

LES INTERACTIONS PÉDAGOGIQUES

entre les médecins superviseur·e·s
et les médecins résident·e·s du Québec



Analyse globale et comparée pour les médecins résident·e·s assujetti·e·s à
l'approche pédagogique appelée «CPC» et pour ceux et celles qui ne le sont pas

DES MATIÈRES

Introduction	3
SECTION 1	
Méthodologie	4
SECTION 2	
Quelques caractéristiques des relations pédagogiques telles que perçues par les médecins résident·e·s	5
2.1 La nature et la qualité des interactions pédagogiques	5
2.2 Une fréquence d'interactions pédagogiques à augmenter	6
2.3 Supervision et évaluation critique VS apprentissage et coaching	6
SECTION 3	
Les interactions pédagogiques selon des sous-groupes de médecins résident·e·s	7
3.1 Une fréquence de relations pédagogiques moindre pour les membres en CPC	8
3.2 Moins d'échanges sur les objectifs pédagogiques des stages pour les membres en CPC	9
3.3 Moins de coaching pour les membres en CPC	9
3.4 Des évaluations constructives sur le plan qualitatif pour les trois groupes.....	10
3.5 L'important lien de confiance entre les apprenant·e·s et les médecins superviseur·e·s est-il négativement affecté par les méthodes basées sur les compétences?	10
3.6 Devoir courir après ses évaluations, un problème plus criant pour les membres en CPC	11
3.7 Moins d'implication des médecins superviseur·e·s croisé·e·s au quotidien dans l'évaluation de la progression des membres en CPC	11
3.8 Des évaluations qui ne semblent servir qu'à évaluer plutôt qu'à enseigner : pire pour les membres en CPC	12
3.9 Nettement moins de coaching en CPC: complètement à l'encontre des promesses du modèle	12
3.10 Des relations pédagogiques moins satisfaisantes pour les membres en CPC	13
SECTION 4	
Constats généraux	13



INTRODUCTION

Le fait que les médecins en résidence prodiguent des soins aux patient·e·s et assument des responsabilités croissantes tout au long de leur formation postdoctorale est reconnu comme un excellent modèle de formation. Celui-ci prépare les médecins aux réalités de leur profession. Dans ce contexte, le perfectionnement de la pratique médicale des nouveaux médecins tourne en grande partie autour de la nature et de la qualité des relations pédagogiques et professionnelles qui se développent entre les médecins superviseur·e·s et les médecins résident·e·s. Ces interactions peuvent avoir une incidence importante sur le développement pédagogique des médecins en formation postdoctorale et la plupart de ces interactions se soldent généralement par une évaluation qui dicte la progression ou non du médecin vers l'autonomie professionnelle.

Or, la nature de ces relations entre les médecins superviseur·e·s et les médecins en résidence peut grandement varier. Certain·e·s ont une approche pédagogique axée autour de la supervision directe et indirecte et de l'évaluation critique des médecins résident·e·s au fil du temps, alors que d'autres ont plutôt tendance à observer, orienter et coacher le ou la résident·e dans son développement.

Afin de mieux comprendre ce phénomène, la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ) a sondé ses membres, afin d'en apprendre plus sur la nature et la fréquence de ces interactions pédagogiques au quotidien.

L'étude a également permis de comparer les résultats du sondage pour trois sous-groupes de médecins résident·e·s, soit ceux et celles assujetti·e·s à l'approche pédagogique appelée « CPC », implantée graduellement dans les programmes depuis 2017, ceux et celles qui étaient toujours dans des programmes basés sur l'approche pédagogique traditionnelle axée sur le mentorat dans un cadre temporel défini et les médecins résident·e·s inscrit·e·s en médecine familiale au Québec, programme adoptant depuis longtemps un mélange d'approche par compétences et d'apprentissage traditionnel par une méthode appelée « Triple C ».

