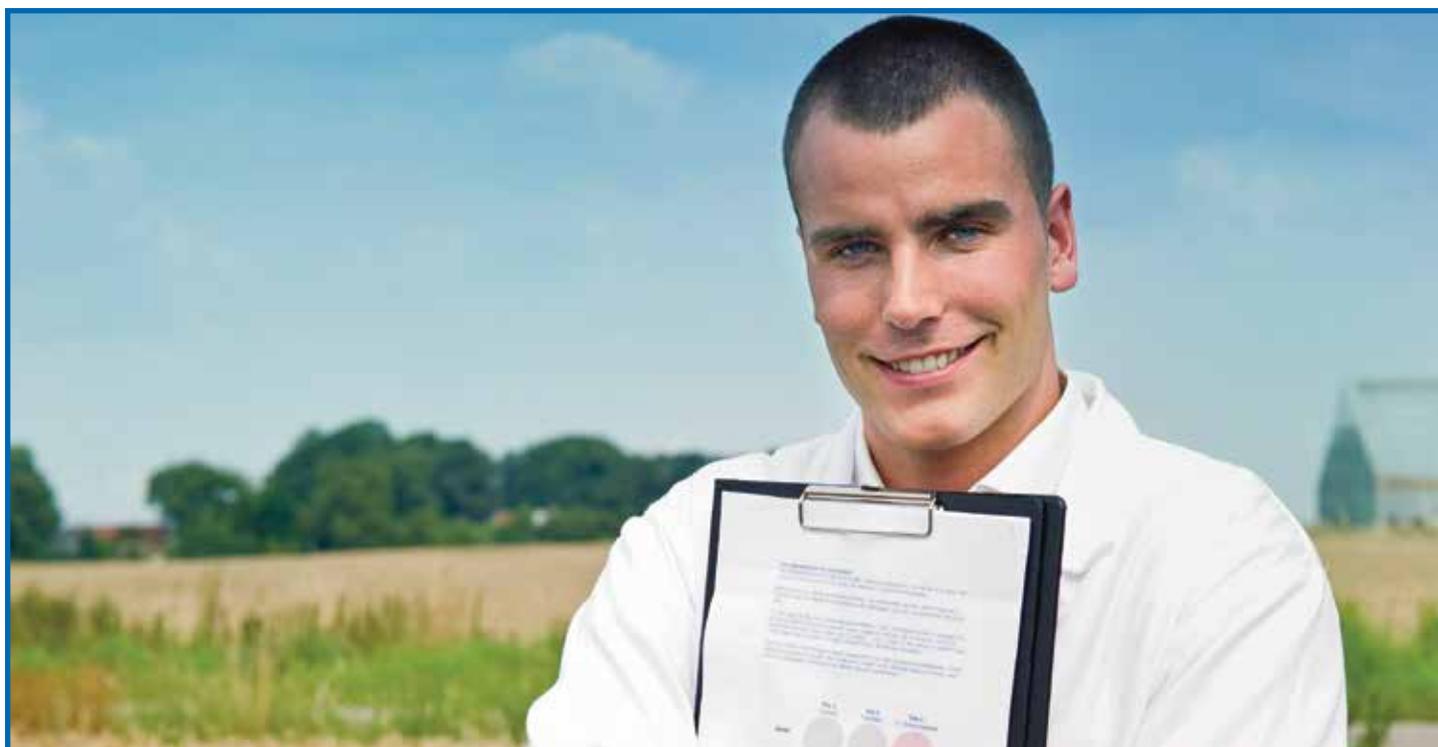


Tableau 5 : Fréquence des Objectifs d'évaluation associés aux différents domaines de soins cliniques

Domaine de soins cliniques	Recherches par mot clé [¥] et code : Nombre de compétences (élément clé)	
Soins aux patients dans l'ensemble des cycles de vie		
• Enfants et adolescents	Child	41
• Adultes	Adolescent	8
• Santé des femmes, y compris les soins de maternité	Pregnancy	35
• Santé des hommes	Newborn	11
• Soins aux personnes âgées	Well-baby	9
• Soins en fin de vie et soins palliatifs	Elderly	
	Éléments clés directement cités	24
	Comportements observables :	2
	Autres sujets pertinents :	17
	(Voir l'exemple détaillé à l'Annexe 1)	
	Palliative care	7
	End-of-life care	2
	Prostate care	11
Soins aux patients dans tous les contextes cliniques (milieux urbains ou ruraux)		
• Ambulatoires/au bureau ou en clinique	Office	4
• Hôpital et soins de longue durée	Hospital	7
• Services d'urgence	Home	5
• Soins à domicile	Long term	4
	<i>La compétence n'a pas été décrite en termes d'endroit pour les soins, alors la recherche par mot clé n'est pas directement efficace ici. Il reste à identifier les compétences propres au milieu rural.</i>	
	Acute	38
	Emergency	7
	Urgent	4
	Selectivity	172
	<i>(64 phases d'hypothèse, 65 diagnostics, 69 traitements)</i>	
	<i>De nombreux sujets pertinents.</i>	
	<i>De nombreux sujets sont décrits en termes interrogeables. Indirectement, peut supposer que les Objectifs d'évaluation couvrent les soins en services d'urgence par le biais de ces éléments.</i>	

[¥] Ces résultats sont présentés à titre d'illustration seulement. Les recherches ont été effectuées en utilisant les mots clés en anglais indiqués.

Gamme des responsabilités cliniques		
<ul style="list-style-type: none"> • Prévention des maladies et promotion de la santé • Diagnostic et prise en charge des problèmes de santé • Prise en charge des maladies chroniques • Réadaptation • Soins de confort, soins palliatifs 	Acute	38
	Chronic	58
	Diagnostic	799
	Management (treatment)	336
	Prevention (periodic, screening, prevention)	58
	Palliative	7
	End-of-life	2
	Pain	17
	Chronic	58
	Sujets (total)	99
	Éléments clés (total)	773
<i>Chaque élément clé peut être codé pour plus d'une habileté et plus d'une phase.</i>		
Soins aux patients marginalisés/vulnérables		
Y compris, sans s'y limiter :	Substance abuse	18
<ul style="list-style-type: none"> • Les populations autochtones • Les patients atteints de maladie mentale ou de toxicomanie • Les immigrants récents 	Immigrants	9
	De nombreux sujets de santé mentale et éléments clés, p. ex.,	
	Depression	11
	Behavioural	6
	Schizophrenia	8
	Anxiety	7
	Crisis	15
	Dementia	16
	Personality disorder	5
	<i>Aucun mot clé satisfaisant pour identifier certaines des compétences pertinentes d'une sous-section dans ce domaine — exige une définition plus précise avant de poursuivre.</i>	
Habiletés techniques		
<ul style="list-style-type: none"> • Conformément à la liste des habiletés techniques fondamentales du CMFC www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/Certification_in_Family_Medicine_Examination/Preparing_for_the_Family_Medicine_Examination/Habilets%20techniques.pdf 	Liste des habiletés techniques fondamentales	65
	Éléments clés généraux des habiletés techniques	11

RÉSUMÉ

Les messages suivants résument l'établissement d'une cohérence entre les autres référentiels et les Objectifs d'évaluation :

1. Les Objectifs d'évaluation sont basés sur des cas, des situations ou des problèmes et sont faciles à utiliser dans un milieu clinique.
2. La plupart des Objectifs d'évaluation évaluent plus d'une habileté essentielle, et plus d'une phase de la rencontre clinique. La plupart évaluent aussi plus d'un rôle CanMEDS-MF et d'un Domaine de soins cliniques.
3. Les Objectifs d'évaluation, dans l'ensemble, évaluent tous les rôles CanMEDS-MF et tous les Domaines de soins cliniques.
4. L'évaluation fondée sur les Objectifs d'évaluation donne une évaluation approfondie, multidimensionnelle et holistique de la compétence d'un médecin de famille offrant des soins complets et globaux.

CONCLUSION

L'évaluation basée sur les Objectifs d'évaluation reflètera de manière globale la compétence dans les rôles CanMEDS-MF et selon les Quatre principes de la médecine familiale. Elle tiendra également compte des Domaines de soins cliniques de la médecine familiale.

La structure et l'organisation des Objectifs d'évaluation favorisent une utilisation spontanée dans les milieux cliniques, ainsi qu'une évaluation profonde et rigoureuse des éléments de la compétence. Leur utilisation encouragera la collecte de nombreuses observations valides auprès de divers observateurs, à de nombreuses occasions et dans de nombreuses situations, ce qui fournira les ingrédients clés d'une évaluation réussie. Ceci représente un des principaux facteurs d'une formation centrée sur le résident réussie et favorise les bonnes décisions à l'égard de la certification.

Bien que les Objectifs d'évaluation puissent être liés à d'autres référentiels utilisés dans l'enseignement de la médecine familiale, le GTPC estime qu'ils ne devraient pas être classifiés ou regroupés en fonction des rôles CanMEDS-MF ou des Domaines de soins cliniques. Les référentiels sont tous liés entre eux, mais demeurent indépendants.

Les Objectifs d'évaluation peuvent aider à choisir ou à planifier les activités d'apprentissage, et ils sont efficaces comme moyen principal pour déterminer la maîtrise de la compétence nécessaire pour débiter l'exercice professionnel dans la spécialité de médecine familiale.

Références

1. Collège des médecins de famille du Canada. Les Quatre principes de la médecine familiale. Collège des médecins de famille du Canada. 2006. Dans : http://www.cfpc.ca/Les_quatre_principes/. Date de consultation : le 3 avril 2013.
2. 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 : Collège des médecins de famille du Canada; Octobre 2009. Dans : <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/CanMeds%20FM%20Final%20FR%20oct%2009.pdf>. Date de consultation : le 3 avril 2013.
3. Tannenbaum D, Kerr J, Konkin J, Organek A, Parsons E, Saucier D, et collab. *Étendue de la pratique à maîtriser en résidence en médecine familiale : Rapport du Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2011. Dans : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/Etendu%20de%20la%20pratique%20a%20maîtriser%20en%20résidence%20en%20médecine%20familiale_REV.pdf. Date de consultation : le 4 avril 2013.
4. 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 objectifs d'évaluation en médecine familiale*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2010. Dans : <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/Definition%20of%20Compétence%20French%20with%20bookmarks.pdf>. Date de consultation : le 3 avril 2013.
5. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002; 287:226-235.
6. Frank JR, éd. *Le Cadre 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. Dans : http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/canmeds/resources/publications/framework_full_f.pdf. Date de consultation : le 3 avril 2013.
7. Lawrence K, Allen T, Brailovsky C, Crichton T, Bethune C, Donoff M, et collab. Defining competency-based evaluation objectives in family medicine: key-feature approach. *Can Fam Physician* 2011;57:e373-e380. Dans : www.cfp.ca/content/57/10/e373.full.pdf+html. Date de consultation : le 3 avril 2013.
8. Wetmore S, Laughlin T, Lawrence K, Donoff M, Allen T, Brailovsky C, et collab. Préciser les objectifs de l'évaluation basée sur les compétences en médecine familiale : Les habiletés techniques. *Can Fam Physician* 2012;58:775-780. Dans : <http://www.cfp.ca/content/58/7/775.abstract.fr>. Date de consultation : le 3 avril 2013.
9. Objectifs d'évaluation en médecine familiale (base de donnée interrogeable). Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2013. <http://www.cfpc.ca/ProjectAssets/Templates/KeyFeatures.aspx?id=5107&langType=3084>. Dans : le 19 juin 2013.

Annexe 1

UTILISER LES OBJECTIFS D'ÉVALUATION POUR ÉVALUER LA COMPÉTENCE EN SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES EXEMPLES DE RECHERCHE PAR MOTS CLÉS²

EXERCICE

1. Faites une recherche par mot clé dans la base de données sur les Objectifs d'évaluation (en utilisant le terme « elderly » dans le présent cas; manuellement sur le document pdf ou à l'aide de la version interrogeable de la base de données).
2. Prenez un moment pour réfléchir et compléter votre liste
 - a. Quels autres mots clés pourraient vous aider dans votre recherche?
 - b. Examinez les sujets prioritaires et les comportements observables — sélectionnez ceux qui pourraient convenir (s'ils ne sont pas déjà choisis).

Cette liste décrit un certain nombre de situations que le médecin de famille devrait pouvoir prendre en charge dans le domaine des soins aux personnes âgées. Muni de cette information, vous devriez pouvoir identifier les situations, les habiletés, les phases et les comportements particuliers qui traduisent la compétence dans ce domaine de soins. Même si la liste peut vous paraître limitée, le déploiement de la compétence dans tous ces aspects serait probablement plus que suffisant pour démontrer une compétence globale des soins aux personnes âgées. L'ajout des habiletés et des phases aux éléments clés et aux comportements observables serait utile (inclus dans la version la plus récente des Objectifs d'évaluation). Planifier l'apprentissage autour de ces priorités pourrait fort bien être suffisant.

RÉSULTATS

La recherche à l'aide du mot-clé : « Elderly » donne 26 résultats (autres que dans la table des matières, etc.)

- 2 comportements observables
- 1 sujet complet (Elderly) – 5 éléments clés
- 16 autres sujets – 19 éléments clés au total

Exemple :

Comportements observables

HABILETÉS DE COMMUNICATION

Ne porte aucune attention au patient et s'entretient exclusivement avec l'aidant, surtout dans le cas des enfants, des **personnes âgées**, des personnes ayant une déficience cognitive (p. ex. pas de questions au patient, n'implique pas le patient dans le plan de traitement).

PROFESSIONNALISME

Dévoile des renseignements contre la volonté exprimée du patient, particulièrement en ce qui concerne les adolescents, les **personnes âgées** et les patients d'ascendance culturelle différente.

Sujets prioritaires dont les éléments clés mentionnent spécifiquement les personnes âgées

² Remarque : le mot clé anglais *Elderly* a été utilisé dans l'étude.

DOULEUR ABDOMINALE

5 mentions : Pour certains groupes de patients (p. ex. enfants, femmes enceintes, **personnes âgées**), incluez dans votre diagnostic différentiel les causes de douleur abdominale aiguë qui sont spécifiques à ces groupes.

ANÉMIE

5 mentions : Recherchez une anémie chez les patients à risque qu'ils soient symptomatiques ou non (p. ex. ceux qui sont à risque de perte sanguine, ceux qui reçoivent une anticoagulothérapie, **les patients âgés** qui prennent des anti-inflammatoires non stéroïdiens, les patients atteints d'hémolyse (valvules mécaniques), les patients qui présentent de nouveaux symptômes ou une détérioration de leurs symptômes d'angine ou d'ICC).

TROUBLES DE COMPORTEMENT

5 mentions : Chez les **patients âgés** souffrant de démence, n'attribuez pas les problèmes comportementaux à la démence sans évaluer d'autres facteurs étiologiques (p. ex. effets indésirables ou interactions médicamenteuses, affections médicales traitables, infection ou dépression).

DÉSHYDRATATION

2 mentions : Chez un patient déshydraté, évaluez le degré de déshydratation à l'aide d'indicateurs fiables (p. ex. signes vitaux), car l'état d'hydratation de certains patients peut être plus difficile à évaluer (p. ex. **personnes âgées**, très jeunes enfants, femmes enceintes).

DÉPRESSION

6 mentions : Chez un patient qui consulte pour des symptômes compatibles avec une dépression, recherchez et éliminez une pathologie organique grave en procédant à l'anamnèse, l'examen physique et les investigations nécessaires (particulièrement chez les **personnes âgées** et les patients difficiles).

10 mentions : Chez les très jeunes et les **personnes âgées** qui consultent pour des changements de comportement, envisagez le diagnostic de dépression (puisque la dépression peut se manifester par des symptômes atypiques).

DIARRHÉE

5 mentions : Poursuivez en temps opportun, votre investigation des **patients âgés** souffrant de diarrhée inexpliquée, car ils sont plus susceptibles de présenter une pathologie.

INCAPACITÉ

2 mentions : Chez les **personnes âgées**, dépistez les risques de perte d'autonomie (chutes, atteinte cognitive, immobilisation, baisse de la vision) sur une base continue.

6 mentions : Chez les patients à risque d'incapacité (p. ex. les travailleurs manuels, les personnes âgées, les personnes atteintes de troubles mentaux), recommandez des stratégies de prévention primaire (p. ex. exercices, appareils orthopédiques, counselling, modification du travail).

PERSONNES ÂGÉES

1 mention : Chez le **patient âgé** qui prend plusieurs médicaments, évitez la pharmacologie : — en surveillant les effets indésirables. — en révisant périodiquement la médication (p. ex. la médication est-elle toujours indiquée? La posologie est-elle appropriée?) — en surveillant les interactions médicamenteuses.

2 mentions : Chez le **patient âgé**, informez-vous de l'utilisation de médicaments sans ordonnance (p. ex. plantes médicinales, pastilles contre la toux, médicaments en vente libre, vitamines).

3 mentions : Chez le **patient âgé**, dépistez les facteurs de risque modifiables (p. ex. trouble visuel, atteinte auditive) afin de promouvoir la sécurité et l'autonomie fonctionnelle.

4 mentions : Chez le **patient âgé**, évaluez l'état fonctionnel afin : — d'anticiper et de discuter du besoin éventuel d'apporter des changements à l'environnement. — de vous assurer que le soutien social est adéquat.

5 mentions : Chez les **personnes âgées** le mode de présentation des maladies peut être atypique, n'excluez pas ces maladies sans avoir préalablement effectué une évaluation minutieuse (p. ex. pneumonie, appendicite, dépression).

FIÈVRE

8 mentions : Chez une **personne âgée**, n'oubliez pas l'absence de corrélation entre la fièvre et la présence et la gravité de la pathologie.

FRACTURES

4 mentions : Dans l'évaluation des **personnes âgées** qui présentent un changement aigu de leur mobilité (c.-à-d. celles qui ne peuvent plus marcher) et dont le résultat des radiographies est normal (c.-à-d. pas d'évidence de fracture), poussez plus loin l'investigation avant d'exclure une fracture (p. ex. scintigraphie osseuse, tomодensitométrie).

DEUIL

3 mentions : Chez les très jeunes et les **personnes âgées**, reconnaissez les réactions de deuil atypiques (p. ex. changements comportementaux).

IMMUNISATION

3 mentions : Identifiez les patients qui nécessitent spécifiquement une immunisation (p. ex. non seulement les **personnes âgées** et les enfants, mais également les immunosupprimés, les voyageurs, les patients atteints d'anémie falciforme, ainsi que les personnes à risque de pneumonie, d'hépatite A ou B). Offrez-leur les vaccins.

INFECTIONS

4 mentions : Considérez l'infection comme une cause possible d'un problème mal défini chez un patient (p. ex. confusion chez une **personne âgée**, retard de développement, douleur inexplicable [fasciite nécrosante, douleur abdominale chez les enfants atteints de pneumonie]).

PARKINSONISME

3 mentions : Chez le **patient âgé** où vous observez une détérioration de l'autonomie fonctionnelle, recherchez et identifiez la maladie de Parkinson, puisque celle-ci peut être une cause potentiellement réversible de cette détérioration.

PNEUMONIE

9 mentions : Identifiez les patients (p. ex. **les personnes âgées**, les résidents en soins prolongés, les patients atteints de maladie débilitante) qui bénéficieraient d'une immunisation ou d'autres traitements (p. ex. vaccin contre l'influenza, Pneumovax, ribavarine) afin de réduire l'incidence de la pneumonie.

THYROÏDE

1 mention : Limitez le dépistage de la dysfonction thyroïdienne aux patients dont la probabilité prétest de résultats anormaux est élevée : — ceux qui présentent les symptômes ou les signes classiques d'une dysfonction thyroïdienne. — ceux dont les signes ou les symptômes sont atypiques, mais qui sont à plus grand risque d'avoir cette maladie (p. ex. les **personnes âgées**, les femmes en période postpartum, les patients ayant des antécédents de fibrillation auriculaire, les patients atteints d'une endocrinopathie).

INFECTION URINAIRE

3 mentions : Lorsque vous posez un diagnostic d'infection urinaire, recherchez et identifiez à l'histoire les facteurs de risque importants (p. ex. grossesse, patient immunosupprimé, nouveau-né, diabétique, jeune homme ou **homme âgé** avec hypertrophie de la prostate).

5 mentions : Devant une histoire non spécifique (p. ex. douleur abdominale, fièvre, délirium) chez une **personne âgée** ou chez l'enfant, soupçonnez une infection urinaire et procédez à l'investigation appropriée.

Autres sujets prioritaires pouvant être particulièrement pertinents pour les soins aux personnes âgées (mais qui ne les distinguent pas des autres groupes de patients)

- Fibrillation auriculaire
- Mauvaises nouvelles
- Cancer
- Maladie chronique
- Démence
- Étourdissements
- Violence familiale (sexuelle, physique, psychologique)
- Fatigue
- Perte de connaissance
- Perte de poids
- Lombalgie
- Capacité mentale
- Problèmes médicaux multiples
- Ostéoporose
- Soins palliatifs
- Prostate
- Accident vasculaire cérébral

Feuilles de route : Soutenir l'accomplissement et documenter la compétence

Auteur

Michel G. Donoff

Publié dans le *Médecin de famille canadien* et reproduit ici avec son autorisation.

Occasion d'enseignement

Teaching Moment
Exclusivement sur le web

Feuilles de route

Soutenir l'accomplissement et documenter la compétence

Michel G. Donoff MD CCFP FCFP

Les précepteurs cliniques demeurent essentiels lorsqu'il s'agit de former avec succès les apprenants dans les domaines du professionnalisme et de la compétence clinique. L'importance du rôle du précepteur est davantage mise en évidence quand il s'agit de chercher des approches fondées sur les compétences pour l'apprentissage et l'évaluation. Les approches fondées sur les compétences doivent porter sur les habiletés nécessaires et les tâches spécifiques à une discipline ou spécialité¹, y compris celles qu'on ne peut apprendre ou évaluer ailleurs que dans l'environnement réel où elles sont mises en pratique. L'éducation médicale exige un apprentissage expérimental² et c'est pourquoi il faut des précepteurs pour servir de modèles à imiter, prodiguer des conseils et évaluer les compétences. Lorsqu'on tente d'améliorer la formation clinique devraient surtout être dirigées vers les cliniciens enseignants et les apprenants pendant qu'ils travaillent ensemble dans des milieux cliniques. C'est expressément à cette fin qu'on a élaboré les feuilles de route.

Contexte

Les feuilles de route sont de brefs documents qui rappellent aux apprenants et aux précepteurs que des observations ont été faites et que de la rétroaction a été fournie. Elles sont conçues de manière générique, pour être pratiques et versatiles. On peut observer divers éléments, comme des interactions avec les patients et les membres de l'équipe, des discussions à propos de réflexions cliniques ou professionnelles, des communications écrites, des présentations de l'apprenant et d'autres habiletés psychomotrices ou cliniques. Ces feuilles prennent moins d'une minute à remplir, mais elles servent d'indicateurs que les compétences cliniques ont été évaluées.

À la fin des années 1980, le Département de médecine familiale de l'University of Alberta, à Edmonton, a imprimé des blocs-notes de la taille d'une ordonnance, spécialement structurés pour encourager les précepteurs à documenter brièvement un acte ou un événement observé et à résumer les commentaires exprimés. Même s'il y a eu plusieurs variations de cette note imprimée au cours des années suivantes, leur but premier reste le même.

L'expression feuille de route reflète très clairement l'intention que ces notes servent et fassent référence à une méthodologie qualitative. Les méthodes qualitatives,

particulièrement les méthodes de recherche par action participative, semblent offrir une analogie utile pour les processus en cause lorsqu'un professeur et un apprenant travaillent ensemble pour comprendre de manière significative et fiable les compétences en développement de l'apprenant³. Comme dans la recherche qualitative, l'enseignement clinique est imprégné de valeurs, favorisant le changement par l'acte du questionnement, encourageant les participants à interpréter réciproquement tous les actes et les comportements, créant un sentiment de coappartenance de la nouvelle compréhension émergente. L'évaluation formative est faite «avec» l'apprenant, plutôt que transmise «à» l'apprenant. Au lieu de s'intéresser à la détermination d'un résultat binaire, compétent ou incompétent, elle cherche à comprendre les «habitudes de compétence» de l'apprenant⁴. Essentiellement, on s'intéresse moins aux habiletés spécifiques démontrées par l'apprenant à un certain moment donné et plus à sa capacité de démontrer une amélioration progressive et continue en se servant efficacement de la rétroaction et de l'autoévaluation dirigée.

Des précepteurs ont indiqué qu'ils pouvaient juger assez aisément si les apprenants manifestaient ou non l'habitude rassurante de devenir compétents. Les précepteurs ont ces impressions, non pas à partir d'une mesure objective des connaissances ou des habiletés des apprenants, mais plutôt en se basant sur l'observation répétée de la façon dont ils répondent aux problèmes et aux besoins des patients et des membres de l'équipe. Les apprenants démontrent souvent des lacunes dans leurs connaissances et leurs habiletés ou, parfois, posent des gestes qui laissent deviner une attitude d'impuissance. Les précepteurs demandent un perfectionnement professoral approprié ainsi que des outils et processus utiles pour que soient comblées les lacunes dans les compétences des apprenants. Ils reconnaissent qu'une avec justesse rétroaction efficace et fréquente est essentielle.

Fait assez inquiétant, de nombreux précepteurs indiquent qu'ils font passer ou avancer des apprenants qui n'ont pas encore acquis les gestes répétés, uniformes et habituels qui assurent des approches constantes et efficaces au développement de la compétence clinique et du professionnalisme. Souvent, quand les précepteurs ne voient pas les habitudes rassurantes de l'apprentissage, ils continuent à donner

Occasion d'enseignement

de la rétroaction sur des observations très spécifiques et aléatoires, mais ne disposent pas d'une approche structurée qui amènera la rétroaction et la discussion aux niveaux plus élevés nécessaires à l'atteinte de la compétence.

Il est donc essentiel d'avoir des outils pour aider les précepteurs et les apprenants à aborder ces niveaux d'ordre supérieur dans l'acquisition des compétences. C'est pourquoi nous donnons ici certains conseils et suggestions sur l'utilisation des feuilles de route dans 2 phases de la rétroaction: la rétroaction au quotidien avec les apprenants et la rétroaction documentée pour l'examen continu de la compétence.

Des feuilles de route pour de la rétroaction au quotidien

Selon des preuves empiriques recueillies auprès de précepteurs et de conseillers, les résidents ne se rendent souvent pas compte quand on leur donne verbalement de la rétroaction. Il est conseillé aux enseignants d'avertir qu'ils vont donner de la rétroaction quand ils veulent attirer l'attention des résidents. Pour ce faire, une note par écrit fonctionne très bien.

Les feuilles de route devraient donner une rétroaction positive - les apprenants ont besoin autant de renforcement positif que de critique constructive - et porter sur toutes les dimensions et les étapes de la compétence clinique et professionnelle. La rétroaction à propos des contacts cliniques avec les patients est importante, mais celle concernant l'identification d'hypothèses et de diagnostics différentiels, l'interprétation des données et les plans de prise en charge l'est tout autant. De plus, les feuilles devraient porter sur les habiletés en communication (verbale et écrite), les approches à l'apprentissage, les habiletés en gestion et, bien sûr, le comportement professionnel.

L'utilité d'une feuille de route repose moins sur les détails de l'observation et plus sur les détails de la rétroaction. Il importe d'être très précis quant aux suggestions d'améliorations à faire et d'habiletés à renforcer. On peut sauver du temps et des efforts en évitant de longues descriptions des événements. Quelques mots pour stimuler le souvenir d'un événement suffisent; la rétroaction est encore meilleure si elle est donnée peu après l'événement, ce qui d'ailleurs devrait être la norme.

Les feuilles de route reportent la discussion à plus tard durant la journée ou quelques jours après, quand on est moins occupé. Il faut utiliser le format de notes le plus simple qui soit - l'aide-mémoire d'un précepteur peut être la distraction de l'autre. Envisagez de permettre à l'apprenant d'écrire certaines notes; l'identification de l'observateur et la consignation de la rétroaction reçue distinguent clairement ce processus du journal de bord.

CONSEILS AUX ENSEIGNANTS

- Utilisez des feuilles de route pour donner de la rétroaction positive ainsi que des critiques constructives.
- Utilisez des feuilles de route pour discuter de toutes les dimensions et les étapes de la compétence clinique et professionnelle.
- Les feuilles de route devraient comporter des suggestions de points à améliorer et d'habiletés à renforcer, plutôt que des observations détaillées.
- Regroupez les feuilles de route par sujets, compétences ou questions professionnelles qui bénéficieraient d'une rétroaction continue.
- Les feuilles de route peuvent servir pour les documents d'examen de la compétence, comme les fiches d'évaluation en cours de formation.
- Utilisez les objectifs d'apprentissage ou le système d'évaluation du programme comme points de référence pour cibler les regroupements de feuilles de route et diriger l'attention dans la rétroaction documentée et l'autoévaluation.
- Utilisez la documentation à inscription simple et le format de feuilles le moins compliqué possible.
- On encourage le recours aux feuilles de route électroniques et aux dossiers d'examen correspondants.

TEACHING TIPS

- Use field notes to give positive feedback as well as constructive criticism.
- Use field notes to discuss all dimensions and phases of clinical and professional competence.
- Field notes should focus on suggestions for improvement and skills to reinforce, rather than detailed observation.
- Group field notes into stacks according to topics, competencies, or professional issues that would benefit from ongoing feedback.
- Field notes can be applied to competence review documents, such as in-training evaluation rating forms.
- Use the program's learning objectives or evaluation system as a reference to focus field note stacks and direct attention for documented feedback and self-assessment.
- Use single-entry documentation and the simplest format of notes available.
- Electronic field notes and corresponding review folders are encouraged.

Des feuilles de route pour un examen régulier des compétences

De nombreux programmes veulent une méthode organisée et structurée pour examiner et suivre les progrès d'un apprenant vers l'acquisition des compétences. La multitude de projets sur les portfolios, les articles et les conférences attestent de ce désir généralisé de répondre à ce besoin.

Occasion d'enseignement

Les feuilles de route peuvent se révéler de précieux auxiliaires ou même les principales contributrices aux documents d'examen de la compétence, comme les fiches d'évaluation en cours de formation (FEEF). Même si nous utilisons des barèmes de notation, comme le font la plupart des FEEF, nous résumons habituellement les progrès à des fins formatives, plutôt que pour prendre des décisions sommatives décisives. L'utilité des cotes d'évaluation pour guider les plans d'apprentissage et les décisions relatives au curriculum repose largement sur les commentaires à propos des interactions au quotidien entre l'apprenant et son entourage dans le milieu clinique. Bon nombre des problèmes associés aux FEEF viennent du fait qu'elles sont utilisées comme première et seule communication sur les progrès de l'apprenant.

Les apprenants ou les précepteurs peuvent «regrouper» les feuilles de route pour centrer l'attention sur des compétences ou des problèmes donnés. Ce regroupement de feuilles de route identifie un sujet, une compétence ou une question professionnelle qui bénéficierait d'une rétroaction continue. Le regroupement de feuilles de route peut transformer la rétroaction d'un outil aléatoire et isolé en un outil significatif sur une base continue. Les utilisateurs devraient examiner si des progrès suffisants ont été faits sur un sujet ou un problème donné, ou s'il faut poursuivre encore un apprentissage actif; on peut aussi identifier quand les sujets de ces regroupements ont tous été «réglés». Les discussions entre l'apprenant et le précepteur ou conseiller à propos des progrès à l'aide des feuilles regroupées sont une excellente occasion pour une autoévaluation dirigée.

On devrait utiliser les problèmes particuliers à l'apprenant pour donner un nom aux regroupements et solliciter d'autre rétroaction à l'avenir. En utilisant les objectifs d'apprentissage ou d'évaluation du programme comme points de référence, on peut mieux cibler les collections (regroupements) de feuilles et mieux se concentrer sur eux dans la rétroaction documentée. La documentation à inscription simple est valorisée dans tous les types de tenue de livres; en éducation fondée sur les compétences, il est efficace d'utiliser la même documentation pour consigner la rétroaction et examiner les progrès.

On peut utiliser des feuilles de route sous forme électronique ou sur papier avec des dossiers d'examen

correspondants. Comme dans le cas des dossiers médicaux électroniques, il y a des coûts initiaux associés à la production de versions électroniques, mais les précepteurs et les apprenants sont aisément motivés à se servir des outils électroniques quand ils sont disponibles.

Conclusion

Les feuilles de route sont des outils de documentation génériques et conviviaux qui étaient initialement conçus pour faciliter la rétroaction au quotidien. Au cours des dernières années, le regroupement des feuilles a favorisé une rétroaction ciblée et continue. Encore plus récemment, des objectifs exprimés en attitudes observables et en principales caractéristiques ont permis une insistance plus efficace sur l'apprentissage. On fait présentement des recherches sur la collecte et l'organisation systématiques des feuilles de route pour permettre un examen opportun et formatif des progrès dans l'acquisition des compétences pendant toute la durée d'un programme. Les principes qualitatifs du questionnement en collaboration demeurent au cœur d'une approche fiable fondée sur les compétences en éducation médicale. Les résultats de ces processus pourraient être résumés comme étant une autoévaluation dirigée. ✪

D^r Donoff est professeur au Département de médecine familiale de l'University of Alberta à Edmonton.

Intérêts concurrents
Aucun déclaré

Correspondance

D^r Michel Donoff, 15160-49 Ave, Edmonton, AB T6H 5M8; téléphone 780 492-0780; télécopieur 780 735-4978; courriel mike.donoff@ualberta.ca

Références:

1. Albanese MA, Mejicano G, Mullan P, Kokotailo P, Gruppen L. Defining characteristics of medical competencies. *Med Educ* 2008;42(3):248-55.
2. Maudsley G, Strivens J. Promoting professional knowledge, experiential learning and critical thinking for medical students. *Med Educ* 2000;34(7):535-44.
3. Donoff MG. The science of in-training evaluation. *Can Fam Physician* 1990;36:2002-6.
4. Epstein RM. Assessment in medical education. *N Engl J Med* 2007;356(4):387-96.

Occasion d'enseignement est une nouvelle série trimestrielle publiée dans *Le Médecin de famille canadien* et coordonnée par la Section des enseignants du Collège des médecins de famille du Canada. La série porte sur des sujets pratiques et s'adresse à tous les enseignants en médecine familiale, en insistant sur les données probantes et les pratiques exemplaires. Veuillez faire parvenir vos idées, vos demandes ou vos présentations à D^{re} Allyn Walsh, coordonnatrice d'Occasion d'enseignement, à walsha@mcmaster.ca.

—* * *—

Les principaux éléments du Cursus Triple C axé sur le développement des compétences (Cursus Triple C) ont déjà été définis dans le *Rapport sur le Cursus Triple C – Partie 1* et à la section *Les éléments clés du Cursus Triple C axé sur le développement des compétences* du présent rapport. La section précédente a fourni d'autres renseignements importants sur l'évaluation. Le *Guide pour transposer les recommandations du Cursus Triple C axé sur le développement des compétences en un cursus pour le programme de résidence* est un outil pratique, car il résume, sous forme de liste de contrôle, toutes les caractéristiques dont il faut tenir compte dans un Cursus Triple C. Il devrait s'avérer particulièrement utile pendant les périodes d'innovations et d'implantation du Cursus Triple C dans les programmes de médecine familiale au Canada. Ce guide détaillé permet aux lecteurs de réfléchir à ce qui a déjà été mis en œuvre avec succès et de déterminer ce qu'il reste à faire. À cet égard, le guide se veut un itinéraire conçu pour aider les éducateurs en médecine familiale à cibler les changements requis pour aligner leur programme sur le Cursus Triple C. Il aide à passer de la théorie à la pratique pendant la phase d'élaboration ou de révision du cursus du programme de résidence.

