

LE BULLETIN

VOLUME 45

NUMÉRO 2

HIVER-PRINTEMPS 2023



Triple C – CPC
APC, jalons, observations

OÙ EN SOMMES-NOUS AVEC LES APPROCHES PÉDAGOGIQUES PAR COMPÉTENCES AU QUÉBEC

TABLE DES MATIÈRES

LE MOT DE LA PRÉSIDENTE	4
1. INTRODUCTION	5
2. LES ENJEUX DE GOUVERNANCE EN MATIÈRE DE FORMATION MÉDICALE	7
3. LA TRIPLE C, L'HISTOIRE D'UNE RÉFORME RÉUSSIE	9
4. LA CPC : UNE ANALYSE COMPARATIVE DE CHERCHEURS INDÉPENDANTS	12
5. LA CPC AU QUOTIDIEN - TÉMOIGNAGES DR VINCENT GRAVEL ET DR OLIVIER FORTIN	16
6. LES RÉPERCUSSIONS DE LA CPC DEPUIS 2017	20

CONSEIL D'ADMINISTRATION 2022-2023 :

Jessica Ruel-Laliberté, présidente | Alex Vignola, vice-président | François Bouchard-Boivin, secrétaire-trésorier | Cédric Lacombe, administrateur issu de l'AMRM
Ghassen Soufi, administrateur issu de l'ARM | Gabriel Châteauneuf, administrateur issu de l'AMReQ | Maxime Morin-Lavoie, administrateur issu de l'AMReS
Gabriel Lavoie, administrateur, affaires syndicales | Kenza Aichtoutal, administratrice, affaires pédagogiques - SP | Benoit Chartrand, administrateur, affaires pédagogiques - MF
Patrice Savignac Dufour, directeur général

Johanne Carrier, rédactrice en chef | Triade Marketing, infographie

PERSONNEL : Johanne Carrier, directrice, communications et affaires publiques | Sylvain Schetagne, directeur, recherche et action sociopolitique
Marie-Ève Breton-Soutière, gestionnaire, TI et ressources humaines | Jocelyne Carrier, coordonnatrice aux affaires pédagogiques - SP
Stéphanie Chevance, coordonnatrice aux affaires universitaires | Geneviève Coiteux, coordonnatrice - MF
Marie-Anik Laplante, coordonnatrice aux affaires syndicales | Djenimory Keita, technicien comptable | Vicki Portelance, adjointe

Retourner toute correspondance ne pouvant être livrée au Canada à :
FMRQ - 510-630, rue Sherbrooke Ouest, Montréal, QC H3A 1E4
Tél. : 514 282-0256 ou 1 800 465-0215
fmrq.qc.ca - info@fmrq.qc.ca - Abonnement annuel : 20 \$

ISBN / ISSN : Convention de la poste / Publication : 1484699



L'APPROCHE PAR COMPÉTENCES EN PÉDAGOGIE MÉDICALE : UN CHANGEMENT DE PARADIGME DÉLÉTÈRE DANS LES SPÉCIALITÉS AUTRES QUE LA MÉDECINE FAMILIALE

Chères Collègues, Chers Collègues,

La Compétence par conception (CPC) et ses répercussions sur la qualité de la formation dans les programmes dans lesquels elle a été implantée requiert une attention particulière, notamment de la part des membres des spécialités autres que la médecine de famille. Alors que le cursus de médecine de famille a évolué vers une nouvelle approche par compétences, appelée Triple C, il y a une dizaine d'années, presque sans bruit, la CPC a provoqué une vague de mécontentements et de préoccupations ces dernières années de la part des médecins résident-e-s qui y sont soumis-e-s et qui constatent d'importants inconvénients et aucun gain sur le plan pédagogique. C'est pour cette raison que nous y avons notamment consacré la Journée des médecins résident-e-s 2022, une activité fédérative annuelle à laquelle 775 médecins résident-e-s ont participé.

Comme vous pourrez le constater dans ce *Bulletin*, la CPC, cette approche pédagogique implantée graduellement depuis juillet 2017, a depuis fait l'objet de nombreuses discussions, de rencontres avec les différentes autorités concernées, d'inquiétudes et d'un stress additionnel important chez les médecins résident-e-s ainsi que d'une démarche de suivi continu de la FMRQ visant à recueillir les commentaires des membres soumis-e-s à la CPC.

Nous avons rencontré à plusieurs reprises les doyens des facultés de médecine et les vice-doyens aux études médicales postdoctorales du Québec et des autres facultés de médecine au Canada. J'ai d'ailleurs eu l'occasion de présenter les conclusions de notre sondage sur les interactions pédagogiques entre les médecins résident-e-s et les médecins enseignant-e-s dans ce nouveau contexte CPC devant les participants à la dernière Conférence canadienne sur l'éducation médicale (CCEM) et nous avons également présenté les données aux différents partenaires du Québec impliqués dans la formation médicale.

Nous sommes également intervenus spécifiquement auprès du Collège des médecins du Québec et du ministère de la Santé et des Services sociaux à plusieurs reprises pour les sensibiliser à la situation, mais aussi pour solliciter leur appui dans notre lutte pour mieux harmoniser les éléments positifs de l'approche par compétences au modèle pédagogique ayant déjà fait ses preuves dans nos milieux parfois appelé l'approche « traditionnelle », basée sur l'apprentissage par coaching dans le cadre d'une durée prédéterminée de formation en médecine par la dispensation concrète de soins directs aux patient-e-s.

Lors d'une récente rencontre, le 15 décembre 2022, les principaux acteurs-clés dans ce dossier au Québec que sont nos quatre facultés de médecine, le CMQ et la FMRQ ont rencontré les dirigeants du CRMCC pour faire un rappel des principales difficultés et des enjeux rencontrés dans les milieux avec la « méthode CPC », telle que le CRMCC l'a conçue, et le fait que seul un changement majeur d'approche pourra faire en sorte d'en faire un changement positif, ce qui n'est pas le cas actuellement, tout au contraire. Au moment de publier ce Bulletin, le CRMCC devait lancer des consultations ouvertes vers une « CPC 2.0 », mais espérons que cette fois, leurs dirigeant-e-s sauront être à l'écoute des personnes qui vivent au quotidien les effets de cette approche pédagogique et qu'ils éviteront de proposer qu'une simple version renouvelée sur la forme, mais reposant sur les mêmes concepts de base d'enseignement et d'évaluation de la médecine qui n'ont jamais été appuyés sur des bases scientifiques solides.

J'espère que le contenu de ce *Bulletin* saura favoriser la réflexion à propos des tenants et aboutissants de la CPC et des autres méthodes pédagogiques basées sur les compétences.

En terminant, je réitère notre souhait, à la FMRQ, de toujours défendre une amélioration de la qualité de notre formation. Nous ne sommes pas contre le changement, bien au contraire, mais pour des changements qui sont porteurs d'améliorations et l'implantation de la CPC a bien démontré qu'il n'est pas toujours nécessaire de faire table rase du système existant pour l'améliorer. Gardons le meilleur de l'approche dite « traditionnelle » basée sur du véritable coaching et les aspects les plus positifs de la CPC - dont l'identification des compétences concrètes à développer pendant la résidence - afin de rencontrer l'objectif partagé par tous d'améliorer la qualité de la formation médicale.

Je profite par ailleurs de l'occasion pour remercier tous les membres qui ont contribué au succès de nos démarches, que ce soit en répondant à nos nombreux sondages ou en participant aux entretiens qui ont été menés au cours des dernières années. C'est grâce à votre contribution que nous avons pu établir un portrait juste de la qualité de votre formation et de vos interactions avec vos patrons et patronnes. Merci aussi aux collègues du conseil d'administration, aux délégué-e-s, dont les membres des comités des affaires pédagogiques - Spécialités et Médecine de famille, ainsi qu'aux membres de la permanence qui soutiennent nos démarches pour améliorer nos conditions de travail et d'apprentissage sur une base quotidienne.

Jessica Ruel-Laliberté, M.D., M.Sc.
Présidente



INTRODUCTION

Dans ce bulletin, la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ) souhaite faire le point sur l'approche par compétences mise en place progressivement depuis juillet 2017 par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) dans toutes les facultés de médecine canadiennes, par le biais de la *Compétence par conception* (CPC), ainsi que par le Collège des médecins de famille du Canada, il y a 10 ans déjà, selon le modèle *Triple C*.

Alors que la Triple C a semblé s'intégrer harmonieusement au cursus en médecine de famille, la CPC a entraîné de nombreuses difficultés au sein des milieux de formation, notamment pour les médecins résident-e-s qui ont été lancé-e-s dans l'aventure depuis, mais aussi pour les médecins enseignant-e-s, les facultés de médecine et plusieurs autres intervenant-e-s du réseau qui subissent les contrecoups de cette approche pédagogique implantée trop rapidement et sans fondement scientifique reconnu, à tout le moins en médecine.

Vous trouverez dans les pages qui suivent des témoignages et des entrevues, de même que les conclusions d'une étude récente par des chercheurs indépendants sur la CPC.

Un article reflète le témoignage de deux médecins, dont l'un d'eux était en CPC depuis le début de sa résidence, le Dr Vincent Gravel, anesthésiologiste, et l'autre, qui a réalisé toute sa résidence selon le modèle traditionnel, mais qui connaît bien la CPC, le Dr Olivier Fortin, un ancien président de la FMRQ, qui a fait valoir la position de la Fédération sur diverses tribunes au cours des dernières années. Cet article apporte un éclairage unique sur la perception de cette approche pédagogique sur le terrain.

Nous vous invitons à porter une attention particulière aux deux autres entrevues que nous avons réalisées pour ce *Bulletin*.

La première, portant sur la transition de la formation en médecine de famille vers une approche par compétences adaptée à cette discipline il y a un peu plus de 10 ans, la Triple C, a fait couler beaucoup moins d'encre et semble avoir été intégrée beaucoup plus harmonieusement. Pour faire le point sur l'approche par compétences en médecine de famille, nous nous sommes entretenus avec le docteur Gilbert Sanche, médecin de famille qui enseigne au GMF-U du Marigot à Laval et professeur de clinique à l'Université de Montréal, qui était aux premières loges de cette transformation.

La deuxième porte sur la CPC, avec M. Christian Boyer, consultant en pédagogie et chercheur principal. L'étude intitulée *L'Analyse critique d'un changement de paradigme pédagogique dans le cadre de la résidence en médecine au Québec*, a été publiée en septembre 2022 par M. Boyer et ses collègues, les professeurs Steve Bissonnette et Frédéric Morneau-Guérin, du département d'éducation de la TELUQ, et le philosophe et essayiste Normand Baillargeon, également chroniqueur au quotidien *Le Devoir*. Celle-ci met le doigt sur un élément essentiel de cette nouvelle approche telle que déployée par le Collège royal, soit l'absence de bases scientifiques pour l'appuyer.

INTRODUCTION

TRIPLE C

Le Cursus Triple C a été développé par les programmes de médecine de famille au Canada au début des années 2010. Il a été développé dans le but de créer un cursus axé sur le développement des compétences en médecine familiale qui vise des soins **complets** et globaux (*comprehensive*), orientés vers la **continuité** des soins et l'apprentissage et **centrés** sur la médecine familiale d'où le nom de *Cursus Triple C axé sur le développement des compétences*.

Il faut savoir qu'au départ l'apprentissage en MF se voulait une succession de stages dans d'autres spécialités qui avaient pour objectif d'exposer le ou la résident-e au plus grand nombre de connaissances variées, et non l'apprentissage de compétences spécifiques à la pratique de la médecine familiale. L'introduction de la Triple C a été faite sur la base d'une recommandation aux programmes de médecine familiale par le Collège des médecins de famille du Canada, mais non par l'imposition du cursus aux programmes à travers le pays. La réflexion d'introduire une approche par compétences provenait des milieux et aurait été entérinée par le CMFC par la suite.

L'implantation de la Triple C a fait beaucoup moins de vagues que le déploiement de la CPC. Elle a été introduite beaucoup plus harmonieusement dans les milieux. Évidemment, la formation en MF se déploie sur deux années de résidence plutôt que cinq ans ou plus dans les autres spécialités, mais il reste que l'intégration de la Triple C a été faite en toute transparence et sans heurts apparents.

CPC

La Compétence par conception (CPC) relève pour sa part d'une initiative du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Elle a été introduite dans toutes les facultés de médecine au Canada de façon progressive, dans des spécialités spécifiques, en juillet 2017. La CPC souhaite normaliser, voire systématiser, les compétences à acquérir dans toutes les spécialités autres que la médecine familiale. Cette méthode proposait même au début la réduction du temps de formation médicale postdoctorale en fonction de l'acquisition des différentes compétences. Cette dernière proposition n'est plus soulevée par les instigateurs de la CPC, mais rien ne nous dit que cet objectif soit complètement éliminé du radar.

Selon le Collège royal, la CPC est un modèle hybride de l'approche par compétences adapté au système canadien de formation médicale. Les compétences à acquérir sont regroupées dans un référentiel et structurées dans un ordre progressif. De plus, en CPC, la responsabilité de la planification de l'exposition clinique et de l'apprentissage de compétences repose essentiellement sur les épaules des médecins résident-e-s, à qui il revient de planifier et compléter les activités professionnelles confiées (APC), et de les faire approuver par la suite par leurs patrons et patronnes, dans un délai plus ou moins défini, pour répondre aux objectifs qui leur sont remis en début d'année ou de stage.

2.

LES ENJEUX DE GOUVERNANCE EN MATIÈRE DE FORMATION MÉDICALE

Depuis l'introduction de la Compétence par conception (CPC) dans les milieux de formation postdoctorale au Québec, la FMRQ n'a eu de cesse de rappeler aux divers intervenant-e-s en formation médicale que la santé et l'éducation, dont l'éducation supérieure, sont des juridictions des provinces au Canada et que ce fait constitutionnel comporte des enjeux trop souvent ignorés par certains de nos partenaires, qui tiennent pour acquise la faisabilité d'initiatives d'application « pancanadienne » sans tenir compte de ces facteurs juridiques. Ils y voient souvent, lorsqu'ils voient ces enjeux, de simples « tracasseries administratives » limitant leur action plutôt que la réalité des dynamiques inhérentes au fédéralisme canadien et à sa constitution, et ce, peu importe nos opinions politiques, à ce sujet.

Lorsque nous intervenons auprès des organisations liées à votre formation dans les facultés, dans les établissements de santé et/ou auprès du Collège des médecins du Québec (CMQ), du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC), des enjeux juridiques se posent continuellement. La situation nécessite-t-elle une intervention auprès du programme, de la faculté, de l'université ou encore de l'établissement de santé ? Est-ce un enjeu qui est de la juridiction du Collège des médecins du Québec ou d'un collège canadien ? Si nous devons entreprendre un recours judiciaire, cela relèverait de quel tribunal ou de quelle instance judiciaire et cela serait basé sur quel texte de loi ou de règlement ? Les réponses à ces questions sont parfois complexes et elles ne sont jamais de « simples détails administratifs », comme peuvent parfois sembler le croire, à tort, des personnes qui dirigent d'importantes organisations impliquées dans le monde de la formation médicale. Nous convenons que les questions de juridiction peuvent paraître abstraites ou théoriques, mais le jour où elles sont posées dans le cadre de litiges potentiellement transposés devant un tribunal, elles peuvent alors se révéler comme bien réelles et concrètes avec des conséquences importantes, si l'on ne les a pas traitées avec sérieux en amont.

Même chez des partenaires représentant des organisations bien établies comme le Collège des médecins du Québec, nous observons parfois des lacunes en termes de connaissance des juridictions applicables dans des dossiers dans

lesquels nous sommes impliqués. Pour d'autres organisations, comme les collèges canadiens, leurs représentant-e-s peuvent parfois être bien au fait des questions juridiques, mais ils ou elles peuvent avoir avantage politiquement à faire comme si ces questions n'existaient pas afin d'augmenter leurs champs d'intervention. Le dossier de la CPC en est malheureusement le meilleur exemple. La question de savoir comment les enseignant-e-s lié-e-s à une université au Québec devraient enseigner ou comment ils ou elles devraient évaluer les médecins résident-e-s, ce qui ne relève, légalement parlant, d'aucune autre juridiction que de l'université elle-même.