1

MÉTHODOLOGIE

Dans les pages qui suivent, nous vous présentons les faits saillants du sondage sur les relations pédagogiques entre les médecins en résidence au Québec et leurs superviseur-e-s au cours des cinq premières périodes (les cinq premiers mois) de l'année académique 2021-2022. Ce sondage a été distribué entre le 3 et le 19 décembre 2021, à 3 589 médecins résident-e-s. Un total de 770 d'entre eux et elles ont répondu au sondage, soit un taux de réponse de 21,5 % avec une marge d'erreur de 3 %.

LES INTERACTIONS PÉDAGOGIQUES AU QUÉBEC

Sondage sur les observations, les rétroactions, le coaching, et les évaluations par les médecins superviseur-e-s

3 589

Membres invités

770

Répondant-e-s représentant la population de la FMRQ

21,5 %

taux de réponse

3 %

de marge d'erreur

Sondage réalisé entre le 3 et le 19 décembre 2021

2

Quelques caractéristiques des

RELATIONS PÉDAGOGIQUES

telles que perçues par les médecins résident·e·s

Parmi les données recueillies dans le cadre du sondage sur les interactions pédagogiques, on note que 58,5 % des médecins résident·e·s du Québec disent travailler pratiquement toujours en présence d'un·e médecin superviseur·e¹ pendant une semaine normale de stage. Cette donnée est plutôt positive et les données suivantes tendent à démontrer que la fréquence des relations influence beaucoup la perception de la qualité de ces relations.

2.1 LA NATURE ET LA QUALITÉ DES INTERACTIONS PÉDAGOGIQUES

Comment la nature de la relation pédagogique avec les médecins superviseur·e·s est-elle décrite par les médecins résident·e·s ? On constate que 90,8 % ont généralement eu l'impression de développer une relation de confiance avec la plupart des médecins superviseur·e·s tout au long des stages et 87,3 % disent avoir directement ou indirectement été observé·e·s, à chaque fois que la situation s'y prêtait,

dans l'exécution d'une ou de plusieurs de leurs tâches reliées à leur spécialité ou lors d'activités pédagogiques. Enfin, 86,4 % affirment que les évaluations reçues des médecins superviseur·e·s depuis le début de l'année académique étaient constructives et de nature à contribuer à leur développement vers une pratique autonome.

Par ailleurs, on constate que 22,2 % des médecins résident·e·s n'ont généralement pas eu l'occasion, pour chaque stage, de discuter et d'échanger avec les médecins superviseur·e·s des objectifs pédagogiques à atteindre en lien avec leur stage; 23,3 % ont plutôt l'impression que les médecins superviseur·e·s sont là pour les observer et les évaluer dans leur apprentissage et non pas pour les guider et leur donner du coaching. Par ailleurs, 22,7 % n'ont généralement pas eu droit à de la rétroaction constructive proposant des améliorations concrètes et/ou encore des moyens d'améliorer leur pratique et 21,4 % n'ont pas eu droit à de la rétroaction de la part des médecins superviseur·e·s lorsque la situation s'y prêtait, au cours des cinq premiers mois de l'année académique 2021-2022.

Les résultats démontrent ainsi qu'une grande partie des médecins résident·e·s ont une opinion plutôt positive de leurs relations pédagogiques générales avec les médecins superviseur·e·s, ces relations semblent basées sur la confiance et les évaluations reçues semblent constructives. Voilà de très bonnes nouvelles.

Mais, comme nous pourrions le constater un peu plus loin, ces résultats cachent des réalités moins positives pour certain·e·s médecins résident·e·s et il demeure qu'il y a encore place à l'amélioration dans nos milieux pour la qualité de l'enseignement, puisque les résultats, globalement positifs, démontrent tout de même qu'entre 20 % et 25 % de l'ensemble des médecins résident·e·s ne sont pas dans une situation que l'on pourrait qualifier d'optimale en termes d'interactions pédagogiques avec les médecins superviseur·e·s. Et, qui plus est, l'existence de relations pédagogiques repose encore trop souvent sur les épaules des médecins résident·e·s, puisque 37,1 % disent avoir généralement dû « courir après » les médecins superviseur·e·s pour qu'ils ou elles les observent, leur enseignent et/ou les évaluent.

