

Le cursus Triple C produira-t-il de meilleurs médecins de famille?

Cynthia Whitehead MD PhD CCFP FCFP

NON

Nous voulons tous former de bons médecins de famille. Ce n'est pas nouveau. Un tour d'horizon au pays révèle des collègues profondément impliqués, jeunes et vieux, et met clairement en évidence l'engagement de notre discipline envers des soins et une éducation de grande qualité. Ce qu'il y a de neuf, c'est le cursus Triple C du Collège des médecins de famille du Canada, qu'il décrit comme étant un cursus axé sur le développement des compétences, qui est complet et global, insiste sur la continuité et est centré sur la médecine familiale. En réalité, il y a 5 C, dont la «triple» partie (complet, continuité et centré) soutient le double C du cursus axé sur les compétences. Nous sommes maintenant submergés dans une confusion de C, une remarque que j'entends souvent chez les enseignants qui essaient de se souvenir correctement des 3 C.

Pendant, cette énorme restructuration proposée du programme d'enseignement est-elle susceptible de produire de meilleurs médecins de famille? La nature complète, la continuité et les soins centrés sur la médecine familiale sont tous bien décrits dans les 4 principes de la médecine familiale et, en tant que tels, sont déjà enchâssés dans nos valeurs et nos structures pédagogiques actuelles. Alors, la nouveauté et l'espoir de «meilleurs» médecins viennent probablement de l'aspect du cursus axé sur les compétences. La justification de ce changement pédagogique que donne notre Collège national évoque une efficacité accrue et une plus grande imputabilité sociale. Pourtant, il n'est pas démontré que les modèles axés sur les compétences augmentent l'efficacité ou l'imputabilité. Nous allons de l'avant en nous fondant sur la foi plutôt que sur les éléments de preuve.

Si nous ne pouvons pas définir ce qui est «bon», comment saurons-nous ce qui est meilleur?

Au moment où nous commençons à investir des énergies et des ressources considérables dans le déploiement de ce nouveau cursus, nous devrions peut-être prendre une pause et examiner si nous serons capables d'évaluer ses effets. Comment allons-nous savoir véritablement que les médecins de famille formés dans

le cadre de Triple C seront de meilleurs médecins? De fait, les enseignants en médecine n'ont toujours pas trouvé de définition pratique du bon médecin, sans compter l'absence de mesures standardisées rigoureuses du fonctionnement professionnel à un haut niveau^{1,2}. Le récent rapport du projet postdoctoral de l'Avenir de l'éducation médicale au Canada fait valoir qu'il est largement reconnu que, même après de nombreuses années, l'éducation médicale postdoctorale ne sait toujours pas comment enseigner et évaluer efficacement les compétences CanMEDS³. Par conséquent, l'expérience de nos collègues du Collège royal démontre la difficulté d'implanter efficacement un cursus fondé sur les compétences⁴. De plus, même si nous réussissons à élaborer des moyens de mesurer les produits de notre système d'éducation, il est difficile d'imaginer que nous serons capables de faire la distinction entre les effets précis de Triple C sur les stagiaires ainsi que ceux des nombreux autres changements qui peuvent influencer leur éducation (comme l'élaboration de nouveaux modèles d'équipes de soins primaires et les initiatives d'amélioration de la qualité).

Nous devons aussi prendre garde de présumer que ce qui est «nouveau» est nécessairement «meilleur». Au cours du siècle dernier, les enseignants en médecine ont déployé beaucoup d'efforts pour faire avancer et pour renouveler l'éducation médicale. Générations après générations, nous avons produit des rapports sur la façon d'améliorer la formation des médecins de l'avenir. Au cœur de la plupart des ordonnances de changement se trouve un sentiment que la situation s'est récemment détériorée. Rappelez-vous votre résidence en médecine familiale. Vos enseignants vous ont-ils laissé entendre que votre génération était considérée comme déficiente par rapport à vos prédécesseurs? J'ai certainement eu cette impression il y a 2 décennies. Les résidents actuels me font part de leur impression que les enseignants les dénigrent en disant qu'ils ont «la vie facile» durant leur formation, compte tenu des heures de garde réduites dans les programmes de résidence, et les regardent d'un air réprobateur quand ils expriment le désir d'un juste équilibre entre leur vie professionnelle et personnelle. Nous devons être précis dans la définition des problèmes qui doivent être réglés et ensuite concevoir des interventions pédagogiques spécifiques visant ces questions, plutôt que de redécouvrir à répétition les mêmes

This article is also in English on page 1071.

suite à la page 1077

NON *suite de la page 1075*

problèmes et de tenter de les résoudre en adoptant n'importe quelle approche d'enseignement actuellement à la mode.