Autre exemple, les critères pour avoir droit à un permis de pratique de la médecine au Québec ne peuvent pas être déterminés par une autre instance que celle de l'ordre professionnel légalement habilité, soit le CMQ pour le Québec. Mais avec le temps, comme nous l'avons déjà expliqué dans un numéro précédent du *Bulletin*, au printemps 2021, autour du thème des exigences de pratique de la médecine au Québec (voir les textes *En éducation médicale, qui a le vrai pouvoir de décider ?* page 6 et *Qui fait quoi*, page 11), diverses dynamiques politiques ont fait en sorte que certains partenaires au Québec ont en partie délaissé l'exercice de leurs juridictions au profit d'autres organisations qui n'ont par ailleurs pas d'assise légale à leur action au Québec (ni même souvent pas davantage au Canada). C'est le cas des collèges pancanadiens, comme le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) qui n'ont, légalement parlant, aucune autorité juridique pour imposer quoi que ce soit en pédagogie médicale au Québec, sauf si nos facultés de médecine (nos universités en fait) et/ou le Collège des médecins du Québec le veulent et ultimement, si le gouvernement du Québec ne s'y oppose pas. Mais encore faut-il que nos leaders de l'éducation médicale au Québec soient bien conscients de cette réalité juridique et veuillent bien assumer pleinement les juridictions qui sont les leurs. Sinon, il se passe ce que nous constatons depuis quelques années déjà : d'autres organisations prendront, dans les faits, la place laissée vacante puisque, comme on dit, la nature a horreur du vide, et c'est vrai également dans le monde politique. Et l'on ne peut pas en vouloir à ces organisations qui combrent les espaces politiques ainsi délaissés, elles défendent leurs intérêts.

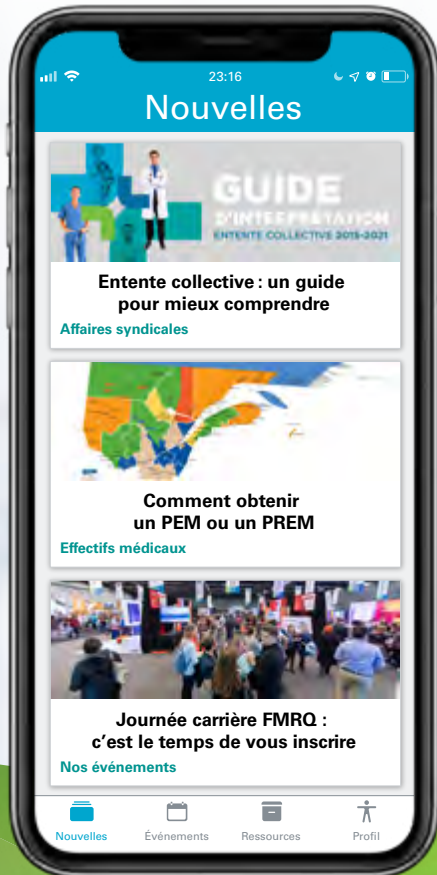
LES ENJEUX DE GOUVERNANCE EN MATIÈRE DE FORMATION MÉDICALE

Mais nous pouvons, par contre, tout de même nous questionner devant cette réalité : les leaders de nos organisations qui font parfois primer la commodité ou la facilité sur la responsabilité (« ah, le Collège royal – ou le Collège des médecins de famille du Canada – va s'en occuper, ce sera plus simple ainsi! »), est-ce que ceux-ci, ce faisant, défendent bien les intérêts de leur organisation ? Ces questions relèvent de la gouvernance et nous sommes convaincus que des systèmes fonctionnent mieux lorsque toutes leurs composantes jouent bien les rôles qui leur sont légalement assignés et assument leurs pleines responsabilités. Cela devrait aller de soi, y compris dans le monde de l'éducation médicale, mais ce n'est malheureusement pas toujours le cas. Ce sont ces principes de bonne gouvernance que nous défendons à la FMRQ dans les dossiers qui touchent nos membres. Jamais nos interventions n'ont pour but de nuire ou de freiner le développement d'initiatives, mais lorsque nous soulevons de telles questions liées aux juridictions, le but est de nous assurer que les choses soient ancrées sur des bases solides afin d'en assurer la réussite à long terme.

Comme nous l'avons déjà affirmé, si nos facultés de médecine et le CMQ (de même que le MSSS) avaient vraiment fait leurs devoirs sérieusement lorsque le CRMCC a vendu à tous les acteurs au Canada, vers 2015-2016, son projet de révolution pédagogique qu'est la CPC, nous aurions possiblement pu éviter l'implantation bâclée qui a suivi en 2017 et même possiblement contribuer à en faire quelque chose de mieux ficelé. Mais certains partenaires ont aveuglément fait confiance à une organisation tierce pourtant beaucoup moins près des réalités de nos milieux et ont choisi de laisser faire et de devenir de simples spectateurs.

Depuis près de trois ans maintenant, le CMFC propose d'ajouter une 3^e année de résidence obligatoire en médecine de famille et nous avons vu les mêmes joueurs des mêmes organisations du Québec s'apprêter à refaire la même erreur qu'avec la CPC, en donnant d'emblée leur aval au CMFC sans aucune analyse sérieuse. Mais nous avons alerté le MSSS à temps et des comités d'analyse de faisabilité de la mesure ont finalement été mis en place au Québec. Nous nous améliorons donc collectivement, mais de mauvais réflexes sont toujours là alors que nous avons entendu tout récemment encore des partenaires prétendre qu'il faudra attendre que le CMFC décide du contenu de l'éventuelle 3^e année ajoutée pour bien analyser la proposition... Comme si personne au Québec, dans nos programmes de médecine de famille ou au CMQ n'avait d'idées à ce sujet et qu'il fallait s'en remettre au travail d'une organisation dont ce ne devrait même pas être le mandat que de décider ce que nos futur-e-s médecins de famille devraient ou non apprendre dans le cadre de leur formation postdoctorale.

Mais demeurons optimistes en nous disant que les bonnes pratiques de gouvernance des organisations, pratiques qui devraient inclure la compréhension des importantes questions de juridiction, sont de plus en plus connues et prises en compte. Cela peut clairement permettre des actions plus cohérentes et des interactions plus efficaces entre les différentes organisations appelées à échanger entre elles autour d'objectifs communs. La FMRQ va continuer de revendiquer que les dossiers liés à l'amélioration de la qualité de la formation postdoctorale soient traités avec toute la rigueur que suppose l'importance de cet enjeu pour les médecins résident-e-s du Québec.



L'appli FMRQ MOBILE, un INCONTOURNABLE!



3.

LA TRIPLE C, L'HISTOIRE D'UNE RÉFORME RÉUSSIE

DES SOINS COMPLETS ET GLOBAUX
LA CONTINUITÉ PÉDAGOGIQUE ET LA CONTINUITÉ DES SOINS
CENTRÉ SUR LA MÉDECINE FAMILIALE

Entretien avec le Dr Gilbert Sanche



Implantée progressivement au début des années 2010 dans les programmes de médecine de famille partout au Canada, la Triple C souhaitait répondre à différents enjeux dont l'efficacité de la formation, l'imputabilité sociale et la tendance mondiale en faveur de la formation axée sur les compétences. Pour relever ces défis, le Groupe de travail sur la révision du cursus

postdoctoral du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) a déterminé que le cursus devait viser des soins complets et continus, être orienté vers la continuité pédagogique et des soins aux patient-e-s, et être centré sur la médecine familiale. *Le projet L'Avenir de l'éducation médicale au Canada a mis en évidence l'importance de faire des liens entre la formation et les besoins de la collectivité, d'apprendre dans des contextes communautaires, d'être exposés à l'interprofessionnalisme et à l'intraprofessionnalisme, d'utiliser dans la formation une approche centrée sur les compétences et de favoriser le généralisme.*¹

Pour mieux comprendre les origines de la Triple C et connaître ses répercussions sur la formation et sur les médecins de famille enseignant-e-s qui ont été partie prenante de ce changement au cours des dernières années, nous avons fait appel à un médecin qui a participé à l'élaboration du cursus et

à son implantation, le docteur Gilbert Sanche, médecin de famille, enseignant au GMF-U du Marigot à Laval et professeur de clinique au sein de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

Docteur Sanche, comment avez-vous été amené à vous impliquer dans l'implantation de la Triple C dans les programmes de médecine familiale au Québec ?

En 2011, j'étais directeur adjoint du programme de médecine familiale à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Avec les médecins enseignant-e-s, nous étions les précurseurs de cette approche. Nous avons d'ailleurs intégré plusieurs aspects de ce modèle, en prévision de la visite régulière d'agrément de 2008. Nous avons déjà constaté en 2001 que le programme n'était pas parfaitement adapté pour former les futur-e-s médecins de famille à répondre aux besoins de la population québécoise. Notre recommandation phare en 2001 était de passer d'une formation de deux ans à une formation de trois ans. Des représentations en ce sens ont été faites jusqu'en 2004. Mais, comme la recommandation n'a pas été adoptée, nous avons décidé de réformer notre programme dans sa structure et sa pédagogie. Je suis entré en poste en 2006, notamment pour implanter le renouveau de notre programme. C'est dans ce contexte que l'approche par compétences a été adoptée, d'abord à la Faculté de médecine, puis dans notre programme. Entre 2006 et 2008, nous avons travaillé avec le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) pour l'adaptation du cursus, avec la Dre Louise Authier, qui pilotait le dossier à cette époque. La Triple C apparaîtra plus tard, en 2011. Il faut se rappeler que la Triple C, ce sont des principes de structure d'une résidence en médecine de famille, alors que l'approche par compétences, c'est un paradigme pédagogique. En 2011, nous avons déjà adopté l'approche par compétences comme modèle pédagogique et respections déjà, avant qu'ils ne soient formellement nommés à cette époque, les principes de la Triple C.

¹ L'Association des facultés de médecine du Canada. Une vision collective pour les études médicales postdoctorales au Canada Ottawa, ON https://www.afmc.ca/wp-content/uploads/2022/10/2012-FMEC-MD_FR.pdf

LA TRIPLE C, L'HISTOIRE D'UNE RÉFORME RÉUSSIE

Est-ce que le Québec a pu insuffler sa vision de l'approche par compétences dans les milieux ou est-ce que c'est le Collège des médecins de famille du Canada qui prenait toutes les décisions ?

Le CMFC a toujours collaboré avec nous au sein de tables qui regroupaient les représentant-e-s des divers programmes de résidence en médecine de famille. L'idée a mûri, nous avons discuté, réfléchi à des modifications et, nous en sommes arrivés au nouveau cursus en 2011 en nous disant : « Voilà ce qu'il va falloir mettre en place dans nos programmes ». Tous les programmes ont eu un droit de regard sur l'approche. La réforme du cursus a été imposée, oui, mais après un grand travail de co-construction avec les facultés de médecine. Chaque faculté a pu y mettre ses couleurs et ses initiatives. À Montréal, le cursus était déjà construit dans cette mouvance. C'était le principe qui était au cœur des changements proposés par le programme.

Quels sont les problèmes qui ont été identifiés pour soutenir la décision de refondre complètement la formation ?

Il y avait à ce moment-là un grand mouvement de réflexion sur la formation en médecine familiale. Le projet de l'AFMC intitulé *L'avenir de l'éducation médicale au Canada*, qui réunissait plusieurs acteurs du réseau de l'éducation et de la médecine, alimentait cette réflexion. Ce fut en fait le point de départ de la réforme du cursus, alors que l'on voyait la population se transformer, les besoins augmenter et se modifier, notamment en lien avec les changements démographiques, le financement n'était plus le même et la masse de connaissances nécessaires à l'apprentissage de la médecine de famille ne cessait de croître. On notait aussi un manque d'imputabilité sociale au sein de la profession. Fondamentalement, on se demandait si on répondait aux besoins de la population. Il fallait accorder plus d'importance au volet pédagogique, se demander si on enseignait de la bonne façon pour que nos médecins de famille soient formé-e-s correctement. Ce fut une grande remise en question !

Comment ont réagi les médecins résident-e-s ? Les patrons et patronnes ? Comment est-ce que ça s'est passé sur le terrain concrètement ?

L'implantation de la Triple C s'est faite très progressivement. Nous n'avons pas senti d'inquiétude de la part des médecins résident-e-s. Les soins complets font partie de ce que ces médecins devront faire dans leur pratique. La continuité pédagogique a fait en sorte que ce soient des médecins de famille le plus possible qui forment les médecins résident-e-s en médecine familiale. Et nous avons aussi mis l'accent sur la continuité des soins, en nous assurant que les apprenant-e-s suivent des patient-e-s durant leurs deux années de formation, ce qui enrichit de beaucoup l'expérience terrain. Nous avons voulu augmenter la pertinence de leur exposition clinique et de leurs apprentissages. Lors de la restructuration, il y a eu un peu de résistance de la part des médecins enseignant-e-s, c'est sûr. Mais, après deux ou trois ans, sous la direction de Dre Louise Authier, toutes et tous se sont entendu-e-s dans le respect et l'écoute. Le projet était bien conçu, bien présenté et le suivi a été bien fait, en écoutant les gens sur le terrain et en s'adaptant au fil des défis et du temps.

Les médecins résident-e-s en médecine de famille poursuivent leur formation sur la base du cursus Triple C depuis 2011. Est-ce que vous pourriez nous indiquer quelles sont les principaux gains/bénéfices de cette nouvelle approche pédagogique par compétences ?

Afin de rééquilibrer la formation, nous avons aboli certains stages, par exemple, le stage de chirurgie générale, qui n'était pas très rentable au plan pédagogique, a été remplacé par un stage en médecine de famille. La durée et les moyens pouvaient varier d'une UMF à l'autre. Des activités d'apprentissage permettant d'atteindre les objectifs du stage aboli, par exemple la chirurgie, jugés pertinents pour la pratique d'un-e futur-e médecin de famille, ont été intégrées dans les périodes de stage en médecine de famille. C'est dans la façon de réaliser cette intégration que nous avons laissé aux UMF beaucoup de marge de manœuvre.

Pourriez-vous nous expliquer comment a été pensé le processus d'implantation de cette mesure ?

Le processus s'est fait pour tous les médecins résident-e-s en même temps, soit les R1 et les R2, mais progressivement. Tout le monde s'est adapté en même temps. Nous avons aussi agi avec prudence. Tou-te-s ont donc pu mettre le système en place à la même période. Les approches ont été un peu différentes dans les UMF urbaines et les UMF rurales, mais globalement, toutes étaient sur la même longueur d'onde. Nous voulions atteindre nos objectifs en respectant les missions de soins locales. L'approche par compétences vise à amener les apprenant-e-s au niveau de maîtrise attendu de chacune des compétences en médecine de famille. Il faut quand même aussi suivre les règles facultaires comme le nombre de périodes. Au sens plus large, c'est en regard de l'évaluation de la réussite de la formation qu'on demeure en approche par objectif. Pour le reste, (l'enseignement, l'apprentissage, l'évaluation formative), le programme respecte les principes de l'approche par compétences.

Y a-t-il des documents, des formations, des évaluations spécifiques qui ont été développés ou mis en place pour mieux implanter la Triple C ?

Il faut baliser tout le processus, c'est certain. Les médecins résident-e-s offrent des soins variés (préventifs, curatifs, palliatifs) à des patient-e-s de tous âges, du nouveau-né à la personne âgée.

Pour les soins complets, il faut offrir des cliniques de suivi dans toutes les UMF/GMF-U, avec ou sans rendez-vous, les soins à domicile, les soins hospitaliers, la garde communautaire, et une pratique diversifiée.

La continuité pédagogique et la continuité des soins se traduit par de deux à trois jours par semaine de suivi de la clientèle, deux à trois demi-journées, sans compter la demi-journée de retour en UMF pour les médecins résident-e-s en stage hors-UMF pour offrir une disponibilité clinique à leur clientèle. Pour la continuité pédagogique, un nombre restreint d'enseignant-e-s supervisent les médecins résident-e-s sur les deux années de leur formation, permettant ainsi de mieux les aider à progresser.

