

Enseigner le Cursus Triple C

Karen Schultz MD CCMF FCMF

La mise en œuvre du Cursus Triple C axé sur le développement des compétences du Collège des médecins de famille du Canada provoque des changements passionnants dans la façon d'enseigner aux résidents en médecine familiale.^{1,2} L'impulsion vers cette nouvelle conception de la formation en résidence provient de plusieurs sources. D'abord, les médecins de famille soignent des patients plus gravement malades que par le passé. De plus en plus de connaissances sont requises pour exercer la médecine de façon sécuritaire et efficace. La période allouée pour former un médecin de famille est courte — deux ans seulement. Les méthodes de formation doivent donc être efficaces et efficientes. S'ajoute également la présence d'un mouvement international vers l'éducation médicale axée sur les compétences. Bref, la logique veut que la formation en résidence ne soit plus essentiellement fonction du temps. Pour obtenir leur diplôme, les résidents doivent démontrer qu'ils ont assimilé les rôles, le savoir, les habiletés et les attitudes jugés cruciaux pour un bon médecin de famille. Le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences appuie le développement d'un tel médecin. Les médecins qui suivent cette formation complète et globale acquièrent toute une gamme de compétences et peuvent travailler dans tous les milieux.³ La continuité forme une partie intégrale du Cursus — la continuité des soins pour que les résidents apprennent à établir des liens thérapeutiques efficaces à long terme; la continuité pédagogique grâce à l'ajout de multiples approches de plus en plus sophistiquées aux problèmes des patients et la continuité de la supervision qui jette les bases de la présentation de bons modèles de rôle et de l'évaluation des compétences fiable⁴. Il est centré sur la médecine familiale. Là où il est possible de le faire, l'apprentissage a lieu dans le contexte de la médecine familiale, conformément à la théorie pédagogique qui propose que l'apprentissage soit le plus efficace lorsqu'il a lieu là où il sera appliqué.^{1,5} Par conséquent, les enseignants sont des médecins de famille ou des spécialistes qui connaissent bien la médecine familiale, ce qui assure la présentation de modèles de rôle et l'enseignement de matières pertinentes.

Évaluation et compétence

Quatre référentiels liés sont utilisés pour jauger les compétences : les rôles CanMEDS-Médecine familiale (CanMEDS-MF), les domaines de soins cliniques, les phases de la rencontre clinique et les dimensions

de la compétence en termes d'habiletés. Que sont-ils et qu'est-ce qui les unit? Les quatre principes de la médecine familiale sont à la base de ces référentiels, mais les rôles CanMEDS-MF (expert en médecine familiale, communicateur, collaborateur, promoteur de la santé, gestionnaire, érudit et professionnel) servent maintenant à structurer les objectifs et la formation en médecine familiale et l'évaluation.¹ L'adoption de ces sept rôles de la médecine familiale harmonise l'enseignement de la médecine d'un bout à l'autre du Canada. Toutes les facultés de médecine prédoctorale et les programmes de résidence du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada utilisent les rôles CanMEDS. Maintenant que la médecine familiale applique ces rôles (qui ont été modifiés pour tenir compte des habiletés, connaissances et attitudes dont les médecins de famille ont besoin), ceux qui enseignent la médecine dans tous les domaines utilisent maintenant un langage commun et ensemble, ils peuvent rechercher les meilleures façons d'enseigner et d'évaluer la compétence à l'égard de ces rôles.

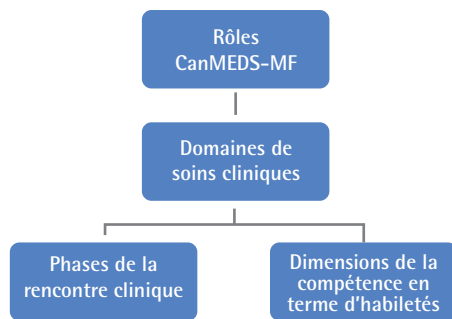
Les domaines de soins cliniques décrivent le type de patients à qui les résidents offriront des soins compétents et les contextes où ces soins seront offerts.³ Il s'agit d'un mouvement organisationnel fondamental qui appuie le système d'éducation axé sur les compétences (p. ex., plutôt que d'étudier la pédiatrie [un terme qui décrit une population de jeunes patients] les résidents deviendront compétents dans la prestation de soins aux enfants).