Un guide pour transposer les recommandations du Cursus Triple C axé sur le développement des compétences en un cursus pour le programme de résidence

Auteure

Danielle Saucier

au nom du Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral

Citation suggérée :

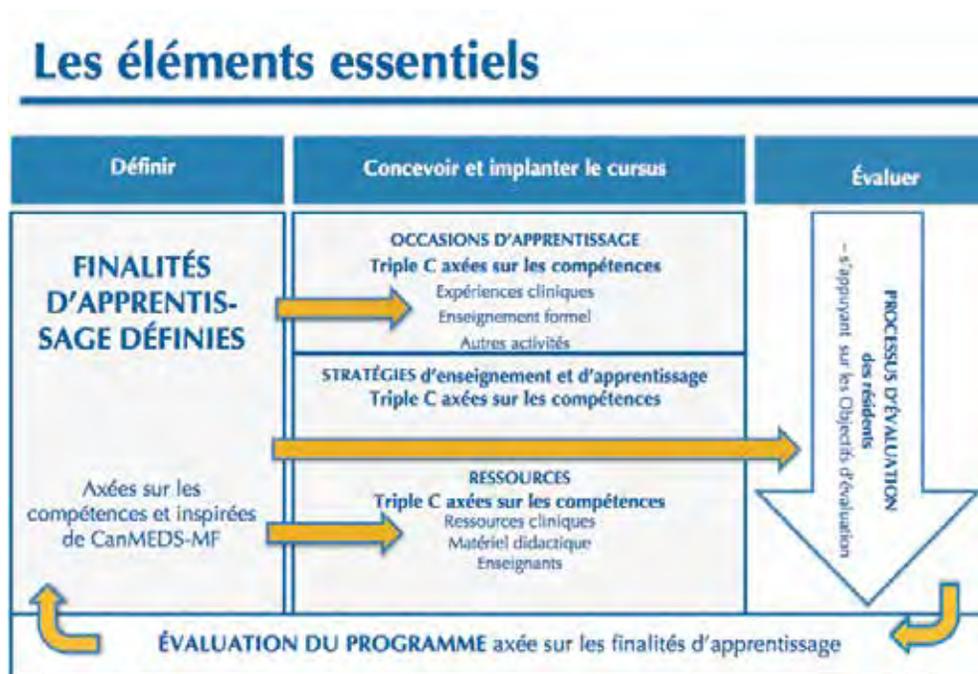
Saucier D. Un guide pour transposer les recommandations du Cursus Triple C axé sur le développement des compétences en un cursus pour le programme de résidence. Dans : Oandasan I, Saucier D, éd. *Rapport sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences – Partie 2 : Faire progresser la mise en œuvre*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2013. Dans www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/TripleC_Rapport_2.pdf. Date de consultation : le 22 septembre 2013.

Le présent guide sur le Coursus Triple C axé sur le développement des compétences puise à même les recommandations du Coursus Triple C axé sur le développement des compétences (Coursus Triple C) et les transpose dans un format qui peut être utilisé pour la planification et la mise en œuvre du Coursus dans un programme de résidence en médecine familiale. Il est à la fois un outil pour évaluer un programme existant, un guide pour améliorer certains éléments curriculaires précis d'un programme de résidence ou un plan directeur pour élaborer un programme. Il ne s'agit *en aucun cas* de critères pour l'agrément d'un programme.

Ce guide est articulé autour des éléments curriculaires de base, soit les éléments essentiels décrits dans le Rapport sur le Coursus Triple C axé sur le développement des compétences — Partie 1 (Section 2) ¹ et dans la Trousse d'outils Triple C², conformément à la Figure 1 :

- Finalités d'apprentissage du programme
- Planification et conception globales du cursus, y compris les occasions d'apprentissage et les ressources, ainsi que les méthodes d'enseignement et d'apprentissage axées sur le développement des compétences
- Évaluation des résidents
- Boucle de rétroaction inversée de l'évaluation du programme axée sur les finalités d'apprentissage, en vue de l'imputabilité et de l'assurance qualité du programme

Figure 1. Les éléments essentiels pour l'élaboration du cursus



*Le cadre CanMEDS-Médecine familiale constitue une adaptation du document suivant : 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. Dans : <http://rcpsc.medical.org/canmeds/index.php>. Date de consultation: le 27 mai 2013.

Graphique adapté de Saucier D, Schipper S. Le Coursus Triple C axé sur les compétences : Conséquences pour les programmes de résidence en médecine familiale [PPT]. CMFC; 2012

Le Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral (GTRC) a rédigé le présent guide suivant une recension approfondie de la littérature sur l'éducation axée sur le développement des compétences en médecine. La plupart de ces articles s'intéressaient aux principes et aux conséquences de haut niveau de l'éducation axée sur le développement des compétences, mais très peu décrivaient réellement des programmes axés sur le développement des compétences déjà en place. La majorité de ces descriptions portaient sur l'élaboration des cours et les stratégies d'enseignement et d'apprentissage axées sur le développement des compétences au niveau prédoctoral. Quelques articles abordaient l'expérience clinique, pendant l'externat ou au niveau prédoctoral, et s'accompagnaient de détails pratiques. Le GTRC a recensé toute cette information, mais il s'est surtout penché sur un ensemble d'expériences pédagogiques de plusieurs groupes : ses membres, les directeurs de programme de médecine de famille, des directeurs de sites locaux ou de l'externat au niveau prédoctoral, les responsables de formation professorale et des chefs de file en éducation qui assument divers rôles au sein des programmes, ainsi que les résidents expérimentant le programme. Le présent guide s'appuie sur l'opinion d'expert du GTRC à propos des principales caractéristiques observables et pratiques d'un programme qui traduisent le mieux les concepts du Cursus Triple C axé sur le développement des compétences dans le déroulement au quotidien d'un programme de résidence en médecine familiale.

COMMENT UTILISER CE GUIDE

Le guide se divise en cinq sections qui correspondent aux éléments essentiels présentés à la Figure 1. Chaque section dresse la liste d'un nombre limité de caractéristiques principales. Chacune de ces caractéristiques principales est ensuite expliquée plus en détail à la colonne « Description », en tant qu'éléments précis et observables. La dernière colonne énumère les aspects du Cursus Triple C qui exercent la plus grande influence sur une caractéristique principale donnée : globalité, continuité, centré sur la médecine familiale et axé sur le développement des compétences. Toutes ces caractéristiques sont étroitement interreliées; certaines se rapportent à un ou deux aspects du Cursus Triple C alors que d'autres les englobent tous.

Dans l'ensemble, ce guide trace le portrait du programme de résidence en médecine familiale idéal. Mais au quotidien, les programmes et les sites locaux sont continuellement confrontés à des problèmes de faisabilité. Manifestement, la transformation vers le Cursus Triple C est un travail de longue haleine. Le GTRC est d'avis que les programmes devraient s'efforcer de respecter toutes les caractéristiques principales, même s'il est probablement impossible de respecter simultanément tous les descripteurs uniques de la colonne du centre. Certains d'entre eux pourraient même être contradictoires. À titre d'exemple, la continuité des soins aux patients dans un milieu clinique pendant une longue période va parfois à l'encontre de l'expérience du résident dans une pratique de médecine familiale complète et globale avec la gamme complète des Domaines de soins cliniques.³ Par conséquent, les programmes doivent toujours prendre des décisions sur les meilleurs compromis possibles, à un moment donné et dans un site particulier, en fonction de leurs propres ressources et défis.

LE CURSUS TRIPLE C AXÉE SUR LES COMPÉTENCES POUR LES PROGRAMMES DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE - UN GUIDE

PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES	DESCRIPTION	Aspects du cursus Triple C
Finalités d'apprentissage visées par le programme		
Finalités d'apprentissage ou compétences définies visées par le programme, incluant : <ul style="list-style-type: none"> • Adaptation au niveau du programme du cadre de compétences des rôles CanMEDS-MF • Le résident doit démontrer ces rôles dans tous les Domaines de soins cliniques pendant la formation en résidence en médecine familiale 	<ul style="list-style-type: none"> • Les attentes liées aux compétences en fin de résidence sont explicitement énoncées aux résidents et aux enseignants en MF. Elles forment la base de : <ul style="list-style-type: none"> o La planification curriculaire o L'évaluation en cours de formation o L'évaluation du programme • Les finalités d'apprentissage visées par le programme sont présentées en plus de détails dans les principaux jalons/indicateurs de développement concernant les compétences, qui fournissent une feuille de route claire tant aux résidents qu'aux enseignants 	AC GLOB Centré sur la MF
Planification et conception globales du cursus		
Le cursus axé sur le développement des compétences.	<ul style="list-style-type: none"> • Les trois composantes suivantes de l'éducation axée sur le développement des compétences sont intégrées dans le cursus : <ul style="list-style-type: none"> o Finalités d'apprentissage définies o Occasions et milieux d'apprentissage pertinents o Processus d'évaluation en cours de formation • Les occasions et les milieux d'apprentissage sont conformes aux finalités énoncées : <ul style="list-style-type: none"> o Conçues expressément pour permettre aux résidents d'acquérir les compétences attendues o Offrent aux résidents suffisamment d'occasions d'acquérir les compétences attendues o Fournissent aux résidents des occasions de faire évaluer ces compétences par les enseignants appropriés • Idéalement, la pertinence de l'ensemble du programme est illustrée au moyen d'un schéma tutoriel du cursus • Les résidents sont impliqués activement pour développer et démontrer leurs compétences • Le cursus est établi à la fois sur des critères de temps et axé sur le développement des compétences : une durée maximale et minimale est fixée pour la progression, avec une certaine flexibilité dans la planification pédagogique pour permettre de s'adapter aux besoins du résident 	AC

PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES	DESCRIPTION	ASPECTS DU CURSUS TRIPLE C
<p>La structure du programme tient compte des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coursus intégré • Conception flexible à l'intérieur du programme et liée au contexte, en fonction des ressources locales du site 	<p>La structure générale du programme fournit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des occasions répétées d'exercer/de renforcer les principales compétences tout au long de la formation • Des expériences d'apprentissage pertinentes dans l'ensemble des Domaines de soins cliniques pour la formation en résidence en MF • Des possibilités d'intégrer dans le contexte de la MF des expériences d'apprentissage ciblées • Des possibilités d'augmenter progressivement la prise de responsabilité, surtout pour des patients présentant des problèmes multiples et complexes ou dans des situations professionnelles complexes • Un consensus entre les sites fondé sur les compétences, plus que dans un cursus fondé sur des activités ou des expériences éducatives identiques 	<p>AC GLOB</p>
<p>Les planificateurs du programme de MF sont responsables de tous les aspects du cursus</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il incombe au directeur de programme de MF et au comité de programme d'établir le contenu pertinent tout au long des activités d'apprentissage/stages • Les activités d'apprentissage/stages confiées aux médecins de famille ayant une pratique ciblée ou aux spécialistes consultants sont conçues principalement par le programme de MF afin de satisfaire à des finalités d'apprentissage précises 	<p>Centrés sur la MF AC</p>
<p>L'expérience en MF est le point de mire central pendant toute la formation en résidence</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La majeure partie de la formation en résidence se déroule dans le contexte de la MF • Les résidents font l'apprentissage de la MF complète et globale, dans toute la gamme de domaines de soins cliniques dans la plupart des activités d'apprentissage/stages, y compris la variété dans plusieurs aspects : <ul style="list-style-type: none"> o Patients dans tous les cycles de vie et de tous les types de populations, incluant des populations mal desservies o Problèmes en MF : non différenciés, complexes, urgents, chroniques, etc. o Contextes de pratique : clinique, bureau, clinique sans rendez-vous, service d'urgence, hôpital, domicile, établissements de soins chroniques, etc. o Tout le spectre des responsabilités cliniques : soins urgents, chroniques, préventifs, de fin de vie; soins collaboratifs et coordination des soins o Toutes les dimensions de la continuité des soins o Habiletés techniques • Dans le cadre de ces activités et contextes, les résidents ont amplement d'occasions : <ul style="list-style-type: none"> o D'évoluer dans le rôle d'un médecin de famille (faisant l'apprentissage de la résolution de problèmes à la façon du généraliste, de la sélectivité et de l'adaptation, de la complexité, de la globalité et de l'intégration) o D'observer et d'interagir avec divers modèles de rôle de médecins de famille 	<p>Centré sur la MF GLOB CONT AC</p>

PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES	DESCRIPTION	ASPECTS DU CURSUS TRIPLE C
Les expériences ciblées, pertinentes pour la MF sont utilisées de façon complémentaire et seulement lorsqu'elles sont pertinentes localement	<ul style="list-style-type: none"> • Selon le contexte et les ressources de chaque programme ou site, certaines activités d'apprentissage/ stages ciblés en MF ou spécialisés peuvent compléter le point central de la formation en résidence. Ces activités doivent être sélectionnées en fonction : <ul style="list-style-type: none"> o D'une population de patients d'intérêt pour la MF : soins primaires ciblés ou soins secondaires généraux o De la pertinence de l'expérience clinique pour l'acquisition de certaines compétences précises o Des caractéristiques de l'enseignant : attitude favorable au rôle des médecins de famille; interactions intra-professionnelles entre le spécialiste consultant et le médecin de famille lors de la prestation de soins aux patients o D'une ressource locale avec une exposition générale et une approche intégrée aux soins dans un Domaine de soins cliniques donné • Ces expériences peuvent être structurées de façon longitudinale ou en bloc, mais doivent être réintégrées dans le contexte de la MF 	Centré sur la MF CONT GLOB AC
Continuité des soins aux patients	<p>Le programme assure aux résidents des occasions de faire l'apprentissage de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La continuité des soins aux patients et à la famille dans le temps (c.-à-d. continuité longitudinale, interpersonnelle et interdisciplinaire), grâce à des stratégies telles que : <ul style="list-style-type: none"> o Les résidents assument la principale responsabilité pour une cohorte identifiée de patients pendant une période prolongée. o Un cursus longitudinal permettant aux résidents d'être disponibles lorsque les patients qui leur ont été confiés ont besoin d'eux • Continuité des soins au niveau géographique et informationnel : <ul style="list-style-type: none"> o Soins du même patient dans différents contextes cliniques o Suivi et planification des soins lorsque le patient passe d'un contexte clinique à un autre (p.ex. planification du congé de l'hôpital) 	CONT GLOB AC

PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES	DESCRIPTION	ASPECTS DU CURSUS TRIPLE C
Continuité pédagogique	<ul style="list-style-type: none"> • La continuité de la supervision est assurée au moyen de stratégies telles que : <ul style="list-style-type: none"> ○ Interactions continues avec les principaux superviseurs désignés ○ Communication d'information pédagogique entre les superviseurs et entre les milieux d'apprentissage • La continuité du cursus est assumée au moyen de stratégies telles que : <ul style="list-style-type: none"> ○ Une programmation académique homogène pour toutes les expériences d'apprentissage et dans tous les sites. ○ Des stratégies explicites pour permettre l'intégration d'une expérience d'apprentissage aux compétences globales. • La continuité dans l'environnement d'apprentissage est assurée au moyen de stratégies telles que : <ul style="list-style-type: none"> ○ Des expériences éducatives suffisamment longues pour permettre aux résidents de développer des relations et de comprendre le contexte. ○ Un élément de continuité dans chaque nouvelle expérience, éducative ou clinique. ○ La création d'un milieu d'apprentissage et de travail délimité et familier, qui comprend non seulement l'environnement physique, mais aussi les membres de l'équipe de soins de santé qui travaillent dans cet environnement 	GLOB AC
Les médecins de famille et des spécialistes consultants* qui connaissent bien la MF sont les principaux enseignants	<ul style="list-style-type: none"> • Les médecins de famille sont les principaux enseignants dans le programme. Ils apportent : <ul style="list-style-type: none"> ○ Un modèle de rôle pour tous les rôles CanMEDS-MF ○ Un modèle de rôle de la prestation de soins complets, globaux et continus, individuellement et collectivement. ○ La démonstration des processus d'apprentissage et de résolution de problèmes du généraliste ○ Un engagement actif dans la supervision quotidienne, l'enseignement formel et l'évaluation des résidents partout dans le programme. ○ Un soutien pour le développement de l'identité professionnelle des résidents ○ Une introduction à la culture de la MF • D'autres membres du corps professoral viennent compléter le rôle des médecins de famille, selon le contexte local (en ordre de préférence) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Un médecin de famille qui exerce la médecine complète et globale, avec un intérêt particulier/une pratique ciblée (p. ex. soins aux personnes âgées ou soins palliatifs, etc.) ○ Un médecin de famille avec une pratique ciblée (p. ex. prestation de soins palliatifs à temps plein) ○ Des spécialistes consultants qui connaissent bien la MF* et qui exercent des soins secondaires étendus (p. ex. interniste, psychiatre généraliste) ○ Des spécialistes consultants qui connaissent bien la MF, exerçant dans des contextes plus spécialisés (soins tertiaires, surspécialité) 	Centré sur la MF AC GLOB CONT

*Il s'agit de spécialistes consultants qui ont une bonne connaissance du rôle du médecin de famille et qui le respectent et qui ont de plus établi une relation de collaboration avec les médecins de famille.

PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES	DESCRIPTION	ASPECTS DU CURSUS TRIPLE C
Le programme d'enseignement académique est orienté vers les compétences	<ul style="list-style-type: none"> Le programme d'enseignement devrait porter sur les principales compétences et être structuré, complet et global. Le programme d'enseignement devrait compléter l'expérience clinique et l'apprentissage autonome. Le programme d'enseignement devrait utiliser des stratégies d'enseignement et d'apprentissage pertinentes (voir « Méthodes d'enseignement et d'apprentissage ») 	AC GLOB
Méthodes d'enseignement et d'apprentissage		
Les résidents sont des apprenants actifs	<p>Les résidents assument une responsabilité accrue tout au long du programme :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pour leur propre apprentissage, de diverses façons et dans divers milieux Pour démontrer l'acquisition des compétences Pour solliciter activement une rétroaction (auto-évaluation guidée) 	AC
Les résidents et les enseignants collaborent dans les processus d'apprentissage	<ul style="list-style-type: none"> La responsabilité d'apprentissage est partagée par les superviseurs et les résidents, dans un processus de collaboration Les superviseurs guident l'apprentissage, agissent comme coach et fournissent régulièrement une rétroaction 	AC
Les stratégies d'enseignement et d'apprentissage tout au long du programme favorisent :	<p>Les principales stratégies d'enseignement et d'apprentissage :</p> <ul style="list-style-type: none"> Suivent les principes de l'enseignement centré sur le résident, de l'andragogie (enseignement aux adultes), de l'apprentissage expérientiel, des applications de l'apprentissage cognitif et de la théorie de la pratique délibérée Mettent l'accent sur les compétences plutôt qu'uniquement sur les connaissances : <ul style="list-style-type: none"> Les résidents assument la principale responsabilité pour les soins Les résidents s'exercent à la résolution de problèmes et d'autres habiletés, attitudes, etc. On travaille plus avec eux sur l'application des connaissances que sur le transfert de connaissances Les stratégies offrent des occasions de transférer l'apprentissage d'un contexte à un autre, et d'intégrer diverses compétences dans des tâches d'apprentissage globales Fournissent des opportunités d'activités de réflexion sur la pratique : <ul style="list-style-type: none"> Les résidents sont impliqués <i>dans</i> la réflexion <i>dans</i> l'action et <i>sur</i> l'action Les superviseurs démontrent une attitude réflexive comme outil d'amélioration continue et comme assise de l'apprentissage autodirigé. Mettent l'accent sur la perspective du médecin de famille : <ul style="list-style-type: none"> Elles offrent la perspective d'un médecin de famille face à un problème Elles fournissent l'occasion d'en apprendre sur le contexte, la culture et les contenus propres à la MF Utilisent les médecins de famille en tant qu'experts, seuls ou en collaboration avec d'autres médecins et professionnels de la santé. 	AC Centré sur la MF GLOB
<ul style="list-style-type: none"> L'acquisition des compétences Le développement de l'identité professionnelle des résidents Le développement de praticiens réflexifs 		Centré sur la MF AC

PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES	DESCRIPTION	ASPECTS DU CURSUS TRIPLE C
Les méthodes pédagogiques dans les programmes universitaires sont axées sur les compétences	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une combinaison de méthodes pédagogiques et de formats pertinents pour les compétences enseignées • Offrir des occasions de pratiquer des habiletés complexes en toute sécurité (p. ex. labo de simulation ou jeux de rôle), en donnant de la rétroaction formative immédiatement • Supervision et révision de vidéos/observation directe : <ul style="list-style-type: none"> ○ Fournir de la rétroaction et du coaching à propos des compétences reconnues ○ Encourager l'autonomie chez le résident 	AC
Utilisation explicite du modèle de rôle	<ul style="list-style-type: none"> • Le programme offre aux résidents l'occasion d'observer des médecins de famille comme modèles de rôle, formellement et informellement, dans une variété de contextes et leur offre l'occasion d'observer les rôles CanMEDS-MF • Les médecins de famille enseignants « pensent à haute voix » — Ils expliquent explicitement leur résolution de problème, leur processus de prise de décision, leur approche centrée sur le patient, leur pratique réflexive, des éléments liés à l'identité professionnelle, etc. • Les médecins de famille enseignants encouragent les résidents à explorer et à développer les compétences en FM 	Centré sur la MF AC GLOB

Évaluation des résidents

Processus et méthodes d'évaluation des résidents planifiés soigneusement et intégrés au cursus	<ul style="list-style-type: none"> • L'évaluation devrait être ancrée dans le cursus et : <ul style="list-style-type: none"> ○ Être planifiée en fonction d'un plan directeur directement lié aux finalités d'apprentissage attendues ○ Comprendre toutes les composantes essentielles de l'évaluation en cours de formation, conformément au gabarit du CMFC. ○ Échantillonner des compétences observables dans chacun des sept rôles CanMEDS-MF et dans tous les Domaines de soins cliniques pour la formation en résidence, en utilisant comme outil les Objectifs d'évaluation du CMFC. ○ Inclure une répétition d'échantillonnage au fil du temps par divers superviseurs au moyen de diverses méthodes, afin d'assurer une démonstration persistante des compétences ○ Porter un jugement sur le comportement même, et non pas en le comparant à d'autres résidents (fondé sur les critères plutôt que sur les normes) • Pour assurer la continuité pédagogique, un médecin de famille ou une équipe devrait être assigné à chaque résident pour la durée de la résidence et devrait être chargé de revoir ses progrès et de donner de la rétroaction au résident et au programme • Le programme de résidence en MF doit être le principal responsable de la planification et de la gestion du système d'évaluation
--	--

PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES	DESCRIPTION	ASPECTS DU CURSUS TRIPLE C
------------------------------	-------------	----------------------------

Le processus d'évaluation est formatif et continu

- Le programme devrait élaborer et appliquer des stratégies qui offrent de multiples occasions de donner régulièrement de la rétroaction aux résidents :
 - o Les superviseurs devraient donner de la rétroaction pendant les activités quotidiennes en clinique et en cours, y compris pendant des discussions de cas et l'observation directe des interactions résident-patient, les interactions au sein de l'équipe, l'enseignement théorique et les autres tâches cliniques
 - o La rétroaction comprend la réflexion, le renforcement positif et le coaching constructif
 - o Un système devrait exister pour recueillir la documentation de la performance et l'organiser dans un recueil de données, comprenant les feuilles de route quotidiennes et les autres outils d'évaluation du rendement
 - o Les superviseurs donnent également de la rétroaction plus globale durant les évaluations périodiques des progrès, fondée sur la documentation organisée
 - o Demander et fournir de la rétroaction est une responsabilité partagée entre le corps professoral et les résidents, qui doivent jouer un rôle actif et participer à l'auto-évaluation dirigée

La progression de l'apprentissage est surveillée

- Le programme doit établir un système de suivi des progrès des résidents qui :
 - o Fournit un outil global et un cadre pour recueillir et organiser les documents colligeant diverses données, sous forme de portfolio papier ou électronique
 - o Détermine les données pertinentes qui seront évaluées périodiquement pour confirmer l'acquisition des compétences
 - o Choisit quelques outils de collecte de données pertinents, soit propres au contexte (p. ex. feuille de route du superviseur), soit propres aux compétences (p. ex. rétroaction à 360° pour le rôle du Collaborateur ou un projet de recherche pour le rôle d'Érudit)
 - o Met en place un système de suivi périodique des progrès, fondé sur la documentation organisée; ces rencontres périodiques entre le résident et son conseiller pédagogique ont pour but de passer en revue le progrès et de revoir et mettre à jour le plan d'apprentissage
 - o Fournit un rapport d'étape périodique, envoyé aux superviseurs cliniques quotidiens et aux administrateurs de programme concernés
- Le programme devrait fournir aux enseignants des outils sur lesquels ils pourront s'appuyer pour porter un jugement sur les progrès du résident :
 - o Fournit des jalons/indicateurs de développement observables, qui définissent les attentes à des étapes significatives de la formation, dans divers domaines ou milieux de pratique
 - o Assure que les attentes relatives à l'équilibre entre les rôles CanMEDS-MF ont été précisées
- Le programme et les conseillers pédagogiques font activement participer les résidents à la cueillette de données, à l'auto-évaluation dirigée et au développement de leur plan d'apprentissage

PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES	DESCRIPTION	ASPECTS DU CURSUS TRIPLE C
Les évaluations sommatives sont fondées sur les compétences.	<ul style="list-style-type: none"> • Un plan d'évaluation sommative fait en sorte que toutes les compétences clés sont évaluées à l'aide des outils pertinents. • L'évaluation globale de fin de stage n'est qu'un outil parmi tant d'autres • Le programme a mis en place un système d'interprétation des rapports d'étapes et pour prendre des décisions sommatives, y compris celles qui portent sur la remédiation et l'exclusion des résidents 	AC
Un plan pédagogique personnalisé est établi, entre autres pour la remédiation	<ul style="list-style-type: none"> • Le programme a établi des processus pour le repérage précoce des résidents en difficulté • Un plan de remédiation est offert régulièrement, adapté aux problèmes en question • Les résidents qui ont besoin de remédiation peuvent se prévaloir d'une période d'apprentissage prolongée (raisonnable) 	AC
Les critères de promotion sont axés sur les compétences.	<ul style="list-style-type: none"> • Le programme de résidence en MF est le responsable ultime de la promotion des résidents, tant d'un niveau à l'autre que du programme même • Les critères de promotion sont énoncés explicitement et sont conformes aux finalités d'apprentissage • Les décisions relatives à la promotion sont basées sur une démonstration de la compétence, observée par l'entremise d'un système d'évaluation centré sur les compétences 	Centré sur la MF
Responsabilité du programme et gestion de la qualité		
Les mesures de la qualité du programme et des mécanismes d'amélioration continue sont en place.	<p>Le programme de MF devrait :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pouvoir démontrer que la plupart de ses résidents ont atteint la plupart des finalités d'apprentissage attendues • Créer un système d'assurance de la qualité qui cerne et aborde/corrige <ul style="list-style-type: none"> ○ Les domaines où la performance de ses résidents est moins bonne ○ Les occasions d'apprentissage qui ne permettent pas l'acquisition des compétences requises • Surveiller sa capacité de répondre aux besoins de la société, au moyen de stratégies comme le suivi de ses diplômés, pour des finalités telles que le lieu et le type de pratique 	AC GLOB Centré sur la MF

RECONNAISSANCE

Les membres du Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral ont collaboré à la rédaction du présent guide. En ordre alphabétique, les membres sont : Jonathan Kerr, Jill Konkin, Victor Ng, Andrew Organek, Ean Parsons, Danielle Saucier (auteure principale), Liz Shaw, David Tannenbaum (président) et Allyn Walsh.

Références

1. Tannenbaum D, Kerr J, Konkin J, Organek A, Parsons E, Saucier D, et collab. *Cursus Triple C axé sur le développement des compétences. Rapport du Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral — Partie 1*. Mississauga, ON : Le Collège des médecins de famille du Canada; 2011. http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/Triple_C_Comp competency_FR_w_cover_Sep29.pdf. Date de consultation: le 27 février 2013
2. Saucier D, Schipper S. Le Cursus Triple C axé sur les compétences : Conséquences pour les programmes de résidence en médecine familiale [Présentation PowerPoint]. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2012. Site Internet : http://www.cfpc.ca/Triple-C-Toolkit_fr/. Date de consultation : le 7 févr. 2013.
3. Tannenbaum D, Kerr J, Konkin J, Organek A, Parsons E, Saucier D, et collab. *Domaines de formation pour les résidents en médecine familiale : Rapport du Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2011. Dans : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/Etendu%20de%20la%20pratique%20a%20maitriser%20en%20residence%20en%20medecine%20familiale_REV.pdf. Date de consultation : le 7 févr. 2013.

Les effets d'un Cursus Triple C axé sur le développement des compétences

Le changement s'accompagne souvent de conséquences prévisibles et imprévisibles. Dans le cas du Cursus Triple C, il aura un effet sur la durée de la formation et la formation en compétences avancées. Le programme de résidence en médecine familiale canadien est le plus court au monde. Avec le passage vers l'éducation axée sur le développement des compétences, on remet en question la notion de l'apprentissage selon une durée fixe. Quel est l'impact de l'approche du Cursus Triple C sur les décisions concernant le temps qu'un résident devrait prendre pour devenir médecin de famille? Le document *Durée de la formation de base des résidents en médecine familiale* soulève ces questions et offre quelques pistes afin de stimuler la discussion dans le milieu universitaire.

La discipline de médecine familiale a toujours été reconnue pour sa globalité et son approche généraliste. Pour répondre aux besoins de la population et satisfaire un intérêt personnel, de nombreux médecins de famille ont ciblé des domaines précis de la médecine familiale. Plusieurs programmes de résidence offrent donc une formation en compétences avancées dans des domaines comme la médecine d'urgence, la médecine du sport et l'anesthésie. Le document de réflexion *Les conséquences de l'application du Cursus Triple C pour la formation en compétences avancées dans les programmes de médecine de famille* donne l'occasion aux éducateurs en médecine familiale de réfléchir au type de formation offert par les programmes de résidence. Le but est de faire respecter les principes des soins complets et globaux, de la continuité pédagogique et de la continuité des soins et de l'apprentissage centré sur la médecine familiale afin de former des médecins prêts à exercer la médecine familiale.*

*Par médecine familiale, on entend la spécialité dans sa globalité, qui couvre l'ensemble des domaines de soins cliniques dans tous les domaines de soins (comprehensive).



Durée de la formation de base des résidents en médecine familiale

Auteurs

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

Reproduit avec autorisation

© 2012 Le Collège des médecins de famille du Canada.

Tous droits réservés.

Citation suggérée :

Tannenbaum D, Kerr J, Konkin J, Organek A, Parsons E, Saucier D, Shaw L, Walsh A. *Durée de la formation de base des résidents en médecine familiale : Rapport du Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada, 2012.

Les intervenants du milieu sont nombreux à demander si le passage à un Cursus Triple C axé sur le développement des compétences aura une incidence sur la durée de la formation de base des résidents en médecine familiale et comment cette influence s'exercera. Le Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral a fait une recommandation formelle à la Partie 1 de son rapport sur le Cursus Triple C (page 5), à savoir que

« La plupart des résidents devraient atteindre les finalités d'apprentissage escomptées 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, lorsque requise. »¹

Toute décision de portée nationale concernant la durée du programme de résidence aura d'importantes répercussions organisationnelles et financières sur l'administration du système de formation postdoctorale et sur la disponibilité de nouvelles ressources médicales partout au pays. C'est donc dire que les décisions dans ce domaine mettent en cause et touchent les organisations majeures qui sont partie prenante dans ce dossier, comme les associations d'étudiants en médecine et de résidents, les facultés de médecine, les autorités provinciales chargées de la délivrance des permis et les ministères de la santé. Dans la présente section, nous commentons les raisons pédagogiques qui ont mené à la recommandation susmentionnée. Nous soulignons de plus certains enjeux dont il faudra tenir compte au cours des prochaines années, au fur et à mesure que la durée de la formation fera l'objet de nouvelles décisions. Vous trouverez le point de départ de la présente discussion dans le *Rapport du Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral – Partie 1, Mars 2011*.¹

À l'heure actuelle, la durée normale de la formation en médecine familiale au Canada est de 24 mois.² Il s'agit de la période de formation approuvée par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) qui, sous réserve de la réussite de l'examen du Collège, permet d'obtenir la Certification en médecine familiale au Canada. Les recommandations actuelles concernant la durée de la formation relèvent davantage de traditions historiques que de données probantes.

La recension des écrits fournit très peu d'indications sur la durée optimale de la formation en médecine familiale. Pourtant, le débat sur la durée du programme de résidence est engagé depuis déjà longtemps au Canada.³⁻⁹ La durée de deux années complètes de résidence représente la plus courte période de formation en médecine familiale du monde occidental, actuellement; ailleurs, la durée du programme varie entre deux et cinq ans. Dans de nombreux pays, le débat tend vers un allongement



de la durée du programme de base.^{10,11} La durée plus ou moins longue de la formation repose sur des traditions, des facteurs politiques locaux et la variation des systèmes de soins de santé des différents pays. De nombreux systèmes nationaux augmentent la durée totale de la formation afin de développer des « compétences avancées » en vue de la pratique. Le passage vers des modèles axés sur le développement des compétences ou sur les finalités d'apprentissage apporte de nouveaux arguments au débat.

Hodges décrit comment le modèle traditionnel de la résidence est construit autour d'une notion de temps. Il l'appelle « modèle de l'infusion de thé » : l'étudiant « trempe » dans un programme de formation pendant une période fixe historiquement déterminée afin de devenir un praticien compétent. »¹² Par contraste, théoriquement, l'approche de l'éducation axée sur le développement des compétences permet à chaque apprenant d'évoluer à son propre rythme jusqu'à ce qu'il ait maîtrisé la totalité ou la majorité des compétences attendues. Une telle approche serait difficile à mettre en œuvre en raison de la complexité des systèmes de résidence. Par contre, un cursus qui intègre des stages ou des expériences d'apprentissage mesurés en temps, tout en offrant une certaine flexibilité dans le cheminement, peut bien servir les objectifs de la formation axée sur le développement des compétences, créant ainsi un modèle hybride.^{9, 12, 13} Ce modèle considère « le temps comme une ressource que l'on doit utiliser pour le bénéfice de l'étudiant. »¹³

L'approche axée sur le développement des compétences reconnaît que les résidents n'apprennent pas tous au même rythme et que certains d'entre eux pourraient avoir besoin d'un peu plus de temps (et d'aide) pour acquérir les compétences attendues. Ainsi, la durée normale de la formation devrait correspondre au temps requis par la majorité des résidents pour atteindre les compétences attendues. En fait, l'éducation axée sur le développement des compétences correspond à bien plus qu'une liste de vérification rassemblant de multiples micro-compétences (un point de vue réductionniste) : elle souligne que le contexte d'apprentissage joue un rôle essentiel dans le développement de l'identité professionnelle et l'entrée progressive dans la culture unique de la discipline de la médecine familiale. Cette maturation professionnelle qui marque le passage vers un médecin de famille confiant en ses moyens et compétent est assurément un travail de longue haleine. Ajoutons que la réussite d'un programme de résidence axé sur le développement des compétences ne représente qu'une partie de la trajectoire de compétence d'un médecin de famille, qui comprend aussi le mentorat pendant les premières années d'exercice et le développement professionnel continu.¹

Notre examen des éléments du processus pédagogique et notre grande expérience du rythme de progression des résidents nous permettent de conclure qu'une période de deux ans est la durée minimale pour développer l'identité professionnelle.^{1, 10} Nous formulons l'hypothèse que la majorité des résidents seront en mesure d'acquérir les compétences attendues et de démontrer qu'ils ont atteint les finalités visées par le programme de base sur une période de 24 mois. Il n'en reste pas moins que certains résidents auront besoin de plus de temps pour atteindre les compétences requises et c'est pourquoi ils doivent pouvoir bénéficier d'une prolongation de la période de formation, lorsque requis. Dans certaines circonstances, les programmes détermineront qu'un résident donné ne progresse pas suffisamment et qu'il convient d'adopter une stratégie formelle de remédiation ou de mise en probation, conformément aux normes universitaires. L'exclusion d'un résident demeure une possibilité dans un programme de résidence axé sur le développement des compétences.

Tout en établissant les balises d'un programme de formation normal, nous recommandons d'introduire une plus grande flexibilité, tant dans la conception que dans la durée de chaque programme de résidence en médecine familiale, en vue d'atteindre les compétences. Cette mesure est nécessaire pour offrir un plan d'apprentissage individualisé aux résidents qui prennent du retard dans certains domaines et pour le bénéfice de quelques apprenants qui ont besoin d'un plan structuré de mesures correctives. Ces changements ont des répercussions sur les processus et les règles entourant la réussite des expériences d'apprentissage et la promotion d'une année de résidence à l'autre. De tels changements ne pourront être faits que s'ils s'accompagnent de changements dans les politiques et les

règles du système de formation postdoctoral actuel de chaque faculté de médecine; ils demandent de plus la collaboration de l'autorité chargée de la délivrance du permis d'exercer dans chaque province. Cette question a également des ramifications financières.*

À notre avis, plusieurs forces joueront simultanément au cours des prochaines années, qui influenceront la détermination de la durée optimale qu'il faut pour atteindre les compétences requises. Certains facteurs favorisent la prolongation de la période de formation de base. Le premier de ces facteurs est l'attente sociétale que les programmes veillent à ce que les résidents acquièrent toutes les compétences de base¹ leur permettant d'assurer des soins complets et globaux, y compris les attentes croissantes entourant « les compétences professionnelles en évolution » (décrites dans le document *Domaines de formation pour les résidents en médecine familiale*).¹⁴ Lorsque chaque programme aura établi un système d'évaluation en cours de formation axé sur les compétences, nous serons alors en mesure de déterminer le temps médian dont les résidents ont besoin pour atteindre ces finalités, de même que la variance dans le temps requis. Par ailleurs, il faudra aussi tenir des discussions sur la durée maximale de la résidence. Cette question devra faire l'objet d'un nouvel examen à l'échelle nationale lorsque nous disposerons de toutes les données.

