

Triple C: un nouveau vocabulaire pour une réalité en évolution

Ivy Oandasan MD MHS_C CCFP FCFP au nom du Sous-comité sur l'harmonisation du Groupe de travail du Cursus Triple C axé sur le développement des compétences, du Conseil de la Section des enseignants et du Collège des médecins de famille du Canada

La médecine familiale en tant que discipline au Canada a pris de l'âge; nous avons maintenant 58 ans. Nous avons grandi et atteint la maturité et nous pouvons articuler haut et fort ce que nous faisons, ce qu'est notre spécialité et comment nous contribuons de manière unique à la prestation des soins aux patients. Les gouvernements en ont pris acte et se sont engagés à réformer les soins primaires. Des organismes nationaux de recherche sont passés à l'action et ont demandé la réalisation de recherches programmatiques axées sur les soins primaires. Le public continue de revendiquer un meilleur accès aux médecins de famille. Étant donné l'évolution des circonstances canadiennes, notamment l'attention accrue accordée à la qualité, à l'imputabilité et à l'accès, les nouveaux modèles interprofessionnels de prestation des soins de santé et l'avènement incessant de technologies, de données probantes et de connaissances nouvelles dans notre discipline, le moment était venu pour le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) de réfléchir à notre façon d'éduquer les futurs médecins de famille.

Pendant des années, des comités du Collège chargés de l'éducation ont élaboré activement des façons novatrices d'améliorer ce que nous enseignons aux résidents en médecine familiale et notre manière de le faire, mais 2012 a marqué le lancement officiel de l'approche renouvelée du CMFC à l'endroit de la formation postdoctorale en médecine familiale. Le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences mise sur notre modèle de formation, reconnu à l'échelle internationale, offert dans les 17 programmes universitaires de résidence en médecine familiale au Canada¹. Il repose sur la vision du Collège de former des médecins de famille en nombres suffisants, capables de prodiguer des soins complets, globaux et continus, grâce à une éducation offerte au sein de milieux d'apprentissage centrés sur la médecine familiale.

Apprendre le langage

Comme pour toutes les innovations, il faut du temps pour bien comprendre la terminologie et les nouveaux concepts. Il y a souvent une période pendant laquelle les gens nagent dans l'incertitude avant que la clarté émerge. Les éducateurs et les médecins qui enseignent la médecine familiale au Canada traversent maintenant cette période. De nombreuses expressions font leur apparition, pour aider à expliquer ce que nous faisons en tant que médecins de famille, les façons dont nous enseignons la médecine familiale et évaluons les

résidents en médecine familiale. Les expressions suivantes vous aideront à mieux comprendre Triple C.

L'éducation centrée sur le développement des compétences exige que l'on réfléchisse à l'apprentissage en fonction des résultats. Des résultats sont définis pour les apprentissages attendus des étudiants. Ces résultats ou compétences varient selon le niveau de l'apprenant dans le continuum de l'apprentissage du médecin. Par exemple, ce que les étudiants en médecine doivent savoir au sujet des soins périnataux au moment d'obtenir leur doctorat diffère des compétences attendues d'eux lorsqu'ils terminent leur résidence. Il s'agit ici de la notion de comprendre la compétence à un point précis dans le temps². La compétence varie aussi selon le contexte². Les médecins qui exercent en région éloignée et qui sont les seuls à offrir des soins périnataux peuvent avoir besoin de compétences plus spécifiques.

La formation médicale a été dispensée en fonction d'un modèle «d'infusion» d'apprentissage basé sur le temps³. Dans une approche temporelle, les apprenants sont immergés dans un contexte d'apprentissage pendant une période donnée (p. ex. pédiatrie pendant 4 semaines); ce qui est appris est fonction de ce à quoi les apprenants ont été exposés, souvent de manière fortuite. En revanche, l'approche axée sur les résultats prévoit des possibilités d'apprentissage intentionnelles et maximise les opportunités qu'ont les apprenants d'acquérir les compétences qui doivent l'être dans le milieu d'apprentissage et dans un délai fixé. Si on s'attend des résidents en médecine familiale qu'ils acquièrent des compétences spécifiques, ils ont besoin de possibilités pour le faire dans des contextes pertinents à la médecine familiale. Les enseignants doivent façonner les possibilités d'apprentissage pour leurs résidents de sorte qu'elles soient centrées sur les besoins spécifiques des médecins de famille. Il demeure essentiel d'apprendre des collègues de spécialités autres que la médecine familiale et nous demandons à nos collègues leur collaboration continue pour aider nos résidents en médecine familiale à faire preuve de compétences d'un niveau équivalent à celui d'un médecin qui commence à exercer la spécialité de la médecine familiale.