On s'attend également à ce que les résidents soient compétents dans diverses dimensions de la compétence en termes d'habiletés (approche centrée sur le patient, communication, sélectivité, raisonnement clinique, examen physique, intervention et professionnalisme). Ils deviendront compétents dans les phases de la rencontre clinique (anamnèses, examens, génération d'hypothèses, analyses, diagnostics, procédures, prise en charge et traitement, orientation vers un autre professionnel et suivi).⁶ On peut visualiser la relation entre ces référentiels comme hiérarchique en commençant par les rôles CanMEDS-MF (les métacompétences) au sommet, et déclinant vers les compétences de plus en plus précises dans les phases de la rencontre clinique et les dimensions de la compétence en termes d'habiletés (Figure 1).

Le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences représente l'avenir et établira les normes

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the October 2012 issue on page 1160.

Figure 1. Hiérarchie des référentiels pour l'évaluation de la compétence

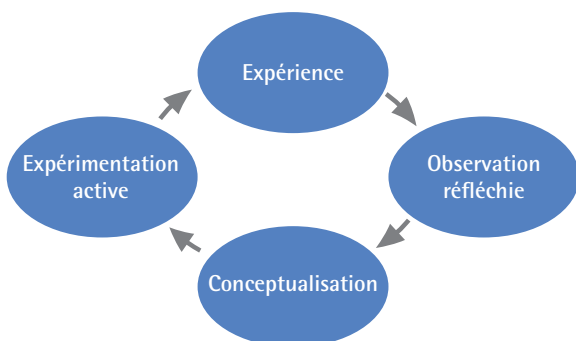


CanMEDS-MF—CanMEDS—Médecine familiale.

qui régiront comment les résidents en médecine familiale seront formés et évalués. Cependant, comment est-ce que nous, médecins de famille occupés, abordons l'enseignement du Cours Triple C tout en assurant la prestation de soins sécuritaires aux patients, en maintenant nos relations avec les patients et en gérant un bureau ou un cabinet, entre autres?

Le modèle d'apprentissage expérientiel de Kolb est une démarche fort utile pour orienter nos réflexions sur l'enseignement de l'adulte (Figure 2).⁷ Nous savons que les adultes apprennent mieux dans un environnement qui leur enseigne des choses qu'ils perçoivent comme pertinentes, dans un contexte pratique qui favorise la réflexion et la rétroaction.⁵ Le cycle d'apprentissage de Kolb capte ces idées : le résident passe d'une expérience pratique et pertinente (p. ex., prise en charge d'un patient hypertendu), à la réflexion (« Je ne connais rien à la prise en charge de l'hypertension! »), à la conceptualisation de cette expérience (« En lisant et en discutant

Figure 2. Modèle expérientiel pour la formation de l'adulte



Données tirées de Kolb.⁷

avec mon superviseur, j'ai appris qu'il y a différentes classes de médicaments antihypertenseurs. »), à l'application d'un plan de prise en charge. Dans le cas présent, les résidents développent progressivement leurs connaissances et leurs habiletés relativement à la prise en charge de l'hypertension, à mesure qu'ils passent d'une étape à l'autre du cycle avec chaque nouveau patient hypertendu qu'ils voient. Ils passent alors d'une ignorance du traitement de l'hypertension à une appréciation des diverses classes de médicaments antihypertenseurs, au choix d'une classe de médicaments en fonction des conditions concomitantes du patient, à une évaluation critique de la littérature sur les divers médicaments antihypertenseurs, à l'application de leurs nouvelles connaissances du patient dans un plan de prise en charge (p. ex., coûts du médicament et accès à un régime d'assurance-médicaments).