Un deuxième facteur pourrait aussi favoriser la prolongation du programme de formation : la réduction des heures de formation des résidents, mise en place afin d'assurer la sécurité des patients et le bien-être des résidents¹. Cet important changement au système entraînera une réduction de l'exposition clinique qui pourrait fort bien avoir une incidence sur l'acquisition des compétences, puisque celle-ci exige une pratique et des rétroactions répétées. Toutefois, comme nous ne connaissons pas l'impact de cet enjeu sur la quantité et la qualité des expériences d'apprentissage, il faudra procéder à une évaluation à l'échelle nationale après la réorganisation des heures de formation.

En contrepartie, un certain nombre de facteurs pourraient permettre de réaliser des gains d'efficience et de réduire la durée de formation requise. Le Cursus Triple C propose des gains en efficience au niveau des programmes de formation, principalement en retirant ou en modifiant considérablement les stages qui ne permettent pas spécifiquement l'acquisition des compétences recherchées en médecine familiale.¹ L'accent mis sur l'amélioration des systèmes de rétroaction et d'évaluation, la participation active de l'apprenant dans l'acquisition des compétences, un enseignement formel et une supervision axés sur les compétences ont aussi le potentiel de permettre une acquisition plus efficace des compétences.

On peut aussi faire des gains en efficience pendant la formation médicale prédoctorale, à mesure que les facultés de médecine du Canada adopteront le rapport sur l'avenir de l'éducation médicale au Canada et feront le passage à une éducation médicale encore plus pertinente, axée sur le développement des compétences.¹⁵ Des programmes de formation médicale prédoctorale qui favoriseront les compétences « généralistes » pourraient faire en sorte que les apprenants soient mieux préparés au moment de commencer leur résidence et qu'ils aient déjà acquis de nombreuses compétences fondamentales.

CONCLUSION

Alors que partout au pays les programmes de médecine familiale adoptent une approche pédagogique axée sur le développement des compétences, le jeu complexe des facteurs qui pourraient accroître la durée de la formation et de ceux qui pourraient amener des gains en efficience influenceront simultanément la réponse à venir aux questions qui restent en suspens au sujet de la durée de la formation. Quoi qu'il en soit, les résidents doivent pouvoir compter sur une formation minimale de 24 mois pour développer leur identité professionnelle en tant que médecins de famille. Il sera essentiel de procéder à une évaluation rigoureuse des impacts d'un système axé sur le développement des compétences dans les programmes de résidence en médecine familiale.

Références :

1. 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*. Dans : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/Triple_C_Comp competency_FR_w_cover_Sep29.pdf. Date de consultation : le 22 juillet 2011
2. Collège des médecins de famille du Canada. *Critères pour l'agrément des programmes de résidence*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada. Dans : <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Red%20Book%20French.pdf>. Date de consultation : le 20 janvier 2012.
3. Vinger I. « Graduate training in family medicine; two years or three. » *Can Fam Physician* 1979;30:1107-8.
4. Lehmann F. « La formation en médecine familiale devrait-elle durer 3 ans? OUI » *Can Fam Physician*, Avril 2009, 55; 346-348
5. Raiche, P. « La formation en médecine familiale devrait-elle durer 3 ans? NON » *Can Fam Physician*, Avril 2009, 55; 347-348
6. Noel, K. « Deux années ne suffisent pas » *Can Fam Physician*, Mai 2010, 56, e167-e168
7. Wilson, J. G. « Two years could be enough » *Can Fam Physician*, Juillet 2010, 56, 633
8. Saucier D. « Les formations complémentaires en médecine familiale : un impact paradoxal / Second thoughts on third-year training. » Éditorial. *Can Fam Physician* 2004; 50 : 687-695.
9. Saucier D, Blais J. « Enfin une résidence de quatre ans en médecine familiale » (Le journal du futur, 1^{er} mai 2010). *L'Actualité médicale* 1998 Juin:21.
10. Emery JD, Skinner LP, Morgan S, Guest BJ, Vickery AW. « Future models of general practice training in Australia » *Med J Aust* 2011;194(11):S97-100
11. Carney PA, GREEN LA. « An Emerging Epidemic of Innovation in Family Medicine Residencies » *Fam Med* 2011;43:461-3
12. Hodges, BD. « The tea-steeping or i-Doc model for medical education? » *Acad Med* 2010;85(9suppl):S34-44
13. Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada. *La formation médicale fondée sur les compétences; Livre blanc préparé pour le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada*. Ottawa, On; Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2011. Dans : <http://rcpsc.medical.org/residency/fmec/CBME.pdf>. Date de consultation : le 20 janvier 2012
14. Tannenbaum D, Kerr J, Konkin J, Organek A, Parsons E, Saucier D, Shaw L, Walsh A. *Domaines de formation pour les résidents en médecine familiale : Rapport du Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada 2011 http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/Etendu%20de%20la%20pratique%20a%20maitriser%20en%20residence%20en%20medecine%20familiale_REV.pdf. Date de consultation : le 7 février 2013
15. Association des facultés de médecine du Canada. Site Web de l'Avenir de l'éducation médicale au Canada. 2010. Dans : www.afmc.ca/fmec. Date de consultation : le 6 décembre 2011

Les conséquences de l'application du Cursus Triple C pour la formation en compétences avancées dans les programmes de médecine de famille : Document de réflexion

Auteurs

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

Citation suggérée :

Organek A, Kerr J, Konkin J, Parsons E, Saucier D, Shaw L, et collab. Les conséquences de l'application du Cursus Triple C pour la formation en compétences avancées dans les programmes de médecine de famille : Document de réflexion. Dans : Oandasan I, Saucier D, éd. *Rapport sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences – Partie 2 : Faire progresser la mise en œuvre*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2013. Dans : www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/TripleC_Rapport_2.pdf. Date de consultation : le 22 septembre 2013

Le présent document porte sur les modifications que les programmes de résidence en médecine familiale qui offrent une formation en compétences avancées pourraient devoir apporter afin d'évaluer leurs progrès vers l'atteinte des exigences du Cursus Triple C axé sur le développement des compétences (Cursus Triple C).¹ Ce document de réflexion est destiné au milieu universitaire.

INTRODUCTION

La formation en compétences avancées s'appuie sur certaines activités hétérogènes agréées par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), et est offerte aux diplômés des programmes de résidence en médecine familiale et aux praticiens qui désirent « améliorer leurs habiletés ou acquérir de nouvelles compétences afin de mieux répondre aux besoins des populations qu'ils desservent. »² Ces programmes répondent à ces exigences. Ils ont évolué au rythme des besoins des étudiants, des programmes et des collectivités. L'essor et la diversité de notre discipline reposent entre autres sur la création de nouvelles occasions de perfectionnement dans l'exercice de la spécialité de médecine familiale*.

Compléter avec succès un programme qui applique un cursus de base en médecine familiale n'est que le début du cheminement du diplômé vers l'exercice de la médecine familiale. Ces premières années sont cruciales pour le développement général des nouveaux diplômés et le moment idéal pour le médecin de famille de poursuivre une formation en compétences avancées. On s'attend à ce que les diplômés des programmes de compétences avancées offrent des soins complets et globaux et qu'ils possèdent des compétences additionnelles dans des domaines qui répondent aux besoins de la collectivité qu'ils desservent.

Cela dit, on s'interroge beaucoup sur la façon de structurer et d'intégrer les programmes de compétences avancées au sein du programme de formation en résidence des médecins de famille. L'introduction du Cursus Triple C dans les programmes d'études postdoctorales en médecine familiale nous donne la possibilité d'aborder plusieurs de ces questions et d'établir un cadre qui permettra non seulement de développer de nouveaux programmes de compétences avancées, mais aussi de perfectionner les programmes existants. Le présent document examine les conséquences du passage au Cursus Triple C sur ces programmes. Il doit être lu dans le contexte de l'ensemble du rapport.

LES DÉFIS

Le Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral du CMFC (le GTRC) a soulevé certaines préoccupations entourant les programmes de compétences avancées.[†]

Identité professionnelle du médecin de famille généraliste

Souvent, les programmes de compétences avancées exposent les résidents à des contextes de soins ciblés, excluant les milieux qui couvrent l'ensemble des domaines de soins cliniques; les enseignants ne sont pas des médecins de famille qui offrent des soins complets et globaux dans le cadre de leurs activités professionnelles. Ces contextes pourraient nuire à la formation continue des résidents en tant que généralistes et pourraient même promouvoir l'établissement de pratiques ciblées plutôt que des médecins de famille ayant des compétences additionnelles.

* Par médecine familiale, on entend la spécialité dans sa globalité, qui couvre l'ensemble des domaines de soins cliniques dans tous les domaines de soins (comprehensive).

† Ces préoccupations pourraient être moins pertinentes pour les médecins qui suivent une formation en compétences avancées après avoir exercé la médecine familiale.

La continuité pédagogique en médecine familiale et la continuité des soins

Le GTRC a soulevé de nombreuses questions ayant trait à la continuité pédagogique en médecine familiale et à la continuité des soins aux patients dans les programmes de compétences avancées existants (Voir le *Rapport sur le Cursus Triple C – Partie 1*).¹ Le Conseil de la Section des résidents du CMFC a résumé ces enjeux dans un rapport intitulé *Current Issues in FM R3 Training: The Resident Perspective* (2009). Deux sources de préoccupations ont été soulignées en particulier: 1) l'exposition à l'exercice de la médecine familiale en clinique et 2) l'intégration avec les départements locaux de médecine de famille.

Dans son *Livre rouge* de 2006 le CMFC présente les normes d'agrément des programmes de résidence en médecine de famille et en médecine d'urgence. Il précise que les programmes de formation doivent fournir « un environnement éducatif qui facilite et encourage les résidents à maintenir tout au long de la troisième année une responsabilité de continuité des soins dans une unité de médecine familiale. »²

Le *Livre rouge* de 2013 du CMFC est maintenant publié³; toutefois, les sections qui portent sur les programmes de compétences avancées n'ont pas été révisées. Conformément aux recommandations du GTRC, il faudra déterminer comment arrimer les programmes de compétences avancées à la vision du Cursus Triple C, notamment ce qui porte sur la prestation de soins complets, globaux et continus, centrés sur la médecine familiale, et ce, tout en respectant la continuité pédagogique, dans le cadre d'une approche dite par compétences.

Par le passé, les résidents inscrits aux programmes de compétences avancées avaient peu de contacts réguliers avec des cliniques de médecine familiale, malgré l'engagement exprimé par les directeurs de programme à cet égard. Pour diverses raisons, les enjeux entourant la prestation de cette formation demeurent controversés.



Ceux parmi les résidents et les éducateurs qui militent contre l'accès régulier à la médecine familiale pendant la formation en compétences avancées, disent notamment que :

- Les « demi-journées de retour » à la pratique de la médecine familiale nuisent à la continuité.
- Le temps consacré à la médecine familiale réduit le temps dont on dispose pour maîtriser les compétences avancées.
- Les résidents qui participent aux activités de formation en médecine familiale pendant leur formation en compétence avancée sont considérés avec moins de sérieux que leurs collègues par les formateurs.
- Les résidents ne souhaitent pas poursuivre une carrière où ils exerceraient dans l'ensemble des domaines de soins cliniques et dans tous les contextes de soins.
- Les résidents estiment qu'ils n'ont pas besoin de formation additionnelle dans la prestation de soins complets et globaux, car ils ont déjà terminé leur programme de résidence en médecine familiale.
- Les résidents sont frustrés, car ils pourraient travailler à titre de remplaçants, plutôt que de participer en tant que résidents à des activités d'apprentissage de la médecine familiale.

En revanche, ceux qui souhaiteraient continuer à participer aux activités d'apprentissage de la médecine familiale tout au long de leur formation en compétences avancées insistent sur les avantages suivants :

- Cette formation correspond à l'objectif du CMFC de former des résidents prêts à exercer dans l'ensemble des domaines de soins cliniques et dans tous les contextes de soins.
- Le contact continu avec la médecine familiale favorise le développement de l'identité professionnelle en tant que médecins de famille.
- Les résidents évitent l'isolement professionnel de la médecine familiale.
- Les résidents ont l'occasion d'exercer la médecine familiale à un niveau plus avancé (p. ex. la gestion de cliniques).
- Les résidents ont plus d'occasions d'enseigner la médecine familiale à un niveau plus avancé (p. ex. supervision des externats et des résidents en médecine familiale de première et de deuxième année).
- Ces programmes encouragent les résidents à poursuivre une carrière qui comprend la prestation de soins complets et globaux.
- Ces programmes pourraient dissuader les résidents qui n'ont pas l'intention d'exercer dans l'ensemble des domaines de soins cliniques de s'inscrire à un programme de résidence en médecine familiale.

UN CURSUS TRIPLE C AXÉ SUR LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES POUR LES PROGRAMMES DE COMPÉTENCES AVANCÉES

L'introduction d'un cursus axé sur le développement des compétences dans les programmes de compétences avancées pourrait répondre aux critiques susmentionnées. Un programme de compétences avancées axé sur le Cursus Triple C, qui englobe les soins complets et globaux, est orienté sur la continuité et centré sur la médecine familiale, aurait recours à des méthodes variées pour s'adapter aux diverses façons dont les programmes sont structurés.

La formation et les soins complets et globaux

Pour permettre aux résidents de maintenir leurs compétences en médecine familiale, les programmes de compétences avancées seraient tenus d'offrir l'expérience clinique dans l'ensemble des domaines de soins cliniques et d'améliorer l'intégration avec les programmes de résidence locaux. Le renforcement de l'identité professionnelle des résidents par l'ajout des domaines de compétences avancées est une composante essentielle des activités d'apprentissage; toutefois, le développement de cette identité et des compétences avancées ne doit pas se faire au détriment de l'identité professionnelle première du résident : celle d'un médecin de famille qui offre des soins complets et globaux et exerce dans l'ensemble des domaines de soins cliniques et dans tous les contextes de soins. Ceux qui s'inscrivent à ces programmes après avoir exercé la médecine familiale auront vraisemblablement déjà établi leur identité en tant que médecin de famille et pourraient donc avoir moins besoin de vivre des expériences propres à cette discipline.

Les « demi-journées de retour à la pratique de la médecine familiale » ont été la solution la plus répandue au problème de l'exposition des résidents à l'ensemble des domaines de soins cliniques pendant la formation en compétences avancées. Toutefois, nous devons envisager d'autres approches pour maintenir cette identité de généraliste. Si les programmes de compétences avancées étaient centrés sur la médecine familiale, les résidents bénéficieraient de nouvelles occasions sans pour autant entraver l'efficacité ou le déroulement de leur apprentissage.

Continuité pédagogique et continuité des soins

La continuité pédagogique et la continuité des soins sont essentielles pour former des médecins prêts à offrir des soins complets et globaux, qui maîtrisent également des compétences avancées.

On peut assurer la continuité pédagogique au moyen de la supervision, du choix du milieu d'apprentissage et de la conception du cursus. La continuité de la supervision et de l'enseignement implique l'affectation d'un petit nombre de superviseurs principaux qui contribuent à l'évaluation significative des résidents au fil du temps. Pour qu'il y ait continuité du milieu d'apprentissage, les résidents doivent, dans la mesure du possible, être affectés dans des milieux familiers, qui leur offrent plus de possibilités d'assumer la continuité des soins aux patients et d'améliorer l'efficacité avec laquelle ils acquièrent les compétences. Par exemple, un résident qui suit un programme de compétences avancées au même endroit que sa résidence en médecine familiale de base pourrait bénéficier d'un cursus qui met l'accent sur la continuité pédagogique. La continuité est assurée grâce à la conception d'un programme cohérent, bien ordonné et intégré, qui optimise le développement progressif et le maintien d'un ensemble de compétences avancées. Un cursus intégré requiert une approche autre que le modèle traditionnel de stages successifs et il suppose la présence d'un programme longitudinal.

Souvent de courte durée, les programmes de formation en compétences avancées ont néanmoins le potentiel d'appuyer les résidents en médecine familiale qui offrent des soins continus à une population de patients, tant dans le contexte de la médecine familiale que dans le cadre des compétences avancées. Il faudra cibler, dans chaque domaine de formation, des occasions d'assurer des soins continus à une population de patients, par exemple en suivant une population de femmes pendant la grossesse et l'accouchement dans le cadre d'un programme de compétences avancées en soins obstétricaux.

Un cursus centré sur la médecine familiale

Un cursus centré sur la médecine familiale signifie que les directeurs de programme de médecine familiale ont un contrôle complet sur l'ensemble du cursus; le contenu répond aux besoins des résidents en médecine familiale, l'apprentissage a lieu principalement dans un contexte de médecine familiale et les enseignants sont des médecins de famille ou des professionnels qui comprennent parfaitement les besoins liés à l'éducation et à la pratique des médecins de famille. Pour les programmes de compétences avancées, cette composante du Cursus Triple C exigera un passage fondamental vers des milieux de formation où l'apprentissage est explicitement fondé sur les besoins des médecins de famille.

Une meilleure intégration des résidents qui poursuivent une formation en compétences avancées à l'intérieur de programmes de médecine familiale de base dans leur région favoriserait la socialisation et le développement de l'identité professionnelle en tant que médecin de famille qui offre des soins complets et globaux. Cette intégration servirait à améliorer l'attitude des diplômés en médecine familiale à l'égard de la prestation de soins complets et globaux et à promouvoir un champ d'activité plus large. Si les situations d'apprentissage étaient fermement ancrées dans la médecine familiale, des occasions d'exercer cette discipline se présenteraient naturellement aux résidents.

Des changements importants dans la façon d'enseigner le cursus seraient requis pour appliquer un cursus de compétences avancées véritablement centré sur la médecine familiale. Les personnes impliquées dans la conception et la présentation du cursus devront créer des stratégies qui visent l'intégration des concepts du Cursus Triple C dans les activités de formation en compétences avancées afin d'obtenir les finalités souhaitées. Ces stratégies peuvent comprendre, entre autres, une modification de la structure du programme. Elles pourraient aussi encourager les résidents des programmes de compétences avancées qui évoluent dans les programmes de médecine familiale de base à s'impliquer davantage. Cette participation pourrait prendre diverses formes, dont des sessions combinées, lorsque cela est jugé approprié; l'enseignement dans leur champ de compétences avancées; ou des activités sociales organisées autour de la médecine familiale.

Pour assurer la présence optimale de modèles de rôles en médecine familiale au sein des programmes de compétences avancées, des médecins qui exercent activement la médecine familiale devraient faire partie du groupe des principaux superviseurs. Ces superviseurs seraient des modèles exemplaires, et pourraient démontrer l'attrait de la médecine familiale et la possibilité d'une carrière qui comprend la prestation des soins complets et globaux. Pour qu'ils maîtrisent certaines compétences, les résidents devront vraisemblablement évoluer avec des enseignants et dans des milieux autres que ceux de la médecine familiale. À cette fin, il faudrait alors recruter des enseignants consultants qui ont une bonne compréhension du rôle du médecin de famille et qui respectent cette discipline. Les superviseurs retenus devraient être en mesure d'améliorer l'intégration avec les départements et les unités de formation en médecine familiale locaux.

Un cursus axé sur le développement des compétences

Le passage à un cursus axé sur le développement des compétences dans les programmes de compétences avancées apparaît comme une progression naturelle dans l'évolution des programmes de résidence en médecine familiale axés sur le Cursus Triple C. Cette approche exige une conception méticuleuse des éléments curriculaires pour atteindre les finalités souhaitées clairement définies et s'appuie sur des théories pédagogiques et sur l'expérience pratique.

CanMEDS-Médecine familiale (CanMEDS-MF)* définit les sept rôles communs à tous les médecins qui pratiquent la médecine familiale.⁴ Ce référentiel convient également aux résidents inscrits dans des programmes de compétences avancées. Les objectifs d'apprentissage devront être élaborés à l'aide de ce référentiel, en s'appuyant sur les compétences acquises dans le programme de base. La maîtrise des compétences devra être évaluée régulièrement et le processus d'évaluation devrait être ancré dans le cursus. La promotion dépendra de la maîtrise des compétences plutôt que de la durée de la formation.

CONCLUSION

Les recommandations du GTRC proposent d'importants changements à la formation des résidents en médecine familiale au Canada. Les programmes qui enseignent les compétences avancées aux médecins de famille jouent un rôle important pour répondre aux besoins des résidents, des programmes et des collectivités. Alors que les programmes de médecine familiale adoptent le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences, ils devront effectuer certaines modifications pour assurer que les programmes de compétences avancées demeurent pertinents, efficaces et bien ciblés. Les grandes orientations du Cursus Triple C peuvent être adaptées aux programmes de compétences avancées, ce qui permet d'assurer une meilleure continuité des activités d'apprentissage en médecine familiale, tout en apportant beaucoup d'autres avantages aux résidents, aux programmes et à la société.

*Adapté de : Frank JR, éd. *Le Cadre des 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. Dans : <http://www.royalcollege.ca/public/resources/aboutcanmeds>. Date de consultation : le 15 avril 2013.

Références

1. Tannenbaum D, Kerr J, Konkin J, Organek A, Parsons E, Saucier D., et collab. *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. Dans : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/Triple%20C%20Competency%20based%20curriculum%20-%20FR%20-%20Final%20-%20Mar23%202011%20w%20COVER.pdf. Date de consultation : le 4 juin 2013.
2. 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 : Collège des médecins de famille du Canada; 2006. Dans : <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Red%20Book%20French.pdf>. Date de consultation : le 26 août 2013.
3. Collège des médecins de famille du Canada. Département de médecine familiale universitaire. *Normes particulières applicables aux programmes de résidence en médecine familiale par le Collège des médecins de famille du Canada: Le Livre rouge*. Mississauga ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2006. Dans : <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Red%20Book%20French.pdf>. Date de consultation : le 13 septembre 2013.
4. Collège des médecins de famille du Canada, Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral. *CanMEDS-Médecine familiale : un cadre de compétences en médecine familiale*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; Octobre 2009. Dans : <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/CanMeds%20FM%20Final%20FR%20oct%2009.pdf>. Date de consultation : le 3 mars 2013.

L'implantation du Cursus Triple C exige beaucoup de temps et d'efforts pour assurer la gestion du changement. Certes, le changement curriculaire en médecine familiale se répercute sur les résidents, mais aussi sur les planificateurs des programmes de résidence, les directeurs de programme, les directeurs de département et les vice-doyens; les superviseurs cliniques en médecine familiale et ceux des autres spécialités; les bailleurs de fonds, (autorités sanitaires régionales); les partenaires cliniques, (hôpitaux et cliniques de médecine familiale); et les intervenants clés des provinces, notamment les ordres de médecins. Pour mener à bien la mise en œuvre du Cursus Triple C, il est essentiel de gérer les attentes et d'assurer une communication efficace à mesure que les relations se développent et que le changement s'opère.

La présente section du *Rapport sur le Cursus Triple C – Partie 2* porte sur ces facettes du changement et s'intéresse aux ressources, aux politiques et à la formation professorale (*Faciliter le changement curriculaire : Évoluer vers le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences* et *Répercussions sur les ressources des départements de médecine de famille : Document de réflexion*). Ces deux documents intéresseront tout particulièrement ceux et celles qui participent directement à la planification et à l'implantation du Cursus Triple C et qui doivent prévoir les défis qu'ils auront à relever.

Le troisième document *Éventuel impact du Cursus Triple C sur les intervenants externes du CMFC : Document de réflexion* décrit l'incidence de ces changements sur les principaux intervenants à l'extérieur du programme de résidence. Ces personnes pourront se renseigner sur le Cursus Triple C et sur les façons d'aider les enseignants de la médecine familiale à effectuer les changements requis. Le processus d'implantation du Cursus Triple C est une occasion pour la communauté de l'éducation médicale d'appuyer collectivement la formation de médecins de famille qui maîtriseront les compétences requises pour réagir à l'évolution des besoins de la population canadienne.

Faciliter le changement curriculaire : Passage à un Cursus Triple C axé sur le développement des compétences

Auteurs

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

Citation suggérée :

Walsh A, Kerr J, Konkin J, Organek A, Parsons E, Saucier D, et collab. Faciliter le changement curriculaire : Passage à un Cursus Triple C axé sur le développement des compétences. Dans : Oandasan I, Saucier D, éd. *Rapport sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences – Partie 2 : Faire progresser la mise en œuvre*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2013. Dans : www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/TripleC_Rapport_2.pdf.
Date de consultation : le 22 septembre 2013.

INTRODUCTION

Inévitablement, à mesure que les programmes de résidence amorceront un processus de transformation majeure, ils affronteront de nombreux défis. Selon Samuel Bloom, l'éducation médicale est « une longue suite de réformes sans changement »¹. Alors comment peut-on aider un programme de résidence en médecine familiale à apporter de réels changements curriculaires, comme ceux du Cursus Triple C axé sur le développement des compétences du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC)?

Il existe une multitude d'écrits sur les moyens d'amener le changement, tous offrant une lecture des plus intéressantes, mais sans présenter ni approches, ni analyses scientifiques. Toutefois, il existe une exception : une revue systématique publiée en 2000 par Carol Bland et collab. qui cherchait à cerner les facteurs responsables de l'implantation réussie de changements curriculaires.² Même si la revue s'intéressait principalement à l'éducation médicale prédoctorale, elle a abordé la question de l'éducation dans le domaine des soins primaires ainsi que les changements curriculaires plus généraux. Le référentiel issu de ces travaux pourrait s'avérer utile pour ceux et celles qui, comme nous, sont engagés à faire progresser la formation des résidents en médecine familiale. Il comprend quatre stades : la planification, l'initiation, l'implantation et l'institutionnalisation. Ces stades ne s'enchaînent pas l'un après l'autre; plutôt, chaque programme passe d'un à l'autre selon ses propres priorités et son propre contexte.

En s'appuyant sur le référentiel de Bland et collab. et sur plusieurs autres études sur le changement en général³⁻⁶ ainsi que sur la réforme des cursus en particulier, le présent document propose des idées qui pourraient s'avérer utiles pour les programmes de résidence qui amorcent la transition vers un Cursus Triple C axé sur le développement des compétences.

PLANIFICATION

À ce stade, le programme reconnaît qu'il doit faire des changements; il crée une vision du changement et examine le contexte dans lequel le changement se produira. Bon nombre d'activités doivent avoir lieu à ce stade initial et peuvent se produire simultanément.

Définir la nécessité d'effectuer un changement

Avant même de pouvoir convaincre les autres, les responsables du programme de résidence doivent d'abord être persuadés qu'il faut effectuer des changements. Il est d'une importance capitale que les changements proposés soient compatibles avec la philosophie, la mission et les buts du programme et qu'ils abordent clairement les difficultés des personnes impliquées dans le programme. Ceux qui dirigeront l'initiative doivent d'abord comprendre parfaitement les recommandations du Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral (GTRC) portant sur le changement curriculaire, présentées dans le *Rapport sur le Cursus Triple C – Partie 1*⁷ avant même de mener une révision du programme afin de déterminer quels aspects seront maintenus, améliorés ou développés. Cet examen doit définir quels sont les éléments du programme qui ne contribuent pas de façon importante au développement des compétences souhaitées chez la majorité des résidents. Les outils qui serviront à évaluer le programme joueront un rôle important; s'ils n'existent pas, il faudra les créer (p. ex. données sur les rencontres, sondages auprès des résidents et des enseignants, évaluation des résidents).

Le processus de révision comporte une évaluation de la mise en œuvre des éléments clés du Cursus Triple C⁷ dans chaque programme de résidence et unité de médecine familiale :

1. **Soins complets et globaux et formation** : Les programmes conçoivent-ils leur cursus de sorte à offrir des situations d'apprentissage qui mettent les résidents en contact avec les soins complets et globaux dans l'ensemble des cycles de vie et dans tous les contextes cliniques? Présentent-ils des activités couvrant toute la gamme de responsabilités cliniques à l'égard de populations définies, y compris les populations mal desservies? Les milieux cliniques sont-ils des modèles de prestation de soins complets et globaux pour leurs résidents?
2. **Continuité des soins et continuité pédagogique** : Les programmes offrent-ils des activités d'apprentissage qui permettent aux résidents de suivre les patients dans le temps et dans divers environnements afin d'apprendre l'importance de développer des relations avec leurs patients et de se sentir responsables de leurs soins? Les résidents bénéficient-ils de la continuité de la supervision requise pour assurer l'évaluation progressive du déploiement des compétences? Bénéficient-ils de la continuité pédagogique qui leur offre un cursus cohérent, continu et intégré, peu importe leur environnement d'apprentissage?
3. **Centré sur la médecine familiale** : Les programmes offrent-ils aux résidents en médecine familiale les activités d'apprentissage requises pour maîtriser leurs compétences? Le programme de résidence sent-il qu'il a le contrôle des buts et des éléments curriculaires propres à la médecine familiale? Les résidents ont-ils l'occasion de développer leur identité professionnelle en tant que médecins de famille?
4. **Éducation axée sur les compétences** : Les finalités ou les compétences attendues sont-elles définies et utilisées pour élaborer le cursus? Correspondent-elles aux activités d'apprentissage et aux stratégies d'évaluation des résidents?

Idées :

1. Assurer que les responsables du programme de résidence et les principaux intervenants lisent les sections pertinentes du *Rapport sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences – Parties 1 et 2* afin de bien comprendre les recommandations et les stratégies de mise en œuvre du Cursus et d'être en mesure de les appliquer. Trouver des moyens de communiquer les recommandations et les stratégies de mise en œuvre du Cursus Triple C à tous les intervenants.
2. Revoir le cursus du programme pour relever les éléments qui cadrent avec le Cursus Triple C, en s'appuyant sur des outils comme le document *Un guide pour transposer les recommandations du Cursus Triple C axé sur le développement des compétences en un cursus pour le programme de résidence*.⁸
3. Chercher les « pratiques exemplaires » des différentes unités et des milieux d'apprentissage des programmes afin de favoriser un partage des stratégies et des démarches.
4. Établir les priorités en matière de changement. Il n'est pas nécessaire d'effectuer d'emblée tous les changements. Ceux qui sont plus susceptibles de réussir ou les plus importants devraient faire partie du travail initial.

Nouer des alliances avec les personnes responsables

L'éducation en médecine familiale est un effort collaboratif mené avec plusieurs autres disciplines et professions dans une vaste gamme de contextes. Traditionnellement, la formation en résidence se fondait sur le modèle de l'internat rotatoire et, dans bien des cas, sur la prestation de services dans d'autres secteurs de l'hôpital ou du système de soins de santé. Les changements curriculaires peuvent avoir un effet important sur ces partenaires, voire susciter une résistance. Aider les dirigeants institutionnels à comprendre les raisons qui sous-tendent ces changements faciliterait certainement les choses. Il sera plus facile d'expliquer pourquoi certains changements sont envisagés si l'on implique ces partenaires et si l'on cherche à s'entendre sur les principes avant de passer aux gestes. Il est donc important d'établir une communication franche à cette étape-ci et d'encourager les principaux intervenants à articuler leurs préoccupations ou à décrire d'éventuels obstacles qu'ils perçoivent. Le programme peut alors aborder ces préoccupations dès le départ. Il est essentiel d'obtenir l'appui des personnes influentes au sein des organismes et de cerner et communiquer les avantages qui découleront des changements. Par exemple, l'importance de former les médecins qui travaillent dans des milieux qui correspondent à celui de leur pratique future est un message qui plaît aux éducateurs, mais on devrait peut-être devoir expliquer à certains d'entre eux la grande variété de contextes et les nombreux enseignants/praticiens qualifiés qui œuvrent dans les milieux de médecine familiale.

Idées :

1. Identifier les intervenants dont le soutien au début du processus est essentiel à la mise en œuvre des changements curriculaires (p. ex. vice-doyen aux études postdoctorales, directeur de programme, spécialistes consultants qui enseignent aux résidents en médecine familiale, et autorités sanitaires), puis créer et utiliser des occasions de discuter du Coursus Triple C afin qu'ils comprennent bien ses principes et son impact.
2. Identifier les intervenants à l'extérieur du programme de résidence qui pourraient être touchés par les changements prévus. Présenter autant d'occasions gagnantes que possible, mais soyez prêt à rester ferme sur les points non négociables. Voir le document de réflexion *Répercussions sur les ressources des départements de médecine de famille*⁹ dans la présente section.
3. Solliciter l'appui des intervenants externes, y compris les autorités réglementaires, les associations médicales, le gouvernement et autres bailleurs de fonds, ainsi que celui des autres autorités chargées de l'éducation médicale, pour assurer que l'intention et la valeur du Coursus Triple C sont bien comprises.

Établir un consensus à la base

Tout grand virage requiert l'appui de leaders puissants et respectés, capables d'offrir une vision claire des motifs qui sous-tendent les changements et les résultats attendus. Les leaders efficaces ont la capacité d'encourager les autres et de leur inculquer une nouvelle culture et de nouveaux comportements organisationnels, de les motiver et de les mobiliser afin de maintenir l'élan. Ces leaders influents communiquent la vision commune des changements curriculaires aux résidents, aux enseignants et aux autres membres du corps professoral ainsi qu'au personnel administratif.

Idées :

1. Identifier les leaders capables d'articuler et de mener à bien les changements proposés. Ces personnes ne sont pas forcément les responsables de l'administration du programme ou de l'unité. Elles doivent bien comprendre les concepts du Coursus Triple C et pouvoir les transmettre avec enthousiasme; être reconnues pour leur crédibilité à l'intérieur et à l'extérieur du

programme de résidence; et posséder de solides aptitudes pour la communication, tant lors de présentations officielles que de discussions et de dialogues informels.

2. Offrir à ces leaders la possibilité d'établir des réseaux ou des communautés de pratique qui permettent aux intervenants de s'impliquer dans le processus de changement. Les intervenants – résidents, enseignants au sein du département et dans les environnements de médecine familiale, enseignants des autres disciplines et milieux, personnel administratif, patients – peuvent être de puissants moteurs du changement. Pouvoir trouver des moyens de rassembler les équipes clés de manière cohérente afin de promouvoir la vision du changement est d'une importance capitale.

Intégrer un leadership solide

Les initiatives qui produisent des changements sont dirigées par un leader solide et influent qui joue un rôle de premier plan dans la réforme. Il est important d'identifier un leader qui dirigera l'initiative, un défenseur solide et influent du changement, capable de rallier l'appui de la base, ainsi que celui des dirigeants institutionnels, notamment du doyen ou du vice-doyen aux études postdoctorales. La communication doit être fréquente, ponctuelle, franche et de fond et se faire par divers supports oraux et écrits, formels et informels. Le leader doit être visible et proactif; il doit être un modèle d'enthousiasme et d'engagement. La qualité du leadership est un indicateur du succès du changement.

Idées :

1. Le leader du changement doit maintenir une communication bidirectionnelle avec les dirigeants institutionnels afin de repérer les situations gagnantes et dissiper toute crainte à la première occasion.
2. À cette étape de planification, le leader du changement doit identifier toute source externe de résistance potentielle afin de disposer d'un maximum de temps pour rassembler des appuis et développer des stratégies pour surmonter la résistance.
3. Ce leader doit être choisi avec soin pour sa crédibilité et ses talents de communicateur.

INITIATION

À ce stade, les anciens modèles organisationnels sont modifiés et les innovations sont introduites. Manifestement, le cadre organisationnel est important.

L'importance du milieu

La mise en œuvre du Cursus Triple C variera forcément d'un programme et d'une unité à l'autre en raison de la diversité des occasions d'apprentissage et des ressources pédagogiques disponibles. Il faut reconnaître l'importance de cette diversité et l'exploiter, ce qui permet une certaine souplesse dans la mise en œuvre, tout en maintenant une politique cohérente relativement au programme. Les apprentissages tirés de l'expérience des différentes unités peuvent aider à accélérer le changement.