La Collaboration internationale sur l'éducation médicale fondée sur les compétences a défini la compétence

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the October 2012 issue on page 1061.

comme étant un éventail d'habiletés dans des domaines ou aspects multiples du rendement d'un médecin dans un certain contexte². Notre contexte est la médecine familiale. Nous exerçons la médecine avec des patients d'une extrémité à l'autre du cycle de vie, des nourrissons aux personnes âgées, avec des personnes qui se présentent pour des soins actifs, de la réadaptation et d'autres niveaux de gravité et de chronicité. Nous exerçons dans des cliniques, des urgences, des centres de soins prolongés, à domicile et dans d'autres milieux. Nos programmes d'enseignement doivent offrir ces contextes ou domaines de soins cliniques, où les stagiaires en médecine familiale peuvent apprendre à devenir des médecins de famille.

Le *continuum de l'apprentissage* est un concept sous-jacent de l'éducation axée sur les compétences. La société attend des médecins, comme membres d'une profession autoréglementée, qu'ils poursuivent un apprentissage permanent pour faire en sorte de maintenir leur compétence. Notre cheminement pédagogique en tant que médecins de famille commence avec les études médicales, se poursuit durant toute notre formation en résidence et tout au long de notre pratique.

Les rôles *CanMEDS-Médecine familiale (CanMEDS-MF)*⁴ décrivent les rôles professionnels exercés par les médecins de famille dans leur travail avec les patients, les collègues, d'autres professionnels de la santé et le système de santé. Chaque médecin de famille intègre ces rôles dans la pratique. Inspirés du projet *Educating Future Physicians of Ontario* à la fin des années 1980, les rôles ont été élaborés pour aider les programmes prédoctoraux et postdoctoraux à être plus réceptifs aux besoins changeants de la société⁵. Les rôles *CanMEDS-MF (expert en médecine familiale, communicateur, collaborateur, gestionnaire, promoteur de la santé, érudit et professionnel)* se fondent sur ceux utilisés par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada⁶ et ont été adaptés plus spécifiquement à la médecine familiale.

Les 4 principes de la médecine familiale nous ont bien servis en définissant pour nous les valeurs fondamentales de notre discipline. Les rôles *CanMEDS-MF* aident à décrire les différentes facettes de ce que nous faisons à titre de médecins de famille, en fonction des 4 principes. Ce qui nous distingue en tant qu'experts de la médecine familiale concerne les connaissances, les habiletés, les attitudes, les valeurs et les comportements que nous intégrons dans tous les rôles *CanMEDS-MF* et dans notre pratique au quotidien.

Nos programmes de résidence doivent incorporer des possibilités d'apprentissage pour les résidents en médecine familiale afin qu'ils découvrent comment les rôles *CanMEDS-MF* sont mis en pratique avec les patients dans tous les domaines de soins cliniques. Il est essentiel d'assurer que les expériences d'apprentissage

offertes aux apprenants couvrent ces domaines pour que les résidents comprennent l'ampleur de la discipline. La façon d'enseigner ces rôles au sein des divers domaines doit tenir compte des thèmes essentiels de notre discipline, notamment les soins complets et globaux, et la continuité des soins—les 2 premiers C de Triple C. Le troisième C—*centré sur la médecine familiale*—réflète la conviction que les futurs médecins de famille doivent développer leur identité et leur compétence dans des milieux qui centrent l'apprentissage sur les besoins des étudiants en médecine familiale. Le Médecin de famille canadien a publié des articles qui aident à faire la distinction entre chacune des composantes de Triple C⁷⁻¹³. Ces articles détaillés nous font mieux comprendre ce qui doit être enseigné, qui est le mieux placé pour le faire, où et avec qui l'apprentissage doit être situé et comment nous devrions aborder notre enseignement et notre évaluation des apprenants.

Rôle des universités


Les programmes universitaires sont responsables de fournir aux résidents en médecine familiale une formation agréée qui les prépare à la pratique autonome. Les directeurs de programmes sont chargés d'exercer leur jugement en ce qui a trait à l'état de préparation de l'apprenant à exercer sa profession de manière autonome. Ce jugement, combiné à une réussite à l'examen de Certification du CMFC, est le rite de passage des résidents en médecine familiale à la prochaine étape de leur carrière en qualité de médecins de famille certifiés du CMFC—spécialistes débutants en médecine familiale.

Dans le véritable esprit de l'éducation axée sur les compétences, il est nécessaire, pour juger si un apprenant est prêt à la pratique professionnelle autonome, d'avoir un processus d'enquête qui assure avec exactitude l'acquisition par l'apprenant des compétences ou habiletés nécessaires pour la pratique indépendante. Pour devenir médecins de famille et, par conséquent, être compétents pour pratiquer notre spécialité, les résidents doivent démontrer qu'ils ont développé l'identité et les habiletés qui définissent notre discipline. Ce faisant, la personne qui a réussi à obtenir son diplôme en médecine familiale a affirmé qu'elle a le fondement nécessaire pour continuer à maîtriser les habiletés requises d'un spécialiste en médecine familiale. Pour porter ce jugement, le CMFC a adopté le recours à des objectifs d'évaluation¹⁴. Les objectifs d'évaluation nous fournissent un outil qui peut aider à évaluer la compétence du résident au moment de l'obtention de son diplôme. Ce cadre est utile aux fins d'évaluation.