LA TRIPLE C, L'HISTOIRE D'UNE RÉFORME RÉUSSIE

La vitesse d'implantation et le modèle sont la responsabilité du milieu. On donnait, par exemple, une année aux milieux pour atteindre leurs objectifs. Des visites étaient faites dans les UMF pour évaluer la situation, mais aussi pour offrir du soutien aux médecins en place. Le cahier des charges était assez détaillé, mais avec une grande liberté de moyens. Nous avons aussi créé de nombreux référentiels (trajectoires de développement des compétences, activités professionnelles confiées, finalités d'apprentissage, guide de notation des fiches d'évaluation, etc.) et offert plusieurs formations pour accompagner les UMF dans les changements à apporter à leur programme local.

Est-ce que la Triple C a vraiment changé la façon dont vous enseignez aux futur-e-s médecins de famille ?

Les soins de première ligne changent au fil du temps. Les médecins de famille ont une expertise plus poussée et font aussi de la deuxième ligne. Il y a une pénurie de médecins dans les autres spécialités. Il y a de ce fait une diminution importante de l'accès à des médecins spécialistes pour des références. Avec la Triple C, on permet aux médecins de famille d'élargir leur pratique, en l'adaptant aux besoins que l'on retrouve sur le terrain.

Comment est gérée la Triple C maintenant ? Est-ce qu'il y a des rapports à produire ? Des modifications encore à y apporter ? Y a-t-il des comités de compétences comme pour les médecins résident-e-s dans les autres spécialités ?

Chacune des UMF évalue ses médecins résident-e-s, que ce soient les évaluations formatives ou sommatives. La décision finale quant au succès ou à l'échec de stage n'est toutefois pas prise par le comité local. C'est le comité central de compétences qui décide de la progression et de la réussite des stages. Il faut noter que ce processus est le résultat d'une règle facultaire implantée en 2006, donc avant les réformes pédagogiques, et c'est le cas pour tous les programmes de résidence à l'Université de Montréal. Le comité de programme central gère les orientations pédagogiques et s'assure qu'elles sont respectées et les comités de programmes locaux dans chaque UMF sont responsables d'appliquer localement les prescriptions du comité central et d'en rendre compte.

Est-ce que la Triple C va changer au fil du temps ? Voyez-vous des changements importants à implanter au cours des prochaines années ?

Nous cherchons toujours à nous améliorer. La réflexion sur la pédagogie est en constante évolution. Elle se fait tant dans les programmes universitaires qu'au Collège des médecins de famille du Canada et, le plus souvent, en étroite collaboration. Je crois que les principes de base de la Triple C sont toujours utiles et pertinents pour structurer un parcours curriculaire en médecine de famille et qu'ils sont donc appelés à rester. Mais certainement que la remise en question périodique de la qualité de notre programme et la recherche permanente des meilleures pratiques pédagogiques apporteront des changements qui amélioreront la qualité de la formation que nous offrons à nos résident-e-s.

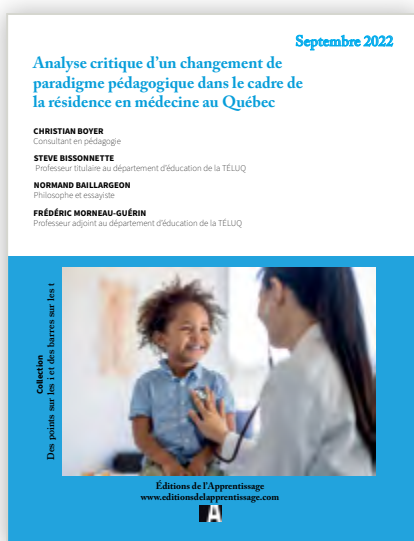


En accord avec les principes de notre **Politique pour une action socialement et écologiquement responsable**, *Le Bulletin* n'est plus envoyé automatiquement à tous les membres par la poste. Une version électronique sera accessible en tout temps dans l'application mobile de la FMRQ et sur notre site web.

Si vous ne souhaitez plus recevoir *Le Bulletin* par la poste, veuillez nous écrire à bulletin@fmrq.qc.ca.

4.

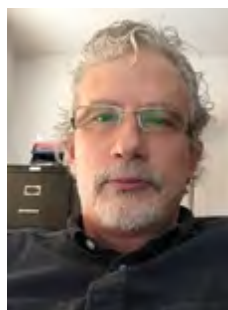
LA CPC: UNE ANALYSE COMPARATIVE DE CHERCHEURS INDÉPENDANTS



Le 13 septembre 2022, les *Éditions de l'Apprentissage* publiaient une *Analyse critique d'un changement de paradigme pédagogique dans le cadre de la résidence au Québec*, un document analysant l'émergence de la « pédagogie axée sur le développement des compétences » (PADC), laquelle a mené le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) à mettre en place la *Triple C* il y a une dizaine d'années, et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) à promouvoir et initier la *Compétence par conception* dans les milieux de formation dans les autres spécialités, partout au Canada. Le déploiement de la CPC a débuté le 1^{er} juillet 2017 et se poursuit progressivement depuis. L'analyse a été rédigée par M. Christian Boyer, consultant en pédagogie, et ses collègues, M. Steve Bissonnette, professeur titulaire au département d'éducation de la TÉLUQ, M. Normand Baillargeon, philosophe et essayiste², et M. Frédéric Morneau-Guérin, professeur adjoint au département d'éducation de la TÉLUQ.

Ce que des chercheurs indépendants pensent de l'approche par compétences

Nous avons eu l'occasion de nous entretenir avec M. Boyer, le principal auteur du rapport, afin de discuter des conclusions de l'équipe de chercheurs sur la PADC et sur son implantation dans le domaine de la formation médicale, que nous partageons avec vous ci-après.



M. Christian Boyer



M. Frédéric Morneau-Morin

Monsieur Boyer, pouvez-vous d'abord nous tracer un portrait de l'origine de la résidence en médecine ?

En 1889, le Dr William Halstead, premier directeur du département de chirurgie à l'Hôpital Johns Hopkins, inaugurerait la résidence en médecine qui repose sur une remise graduelle de la responsabilité de poser des actes médicaux. La formule se résume à « en voir un, en faire un et en enseigner un ». Ce modèle de formation définit depuis plus d'un siècle la résidence médicale en Occident. En 1910, un rapport portant sur la formation des médecins aux États-Unis et au Canada est publié par Abraham Flexner, un professeur d'université américain, reconnu pour son rôle dans la réforme de l'enseignement médical et supérieur au XX^e siècle aux États-Unis et au Canada.

² Normand Baillargeon est titulaire d'un doctorat en philosophie et d'un doctorat en éducation. Il a été professeur à l'UQAM sur les fondements de l'éducation pendant plus de 20 ans et il est membre émérite de l'Ordre de l'Excellence en éducation du Québec.

LA CPC: UNE ANALYSE COMPARATIVE DE CHERCHEURS INDÉPENDANTS

Le Rapport Flexner est influencé par la rigueur du système médical allemand. Il favorise un rehaussement des exigences. La médecine basée sur la preuve scientifique a, quant à elle, pris racine au milieu du XIX^e siècle, en privilégiant l'utilisation des meilleures preuves scientifiques disponibles dans la prise de décision quant aux soins offerts aux patient-e-s.

Quelle a été la démarche de votre groupe quant à l'analyse des répercussions du changement proposé par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC), soit l'implantation de la Compétence par conception (CPC) à travers le Canada, depuis juillet 2017 ?

Après avoir pris connaissance de l'enjeu que représentait la CPC dans les milieux de formation médicale postdoctorale au Québec et ailleurs au Canada, nous avons lancé une recension des écrits et retenu quelque 275 articles et documents traitant de l'approche par compétences en éducation sur les 17 000 qui avaient été identifiés au départ. À la lumière des données que nous avons analysées et qui proviennent d'un peu partout à travers le monde, nous avons concentré nos recherches sur différents sujets dont l'histoire de la résidence en médecine, la naissance de la *pédagogie axée sur le développement des compétences* (PADC), l'autorégulation, les événements médicaux indésirables, la certification médicale, la formation continue, les effets de la PADC du CRMCC (la CPC) en résidence, le Portfolio et différents types de pédagogies (ex. : la pratique délibérée, la maîtrise des apprentissages, etc.), qui côtoient parfois la PADC. Nous avons fait le parallèle entre la pédagogie générale et la pédagogie médicale et nous avons consulté les données quantitatives sur les effets de la PADC dans ses deux champs d'application (pédagogie générale et la pédagogie médicale).

Qu'est-ce que vos recherches vous ont permis de conclure sur la PADC en général, et sur la Compétence par conception plus particulièrement, notamment dans un contexte de formation médicale ?

Au XXI^e siècle, le contenu de la formation médicale est clairement du côté des données probantes et de la rigueur. La CPC s'inscrit directement dans la lignée de la PADC qui émergerait vers 1957. On retrouve aujourd'hui ce courant en pédagogie générale (primaire, secondaire, post-secondaire), en pédagogie vocationnelle et en pédagogie médicale. Toutefois, selon ce que nous avons constaté dans les recherches expérimentales publiées, la PADC, autant en pédagogie générale qu'en pédagogie médicale, n'est pas supportée par les données probantes. Dans le cas de la CPC, qui est une pédagogie PADC, le CRMCC ne s'est pas appuyée sur les données probantes de la recherche scientifique, ni n'a mis en place un processus rigoureux de suivi des effets sur les médecins résident-e-s et les patient-e-s dans son application généralisée. Selon nous, le monde médical canadien et québécois, en procédant ainsi, s'est éloigné de la rigueur et de la prudence dont il fait habituellement preuve à l'égard des innovations médicales.

Qu'est-ce qui différencie la Compétence par conception de l'approche en médecine de famille qu'on appelle Triple C ?

La PADC appliquée à la médecine de famille au Canada et au Québec utilise, entre autres, un concept de *compétences clefs* plutôt que les concepts d'activités professionnelles fiables (APC) mises de l'avant par la CPC pour décrire les compétences professionnelles à acquérir. Selon les documents que nous avons consultés, il semble que la Triple C soit plus souple dans sa structure et son application, ce qui nous apparaît ressortir d'ailleurs dans les sondages de la FMRQ. Par contre, la CPC et la Triple C ne sont pas appuyées sur des données probantes au départ et n'ont toujours pas montré objectivement leurs effets positifs au-delà des perceptions et des opinions.

Votre jugement sur la CPC et la PADC, qui est sous-jacente à la CPC, n'est-il pas sévère ?

Oui. Et il faut l'être, de la même manière que les jugements qui ont suivi l'abandon de plus de 140 projets de vaccins contre la COVID, parce qu'ils ne manifestaient pas les effets attendus. Petit rappel : même l'Institut Pasteur à Paris a mordu la poussière !

Jusqu'à maintenant, sans doute plus de 90 % des articles qui ont été publiés sur l'approche par compétences en pédagogie ne sont pas des documents scientifiques, mais plutôt des commentaires sur la question. Selon nous, la PADC a été introduite en pédagogie médicale sans bases scientifiques. Mais nous ne sommes pas les seuls à être de cet avis. Notre recherche nous a permis d'identifier de nombreux auteurs et chercheurs en pédagogie médicale qui mentionnent dès la fin du XX^e siècle que l'introduction de la PADC en médecine se fait sans être soutenue par des données probantes la justifiant. De plus, au Canada et au Québec, le CRMCC et le Collège des médecins du Québec n'ont pas encore, en 2023, effectué un suivi rigoureux des effets de la CPC sur les médecins résident-e-s (habiletés et performance + charge de travail et état psychologique), ni sur les patient-e-s. Il nous semble primordial d'évaluer les répercussions de la CPC sur la qualité des soins et des services qui sont dispensés par les médecins résident-e-s lorsqu'ils débutent leur pratique, ce qui ne semble pas avoir été fait.

La FMRQ a pour sa part suivi l'évolution du déploiement de la Compétence par conception (CPC) depuis son instauration en juillet 2017. Elle semble malheureusement être la seule organisation dans le milieu de l'éducation et dans le milieu médical à avoir systématiquement sondé ses membres sur la question.

Les données probantes disponibles sont claires et nettement insuffisantes pour qu'on puisse considérer que la PADC en résidence médicale est scientifiquement et solidement appuyée. La démonstration de sa pertinence, notamment celle mise en place par le CRMCC reste à faire. Curieusement, le monde médical n'applique pas la même rigueur pour le choix et le suivi des méthodes pédagogiques qu'il applique en formation médicale que pour l'avancement des connaissances et des traitements médicaux dispensés.

LA CPC: UNE ANALYSE COMPARATIVE DE CHERCHEURS INDÉPENDANTS

Est-ce que l'approche par compétences ne serait pas plutôt un outil pour l'apprentissage d'habiletés techniques (chirurgie, par exemple) que pour des connaissances et actes médicaux dans des spécialités non chirurgicales ?

Jusqu'à maintenant, comme nous n'avons pas suffisamment de données, rien ne nous permet de confirmer l'efficacité de la CPC dans une spécialité plus qu'une autre. Cela dit, est-ce que les données observées en chirurgie orthopédique, par exemple, peuvent être étendues à d'autres programmes comme la neurochirurgie ou la psychiatrie ? On ne le sait pas. On peut envisager que la PADC puisse être relativement efficace en chirurgie orthopédique, peu efficace en neurochirurgie et totalement inefficace en psychiatrie. Tout est théoriquement possible.

Que pensez-vous du portfolio électronique comme outil d'évaluation ?

Le portfolio électronique ou ePortfolio augmente la variabilité et l'imprécision des évaluations. Et, jusqu'à maintenant, les études ne permettent pas de dire si le ePortfolio est plus efficace qu'une autre méthode d'évaluation, et plusieurs recherches indiquent une lourdeur d'application qui ne débouche pas nécessairement sur un avantage objectif (et non théorique). D'ailleurs, heureusement, plusieurs programmes continuent d'utiliser le modèle traditionnel d'évaluation en complément de celui suggéré en CPC.

On a souvent associé la CPC à une méthode pédagogique qui permettrait aux médecins résident-e-s de terminer leur formation postdoctorale plus rapidement. Est-ce que les études ont permis de corroborer cette prémisse telle que promue par le CRMCC ?

Pas du tout. Les seules études qui ont été faites à ce sujet au Canada portaient sur un nombre de participant-e-s limité, parfois même moins de 10, dans un contexte favorisé. Cette « promesse », annoncée au début de l'implantation de la CPC dans les facultés de médecine canadiennes, n'a nullement été confirmée par les facultés de médecine, ni par les gouvernements provinciaux qui assurent, en grande partie, le financement de la résidence en médecine.

M. Boyer, vous avez analysé les études réalisées par la Fédération des médecins résidents du Québec dans le cadre de votre rapport. Qu'est-ce que vous y avez trouvé qui nous permet de mieux cerner la situation actuelle au sein de nos milieux de formation postdoctorale ?

Nous avons constaté que l'implantation de la PADC telle que formulée par le Collège royal semble avoir été laborieuse, dans une majorité de milieux au Québec. Malgré certaines améliorations mises en place au fil des ans, elle demeure mal perçue par les médecins résident-e-s, qu'ils ou elles en soient à leur première ou dernière année de résidence. De plus, l'un des objectifs les plus importants liés à cette réforme, l'amélioration de la rétroaction, n'est pas au rendez-vous, alors qu'elle est absolument indispensable à tous les apprentissages. Le poids psychologique imposé aux médecins résident-e-s qui doivent « harceler » leurs superviseur-e-s pour qu'ils évaluent leurs APC constitue un autre enjeu qui va au-delà de l'intérêt que souhaitent probablement les tenants de la CPC, en voulant rendre les médecins résident-e-s plus imputables de leur parcours académique. Même après cinq ans, les médecins résident-e-s n'en perçoivent malheureusement toujours pas les bénéfices.

Quelles sont les points faibles de la CPC selon vous qui ressortent des études de la FMRQ ?

Présentement, si l'on se fie aux témoignages recueillis auprès des médecins résident-e-s au Québec et aux autres études consultées, la CPC ne permettrait pas de gagner du temps, mais plutôt d'en faire perdre aux apprenant-e-s, en leur imposant de courir après leurs évaluateurs pour faire remplir les fiches d'évaluation et l'ePortfolio. On n'y retrouve aucun bénéfice pédagogique pour le moment sur le plan de l'apprentissage des connaissances. De plus, la CPC entraîne une surcharge mentale additionnelle pour les médecins résident-e-s au quotidien, sans parler de la crainte qu'ils ressentent de ne pouvoir se présenter à leurs examens s'ils ne font pas toutes les activités professionnelles fiables (APC) dans les temps requis.