Idées :

1. Il est naturel que les diverses unités procèdent de façon différente, car chacune évolue dans un contexte différent et dispose de ressources différentes. Cela dit, la communication s'impose concernant les activités au sein de l'institution, les échanges et les leçons tirées des succès et des erreurs. Les systèmes requis pour faciliter cette communication – réseaux, comités, projets de démonstration – doivent être créés et renforcés, avec l'appui des programmes de résidence à l'échelle nationale, par l'entremise du CMFC.

2. L'implantation efficace de changements antérieurs est un bon indicateur des succès futurs. Il faut identifier les personnes, les unités ou les programmes qui ont mené à bien le changement et les inviter à prendre en charge la planification et l'implantation de projets.

Bâtir des structures organisationnelles solides

Les programmes de résidence doivent se pencher sur leurs structures organisationnelles pour déterminer si elles correspondent aux besoins du Cursus Triple C. La relation entre le centre du programme de résidence universitaire et ses unités de médecine familiale est importante. Les stratégies de communication doivent être clairement énoncées; elles faciliteront vraisemblablement le processus de changement à l'échelle du programme.

Idées :

1. Créer des occasions d'apprentissage partagé et des équipes au sein du programme de résidence pour tirer parti des forces des membres de différentes unités de médecine familiale. Compte tenu du fait que les différentes unités de médecine familiale pourraient mettre en œuvre différents éléments du Cursus Triple C, les leçons tirées de notre expérience respective aideront à promouvoir le changement pour l'ensemble du programme.
2. Veiller à ce que la gouvernance du programme de résidence ait des liens solides avec les unités de médecine familiale afin d'appuyer le changement requis pour mettre en œuvre le Cursus Triple C et pour assurer une implantation équitable entre les différentes unités, malgré les variations dans la façon d'appliquer les changements.
3. Déterminer la meilleure façon de répartir le financement au sein du département pour appuyer le processus de changement.
4. Déterminer comment le système de prix et bourses du département peut aider à promouvoir le changement.

Choisir les premiers projets avec soin

Promouvoir le changement exige la prise de décisions stratégiques. Le choix des types d'initiative est important. Il est essentiel de discuter de l'envergure du projet et de déterminer le niveau d'engagement. Si le changement est trop grand ou trop ambitieux, les participants au programme risquent de se sentir dépassés. Toutefois, de plus petits projets pourraient ne pas être viables et ne pas susciter l'intérêt au sein du programme. Il est conseillé de commencer par les projets accessibles, de trouver les occasions susceptibles d'obtenir des gains rapides, car celles-ci bâtiront la confiance et la motivation.

Idée :

1. Utiliser le [Guide pour transposer les recommandations du Cursus Triple C axé sur le développement des compétences en un cursus pour le programme de résidence](#)⁸ pour déterminer où les changements ont déjà été effectués, pour repérer les occasions accessibles et pour déterminer où il faudra faire des choix stratégiques.

IMPLANTATION

Pendant ce stade, on continue d'introduire les innovations dans le programme, avec certaines modifications et adaptations. Comme pour les autres stades, la communication claire et régulière est primordiale.

Permettre à toutes les voix de se faire entendre

Ceux qui s'opposent au changement devraient être invités à s'exprimer ouvertement. Ainsi, vous gagnerez leur confiance et indiquerez que vous êtes prêts à prendre des risques. Souvent, leurs opinions représentent des pensées courantes qui doivent être entendues et peuvent vous permettre de découvrir des enjeux qui doivent être abordés.

Idées :

1. Accueillir tous les points de vue, y compris ceux qui s'opposent aux changements proposés. Offrir des occasions d'exprimer les opinions dissidentes de manière positive. Envisager d'inviter ceux qui s'opposent aux changements à participer à la planification et à la mise en œuvre de projets.

Accroître les appuis

À mesure que ceux et celles qui participent au changement – résidents, enseignants, personnel administratif – franchissent les étapes du processus, il est important d'être attentif à leurs besoins et de leur assurer le soutien qui leur permettra d'effectuer les changements en cours. Comme la tendance naturelle est de revenir aux anciennes habitudes lorsque l'on tente d'assimiler de nouveaux comportements, particulièrement si des difficultés surviennent, des processus doivent être en place pour renforcer, appuyer et encadrer.

Idées :

1. Les stratégies de perfectionnement professoral sont cruciales pour aider les leaders et les enseignants à comprendre l'essentiel du Cursus Triple C. Ceux-ci doivent donc pouvoir accéder facilement aux outils fournis par le CMFC, ainsi qu'au matériel provenant d'autres programmes et unités de médecine familiale, puis les utiliser et les adapter à leurs besoins. Les programmes doivent offrir du coaching sur une base continue. En profitant des occasions de réfléchir aux besoins des divers intervenants, les programmes pourront plus facilement répondre aux besoins ultérieurs.
2. Les résidents doivent aussi se préparer à envisager les changements; ils doivent être bien informés des changements à venir et être impliqués dans les processus de planification et de mise en œuvre.
3. Envisager de tenir des séances de réflexion ciblées, des réunions et d'autres séances pour personnaliser l'apprentissage et appuyer les principaux intervenants. Cette initiative à long terme s'inscrit dans la perspective que tous ceux qui sont impliqués dans l'implantation de changements doivent être appuyés, d'une manière ou d'une autre.

Place à l'évaluation

L'innovation comporte un certain degré de risque. Il est donc important d'évaluer les résidents et les programmes pour recenser les réussites et les faux départs. Tout comme l'évaluation des résidents doit se fonder sur la démonstration de la maîtrise des compétences, celle du programme devrait aussi examiner diverses finalités qui conviennent à la mission générale et aux buts du programme. L'évaluation devrait s'appuyer sur des méthodes que les enseignants jugent constructives et importantes. L'évaluation étant une activité collaborative, elle peut aider à accroître l'engagement à l'égard du processus.

Idées :

1. Tirer parti des méthodes utilisées lors de l'évaluation de programme pour déterminer l'impact du changement.
2. Tenir compte des évaluations à court et à long terme.
3. Faire appel à des groupes de réflexion pour évaluer, mais aussi pour accroître l'engagement et la responsabilité.
4. Prendre des mesures correctives pour améliorer et renforcer les initiatives de changement.
5. Se reporter au [Plan d'évaluation du Cursus Triple C du CMFC⁸](#) pour identifier les principaux éléments à évaluer.

Encourager un milieu de travail positif

Un milieu de travail respectueux et positif est essentiel à la réalisation de changements curriculaires. L'innovation exige le libre cours des idées novatrices et la création d'une atmosphère où les collègues peuvent mettre en pratique les nouveaux comportements. Cette atmosphère a été décrite comme une *tension créatrice favorable*⁹. Le changement crée l'incertitude et l'inconfort; le climat de travail doit donc être collaboratif, et muni de mécanismes de résolution de conflits.

Idées :

1. Reconnaître l'incertitude et l'inconfort que génère le changement et admettre que les erreurs sont inévitables – c'est l'apprentissage organisationnel.
2. Reconnaître qu'il y a généralement une « baisse de rendement » au tout début de la mise en œuvre d'un changement important, mais que la situation se corrige d'elle-même.
3. Reconnaître le mérite et récompenser les gens pour leurs efforts – de façon officielle et non officielle.



4. Envisager des subventions de démarrage ou des fonds pour projet-pilote afin d'encourager les projets novateurs qui cadrent avec le processus de changement.

INSTITUTIONNALISATION

Ce terme fait référence à l'étape où les innovations sont acceptées comme la nouvelle façon de faire au sein de l'organisation. On l'atteint lorsque les innovations qui ont été mises en place deviennent la nouvelle façon de faire. Une vaste participation est requise pour assurer que le changement devient permanent. Si les stades antérieurs ont bénéficié d'un engagement généralisé, on atteindra vraisemblablement le stade de l'institutionnalisation.

SOMMAIRE

L'introduction d'importants changements curriculaires exige un engagement à long terme de la part du programme et des unités de médecine familiale associées au programme de résidence. On doit encourager le leadership, la communication et l'engagement de toutes les personnes concernées pour que les changements positifs soient institutionnalisés. Assurer l'engagement rapide de tous les intervenants est crucial.

Références

1. Bloom SW. Structure and ideology in medical education: an analysis of resistance to change. *J Health Soc Behav* 1988;29(4):294-306.
2. Bland CJ, Starnamen S, Wersal L, Moorhead-Rosenberg L, Zonia S, Henry R. Curricular change in medical schools: how to succeed. *Acad Med* 2000;75:575-594.
3. Carraccio C, Wolfsthal SD, Englander R, Ferentz K, Martin C. Shifting paradigms: from Flexner to competencies. *Acad Med* 2002;77:361-367.
4. Farris KB, Demb A, Janke KK, Kelley K, Scott SA. Assessment to transform competency-based curricula. *Am J Pharm Educ* 2009;73(8):158.
5. Genn, JM. AMEE Medical Education Guide No. 23 (Part 1): Curriculum, environment, climate, quality and change in medical education – a unifying perspective. *Med Teach* 2001;23:337–344.
6. Kotter JP. Leading change: Why transformation efforts fail. In: *The Tests of a Leader*. Harvard Business Review Paperback Series. New York: Harvard Business Review Press; 2007:96-103.
7. Tannenbaum D, Kerr J, Konkin J, Organek A, Parsons E, Saucier D, et collab. *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. Dans : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/Etendu%20de%20la%20pratique%20a%20maîtriser%20en%20résidence%20en%20médecine%20familiale_REV.pdf. Date de consultation : le 30 mai 2013.
8. Saucier D et le Groupe de travail sur la révision du Cursus postdoctoral. Un Guide pour transposer les recommandations du Cursus Triple C axé sur le développement des compétences en un cursus pour le programme de résidence. Dans : Oandasan I, Saucier D, éd. *Rapport sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences – Partie 2 : Faire progresser la mise en œuvre*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada, 2013. Dans : www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/TripleC_Report_pt2.pdf. Date de Consultation : le 22 septembre 2013
9. Shaw L, Walsh A, Oandasan I, Kerr J, Konkin J, Organek A, et collab. Répercussions sur les ressources des départements de médecine de famille : Un document de discussion. Dans : Oandasan I, Saucier D, éd. *Rapport sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences – Partie 2 : Faire progresser la mise en œuvre*. Mississauga, ON : Le Collège des médecins de famille du Canada, 2013. Dans : www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/TripleC_Report_pt2.pdf. Date de consultation : le 22 septembre 2013.
10. Oandasan I au nom du Groupe de travail sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences. Une approche nationale d'évaluation des programmes pour évaluer l'impact du Cursus Triple C. Dans : Oandasan I, Saucier D, éd. *Rapport sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences – Partie 2 : Faire progresser la mise en œuvre*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada, 2013. Dans : www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/TripleC_Report_pt2.pdf. Date de consultation : le 24 septembre 2013
11. Pelz DC, Andrews FM. *Scientists in Organizations: Productive Climates for Research and Development*. New York: John Wiley & Sons; 1966.

Répercussions sur les ressources des départements de médecine de famille : Document de réflexion

Auteurs

Liz Shaw, Allyn Walsh, Ivy Oandasan,
Jonathan Kerr, Jill Konkin, Andrew Organek,
Ean Parsons, Danielle Saucier, David Tannenbaum

Citation suggérée

Shaw L, Walsh A, Oandasan I, Kerr J, Konkin J, Organek A, et collab. Répercussions sur les ressources des départements de médecine de famille : Un document de réflexion. Dans : Oandasan I, Saucier D, éd. *Rapport sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences – Partie 2 : Faire progresser la mise en œuvre*. Mississauga, ON : Le Collège des médecins de famille du Canada; 2013. Dans : www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/TripleC_Rapport_2.pdf. Date de consultation : le septembre 2013

Le développement et l'expansion de l'enseignement en médecine familiale posent souvent des défis, car ils représentent un changement de culture pour les collectivités, les patients et les fournisseurs de soins. Bon nombre d'enjeux ont des répercussions sur les ressources : le passage au Coursus Triple C axé sur le développement des compétences (Cursus Triple C) pourrait avoir des conséquences directes sur les ressources humaines et cliniques, ainsi que sur le perfectionnement du corps professoral.

RÉPERCUSSIONS SUR LES RESSOURCES

On prévoit qu'avec la mise en œuvre d'un cursus centré sur la médecine familiale,¹ un grand nombre de résidents passeront moins de temps avec les spécialistes consultants et plus de temps avec les médecins de famille. On prévoit également que les médecins de famille enseignants joueront un rôle beaucoup plus important au sein des programmes académiques. Par conséquent, on pourrait devoir accroître le nombre de médecins de famille enseignants, le temps d'enseignement, le contact avec les patients et l'espace clinique (salles d'examen, ordinateurs, espace pour les cours magistraux, etc.).

Les programmes devront porter attention à la globalité des unités d'enseignement et des médecins de famille superviseurs. Alors que chaque résident devra bénéficier d'une continuité pédagogique et d'une « famille » pour encadrer l'exercice de la médecine familiale, aucune unité ne pourra à elle seule fournir toutes les situations d'apprentissage pertinentes pour l'acquisition des compétences requises afin d'exercer la médecine familiale*. Il faudra donc étudier des stratégies de collaboration intersites pour compléter le contact des résidents avec la médecine familiale. La recherche constante d'unités d'enseignement et de médecins de famille superviseurs qui offrent des expériences cliniques et éducatives complètes, soit individuellement, soit en équipe, s'accroîtra avec le passage au Coursus Triple C. Il sera difficile de trouver l'équilibre entre l'exposition aux divers aspects des soins complets et globaux et une bonne continuité des soins. Le modèle du Centre de médecine de famille^{2, 3} appuie le concept des soins complets, globaux et collaboratifs. Lorsque ces centres sont bien structurés et dotés des ressources appropriées, ils peuvent offrir d'excellentes occasions d'apprentissage.

* Par médecine familiale, on entend la spécialité dans sa globalité, qui couvre l'ensemble des domaines de soins cliniques dans tous les domaines de soins (comprehensive).



Les activités ou situations d'apprentissage doivent être soigneusement choisies afin d'appuyer un cursus centré sur la médecine familiale et d'assurer que les résidents ont accès aux expériences qui leur permettront de développer les compétences requises. Ces activités d'apprentissage peuvent parfois être difficiles à trouver, surtout compte tenu de la concurrence découlant de l'expansion des programmes d'études prédoctorales et postdoctorales en médecine familiale, tant au palier local que national.

Le plus souvent, on trouve les types de patients et de problèmes qui sont pertinents pour la médecine familiale dans les sites de soins ambulatoires, parfois dans les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée, mais très souvent dans les bureaux des médecins de famille enseignants et ceux des autres spécialistes. Le système de financement des cliniques et des établissements de formation n'est pas organisé de sorte à faciliter l'apprentissage des résidents dans ces environnements, et très souvent, les espaces cliniques dans les bureaux privés ne sont pas conçus pour accueillir des résidents.

Pour répondre aux nouvelles exigences en matière d'évaluation, il faudra adapter les espaces cliniques afin de permettre l'observation directe des résidents au moment où ils fournissent des soins à leurs patients. Il faudra aussi élaborer des méthodes pour faire le suivi des expériences des résidents et les mettre sur pied dans les programmes. Celles-ci pourraient être optimisées grâce à l'utilisation de technologies telles que les dossiers médicaux électroniques (DMÉ). Les DMÉ ont déjà été utilisés à bon escient pour faire le suivi des types de patients et des situations cliniques que les résidents avaient déjà rencontrés et maîtrisés et par la suite, pour augmenter l'exposition dans les domaines où ils accusaient des lacunes. Le cyberapprentissage et l'apprentissage par l'entremise de cas et de simulations peuvent aussi enrichir l'apprentissage et permettre aux résidents d'acquérir et de démontrer la maîtrise des compétences. Les avantages de l'utilisation de la technologie de pointe doivent être évalués par rapport aux coûts connexes.

En ce qui concerne les questions entourant l'évaluation axée sur les compétences, les résidents devront se soumettre à plus d'évaluations directes et intentionnelles dans leur milieu de travail, et ce, tout au long de leur formation. On devra prévoir des périodes structurées pour les rencontres entre résident et superviseur pour le *coaching* et les exercices de réflexions dirigées. Les enseignants devront recevoir la formation requise pour assumer ce rôle et développer la confiance et la compétence nécessaires pour accomplir leurs tâches de supervision. Les résidents joueront également un rôle plus actif en raison de l'augmentation des responsabilités qui leur seront confiées. On s'attend à ce que les résidents fassent preuve d'une plus grande autoréflexion et de prévoyance, qu'ils comprennent mieux les lacunes dans leur propre apprentissage et qu'ils agissent de manière proactive pour façonner les activités d'apprentissage dont ils ont besoin. La relation résident-superviseur évoluera dans la mesure où les superviseurs, agissant en tant que *coach*, aideront les résidents à mieux reconnaître leur niveau de développement des compétences. Pour certains, ce changement sera considérable, mais on croit qu'il renforcera l'apprentissage. Ce changement devra être géré avec soin.

L'expérience dans différents programmes qui mettent en action diverses composantes du Cursus Triple C a révélé une augmentation de la charge de travail du personnel administratif relativement à deux activités : a) la gestion des horaires des résidents, pour tenir compte de la nouvelle approche plus personnalisée, où on propose des activités d'apprentissage complémentaires en parallèle avec l'expérience globale du résident en médecine familiale; et b) la gestion du système d'évaluation axée sur la compétence en raison de la cueillette accrue de données et de preuves et des exigences liées à la responsabilité.

Enfin, étant donné l'accent placé sur les finalités d'apprentissage et leur relation avec la qualité et la responsabilité sociale, les programmes de résidence seront appelés à déterminer s'ils sont capables de former le type de résidents ou de diplômés requis pour répondre aux besoins de nos populations.

Les nouvelles normes d'agrément, les nouvelles responsabilités mises en place par les gouvernements et les attentes des résidents et des patients exerceront des pressions sur les programmes de résidence pour qu'ils évaluent leur impact. Tant les aspects opérationnels des programmes de résidence que les diplômés en médecine familiale qu'ils forment seront évalués relativement à leur capacité de répondre avec succès aux besoins du système de santé. L'évaluation du programme fera partie intégrante des programmes de résidence. Comme nous le mentionnons à la section *Une approche nationale d'évaluation des programmes pour évaluer l'impact du Coursus Triple C*⁴ du présent rapport, l'évaluation du programme constituera un moyen de décrire l'impact. Manifestement, les sondages menés auprès des diplômés et l'analyse des progrès vers la mise en œuvre du Coursus Triple C par l'entremise d'un processus d'évaluation des programmes mieux structuré exigeront de nouvelles ressources. Cependant, on pourrait aussi y découvrir des occasions de recherche, ce qui ouvrirait la porte au financement externe. Les données comparatives obtenues auprès de l'ensemble des programmes de résidence pourraient aider les directeurs qui tentent de négocier davantage de ressources, surtout si l'objectif et les preuves présentées visent à améliorer l'excellence académique et la responsabilité sociale. Dans le climat de restrictions budgétaires auquel font face tous les programmes universitaires, la force de la médecine de famille peut provenir des occasions de travailler en collaboration, d'échanger sur nos réussites et d'établir collectivement des stratégies visant à appuyer tous les programmes pendant cette période de transition.

RÉPERCUSSION SUR LE DÉVELOPPEMENT PROFESSORAL

Chaque fois qu'on modifie les programmes d'éducation en profondeur, il est essentiel de préparer les enseignants en médecine familiale au changement. Cette préparation revêt une importance particulière vu la portée transformationnelle du Coursus Triple C. Il faudra miser sur les activités de développement professoral continu et les communications répétées. Par ailleurs, il est essentiel d'obtenir l'engagement précoce et général des membres du corps professoral à l'étape de la planification compte tenu du développement professoral requis chez tous les membres de l'équipe interprofessionnelle clinique et académique.

Certains domaines de développement professoral sont relativement bien connus grâce à des écrits sérieux et aux nombreux outils disponibles (p. ex. l'évaluation dans l'éducation axée sur le développement des compétences), alors que d'autres seront le fruit d'innovations et de nouvelles idées (p. ex. permettre aux résidents d'assumer une plus grande responsabilité pour leur apprentissage). Ajoutons également que les enseignants cliniques devront mieux comprendre les rôles CanMEDS–Médecine familiale (CanMEDS-MF)^{5*}, les Domaines de soins cliniques⁶ et les Objectifs d'évaluation.⁷ Ils devront comprendre les relations entre ces trois référentiels et le rôle qu'ils jouent dans la pratique. Cette relation est le sujet de *Triple C : Établir une cohérence entre cursus et évaluation*⁸ publié dans le présent rapport. De plus en plus de médecins de famille enseignants devront incarner le rôle de médecin de famille, agir en tant que *coach* et enseigner dans le cadre de leur pratique quotidienne.

Pour mener à bien le passage au Coursus Triple C, les départements devront investir dans le développement professoral. Les programmes devront inventer des façons novatrices d'inciter les enseignants à apprendre progressivement de nouvelles techniques d'enseignement et d'évaluation tout en continuant de travailler dans leurs pratiques cliniques très achalandées. Le développement de leaders locaux qui encouragent les enseignants à participer à des activités de consultation et d'enseignement par les pairs pourrait s'avérer une stratégie de développement professoral efficace pour les programmes de résidence.

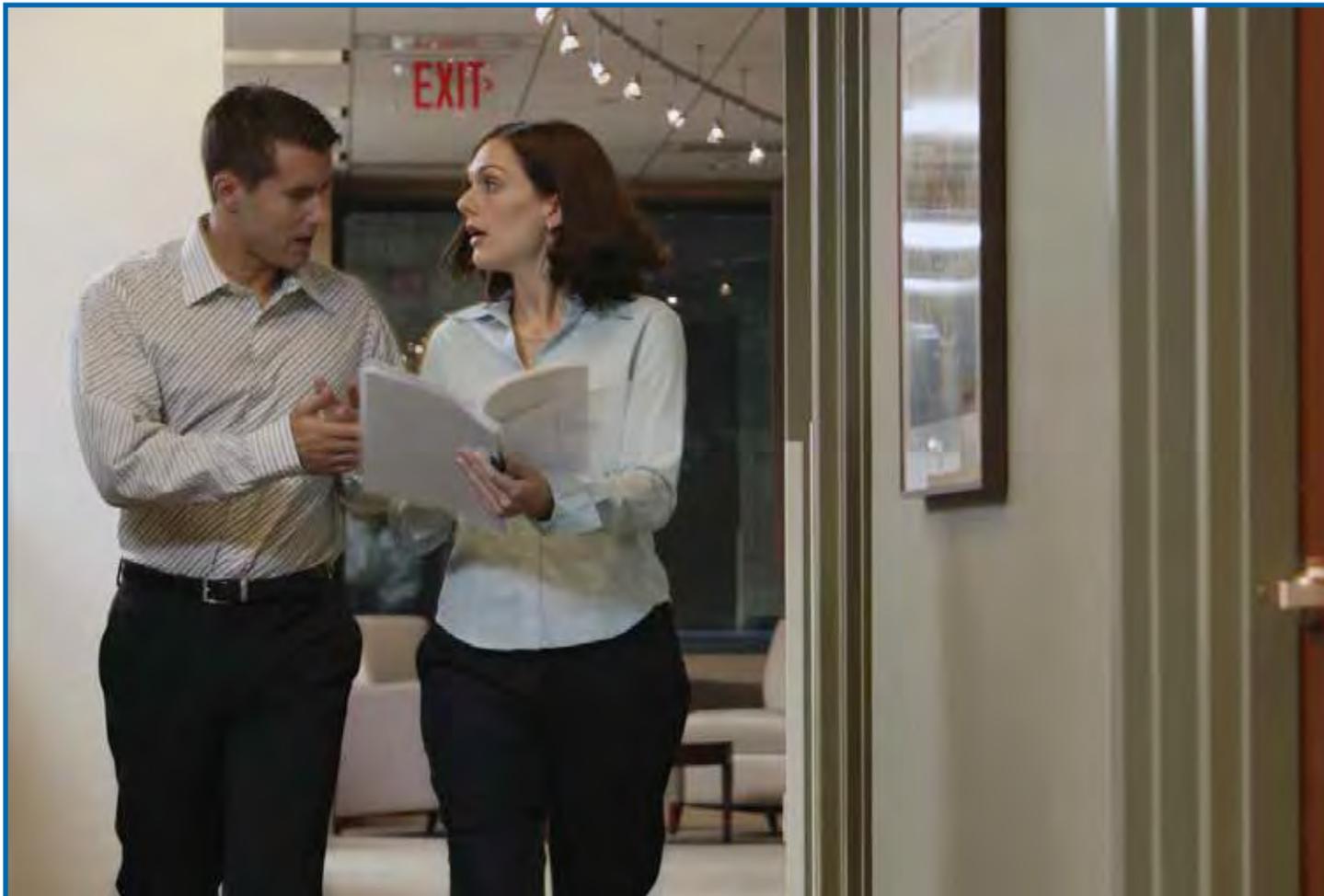
* Adapté de : *Frank JR, ed. Le Cadre des compétences CanMEDS 2005 pour les médecins. L'excellence des normes, des médecins et des soins. Ottawa : Le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada; 2005. Dans : <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/resources/aboutcanmeds>. Date de consultation : le 19 avril 2013.

Pour atteindre l'objectif visé, à savoir accroître le nombre de médecins de famille chargés d'enseigner des compétences propres à leur domaine qui, auparavant, étaient enseignées par des spécialistes consultants, on devra insister davantage sur le développement professionnel continu afin d'assurer que la matière et les rôles enseignés s'inspirent d'approches actuelles fondées sur des données probantes, mais contextualisées, de la médecine familiale. L'utilisation des rôles CanMEDS-MF⁵ pour orienter l'apprentissage permanent des médecins de famille permet d'intégrer le développement professionnel continu et le développement professoral au fil du temps.

On pourrait devoir investir dans de nouvelles initiatives pour recruter des médecins de famille enseignants afin que les départements et les unités d'enseignement clinique disposent de médecins de famille enseignants qui représentent la diversité et la globalité de la médecine familiale décrite par les Domaines de soins cliniques.⁶ Les programmes pourraient aussi devoir créer de nouvelles stratégies de recrutement assorties de mesures incitatives séduisantes. Pour leur part, les universités devront soutenir ces stratégies, surtout en fournissant les ressources pédagogiques et le financement requis pour attirer le nombre d'enseignants dont ils auront besoin dans les sites délocalisés.

CONCLUSION

Au moment où tous les programmes de résidence s'engagent dans des réformes curriculaires, une belle occasion s'offre à nous. Chacune des 17 facultés de médecine du Canada met au point les stratégies de recrutement, augmente les ressources cliniques, crée des outils de développement



professoral et élabore des méthodologies pour évaluer les résidents et les programmes à différents moments et avec diverses ressources. Avec l'appui du CMFC, les programmes de médecine de famille pourraient s'entraider afin d'établir des stratégies permettant de dénicher les ressources nécessaires pour passer à un Cursus Triple C axé sur le développement des compétences et créer du matériel qui présenterait des avantages pour tous.

Il est important d'adopter une approche et un message cohérents à l'égard du Cursus Triple C d'un bout à l'autre du pays. Cette approche peut s'appuyer sur une coordination nationale, des stratégies et des outils communs et des échanges réguliers. La mise en œuvre du Cursus Triple C demande que les médecins de famille jouent un plus grand rôle dans l'éducation des résidents de leur discipline et les milieux cliniques devront être dotés des ressources appropriées. Il faudra bien préparer les enseignants et les résidents pour leur rôle au sein de ce nouveau cursus. Les répercussions de cette transformation sur les ressources sont énormes; toutefois, les départements de médecine de famille du Canada ont démontré qu'ils ont la force requise pour relever ces défis. Des succès ont déjà été remarqués au cours des dernières années.⁹ La collaboration – séances de réflexion réunissant un grand nombre de directeurs de programme; importantes rencontres nationales avec les enseignants universitaires; réunions avec les coordonnateurs de l'évaluation, les coordonnateurs du développement professoral et les coordonnateurs académiques; réunions à venir avec les directeurs de département de médecine de famille – s'est avérée le moteur du succès du Cursus Triple C. À mesure que les répercussions sur les ressources deviendront de plus en plus apparentes, la collaboration devra demeurer au premier plan pour le milieu universitaire.

Références

1. Shaw E, Walsh A, Saucier D, Tannenbaum D, Kerr J, Parsons E. Le dernier C : centré sur la médecine familiale. *Can Fam Physician* 2012;58 : e179-e181. Dans : <http://www.cfp.ca/content/58/3/e179.full>. Date de consultation : le 17 juillet 2013.
2. Collège des médecins de famille du Canada. *Les soins de première ligne centrés sur les patients au Canada : Le Concept du Medical Home*. [Document de travail]. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 27 octobre 2009. Dans : [http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resourses/Resource_Items/Health_Professionals/Medical%20Home%20paper%20FINAL%20FRENCH%20\(Oct%202009\).pdf](http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resourses/Resource_Items/Health_Professionals/Medical%20Home%20paper%20FINAL%20FRENCH%20(Oct%202009).pdf). Date de consultation : le 17 juillet 2013.
3. Collège des médecins de famille du Canada. *Une vision pour le Canada : La pratique de la médecine familiale – Le Centre de médecine de famille*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2011. Dans : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resourses/Resource_Items/CMF_Une_Vision_Pour_le_Canada.pdf. Date de consultation : le 17 juillet 2013.
4. Oandasan I au nom du Groupe de travail sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences. Une approche nationale d'évaluation des programmes pour évaluer l'impact du Cursus Triple C. Dans : Oandasan I, Saucier D, éd. *Rapport sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences – Partie 2 : Faire progresser la mise en œuvre*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada, 2013. Dans : www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/TripleC_Report_pt2.pdf. Date de Consultation : le 22 septembre 2013
5. Collège des médecins de famille du Canada, Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral. *Les rôles CanMEDS-Médecine familiale : un cadre de compétences en médecine familiale*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; octobre 2009. Dans : <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/CanMeds%20FM%20Final%20FR%20oct%202009.pdf>. Date de consultation : le 17 juillet 2013.
6. Tannenbaum D, Kerr J, Konkin J, Organek A, Parsons E, Saucier D, et collab. *Étendue de la pratique à maîtriser en résidence en médecine familiale : Rapport du Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2011. Dans : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/Etendu%20de%20la%20pratique%20a%20maîtriser%20en%20résidence%20en%20médecine%20familiale_REV.pdf. Date de consultation : le 17 juillet 2013.
7. 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 Objectifs d'évaluation en médecine familiale*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2010. Dans : <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/Definition%20of%20Competence%20French%20with%20bookmarks.pdf>. Date de consultation : le 17 juillet 2013.
8. Oandasan I, Wong E, Saucier D, Donoff M, Iglar K, Schipper S. Triple C : Établir une cohérence entre cursus et évaluation. *Can Fam Physician* 2012;58 : e608-e610. Dans : <http://www.cfp.ca/content/58/10/e608.full>. Date de consultation : le 17 juillet 2013.
9. Kerr J, Saucier D, Wong E, Konkin J, Organek A, Parsons E, et collab. Transition vers le Cursus Triple C : Perspectives des programmes de résidence de 2009 à 2010. Dans : Oandasan I, Saucier D, éd. *Rapport sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences – Partie 2 : Faire progresser la mise en œuvre*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada, 2013. Dans : www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/TripleC_Report_pt2.pdf. Date de Consultation : le 22 septembre 2013.

Éventuel impact du Cursus Triple C sur les intervenants externes du CMFC : Document de réflexion

Auteurs

Ivy Oandasan, Eric Wong, Danielle Saucier, Ean Parsons, Jonathan Kerr, Jill Konkin, Andrew Organek, Liz Shaw, David Tannenbaum, Allyn Walsh

Citation suggérée :

Oandasan I, Wong E, Saucier D, Parsons E, Kerr J, Konkin J, et collab. Éventuel impact du Cursus Triple C sur les intervenants externes du CMFC : Document de réflexion. Dans : Oandasan I, Saucier D, éd. *Rapport sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences – Partie 2 : Faire progresser la mise en œuvre*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2013. Dans : www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/TripleC_Rapport_2.pdf. Date de consultation : le 22 septembre 2013

INTRODUCTION

La mise en place du Coursus Triple C axé sur le développement des compétences¹ (Coursus Triple C) pour former les nouveaux médecins conformément aux rôles CanMEDS – Médecine familiale (CanMEDS-MF)^{2*} et aux Domaines de soins cliniques³ aura des répercussions sur certains intervenants du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) engagés dans l'éducation médicale. La présente section examine certaines considérations importantes dont ces groupes devront tenir compte.

ÉDUCATION MÉDICALE PRÉDOCTORALE ET FACULTÉS DE MÉDECINE

Le Coursus Triple C cadre tout à fait avec la neuvième recommandation du document *L'avenir de l'éducation médicale au Canada (AEMC) : Une vision collective pour les études médicales prédoctorales* (AEMC EMPr) : « Adopter une approche flexible et fondée sur les compétences »⁴ :

Les médecins doivent être capables de mettre en pratique les connaissances, les habiletés et les valeurs professionnelles. Par conséquent, à cette première étape du continuum de l'éducation médicale, les études prédoctorales doivent se fonder principalement sur le développement des compétences fondamentales de base et un vaste apprentissage expérientiel complémentaire. En plus des exigences prédéfinies, les études médicales prédoctorales doivent offrir des possibilités flexibles permettant aux étudiants de poursuivre leurs intérêts particuliers en médecine qui vont au-delà du curriculum.

À mesure que les facultés de médecine appliqueront un cursus axé sur le développement des compétences, les étudiants et les professeurs se familiariseront très tôt avec les stratégies de l'approche par compétences, notamment l'accroissement de la rétroaction, l'évaluation axée sur les compétences et la surveillance continue des progrès. Ces démarches favoriseront la mise en œuvre de programmes axés sur le Coursus Triple C au cours des prochaines années, à mesure que l'éducation médicale axée sur le développement des compétences deviendra la culture générale. Chaque faculté de médecine pourrait tirer parti de l'expertise et des outils qui ont été créés dans le domaine de l'éducation médicale axée sur le développement des compétences pour les programmes de résidence en médecine familiale.

L'introduction de CanMEDS-MF a donné à ceux qui enseignent la médecine familiale au niveau prédoctoral un référentiel pour organiser leur contenu curriculaire et les évaluations. Le Comité de l'éducation prédoctorale du CMFC a élaboré CanMEDS – Médecine familiale prédoctorale (CanMEDS-MFP)⁵ pour présenter des compétences propres à ce niveau, organisées conformément aux rôles CanMEDS-MF. Les étudiants en médecine bénéficieront des activités d'apprentissage dans toutes les spécialités organisées conformément au cadre CanMEDS.⁶ Ils bénéficieront aussi d'une meilleure continuité du langage éducatif et d'une meilleure cohérence pédagogique des études prédoctorales aux études postdoctorales. Cette démarche permet donc de former des étudiants bien ancrés dans la culture généraliste, ce qui correspond à la cinquième recommandation du rapport sur le projet postdoctoral de l'AEMC (AEMC EMPo)⁷ : « Assurer une intégration et des transitions efficaces tout au long du continuum pédagogique. »

La coordination des ressources pour implanter des activités cliniques longitudinales aux niveaux prédoctoral et postdoctoral, dans les hôpitaux universitaires et, plus particulièrement, dans les unités d'enseignement communautaire devient encore plus importante dans un système d'éducation médicale axé sur le développement des compétences.

*Adapté de : Frank JR, éd. *Le Cadre des 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. Dans : <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/resources/aboutcanmeds>. Date de consultation : le 19 avril 2013.

LES BUREAUX D'ÉTUDES MÉDICALES POSTDOCTORALES

La mise en œuvre du Cursus Triple C arrive au moment où le système de formation médicale postdoctorale endosse l'AEMC EMPo.⁷ Le Cursus Triple C cadre bien avec les orientations du rapport sur l'AEMC EMPo⁷ et est assurément l'un des premiers programmes de spécialité au Canada à démontrer une approche véritablement axée sur le développement des compétences au regard du cursus et de l'évaluation.