Poursuivre la conversation

Triple C vis à améliorer nos programmes de résidence déjà excellents au Canada. Triple C réaffirme notre conviction à l'endroit d'un cheminement d'apprentissage

permanent, qui concorde bien avec le paradigme de l'éducation axée sur le développement des compétences préconisé par le CMFC. L'intégration et la maîtrise des compétences reliées aux rôles CanMEDS-MF représentent des tâches qui dureront toute notre vie. Les objectifs d'évaluation aident à définir les compétences attendues à la fin de la résidence. Ces compétences sont le fondement de notre acquisition continue de compétences contextuellement spécifiques avec le temps.

Tandis que nous nous débrouillons tant bien que mal à comprendre cette approche pédagogique améliorée et à l'appliquer à la formation en médecine familiale au Canada, il y a lieu de reconnaître les progrès impressionnants que nous accomplissons au pays, au premier plan de l'avancement de la médecine familiale à l'échelle planétaire. Nous pouvons célébrer un nouveau langage qui aide à mettre en évidence notre caractère distinct comme médecins de famille et la maturité de notre discipline. 

D^{re} Oandasan est directrice associée, Médecine familiale universitaire, au Collège des médecins de famille du Canada.

Remerciements

Les concepts présentés dans cet article émanent du travail incessant du Sous-comité sur l'harmonisation (**Danielle Saucier, Mike Donoff, Karl Iglar, Shirley Schipper, Eric Wong et Ivy Oandasan**). Le Sous-comité sur l'harmonisation se rapporte au Groupe d'étude sur le Cursus Triple C, chargé de l'implantation de Triple C au pays. Les travaux du Sous-comité sur l'harmonisation intègrent ceux du Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral et du Groupe de travail sur le processus de certification pour l'avancement de l'éducation en médecine familiale au Canada.

Intérêts concurrents

D^{re} Oandasan est directrice associée, Médecine familiale universitaire au CMFC.

Correspondance

D^{re} Ivy Oandasan, Collège des médecins de famille du Canada, 2630 Skymark Ave, Mississauga, ON L4W 5A4; courriel ivy@cfpc.ca

Références

1. CMFC. *Triple C Competency-based Curriculum: Canada's family medicine curriculum*. Mississauga, ON: CMFC; 2011. Accessible à: www.cfpc.ca/Triple_C. Accédé le 5 octobre 2011.
2. 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.
3. Hodges BD. A tea-steeping or i-Doc model for medical education? *Acad Med* 2010;85(9 Suppl):S34-44.
4. Groupe de travail sur la révision du cursus du CMFC. *CanMEDS-Family Medicine: a framework of competencies in family medicine*. Mississauga, ON: CMFC; 2009. Accessible à: www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/CanMeds%20FM%20Eng.pdf. Accédé le 5 octobre 2011.
5. Maudsley RF, Wilson DR, Neufeld VR, Hennen BK, DeVillier MR, Wakefield J et collab. Educating future physicians for Ontario: phase II. *Acad Med* 2000;75(2):113-26.
6. Frank JR, rédacteur. *The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care*. Ottawa, ON: Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2005.
7. Oandasan I; Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral. Advancing Canada's family medicine curriculum: Triple C. *Can Fam Physician* 2011;57:739-40 (ang), e237-8 (fr).
8. Kerr J, Walsh AE, Konkin J, Tannenbaum D, Organeck AJ, Parsons E et collab. Renewing postgraduate family medicine education: the rationale for Triple C. *Can Fam Physician* 2011;57:963-4 (ang), e311-2 (fr).
9. Kerr J, Walsh AE, Konkin J, Tannenbaum D, Organeck AJ, Parsons E et collab. Continuity: middle C—a very good place to start. *Can Fam Physician* 2011;57:1355-6 (ang), e457-9 (fr).
10. Walsh AE, Konkin J, Tannenbaum D, Kerr J, Organeck AJ, Parsons E et collab. Comprehensive care and education. *Can Fam Physician* 2011;57:1475-6 (ang), e491-3 (fr).
11. Shaw E, Walsh AE, Saucier D, Tannenbaum D, Kerr J, Parsons E et collab. The last C: centred in family medicine. *Can Fam Physician* 2012;58:346-8 (ang), e179-81 (fr).
12. Saucier D, Shaw E, Kerr J, Konkin J, Oandasan I, Organeck AJ et collab. Competency-based curriculum for family medicine. *Can Fam Physician* 2012;58:707-8 (ang), e359-61 (fr).
13. Oandasan I, Wong E, Saucier D, Donoff M, Iglar K, Schipper S. Triple C: linking curriculum and assessment. *Can Fam Physician* 2012;58:1165-6 (ang), e608-610 (fr).
14. CMFC. *Evaluation objectives*. Mississauga, ON: CMFC; 2011. Accessible à: www.cfpc.ca/EvaluationObjectives. Accédé le 5 octobre 2011.

— * * * —