En conclusion, quelles seraient les prochaines étapes dans l'évaluation de la CPC ?

L'implantation de la Triple C en médecine de famille a été perçue beaucoup plus positivement que la mise en place de la Compétence par conception (CPC), même si ces deux versions de la PADC médicale ne sont pas appuyées par des données probantes passées et actuelles. Il est de plus inquiétant que nous n'ayons pu identifier de publications évaluant les effets de la CPC provenant des facultés de médecine, du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, ou encore du Collège des médecins du Québec. Ce dernier semble avoir abandonné la responsabilité de la pédagogie et de la formation médicale au Québec au Collège royal... Et qu'en dit le ministère de l'Enseignement supérieur ? Ont-ils seulement un avis appuyé sur des données ? Enfin, pourquoi les associations de médecins résident-e-s ailleurs au Canada, autres que la FMRQ, n'ont-elles pas été plus proactives dans ce dossier ?

Nous croyons que les changements à la formation médicale doivent s'appuyer sur des données probantes, des mesures objectives des effets (médecins résident-e-s, patient-e-s...) et un suivi rigoureux permanent, comme le monde médical le pratique généralement...

Nous le répétons : il aurait été et demeure primordial de mesurer les apprentissages visés, les effets sur les soins aux patient-e-s, les résultats cliniques et la diminution des événements médicaux indésirables. Est-ce que la qualité des soins s'est améliorée ? Est-ce que le taux d'événements indésirables a diminué ?

À quoi bon faire un changement de paradigme si l'on n'en mesure pas les effets sur les faiblesses que l'on veut corriger ? Selon nous, il faudrait investir prioritairement dans les pédagogies médicales qui ont commencé à offrir des données intéressantes et même probantes comme *la maîtrise des apprentissages, la pratique délibérée et la progression basée sur les compétences*. Bref, les changements pédagogiques futurs à la résidence médicale devraient être faits avec la prudence habituelle de l'univers médical.

Vous pouvez consulter l'étude de C. Boyer et al [ici](#), de même que sur le site de la FMRQ, dans la section réservée aux affaires pédagogiques – Spécialités/CPC.

LA CPC: UNE ANALYSE COMPARATIVE DE CHERCHEURS INDÉPENDANTS

LA CPC DANS LES MÉDIAS

L'automne dernier, la Compétence par conception (CPC) a fait les manchettes dans le quotidien *Le Devoir*. Deux articles et un éditorial ont fait ressortir les ratés de cette approche pédagogique. Le 3 septembre, dans un article intitulé *Levée de boucliers contre la formation des médecins spécialistes*, le journaliste Marco Fortier, rappelait la position de la Fédération à l'effet que cette réforme pédagogique était « improvisée et nuisible à l'apprentissage de la profession médicale », le but de cette opération étant de favoriser la rétroaction des professeurs auprès de leurs étudiants. L'auteur rappelait que la CPC entraîne « un fardeau administratif qui épuise les étudiants et crée de l'anxiété [...] ».

Le 13 septembre, M. Fortier publiait un 2^e article intitulé *Nouveau coup de semonce sur la formation des médecins*, annonçant la publication d'une étude par un groupe d'experts en éducation qui démontrait que : « La méthode pédagogique axée sur le développement des compétences mise en place en 2017 pour la formation des médecins résidents n'a pas fait ses preuves et n'est appuyée par aucune donnée probante issue de la recherche scientifique ». L'un des auteurs, M. Christian Boyer, soulignait en entrevue que « Loin d'être un succès, cette méthode est un exemple de ce qu'il ne faut pas faire ». Nous vous invitons à lire l'entrevue avec M. Boyer dans ces pages.

Quelques jours plus tard, le 16 septembre, l'éditorialiste Louise-Maude Rioux-Soucy, également du *Devoir*, publiait un texte intitulé *Les Cobayes*, dans lequel elle dénonçait « le silence radio du gouvernement Legault à propos de la désastreuse réforme de la formation des médecins résidents. » Elle convient, comme la FMRQ, que « changer de culture exige du temps, et que les objectifs qui sous-tendent cette réforme ne sont pas à jeter au panier. » Mme Rioux-Soucy insiste par ailleurs sur le fait que toute cette démarche n'apporte qu'« un bénéfice pédagogique absent » et « une charge cognitive émotionnelle augmentée » et elle qualifie les médecins résidents de « cobayes d'une expérimentation pédagogique » ratée. Elle conclut son éditorial ainsi : « Construire un avion en plein vol comporte toujours sa part de risques. Cela fait cinq ans qu'on s'échine à bricoler en vain une réforme alors que tous les indicateurs sont au rouge. Les solutions ne viendront pas du Collège royal, qui n'a rien à cirer de l'exception québécoise et qui la comprend souvent fort mal. Qu'on reprenne les commandes. »

5.

LA CPC AU QUOTIDIEN OU PAS...

TÉMOIGNAGES SUR LA RÉPERCUSSION DE CETTE NOUVELLE APPROCHE PÉDAGOGIQUE SUR LES MÉDECINS EN FORMATION

Dans les prochaines pages, nous vous présentons le témoignage de deux anciens collègues maintenant en pratique sur leur perception de la CPC, soit le Dr Olivier Fortin, formé en neuropédiatrie à l'Université McGill et ancien président de la FMRQ, et le Dr Vincent Gravel, anesthésiologiste formé à l'Université Laval. Le premier a été formé dans un programme basé sur la méthode dite traditionnelle et donc pas en CPC, alors que le second était un des cobayes des premières heures, ayant débuté sa résidence en CPC en 2017, alors que seuls deux programmes étaient visés par cette approche pédagogique à l'époque, l'anesthésiologie et l'oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale. Les deux médecins ont été interrogés sur leur parcours académique et sur l'influence de l'approche pédagogique adoptée dans leurs programmes respectifs sur la qualité de leur formation, sur ses répercussions sur leur préparation à leur examen de certification et à leur pratique. Veuillez noter que les entrevues ont été réalisées alors que ces deux médecins étaient encore en formation.

DR OLIVIER FORTIN

Dr Fortin, vous travaillez 70-80 heures par semaine, comme une majorité de vos collègues d'ailleurs. Parlez-nous de vos relations sur le plan pédagogique avec vos patron-ne-s. Les considérez-vous comme des évaluateur-ric-e-s, des coaches ou des observateur-ric-e-s principalement ?

Quelle que soit la méthode, il existe des différences marquées entre les petits programmes et ceux où l'on retrouve beaucoup de médecins résident-e-s. Mon programme étant plus petit, le parcours est moins complexe. Au début, il y a évidemment une hiérarchisation forcée, mais avec l'acquisition de connaissances et la plus grande confiance en soi acquise au fil du temps, cela devient plus facile. Les patron-ne-s ne sont pas des *coaches*. Ce sont plutôt des évaluateur-ric-e-s et des superviseur-e-s. Au fil des années, la relation évolue, on sent une notion de respect et les patrons et patronnes deviennent plus des collègues, lorsqu'on atteint la dernière année de résidence.

Quelles sont les forces et les faiblesses de l'approche dite traditionnelle (*time-based*) ?

Pour ma part, j'ai bénéficié du système traditionnel basé sur la durée de la formation (*time-based*), au sein d'un programme très niché, où l'on retrouve de très petits nombres de médecins résident-e-s dans chaque cohorte. J'aimerais souligner la force du système d'éducation basé sur la durée du programme, qui existe depuis plusieurs années et qui fonctionne bien, qui produit de très bons médecins, qui ont réussi leurs examens et qui entrent en pratique pour desservir la population. Le système traditionnel a toutefois aussi des faiblesses : le principe de *coaching* en est souvent absent, tout dépend des médecins enseignant-e-s superviseur-e-s. On confie des responsabilités cliniques en fonction du temps écoulé dans la résidence et pas toujours selon les capacités des individus dans le programme.

Est-ce que vous avez vécu beaucoup de stress durant votre formation ?

À la fin de mon R2, début du R3, j'ai frappé un mur. J'avais acquis des compétences, mais je voyais qu'il m'en manquait encore beaucoup à apprendre, je pensais déjà au *fellowship* que je souhaitais faire. J'ai suivi une thérapie par rapport au contrôle, ce qui m'a permis de passer au travers de ces difficultés. Aujourd'hui, je se sens plus solide, plus en confiance, et on me donne plus de responsabilités.

Quand vous regardez vos collègues qui sont en CPC, que pensez-vous de cette approche ?

Je connais très bien la CPC, même si c'est de l'extérieur, puisque j'ai contribué à relancer les facultés et le Collège royal sur les ratés de ce changement majeur dans les milieux d'enseignement de la médecine, alors que j'étais administrateur responsable des affaires pédagogiques - Spécialités (2019-2020), puis président de la Fédération des médecins résidents du Québec (2020-2021). Je crois par ailleurs que mes collègues, qui sont en CPC présentement (R1 et R2), sont plus stressés.

LA CPC AU QUOTIDIEN OU PAS...

« La CPC prend toute la place. Il est aussi plus difficile de se trouver un poste (PEM), des formations complémentaires sont de plus en plus exigées, ils ont l'impression de se diriger dans un mur. C'est inhumain ! »

– Dr Olivier Fortin

Si vous aviez un conseil à donner à un-e médecin résident-e en formation dans un programme axé sur le modèle traditionnel, quel serait-il ?

Je leur dirais de se trouver un ou deux mentors qui peuvent les accompagner dans leur parcours académique et clinique, les aider à comprendre comment ça fonctionne. Cela rendrait la formation plus positive. Je tente de le faire le plus possible avec mes junior-e-s et je poursuivrai dans le même sens lorsque j'amorcerai ma carrière en milieu universitaire.

DR VINCENT GRAVEL

Dr Gravel, vous avez fait partie de la première cohorte ayant été formée entièrement avec cette nouvelle approche pédagogique en anesthésiologie, en même temps que les R1 en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale en 2017-2018. Dites-nous, en quelques mots, ce que représente la CPC pour vous ?

La CPC consiste en différentes étapes préétablies permettant aux candidat-e-s junior-e-s de progresser vers un stade plus avancé de leur formation, soit de devenir sénior-e-s. Les actes médicaux et autres activités cliniques comme la gestion sont cotés, ce qui permet de dire si un-e médecin est compétent-e, s'il peut tout faire sans l'aide d'un-e patron-ne ou sans que celui-ci ou celle-ci ne doive être présent-e dans la salle d'opération, pour ce qui est de sa spécialité. Les évaluations sont basées sur une échelle de confiance appelée D-SCORE (*Ottawa Surgical Competency Operating Room Evaluation*). L'apprentissage en CPC se fait grâce à la répétition et en fonction de différentes étapes.



Le nombre d'APC à réaliser est imposant, poursuit-il. Il y en a parfois une centaine à aller chercher et certains sont menacés de devoir reprendre des stages et d'ainsi voir la fin de leur résidence reportée ou de ne pas pouvoir se présenter à l'examen de certification. Le Dr Gravel insiste.

« Je n'ai pas eu d'autre choix que de sauter dans l'arène de la CPC et de mettre mon esprit en mode *Chasse aux Pokémon CPC* ». – Dr Vincent Gravel

Je devais chercher où je pouvais faire et faire évaluer des activités professionnelles fiables (APC) pour ne me faire harceler au quotidien par les patron-ne-s, parce que je n'en aurais pas assez fait. Selon moi, chaque médecin résident-e devrait en principe évoluer selon son rythme. Moi, en anesthésie, ma réalité est différente de celle de mes collègues dans d'autres disciplines. Nous sommes toujours jumelé-e-s à un patron ou une patronne. Mais le nombre d'APC est très important. Il faut parfois répéter le même geste 25 fois avant d'obtenir l'APC. Il faut dire à nos superviseur-e-s : « Vous devez m'observer, m'évaluer, parce que le temps est compté ».

« Quand on ajoute ces exigences à la quantité d'actes qu'on doit faire, ça devient une montagne qui, pour une majorité de médecins résident-e-s, semble insurmontable » – Dr Vincent Gravel

Ce modèle d'évaluation, c'est une tâche académique qui n'est pas vraiment appréciée par les patron-ne-s. C'est un grand contraste comme approche avec le fait qu'un patron ou une patronne t'explique ce que lui ou elle aurait fait dans la même situation pour que tu puisses t'améliorer.

Quelle est la nature de vos relations avec vos patronnes et patrons ?

Est-ce que les patron-ne-s sont réceptif-ve-s à évaluer des APC ?

Absolument pas ! Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, qui est à l'origine de ce virage pédagogique, offre peu d'incitatifs pour obliger les patrons et patronnes à évaluer des APC. On se retrouve dans une structure où tu es comme médecin résident-e une centaine d'APC à faire et les patron-ne-s vont en voir 15 ou 20 maximum. C'est extrêmement difficile d'aller chercher ce qu'on veut avec les APC.

Un autre élément, c'est l'évaluation par les patron-ne-s. Vous disiez que vous étiez poussé à faire l'activité sans qu'ils n'interviennent, alors que le Collège royal dit que cela devrait être du coaching ?

C'est une vision complètement aberrante de la chose. Par exemple, moi, comme résident senior en anesthésiologie, il y avait une situation rare à laquelle, par définition, je ne serai pas exposé 200 fois durant ma résidence. C'est un peu irréaliste de demander à un-e médecin résident-e, qui va voir une situation cinq ou dix fois durant sa résidence, de faire semblant de démontrer une compétence dans cet acte. Les médecins résident-e-s bénéficieront beaucoup plus du fait que le ou la patron-ne qui est présent-e s'investisse dans la situation, donne des trucs à l'apprenant-e et participe avec lui ou elle comme collègue. Même si, comme sénior-e, l'objectif est que les patron-ne-s ne participent pas à l'activité que le ou la médecin résident-e veut acquérir pour confirmer une APC, s'il ne l'obtient pas, il se fera taper sur les doigts.

LA CPC AU QUOTIDIEN OU PAS...

« Où est la rétroaction en personne dans cette méthode. Elle arrive via l'APC et le portail ». – Dr Vincent Gravel

Les APC sont habituellement remplies après quelques jours et les résultats sont confirmés à la personne concernée par courriel. Si tu es chanceux, le ou la patron-ne va coter que tu as réussi l'APC. Mais si tu l'as échouée, tu te retrouves dans un scénario où tu ne te sens pas nécessairement à l'aise d'aller *challenger* le ou la patron-ne pour savoir pourquoi on te l'a fait échouer. Il ne donnera pas nécessairement de rétroaction, ne serait-ce qu'en raison de son horaire surchargé au quotidien. Alors, cette rétroaction qui se voulait plus proactive, plus ciblée, elle se perd complètement.

Le coaching se perd complètement avec l'approche CPC, la diplomation postdoctorale se fait par le biais du Comité de compétence des programmes, un regroupement de médecins enseignant-e-s qui émet un avis sur la progression des médecins résident-e-s, qui les accompagnent dans l'acquisition des compétences nécessaires à la pratique autonome de leur discipline, mais qui ont aussi une approche sanctionnelle. Les médecins résident-e-s vivent une énorme pression. Les APC sont le sujet du jour, tous les jours, même pour les finissant-e-s.

En ce qui a trait à l'évaluation, comment fonctionne

le Comité de compétence ?

La diplomation se fait par le Comité de promotion. C'est ce comité qui va dire que: « le ou la candidate est compétent-e, pourra faire l'examen de certification et obtenir son diplôme ». Les membres du comité regardent les APC mais, heureusement, ils ont aussi accès aux évaluations de stage « traditionnelles » qui donnent un portrait plus longitudinal de la performance durant un stage. Le comité peut statuer sur le fait qu'une personne n'a pas fait assez d'APC. Les médecins résident-e-s tentent donc, en général, de toutes les faire. On ressent une menace constante de refaire des stages, de refaire des APC qui n'ont pas été complétées et, comme les patron-ne-s ne l'ont pas vécue, ils et elles ne comprennent pas toujours la réalité que l'on vit, à laquelle on est exposé-e-s quotidiennement. Les APC diffèrent selon les programmes, mais l'interprétation de ces exigences mises en place par le Collège royal diffère aussi sensiblement en fonction des médecins enseignant-e-s et de leur compréhension de ce nouveau modèle d'apprentissage basé sur l'acquisition de compétences. La responsabilité de faire évaluer les APC repose presque essentiellement sur les épaules des médecins en formation.