Les vice-doyens aux études postdoctorales ont tous plaidé en faveur des dix recommandations du rapport sur l'AEMC EMPo⁷ et ils devront donc établir des partenariats avec les programmes de résidence – dont celui de la médecine familiale – pour faciliter la mise en œuvre des recommandations. Deux des changements les plus importants portent sur la mise en œuvre du cursus axé sur le développement des compétences et sur l'évaluation axée sur les compétences. Les domaines suivants, susceptibles d'avoir un impact, méritent une analyse plus approfondie de la part des vice-doyens aux études postdoctorales et de leurs bureaux pendant la transition et l'adoption d'une démarche par compétences pour l'éducation en médecine familiale et pour toutes les spécialités :

1. On devra réexaminer les politiques sur l'évaluation, la remédiation et les appels qui pourraient avoir été basées sur une approche axée sur la durée de la formation. Il faudra se pencher sur certaines questions clés, dont :
 - Quelles preuves sont requises pour attester de la compétence du résident?
 - Comment l'université et ses programmes définissent-ils la progression normale vers la maîtrise des compétences?
 - Quels accommodements pourraient s'avérer nécessaires pour tenir compte des variations du temps requis pour maîtriser les compétences?
 - Quels critères devraient justifier l'obtention d'une prolongation dans un programme de formation axé sur le développement des compétences?
 - Quels critères devraient motiver la décision d'exclure un résident qui ne progresse pas ou qui démontre de graves lacunes relativement à un ou plusieurs rôles CanMEDS/CanMEDS-MF?
 - De combien de temps la formation devrait-elle être prolongée et quelle preuve le résident doit-il présenter pour justifier cette prolongation?
 - Quelles sont les composantes, les normes et les politiques clés exigées d'un système d'évaluation axé sur les compétences soutenu par le bureau du vice-doyen aux études études postdoctorales de l'université?
2. Les bureaux d'études postdoctorales devront revoir leurs structures organisationnelles, les comités et autres politiques en matière d'éducation pour assurer qu'ils sont compatibles avec leurs approches à la formation médicale axée sur le développement des compétences. L'impact pourrait varier d'une faculté à l'autre.
3. On devra réévaluer l'importance relative des évaluations en cours de formation et des évaluations sommatives utilisées par les organismes responsables de la certification et de la délivrance des permis d'exercice pour déterminer si le résident issu du programme est prêt à débiter l'exercice professionnel dans la spécialité de médecine familiale. Ceux et celles qui sont engagés dans l'éducation médicale postdoctorale devront réfléchir à la façon dont ils

- jugent de la compétence et comment le faire avec rigueur, d'une manière qui pourrait résister à toute contestation juridique. L'imputabilité devient alors l'attente fondamentale.
4. Les ressources pour le développement professoral qui aideraient à réorienter le type d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation offerts exigeront possiblement un soutien de la part des vice-doyens et des départements d'études médicales postdoctorales pendant les phases initiales de l'implantation du Coursus Triple C. On recommande d'établir une collaboration avec les initiatives de développement professoral semblables au sein des études médicales prédoctorales.
 5. Étant donné que l'éducation médicale axée sur le développement des compétences conduira à une évaluation rigoureuse des résidents, la mise en œuvre du Coursus Triple C à l'échelle du système pourrait faire en sorte qu'une plus grande proportion de résidents aura besoin de diverses activités de formation additionnelles ou spécifiques pour maîtriser les compétences requises. Il faudra donc planifier minutieusement le déploiement des ressources pédagogiques, voire développer de nouvelles ressources pour accroître la flexibilité du système d'éducation postdoctorale. La coordination entre les intervenants aux niveaux prédoctoral et postdoctoral deviendra essentielle, surtout en cette période où les cohortes d'étudiants ne cessent d'augmenter.

Comme la médecine familiale est le programme de formation médicale postdoctorale le plus fréquenté, mais aussi le plus court et le plus dispersé géographiquement, la mise en œuvre d'une formation médicale axée sur le développement des compétences représentera un défi de taille. Il est donc crucial pour nos directeurs de programme, directeurs de département et vice-doyens aux études postdoctorales de s'orienter vers le Coursus Triple C, qui reflète la vision de l'éducation médicale axée sur le développement des compétences tel qu'il est décrit dans le rapport sur l'AEMC EMPo⁷. De plus, le calendrier d'implantation du Coursus Triple C s'aligne également sur celui des recommandations du rapport sur l'AEMC EMPo. Il serait fort utile pour les enseignants en médecine familiale engagés dans le Coursus Triple C de se familiariser avec les recommandations de l'AEMC EMPo à mesure que les besoins de ressources et de changements de politiques se manifesteront. Le succès de l'AEMC EMPo est lié à celui du Coursus Triple C. Puisque le programme de résidence en médecine familiale est l'un des premiers à adopter concrètement l'approche de l'éducation médicale axée sur le développement des compétences, c'est à lui que les problèmes liés à cette approche seront d'abord signalés. La capacité de planifier stratégiquement un mouvement collectif en faveur du changement, soutenu à l'échelle nationale par les enseignants et les leaders de la médecine, y compris les vice-doyens aux études postdoctorales, sera un atout au cours des prochaines années.

LES AUTORITÉS RESPONSABLES DE LA DÉLIVRANCE DES PERMIS D'EXERCICE (ARDPE)

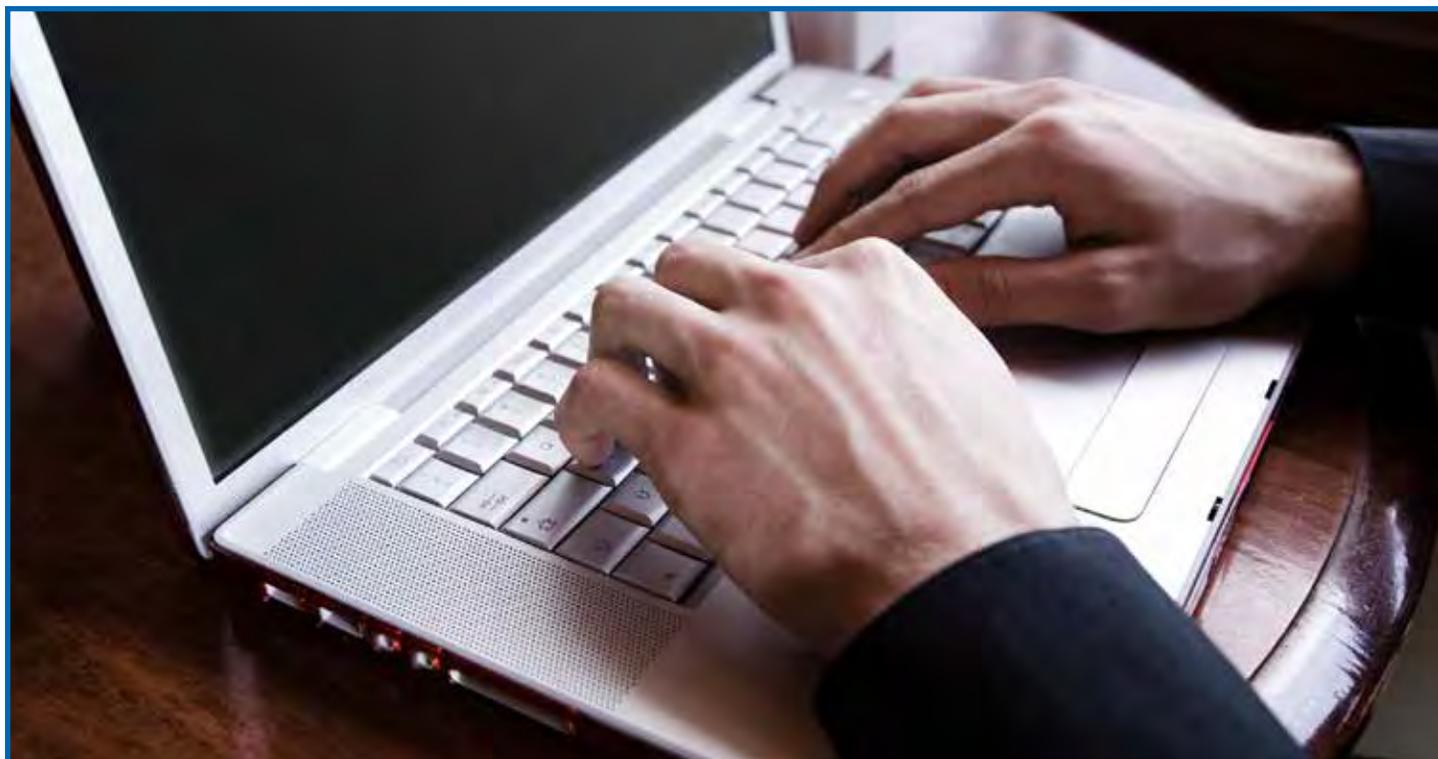
Avec l'avancement de l'éducation médicale axée sur le développement des compétences, on travaille beaucoup au développement de processus d'évaluation innovateurs qui mesureront les progrès des résidents en cours de formation et au terme de la formation. Au fil du temps, cette évolution devrait permettre aux ARDPE de mieux comprendre la rigueur associée au processus de certification du CMFC. Ces changements visent également à augmenter la responsabilité sociale afin d'assurer que les résidents en médecine familiale ont les compétences évolutives requises par leur formation spécialisée pour répondre aux besoins du public. Le rapport sur l'AEMC EMPo réitère ce concept dans sa deuxième recommandation : « Cultiver la responsabilité sociale par le biais de l'expérience acquise dans divers milieux d'apprentissage et de travail ».⁷

On devra entretenir un dialogue soutenu avec les ARDPE pour les renseigner sur la méthode intégrée pour la maîtrise des compétences en lieu et place d'une série de stages rotatifs pour rendre un jugement sur l'achèvement de la formation. Même les résidents qui n'éprouvent aucune difficulté majeure pourraient avoir besoin de plus de temps pour maîtriser certaines compétences afin d'être prêts à exercer la médecine de manière indépendante. Dans le cadre d'une approche par compétences en éducation médicale, la notion de prolongation n'est pas forcément synonyme de remédiation. Au contraire, la durée du programme pourrait varier d'un résident à l'autre et elle devra être fondée sur une collecte rigoureuse de données concernant la progression du résident vers la maîtrise de la compétence, même à un rythme plus lent. Cette réorientation pourrait nécessiter la révision des politiques et du langage de chaque ARDPE provinciale et territoriale. Le CMFC peut aider à faire connaître ces enjeux à l'échelle nationale, mais il faudra engager des discussions ciblées au niveau provincial, sous la direction des départements universitaires de médecine de famille.

MÉDECINS DE FAMILLE PRATICIENS : LE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU ET LES RÔLES D'ENSEIGNANT

Avec la définition des rôles CanMEDS-MF², la continuité et la cohérence du développement des compétences revêtent encore plus d'importance. Le Coursus Triple C axé sur le développement des compétences encourage l'apprentissage tout au long du continuum de l'éducation médicale prédoctorale et postdoctorale et jusque dans la pratique. Le résident continue d'apprendre selon sa propre « trajectoire » de compétences professionnelles. Les rôles CanMEDS-MF aident à décrire l'identité professionnelle unique des médecins de famille au cours de leur vie.

Les bureaux du développement professionnel continu (DPC) devraient adopter le cadre de rôles CanMEDS-MF² pour élaborer les programmes de formation des médecins de famille. Le DPC a un rôle à jouer pour aider à développer des programmes de formation sur l'utilisation d'outils de prise en charge des maladies chroniques et d'amélioration de la qualité; sur les façons de



rehausser le professionnalisme dans la pratique et d'étendre le rôle d'expert du médecin de famille, particulièrement dans les compétences évolutives visées dans le document sur les [Domaines de soins cliniques](#).³ Ces exemples démontrent bien la façon dont les rôles CanMEDS-MF peuvent aider les médecins de famille en exercice. Manifestement, une maîtrise accrue des rôles CanMEDS-MF² chez l'ensemble des médecins de famille aidera à développer leur rôle d'enseignants cliniques, ce qui leur permettra de devenir de meilleurs modèles et de maîtriser les concepts et les habiletés sous-jacents.

INCIDENCE SUR LE FINANCEMENT DE LA RÉSIDENCE EN MÉDECINE FAMILIALE

À l'heure actuelle, la plupart des programmes de résidence sont financés pour une période de formation de deux ans. On prévoit qu'il s'agira de la durée moyenne de formation requise pour maîtriser les compétences; cependant, certains résidents auront peut-être besoin de plus d'activités pédagogiques ou cliniques afin d'être prêts à débiter l'exercice professionnel de la médecine. Au Québec, les frais de formation sont couverts jusqu'à la fin du programme de résidence. La formation peut être de plus de 24 mois et la durée est déterminée conformément à une série de critères précis administrés par les directeurs de programme et supervisés par le bureau du vice-doyen aux études postdoctorales et le Collège des médecins du Québec, au nom du gouvernement. Ce modèle de travail pourrait servir d'exemple aux autres provinces.



Les directeurs de département de médecine de famille, en étroite collaboration avec les directeurs de programme, doivent bien comprendre les conséquences éventuelles sur les ressources qu'entraîneront les changements apportés pour mener à bien l'implantation du Cursus Triple C. Dans la section [Répercussions sur les ressources des départements de médecine de famille : Document de réflexion](#)⁸ du présent rapport, on aborde les impacts possibles sur les ressources. Une collaboration à l'échelle du pays permet de mieux comprendre les défis de chaque province en matière de financement et d'élaborer des approches nationales. Les possibilités d'effectuer des analyses coûts-avantages ou de mener des sondages auprès des diplômés sur les lieux et les types de pratique pourraient notamment fournir les données requises par les bailleurs de fonds en cette période de restriction budgétaire partout au pays.

POSSIBILITÉ DE COLLABORATION AVEC LE COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA

Par l'intermédiaire du consortium composé du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC), du Collège des médecins du Québec (CMQ), de l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) et du CMFC, le passage à une éducation médicale axée sur le développement des compétences et les recommandations mises de l'avant par le projet sur l'AEMC EMPo⁷ ont permis d'établir une meilleure collaboration dans le milieu de l'éducation médicale. L'adoption par le CMFC des rôles CanMEDS⁶ et la contextualisation de ces rôles dans la spécialité de médecine familiale ont créé un langage commun à tous les enseignants de la médecine au Canada. Le travail accompli par le CMFC dans le domaine de l'évaluation, par le biais des [Objectifs d'évaluation pour le processus de Certification](#),⁹ fournit une méthode pour évaluer la compétence propre à la médecine familiale qui s'écarte des autres spécialités. L'article [Triple C : Établir une cohérence entre cursus et évaluation](#)¹⁰, met en évidence cette approche, mais montre aussi la relation avec les rôles CanMEDS-MF. À mesure que les divers référentiels utilisés pour le développement des compétences sont modifiés, il sera important que les organismes et universités réfléchissent tant au caractère unique qu'aux similitudes des spécialités et des approches des collèges pour la certification. Ensemble, ils pourront créer les principes clés des pratiques exemplaires en éducation médicale et collaborer à leur mise en œuvre dans les programmes universitaires. Le Canada a une occasion sans précédent de passer à la fine pointe de la recherche dans le domaine de l'éducation axée sur le développement des compétences en s'inspirant des initiatives des médecins spécialistes et des médecins de famille d'un bout à l'autre du pays, travaillant ensemble et indépendamment.

IMPACT SUR LA SOCIÉTÉ

Les rapports sur l'AEMC EMPr⁴ et l'AEMC EMPo⁷ font tous deux ressortir le besoin d'offrir une éducation médicale pertinente et responsable sur le plan social. Par exemple, la première recommandation du rapport sur l'AEMC EMPr : « Répondre aux besoins individuels et communautaires »⁴ correspond à la première recommandation du rapport sur l'AEMC EMPo : « Assurer un mélange judicieux, une répartition appropriée et un nombre suffisant de médecins pour répondre aux besoins de la société » et à la deuxième recommandation « Cultiver la responsabilité sociale par le biais de l'expérience acquise dans divers milieux d'apprentissage et de travail ».⁷ Le rapport sur l'AEMC EMPr mentionne ce qui suit pour l'ensemble de l'éducation médicale⁴ :

La responsabilité sociale et l'imputabilité sont des valeurs fondamentales sur lesquelles reposent les rôles des médecins et des facultés de médecine au Canada. Cet engagement signifie que, sur les plans individuel et collectif, les médecins et les facultés doivent répondre aux besoins diversifiés des individus et des collectivités partout au Canada, ainsi que s'acquitter des responsabilités internationales envers la communauté mondiale.

Le Cursus Triple C a été élaboré en tenant compte de ces préoccupations. La meilleure formation des médecins de famille dont les Canadiens et Canadiennes ont besoin requiert des ressources adéquates. L'accès à des modèles cliniques qui permettent aux médecins de famille d'exercer dans un modèle optimal, global et interprofessionnel sera d'une importance cruciale pour l'avenir de la médecine familiale. À cette fin, davantage de travail doit être fait pour développer les modèles de financement universitaire/clinique qui permettront de dispenser la formation en médecine familiale conformément à une approche axée sur le développement des compétences dans diverses communautés. Le Cursus Triple C est conçu pour former le type de médecins de famille qui sera prêt à travailler dans des modèles de *Centres de médecine de famille*.¹¹ Compte tenu de la vision entourant l'exercice futur de la médecine familiale, le Centre de médecine de famille traduit une approche de prestation des soins fondée sur les principes de la globalité et de la continuité des soins centrés sur le patient. Alors que le CMFC évolue vers le modèle du Centre de médecine de famille, il aura dans son arsenal le Cursus Triple C pour s'assurer que les médecins de famille ont la formation requise pour travailler dans ces modèles. Le but du CMFC est d'offrir à ceux qui plaident en faveur d'un système de soins de première ligne fiable une approche progressiste, fondée à la fois sur des changements dans l'éducation et la pratique, et ce pour répondre aux besoins toujours changeants de la population canadienne.

Références

1. Tannenbaum D, Kerr J, Konkin J, Organek A, Parsons E, Saucier D, et collab. *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. Dans : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/Triple%20C%20Competency%20based%20curriculum%20-%20FR%20-%20Final%20-%20Mar23%202011%20w%20COVER.pdf. Date de consultation : le 3 mars 2013.
2. Collège des médecins de famille du Canada, Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral. *CanMEDS-Médecine familiale : un cadre de compétences en médecine familiale*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; Octobre 2009. Dans : <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/CanMeds%20FM%20Final%20FR%20oct%2009.pdf>. Date de consultation : le 3 mars 2013.
3. Tannenbaum D, Kerr J, Konkin J, Organek A, Parsons E, Saucier D, et collab. *Domaines de formation pour les résidents en médecine familiale : Rapport du Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2011. Dans : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/Etendu%20de%20la%20pratique%20a%20maitriser%20en%20residence%20en%20medecine%20familiale_REV.pdf. Date de consultation : le 3 mars 2013.
4. Association des facultés de médecine du Canada. *Rapport sur l'Avenir de l'éducation médicale au Canada (AEMC) pour les études médicales postdoctorales. Une vision collective pour les études médicales postdoctorales au Canada*. Ottawa, ON: Association des facultés de médecine du Canada; 2010. Dans : http://www.afmc.ca/future-of-medical-education-in-canada/postgraduate-project/pdf/FMEC_PG_Final-Report_FR.pdf. Date de consultation : le 8 mars 2013.
5. Collège des médecins de famille du Canada, Comité sur l'éducation prédoctorale. *CanMEDS-MFP: Acquisition de compétences au niveau prédoctoral - Perspective de la médecine familiale*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; Novembre 2009. Dans : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/CanMEDS-FMU_%20FR.pdf. Date de consultation : le 3 mars 2013.
6. 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. Dans : <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds>. Date de consultation : le 3 mars 2013.
7. Association des facultés de médecine du Canada. *L'avenir de l'éducation médicale au Canada (AEMC) : Une vision collective pour les études médicales prédoctorales*. Ottawa, ON: Association des facultés de médecine du Canada; 2012. Dans : http://www.afmc.ca/fmec/pdf/vision_collective.pdf. Date de consultation : le 3 mars 2013.
8. Shaw L, Walsh A, Oandasan I, Kerr J, Konkin J, Organek A, et collab. Répercussions sur les ressources des départements de médecine de famille : Document de réflexion. Dans : Oandasan I, Saucier D, éd. *Rapport sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences – Partie 2 : Faire progresser la mise en œuvre*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2013. Dans : www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/TripleC_Report_pt2.pdf. Date de consultation : le 22 septembre 2013.

9. 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 Objectifs d'évaluation en médecine familiale*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2010. Dans : <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/Definition%20of%20Competence%20Complete%20Document%20with%20skills%20and%20phases%20FR%20Jan%202011.pdf>. Date de consultation : le 3 mars 2013.
10. Oandasan I, Wong E, Saucier D, Donoff M, Iglar K, Schipper S. Triple C : Établir une cohérence entre cursus et évaluation. *Can Fam Physician* 2012;58:e608-e610. Dans : <http://www.cfp.ca/content/58/10/e608.full.pdf>. Date de consultation : le 3 mars 2013.
11. Collège des médecins de famille du Canada. *Une vision pour la Canada. La pratique de la médecine familiale : Le Centre de médecine de famille.*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2011. Dans : http://www.cfpc.ca/2011_Une_vision_pour_le_Canada/. Date de consultation : le 3 mars 2013.

Compte tenu du temps, des ressources et de l'énergie investis dans la mise en oeuvre d'une approche enrichie pour former les résidents en médecine familiale, il est impératif que le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) évalue l'impact du Cursus Triple C. Le Collège et les 17 programmes de résidence en médecine familiale ont la responsabilité partagée de veiller à former le bon nombre de médecins de famille prêts à débiter l'exercice dans la spécialité de médecine familiale dans n'importe quelle collectivité du Canada. À cette fin, le CMFC a investi dans la préparation et la mise en oeuvre d'un plan longitudinal d'évaluation de programme. Le premier document – *Une approche nationale d'évaluation des programmes pour évaluer l'impact du Cursus Triple C* – décrit ce plan et présente un modèle logique qui aide à retracer l'histoire de la mise en oeuvre et l'impact du Cursus Triple C. Il comprend les méthodes à appliquer par l'entremise de partenariats à l'échelle du pays.

Une approche nationale d'évaluation des programmes pour étudier l'impact du Cursus Triple C

Auteure

Ivy Oandasan
au nom du

Groupe de travail sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences

Citation suggérée :

Oandasan I au nom du Groupe de travail sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences. Une approche nationale d'évaluation des programmes pour évaluer l'impact du Cursus Triple C. Dans : Oandasan I, Saucier D, éd. *Rapport sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences – Partie 2 : Faire progresser la mise en œuvre*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2013. Dans: http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/TripleC_Rapport_2.pdf.

CONTEXTE

La médecine familiale entend déterminer si le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences (Cursus Triple C) atteint ou non sa cible. Les programmes de résidence en médecine familiale du Canada ont pour but d'assurer que les diplômés sont prêts à débiter l'exercice dans la spécialité de médecine familiale dans n'importe quelle collectivité du Canada. En partenariat avec les 17 programmes de résidence en médecine familiale canadiens, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) a commencé la mise en œuvre du Cursus Triple C. Ce Cursus vise à fournir aux résidents en médecine familiale une éducation d'une portée *globale* et axée sur la *continuité* pédagogique et la *continuité* des soins, au moyen d'un apprentissage *centré* sur la médecine familiale.¹ Il entend veiller à ce que les nouveaux médecins de famille qui commencent à exercer soient prêts à répondre aux besoins changeants de la population canadienne.

Pour s'acquitter de ses responsabilités sociales de former des médecins de famille qui répondent aux besoins de la population canadienne, le milieu universitaire de la médecine familiale doit déterminer comment le Cursus Triple C peut influencer le type de médecins de famille qui seront formés, le type de pratique dans lequel ils exerceront et l'emplacement de ces pratiques. Il est essentiel pour l'avenir du système de soins de santé d'avoir des médecins de famille capables de fournir des soins complets, globaux et continus, axés sur la qualité, qui exercent dans des modèles de pratique qui améliorent l'accès et l'efficacité. Le présent document de travail décrit le plan d'évaluation de programme et le modèle logique élaborés et approuvés en 2012 pour décrire l'influence et l'impact du Cursus Triple C.

L'ÉDUCATION EN MÉDECINE FAMILIALE AU CANADA – LE CONTEXTE

Le rôle du système d'éducation postdoctorale au Canada est d'assurer que nous avons suffisamment de médecins de famille et autres spécialistes, répartis dans l'ensemble du pays et prêts à fournir des soins qui répondent aux besoins évolutifs de la population dispersée sur tout le territoire. Les 17 programmes de résidence en médecine familiale offerts par les universités ont largement collaboré avec le CMFC pour dispenser, chaque année, la formation en médecine familiale à plus de 2 300 résidents dans plus de 150 unités d'enseignement clinique. La médecine familiale est le plus vaste programme de résidence de chaque faculté de médecine au pays.

L'impact de la médecine familiale sur les soins

Les faits démontrent qu'il existe une corrélation entre un système de soins primaires solide qui donne accès à des médecins de famille prodiguant des soins primaires efficaces, et une meilleure santé de la population,² des coûts moins élevés pour les patients souffrant d'une maladie chronique³, une réduction de la morbidité chez les patients qui ont plusieurs prestataires de soins,⁴ et une réduction des effets négatifs des inégalités sociales.⁴ Starfield et Shi (2004) ont découvert que les services médicaux prodigués et coordonnés par un prestataire de soins ou une équipe de soins primaires améliorent les résultats sur la santé d'un patient.² À la lumière de ces faits et d'autres données, le CMFC a lancé *Une vision pour le Canada*,⁵ qui plaide pour que chaque personne au Canada ait accès à une pratique de médecine familiale/un milieu de soins primaires qui lui servira de *Centre de médecine de famille*. Le concept du Centre de médecine de famille (CMF) répond à l'objectif du CMFC, à savoir que chaque Canadien et Canadienne ait accès à des soins de santé de qualité, dispensés par des équipes de professionnels de la santé travaillant en collaboration avec les médecins de famille dans des pratiques qui s'alignent sur le concept du CMF.⁵ Le CMF est le carrefour central de la prestation et de la coordination en temps opportun de la gamme complète de services médicaux et de santé dont les patients ont besoin.⁵ Le passage au CMF coïncide avec la décision du CMFC de promouvoir sa nouvelle approche de formation dans les programmes de résidence en médecine

familiale. Le Cursus Triple C vise à assurer que les diplômés sont prêts à commencer l'exercice de la médecine familiale[†], idéalement dans un système de soins de santé qui les aide à dispenser ce type de soins. Au niveau de la pratique, la vision du CMFC procure une solution qui peut aider les diplômés de demain.

L'éducation en médecine familiale et la responsabilité sociale

Le Cursus Triple C est issu de la nécessité de déterminer les besoins futurs de la population canadienne et de créer un cursus axé sur le développement des compétences qui tient compte de ces besoins et y répond.¹ Comme l'on consacre beaucoup de temps et de ressources financières à la mise en œuvre de cette nouvelle approche en matière d'éducation, il est indispensable d'en déterminer l'impact. À une époque où les données probantes ont plus de poids que la rhétorique, la mise sur pied d'un programme d'évaluation robuste s'avère essentielle. Dans cette optique, le CMFC a élaboré un plan d'exécution fondé sur le modèle logique décrit dans le présent document.

L'ÉLABORATION DU PLAN D'ÉVALUATION DE PROGRAMME

Le Groupe de travail sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences (le Groupe de travail sur le Cursus Triple C), qui relève du Conseil de la Section des enseignants du CMFC, a été mandaté pour superviser l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'évaluation de programme pour le Cursus Triple C. L'évaluation de programme suppose la collecte rigoureuse de données valides, fiables et utiles concernant un programme, à une ou plusieurs des fins suivantes : améliorer le programme et l'organisation; superviser et assurer la conformité; évaluer le mérite ou la valeur; et développer le savoir.⁶ Le but prédominant de cette évaluation est d'aider le CMFC à prendre des décisions relatives au soutien continu à fournir à cette nouvelle approche à la résidence en médecine familiale. Pour cette raison, nous faisons appel à un plan d'évaluation de programme axé sur l'utilisation⁷ qui vise trois objectifs :

1. Guider les décisions concernant le Cursus Triple C au fur et à mesure qu'il est mis en œuvre.
2. Comprendre l'incidence du Cursus Triple C sur les résidents, le corps professoral, les départements de médecine de famille et la discipline de la médecine familiale au Canada.
3. Partager les leçons tirées de la mise en œuvre d'un cursus axé sur le développement des compétences.

LES ACTIVITÉS DU PROGRAMME

Nous avons retenu Cathexis Consulting Inc. (<http://cathexisconsulting.ca/>) pour nous aider à créer le plan en collaboration avec le Groupe de travail sur le Cursus Triple C. Une série de mesures ont été prises pour créer le plan d'évaluation recommandé; nous les décrivons ci-après.

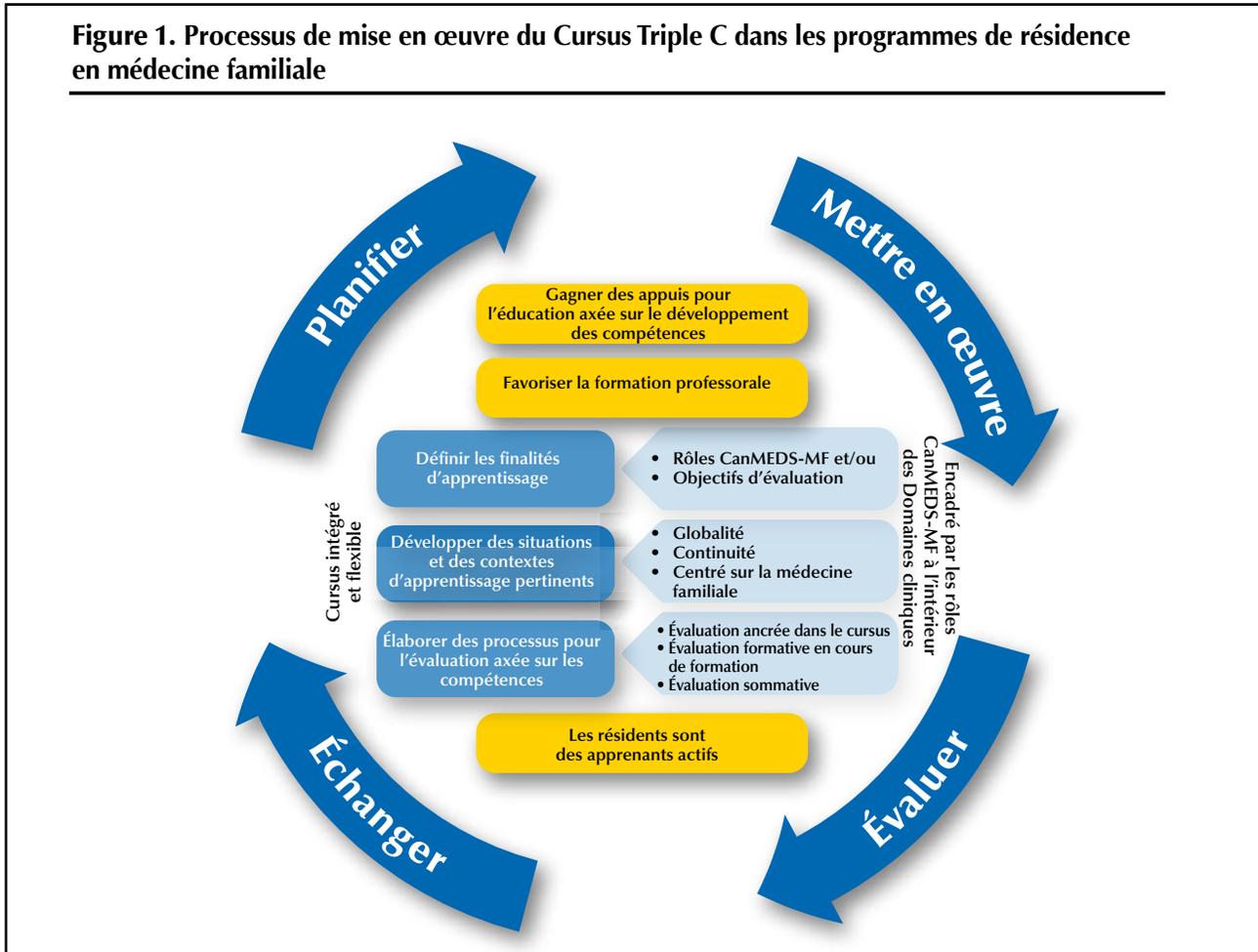
Les programmes de résidence en médecine familiale ont déjà abordé la transformation de leur cursus et de leurs méthodologies d'évaluation. La Figure 1 illustre ce processus. Pour réussir la mise en œuvre du Cursus Triple C, il faut intégrer et harmoniser trois éléments essentiels :

1. Définir les finalités d'apprentissage que les résidents doivent atteindre pour compléter leur programme. Les finalités d'apprentissage devraient être établies à partir des rôles CanMEDS– Médecine familiale (CanMEDS-MF)^{8*} et/ou des Objectifs d'évaluation⁹ (p. ex. les dimensions de la compétence, les phases de la rencontre clinique, les sujets prioritaires et les éléments clés).

[†] Par médecine familiale, on entend la spécialité dans sa globalité, qui couvre l'ensemble des domaines de soins cliniques dans tous les domaines de soins (comprehensive).

* Adapté de : *Frank JR, ed. Le Cadre des 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. Dans : <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/resources/aboutcanmeds>. Date de consultation : le 19 avril 2013.

Figure 1. Processus de mise en œuvre du Cursus Triple C dans les programmes de résidence en médecine familiale



2. Élaborer une gamme complète de situations et de contextes d'apprentissage qui permettront aux résidents de maîtriser les finalités d'apprentissage définies. Les situations et contextes devraient être intentionnels. Ils devraient être complets et globaux, favoriser la continuité pédagogique et la continuité des soins, et être centrés sur la médecine familiale. Ils devraient également tenir compte des domaines de soins cliniques de la médecine familiale.
3. Établir des processus d'évaluation axée sur les compétences qui permettent de procéder à une évaluation formative en cours de formation et ancrer ces processus dans le cursus. Cette étape favorise l'apprentissage réflexif et permet au résident et aux superviseurs de détecter et de corriger très tôt les retards d'apprentissage du résident. Elle favorise aussi une évaluation pertinente de la compétence du résident définie à la fin de la résidence.

Outre ces trois éléments essentiels, plusieurs facteurs sont indispensables à la mise en œuvre :

- Le soutien institutionnel des hauts dirigeants de l'établissement pour assurer l'attribution de ressources adéquates nécessaires au changement.
- La formation professorale pour permettre aux enseignants cliniques de répondre aux attentes et d'améliorer les méthodes d'enseignement qui correspondent à l'approche axée sur le développement des compétences.
- En tant qu'apprenants actifs, les résidents peuvent assumer une plus grande responsabilité quant à leur apprentissage; les enseignants jouent davantage un rôle de guide ou de *coach*.

- Les partenariats et les réseaux à l'intérieur des programmes et entre eux faciliteront l'échange de connaissances et d'outils, ce qui favorisera le développement et la diffusion de pratiques efficaces.

La Figure 1 démontre que l'implantation du Cursus Triple C n'est ni un événement ponctuel, ni un processus linéaire. Il s'agit plutôt d'un processus itératif et cyclique de planification, de mise en œuvre, d'évaluation et de correction de la trajectoire au fil du temps. Il suppose aussi que les succès et les leçons apprises soient transmis à l'ensemble du milieu de l'éducation en médecine familiale.