Comment enseigner le Cours Triple C?

Expérience. Déterminez délibérément qui le résident rencontrera à la clinique, en tenant compte des concepts de globalité et de continuité du Cours Triple C. Veillez à ce que le résident voit une variété de patients pour qu'il puisse développer différentes habiletés. N'oubliez pas que certaines habiletés importantes sont acquises sans interaction avec le patient (p.ex., communiquer et collaborer efficacement avec d'autres professionnels de la santé ou spécialistes, faire preuve de professionnalisme en s'impliquant activement dans les réunions.). Assurez une continuité pédagogique — si votre résident vient de rencontrer un patient hypertendu, et que vous avez discuté d'importantes stratégies de prise en charge, assurez-vous que le résident voit le prochain patient hypertendu qui se présente afin de mettre en pratique ses nouvelles connaissances. Quant à la continuité des soins, s'ils ont déjà vu un patient ou un membre de la famille du patient, veillez à ce qu'ils voient ce patient ou ce membre de la famille aux prochaines visites. Si le patient consulte un autre professionnel et que le résident peut assister à cette rencontre, assurez-vous qu'il le fasse. Demandez-lui de vous accompagner lorsque vous visitez ce patient à domicile ou à l'hôpital pour que le résident apprenne à le connaître. Ceci leur permet d'en apprendre davantage sur la continuité des soins dans le contexte interpersonnel, familiale, multidisciplinaire et géographique.

Réflexion. Encouragez la réflexion et donnez le temps de réfléchir. Essayez d'allouer un peu de temps à la fin de la journée pour permettre au résident de réfléchir sur ses patients. Soyez explicite et pensez à haute voix (de ce fait, vous agissez en tant que modèle de rôle) lorsque vous réfléchissez sur les soins aux patients.

Conceptualisation. C'est ici que votre apport vaut son pesant d'or. Pensez à la façon dont le Cours Triple C est centré sur la médecine familiale et les modèles de rôle que ceci implique. C'est ici que vous pouvez véritablement montrer aux résidents ce que c'est que d'être médecin de famille et leur donner l'information qu'ils ne trouveront pas dans un manuel de classe. Les diagnostics différentiels et les listes de traitements possibles sont faciles à trouver sur le Web ou dans un livre. Parlez plutôt aux résidents de votre raisonnement, du pourquoi, des diagnostics différentiels, de pourquoi vous privilégiez ce diagnostic en particulier; de comment vous pouvez utiliser le temps comme outil diagnostic et thérapeutique, mais seulement après avoir exclu les diagnostics dangereux (demandez au résident de vous donner son diagnostic différentiel, du diagnostic le plus dangereux possible, et comment le résident l'a exclu); de pourquoi vous avez prescrit ce médicament antihypertenseur plutôt qu'un autre sur la longue liste de possibilités, compte tenu de vos connaissances du patient; des conseils pratiques que vous avez appris dans le cadre de vos stratégies de prise en charge (« Ce médicament n'est pas couvert par les régimes d'assurance-médicaments et coûte très cher — même s'il s'avérait le meilleur choix, ce patient n'a pas les moyens de se le procurer. Trouvons une solution de rechange. »); de pourquoi vous orienter le patient vers un autre professionnel maintenant et pourquoi la situation est émergente, urgente ou facultative; de ce que ce type de patient vous fait ressentir et comment vous avez appris à transformer ce type de relation en une bonne relation thérapeutique. Les exemples de connaissances que vous pouvez transmettre et que le résident ne trouvera pas ailleurs sont innombrables.