Comment se vivent les interactions avec les patrons et patronnes ?

Chaque programme est différent. C'est un regroupement de gens qui vont émettre un avis et entrer en communication avec le ou la médecin résident-e. Oui, ils communiquent avec nous et c'est transparent, mais c'est une pression additionnelle pour nous.

Qu'en est-il des plus junior-e-s ?

Moi, j'ai eu la chance, ou la malchance, d'avoir été dans les premiers à faire la CPC. C'est sûr que beaucoup de gens ont fait preuve de clémence envers nous, c'est tellement complexe cette approche pédagogique. On a eu droit à un peu de flexibilité. Mais, comme ça fait maintenant cinq ans que c'est implanté, il devient plus important d'atteindre les objectifs qui sont établis par le comité.

« Les junior-e-s vivent tellement de pression qu'ils vont manquer des occasions d'apprentissage parce qu'ils doivent faire des APC ».

– Dr Vincent Gravel

Le niveau de stress est palpable et le sujet de discussion de tout le monde durant la résidence est la CPC. Ça revient tout le temps lorsqu'on rencontre des collègues: « Je dois compléter mes APC... Il m'en manque tant ». Les candidat-e-s se font des tableaux Excel pour suivre l'évolution de leurs APC, en plus du suivi effectué par le Comité de compétence. Cela ajoute une couche à des programmes qui sont déjà surchargés en termes d'exigences. Les médecins résident-e-s se sentent débordé-e-s.

Si vous aviez un conseil à donner à un-e junior-e sur comment survivre à la CPC, ce serait quoi ?

Moi, je pense qu'une des bonnes choses à faire, ce serait malheureusement de jouer la *game*. Il y a du positif puisque, comme futur-e-s professionnel-le-s, on a notre mot à dire dans notre formation. Il faut essayer de compléter ses APC de façon honnête et aller chercher de l'aide au besoin. J'espère aussi que chaque médecin résident-e qui aura passé par le processus sera un-e porte-parole pour les jeunes lorsqu'ils seront en exercice et qu'ils et elles feront de l'enseignement.

« Nous sommes probablement les seul-e-s à avoir un regard plus critique là-dessus parce que nous l'avons vécu de l'intérieur, et on en connaît les répercussions au quotidien. La majorité des patron-ne-s sont bien intentionné-e-s, mais ils et elles ne l'ont pas vécu ». – Dr Vincent Gravel

Plus concrètement, quelle a été l'utilité de cette formation en CPC pour la préparation de vos examens et de votre pratique. Est-ce que cela a fait de vous un meilleur médecin ?

La CPC n'a absolument pas contribué à améliorer ma formation. Avant nous, les anesthésiologistes qui étaient formés étaient compétent-e-s et s'impliquaient dans les milieux universitaires et non universitaires. Selon moi, la CPC a plutôt nui à mon travail au quotidien, ça m'a empêché de m'exposer à certains actes; ça m'a créé énormément de stress et de conflits avec certains individus et dans certaines situations. Quant à la préparation aux examens de certification, cela n'a eu aucun effet. Est-ce que je suis un meilleur médecin ? Si je suis un médecin compétent, je ne crois aucunement que ce soit dû à la CPC.

COMMENT SURVIVRE À LA CPC

Nos interlocuteurs ont par ailleurs émis quelques suggestions et conseils pour mieux passer au travers de la résidence en CPC.

DR GRAVEL

« Jouer la *game* », est la première phrase qui me vient à l'esprit. Cette approche est malheureuse, mais il reste qu'on ne peut pas être plus grand que le système. Il faut s'en détacher et aller chercher de l'aide au besoin. On espère d'ailleurs que les certifiés en CPC pourront contribuer à améliorer et à corriger la situation lorsqu'ils enseigneront aux médecins résident-e-s. La CPC n'a absolument pas contribué à faire de moi un meilleur anesthésiologiste, mais elle a augmenté considérablement mon niveau de stress et je n'étais pas mieux préparé aux examens.

LA CPC AU QUOTIDIEN OU PAS...

DR FORTIN

Selon moi, les APC devraient inciter les médecins enseignant-e-s à coacher, mais sur le terrain, au quotidien, cela ne se concrétise pas. Dans un contexte CPC, le ou la bon-ne patron-ne n'est pas nécessairement la meilleure personne pour vous enseigner, c'est celui qui accepte de remplir les APC. La CPC, c'est un positionnement politique du Collège royal qui veut être reconnu au niveau international comme précurseur de cette approche.

« Les médecins enseignant-e-s sont aussi victimes de cette nouvelle approche pédagogique ». – Dr Olivier Fortin

La notion d'activité professionnelle fiable n'est pas un gage de compétence et la pression devrait être sur les épaules des médecins enseignant-e-s et sur le système, pas sur celles des médecins résident-e-s.

Rappelons que la FMRQ a mis sur pied des sondages et tenu des rencontres avec les médecins résident-e-s en CPC depuis sa mise en application. Quatre rapports ont été rédigés et présentés au Collège royal, ainsi qu'aux représentant-e-s des facultés et du Collège des médecins du Québec, pour tenter de les amener à revoir le processus d'implantation et certains aspects de la CPC, notamment le nombre d'APC, de jalons et d'observations requises pour confirmer la compétence des médecins résident-e-s. La dernière rencontre avec tou-te-s les intervenant-e-s concerné-e-s a eu lieu le 15 décembre 2022. Le rapport de l'an 5 sur l'implantation de la CPC est en voie d'être finalisé. Il s'appuie sur les commentaires recueillis auprès des médecins résident-e-s en première année de CPC, à mi-parcours et à ceux et celles en fin de résidence, qui ont terminé leur formation postdoctorale en anesthésiologie et en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale en juin 2022. Le rapport sera rendu public dans les prochains mois. Il est à noter que l'on compte 49 programmes en CPC depuis le début de l'année 2022-2023 et son déploiement se poursuit. Il reste encore 18 disciplines à lancer entre 2023 et 2025.

C'est quoi un-e bon-ne patron-ne ?

DR FORTIN

Un-e bon-ne patron-ne, c'est un-e *coach*, quelqu'un qui est capable de reconnaître mon niveau de compétence, où j'en suis rendu. Cela peut varier selon le stage ou l'expérience acquise. Un-e bon-ne coach peut reconnaître où tu en es en ce moment et où tu devrais être rendu après le stage, par exemple. C'est quelqu'un qui est capable de dire : « Écoute, tu es bon là-dedans mais tu éprouves des difficultés là. On va travailler des trucs et faire une rétroaction par la suite ». C'est quelqu'un qui apporte une plus-value, qui est là pour t'observer. J'espère pouvoir être ça dans le futur.

DR GRAVEL

Je suis entièrement d'accord. Un-e patron-ne, c'est un-e *coach*, quelqu'un qui est disponible, capable de cibler les besoins du ou de la médecin résident-e et d'adapter son enseignement en conséquence, de lui offrir l'autonomie dont il ou elle a besoin et d'être là au moment opportun. C'est une tâche extrêmement complexe et difficile.

Est-ce que la CPC a fait en sorte qu'il y ait plus de coaching, que les patron-ne-s soient devenu-e-s meilleur-e-s ?

DR GRAVEL

La réponse est non. La CPC n'a pas fait en sorte qu'il y ait de meilleur-e-s coaches. Cela pourrait être le cas; la CPC incite les patrons à faire de la rétroaction mais, en milieu clinique, la façon dont c'est appliqué surtout dans un programme où on a déjà une grande proximité avec les patrons, ça ne vient pas améliorer la rétroaction. Je dissocie complètement la CPC d'un bon ou d'un mauvais patron. Malheureusement, parfois on se dit que le bon patron est celui qui remplit nos APC. C'est complètement triste...

DR FORTIN

Je n'ai pas fait partie des groupes intégrés à la CPC mais ma participation au dossier comme administrateur et président de la FMRQ a nourri ma perception de ce modèle d'apprentissage. Pour moi, un-e coach peut faire une évaluation longitudinale, te regarder progresser et te donner de plus en plus de liberté, tout en maintenant une certaine supervision. La CPC n'ajoute rien à la rétroaction. Ce sont des observations qui servent à remplir des *checklists*, c'est très mécanique. Un-e coach, c'est quelqu'un qui t'accompagne au jour le jour et, comme ça prend tellement d'énergie de remplir les *checklists*, cela enlève même du temps pour le volet coaching. Ça empire les choses.

Les objectifs recherchés semblent louables, mais le système ne les atteint pas. C'est pour qui, pourquoi, la CPC ?

« La CPC est un choix politique du Collège royal ». – Dr Olivier Fortin

DR FORTIN

Le Collège royal veut rayonner sur le plan international pour avoir implanté une approche par compétences à l'échelle pancanadienne dans toutes les spécialités autres que la médecine de famille. Ses promoteurs se balancent des répercussions de cette approche sur les médecins résident-e-s au quotidien. L'objectif à long terme n'est pas la formation postdoctorale, mais plutôt une reconnaissance internationale quant à la capacité d'implanter un modèle pédagogique comme celui-ci. C'est pour ça que c'est si difficile d'avoir une conversation quant à cette approche pédagogique avec eux.

DR GRAVEL

Je me demande aussi à quoi sert la CPC. Ce n'est certainement pas pour les médecins résident-e-s, ni pour les patrons et patronnes. Les deux groupes, enseignant-e-s et apprenant-e-s, sont victimes de cette transition vers la CPC. Nous la subissons et les médecins enseignant-e-s sont victimes d'appliquer cette nouvelle approche pédagogique qui est très imparfaite.

6.

LES RÉPERCUSSIONS DE LA CPC DEPUIS 2017

Faits saillants du bilan de l'an 4 de la « Compétence par conception » - L'urgence de mieux harmoniser les forces de la CPC à l'écosystème éducatif et politique sur lequel repose l'organisation de la résidence en médecine au Québec.

Après 4 ans d'implantation de la CPC, le constat s'imposait : il s'agit d'une réforme pédagogique bâclée. Depuis juillet 2017, la FMRQ suit de très près l'implantation de la Compétence par conception (CPC). Malheureusement, malgré les nombreuses recommandations que nous avons formulées, la situation s'est détériorée. Dans notre plus récent rapport, nous invitons la collaboration des acteurs qui ont la responsabilité de la qualité de la formation médicale et des soins à la population au Québec à se préoccuper de la formation de la relève médicale, gravement affectée par cette nouvelle approche pédagogique. Il est plus que temps !

Malgré quelques améliorations ciblées quant à la connaissance des aspects théoriques de la CPC, c'est malheureusement un bilan désolant qui était brossé par les médecins résident-e-s en 2020-2021. Le sondage réalisé auprès des personnes nouvellement en CPC a fait ressortir les mêmes problématiques que celles relevées dans les années antérieures, et ce, malgré le fait que certains programmes sont déjà en CPC depuis plusieurs années. Et même constat pour les propos recueillis auprès des médecins résident-e-s à mi-parcours.

Certaines améliorations ont été notées, comme la formation des médecins résident-e-s aux concepts de base du modèle d'évaluation et la mise en place d'un *curriculum mapping*, mais ces éléments théoriques ne semblent pas apporter de réelle amélioration au processus dans lequel évoluent les médecins résident-e-s à chaque jour. Les médecins résident-e-s ressentent une pression de « réussir » toutes leurs APC, pour pouvoir continuer leur progression académique, en sachant qu'ils et elles risquent de ne pas réussir à toutes les compléter dans les temps prescrits. La pertinence des APC est grandement questionnée. La charge cognitive pèse lourd chez les médecins résident-e-s. La résidence est axée sur la réussite des APC, mais on perd parfois des occasions uniques de s'exposer à des cas rares ou plus complexes, ce que plusieurs déplorent.

En fait, la CPC échoue largement dans ses objectifs pédagogiques d'améliorer la rétroaction de la part des médecins enseignant-e-s. À quoi sert le modèle de la CPC s'il n'offre pas plus de rétroaction ou de coaching de qualité, et qu'il ne sert qu'à recenser le nombre d'APC complétées.

Que retient-on donc de ce modèle d'apprentissage proposé par le Collège royal après toutes ces années : **un bénéfice pédagogique absent; une charge cognitive et émotionnelle augmentée; un effet délétère sur la santé mentale et l'apprentissage des médecins résident-e-s. Devrait-on en poursuivre l'implantation ?** Pour la FMRQ, la CPC a été introduite de manière précoce et inachevée et ceux et celles qui paient pour ces ratés sont nos médecins résident-e-s.

Entre 2017 et 2020, nous avons formulé pas moins de 43 recommandations d'amélioration de la CPC au Collège royal et aux autres intervenants du milieu au Québec et ailleurs au Canada. La FMRQ aurait souhaité davantage d'ouverture et d'autocritique de la part du Collège royal face au modèle éducatif proposé, lequel repose sur des bases théoriques qui auraient clairement mérité d'être davantage évaluées, testées et débattues avant d'être appliquées à si grande échelle. On a voulu accélérer ce changement de culture dans les milieux de formation postdoctorale au Canada par tous les moyens. Il est temps que nous sortions de ce paradigme d'arguments rhétoriques qui vise à éviter de reconnaître, ou diminuer, les effets négatifs rapportés par les médecins résident-e-s du Québec et, selon ce que nous en savons, d'autres provinces canadiennes. Il est d'ailleurs fort étonnant que seule la FMRQ semble, publiquement du moins, s'être montrée préoccupée par ces enjeux.

La FMRQ est d'avis qu'il faut revoir le modèle d'implantation en cours et favoriser un déploiement qui respecte le facteur temps, soit la durée traditionnelle, le cadre temporel sur lequel repose la formation postdoctorale

LES RÉPERCUSSIONS DE LA CPC DEPUIS 2017

selon les disciplines, d'autant plus que le temps constitue un facteur clé dans la gestion de la formation dans les facultés de médecine et l'organisation des soins, ainsi que pour le processus de répartition et de gestion des effectifs médicaux au Québec.

À la fin de la quatrième année d'implantation de la CPC et plutôt que de répéter ses recommandations antérieures, non retenues pour la plupart par ailleurs, la FMRQ a souhaité faire valoir l'urgence de mieux harmoniser les forces de la CPC à l'écosystème sur lequel repose l'organisation de la résidence en médecine au Québec. En voulant révolutionner le système d'éducation médicale au Canada, le CRMCC a malheureusement décidé de faire table rase d'un système qui était déjà l'un des meilleurs au monde. Il est regrettable qu'il n'ait pas plutôt tenté d'améliorer ce système en y intégrant les concepts les plus intéressants de la CPC, plutôt que de faire fi du système en place. Le cadre temporel autour duquel est organisée la résidence au Québec doit absolument demeurer la référence aux fins de la progression académique des médecins résident-e-s. En ce sens, la Fédération continue de s'impliquer auprès des facultés de médecine, du ministère de la Santé et des Services sociaux et du Collège des médecins du Québec, pour que le Québec cesse de s'en remettre uniquement aux groupes pancanadiens en matière d'éducation médicale et décide ce qui est le mieux pour notre relève médicale, notre système de santé et la population québécoise. Pour ce faire, il faudra :

- Assurer des rétroactions de qualité;
- Sortir de ce nouveau « marché » des APC;
- Trouver le moyen de mettre en place de véritables bénéfiques pédagogiques;
- Éviter de faire des médecins résident-e-s des cobayes d'une expérimentation pédagogique;
- Éviter de favoriser la logique théorique de la CPC au détriment de la qualité de la formation et des soins à la population.