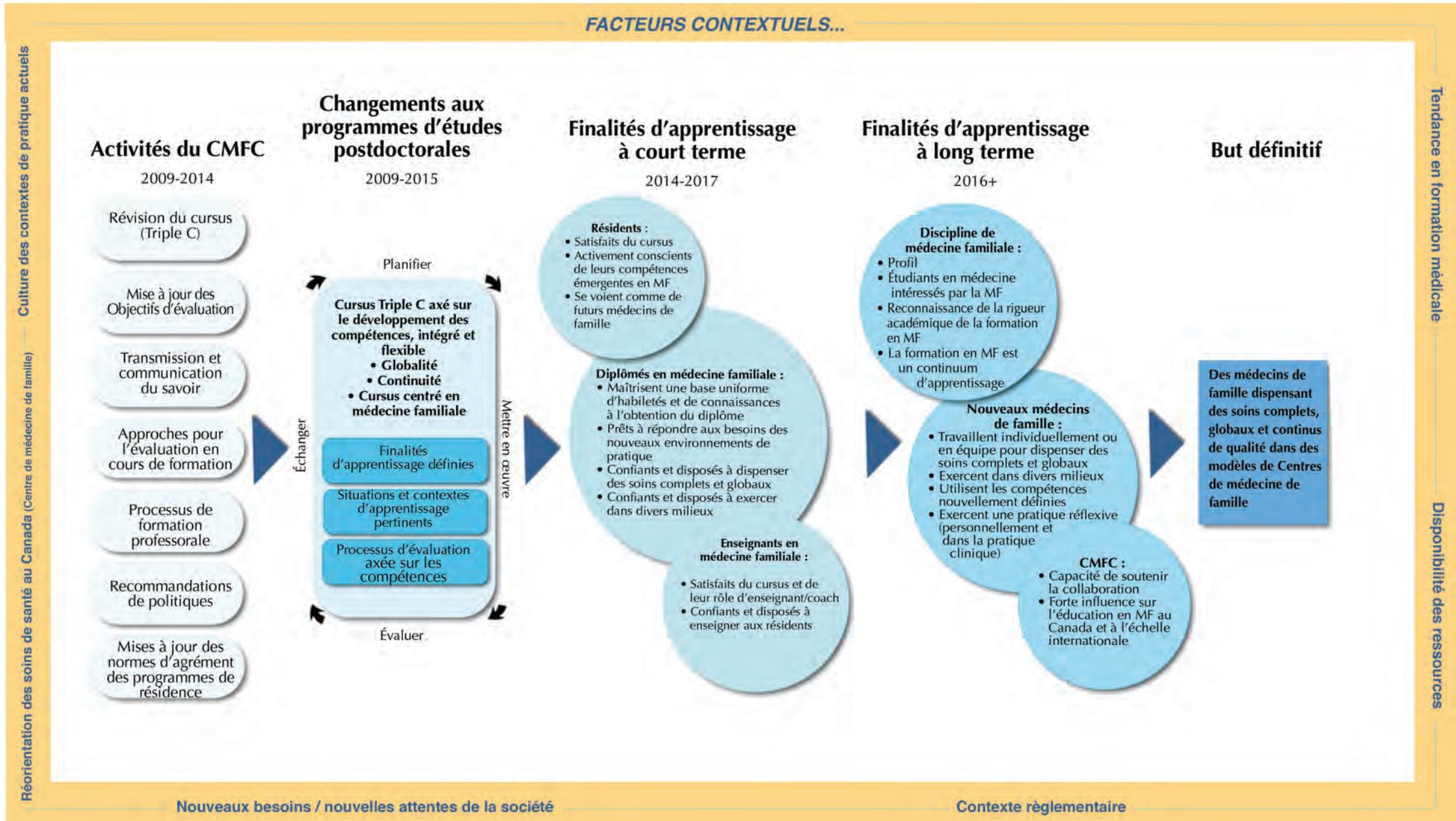
LES FINALITÉS D'APPRENTISSAGE PRÉVUES DU CURSUS TRIPLE C

La Figure 2 présente un « modèle logique » pour le Cursus Triple C. Ce modèle illustre la façon dont les activités du CMFC et des programmes d'études postdoctorales en médecine familiale entendent produire des finalités d'apprentissage spécifiques à court et à long terme. Le modèle logique fournit un cadre pour les buts visés par une activité. Pour créer le modèle logique du Cursus Triple C, des entrevues ont été menées avec les principaux intervenants, y compris les directeurs de programme, les leaders du CMFC, les 17 facultés de médecine, les vice-doyens aux études postdoctorales, les résidents en médecine familiale et les membres du comité d'éducation du CMFC. On a effectué une recension limitée des écrits sur l'évaluation des cursus axés sur le développement des compétences et sur les changements curriculaires.¹⁰⁻¹⁷ Enfin, les auteurs ont entrepris un vaste examen des documents du CMFC se rapportant aux éléments du Cursus Triple C.

Les finalités d'apprentissage à court terme du modèle logique décrivent les avantages immédiats que les changements au programme devraient apporter aux résidents, aux nouveaux diplômés et aux enseignants. Selon toute probabilité, ces finalités devraient se manifester entre 2014 et 2017 à mesure que les programmes adopteront les changements et que les premières cohortes de résidents du Cursus Triple C obtiendront leur diplôme. On prévoit que ces finalités d'apprentissage à court terme auront un effet positif sur la pratique des médecins de famille, sur le CMFC et sur la discipline de médecine familiale dans son ensemble.

De concert avec d'autres initiatives du CMFC, le Cursus Triple C devrait, en dernière analyse, appuyer le but du CMFC : des médecins de famille qui dispensent des soins complets, globaux et continus de qualité dans des modèles comme celui du Centre de médecine de famille (CMF). Influencé par les facteurs systémiques (recensés à l'intérieur de la bordure périphérique jaune de la Figure 2), le CMFC reconnaît que le Cursus Triple C est élaboré et mis en œuvre dans un contexte plus large et qu'il est soumis à des facteurs indépendants de sa volonté. Parmi ces facteurs, mentionnons les tendances en éducation médicale, la disponibilité des ressources, la culture des pratiques de médecine familiale actuelles, le cadre réglementaire, l'évolution des besoins et des attentes de la population canadienne et les tendances en matière de soins de santé au Canada. Il faut tenir compte de ces facteurs au moment d'interpréter les finalités d'apprentissage éventuelles du Cursus Triple C. Il sera impossible d'établir un lien de causalité, mais nous espérons que l'évaluation de programme aidera à illustrer l'apport du Cursus Triple C. On prévoit qu'avec le temps, les finalités d'apprentissage se préciseront et que le modèle logique et le plan d'évaluation tels qu'ils sont présentés aujourd'hui pourraient évoluer à mesure que les intervenants ajouteront leurs observations.

Figure 2. Modèle logique du Cursus Triple C : Un document évolutif



LE PLAN D'ÉVALUATION DE PROGRAMME

On a créé le plan d'évaluation du Cursus Triple C pour expliquer les éléments suivants :

1. Le processus de mise en œuvre du Cursus Triple C : évaluation critique de sa mise en œuvre afin de prendre les décisions nécessaires quant au Cursus Triple C, d'améliorer les éléments du cursus et de combler les lacunes du savoir sur l'éducation axée sur le développement des compétences
2. L'impact du Cursus Triple C : compte tenu des finalités d'apprentissage à court et à long terme sur les résidents, le corps professoral, la discipline et le Collège lui-même

On prévoit créer un plan d'évaluation de programme d'envergure nationale. Ce plan cherchera à tracer les profils et les tendances dans les 17 programmes de médecine familiale et leurs unités de médecine familiale. Il n'évaluera aucun programme ou unité individuellement, bien qu'il fournisse des outils et produise des données que les programmes ou les unités pourront utiliser pour améliorer la qualité.

Le Groupe de travail sur le Cursus Triple C a approuvé les questions de l'Encadré 1 pour mieux encadrer la conception de l'évaluation, la collecte et l'analyse des données et la production de rapports.

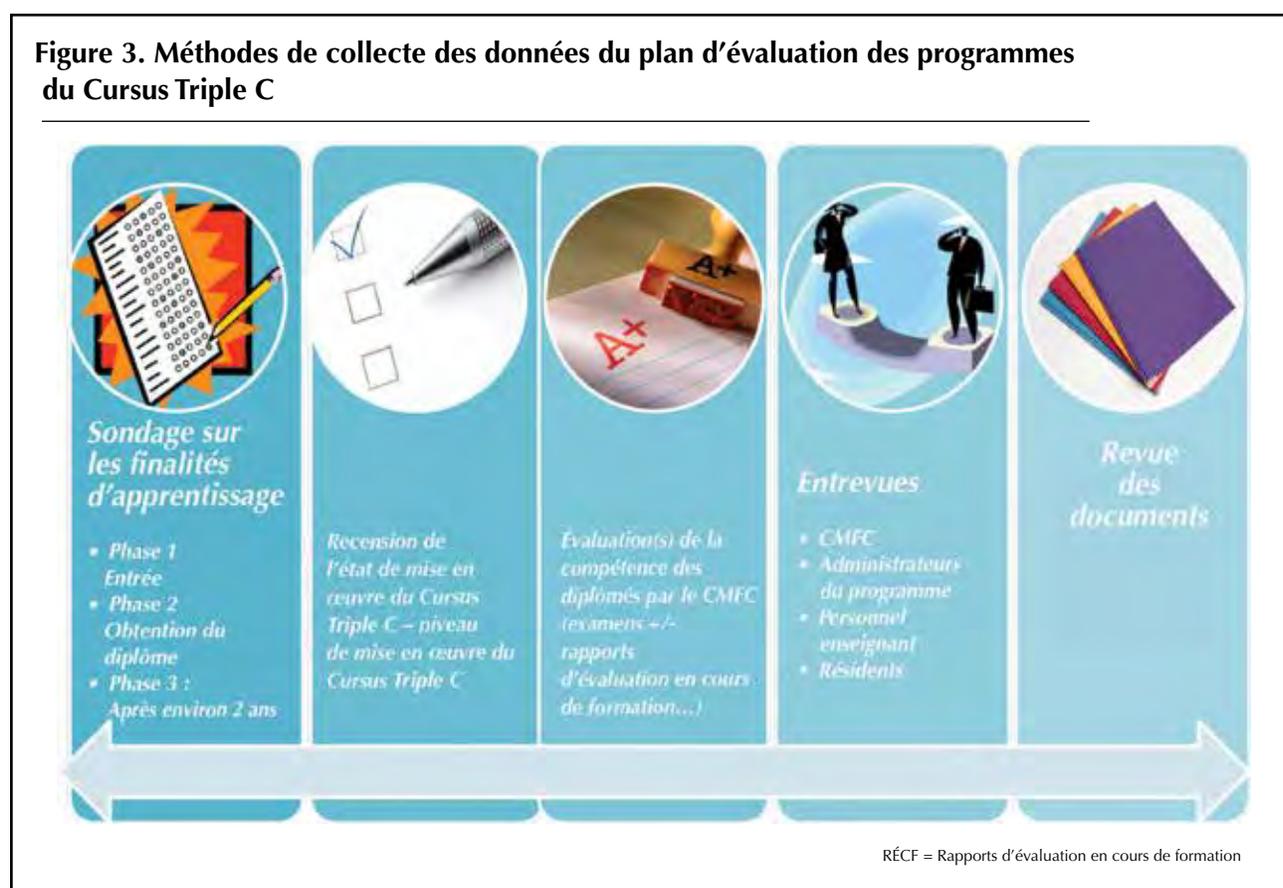
Encadré 1. Questions pour l'évaluation des programmes qui appliquent le Cursus Triple C

1. Comment a-t-on mis en œuvre le Cursus Triple C dans chacun des 17 programmes de médecine familiale et leurs unités de médecine familiale?
2. Quels mécanismes de soutien le CMFC a-t-il fournis à cet égard? Dans quelle mesure ont-ils été utiles?
3. Quelles leçons avons-nous tirées de la mise en œuvre efficace du Cursus Triple C?
4. Que faut-il de plus pour soutenir la mise en œuvre et la viabilité du Cursus Triple C partout au Canada?
5. Dans quelle mesure atteignons-nous les finalités d'apprentissage souhaitées à court terme pour :
 - a) les résidents?
 - b) le corps professoral?
 - c) les diplômés?
6. Dans quelle mesure atteignons-nous les finalités d'apprentissage souhaitées à plus long terme pour :
 - a) les nouveaux médecins de famille?
 - b) la discipline de médecine familiale?
 - c) le CMFC?
7. Dans quelle mesure le Cursus Triple C a-t-il contribué aux changements sur le plan des finalités d'apprentissage souhaitées?
8. Quelles finalités d'apprentissage non souhaitées a-t-on observées?

Collecte de données

Les données qui serviront au processus d'évaluation de programme seront recueillies auprès de divers intervenants au moyen de méthodes mixtes¹⁸ (voir la Figure 3). On prévoit l'utilisation d'approches qualitatives pour ouvrir le dialogue avec les intervenants, ce qui devrait permettre d'examiner les questions 1 à 4. Il faudra prévoir un processus pour déterminer le niveau d'implantation des divers éléments du Cursus Triple C par le programme. En répétant ce processus sur une base continue, on pourra déterminer quand et comment chaque programme de médecine de famille met en œuvre le Cursus Triple C. Nous examinons présentement la possibilité d'élaborer un outil de « recension de l'état de la mise en œuvre du Cursus Triple C ».

Figure 3. Méthodes de collecte des données du plan d'évaluation des programmes du Cursus Triple C



Pour déterminer les finalités d'apprentissage éventuelles du Cursus Triple C (questions 5 à 8), il faut trouver un moyen de faire un suivi longitudinal des résidents à l'entrée en résidence, à l'obtention du diplôme, puis au début de la pratique indépendante. Un sondage longitudinal faisant le suivi des perspectives des résidents relativement au Cursus Triple C et à leurs intentions de pratique, depuis leur entrée en résidence jusqu'au début de leur pratique indépendante, est présentement en phase pilote. Les sondages longitudinaux recueillent des données auprès des résidents afin de constater les finalités d'apprentissage éventuelles à court et à long terme. Le Groupe de travail sur l'élaboration du sondage du CMFC a été mis sur pied pour aider à réaliser ce projet. Ce groupe de travail publiera prochainement les résultats de ses travaux.

On prévoit que l'évaluation de programme du Cursus Triple C se déroulera sur une période de dix ans. En 2012 et 2013, les programmes de médecine familiale développeront et mettront à l'essai les méthodes d'évaluation de programme. La collecte des données de base devrait commencer en 2013. On continuera de recueillir les données sur une base périodique jusqu'en 2022, environ. Au cours des premières années de l'évaluation, nos efforts porteront principalement sur l'implantation du Cursus Triple C et sur les finalités d'apprentissage à court terme. Les besoins en matière d'information du CMFC, des programmes de médecine familiale et des autres intervenants pourraient évoluer au fil de l'évaluation. Par conséquent, le plan d'évaluation sera de nature évolutive. D'après les travaux de Patton (2008)⁷, l'évaluation évoluera de manière à répondre au contexte changeant de la médecine familiale et de l'éducation en médecine familiale. À mesure que le Cursus Triple C deviendra mieux établi, nous accorderons plus d'importance aux finalités d'apprentissage à plus long terme, ce qui nous permettra d'évaluer la mesure dans laquelle le Cursus Triple C répond aux buts visés au départ.

Analyse

Comme chaque programme de résidence appliquera le Cursus Triple C à son propre rythme, il est impossible d'utiliser un plan expérimental pour évaluer son impact. Certains programmes et unités de médecine familiale ont déjà mis en œuvre des aspects du cursus, alors que d'autres n'ont toujours pas commencé.¹⁹ Nous examinons actuellement la possibilité de décrire les programmes en fonction du niveau d'implantation. En regroupant ainsi les programmes, nous aurons un mécanisme pour mettre en lumière les différences et les similitudes et évaluer les relations avec les données sur les finalités d'apprentissage tirées du sondage longitudinal. Hypothétiquement, on pourrait constater une amélioration des finalités d'apprentissage chez les premiers utilisateurs, puis parmi la majorité précoce et enfin, parmi les autres programmes.

L'évolution des finalités d'apprentissage pourrait s'avérer difficile à déterminer. Même en examinant les finalités d'apprentissage par niveau de mise en œuvre, il sera difficile de tirer des conclusions sur l'impact du Cursus Triple C. De nombreux facteurs externes auront une incidence sur les finalités souhaitées et changeront l'interprétation des constats. Par exemple, bon nombre des facteurs contextuels énumérés dans la bordure périphérique du modèle logique (Figure 2) nous invitent à prêter attention aux tendances en éducation médicale, au financement, à la culture des pratiques actuelles, au cadre réglementaire, aux nouveaux besoins et nouvelles attentes de la société et à la réorientation des soins de santé au Canada. Il sera important de recueillir des données sur ces facteurs et d'en tenir compte au moment d'analyser et d'interpréter les données sur les finalités.

L'utilisation des données recueillies par toutes les méthodes permettra une interprétation plus rigoureuse. L'obtention de données probantes cohérentes issues de sources différentes augmente la fiabilité des résultats. Par contraste, tout écart des résultats parmi les différentes sources doit être examiné de façon approfondie pour en déterminer la cause.

UNE OCCASION POUR LA MÉDECINE FAMILIALE

À notre connaissance, le plan d'évaluation de programme du Cursus Triple C axé sur le développement des compétences est le premier à utiliser une approche nationale pour déterminer l'impact des programmes de résidence en médecine familiale. Nous espérons que les connaissances acquises nous permettront de déterminer l'influence que pourrait avoir le Cursus Triple C sur l'éducation en particulier et sur le système de soins de santé en général. Il sera important de partager ces facteurs de réussite. Si des problèmes graves se présentaient, le CMFC serait tout à fait prêt à trouver une solution afin de remettre le Cursus Triple C sur la bonne voie et d'appuyer nos collègues des quatre coins du pays qui cherchent à améliorer l'éducation en médecine familiale. En évaluant l'influence de ce cursus sur les diplômés par le biais du sondage longitudinal, le CMFC et ses

partenaires universitaires pourront comprendre l'incidence de l'éducation sur le type de médecin de famille issu de ce programme. Les habitudes de pratique peuvent nous aider à mieux comprendre si le cursus peut influencer à la fois le type de médecine familiale pratiquée (globale par opposition à ciblée) et le lieu de la pratique (n'importe quelle collectivité au Canada). En définitive, les données recueillies donneront des perspectives sur l'incidence de l'éducation en médecine familiale sur les résultats de santé des patients et sur l'efficacité du système.

REMERCIEMENTS

L'auteure souhaite souligner la contribution de Cathexis Consulting Inc., ainsi que celle des membres du Groupe de travail sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences qui ont participé à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan d'évaluation de programme national : Eric Wong (président), Elaine Blau, Fraser Brenneis, Teresa Cavett, Cathy Cervin, Tom Crichton, Nancy Fowler, Roger Ladouceur, David LaPierre, Cathy Maclean, Louise Nasmith, Danielle Saucier, Salvatore Spadafora, David Tannenbaum et Allyn Walsh. Les membres du Groupe de travail sur l'élaboration du sondage ont également beaucoup contribué à l'initiative par l'entremise de leur travail sur le sondage longitudinal : Douglas Archibald, Louise Authier, Laura McEwen, Maria Palacios, Shelley Ross et Steve Slade.

Références

1. Tannenbaum D, Kerr J, Konkin J, Organek A, Parsons E, Saucier D, et collab. *Cursus Triple C axé sur le développement des compétences. Rapport du Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral - Partie 1*. Mississauga, ON: Le Collège des médecins de famille du Canada; 2011. Dans : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/Triple%20C%20Competency%20based%20curriculum%20-%20FR%20-%20Final%20-%20Mar23%202011%20w%20COVER.pdf. Date de consultation : le 21 avril 2013.
2. Starfield B, Shi L. « The medical home, access to care, and insurance: a review of evidence ». *Pediatrics* 2004;113(5 Suppl):1493-1498.
3. Hollander M., Kadlec H., Hamdi R., Tessaro A. « Increasing value for money in the Canadian healthcare system: new findings on the contribution of primary care services ». *Healthc Q* 2009;12(4):32-44.
4. Starfield B., Chang HY, Lemke KW, Weiner JP. « Ambulatory specialist use by nonhospitalized patients in US health plans: correlates and consequences ». *J Ambul Care Manage* 2009;32:216-225.
5. Collège des médecins de famille du Canada. *Une vision pour le Canada. La pratique de la médecine familiale : Le Centre de médecine de famille*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2011. Dans : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/CMF_Une_Vision_Pour_le_Canada.pdf. Date de consultation : le 21 avril 2013.
6. Mark M., Henry G., Julnes G. *Evaluation: An Integrated Framework for Understanding, Guiding, and Improving Policies and Programs*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2000.
7. Patton MQ. *Utilization Focused Evaluation*. 4th ed. Los Angeles, CA: Sage Publications; 2008.

8. Collège des médecins de famille du Canada, Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral. *CanMEDS-Médecine familiale : un cadre de compétences en médecine familiale*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; Octobre 2009. Dans : <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/CanMeds%20FM%20Final%20FR%20oct%2009.pdf>. Date de consultation : le 21 avril 2013.
9. 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 Objectifs d'évaluation en médecine familiale*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2010. Dans : <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/Definition%20of%20Competence%20Complete%20Document%20with%20skills%20and%20phases%20FR%20Jan%202011.pdf>. Date de consultation : le 21 avril 2013.
10. Hodges BD. « A tea-steeping or i-Doc model for medical education? » *Acad Med* 2010;85 (9 Suppl): S34-S44.
11. Talbot M, Monkey see, monkey do: a critique of the competency model in graduate medical education. *Med. Educ* 2004;38:587-592.
12. The Royal Australian College of General Practitioners. *The RACGP Curriculum for Australian General Practice 2011*. Dans : <http://www.racgp.org.au/curriculum/>. Date de consultation : le 17 février 2011.
13. Rees CE. « The problem with outcomes-based curricula in medical education : Insights from educational theory. » *Med Educ* 2004;38 :593-598.
14. Miller GE. « The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med* 1990;65 (9 Suppl) : S63-S67.
15. Allan GM, Korownyk C., Tan A., Hindle H., Kung L., Manca D. « Developing an integrated evidence-based medicine curriculum for family medicine residency at the University of Alberta. » *Acad Med* 2008;83:581-587.
16. Epstein RM, Hundert EM. « Defining and assessing professional competence. » *J Am Med Assoc* 2002;287:226-235.
17. Bland CJ, Starnaman S., Wersal L., Moorhead-Rosenberg L., Zonia S., Henry R. « Curricular change in medical schools : How to succeed. » *Acad Med* 2000; 75 :575-594.
18. Creswell JW, Plano Clark VL. *Designing and conducting mixed methods research*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2011.
19. Wong E, au nom du Groupe de travail sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences. Réflexions du Groupe de travail sur le Cursus Triple C. Dans : Oandasan I, Saucier D, éd. *Rapport sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences – Partie 2 : Faire progresser la mise en œuvre*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2013. Dans : www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/TripleC_Report_pt2.pdf. Date de consultation : le 22 septembre 2013.

Après une décennie de planification, le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences (Cursus Triple C) a été officiellement lancé en 2011. Le premier document de la présente section – *Transition vers le Cursus Triple C : Perspectives des programmes de résidence de 2009 à 2010* – révèle qu'avant même le lancement officiel du *Rapport sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences – Partie 1*, les programmes de résidence en médecine familiale avaient déjà amorcé la transition vers un Cursus Triple C.

En 2013, il était clair que les 17 programmes de résidence en médecine familiale canadiens avaient commencé l'implantation du cursus. On attribue le succès de cette initiative au leadership du Groupe de travail sur la mise en œuvre du Cursus Triple C (Groupe de travail sur le Cursus Triple C), qui relève du Conseil de la Section des enseignants du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). Le document *Réflexions du Groupe de travail sur le Cursus Triple C* explique le mandat de quatre ans et les activités du Groupe. Il décrit ce qu'il a accompli jusqu'à maintenant et ses projets pour les deux dernières années de son mandat. Manifestement, il faudra revoir le cursus tous les ans pour s'assurer que la médecine familiale s'acquitte bien de son rôle de former des médecins de famille qui répondent aux besoins de la population canadienne.

Les changements apportés par la mise en œuvre du Cursus Triple C seront de longue durée. Dans le dernier document – *Cursus Triple C : Tourné vers l'avenir* –, les éditrices nous présentent leurs réflexions sous la forme d'un épilogue. Elles parlent de l'impact du cursus sur l'éducation médicale et sur le système de santé en général au Canada et ailleurs dans le monde. La force de la collaboration qui unit le CMFC et les 17 facultés de médecine est sans précédent. Ce dernier chapitre qui traite de l'approche scientifique pour l'utilisation d'un plan d'évaluation de programme, de l'importance de rassembler les intervenants tout en mettant l'accent sur les stratégies de gestion du changement et la possibilité de communiquer le caractère unique de la discipline de médecine familiale par l'entremise du Cursus Triple C — résume le périple de la mise en œuvre de la réforme curriculaire au Canada et incite à poursuivre sur cette lancée. La mise en place de processus durables témoigne de l'engagement à l'égard d'une amélioration continue de la qualité de l'éducation en médecine familiale. Le Cursus Triple C joue un rôle crucial dans l'évolution de la médecine familiale au Canada et montre sans équivoque que le CMFC continue de contribuer à l'excellence des soins offerts à la population canadienne.

Transition vers le Cursus Triple C : Perspectives des programmes de résidence de 2009 à 2010

Auteurs

Jonathan Kerr, Danielle Saucier, Eric Wong, Jill Konkin, Andrew Organek, Ean Parsons, Liz Shaw, David Tannenbaum, Allyn Walsh

Citation suggérée :

Kerr J, Saucier D, Wong E, Konkin J, Organek A, Parsons E, et collab. Transition vers le Cursus Triple C : Perspectives des programmes de résidence de 2009 à 2010. Dans : Oandasan I, Saucier D, éd. *Rapport sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences – Partie 2 : Faire progresser la mise en œuvre*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2013. Dans : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/TripleC_Rapport_2.pdf . Date de consultation : le 22 septembre 2013

INTRODUCTION

Provoquer un changement est une initiative à la fois enrichissante et exigeante, qui passe par de nombreuses étapes. Pour faciliter et suivre le processus complexe du changement curriculaire dans les programmes de médecine familiale du Canada, le Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral (GTRC) du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) a mené deux sondages auprès des directeurs de programme de médecine familiale. Le premier sondage a été effectué en 2009, avant la publication du premier rapport du GTRC¹ sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences (Cursus Triple C). Le deuxième a été effectué en 2010, après la remise du rapport aux directeurs de programme.

Dans le présent document de réflexion, nous donnons un compte-rendu succinct des résultats de ces sondages qui révèlent les progrès considérables réalisés par les programmes de médecine familiale au regard de la mise en œuvre des concepts du Cursus Triple C.

ANALYSE DE LA SITUATION : LE SONDRAGE DE 2009

Pour déterminer l'étendue de l'intégration des concepts du Cursus Triple C dans le cursus des programmes de résidence en médecine familiale au Canada, le GTRC a sondé les directeurs de programme à l'automne 2009, avant de publier son Rapport sur le Cursus Triple C - Partie 1.¹ (Voir l'Annexe A pour connaître la méthodologie et les résultats du sondage.)

Les résultats démontrent qu'avant 2009, de nombreux programmes de résidence en médecine familiale avaient déjà mis en œuvre certains éléments curriculaires directement alignés sur les trois C du Cursus Triple C, à savoir, les soins *complets et globaux*, la *continuité* pédagogique et la *continuité* des soins aux patients et le cursus *centré* sur la médecine familiale.¹ Parmi ces éléments, l'offre régulière d'activités cliniques axées sur la médecine familiale et encadrées par des modèles de rôle positifs, soit des médecins de famille, soit des spécialistes consultants favorables à la médecine familiale, était la plus souvent citée. Déjà, la plupart des programmes s'accordaient sur la nécessité du troisième C : un cursus centré sur la médecine familiale. De plus, la participation des résidents à la prestation de « soins complets et globaux » et les efforts visant la « continuité des soins » apparaissaient aussi comme des aspects communs dans la plupart des programmes.

La matière enseignée dans les programmes académiques – la médecine comportementale par exemple – démontre bien que les programmes de médecine familiale avaient déjà compris qu'ils devaient développer les compétences des résidents dans tous les rôles CanMEDs–Médecine familiale (CanMEDS-MF)² et ce, sans se limiter à l'expertise clinique. De nombreux champs de pratique spécifique avaient aussi développé des compétences en utilisant les mêmes référentiels que le Cursus Triple C; en consultant ces documents, on constate hors de tout doute que des éléments « axés sur le développement des compétences » étaient présents en 2009, avant même le lancement du Cursus Triple C.

Ces résultats laissent entrevoir que certaines caractéristiques des concepts du Cursus Triple C (lequel n'était pas encore présenté sous la forme d'un cursus formel) étaient reconnues par les programmes et leurs directeurs comme une façon de faire progresser l'éducation en médecine familiale. Cette synchronicité n'a rien d'étonnant puisque les Quatre principes de la médecine familiale³ ont guidé toutes les recommandations curriculaires antérieures et demeurent présents en trame de fond du Cursus Triple C.

En 2009 déjà, certains programmes s'orientaient vers une approche dite par compétences pour

* Adapté de : 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. Dans : <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds>. Date de la consultation : le 23 avril 2013.

l'élaboration des cursus en médecine familiale. Des projets-pilotes sur l'évaluation axée sur les compétences avaient été amorcés et quelques programmes planifiaient un cursus fondé sur les compétences. La réorganisation du cursus académique axé sur le développement des compétences ne comportait que rarement des changements à la structure du programme. L'implantation de cursus intégrés se faisait dans les unités de médecine familiale plutôt qu'à l'échelle du programme. Des expressions telles que « globalité de l'éducation » et « continuité pédagogique » n'étaient jamais mentionnées explicitement comme composantes essentielles de l'éducation en médecine familiale, mais certains rapports évoquaient ces notions.

Dans l'ensemble, les résultats du sondage décrivent le point de départ des programmes de résidence en médecine familiale au Canada en 2009.

LANCEMENT DU CURSUS TRIPLE C

C'est sur cette toile de fond que le CMFC lançait officiellement le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences en 2010. Ce fut le début d'une ère de changement.

En 2009, le Collège a publié la Partie 1 du rapport intérimaire du GTRC⁴ sur le Cursus Triple C et a entrepris un processus de quatre ans (de 2009 à 2012) au cours duquel il a présenté progressivement les composantes du Cursus Triple C à tous les directeurs de programme de résidence en médecine familiale durant leurs réunions nationales annuelles. Le Collège s'attendait à ce que les programmes entament d'importantes transformations curriculaires qui cadrent avec les orientations mentionnées dans le rapport et soutenues par le CMFC. La révision des lignes directrices qui régissent l'agrément des programmes de résidence en médecine familiale (la mise à jour du *Livre rouge*⁵), dans la perspective du Cursus Triple C, était déjà en cours; ces nouvelles lignes directrices ont été publiées en 2013.⁶ Avec ces initiatives, les programmes de résidence en médecine familiale étaient bien conscients que le CMFC s'attendait à ce qu'ils procèdent à la mise en œuvre d'un Cursus Triple C.

Comme il est mentionné à la section *Faciliter le changement curriculaire : Passage à un Cursus Triple C axé sur le développement des compétences*, activer un processus de changement curriculaire est une entreprise complexe. Or, un an après le début officiel du processus national de mise en œuvre du Cursus Triple C, le GTRC préparait un nouveau sondage destiné aux programmes de résidence en médecine familiale afin d'évaluer leur progression vers l'implantation du Cursus Triple C.

REMODELER LE PAYSAGE : LE SONDRAGE DE 2010

Pendant la deuxième séance de réflexion des directeurs de programme organisée par le CMFC à Mississauga (Ontario) en décembre 2010, tous les participants (principaux leaders de l'éducation ainsi que la majorité des directeurs de programme de résidence en médecine familiale) ont été invités à autoévaluer leur progression vers la mise en œuvre du Cursus Triple C. Chaque répondant a rempli un sondage normalisé (Annexe B) adapté du questionnaire de Dannefer et Henson⁷ mesurant l'adoption de l'éducation axée sur le développement des compétences au niveau institutionnel, lequel s'appuie sur les stades du changement de Prochaska et DiClemente.⁸

On a demandé aux répondants de nommer leur programme et d'indiquer s'ils en étaient le directeur.

Résultats du sondage

Cette section résume les réponses au sondage fournies par les directeurs de programme de résidence. Seize des dix-sept programmes de résidence ont répondu au questionnaire. (Voir la Figure 1 pour un résumé des résultats et le Tableau 1 pour une brève description de chaque stade de la progression.) D'après ce sondage, en décembre 2010, la majorité des programmes de résidence en médecine familiale au Canada prenaient une part active à la conception et au développement (stade 3) du changement. Certains se situaient à un stade précoce alors que d'autres avaient atteint un stade avancé. Un programme a été considéré par ses représentants comme étant encore à l'étape de la résistance (stade 1); l'autoévaluation d'un autre programme le classait à l'étape de l'initiation (stade 2). Deux programmes estimaient qu'ils avaient atteint le stade de l'implantation (stade 4).

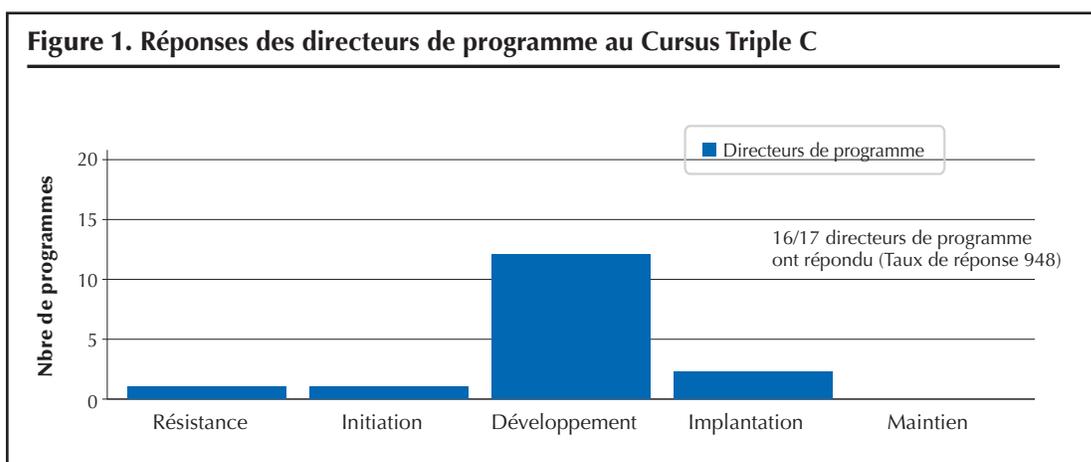


Tableau 1. Stades de la progression institutionnelle vers l'éducation axée sur le développement des compétences

Stade	Description
1	Résistance
2	Initiation
3	Conception et développement
4	Implantation
5	Maintien et évaluation

Adapté de : Dannefer E, et collab. Atelier présenté lors du Congrès de l'AMEE, Glasgow, R.-U., 2010

DISCUSSION

En date de décembre 2010, l'autoévaluation des programmes de résidence en médecine familiale au Canada a révélé que plusieurs d'entre eux mettaient activement en œuvre le Cursus Triple C et qu'ils affichaient une progression institutionnelle rapide.

Alors que des changements se produisaient au niveau décisionnel dans la plupart des programmes, on ne saurait dire avec certitude si la majorité des enseignants et des superviseurs étaient des acteurs conscients de ces innovations. De plus, il était difficile de déterminer si les concepts du Cursus Triple C étaient compris seulement comme des objectifs souhaitables, mais théoriques, ou bel et bien comme un changement de paradigme qui exige un plan d'action concret et ayant un effet réel sur les activités d'enseignement et d'apprentissage au quotidien.

Ces résultats mettent en lumière la dynamique éducative des programmes de résidence en médecine familiale du Canada et leur volonté d'adopter le changement. Ils indiquent également que les recommandations du Cursus Triple C étaient jugées hautement pertinentes et conformes aux besoins perçus des programmes sur le plan des changements pédagogiques.

Enfin, ces résultats établissent la pertinence et l'efficacité des stratégies de communication du CMFC avec les programmes concernant le Cursus Triple C et les recommandations du GTRC. Au moment de la rédaction du présent document, le CMFC élaborait des stratégies de soutien additionnelles pour faciliter la participation des programmes et leur donner le pouvoir d'apporter ces changements institutionnels à grande échelle. Le Groupe de travail sur la mise en œuvre du Cursus Triple C axé sur le développement des compétences du CMFC a été formé en 2010 pour superviser et aider les programmes de résidence à promouvoir les changements nécessaires pour mettre en œuvre le Cursus Triple C. (Le document *Réflexions du Groupe de travail sur le Cursus Triple C* décrit cette expérience.)

CONCLUSION

Ces sondages brossent un portrait de la formation en médecine familiale au Canada à deux moments distincts. De nombreuses innovations ont été introduites depuis que ces sondages ont été menés. Le GTRC reconnaît que la nature du Cursus Triple C a continué d'évoluer pendant cette période passionnante marquée par la croissance dynamique de la discipline de médecine familiale.