Application. La rétroaction est le meilleur outil dont vous disposez pour aider les résidents à appliquer leurs nouvelles connaissances efficacement et de façon sécuritaire. Renforcez ce qui est bien fait; corrigez ce qui ne l'est pas. Lorsqu'ils aborderont leur prochaine expérience, ils pourront s'appuyer sur ces bonnes connaissances. Vous devrez faire des observations directes — dans le cadre de la rencontre clinique, observer une interaction avec l'infirmière et écouter le triage téléphonique. Donnez vos commentaires sur une gamme d'activités, de rôles et d'habiletés — idéalement, en les documentant (p. ex., sur une feuille de route). Au fil du temps et grâce aux commentaires de différents superviseurs, chaque petite réflexion sur la compétence aidera à créer un portrait de la compétence globale du résident en tant que futur médecin de famille.

Les étapes susmentionnées aideront à enseigner le Cours Triple C et à promouvoir l'apprentissage de l'adulte. Elles donneront également aux résidents ce dont ils ont besoin de leur superviseur. Selon un

examen des commentaires de résidents sur leurs superviseurs mené à l'Université Queen's à Kingston (Ontario) au cours des cinq dernières années, les résidents s'attendent d'obtenir les cinq éléments suivants de leurs superviseurs. Ils souhaitent que les superviseurs s'intéressent à eux en tant qu'apprenants, qu'ils soient enthousiastes et accessibles, qu'ils tiennent des discussions sur le raisonnement clinique, qu'ils leur donnent de la rétroaction et qu'ils les poussent en tant qu'apprenants (K. Schultz, données non publiées, 2011). Ces cinq éléments et l'utilisation du Cours Triple C vous aideront à créer la prochaine génération de médecins de famille compétents et dévoués. ✨

Dr Schultz est professeure agrégée et directrice de programme au Département de médecine familiale, Université Queen's, Kingston Ontario.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Références

1. Groupe de travail sur la révision du Cours postdoctoral du CMFC. *Le Cours Triple C axé sur le développement des compétences. Rapport du Groupe de travail sur la révision du cours postdoctoral -Partie 1*. Mississauga ON: Le Collège des médecins de famille du Canada; 2011. Disponible au : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Triple_C/Triple_C_Competency_FR_w_cover_Sep29.pdf, Accès le 27 août 2012.
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;57:963-4 (Eng), e311-2 (Fr).
3. 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).
4. Kerr J, Walsh AE, Konkin J, Tannenbaum D, Organek AJ, Parsons E, et collab. La continuité : le C du milieu — un bon point de départ. *Can Fam Physician* 2011;57:1355-6 (Eng), e457-9 (Fr).
5. Kaufman DM, Mann KV. Teaching and learning in medical education: how theory can inform practice. In: Swanwick T, editor. *Understanding medical education: evidence, theory and practices*. Chichester, UK: Wiley Blackwell; 2010.
6. 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: Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. Disponible au : <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/Definition%20of%20Competence%20Complete%20Document%20with%20skills%20and%20phases%20FR%20Jan%202011.pdf> Accès le 27 août 2012.
7. Kolb DA. *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1984.

CONSEILS AUX ENSEIGNANTS

- Utilisez un modèle expérientiel pour la formation de l'adulte pour offrir aux résidents des expériences, donnez-leur du temps de réflexion, aidez-les à formuler des concepts, et appliquer un plan de traitement et de prise en charge.
- Gardez à l'esprit la continuité et la globalité du Cours Triple C lorsque vous formez des résidents en clinique. Veillez à ce qu'ils effectuent les visites de suivi auprès de patients qu'ils ont déjà soignés. Veillez à ce qu'ils voient une variété de patients et qu'ils s'impliquent dans différents environnements, dont les réunions du personnel et les discussions sur les soins en collaboration.
- Encouragez la réflexion et donnez aux résidents le temps de réfléchir. Aidez-les à formuler des concepts en expliquant votre raisonnement lorsque vous traitez un patient. Faites des observations directes du travail du résident et donnez de la rétroaction, préférablement sous forme de feuilles de route.