¹ Les questions du sondage recouraient au vocabulaire qui est plus familier aux médecins résident·e·s en désignant les médecins superviseur·e·s comme étant « les patrons ou les patronnes » qui est l'expression consacrée dans les milieux.

2.2 UNE FRÉQUENCE D'INTERACTIONS PÉDAGOGIQUES À AUGMENTER

La qualité des interactions pédagogiques constitue évidemment un facteur déterminant pour assurer la progression académique des médecins résident·e·s, mais ce n'est pas le seul critère à prendre en compte. Nous avons donc poussé plus loin notre étude en recueillant les perceptions de nos membres sur la fréquence de ces interactions. Malheureusement, les résultats sont moins reluisants de ce côté. En effet, seulement 35,1 % des répondant·e·s ont dit avoir eu régulièrement droit à des rétroactions constructives tout au long de leurs stages. On note aussi que 40 % du groupe sondé n'ont reçu la documentation des résultats des observations, la remise

de leurs évaluations par écrit et de la rétroaction relative à ces évaluations qu'en fin de stage ou même après la fin de leurs stages. Enfin, 10,4 % n'auraient eu aucune occasion de discuter d'une évaluation écrite communiquée par l'un·e ou l'autre de leurs superviseur·e·s entre juillet et décembre 2021. Voilà un constat pour le moins préoccupant. Est-ce que cette situation est due aux changements apportés au mode d'évaluation lié à la Compétence par conception (CPC)? Les résultats par sous-groupes que nous voyons plus loin dans cette étude pourraient le suggérer, d'autant plus qu'une majorité de médecins en résidence dans les spécialités autres que la médecine de famille sont maintenant assujetti·e·s à la méthode pédagogique «CPC».

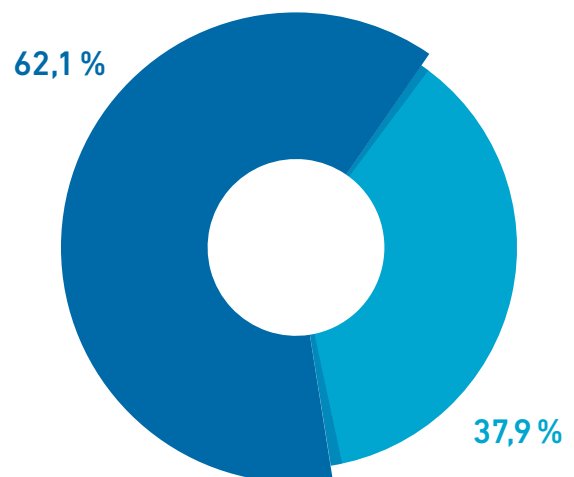
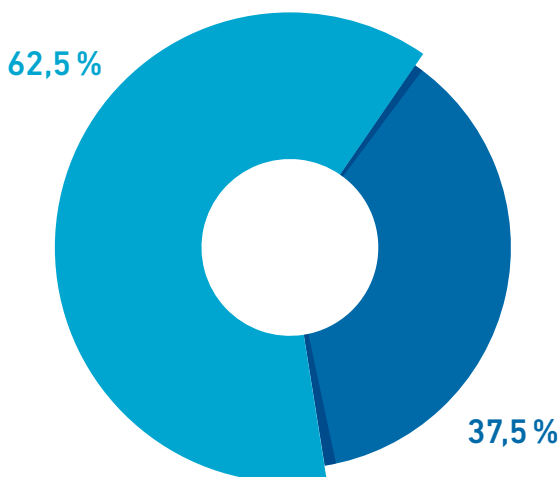
2.3 SUPERVISION ET ÉVALUATION CRITIQUE VS APPRENTISSAGE ET COACHING

Nous avons demandé aux médecins résident·e·s, dans le cadre de ce sondage, de choisir, parmi deux énoncés, lequel représentait le plus leur expérience depuis le début de l'année académique en cours. Ces énoncés se voulaient représentatifs de deux visions de l'approche pédagogique en médecine, l'une focalisant sur la supervision et l'évaluation critique et l'autre sur l'apprentissage par le coaching.