Références

1. Tannenbaum D, Kerr J, Konkin J, Organek A, Parsons E, Saucier D, et collab. *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. Dans : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/Triple%20C%20Competency%20based%20curriculum%20-%20FR%20-%20Final%20-%20Mar23%202011%20w%20COVER.pdf. Date de la consultation : le 18 avril 2013.
2. Collège des médecins de famille du Canada, Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral. *CanMEDS-Médecine familiale : un cadre de compétences en médecine familiale*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; Octobre 2009. Dans : <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/CanMeds%20FM%20Final%20FR%20oct%2009.pdf>. Date de la consultation : le 18 avril 2013.
3. Collège des médecins de famille du Canada. Les Quatre principes de la médecine familiale. Collège des médecins de famille du Canada. 2006. Dans : http://www.cfpc.ca/Les_quatre_principes/. Date de la consultation : le 18 avril 2013.
4. Crichton T, Allen T, Bethune C, Brailovsky C, Donoff M, Laughlin T, et collab. *Interim Report to the Board of Examiners : Initial Recommendations for Changes to ITE for the Purposes of Certification*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2009
5. 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: Collège des médecins de famille du Canada; 2006.
6. Collège des médecins de famille du Canada, Service de la médecine familiale universitaire. *Normes particulières applicables aux programmes de résidence en médecine familiale agréés par le Collège des médecins de famille du Canada : le Livre rouge*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2013. <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Red%20Book%20French.pdf>. Date de la consultation : le 18 avril 2013.
7. Dannefer E., Henson L. Diagnosing and treating barriers to implementation in competency based education. Atelier présenté dans le cadre du congrès annuel de l'Association for Medical Education in Europe 2010; 7 septembre 2010; Glasgow, UK.
8. Procahska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983;51(3):390-395.

Annexe A : Sondage de 2009

MÉTHODOLOGIE

En septembre 2009, tous les directeurs de programme de médecine de famille ont reçu un courriel leur demandant de décrire, par le biais d'un sondage électronique, l'état actuel de l'implantation du Cursus Triple C dans leur établissement. Un courriel de suivi leur a été envoyé en novembre 2009.

Le sondage tentait d'étudier les principaux éléments curriculaires suivants :

- Structure et organisation du programme
- Activités cliniques
- Enseignement formel
- Enseignement et supervision sur une base individuelle
- Évaluation des résidents

On a demandé aux directeurs de programme d'impliquer leurs principaux collègues dans l'autoévaluation de leur programme. Chaque participant devait décrire brièvement les initiatives individuelles mises en œuvre dans les programmes de l'établissement, élément clé par élément clé. Ces réponses ont été colligées et analysées qualitativement par les membres du GTRC, qui ont ensuite défini des principaux thèmes issus des résultats.

Quinze des dix-sept programmes ont répondu. Les réponses provenaient de diverses sources, notamment des directeurs de programme, des directeurs de site ou d'unité, des responsables du cursus et des résidents. Selon toute probabilité, cette diversité explique la variabilité des informations reçues puisque les perspectives vont de l'évaluation d'un site à l'évaluation de l'ensemble du programme. Nous cherchions à obtenir des perspectives sur l'ensemble du programme puisque les programmes de résidence canadiens sont de vastes programmes universitaires qui peuvent comprendre jusqu'à 16 sites ou unités. Les programmes sont délocalisés dans des collectivités urbaines et rurales, sur des distances pouvant atteindre 1000 km, avec un nombre variable de résidents (entre 100 et 250). Le sondage a été mené avant la publication du rapport sur le Cursus Triple C¹, mais après que les directeurs de programme ont reçu l'information préliminaire sur les recommandations à venir. Il s'agissait d'une autoévaluation; certaines réponses démontraient une compréhension limitée des concepts du Cursus Triple C.

Même si ce sondage ne visait pas à faire une compilation complète de toutes les activités curriculaires pertinentes au Canada, il représente un vaste recueil des éléments curriculaires conformes au Cursus Triple C déjà en place en 2009.

RÉSULTATS DU SONDRAGE

Les réponses au sondage en ligne ont été recueillies et analysées, puis regroupées en cinq éléments curriculaires clés (structure et organisation du programme, activités cliniques, enseignement formel, enseignement et supervision sur une base individuelle et évaluation des résidents).

Structure et organisation du programme

À l'automne 2009, un seul programme mentionnait une planification globale fondée sur un référentiel de compétences. Très peu de programmes avaient des objectifs axés sur le développement des compétences, mais certains stages comportaient des objectifs spécifiques de cette nature. On a relevé de nombreuses descriptions de cursus intégré offrant une exposition longitudinale à la médecine familiale, une intégration avec des domaines de soins ciblés et une supervision principalement assumée par des médecins de famille. Ces cursus étaient souvent propres à une unité plutôt qu'au programme dans son ensemble. Les domaines cliniques ciblés les plus souvent intégrés à la médecine familiale étaient la médecine d'urgence, les soins aux personnes âgées, la pédiatrie et les soins périnataux. En règle générale, la participation des résidents à ces activités était obligatoire. Les programmes ont déclaré choisir délibérément les enseignants : des médecins de famille en tant que modèles de rôle et superviseurs dans les domaines de soins ciblés (p. ex. les soins aux personnes âgées, les soins hospitaliers); des médecins de famille et autres médecins participant à la prestation de soins en collaboration; ou des spécialistes favorables à la médecine familiale. De plus, nous savons qu'un autre programme avait fait l'objet d'une restructuration, mais qu'il ne l'avait pas indiqué dans le sondage.

Activités cliniques

De nombreuses informations faisaient état de stages sous la direction de la médecine familiale dans des champs de pratique ciblée, le plus souvent en soins périnataux et hospitaliers, mais aussi en médecine d'urgence, en soins palliatifs, en soins prénataux et en soins aux nouveau-nés et aux enfants. Dans le cadre de ces activités cliniques, la supervision était assurée principalement par des médecins de famille, parfois en collaboration avec d'autres spécialistes.

On a décrit la collaboration entre les médecins de famille et les spécialistes consultants tant en milieu hospitalier qu'en consultation externe. La collaboration entre les spécialistes consultants et les médecins de famille sur une base quotidienne dans le cadre d'une relation de travail pour tous les domaines de soins hospitaliers était considérée comme un élément courant dans les sites communautaires ou ruraux. Cette collaboration s'inscrit dans le modèle de l'hôpital favorable à la médecine familiale. Les soins et l'enseignement en collaboration au sein de la médecine familiale, avec la participation de spécialistes ou de professionnels de la santé consultants, ont été observés le plus souvent dans le domaine des soins de santé mentale.

Les répondants ont aussi décrit des activités précises soigneusement choisies dans des domaines de spécialité, orientées vers la médecine familiale. Ces activités étaient offertes par l'entremise des activités d'apprentissage centrées sur la médecine familiale, des objectifs spécifiques des stages, de contenu axé sur la médecine familiale et des spécialistes favorables à la médecine familiale.

Bon nombre de ces expériences semblaient être propres à une unité, selon les ressources locales, plutôt qu'au programme dans son ensemble.

Enseignement formel

Un certain nombre de programmes ont décrit la planification systématique de leur programme de formation générale, fondée sur les 99 sujets prioritaires et les rôles CanMEDS–Médecine familiale (CanMEDS-MF).[†] Certains avaient mis en œuvre un cursus à l'échelle du programme qui permettait à tous les sites d'accéder au matériel par Internet. De nombreux programmes ont eu recours à ces stratégies pour les séances de formation offertes sous l'égide de la médecine familiale, des efforts conjoints de médecins de famille et de spécialistes consultants ou pour le choix de spécialistes consultants orientés vers la médecine familiale comme enseignants.

Les programmes ont accordé beaucoup d'importance à un grand nombre de champs de compétences spécifiques. La médecine comportementale/le counselling/la santé mentale étaient largement représentés. Les programmes ont mentionné les habiletés techniques et l'éthique comme exemples des compétences enseignées. Certains rapports ont fait état de séances de formation destinées au développement du praticien réflexif, quoique dans des formats très différents. D'autres ont fait état de stratégies pour promouvoir la compétence dans le cadre de l'éducation permanente. Aucune initiative d'intégration des domaines et des compétences pendant l'enseignement formel n'a été signalée, bien que nous sachions qu'un programme qui n'a pas répondu au sondage avait planifié sa formation générale dans cette perspective.

Enseignement et supervision sur une base individuelle

Cet élément clé a produit un nombre moins élevé de réponses positives que les quatre autres. Certains programmes ont décrit les efforts déployés pour permettre aux résidents de développer une mini-pratique assurant ainsi la continuité des soins à un groupe défini de patients et une autonomie progressive sur une période de deux ans. D'autres programmes ont décrit la continuité des soins sur une période de deux ans. Certains répondants ont insisté sur le développement graduel de l'autonomie et les niveaux croissants de responsabilité, en fonction de leurs observations et du degré de supervision; l'enseignement des habiletés techniques a fait l'objet de remarques similaires.

Des répondants ont cité l'observation directe et l'analyse par vidéo comme stratégies axées sur les compétences. D'autres ont indiqué que la supervision et le ratio 1:1 résident/superviseur formaient la base de leurs stratégies. Un répondant a mentionné le programme global comme point d'intérêt intentionnel pendant la supervision des résidents qui développaient leurs propres stratégies de gestion et style de pratique. Personne n'a mentionné d'initiatives à l'échelle du programme (outils, formation professorale, etc.) mettant l'accent sur une gamme de compétences pendant la supervision, ni l'utilisation explicite de modèles de rôle.

[†] Adapté de : 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. Dans : <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds>. Date de la consultation : le 23 avril 2013.

Évaluation des résidents

Un nombre considérable de projets-pilotes ont été mentionnés, certains venant tout juste d'être lancés alors que d'autres étaient encore en cours de planification. Plusieurs d'entre eux s'orientaient vers un système d'évaluation axé sur le développement des compétences et à cette fin, utilisaient une gamme variée de stratégies et d'outils : portfolios, feuilles de route, outils d'autoévaluation, livres de procédure et création de plans d'apprentissage fondés sur une revue des compétences déjà acquises.

Certains programmes ont utilisé des systèmes pour surveiller la progression des résidents, p. ex. les rencontres avec un conseiller pédagogique, le contrôle de la progression ou le recours à des marqueurs ou jalons de développement des compétences à diverses étapes pendant une période de deux ans. Un programme a fondé sa décision concernant la réussite sur un portfolio d'expériences cliniques et de travaux de recherche.

Il n'y avait aucune mention de plans de remédiation, incluant des mois de formation additionnels, pour combler une acquisition insuffisante des compétences; toutefois, le GTRC savait déjà que ce type de planification était courant dans les quatre programmes de résidence du Québec.

Références

1. Tannenbaum D, Kerr J, Konkin J, Organek A, Parsons E, Saucier D, et collab. 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. Dans : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/Triple%20C%20Competency%20based%20curriculum%20-%20FR%20-%20Final%20-%20Mar23%202011%20w%20COVER.pdf. Date de la consultation : le 18 avril 2013.
2. 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: Collège des médecins de famille du Canada; Octobre 2009. Dans : <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/CanMeds%20FM%20Final%20FR%20oct%2009.pdf>. Date de la consultation : le 18 avril 2013.

Annexe B : Sondage de 2010

MÉTHODOLOGIE

Nous avons trouvé un outil pertinent élaboré par Dannefer et Henson¹ qui permet aux principaux dirigeants d'évaluer la progression de leur établissement vers l'éducation axée sur le développement des compétences. Ce court questionnaire est auto-administré et fondé sur des faits objectifs observés au sein de l'établissement. Les réponses coïncident avec un des cinq stades de la progression institutionnelle vers l'éducation axée sur le développement des compétences. Son utilisation répétée pendant les ateliers de formation professorale a validé son efficacité comme outil diagnostique et sa pertinence pour l'autoévaluation de programmes.

Nous avons modifié le questionnaire afin de l'adapter à un seul programme de résidence, plutôt qu'au contexte général de la formation prédoctorale. On a utilisé le même schéma pour l'interprétation des données, c.-à-d. que les réponses ou les groupes de réponses spécifiques correspondent à chaque stade de la progression (Tableau 1).

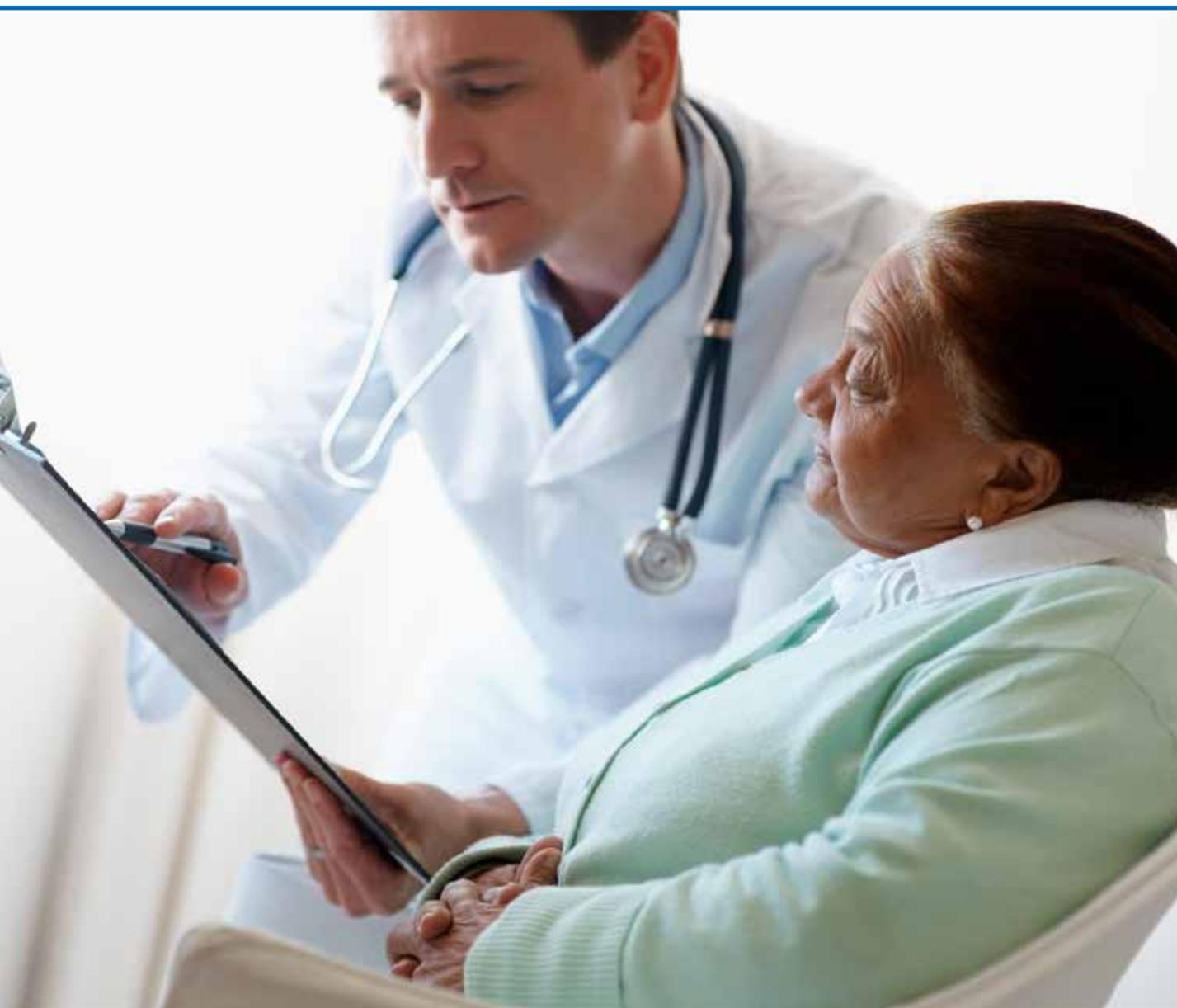


Tableau 2. Questionnaire d'évaluation de la progression institutionnelle vers l'éducation axée sur le développement des compétences (ÉAC)

Interprétation des données : Stade associé à une réponse positive*	Question	Vrai	Faux
Stade 1 Résistance	1. Notre directeur de programme (ou notre directeur de département) a rendu obligatoire l'ÉAC, mais presque tous les enseignants et les comités sur le cursus résistent.		
Stade 2 Initiation	2. Notre directeur de programme (ou notre directeur de département) a rendu l'ÉAC obligatoire et un pourcentage raisonnable d'enseignants et de membres des comités sur le cursus croient que c'est une bonne idée, mais ils ne savent pas exactement ce que cela signifie. 3. Notre comité sur le cursus et nos enseignants prennent part à une série de séances de réflexion ou autres activités liées à l'ÉAC.		
Stade 3 Conception et développement	4. Avec l'appui du directeur de département, notre comité sur le cursus a adopté une approche pour établir les compétences du programme (p. ex. l'utilisation d'un modèle externe par opposition au développement de nos propres compétences). 5. Notre programme a entamé le processus d'établissement des buts de nos cours, objectifs d'apprentissage et méthodes d'évaluation des compétences. 6. Notre programme a choisi une combinaison de méthodes pour faire l'évaluation formative et sommative des compétences. 7. Notre programme a élaboré une façon de déterminer la progression des étudiants (promotion et obtention du diplôme) en fonction de l'acquisition des compétences. 8. Notre programme a entamé le processus de transformation de l'horaire et du contenu des stages en activités d'apprentissage pertinentes (type, contexte, durée, intégration longitudinale) pour assurer la cohérence avec le cadre de compétences de notre programme. 9. Notre programme a entamé le processus de transformation du programme d'enseignement formel (contexte, méthodes d'enseignement, corps professoral) pour assurer la cohérence avec le cadre de compétences de notre programme.		
Stade 4 Implantation	10. Notre programme a mis en œuvre l'ÉAC pour au moins une année du cursus.		
Stade 5 Maintien et évaluation	11. Nous utilisons l'ÉAC depuis assez longtemps pour avoir pu ajuster notre cursus, les normes en matière de compétences et les méthodes d'évaluation en fonction de l'évaluation de programme.		

*Cet énoncé sur l'interprétation des données ne figurait pas dans le questionnaire d'autoévaluation. Il a été utilisé par la suite comme une clé pour l'interprétation des données.

Adapté de Dannefer E. et collab. Atelier présenté lors du Congrès de l'AMEE, Glasgow, R.-U., 2010.

Référence

1. Dannefer E., Henson L. Diagnosing and treating barriers to implementation in competency based education. Atelier présenté dans le cadre du congrès annuel de l'Association for Medical Education in Europe 2010; 7 septembre 2010; Glasgow, UK.

Réflexions du Groupe de travail sur le Cursus Triple C

Auteurs

Eric Wong
au nom du
Groupe de travail sur le Cursus Triple C

Citation suggérée :

Wong E, et le Groupe de travail sur développement du Cursus Triple C. Réflexions du Groupe de travail sur le Cursus Triple C. Dans : Oandasan I, Saucier D, éd. *Rapport sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences – Partie 2 : Faire progresser la mise en œuvre*. Mississauga, ON : Le Collège des médecins de famille du Canada; 2013. Dans : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/TripleC_Rapport_2.pdf. Date de consultation : le 22 septembre 2013.

LA MISSION DU CMFC ET LE CURSUS TRIPLE C

Fidèle à sa mission de « soutenir les médecins de famille en décernant la Certification, en faisant valoir leurs intérêts, en assumant un leadership et en favorisant la recherche et les occasions d'apprentissage afin de leur permettre de fournir des soins de haute qualité à leurs patients et dans leurs communautés respectives »,¹ le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) accorde une priorité absolue au Coursus Triple C axé sur le développement des compétences (Cursus Triple C)², au même titre qu'à sa vision d'un Centre de médecine de famille³. Le Coursus Triple C ouvre une voie importante vers l'établissement de centres de médecine de famille, car il nous dotera des médecins de famille les mieux préparés à offrir des soins complets et globaux, centrés sur le patient, qui évoluent dans ce modèle de pratique de la médecine familiale. Ensemble, le Coursus Triple C et le Centre de médecine de famille amélioreront la santé de notre population.

Compte tenu de l'importance du Coursus Triple C, le CMFC a beaucoup investi pour assurer le succès de sa mise en œuvre. Le Conseil de la Section des enseignants a été mandaté de superviser l'implantation du Coursus Triple C et pour ce faire, il a créé, en 2010, le Groupe de travail sur la mise en œuvre du Coursus Triple C axé sur le développement des compétences (le « Groupe de travail sur le Coursus Triple C »). Son but était d'assurer la coordination des initiatives à l'intérieur et à l'extérieur du CMFC de manière à soutenir la transformation nationale du cursus postdoctoral.

En sa qualité de comité consultatif du Conseil de la Section des enseignants, le Groupe de travail sur le Coursus Triple C s'est doté d'un mandat de quatre ans visant à « faire progresser l'élaboration et l'implantation d'une stratégie nationale pour la mise en œuvre du Coursus Triple C axé sur les compétences et l'intégrer dans les programmes d'études postdoctorales en médecine familiale partout au pays. » (Mandat du Groupe de travail sur le Coursus Triple C - Document interne) Il a été chargé de soumettre des recommandations dans cinq domaines clés :

1. La diffusion du savoir
2. Le perfectionnement professoral
3. Les recommandations en matière de politiques
4. Un plan d'évaluation
5. La promotion d'une culture d'excellence et de collaboration académique

Le Groupe de travail sur le Coursus Triple C était composé de représentants des universités (vice-doyens des facultés de médecine, directeurs de départements de médecine de famille, directeurs de programme d'études postdoctorales en médecine familiale, experts en développement professionnel continu, éducateurs en médecine rurale et résidents en médecine familiale) et de membres des comités d'éducation du CMFC (Conseil de la Section des enseignants, Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral, Groupe de travail sur le processus de certification, Comité d'agrément et Bureau des examinateurs). C'est à ce Groupe de travail qu'il incombe de veiller à ce que les enjeux et les décisions entourant la mise en œuvre du Coursus Triple C soient analysés en profondeur et éclairés par diverses perspectives. Il est également chargé de communiquer et d'assurer la liaison avec les principaux intervenants, et d'engager leur participation.

PRINCIPALES RÉALISATIONS DU GROUPE DE TRAVAIL

Conformément aux principes de la gestion du changement^{4,5} de la gestion de projet, de la théorie des communautés de pratiques⁶ et des changements curriculaires⁷, le Groupe de travail a relevé ses défis en constante évolution avec le soutien de plusieurs départements du CMFC : Médecine familiale universitaire, Technologies de l'information, Politiques en matière de santé et Relations gouvernementales, Recherche et Communications. Au moment de publier le présent rapport, le Groupe

de travail sur le Cursus Triple C aura à peine dépassé la mi-parcours de son mandat de quatre ans. Le Tableau 1 résume quelques-unes de ses principales réalisations, en date de décembre 2012.

Tableau 1. Principales réalisations du Groupe de travail sur le Cursus Triple C (2010 à 2012)

Diffusion du savoir	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de communication continue avec tous les principaux intervenants • Site Web du Cursus Triple C et Boîte d'outils • <i>Rapport sur le Cursus Triple C – Partie 1</i> • <i>Rapport sur le Cursus Triple C – Partie 2</i> • Articles liés au Cursus Triple C dans <i>Le Médecin de famille canadien</i> • Activités de promotion dans le cadre de conférences nationales (vidéo, kiosque, matériel promotionnel) • Présentations scientifiques à des conférences nationales et internationales sur l'éducation
Perfectionnement professoral	<ul style="list-style-type: none"> • Séances de réflexion pour les directeurs de programme et directeurs responsables de l'évaluation • Ateliers sur le Cursus Triple C pendant le Forum sur l'éducation en médecine familiale et le Forum en médecine familiale • Nomination du président du Groupe de travail sur le perfectionnement professoral du Conseil de la Section des enseignants au Groupe de travail afin de doter les enseignants des compétences nécessaires pour enseigner le Cursus Triple C
Recommandations en matière de politiques	<ul style="list-style-type: none"> • Participation à l'élaboration de nouvelles normes d'agrément pour l'éducation postdoctorale en médecine familiale⁸ • Contribution au projet L'avenir de l'éducation médicale au Canada - Projet postdoctoral⁹ • Contribution à la corrélation entre la formation en compétences avancées et le Cursus Triple C
Plan d'évaluation du programme	<ul style="list-style-type: none"> • Définition du plan d'évaluation global avec modèle logique¹⁰ • Soutien budgétaire de la part du CMFC • Sondages auprès des résidents et sondages de recension des processus
Promotion d'une culture d'excellence et de collaboration	<ul style="list-style-type: none"> • Exposés et ateliers sur le Cursus Triple C lors de conférences nationales et internationales sur l'éducation • Création d'une communauté de pratique articulée autour de la formation postdoctorale en médecine familiale parmi les directeurs de programme et les directeurs responsables de l'évaluation

Ces réalisations ont un impact durable à l'intérieur et à l'extérieur du CMFC. À l'interne, elles ont exigé un degré sans précédent de coordination entre les divers départements et comités, et un engagement énorme sur le plan des ressources humaines et matérielles. Il est évident que l'implantation du Cursus Triple C nécessite une profonde harmonisation des structures, des politiques et des processus au sein du Collège¹¹. La rapidité avec laquelle les 17 programmes de résidence en médecine familiale ont adopté le Cursus Triple C a permis à la discipline de médecine de famille de devenir le premier programme de spécialité médicale au Canada à adopter largement un système de formation par compétences. Ce faisant, nous traçons de nouvelles frontières et les perspectives ainsi créées auront une valeur inestimable pour la phase de mise en œuvre du projet postdoctoral - L'avenir de l'éducation médicale au Canada⁹.

PREUVES DES PROGRÈS

Depuis 2010, le Groupe de travail surveille attentivement les progrès réalisés par les programmes de résidence en médecine familiale vers l'implantation du Cursus Triple C à l'aide d'un sondage annuel. Les données tirées de ce sondage dressent un portrait national de cette évolution et aident le Groupe de travail sur le Cursus Triple C à déterminer les prochaines étapes pour soutenir les programmes de formation.

Le premier sondage a été élaboré par le Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral et est décrit dans le document *Transition vers le Cursus Triple : Perspectives des programmes de résidence de 2009 à 2010*¹¹. Mené en décembre 2010 lors d'une séance de réflexion sur le Cursus Triple C à l'intention des directeurs de programme, le sondage était fondé sur l'autoévaluation des directeurs de programme. Il a permis de dresser un portrait de l'avancement de la mise en œuvre du Cursus dans les 17 programmes de résidence en médecine de famille avant le lancement d'un important processus de mobilisation. Des sondages menés auprès de ce même groupe en novembre 2011 et 2012 ont obtenu un taux de réponse maximum.

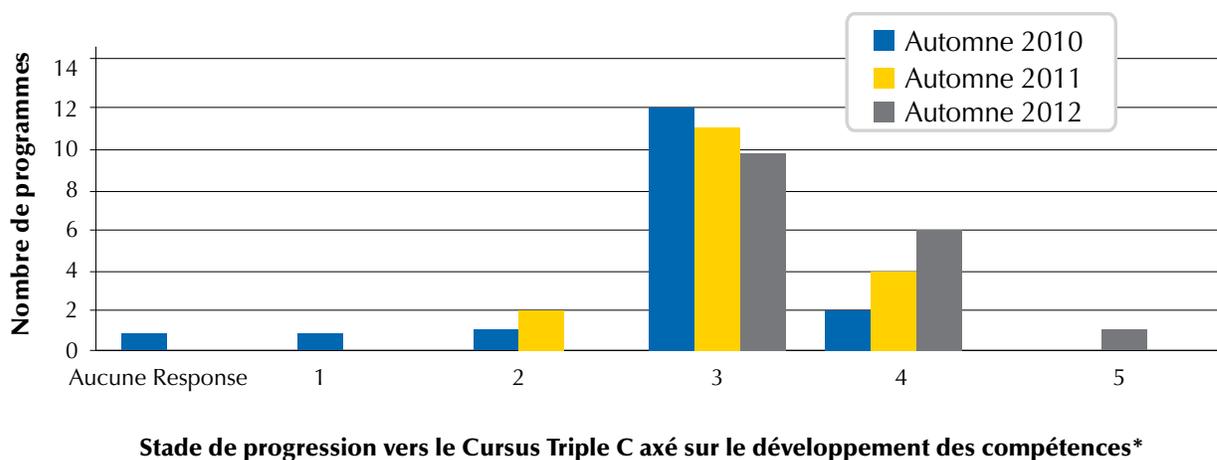
Le Groupe de travail sur le Cursus Triple C collabore avec les programmes de résidence en médecine familiale afin de les aider à mettre en œuvre le Cursus Triple C et à franchir les diverses étapes de la progression institutionnelle vers l'éducation axée sur le développement des compétences telles qu'elles sont définies par Dannefer et Henson (Tableau 2).¹²

Tableau 2. Stades de la progression institutionnelle vers l'éducation axée sur le développement des compétences

Stade	Description
1	Résistance
2	Initiation
3	Conception et développement
4	Implantation
5	Maintien et évaluation

Dannefer E, et colab. Atelier présenter lors du Congrès de l'AMEE Conference, Glasgow, R.-U.; 2010

Figure 1. Ventilation des stades de progression vers le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences, en fonction de l'autoévaluation des directeurs de programme de 2010 à 2012.¹¹



*Autoévaluation des directeurs de programme, 2011-2012

La Figure 1 dresse un portrait cumulatif de la progression institutionnelle des programmes, sur une base annuelle, vers l'implantation du Cursus Triple C à partir du travail de Kerr et ses collab.¹¹ Le Groupe de travail sur le Cursus Triple C considère les facteurs suivants comme essentiels pour un modèle d'adoption réussi :

- La communication efficace de la vision du Cursus Triple C par le CMFC.
- Le développement réussi d'une coalition et d'une communauté de pratiques au sein du CMFC pour l'avancement du Cursus Triple C.
- Le développement réussi d'une communauté de pratiques sur le Cursus Triple C parmi les directeurs du programme, qui les motive et améliore leur capacité de passer au Cursus Triple C.
- L'harmonisation des récompenses et de l'imputabilité avec la vision du Cursus Triple C grâce à l'élaboration de nouvelles normes d'agrément.
- La détection systématique des problèmes liés à l'implantation et leur résolution à l'intérieur d'une culture de coopération centrée sur le développement des ressources humaines.

Deux résultats qui pourraient surprendre ressortent également de la Figure 1 : 1) la plupart des programmes semblaient avoir sauté les stades de Résistance et d'Initiation, et 2) deux programmes avaient déjà atteint le stade d'Implantation en 2010 au moment de la création du Groupe de travail. Ces résultats pourraient s'expliquer par l'organisation d'activités de mobilisation auprès des directeurs de programme et coordonnées par le GTRC. De plus, certains programmes avaient déjà entamé la transition vers un cursus axé sur le développement des compétences avant même la publication du Rapport sur le Cursus Triple C - Partie 1², dans le contexte d'une culture de collaboration de longue date entre le CMFC et les directeurs de programme.

ASSURER LA VIABILITÉ

Alors que les années 2010 à 2012 ont vu les premières étapes du modèle de changement de Kotter⁴, la prochaine phase mettra l'accent sur le changement continu et l'assurance que tout le système de formation postdoctorale en médecine familiale continuera de s'améliorer et d'évoluer conformément aux lignes directrices du Coursus Triple C. Comme le mentionnent Patterson et ses collab.⁵, la période de 2010 à 2012 était caractérisée par le développement de la motivation et de la capacité des directeurs de la formation postdoctorale. La priorité a changé par la suite : développer la motivation et la capacité des directeurs, des responsables de la formation professorale et des enseignants cliniciens de première ligne à évaluer devra occuper la première place. Il sera crucial de veiller à la façon dont l'ensemble des milieux et des cultures au sein du système de formation postdoctorale en général et du système de formation postdoctorale en médecine familiale en particulier soutiendra la transition vers une éducation par compétences et de ce fait, vers le Coursus Triple C.

Lors de sa réunion de l'automne 2012, le Groupe de travail sur le Coursus Triple C a commencé à discuter des orientations et des stratégies précises pour 2013 et les années subséquentes. Il a prévu les quatre tâches essentielles suivantes :

1. Favoriser le transfert du savoir sur le Coursus Triple C parmi les enseignants cliniciens et les résidents

Maintenant que le stade de l'implantation est bien enclenché dans tous les programmes, il reste à savoir si les comportements clés du Coursus Triple C seront présents sur le terrain pendant l'enseignement clinique et l'évaluation. Ce n'est que lorsque ces comportements auront été clairement définis et adoptés par nos enseignants que le Coursus Triple C réussira à s'ancrer dans la culture de l'éducation postdoctorale en médecine familiale. Une partie de cet important travail sera assumée par le Groupe de travail sur le perfectionnement professoral, présidé par D^{re} Allyn Walsh. Ce groupe est chargé de définir les compétences de nos enseignants, de recommander des stratégies permettant de développer ces compétences et de créer un répertoire d'outils de perfectionnement professoral pour favoriser l'acquisition de ces compétences.

Autre élément : investir dans un processus qui peut soutenir les activités de perfectionnement professoral dans les départements de médecine de famille. Le Groupe de travail sur le Coursus Triple C reconnaît que le perfectionnement professoral sera crucial, mais difficile pour les programmes, particulièrement en raison de la grande délocalisation des sites de formation.

2. Adopter des méthodes pédagogiques axées sur le développement des compétences tout au long du continuum de l'éducation médicale.

La formation postdoctorale est un passage critique de la formation prédoctorale à l'exercice indépendant de la médecine. Or, les étudiants en études prédoctorales doivent être prêts à entreprendre une formation axée sur le développement des compétences et les diplômés issus d'un programme de formation postdoctorale doivent être en mesure de poursuivre leur apprentissage selon une méthode par compétences afin de maintenir leurs acquis et d'améliorer leur capacité de soigner les patients.

Nous accordons donc une priorité à la définition des rôles et aux corrélations entre le Coursus Triple C, la formation en compétences avancées et le développement professionnel continu, car on doit se doter d'un parcours axé sur le développement des compétences clairement établi pour l'apprentissage au-delà de la formation postdoctorale de base. Les questions fondamentales dans ce domaine comprennent, entre autres : Où et comment les rôles et responsabilités propres

à chacun de ces cursus s'amorcent et prennent fin? Comment les principes liés au Cursus Triple C seront-ils maintenus de façon à atteindre la vision du Centre de médecine de famille?

3. Assurer un soutien adéquat pour permettre aux établissements d'enseignement de passer au Cursus Triple C

Le Cursus Triple C est d'abord et avant tout un programme d'enseignement axé sur le développement des compétences qui s'appuie sur la quatrième recommandation du projet AEMC EMPO : « Intégrer des programmes de formation fondés sur les compétences dans les programmes postdoctoraux. »⁹ Puisque la médecine familiale est la première spécialité au Canada à amorcer l'implantation à grande échelle d'un cursus complet axé sur le développement des compétences, il faudra aligner les politiques et les ressources dans l'ensemble du système de formation postdoctorale.

Dorénavant, les bureaux de formation médicale postdoctorale et les départements de médecine de famille d'un bout à l'autre du pays devront s'intéresser davantage aux effets du Cursus Triple C sur les politiques et les ressources afin d'assurer le soutien approprié. Les premières discussions ont recommandé d'accorder une grande attention aux politiques entourant l'évaluation, la remédiation et les coûts et de mener des analyses pour permettre aux principaux intervenants au sein des facultés de se préparer pour un passage réussi vers l'éducation axée sur le développement des compétences.



4. Développer des structures et des processus appropriés au sein du CMFC qui permettront d'appuyer continuellement l'éducation postdoctorale en médecine familiale dans le cadre d'un modèle d'amélioration continue de la qualité

Le Groupe de travail collabore étroitement avec le Conseil de la Section des enseignants pour proposer un processus de révision du cursus postdoctoral au CMFC. Jusqu'à maintenant, l'expérience du Groupe de travail relativement à la mise en oeuvre de cursus a révélé qu'une structure et des processus permanents doivent être en place au CMFC pour ancrer la mentalité d'évaluation et d'amélioration continues dans le cursus d'études postdoctorales en médecine familiale.

Reconnaissant que la raison d'être de l'éducation médicale est de répondre aux besoins sociétaux et que les recommandations visant à modifier le cursus postdoctoral en médecine familiale doivent s'appuyer sur des recherches rigoureuses et des politiques rationnelles en matière de santé, le Groupe de travail a recommandé de resserrer les liens et de favoriser une plus grande harmonisation entre les services des Politiques en matière de santé, de la Recherche et de la Médecine familiale universitaire du CMFC. Le plan d'évaluation complet et rigoureux du Cursus Triple C marque le début d'un processus d'amélioration continue de la qualité qui nécessite plus de développement et de soutien.