UN BREF RETOUR SUR LES PREMIÈRES ANNÉES D'IMPLANTATION DE LA CPC

Rapport # 1 - L'Impact de la Compétence par conception (CPC)

Rapport des entretiens semi-dirigés réalisés auprès de la cohorte 2017-2018 en anesthésiologie et en ORL/CCF

En janvier-février 2018, la FMRQ réalisait des entretiens semi-dirigés auprès de près d'une trentaine de médecins résident-e-s ayant intégré la résidence (R1) en CPC, soit les programmes d'**anesthésiologie et d'oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale**, pour faire le point avec cette première cohorte confrontée à l'approche par compétences. La Fédération voulait informer les différents acteurs de l'éducation médicale postdoctorale au Québec et au Canada quant aux enjeux vécus par les médecins résident-e-s dans les programmes en CPC, pour comprendre et répertorier les particularités de cette approche pédagogique, en suivre l'évolution et ainsi mieux défendre les intérêts des médecins résident-e-s auprès des autorités chargées d'appliquer la CPC. La FMRQ a alors émis **15 recommandations** en lien avec la CPC. Celles-ci touchaient notamment l'information et la préparation des médecins résident-e-s avant le début de la résidence; la formation et le suivi pédagogique pendant la résidence; la clarification des évaluations, des jalons et du nombre d'APC et du rôle du comité

de compétence. Le rapport concluait à la nécessité d'apporter des changements de façon urgente, à l'aube de l'ajout de six nouveaux programmes en juillet 2018.

Rapport # 2 - Implantation de la « Compétence par conception » au Québec - L'an 2 : Des problématiques qui persistent

Alors que la deuxième année d'implantation de la CPC battait son plein avec les médecins résident-e-s en anesthésiologie et en ORL/CCF maintenant R2, la CPC faisait son entrée en juillet 2018 dans **six autres programmes de résidence : médecine d'urgence, pathologie judiciaire, oncologie médicale, néphrologie, fondements chirurgicaux et urologie**. La FMRQ a donc élaboré un questionnaire qu'elle a diffusé à tous les médecins résident-e-s concerné-e-s en février 2019. Les résultats de ce sondage ont mené à la rédaction du rapport de l'an 2 de la CPC, qui comptait **15 nouvelles recommandations**. Certaines visaient des situations non résolues depuis le premier rapport et proposaient des améliorations précises pour bonifier le processus d'implantation de la CPC. Celles-ci portaient sur les éléments suivants :

- Insuffler plus de flexibilité dans le nombre total d'observations par APC;
- Clarifier la fonction et la composition du Comité de compétence pour chaque programme;
- Clairement expliquer en début de formation le processus de promotion des médecins résident-e-s dans le continuum de compétence (acquisition des fondements de la discipline, maîtrise de la discipline, transition vers la pratique);
- Rendre obligatoire une rétroaction verbale immédiatement après l'évaluation de l'acte;
- S'assurer que le département offre un soutien aux médecins résident-e-s afin que leurs évaluations soient remplies;
- Offrir une formation plus détaillée aux médecins superviseur-e-s sur la CPC, notamment sur l'échelle de confiance 0-SCORE, les méthodes de rétroaction et l'intégration des observations au sein des activités cliniques habituelles;
- Simplifier les énoncés décrivant les APC et les jalons;
- Assurer un partage de la responsabilité pour la complétion des formulaires d'APC entre les médecins enseignant-e-s et les médecins résident-e-s;
- Reconnaître le rôle de superviseur-e des médecins résident-e-s sénior-e-s;
- Optimiser la plateforme électronique (amélioration des fonctions, utilisation sur les appareils mobiles, etc.);
- Assurer l'adoption d'une politique de protection des renseignements personnels par les facultés de médecine;
- Adapter le curriculum de chaque programme pour accommoder la progression des APC au sein du continuum de compétence;
- Assurer la reconnaissance des stages en milieu ectopique dans le cheminement de la CPC;
- Assurer l'amélioration continue au sein des facultés en intégrant une évaluation plus systématique du point de vue des médecins superviseur-e-s;
- Obtenir du Collège royal qu'il mette en place un mécanisme rigoureux de suivi et d'implantation de la CPC.

LES RÉPERCUSSIONS DE LA CPC DEPUIS 2017

Rapport # 3 – L’an 3 de l’implantation de la « Compétence par conception »

Des effets négatifs qui excèdent encore les avantages théoriques – Constats sur la réalité quotidienne de la CPC et sa progression depuis 2017.

Vingt disciplines avaient fait le saut en CPC depuis juillet 2017 lorsque la FMRQ a lancé le processus de sondages et de discussions auprès des médecins résident-e-s en première année et en 3^e année de CPC en 2019-2020. Cette démarche a donné lieu à **13 recommandations**. La FMRQ souhaitait mesurer la progression de l’implantation de la CPC au Québec à partir des recommandations qu’elle avait formulées l’année précédente. Outre les programmes déjà cités préalablement, **12 nouveaux programmes** étaient visés cette année-là, soit **l’anatomopathologie, la chirurgie cardiaque, la médecine de soins intensifs, la gastroentérologie, la médecine interne générale, la pathologie générale, la gériatrie, la médecine interne, la neurochirurgie, l’obstétrique et gynécologie, la radio-oncologie et la rhumatologie**. Malheureusement, nous avons dû conclure qu’il restait encore beaucoup de travail à faire. Voici les éléments soulevés par les médecins résident-e-s en cette troisième année d’implantation de la CPC.

- Améliorer la formation des médecins résident-e-s;
- Assurer une formation adéquate des médecins superviseur-e-s;
- Clarifier les énoncés accompagnant les APC;
- Assurer un appariement (mapping) adéquat entre les compétences attendues et les stages de formation;
- Mettre en place des plateformes en ligne faciles d’utilisation;
- Mettre en place un processus de réévaluation continue du nombre et de la pertinence des APC;
- Mettre en place des mécanismes locaux de contrôle de la qualité des rétroactions;
- Mettre en place des structures administratives pour documenter les observations d’APC en temps opportun;
- Améliorer la transparence du processus décisionnel au sein du comité de compétence;
- Mettre en place des stratégies de communication auprès des programmes, des médecins superviseur-e-s et des médecins résident-e-s pour renforcer le principe d’approche holistique (growth mindset) plutôt que de baser les évaluations sur un décompte automatisé d’APC complétées;
- Mettre en place des stratégies de communication auprès des programmes et des universités pour éviter le prolongement de la formation;
- Mettre en place des mesures globales pour réduire les effets néfastes de l’implantation de la CPC sur la santé mentale des médecins résident-e-s;
- Permettre une implantation plus progressive et flexible de la CPC, tant et aussi longtemps que le changement de culture n’aura pas été complété.

Pour consulter les rapports des quatre premières années d’implantation de la CPC, rendez-vous sur le site de la FMRQ à l’adresse suivante : <https://fmrq.qc.ca/formation-postdoctorale/competence-par-conception/>

EN CONCLUSION

L’an 5

La FMRQ a suivi l’évolution de la CPC pour l’an 5 (2021-2022) et recueilli les commentaires des médecins résident-e-s par le biais de sondages ainsi que d’entrevues individuelles, notamment avec les finissant-e-s en anesthésiologie et en ORL/CCF qui avaient débuté la résidence en CPC. L’analyse des données émanant de cet exercice donneront lieu au rapport de l’an 5 de l’implantation de la CPC, lequel est en voie d’être finalisé. Des recommandations ont déjà été faites aux différents acteurs-clés dans ce dossier pour améliorer la situation pour les médecins résident-e-s qui sont déjà dans ces programmes, mais aussi ceux qui verront leur programme intégré en CPC, soit 18 nouveaux programmes, d’ici 2025. Ces intervenant-e-s incluent bien sûr le Collège royal, les facultés de médecine, le Collège des médecins du Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, et nos collègues médecins résident-e-s membres de *Resident Doctors of Canada* (RDoC).

L’an 6

Les démarches se poursuivent pour l’an 6, soit dans la deuxième partie de l’année 2022-2023, afin de confirmer auprès des médecins résident-e-s si les mesures et modifications que nous avons proposées se seront concrétisées dans les milieux de formation.

Des chercheurs indépendants soulèvent que les principes de la CPC ne reposent sur aucune donnée scientifique probante

Il importe de rappeler la publication en septembre 2022 d’une étude réalisée par des chercheurs indépendants sur l’approche par compétences en pédagogie générale, vocationnelle et médicale, et plus spécifiquement dans le domaine de la médecine : *l’Analyse critique d’un changement de paradigme pédagogique dans le cadre de la résidence en médecine au Québec* (C. Boyer et al) publiée aux Éditions de l’Apprentissage. Les chercheurs en sont venus à la conclusion que la CPC n’était basée sur aucune démarche scientifique digne de ce nom. Nous vous présentons un bref extrait ci-dessous. Pour plus de détails, ne manquez pas l’article rapportant les propos du chercheur principal dans les pages de ce *Bulletin*.

« Les changements paradigmatiques en sciences s’appuient généralement sur des données probantes ou finissent par s’appuyer sur des données probantes qui en confirment le bien-fondé. La faiblesse actuelle de la démonstration scientifique de la PADG en pédagogie générale, vocationnelle et en pédagogie médicale aurait dû limiter la diffusion de cette pédagogie, de ce changement de paradigme, ce qui n’a pas été le cas. La généralisation actuelle de cette pédagogie et son maintien dans toutes les sphères de l’éducation n’est pas le reflet de la rationalité et des données probantes mais, au moins en partie, l’adoption d’avenues purement idéologiques qui ne s’embarrassent pas de faire la démonstration empirique de leurs dires, se contentant de l’enthousiasme qu’elles suscitent ». (C Boyer et al. Septembre 2022, Éditions de l’Apprentissage)



CINQ ACTIONS À POSER POUR VOTRE SANTÉ FINANCIÈRE

La planification financière vise une optimisation continue de vos ressources. Bien qu'il ne soit jamais trop tard d'améliorer la gestion de ses finances, force est de constater que certaines actions gagneraient à être effectuées plus tôt dans la vie.

ACTION 1 : METTRE EN PLACE UN PLAN DE GESTION DES DETTES

Votre santé financière commence notamment par la planification budgétaire et la gestion des dettes. À la suite de longues années d'études, les médecins en début de carrière se retrouvent souvent avec des dettes importantes qui augmentent à l'acquisition d'une première résidence. Avoir des engagements financiers n'est pas une mauvaise chose en soi dans la mesure où votre bilan demeure sain et que des solutions optimales sont mises en place pour rendre efficace votre plan d'épargne et de remboursement de dettes.

ACTION 2 : CONSIDÉRER LA MISE À PART DE L'ARGENT OU L'INCORPORATION

Il a coulé beaucoup d'encre sur l'incorporation de la pratique médicale. Une telle décision portera ses fruits... mais souvent des années plus tard. Notez que, dans la mesure où des dettes non déductibles subsistent (une hypothèque résidentielle par exemple), d'autres stratégies pourraient s'avérer plus profitables à court terme; la [mise à part de l'argent \(MAPA\)](#) en étant une.

ACTION 3 : VÉRIFIER VOS COUVERTURES D'ASSURANCE

Il est recommandé de passer en revue vos risques potentiels et décider comment les couvrir. L'aide d'un planificateur financier s'avère souvent utile, car la gestion du risque constitue une tâche complexe.

- **Dégâts matériels**: des assurances feu, vol, vandalisme pour un véhicule ou une résidence sont évidemment nécessaires.
- **Responsabilité professionnelle**: de telles assurances sont notamment obligatoires pour les médecins.
- **Décès**: si vos proches risquent de se retrouver dans le besoin à la suite de votre décès, une couverture d'assurance vie sera primordiale.
- **Invalidité**: advenant l'invalidité, la capacité à générer des revenus diminue et les dépenses augmentent. Sachez que nous avons tous tendance à sous-estimer nos besoins en cas d'invalidité.

ACTION 4 : OPTER TÔT POUR LES RÉGIMES D'ÉPARGNE

On ne compte plus les articles qui présentent l'effort d'épargne pour rattraper le temps perdu et le coût de cette procrastination. Adopter une discipline d'épargne aussitôt que possible est donc primordial. Le choix du véhicule d'épargne optimal a aussi son importance. Il est évident que votre avoir croîtra plus rapidement si vous profitez d'un remboursement d'impôt sur vos cotisations REER ou que vous bénéficiez d'exemption d'imposition sur vos revenus de placement (REER et CELI).

Aussi, pour l'achat de votre première propriété, vous pourrez recourir au CELIAPP (à venir en 2023) et au RAP (retrait non imposé du REER). Pour bâtir votre stratégie et tirer le maximum de toutes les options qui s'offrent à vous, il est important d'élaborer votre plan d'épargne avec un conseiller qui connaît la réalité des médecins.

ACTION 5 : SE PRÉPARER JURIDIQUEMENT À TOUTE ÉVENTUALITÉ

Divorce, séparation, inaptitude, décès... habituellement, on ne veut pas y penser. Toutefois, exprimer ses attentes, choix, valeurs avant que ces situations surviennent demeure extrêmement important. Voici les documents à finaliser en priorité: 1) *contrat de mariage ou de vie commune*: permet aux conjoints de s'entendre par écrit sur plusieurs aspects régissant leur vie de famille et s'avèrent particulièrement utiles en cas de séparation; 2) *testament*: meilleur moyen de faire connaître vos volontés et surtout indispensable pour les conjoints de fait, dont le statut n'est pas reconnu par le Code civil; 3) *mandat de protection*: identifie les personnes qui prendront le relais en cas de votre inaptitude.

Notons que mourir sans testament peut être lourd de conséquences, devenir inapte sans le mandat de protection s'avère souvent une catastrophe. N'hésitez pas à utiliser le [Mandat téléchargeable](#) que le Curateur public met gratuitement à votre disposition.

En conclusion, la planification financière ne se limite pas à la gestion des placements, il s'agit plutôt d'un processus qui vise à optimiser plusieurs aspects financiers, fiscaux et légaux. Plus vite vous entamez cet exercice, meilleur sera le résultat. Pour plus d'information, [faites appel à nous](#).

L'équipe Fonds FMOQ

POUR NOUS JOINDRE :

Montréal : 514 868-2081 ou 1 888 542-8597 | Québec : 418 657-5777 ou 1 877 323-5777
[FONDSSFMOQ.COM](https://www.fondsfmoq.com)

Roxane Rondeau-Daoust, B. Sc.
Conseillère en sécurité financière
Segment jeunes professionnels



ASSURANCES EN ACTION

DEVENIR TRAVAILLEUR AUTONOME, TOUT UN ENJEU!

Dès sa résidence terminée, le résident en médecine passe de salarié à travailleur autonome, une transition qui apporte son lot de défis.

Le statut de travailleur autonome comporte plusieurs avantages et confère une certaine flexibilité aux médecins. Par contre, des responsabilités additionnelles sont liées à ce statut, dont la planification financière pour les impôts et la retraite. Choisir les bonnes protections d'assurance constitue aussi un volet important de cette transition.

SALARIÉ OU AUTONOME ? LES OBLIGATIONS CHANGENT !

Au Québec, l'assurance médicaments est obligatoire. Pour la plupart des employés salariés, celle-ci est offerte par leur régime d'assurances collectives, dont l'adhésion est automatique et obligatoire lors de l'embauche, après une période de probation ou non. Le régime public a été créé pour les gens n'ayant pas accès à ce type de couverture via leur employeur, une association ou un regroupement. Par exemple, la FMOQ et la FMSQ offrent respectivement une assurance médicaments collective à leurs membres. Une fois en pratique, le médecin pourrait aussi être couvert par un employeur (comme une université) ou par l'assurance collective d'un conjoint.

Le médecin qui n'a pas accès à une assurance collective via un employeur ou conjoint ne peut faire appel à la couverture de la RAMQ pour se conformer à la Loi sur l'assurance médicaments puisqu'il est admissible à un régime d'assurance médicaments via sa Fédération.

CHOISIR LA BONNE ASSURANCE POUR VOUS

De l'assurance médicaments à l'assurance vie, invalidité ou autre, le travailleur autonome doit trouver les protections qui lui conviennent le mieux, parmi les différents régimes associatifs ou individuels offerts par les assureurs. Ça peut devenir un vrai casse-tête assez rapidement ! Pourquoi ? Parce qu'étant médecin, vous avez généralement plus d'actifs à protéger, d'où l'importance de choisir la bonne assurance.

Comme avec l'assurance médicaments, la plupart des employés salariés sont couverts par une assurance collective invalidité sans égard à leur santé. C'est d'ailleurs pourquoi de telles assurances fonctionnent si bien : les gens en santé, tout comme ceux plus sujets à réclamer, bénéficient de la même couverture, ce qui crée un système équilibré et équitable.