Devant ce choix, près des 2/3 des médecins résident·e·s ont affirmé que les superviseur·e·s leur ont fait bénéficier de leur expertise en les «coachant» et en les encadrant. Le tiers serait plutôt d'avis que les superviseur·e·s les ont essentiellement supervisé·e·s et évalué·e·s. Toutefois, près des 2/3 des médecins résident·e·s se sont dit·e·s d'avis que leurs évaluations servent davantage à mesurer leurs apprentissages qu'à des fins d'apprentissage en soi.

PERCEPTION GÉNÉRALE DES RELATIONS PÉDAGOGIQUES

SVP, veuillez choisir, entre les 2 énoncés proposés, lequel représente le plus votre expérience depuis le début de la présente année académique :



- Les médecins superviseur·e·s m'ont seulement supervisé·e et évalué·e dans l'acquisition de mes compétences.
- Les médecins superviseur·e·s m'ont fait bénéficier de leur expertise en me coachant et en m'encadrant dans l'acquisition de mes compétences.

- Vos évaluations ont servi à mesurer vos apprentissages (évaluation sommative)
- Les évaluations ont été utilisées pour des fins d'apprentissage (évaluation formative)

Le premier constat dans cette étude a trait au fait que les médecins résident·e·s du Québec font une évaluation plutôt positive de la nature, de la fréquence et de l'utilité de leurs relations pédagogiques avec les médecins superviseur·e·s qu'ils côtoient régulièrement.

D'ailleurs, lorsque nous croisons les données, nous constatons, sans surprise, que la fréquence et la quantité d'observations, de rétroactions et d'évaluations sont directement liées au fait de travailler plus ou moins régulièrement avec les médecins superviseur·e·s².

Mais ce portrait généralement positif varie de façon significative selon des sous-groupes de médecins résident·e·s divisés en fonction des méthodes pédagogiques

associées à leurs parcours. Lorsque nous analysons les données en comparant les médecins résident·e·s selon les trois principales approches pédagogiques utilisées dans les milieux (soit les médecins résident·e·s de médecine de famille assujetti·e·s à l'approche par compétence dite « Triple C » et les médecins résident·e·s des autres spécialités selon qu'ils et elles sont assujetti·e·s à la méthode « CPC » ou à l'approche dite « traditionnelle »), cela nous mène à des constats généraux différents des résultats globaux. C'est ce qui est analysé dans la section qui suit.

Les différentes méthodes d'apprentissage

Mentionnons que l'approche dite « traditionnelle » que certains, dont le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC), désignent de façon réductrice par l'appellation « time-based », est une méthode d'enseignement qui ne consiste pas à laisser le temps passer et simplement faire son œuvre... Cette méthode est basée sur l'apprentissage de connaissances, de techniques et de compétences au fil du temps par la pratique concrète de la médecine, mais de façon supervisée et avec des divisions temporelles correspondant à des stages qui font chacun l'objet d'une évaluation qui peut être sommative ou formative. Cette méthode demeure le ciment de la résidence pour l'ensemble de nos membres, autant en médecine de famille que pour ceux et celles dans les programmes en CPC puisque – et nous le verrons plus tard – les approches dites « par compétence » n'ont pas une réelle portée globale en mesure de suffire à l'ensemble des besoins d'une formation postdoctorale complète.

Implantée dans certaines spécialités depuis 2017-2018, la CPC est une approche structurée autour du développement des compétences par la réalisation d'un certain nombre d'activités professionnelles « fiables » (APC) à des stades déterminés de la résidence. En plus d'avoir développé la CPC du haut vers le bas, le Collège royal souhaitait remplacer le « time-based » par une formation pouvant varier selon le cheminement individuel de chaque apprenant·e au-delà des concepts de cohortes et des durées prescrites de formation. Le CRMCC promettait une augmentation de la qualité des interactions pédagogiques entre les médecins superviseur·e·s et les médecins résident·e·s, notamment par plus de coaching.