Limites des modèles axés sur les compétences

Qu'y a-t-il d'inquiétant à propos de l'approche axée sur les compétences? L'éducation fondée sur les compétences part du principe que nous pouvons définir tous les résultats importants et ensuite les mesurer de manière complète et significative. Pourtant, il n'existe pas de données probantes à l'appui de cette hypothèse. De plus, il y a de plus en plus de littérature spécialisée en éducation médicale qui soulève des inquiétudes pratiques, pédagogiques et théoriques à propos de la construction de la compétence. En dépit des efforts considérables de la part des éducateurs dans le monde entier, les outils d'évaluation ont tendance à anatomiser et à fragmenter les compétences, en particulier celles qui sont plus complexes que l'acquisition d'habiletés techniques^{5,6}. La conception d'objectifs d'apprentissage fondés sur des résultats limite potentiellement la créativité et la flexibilité tant des enseignants que des apprenants, en les paralysant de part et d'autre, car ils sont obligés de se conformer à des mesures standardisées⁷. Les définitions de la compétence ont aussi tendance à cibler ce qui peut être mesuré et spécifié, réduisant ainsi l'importance accordée aux aspects réflexifs, expérientiels et holistiques des soins⁸. Il est certain que réduire la créativité dans l'enseignement et l'apprentissage, tout en limitant la compréhension de la complexité de la pratique, n'est pas susceptible de produire de meilleurs médecins de famille.

Une autre limite des approches actuelles fondées sur les compétences concerne le fait qu'ils sont individualistes dans leur conception et n'incorporent donc pas adéquatement les essentielles questions sociétales et structurelles dans les soins de santé. De plus, les descriptions des compétences sont souvent utilisées pour délimiter les territoires d'action professionnels. Reeves et ses collaborateurs font remarquer, par exemple, que les compétences sont utilisées par les professions pour s'accaparer certaines activités en particulier, renforçant les discours conventionnels à propos des normes, des comportements et des attitudes professionnels, et perpétuant les domaines existants de la légitimité professionnelle⁹. La dernière chose que nous voulons des approches axées sur les compétences, c'est qu'elles limitent la flexibilité et l'innovation.

Conclusion

L'examen de notre façon de procéder et la considération de changements à nos manières d'enseigner à

nos étudiants sont des exercices propres aux éducateurs réfléchis. Par ailleurs, une autre part essentielle de la réflexion exige aussi de surveiller attentivement les conséquences des changements que nous apportons. Notre discipline a été bien servie par les 4 principes de la médecine familiale; pendant des décennies, nos enseignants dévoués ont habilement tenu les résidents à l'écart de la fausse sécurité des modèles biomédicaux et des définitions étroites des données probantes pour les conduire dans le monde désordonné et complexe de la réalité des soins primaires. Nous devrions hésiter à imposer à nos enseignants un fardeau de nouvelle nomenclature et une panoplie de nouveaux outils d'enseignement et d'évaluation sans données factuelles prouvant qu'ils apporteront des résultats positifs. Non seulement sommes-nous probablement incapables de définir «meilleur», mais encore faut-il ne pas causer de préjudices en instaurant cette approche. Nous risquons de détourner l'attention d'enseignants dévoués et créatifs en médecine familiale d'une interaction réfléchie avec les apprenants pour les plonger dans une interaction moins réfléchie, avec des listes de vérification pédagogique et des formulaires d'évaluation. Nous ferions preuve de négligence si nous ne surveillions pas de près de telles conséquences involontaires de la mise en œuvre de Triple C.