Le travailleur autonome, de son côté, doit trouver la protection salariale la mieux adaptée à sa situation. Son état de santé, ses habitudes de vie, son statut de fumeur, etc., tous seront évalués par l'assureur qui aura le choix d'accepter, d'accepter avec conditions ou de refuser carrément. Eh non, un assureur n'est aucunement tenu d'accepter quiconque...

Pour les travailleurs autonomes que sont les médecins, une assurance remplaçant le revenu en cas de maladie ou d'accident représente la protection la plus importante qui soit. C'est pourquoi, il faut y souscrire à la bonne porte.

COMMENT PROTÉGER MAISON ET FAMILLE

Ici aussi, le travailleur autonome devra magasiner sa propre assurance vie lorsque le besoin se fera sentir. Souvent, l'arrivée d'un enfant, l'achat d'une propriété ou une marge de crédit élevée créent un tel besoin. Plusieurs autres produits d'assurance peuvent aussi s'avérer pertinents, comme l'assurance pour les frais de bureau ou l'assurance maladies graves.

OÙ TROUVER CONSEIL

Le tout vous semble un immense casse-tête ? Vous n'avez pas le temps de magasiner ? Ou vous avez peur de choisir des protections insuffisantes pour vos besoins ? Sachez que les conseillers en sécurité financière de Sogemec Assurances ont accès à tous les produits sur le marché et peuvent vous guider selon votre besoin.

En tant que futur travailleur autonome, il devient important de faire appel à un conseiller en sécurité financière en qui vous avez confiance, qui connaît bien votre domaine et qui saura répondre clairement à toutes vos questions. Il n'est jamais trop tôt pour demander de l'information, au contraire ! Votre conseiller devrait d'ailleurs connaître la date de fin de votre résidence ou de votre stage postdoctoral pour que vos protections soient révisées dès que vous passerez du statut de résident salarié à celui de travailleur autonome.

N'hésitez donc pas à faire appel à l'équipe de conseillers de Sogemec Assurances, ils ont l'expertise pour vous aider et faciliter cette excitante transition.

L'ÉQUIPE DE CONSEILLERS DE SOGEMEC EST LÀ POUR VOUS AIDER ET NAVIGUER AVEC VOUS ENTRE LES DIFFÉRENTES OPTIONS.

1 800 361-5303

information@sogemec.com

Jean-Sébastien Leclerc, Pl. Fin.
Conseiller en gestion
de patrimoine



LOCATAIRE OU PROPRIÉTAIRE : LEQUEL PRIVILÉGIÉ ?

Durant vos années de résidence, l'idée d'acheter votre chez-soi, maison ou condo, commence peut-être à vous tenter. Évidemment, dans le contexte économique où nous sommes, il n'est pas si évident de savoir s'il est préférable d'être locataire ou propriétaire. Je vous fournis quelques pistes de réflexion sur le sujet.

BIEN CONNAÎTRE VOS CAPACITÉS ET VOS BESOINS

Le prix des maisons et des condos est beaucoup plus élevé qu'il ne l'était, surtout dans les grands centres urbains. Les loyers ont également connu d'importantes augmentations...

Dites-vous d'abord que chaque situation a ses avantages et ses désavantages.

- **Être locataire** vous donne moins de responsabilités et plus de disponibilité pour votre travail. C'est aussi plus facile de déménager si vous êtes transféré. Si votre pratique est très accaparante ou pourrait entraîner des déplacements en région ou à l'étranger, louer est préférable.
- **Être propriétaire** est un engagement à long terme, qui implique une certaine stabilité. Vous devrez vous rendre disponible pour les réparations et l'entretien de la propriété, et avoir l'argent pour les payer. En rénovant votre résidence, vous pouvez la personnaliser et en même temps, créer votre patrimoine.

PARLONS FINANCEMENT

Vous êtes prêt à acheter? Obtenez d'abord une préapprobation hypothécaire et déterminez le prix et le type d'hypothèque qui vous convient (durée, fixe ou variable, fréquence des paiements, etc.). Attention, votre banque pourrait autoriser un montant plus élevé que celui que vous pouvez vraiment payer, considérant vos autres dépenses. Évaluez aussi les dépenses hors achat comme la mise de fonds initiale, les frais de notaire, les taxes et assurances, etc.

Si vous pensez utiliser une partie de votre marge de crédit pour votre mise de fonds, soyez prudent. La fluctuation des taux d'intérêt va toucher également celui de votre marge de crédit. Si celle-ci finance une partie de votre coût de la vie d'ici la fin de votre résidence, évaluez l'impact de cette hausse.

LA GROSSE QUESTION DE LA MISE DE FONDS

Pour votre mise de fonds, pensez au RAP. Évidemment, vous devez d'abord avoir un REER. Le RAP (régime d'accès à la propriété) vous permet de retirer jusqu'à 35 000 \$ de votre REER (70 000 \$ pour un couple) pour la mise de fonds sur une propriété.

Vous devez vous qualifier comme premier acheteur et ne pas avoir été propriétaire durant les quatre années précédentes¹. Le montant emprunté devra être remboursé à votre REER sans intérêt, sur une période de 15 ans à compter de la 2^e année suivant le retrait.

ET LE CELIAPP, C'EST QUOI ?

Le nouveau CELIAPP, qui sera disponible au cours de l'année 2023, permet de cotiser 8 000 \$ par année pendant une période de cinq ans. Ce montant de 40 000 \$ (80 000 \$ pour un couple) pourra être utilisé pour la mise de fonds de votre première propriété. Vos cotisations vous procurent un avantage fiscal qui diminue votre revenu imposable pour l'année de la cotisation. En tant que résident, vous devriez obtenir un retour d'impôt suivant la production de votre déclaration de revenus.

Le compte CELIAPP pourra rester ouvert pendant une période de 15 ans, mais devra être fermé durant l'année suivant le retrait pour l'achat. Il n'y a aucun remboursement à faire au compte après le retrait. Ajoutons que vous ne pourrez utiliser le RAP et le CELIAPP ensemble pour votre mise de fonds, et que plusieurs modalités restent à confirmer par les instances gouvernementales.

PRÊT À FAIRE VOTRE OFFRE ?

Faites un budget pour connaître votre nouveau coût de la vie après l'achat. Souvent négligée, cette étape est essentielle dans un contexte de hausses des taux d'intérêt.

Évitez la surenchère immobilière et achetez dans une perspective de moyen à long terme. Gardez aussi en tête qu'il pourrait y avoir une différence importante entre le type de propriété que vous pouvez vous payer maintenant et celui qui sera envisageable après quelques années de pratique.

PRENDRE LA MEILLEURE DÉCISION

Que vous décidiez de rester locataire ou de devenir propriétaire, parlez à votre conseiller de vos projets d'avenir et ensemble, faites un budget qui vous permettra de réaliser vos ambitions. Contactez-nous et passons à l'action!

¹ Vous êtes considéré comme l'acheteur d'une première maison si, au cours de la période de quatre ans, vous n'avez pas demeuré dans une habitation dont vous ou votre époux ou conjoint de fait actuel étiez propriétaire. Source : https://www.canada.ca/fr/agence-revenu/services/impot/particuliers/sujets/reer-regimes-connexes/est-regime-accesion-a-proprete/definitions-regime-accesion-a-proprete.html#Acheteur_habitation

fdp, c'est votre gestion privée, aujourd'hui et pour toute la vie.

Financière des professionnels inc. détient la propriété exclusive de Financière des professionnels – Fonds d'investissement inc. et de Financière des professionnels – Gestion privée inc. Financière des professionnels – Fonds d'investissement inc. est un gestionnaire de portefeuille et un gestionnaire de fonds d'investissement, qui gère les fonds de sa famille de fonds et offre des services-conseils en planification financière. Financière des professionnels – Gestion privée inc. est un courtier en placement, membre de l'Organisme canadien de réglementation du commerce des valeurs mobilières (OCRCVM) et du Fonds canadien de protection des épargnants (FCPE), qui offre des services de gestion de portefeuille. fdp et les marques de commerce, noms et logos connexes sont la propriété de Financière des professionnels inc. et sont enregistrés ou employés au Canada. Employés en vertu d'une licence de Financière des professionnels inc.



Notre GMF est entièrement informatisé et offre un environnement professionnel haut de gamme alliant innovation et performance.

Situé à Westmount (territoire CIUSSS Centre-Ouest), à 2 pas du centre-ville de Montréal, à Place Alexis-Nihon.

Bureaux neufs, plusieurs spécialités sur place.

GMF de 27000 inscriptions. Plusieurs médecins spécialistes et professionnels sur place (infirmières cliniciennes, infirmières auxiliaires, travailleuses sociales, nutritionnistes, pharmacien)

NOUS RECHERCHONS

- 5 médecins de famille pour prise en charge
- 5 médecins de famille pour service sans rendez-vous
- Médecins pour médecine du travail

Plusieurs services disponibles sur place

Contactez

Justine Chamoun 514 699-4499 OU Dr Samer Daher 514 730-5902
jchamoun@lacitemedicale.com sdaher@lacitemedicale.com

www.lacitemedicale.com

LE 16 JUIN PROCHAIN

Ne manquez pas

La Journée des médecins résident-e-s de la FMRQ

- Un symposium sur le stress et l'épuisement professionnel en mode virtuel en avant-midi
- Des activités locales santé et bien-être organisées par chacune des associations affiliées en après-midi



Pour plus d'information, gardez l'œil ouvert sur vos courriels dans les prochaines semaines.



VOUS ÊTES RÉSIDENT EN MÉDECINE FAMILIALE? VOUS CHERCHEZ UNE CLINIQUE MÉDICALE OÙ VOUS INSTALLER?

Nos médecins de famille ayant pris leur retraite cette année laissent ainsi beaucoup de patients orphelins. Notre clinique a été conçue pour être occupée par 3 médecins et une secrétaire incluant un stationnement gratuit.

Située dans un secteur résidentiel complet, notre clinique se trouve au rez-de-chaussée d'un complexe médical ayant plus de 40 ans.

Voisin d'une pharmacie des plus collaboratrices comprenant une infirmière offrant les services de prises de sang, de vaccins, etc.

Nous possédons tous les équipements nécessaires au bon travail et sommes ouverts à la possibilité d'agrandissement.

PROXIMED KINDA & ROUA BOUZ
Clinique médicale Côteau Rouge

780, chemin du Côteau-Rouge, Longueuil (Québec) J4J 1Z3

514.991.8038

kinda_bouz@hotmail.com



Médecin généraliste Médecin de famille

Centre médical Cardiogenix, Montréal (Québec)

Le Centre médical Cardiogenix, un établissement médical privé en activité depuis 2006, accepte les candidatures pour un médecin généraliste (médecin de famille).

Le candidat idéal sera :

- Dédié à l'excellence du service, avec des compétences interpersonnelles exceptionnelles
- Engagé dans la mission et les valeurs du Centre médical Cardiogenix
- Intéressé par la pratique de la médecine dans un environnement collégial, peu fréquenté

Le Centre médical Cardiogenix est un établissement privé à service complet qui comprend :

- Une technologie de pointe
- Un système de purification de l'air de qualité hospitalière, une salle d'examen virtuelle avant l'examen et des équipements de protection individuelle de qualité supérieure pour les médecins, le personnel et les patients
- Un ratio de 1:1 personnel de première ligne / soutien administratif - médecin
- Une charge patient limitée par médecin
- Des spécialistes médicaux (cardiologie, dermatologie, endocrinologie, gynécologie, allergie et immunologie, gastro-entérologie et spécialistes de chirurgie) sur place
- Un milieu collégial et de soutien; travailler aux côtés de médecins de famille expérimentés
- Un salaire annuel de premier ordre (non basé sur les visites des patients)
- Être situé au centre de la ville, à proximité de tous les quartiers de Montréal et du centre-ville
- Être accessible en métro; un parking gratuit également disponible

Visitez notre site Web: <https://cardiogenix.com>

Pour postuler, veuillez envoyer votre CV et des références à :

Dr. Ashok Oommen, directeur médical

Courriel: cheryl@cardiogenix.ca



CHEZ CARDIOGENIX, NOUS MISONNONS SUR UN ACCÈS ET DES SERVICES COMPLETS

Après avoir travaillé 15 ans aux urgences du Centre hospitalier de St. Mary à traiter des milliers de patients atteints de problèmes cardiaques et de cancer, la frustration du Dr Ashok Oommen grandissait. Il savait qu'un grand nombre de ces patients gravement malades auraient pu éviter ce destin si, des années auparavant, ils avaient pu bénéficier d'un niveau de soins que les médecins de famille du système de santé canadien ne peuvent simplement pas offrir. « Dans le système de santé québécois, un médecin de famille qui maintient un cabinet de plus de 1 500 patients est inévitablement pressé; pour connaître véritablement votre patient et offrir les meilleurs soins, vous devez passer suffisamment de temps ensemble », une réalité qui a motivé le Dr Oommen à ouvrir le Centre médical Cardiogenix, une clinique impressionnante qui offre tous les services et qui est située sur Décarie, près du métro De La Savane.

Depuis 17 ans, le nombre de patients de chaque médecin est limité, et les patients demeurent avec leur médecin aussi longtemps que nécessaire. « Les deux aptitudes les plus importantes pour un médecin sont l'écoute et l'observation. Les patients ont besoin de temps pour discuter non seulement de leurs symptômes, mais de ce qui se passe dans leur vie. Plutôt que se concentrer uniquement sur la maladie, nous visons à améliorer la longévité et la qualité de vie d'une personne. »

Les médecins du Centre médical Cardiogenix ont accès à la division Spécialistes, situé dans le même édifice.



« Toute l'équipe de Cardiogenix a joué un rôle déterminant pour s'assurer que je suis à mon meilleur. Avoir un horaire aussi chargé et partir en tournée signifie que tous les problèmes doivent être diagnostiqués et traités tôt et aussi efficacement que possible. Ils sont disponibles pour moi chaque fois que j'en ai besoin : en personne, au téléphone ou par courriel. C'est excellent pour mon bien-être et ma paix d'esprit. »

Sugar Sammy, humoriste

Choisissez le CISSS de Lanaudière



Diverses possibilités d'emploi,
plus particulièrement dans les
secteurs suivants :

- La chirurgie plastique
- La gériatrie
- L'hémo-oncologie
- La neurologie
- La rhumatologie
- La pédiatrie
- La médecine physique
- La médecine générale

Soigner chez nous

- Pratique diversifiée et stimulante
- Plus de 800 médecins
- 63 installations, dont 2 hôpitaux
- Équipes dynamiques
- Travail interdisciplinaire
- Modernisation et agrandissement
(projets immobiliers d'envergure)

Nous offrons un **cheminement de carrière**
centré sur vos intérêts et sur vos projets
de vie dans une **région majestueuse**
et innovante qui est remplie d'espaces
verts, urbains et culturels.

Joignez-vous à nous
pour une qualité de vie et de pratique!