3

Les

INTERACTIONS PÉDAGOGIQUES

selon des sous-groupes
de médecins résident·e·s

Devant les résultats globaux relativement positifs sur la qualité des relations pédagogiques entre les membres et leurs médecins superviseur·e·s, nous nous sommes demandé si les résultats du sondage demeureraient équivalents en fonction de l'approche pédagogique officiellement utilisée par les médecins superviseur·e·s selon les programmes de formation. Nous avons donc creusé un peu plus et décidé d'étudier cette hypothèse en regroupant les données en trois groupes distincts de répondant·e·s, soit les médecins résident·e·s en médecine de famille, les membres assujetti·e·s à la CPC et les membres ni en médecine de famille, ni en CPC, soit les membres qui sont assujetti·e·s à l'approche pédagogique dite « traditionnelle », en place depuis des décennies. Soulignons que les trois sous-groupes sont approximativement composés d'un nombre équivalent de médecins résident·e·s.

² Nous nous sommes demandé si la pandémie de COVID-19 et de ses variants pouvait avoir eu un effet négatif sur les résultats du sondage réalisé au début décembre 2021 (une période tout de même moins intense de la pandémie débutée en mars 2020, mais les résultats différents par sous-groupe suggèrent que non puisqu'ils diffèrent selon les sous-groupes alors il n'y a aucune raison de croire que la pandémie ait pu affecter un large sous-ensemble de médecins de façon plus marquée qu'un autre sous-groupe.

La principale différence pour les membres assujetti-e-s ou non à l'approche dite de Compétence par conception (CPC), c'est que dans l'approche CPC, cela suppose une systématisation des compétences à acquérir par les médecins résident-e-s pour chacune des spécialités. Contrairement à la Triple C, la CPC continue d'être implantée du haut vers le bas, par le CRMCC, dans toutes les spécialités autres que la médecine de famille.

La Triple C en médecine de famille

Bien que plusieurs ne le savent possiblement pas, les membres en médecine de famille sont toutes et tous assujetti-e-s, depuis 2011, à une approche pédagogique complémentaire appelée la « Triple C ». Cette méthode est structurée autour du développement des compétences spécifiques à la médecine familiale. Cette approche (Soins & Éducation Complets et globaux, Continuité, Centré sur la médecine familiale), a été développée par et dans les milieux, de concert avec le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC).

La CPC dans les spécialités autres que la médecine de famille

Beaucoup d'aspects de la résidence - ne serait-ce que sa durée comptée en termes d'années académiques et le temps consacré à l'étude et à la préparation aux examens de certification – demeurent loin de la logique des approches par compétences. Nous verrons d'ailleurs dans les données qui suivent, que c'est toute une chance que les promoteurs de la CPC n'aient pas réussi à faire tomber la notion de temps « time-based » en résidence, puisque nous serions dans une situation assez dramatique en termes de qualité de la formation si la CPC était devenue le pivot central de l'organisation de la résidence. Notons également que, sans surprise, cette approche de l'apprentissage grâce à l'exposition dans le temps aux divers aspects de la profession est toujours largement utilisée dans la majorité des autres professions.

Des résultats surprenants

Avant de faire cette analyse par sous-groupes, nous nous attendions à faire un constat à l'effet qu'il y avait plus de coaching pour nos membres en CPC, conformément aux promesses de la méthode à cet effet, et à devoir nous demander si cet avantage pouvait compenser les aspects négatifs liés au stress de la « course aux APC » pour les membres, mais jamais nous ne nous serions attendus à des résultats démontrant que la CPC génère moins de coaching que les autres méthodes pédagogiques !