D^{re} Whitehead est médecin de famille au Women's College Hospital à Toronto, en Ontario, et professeure agrégée et vice-doyenne de l'Éducation au Département de médecine familiale et communautaire à la University of Toronto.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

D^{re} Cynthia Whitehead, 500 University Ave, 5th floor, Toronto, ON M5G 1V7; téléphone 416 946-7070; courriel cynthia.whitehead@wchospital.ca.

Références

- Whitehead C. Recipes for medical education reform: will different ingredients create better doctors? A commentary on Sales and Schlaff. *Soc Sci Med* 2010;70(11):1672-76.
- Hodges BD. A tea-steeping or i-doc model for medical education? *Acad Med* 2010;85(9):S34-44.
- Glover Takahashi S, Bates J, Verma S, Meterisian S, Rungta K, Spadafora S. *Environmental scan synthesis report*. Ottawa, ON: Association des facultés de médecine du Canada; 2011. Accessible à: www.afmc.ca/pdf/fmcc/Synthesis-Report.pdf. Accédé le 27 juillet 2012.
- Chou S, Cole G, McLaughlin K, Lockyer J. CanMEDS evaluation in Canadian postgraduate training programmes: tools used and programme director satisfaction. *Med Educ* 2008;42(9):879-86.
- Zibrowski EM, Singh SI, Goldszmidt MA, Watling CJ, Kenyon CF, Schulz V et collab. The sum of the parts detracts from the intended whole: competencies and in-training assessments. *Med Educ* 2009;43(8):741-8.
- Huddle TS, Heudebert GR. Taking apart the art: the risk of anatomizing clinical competence. *Acad Med* 2007;82(6):536-41.
- Rees CE. The problem with outcomes-based curricula in medical education: insights from educational theory. *Med Educ* 2004;38(6):593-8.
- Talbot M. Monkey see, monkey do: a critique of the competency model in graduate medical education. *Med Educ* 2004;38(6):587-92.
- Reeves S, Fox A, Hodges BD. The competency movement in the health professions: ensuring consistent standards or reproducing conventional domains of practice? *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2009;14(4):451-3.

suite à la page 1078

• **OUI** *continued from page 1076*

• **CONCLUSIONS FINALES**

- À mesure que changent les exigences de la pratique, nos programmes de formation doivent suivre le pas. Le cursus Triple C est justement conçu à cette fin. Avec son insistance sur la globalité et la continuité, il prépare les résidents à exercer dans n'importe quelle communauté au Canada. L'approche axée sur les compétences vise l'acquiescement de nos responsabilités envers la société et l'imputabilité par l'entremise d'une compétence démontrée.
- Triple C codifie, met à jour et articule plus clairement bon nombre des caractéristiques principales de la formation en médecine familiale – soins complets et globaux, continuité des soins, éducation et formation efficaces, offertes autant que possible par des médecins de famille dans des milieux convenant à la pratique future.
- Triple C nous fait évoluer d'un modèle vieux d'un siècle, axé sur des stages en spécialités, à un modèle d'apprentissage moderne, responsable et adaptable qui, grâce à une surveillance et une mise à jour judicieuses, atteindra l'excellence pendant de nombreuses années encore.

• **NON** *suite de la page 1077*

• **CONCLUSIONS FINALES**

- Les cadres axés sur les compétences ne sont pas encore des modèles pédagogiques éprouvés – l'enthousiasme excède actuellement les données probantes.
- Les listes de vérification et la normalisation pourraient limiter la flexibilité et la créativité à la fois des enseignants et des apprenants.
- Nous devons nous assurer de ne pas perdre de vue les importants aspects holistiques, expérientiels et réflexifs de la formation en essayant de documenter et de mesurer les résultats de l'apprentissage.
- Étant donné les préoccupations théoriques et pratiques entourant les modèles axés sur les compétences, il est important de surveiller étroitement leurs effets intentionnels et involontaires.

Les parties à ce débat contestent les arguments de leur opposant dans des réfutations accessibles à www.cfp.ca. Participez à la discussion en cliquant sur **Rapid Responses** à www.cfp.ca.