AU-DELÀ DU CURSUS TRIPLE C

Notre réflexion sur les deux dernières années de mise en oeuvre révèle que, outre les facteurs mentionnés dans les sections précédentes, le succès du Groupe de travail sur le Cursus Triple C est attribuable à des personnes bien différentes, mais qui partagent les mêmes idées : ses membres. La diversité des rôles et du parcours des personnes qui siègent au Groupe de travail a enrichi les nombreux débats entourant la mise en oeuvre du Cursus. De plus, leur engagement commun envers l'excellence de la formation postdoctorale a constamment donné lieu à des idées et des solutions qui ont remis en question le statu quo et repoussé les frontières. Résultat : une sagesse collective qui a placé la médecine familiale à l'avant-garde du mouvement de l'éducation médicale axée sur le développement des compétences au Canada.

Le Cursus Triple C marque un important jalon pour le CMFC – un jalon qui n'a pas encore été entièrement défini. Il a déjà provoqué une évaluation critique et une révision du rôle du CMFC dans l'éducation postdoctorale au Canada. Il représente une occasion unique 1) de comprendre et de façonner l'impact de l'éducation postdoctorale en médecine familiale sur la prestation des soins de santé primaires à la population canadienne et 2) de renforcer le rôle fondamental de notre discipline dans le système de santé. En renforçant la vision du Centre de médecine de famille³, le Cursus Triple C permettra au CMFC d'accomplir sa mission, à savoir de « soutenir les médecins de famille en décernant la Certification, en faisant valoir leurs intérêts, en assumant un leadership et en favorisant la recherche et les occasions d'apprentissage afin de leur permettre de fournir des soins de haute qualité à leurs patients et dans leurs communautés respectives. »¹ Sur la scène internationale, le travail de fond qui accompagne l'implantation du Cursus Triple C produira un ensemble unique de connaissances et de perspectives sur l'éducation médicale axée sur le développement des compétences en général et plus précisément, sur l'éducation en médecine familiale, ce qui favorisera la réforme de l'enseignement ailleurs dans le monde.

Références

1. Collège des médecins de famille du Canada. Mission et objectifs. Dans : <http://www.cfpc.ca/ProjectAssets/Templates/Category.aspx?id=599&langType=3084>. Date de consultation : le 15 août 2013.
2. Tannenbaum D, Kerr J, Konkin J, Organek A, Parsons E, Saucier D, et collab. *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. Dans : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/Triple%20C%20Competency%20based%20curriculum%20-%20FR%20-%20Final%20-%20Mar23%202011%20w%20COVER.pdf. Date de consultation : le 15 août 2013.
3. Collège des médecins de famille du Canada. *Une vision pour le Canada. La pratique de la médecine familiale : Le Centre de médecine de famille*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2011. Dans : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/CMF_Une_Vision_Pour_le_Canada.pdf. Date de consultation : le 11 mars 2013.
4. Kotter JP. *Leading Change*. Boston, MA: Harvard Business Review Press; 1996.
5. Patterson K, Grenny J, Maxfield D, McMillan R, Switzler A. *Influencer : The power to change anything*. New York, NY: McGraw-Hill; 2007.
6. Wenger E. *Communities of practice: Learning, meaning, and identity*. New York, NY: Cambridge University Press; 1998.
7. Bland CJ, Starnaman S, Wersal L et collab. Curricular change in medical schools: How to succeed. *Academic Medicine* 2000; 75(6) : 575-594.
8. Collège des médecins de famille du Canada, Département de Médecine familiale universitaire. *Normes particulières applicables aux programmes de résidence en médecine de famille agréés par le Collège des médecins de famille du Canada : Le livre rouge*. Mississauga ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2013. Dans : http://www.cfpc.ca/livre_rouge_TDM/. Date de consultation : le 15 août 2013.
9. Association des facultés de médecine du Canada. *L'avenir de l'éducation médicale au Canada. Projet postdoctoral. Une vision collective pour les études médicales au Canada*. Ottawa, ON : Association des facultés de médecine du Canada; 2012. Site Internet : http://www.afmc.ca/future-of-medical-education-in-canada/postgraduate-project/pdf/FMEC_PG_Final-Report_FR.pdf. Date de consultation : le 8 mars 2013.
10. Oandasan I au nom du Groupe de travail sur la révision du Cursus. Une approche nationale d'évaluation des programmes pour évaluer l'impact du Cursus Triple C. Dans : Oandasan I, Saucier D, éd. *Rapport sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences – Partie 2 : Faire progresser la mise en œuvre*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada, 2013. Dans : www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/TripleC_Report_pt2.pdf. Date de consultation : le 22 septembre 2013
11. Kerr J, Saucier D, Wong E, Konkin J, Organek A, Parsons E, et collab. Transition vers le Cursus Triple C : Perspectives des programmes de résidence de 2009 à 2010. Dans : Oandasan I, Saucier D, éd. *Rapport sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences – Partie 2 : Faire progresser la mise en œuvre*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada, 2013. Dans : www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/TripleC_Report_pt2.pdf. Date de consultation : le 22 septembre 2013
12. Dannefer E, Henson L. Diagnosing and Treating Barriers to Implementation in Competency Based Education. Workshop presented at AMEE Annual Conference; Glasgow, UK; September 7, 2010.

Cursus Triple C : Tourné vers l'avenir

Auteurs

Danielle Saucier and Ivy Oandasan

Citation suggérée :

Saucier D, Oandasan I. Cursus Triple C : Tourné vers l'avenir. Dans : Oandasan I, Saucier D, éd. *Rapport sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences – Partie 2 : Faire progresser la mise en œuvre*. Mississauga, ON : Le Collège des médecins de famille du Canada; 2013. Dans : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/TripleC_Rapport_2.pdf .

Date de consultation : le 22 septembre 2013

Le *Rapport sur le Cursus Triple C - Partie 2* réunit une série de documents de réflexion, d'opinions d'expert et d'outils de travail émanant de divers comités du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) dans le but de faire progresser la mise en œuvre du Cursus Triple C axé sur le développement des compétences (Cursus Triple C). En tant qu'éditrices, nous avons travaillé avec tous les auteurs associés à la rédaction du *Rapport sur le Cursus Triple C - Partie 2* pendant plus de deux ans. Nous sommes convaincues que le Cursus Triple C et ses rapports connexes, les *Rapports sur le Cursus Triple C Partie 1 et Partie 2*, ont contribué à énoncer plus clairement le rôle, l'identité et les compétences des futurs médecins de famille, ainsi que les stratégies curriculaires pertinentes pour développer ces compétences. Soulignons également que les *Rapports sur le Cursus Triple C Partie 1 et Partie 2* contribuent de manière générale à l'éducation médicale grâce à l'implantation de l'éducation médicale dite par compétences par le CMFC et les 17 programmes de résidence en médecine familiale.

Pendant que des délibérations sur l'avenir de l'éducation médicale en médecine familiale se tenaient au CMFC, une grande initiative nationale dirigée par un consortium d'organisations canadiennes allait déjà bon train. Les projets sur L'avenir de l'éducation médicale au Canada pour les études médicales prédoctorales (AEMC-EMPr) et postdoctorales (AEMC-EMPo) ont tous deux publié dix recommandations pour améliorer la façon dont l'éducation médicale est dispensée au Canada.^{1,2} Le Cursus Triple C et son approche visant la conception d'un cursus axé sur le développement des compétences, l'évaluation des résidents, la formation professorale, l'évaluation de programme, l'agrément et l'engagement collaboratif des intervenants s'harmonisent avec les dix recommandations présentées dans le rapport sur l'AEMC-EMPo.²

Le Cursus Triple C a aussi instauré un nouveau langage pédagogique, une meilleure approche au regard du cursus, des stratégies pédagogiques et d'évaluation innovatrices et de nouvelles occasions de miser sur l'activité d'érudition en éducation.

Ce dernier document de réflexion du *Rapport sur le Cursus Triple C - Partie 2* présente les réflexions des éditrices en guise de conclusion. Il cherche à stimuler le dialogue sur l'avenir potentiel du Cursus Triple C. Il examine la valeur du Cursus Triple C et suggère une série d'étapes importantes à venir dont le CMFC et ses intervenants devront tenir compte dans les efforts qu'ils continuent de déployer pour faire progresser l'éducation en médecine familiale.

LA VALEUR DU RAPPORT SUR LE CURSUS TRIPLE C - PARTIE 2

Le *Rapport sur le Cursus Triple C - Partie 2* sert de complément au *Rapport sur le Cursus Triple C - Partie 1*.³ Le premier rapport présentait des recommandations de haut niveau relativement à la formation afin d'offrir un nouveau cursus aux programmes de résidence en médecine familiale du Canada, basé sur les écrits internationaux, les tendances générales de l'enseignement et les théories pédagogiques. Le deuxième rapport aborde les enjeux associés à l'implantation du Cursus Triple C qui concernent le CMFC, le milieu universitaire de la médecine familiale et d'autres intervenants des secteurs de la santé et de l'éducation. Chaque document du *Rapport sur le Cursus Triple C - Partie 2* examine des points reliés au Cursus Triple C qui pourraient intéresser différents intervenants. Certains documents qu'on appelle les documents de réflexion ont pour objet de stimuler le dialogue sur l'incidence possible du Cursus Triple C au sein du milieu universitaire. Dans l'ensemble, le travail collectif présenté dans le *Rapport sur le Cursus Triple C - Partie 2* et la collaboration qui a mené à sa création donnent une occasion au milieu universitaire de célébrer un nouveau chapitre de l'histoire de la médecine familiale. Le *Rapport sur le Cursus Triple C - Partie 2* comporte quatre caractéristiques qu'il vaut la peine de souligner :

1. Il est le fruit d'un effort collectif national
2. Il contribue à l'affirmation de la médecine familiale en tant que discipline unique en son genre
3. Il est novateur, pratique et utile
4. Il adopte une approche érudite

1. Un effort collectif national

Le *Rapport sur le Cursus Triple C - Partie 2* est le résultat d'un effort collectif national intense qui est déployé depuis quelques années. Les documents ici réunis ont été rédigés par de nombreux comités du CMFC à partir des suggestions et commentaires formulés par les éducateurs en médecine familiale de partout au pays, par les résidents en médecine familiale et par les étudiants en médecine. De nombreux collègues ont offert une perspective fondée sur leurs expériences personnelles, des innovations réelles et la littérature. Les auteurs du présent rapport proposent les opinions d'expert les plus éclairées sur différents sujets de préoccupation reliés au processus de mise en œuvre du Cursus Triple C. Les documents de réflexion font ressortir les enjeux et ils dégagent des solutions possibles, toujours dans l'optique de l'amélioration de l'éducation en médecine familiale.

2. La médecine familiale est unique en son genre

En 1966, McWhinney affirmait que la médecine familiale était une discipline unique.⁴ Presque 50 ans plus tard, le Cursus Triple C a permis au CMFC de réaffirmer son caractère unique. Les *Rapports sur le Cursus Triple C - Partie 1 et Partie 2* mettent en lumière le nouveau langage dont on se sert pour décrire nos compétences spécifiques et l'ensemble du savoir partagé par les médecins de famille. CanMEDS-Médecine familiale (CanMEDS-MF),⁵ les Domaines de soins cliniques pour la formation en résidence⁶ et les Objectifs d'évaluation⁷ ont permis de mieux définir les activités et le champ d'action unique des médecins de famille. Même s'ils ont été élaborés pour les programmes de résidence, ces trois référentiels expriment les rôles, les tâches et les contextes des médecins de famille en exercice partout au pays.

La nouvelle terminologie et le nouveau langage utilisés aideront la communauté du CMFC à mieux expliquer et affirmer le caractère unique de notre discipline aux résidents, aux collègues médecins d'autres disciplines et à la société en général. Cet aspect est particulièrement important pour les programmes de résidence en médecine familiale puisque « les résidents en médecine familiale peinent à comprendre l'expertise unique des médecins de famille et à développer un sentiment de fierté professionnelle en raison de l'exposition au « curriculum caché » qui présente le spécialiste consultant comme le seul et véritable expert ».³ Des progrès récents en éducation médicale nous aident à reconnaître que parallèlement au développement de la compétence, la formation comporte une question d'identité professionnelle. Il est donc recommandé que les programmes de résidence « mettent aussi l'accent sur la composante *être*, et non uniquement sur la composante *faire* ». ⁷ Le Cursus Triple C donne aussi aux éducateurs en médecine familiale le pouvoir de façonner le cursus du programme de résidence, de manière à refléter l'unicité de la médecine familiale en tant que discipline.

3. Novateur, pratique et utile

Le *Rapport sur le Cursus Triple C - Partie 2* a été élaboré délibérément pour permettre aux utilisateurs de comprendre les aspects pratiques et pertinents du Cursus Triple C pour qu'ils puissent, eux aussi,

* Adapté de : 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. Dans : <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds>. Date de consultation : le 23 avril 2013.

participer à sa mise en œuvre. Dans la mesure du possible, on a utilisé des théories et des principes pédagogiques. Les leçons tirées de projets-pilotes, les discussions avec les pairs, les débats et les révisions ont également permis de formuler des suggestions dans le présent rapport. Étant donné que nous sommes une des premières spécialités à mettre en œuvre un cursus axé sur le développement des compétences à un niveau national, un des défis importants auxquels de nombreux éducateurs canadiens en médecine familiale sont confrontés est le peu de données disponibles pour guider la mise en œuvre. À mesure que nous ouvrons des horizons nouveaux, il nous incombe d'évaluer nos progrès, d'identifier les pratiques exemplaires et de communiquer les leçons que nous avons apprises. L'évaluation de programme qui se poursuit à l'échelle nationale sur le plan du processus et des finalités d'apprentissage est une autre innovation liée au Cursus Triple C qui démontre l'engagement du CMFC envers la rigueur et l'érudition et envers la collecte de renseignements utiles sur la mise en œuvre du Cursus Triple C.

4. Une approche érudite

Les *Rapports sur le Cursus Triple C - Partie 1 et Partie 2* illustrent l'approche intellectuellement rigoureuse et l'érudition de notre discipline au regard de la formation en résidence. Selon Hansen et Roberts (1992), l'activité d'érudition « est démontrée lorsque le savoir est développé ou transformé par l'application de l'intelligence d'une personne d'une manière réfléchie, disciplinée et créatrice. »⁹ Comme le disait Glassick, Boyer divise l'activité d'érudition en quatre domaines : l'activité d'érudition de la découverte, l'activité d'érudition de l'intégration, l'activité d'érudition de l'application et l'activité d'érudition de l'enseignement.¹⁰ Les opinions d'expert qui figurent dans les documents réunis ici correspondent à l'activité d'érudition de l'intégration ou à l'activité d'érudition de l'application, alors que l'évaluation de programme actuellement en cours représente une entreprise ambitieuse liée à l'activité d'érudition de la découverte. L'information proposée dans ce rapport s'appuie sur les meilleures données probantes, les expériences, l'enseignement et les principes d'apprentissage dont disposent les auteurs. Nous croyons que les travaux d'érudition présentés ici peuvent être utiles à l'éducation en médecine familiale et faire progresser l'éducation médicale dite par compétences en général.

LES PROCHAINES ÉTAPES IMPORTANTES POUR LE CURSUS TRIPLE C

Ce dernier document du *Rapport sur le Cursus Triple C - Partie 2* s'interroge sur les étapes qui assureront la viabilité à long terme du Cursus Triple C. Nous proposons trois domaines clés qui méritent d'être examinés : le renouvellement continu du cursus, la diffusion de l'information aux principaux intervenants et la poursuite de l'activité d'érudition et de recherche.

1. Le renouvellement continu du cursus

L'éducation en médecine familiale est un processus dynamique qui n'a rien de statique. Le CMFC devrait mettre en place des mécanismes permettant d'assurer le renouvellement continu du contenu et des processus du cursus; l'évaluation axée sur les compétences, y compris des outils et des stratégies; et des approches en matière de certification qui concordent avec l'éducation axée sur le développement des compétences. Il faut absolument veiller à ce que les programmes de résidence en médecine familiale répondent aux besoins de la population, aux changements apportés aux structures et aux processus dans le système de santé et aux nouvelles pédagogies si l'on veut que l'éducation en médecine familiale demeure pertinente et à l'écoute de la société. Les compétences attendues des médecins de famille en exercice évolueront au fil du temps; par conséquent, il faut réviser périodiquement ce qui est enseigné et appris. L'instauration d'un processus de révision continue

facilitera l'adoption rapide de pratiques éducatives pertinentes qui répondront mieux aux besoins de la population d'une manière systématique et structurée. Divers éléments éducationnels spécifiques ancrés dans le Cursus Triple C doivent aussi être revus régulièrement. Les différences quant au type de critère et à l'étendue de leur mise à jour sont décrites ci-après.

A) Habiletés techniques de base

La liste nationale des habiletés techniques de base que les résidents devraient maîtriser date de 2005.^{11,12} Le CMFC doit veiller à ce que cette liste tienne compte des besoins des collectivités et des pratiques changeantes des médecins de famille. Idéalement, la liste des habiletés techniques de base devrait être mise à jour dès maintenant et faire l'objet de mises à jour régulières au moyen d'un processus transparent.

B) Les 99 sujets prioritaires

Les sujets prioritaires (il y en a 99) pour l'évaluation aux fins de la Certification en médecine familiale^{7,13} découlent d'une analyse systémique des résultats de deux sondages menés auprès de médecins de famille en exercice. Ces sujets devraient être actualisés périodiquement au moyen d'un mécanisme de révision clair et répété, bien implanté.

C) Les Domaines de soins cliniques pour la formation en résidence

Les Domaines de soins cliniques pour la formation en résidence⁶ ont été établis à partir de l'opinion d'experts en 2010. En raison des liens qui les unissent, ces Domaines de soins cliniques devraient être mis à jour en même temps que les sujets prioritaires, les éléments clés et les thèmes clés.

D) Les rôles CanMEDS-MF et les six dimensions de la compétence en termes d'habiletés

On prévoit que les rôles professionnels énoncés dans CanMEDS-MF⁵ et décrits en termes de comportements observables à la fin de la résidence au moyen des six dimensions de la compétence (approche centrée sur le patient, habiletés de communication, habiletés de raisonnement clinique, sélectivité, professionnalisme, habiletés techniques)⁷ seront précisés au cours des prochaines années. Les rôles CanMEDS-MF sont issus des rôles CanMEDS du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC)¹⁴ et ils ont été contextualisés pour la spécialité de médecine familiale. Comme les deux Collèges jouent un rôle de premier plan dans l'éducation postdoctorale, il serait judicieux de veiller à ce que les messages et les approches adoptés par le CMFC et le CRMCC relativement à l'enseignement et à l'évaluation de CanMEDS et CanMEDS-MF soient clairement articulés. Une collaboration continue entre le CMFC et le CRMCC est donc de mise.

Un des aspects délicats de ce travail sera de maintenir la spécificité de la médecine familiale telle qu'elle s'exprime, par exemple, dans la définition, la description et les objectifs spécifiques du rôle d'expert en médecine familiale, qui reflètent clairement les Quatre principes de la médecine familiale.¹⁵ Pour le CMFC en particulier, les rôles CanMEDS-MF devraient toujours être révisés en relation avec les composantes de l'évaluation exprimées dans les Objectifs d'évaluation. La relation entre cursus et évaluation dans l'éducation axée sur le développement des compétences est cruciale. Il faut maintenir, voire renforcer, le lien entre le cursus, l'évaluation en cours de formation et l'évaluation aux fins de la Certification. Le CMFC doit veiller à ce que le mécanisme de révision des rôles CanMEDS-MF tienne compte de ces éléments et en assure la cohérence.

Nous recommandons en outre qu'un comité sur la révision du cursus travaille sur une base permanente sous l'égide de la Section des enseignants. Ce comité superviserait la révision périodique des éléments curriculaires susmentionnés dans l'optique de renforcer la cohésion curriculaire globale

du Cursus Triple C. Il devrait aussi maintenir une veille informationnelle sur la nouvelle littérature; résumer toute nouvelle donnée probante qui pourrait influencer l'enseignement, l'apprentissage et l'évaluation du Cursus Triple C axé le développement des compétences; et faire connaître les pratiques exemplaires qui ressortent d'un dialogue permanent. Il convient de communiquer les constats de l'évaluation de programme et de toute autre recherche à ce comité afin d'éclairer la prise de décisions.

Le mandat du comité pourrait inclure le maintien d'une perspective sur le continuum d'apprentissage, depuis l'éducation prédoctorale jusqu'au développement professionnel continu, en plus d'exécuter son mandat relativement à l'éducation postdoctorale. Un dialogue soutenu avec le milieu universitaire permettrait aussi de poursuivre des échanges multilatéraux fructueux qui caractérisent actuellement le processus national d'implantation du Cursus Triple C. Enfin, il devrait incomber au comité de recommander quand et comment il faudra entreprendre la prochaine grande révision curriculaire. Cette décision devra être prise avec discernement et tenir compte des nouveaux écrits, de l'évolution de l'environnement, des besoins grandissants et des possibilités qui se présentent.

2. La diffusion de l'information aux principaux intervenants

Certaines sections du *Rapport sur le Cursus Triple C - Partie 2* contiennent des renseignements généraux utiles pour maints intervenants. Les résidents, les enseignants, les médecins de famille, les administrateurs, les fournisseurs de l'éducation médicale et les systèmes de soins de santé font tous partie des intervenants clés. *Étendue de la pratique à maîtriser en résidence en médecine familiale*⁶ est un exemple de document fondamental qui peut guider le travail de tous ceux et celles qui jouent un rôle direct ou indirect dans la médecine familiale. Il décrit en détails la globalité pour l'ensemble de la médecine familiale. Il est important de préciser le sens d'expressions comme *soins complets et globaux* alors que le CMFC continue la mise en œuvre des Centres de médecine de famille.¹⁶ Ces clarifications orientent les discussions sur l'étendue des soins que les médecins de famille devraient dispenser.

D'autres documents du présent rapport aideront les éducateurs impliqués tout le long du continuum de l'éducation médicale et peuvent aider à façonner les collaborations requises pour faciliter la transition entre l'éducation prédoctorale, l'éducation postdoctorale et le développement professionnel continu. Le présent rapport identifie également les ressources, les politiques, les structures et les pratiques qui permettront de passer à l'éducation axée sur le développement des compétences. Certains documents du *Rapport sur le Cursus Triple C - Partie 2* orientent notamment le message à propos des répercussions du Cursus Triple C sur les ressources pour les directeurs de département, les vice-doyens aux études médicales postdoctorales et d'autres bailleurs de fonds (voir *Répercussions sur les ressources des départements de médecine de famille : Document de réflexion* et *Éventuel impact du Cursus Triple C sur les intervenants du CMFC : Document de réflexion*). Le Cursus Triple C doit être bien compris pour être considéré comme une solution capable d'appuyer les changements au système. Dans le rapport, nous présentons un certain nombre de stratégies qui attirent l'attention sur la nécessité de concevoir des messages soigneusement formulés à l'intention des intervenants clés.

D'autres documents de réflexion du *Rapport sur le Cursus Triple C - Partie 2* peuvent encourager le dialogue sur les enjeux politiques auxquels se heurtent les programmes de compétences avancées et sur la question de la durée de la formation. Il est primordial que les documents du présent rapport parviennent aux intervenants auxquels ils étaient destinés. Pour éviter les approches non coordonnées, les dépenses inutiles, la duplication des efforts et des ressources et les erreurs communes, nous recommandons que le Groupe de travail sur la mise en œuvre du Cursus Triple C axé sur le développement des compétences (Groupe de travail sur le Cursus Triple C) transmette activement

chaque document aux bonnes personnes selon une stratégie de communication qui impliquerait tous ceux et celles qui jouent un rôle direct ou indirect dans le Cursus Triple C.

3. La poursuite de l'activité d'érudition et de recherche

L'érudition et la recherche sont importantes pour le succès de l'implantation du Cursus Triple C dans son ensemble. Nous encourageons fortement le milieu de l'éducation en médecine familiale à se percevoir comme le « laboratoire vivant » du Cursus Triple C. Nous entrevoyons de nombreuses occasions de stimuler l'innovation, la recherche en éducation et l'érudition avec l'appui de chaque faculté, de chaque département et du CMFC dans son ensemble. Le CMFC et chaque département de médecine de famille pourraient encourager le milieu universitaire à entreprendre des recherches rigoureuses sur l'éducation à l'échelle locale ou interinstitutionnelle partout au pays. Des occasions intéressantes se dessinent pour la recherche multisite compte tenu de la collaboration permanente entre les programmes de résidence au Canada, pour laquelle le CMFC agirait comme centre de coordination. Les questions les plus urgentes concernant le Cursus Triple C portent sur l'application pratique de la théorie d'une façon efficace, efficiente et réalisable. L'impact du Cursus Triple C sur les ressources humaines et financières apparaît comme critique, mais difficile. *Le plan d'évaluation des programmes* décrit dans *Une approche nationale d'évaluation des programmes pour étudier l'impact du Cursus Triple C*¹⁷ donne une perspective inestimable et inclusive qui pourrait devenir le plan cadre de futures recherches sur les finalités d'apprentissage à court, à moyen et à long terme du Cursus Triple C.

Le CMFC et sa Section des enseignants sont appelés à jouer un rôle de premier plan dans la mise en place de systèmes qui encouragent les membres à produire des travaux d'érudition de qualité. Le Collège peut aussi agir comme centre de diffusion du savoir en créant un répertoire des pratiques exemplaires relatives au cursus axé sur le développement des compétences et à l'évaluation par les pairs. Par ailleurs, on recommande que le CMFC continue de susciter activement la participation des milieux de l'éducation par divers moyens, notamment des ateliers, des séances de réflexion, des webinaires, des blogs spécialisés, etc. Nous recommandons que le CMFC continue d'utiliser le [site Web du Cursus Triple C](#) et la [Trousse d'outils](#) comme endroit où la communauté peut verser des nouveaux documents ayant une portée nationale. Il faudrait reconnaître le CMFC comme la principale source d'information et d'outils se rapportant au Cursus Triple C.

Réciproquement, les stratégies pour le partage de documents d'érudition portant sur le Cursus Triple C encourageront la communauté à communiquer l'information se rapportant au Cursus Triple C. Le Forum en médecine familiale du CMFC pourrait offrir plus d'occasions de présenter les innovations en cours. De plus, la discipline de médecine familiale peut montrer la voie en présentant des travaux d'érudition et elle peut communiquer les pratiques exemplaires de l'éducation en médecine familiale axée sur le développement des compétences sur la scène mondiale à l'occasion de congrès internationaux sur l'éducation médicale.

CONCLUSION

Nous sommes convaincues que le *Rapport sur le Cursus Triple C - Partie 2* aidera à faire progresser l'éducation des résidents en médecine familiale partout au pays. Il formule des suggestions et des stratégies et propose des outils pratiques pour aider ceux et celles qui doivent apporter les changements associés au Cursus Triple C dans leur faculté, particulièrement les directeurs de programme, les directeurs de département de médecine de famille et les vice-doyens aux études médicales postdoctorales. Il soulève aussi une série d'enjeux dont les comités d'éducation du CMFC

devront traiter pour que les politiques du Collège cadrent avec le Cursus Triple C. Le maintien de la collaboration nationale entre le CMFC et le milieu universitaire de la médecine familiale est essentiel pour poursuivre la transformation vers un cursus axé sur le développement des compétences, sous la direction du Groupe de travail sur le Cursus Triple C.

De nombreux pays commencent à mettre en œuvre un programme de résidence en médecine familiale et ils se tournent vers le Canada comme modèle de rôle en matière de cursus postdoctoral. Nombreuses sont les leçons qui peuvent être tirées de nos quelque 70 années d'histoire et d'une transformation forte et dynamique de l'enseignement qui répond aux préoccupations des médecins de famille du monde entier. Le projet du Cursus Triple C place le Canada au rang de chef de file dans ce domaine.

Un des impacts potentiels les plus importants du Cursus Triple C réside dans la pratique de la médecine familiale basée sur la vision du Centre de médecine de famille (CMF).¹⁶

Le CMF offre une solution à la discipline de la médecine familiale pour répondre aux besoins présents et futurs de la population canadienne. Le Cursus Triple C et le CMF ont pour but commun de dispenser des soins de première ligne complets et globaux à chaque Canadien et Canadienne. Le CMF fournit la vision des structures, des processus, des pratiques et des politiques qui peuvent soutenir la prestation de soins primaires complets et globaux. Le Cursus Triple C fournit les moyens qui permettront aux futurs médecins de famille d'acquérir les compétences requises pour travailler en collaboration avec les patients, leur famille et les autres professionnels de la santé dans un modèle de CMF. Ainsi, on pourrait percevoir le Cursus Triple C comme une intervention pour former des médecins de famille prêts à s'engager dans une pratique qui correspond au modèle du CMF. Nous espérons que l'évaluation de programme fera la lumière sur l'influence exercée par le Cursus Triple C sur la pratique future des médecins de famille issus d'un programme Triple C. Les *Rapports sur le Cursus Triple C - Partie 1 et Partie 2* abordent les enjeux qui tirent parti d'une approche systémique complexe au regard de la résidence en médecine familiale. Cette approche complexe considère que l'éducation en médecine familiale est inextricablement liée à l'éducation médicale et aux systèmes de santé du Canada et elle vise à améliorer l'accès et à fournir des soins de qualité centrés sur le patient.

Le *Rapport sur le Cursus Triple C - Partie 2* a le mérite d'être composé d'une série de documents axés sur la pédagogie et préparés par des leaders de la spécialité de médecine familiale qui ont contribué à un nouveau chapitre de l'histoire de notre discipline. En fournissant les principaux points de repère, auxquels l'on peut se reporter au besoin, en présentant les diverses orientations possibles face à divers enjeux et en offrant des messages réflexifs à utiliser pour choisir la voie à suivre, le *Rapport sur le Cursus Triple C - Partie 2* espère être une des ressources les plus souvent consultées pour l'implantation du Cursus Triple C. Il s'ajoute à notre collection de travaux d'érudition en médecine familiale qui décrit le mieux notre travail de médecins de famille et notre approche en matière d'enseignement. Nous empruntons la voie menant au Cursus Triple C en utilisant le *Rapport sur le Cursus Triple C - Partie 2* comme guide de mise en œuvre pour continuer nos efforts historiques visant à produire ce « médecin spécial — le médecin de famille — qui est un acteur clé du système des soins de santé.¹⁸

Les *Rapports sur le Cursus Triple C - Partie 1 et Partie 2* contribuent aussi de façon significative au milieu élargi de l'éducation médicale en favorisant les innovations de l'éducation médicale par compétences. Alignées sur les projets sur l'AEMC pour les études médicales prédoctorales¹ et postdoctorales,² plusieurs suggestions et solutions discutées pourront être utilisées ou adaptées tout le long du continuum de l'éducation. Les occasions offertes au milieu universitaire de la médecine familiale de générer un impact scientifique sont nombreuses et il faut les saisir. La collaboration mutuelle résultant des projets sur l'AEMC permet au CMFC d'aider à promouvoir l'avenir de l'éducation médicale au Canada avec cohésion, pour le bien de la population.

Le CMFC a endossé le Cursus Triple C parce qu'il vise à renforcer la façon dont l'éducation est dispensée dans les programmes de résidence en médecine familiale au Canada. Le CMFC a fixé comme objectif que les résidents en médecine familiale soient dotés des compétences qui reflètent les besoins actuels et émergents des Canadiens et Canadiennes, et qu'ils soient prêts à débiter l'exercice dans la spécialité de médecine familiale dans n'importe quelle collectivité du Canada. La pleine mise en œuvre dépend du partenariat entre le CMFC, les programmes de résidence en médecine familiale, les intervenants externes, les résidents et les enseignants cliniques. Nous espérons que le *Rapport sur le Cursus Triple C - Partie 2* sera une ressource pour tous ceux et celles qui sont déterminés à instaurer un changement et à stimuler l'excellence dans la discipline de médecine familiale.

Références

1. Association des facultés de médecine du Canada. *L'avenir de l'éducation médicale au Canada (AEMC) : Une vision collective pour les études médicales prédoctorales*. Ottawa, ON : AFMC; 2010. Dans: http://www.afmc.ca/fmec/pdf/vision_collective.pdf. Date de consultation : le 23 avril 2013.
2. Association des facultés de médecine du Canada. *L'avenir de l'éducation médicale au Canada - Projet postdoctoral : Une vision collective pour les études médicales postdoctorales au Canada*. Ottawa, ON: Association des facultés de médecine du Canada; 2012. Site Internet : http://www.afmc.ca/future-of-medical-education-in-canada/postgraduate-project/pdf/FMEC_PG_Final-Report_FR.pdf. Date de consultation : le 23 avril 2013.
3. Tannenbaum D, Kerr J, Konkin J, Organek A, Parsons E, Saucier D, et collab. *Cursus Triple C axé sur le développement des compétences. Rapport du Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral - Partie 1*. Mississauga, ON: Le Collège des médecins de famille du Canada; 2011. Sur Internet : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/Triple%20C%20Competency%20based%20curriculum%20-%20FR%20-%20Final%20-%20Mar23%202011%20w%20COVER.pdf. Date de consultation : le 23 avril 2013.
4. McWhinney IR. General practice as an academic discipline. Reflections after a visit to the United States. *Lancet* 1966;1(7434):419-423.
5. 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: Collège des médecins de famille du Canada; Octobre 2009. Sur Internet : <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/CanMeds%20FM%20Final%20FR%20oct%2009.pdf>. Date de consultation : le 23 avril 2013.
6. Tannenbaum D, Kerr J, Konkin J, Organek A, Parsons E, Saucier D, et collab. *Étendue de la pratique à maîtriser en résidence en médecine familiale : Rapport du Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral*. Mississauga, ON: Le Collège des médecins de famille du Canada; 2011. Site Internet : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/Etendu%20de%20la%20pratique%20a%20maîtriser%20en%20résidence%20en%20médecine%20familiale_REV.pdf. Date de consultation : le 23 avril 2013.
7. 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 objectifs d'évaluation en médecine familiale*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2010. Dans : <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/Definition%20of%20Competence%20French%20with%20bookmarks.pdf>. Date de consultation : le 15 avril 2013.
8. Jarvis-Selinger S., Pratt DD, Regehr G. Competency is not enough: integrating identity formation into the medical education discourse. *Acad Med* 2012;87:1185-1190.
9. Hansen PA, Roberts KB. Putting teaching back at the center. *Teach Learn Med* 1992;4:136-139.
10. Glassick CE. Boyer's expanded definitions of scholarship, the standards for assessing scholarship, and the elusiveness of the scholarship of teaching. *Acad Med* 2000;75:887-880.
11. Wetmore S., Laughlin T., Lawrence K., Donoff M., Allen T., Brailovsky C., et collab. Préciser les objectifs de l'évaluation basée sur les compétences en médecine familiale : les habiletés techniques. *Canadian Family Physician* 2012;58:775-780. Site Internet : www.cfp.ca/content/58/7/775.full.pdf. Date de consultation : le 23 avril 2013.

12. Wetmore SW, Rivet C, Tepper J, Tatemichi S, Donoff M, Rainsberry P. Defining core procedure skills for Canadian family medicine. *Canadian Family Physician* 2005;51:1364-1365. Dans : www.cfp.ca/content/51/10/1364.long. Date de consultation : le 30 avril 2013.
13. Allen T., Brailovsky C., Rainsberry P., Lawrence K., Crichton T., Carpentier M-P, et collab. Defining competency-based evaluation objectives in family medicine: dimensions of competence and priority topics for assessment. *Can Fam Physician* 2011;57:e331-e340. Site Internet : www.cfp.ca/content/57/9/e331.full. Date de la consultation : 23 avril 2013.
14. 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. Sur Internet : <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds>. Date de consultation : le 23 avril 2013.
15. Le Collège des médecins de famille du Canada. Les Quatre principes de la médecine familiale. Collège des médecins de famille du Canada. 2006. http://www.cfpc.ca/Les_quatre_principes/. Date de consultation : le 23 avril 2013.
16. Collège des médecins de famille du Canada. Une vision pour le Canada : La pratique de la médecine familiale – Le Centre de médecine de famille. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2011. Dans : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/CMF_Une_Vision_Pour_le_Canada.pdf. Date de consultation : le 17 juillet 2013.
17. Oandasan I au nom du Groupe de travail sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences. Une approche nationale d'évaluation des programmes pour évaluer l'impact du Cursus Triple C. Dans : Oandasan I, Saucier D, éd. Rapport sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences – Partie 2 : Faire progresser la mise en oeuvre. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada, 2013. Dans : www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/TripleC_Report_pt2.pdf. Date de Consultation : le 22 septembre 2013
18. Macinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. *Int J Health Serv* 2007;37:111-126.

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA

Pour de plus amples renseignements, consultez
www.cfpc.ca/Triple_C/

Canadian
Family Medicine
Curriculum



Le cursus en
médecine familiale
au Canada