Pour information : Lyne Marcotte

Directrice adjointe des services professionnels

450 654-7525, poste 43644 | lyne.marcotte@ssss.gouv.qc.ca

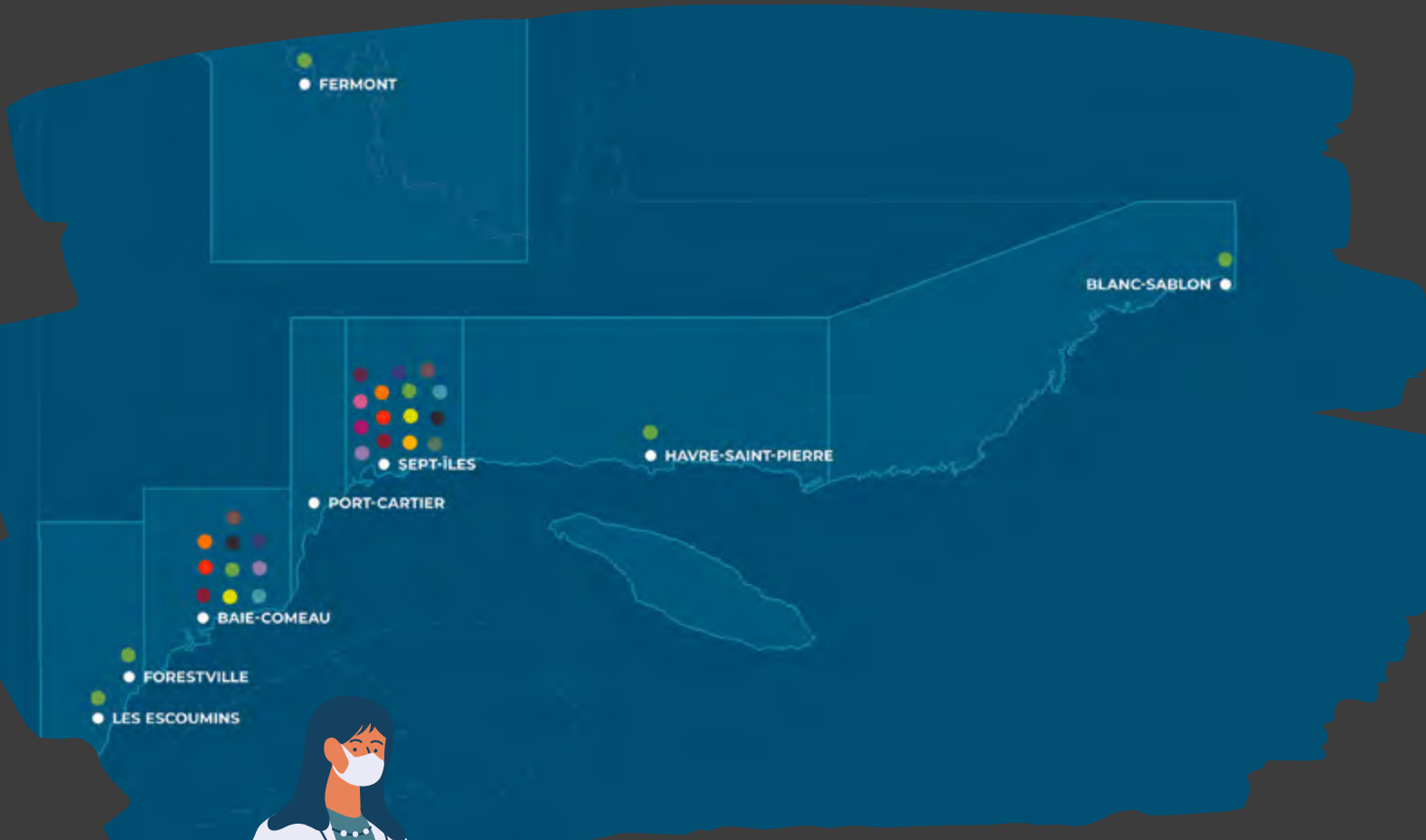
ciiss-lanaudiere.gouv.qc.ca/carrieres

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Lanaudière

Québec 

LA CÔTE-NORD RECRUTE!

Nos 8 RLS offrent des pratiques variées,
trouvez celui qui correspond à vos aspirations...



LÉGENDE

- | | |
|----------------------------|------------------------------------|
| ● Anesthésiologie * | ● Obstétrique (médecine familiale) |
| ● Chirurgie générale | ● Obstétrique-gynécologique * |
| ● Chirurgie orthopédique * | ● Pédiatrie * |
| ● Dermatologie * | ● Pédopsychiatrie * |
| ● Médecine interne * | ● Pneumologie |
| ● Médecine familiale * | ● Psychiatrie * |
| ● Ophtalmologie | ● Radiologie diagnostique * |
| ● Oto-rhino-laryngologie | |

*Postes disponibles

CONTACTEZ-NOUS!

RECRUTEMENT MÉDICAL CÔTE-NORD
www.cisss-cotenord.gouv.qc.ca
09.recrutementmedical@ssss.gouv.qc.ca

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Côte-Nord

Québec 

Pratiquer et vivre à fond

Une pratique stimulante allée à une qualité de vie exceptionnelle, une région aux paysages époustouflants, voilà qui donne envie de vivre à fond!

Une région qui se démarque

- ✓ Équipes dynamiques
- ✓ Travail interdisciplinaire
- ✓ Polyvalence et autonomie
- ✓ Pratique valorisante et diversifiée

Médecins de famille et médecins spécialistes recherchés en :

- allergie-immunologie
- anatomo-pathologie
- anesthésiologie
- biochimie médicale
- cardiologie
- chirurgie plastique
- chirurgie thoracique
- gériatrie
- hémato-oncologie
- médecine d'urgence
- médecine interne
- médecine nucléaire
- néphrologie
- neurologie
- obstétrique-gynécologie
- ophtalmologie
- physiothérapie
- pneumologie
- psychiatrie adulte
- radiologie diagnostique
- rhumatologie
- urologie

CHEZ NOUS,
ON SE DÉMARQUE
EN GRAND

Envie de tenter l'aventure? Contactez :

Mme Véronique Bossé
418 899-0214, poste 10202
recrutement.medical.cisssbsl@ssss.gouv.qc.ca

medecin.cisssbsl.com

**Centre intégré
de santé
et de services sociaux
du Bas-Saint-Laurent**

Québec



VOTRE RÉUSSITE FINANCIÈRE COMMENCE MAINTENANT...

RENSEIGNEZ-VOUS
SUR LES PROMOTIONS
DESTINÉES AUX
MÉDECINS
RÉSIDENT-E-S.

Votre prospérité se joue dès les premières années de votre résidence. Bien gérer le remboursement des dettes, profiter des stratégies d'optimisation fiscale, évaluer la pertinence de l'incorporation, mettre en place un plan d'épargne pour l'achat d'une propriété ou autres... rien ne doit être laissé au hasard pour tirer le maximum de chaque dollar gagné.

Filiale de la FMOQ, notre société demeure fidèle à sa mission : **contribuer à la prospérité des médecins omnipraticiens**. Profitez des services spécialement conçus pour vous, **en toute confiance, sans pression ni sentiment d'urgence**.

GESTION DES DETTES

Élaboration des stratégies optimales, en tenant compte des aspects fiscaux. **Sans frais.**

ÉPARGNE ET INVESTISSEMENT

Accompagnement dans le choix des régimes d'épargne et dans la sélection des meilleurs produits d'investissement pour vous.

Recommandations objectives.

INCORPORATION

Analyse des gains et du coût de cette stratégie fiscale. Conseils en matière de structure corporative à mettre en place. **Aucune vente de produits.**

FACTURATION MÉDICALE

Service clé en main, assuré par une équipe maîtrisant toutes les nuances de la facturation médicale. **Gain de temps pour votre pratique.**

ATELIERS DE FORMATION FINANCIÈRE

Formation gratuite sur les aspects financiers et juridiques pour les médecins en début de carrière. **Un incontournable pour votre santé financière.**

FAITES PARTIE DE LA FAMILLE!

MONTRÉAL

514 868-2081
1 888 542-8597

info@fondsfmoq.com

QUÉBEC

418 657-5777
1 877 323-5777

FONDSFMOQ.COM



FONDS FMOQ



« Le passage de la faculté de médecine à la résidence est une période à la fois stimulante et stressante qui comporte tout un lot de choses à faire et d'incertitude. »

- Diplômé de la faculté de médecine de l'Université Queen's, 2021

Soutien durant votre programme de résidence

Les spécialistes, Services aux professionnels de la santé RBC, comprennent le parcours particulier d'un médecin résident et peuvent vous aider à franchir vos prochaines étapes avec assurance. Il y a beaucoup d'éléments à prendre en compte. Voici comment nous pouvons vous aider.



Finances personnelles

Gestion de l'endettement –
Devriez-vous augmenter le
montant des versements sur
votre prêt d'études ou épargner ?
Est-il possible de faire les deux ?

Établissement
d'un budget et
d'objectifs de placement

Réponses à vos questions
de planification fiscale



Les étapes de la vie

Gestion des frais
de relogement, si votre
résidence exige une
délocalisation

Est-ce le bon moment pour acheter
un appartement en copropriété
ou une maison, ou est-il préférable
de continuer de louer ?

Stratégies d'épargne pour
les étapes ultérieures de la vie,
comme fonder une famille



Planification d'affaires

Quels facteurs devez-vous
prendre en compte si vous
vous joignez à un cabinet
ou si vous en ouvrez un ?

Savoir quand constituer son
entreprise en société

Faire les meilleurs choix
financiers pour vous mettre
sur la voie de la réussite

Allez à rbc.com/medecinresident pour en savoir plus





Une offre pour les médecins résidents

Une offre pensée et développée pour
vos besoins personnels et professionnels.

Faites comme plusieurs médecins résidents et profitez de l'offre Exclusive.

[Découvrez l'offre](#)

1 844 778-1795 poste 30



Une force conseil branché sur votre profession

Sogemec Assurances, filiale de la FMSQ, a été conçue par des médecins pour des médecins.

Nous connaissons bien votre mode de vie exigeant et son évolution. Nous reconnaissons votre besoin d'être bien conseillé, et ce, en toute intégrité.

Offez-vous la tranquillité d'esprit offerte par les produits d'assurance vie et invalidité recommandés par votre Fédération.



Pour tous vos besoins d'assurances vie et invalidité

PARTOUT AU QUÉBEC : 1 800 361-5303
information@sogemec.qc.ca

Sogemec
ASSURANCES

*Une force conseil
branchée sur votre profession*



Ta différence, ça passe aussi par tes finances.



Créée pour les médecins, par les médecins. Depuis 1978.

Contacte un conseiller fdp



Filiale de  FMSQ

Partenaire de  FMRQ

Financière des professionnels inc. détient la propriété exclusive de Financière des professionnels – Fonds d'investissement inc. et de Financière des professionnels – Gestion privée inc. Financière des professionnels – Fonds d'investissement inc. est un gestionnaire de portefeuille et un gestionnaire de fonds d'investissement, qui gère les fonds de sa famille de fonds et offre des services-conseils en planification financière. Financière des professionnels – Gestion privée inc. est un courtier en placement, membre de l'Organisme canadien de réglementation du commerce des valeurs mobilières (OCRCVM) et du Fonds canadien de protection des épargnants (FCPE), qui offre des services de gestion de portefeuille. fdp et les marques de commerce, noms et logos connexes sont la propriété de Financière des professionnels inc. et sont enregistrés ou employés au Canada. Employés en vertu d'une licence de Financière des professionnels inc.

Futur hôpital de
VAUDREUIL-SOULANGES

Technologique Innovant Humain



D'ici l'ouverture de l'Hôpital de Vaudreuil-Soulanges en 2026, pratiquez dans l'une de nos installations.

Médecine spécialisée

recrutement_md_specialiste.ciassmo16@ssss.gouv.qc.ca

Médecine familiale

recrutement_omnis.ciassmo16@ssss.gouv.qc.ca



santemonteregie.qc.ca/ouest/pratique-medicale

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest

Québec 

L'OUTAOUAIS, AU-DELÀ DE L'OPPORTUNITÉ D'EMPLOI...

Évènements variés, festivals, musées, parcs nationaux, pistes cyclables, restauration diversifiée, sentiers pédestres, ski, activités nautiques et plus encore.

Pour en découvrir davantage :

- **Tourisme Outaouais**
(tourismeoutaouais.com)
- Outaouaispleinair.ca
- CISSS-outaouais.gouv.qc.ca



L'OUTAOUAIS VOUS ATTEND !

- Anesthésiologie
- Cardiologie
- Chirurgie générale
- Dermatologie
- Endocrinologie et métabolisme
- Gastroentérologie
- Médecine de famille
- Médecine d'urgence
- Médecine interne
- Microbiologie médicale et infectiologie
- Néphrologie
- Neurologie
- Obstétrique et gynécologie
- Pédiatrie
- Pneumologie
- Psychiatrie adulte et enfant/ado
- Radiologie diagnostique



Contactez l'équipe de recrutement :



recrutement.md.outaouais@ssss.gouv.qc.ca
819-966-6000 poste 334566



Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de l'Outaouais

Québec



Évitez les pièges. Confiez vos factures aux pros.

Offre pour les résidents

6 mois gratuits

Formations et accompagnements
en début de pratique

Service gratuit en tout temps
pour fellowship et moonlight

Le choix #1
des médecins au Québec.

Découvrez notre
nouvelle application mobile.
Contactez-nous!

Code promotionnel : FMRQ 2022

1 866 332-2638

Facturation.net





En région, pour élargir vos horizons.

D^{re} Renée D'Amours
Bas-Saint-Laurent

**Devenir médecin en région,
c'est faire un choix sensé
et différent.**

C'est tirer avantage d'une pratique multidisciplinaire, tout en s'offrant un cadre de vie humain, entouré de nature. Allez-y, élargissez vos horizons en adoptant l'une de nos magnifiques régions.



**SAR
ROS**



Nouveaux patrons:

Tout sur la facturation médicale RAMQ



Formations gratuites et sans engagement

À chaque année, au-delà de 700 résidents s'inscrivent à nos formations sur la facturation médicale. Plus de 98% des participants les recommandent fortement à leurs collègues. Maîtrisez vous aussi l'essentiel de la facturation médicale en réservant votre place dès maintenant.

Inscrivez-vous afin de recevoir en priorité les dates de webinaires
www.xacte.net/formations-facturation

Places disponibles pour les PREM !



Nous embauchons en médecine familiale
et dans plus de 30 spécialités au sein de
nos GMF et cliniques privées dans la
grande région de Montréal.

Le plus grand réseau
de cliniques de soins primaires
et spécialisés au Canada.

elnamedical.com/pratiquez-avec-nous

**Cliniques GMF
neuves et modernes
recherchent**

médecins

de famille + spécialistes

• **GMF Lévis-Les Rivières**
Lévis secteur St-Nicolas

• **GMF Taniata**
Lévis secteur St-Jean Chrysostome

• **GMF des Ponts**
Lévis secteur St-Romuald

• **GMF Lévis-Lauzon**
Lévis

• **GMF Pierre-Bertrand**
Québec secteur Vanier

• **GMF de l'Hétrière**
Québec secteur Cap Rouge

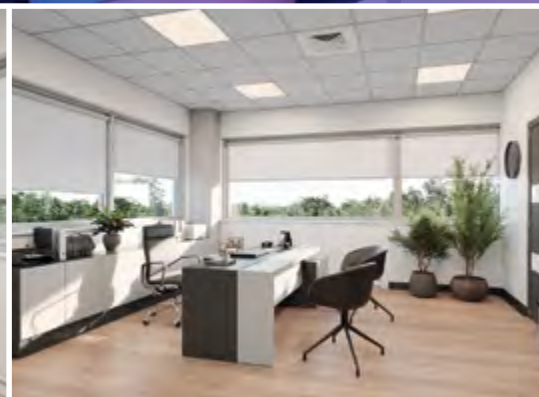
• **GMF Donnacona**
Donnacona

• **GMF Lafontaine**
Rivière-du-Loup

• **GMF Pont-Rouge**
Pont-Rouge

• **GMF Côte-de-Beaupré**
Sainte-Anne-de-Beaupré

• **GMF Saint-Raphaël**
Saint-Raphaël-de-Bellechasse



Visitez-nous et découvrez encore plus de +
Prenez rendez-vous avec l'équipe: 581-200-0860
Aux p'tits soins pour nos médecins • med-way.ca



MEDWAY
VOTRE COMPLEXE SANTÉ




**La Tuque recherche médecin
de famille en périnatalité!**

— Joins-toi à nous!

Fière d'être médecin à La Tuque! _____

L'installation de La Tuque, seule région SARROS en Mauricie, est à la recherche d'un à deux médecins de famille souhaitant pratiquer dans un milieu stimulant et diversifié, entourés d'une équipe dynamique et engagée.

Optez pour une pratique « Prise en charge de patients et obstétrique » au Centre multi-services de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Maurice à La Tuque. Tous les services de santé et les services sociaux sont sous un même toit, même le GMF!



« Pratiquer à La Tuque me donne le privilège d'accompagner des familles entières dans toutes les étapes de leur vie, tout en ayant un excellent équilibre travail-famille. »

- Dre Annie Blais

Pour information ou pour planifier
une visite, contactez :

Chantal Guay

Agente de planification et de communication
819 523-4581 poste 2108
04SARROS_HSM_CIUSSSMCQ@ssss.gouv.qc.ca

ciusssmcq.ca
sarros.ca
choisirlatuque.ca

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Mauricie-et-
du-Centre-du-Québec**

Québec 