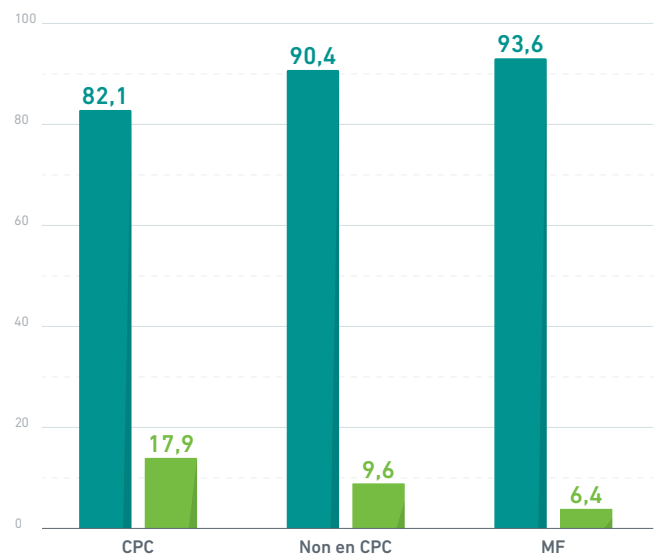
Cela a pourtant été la principale surprise dans cette analyse alors que l'ensemble des résultats sont moins positifs pour le sous-groupe assujetti à la CPC. Pourtant, un des principaux objectifs du CRMCC en créant la CPC et en misant sur une approche d'apprentissage supposément basée sur les compétences était d'améliorer la qualité de l'enseignement et de l'évaluation.

3.1 UNE FRÉQUENCE DE RELATIONS PÉDAGOGIQUES MOINDRE POUR LES MEMBRES EN CPC

Selon les résultats recueillis par sous-groupes, les médecins résident-e-s en CPC travaillent « toujours ou souvent » avec les médecins superviseur-e-s dans 82,1 % des cas, alors que c'est respectivement dans 90,4 % et 93,6 % des cas pour ceux et celles en spécialité mais non assujetti-e-s à la CPC et pour les médecins résident-e-s en médecine de famille.

FRÉQUENCE DES RELATIONS AVEC LES MÉDECINS SUPERVISEUR-E-S

Je travaille pratiquement toujours ou souvent avec les patrons et patronnes



■ Totalement en accord et en accord

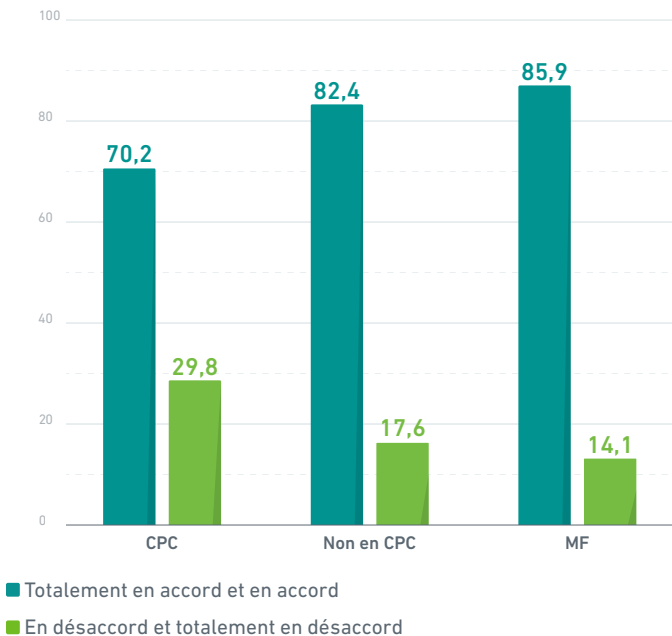
■ En désaccord et totalement en désaccord

3.2 MOINS D'ÉCHANGES SUR LES OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES DES STAGES POUR LES MEMBRES EN CPC

Les médecins résident·e·s en CPC sont également moins nombreux·ses que les autres à être d'accord pour dire qu'ils et elles ont généralement l'occasion, pour chaque stage, de discuter et d'échanger avec leurs médecins superviseur·e·s des objectifs pédagogiques à atteindre en lien avec leur stage (il y a entre 12 et 15 points de pourcentage de moins que les deux autres groupes). La différence entre le groupe en médecine familiale et le groupe des autres spécialités non en CPC est non significative. Ici, il est possible que l'existence des listes d'APC à accomplir en CPC ait pour effet de décourager l'échange avec les médecins superviseur·e·s concernant les objectifs à atteindre dans un stage.

DISCUSSIONS SUR LES OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Depuis le début de l'année académique, j'ai généralement l'occasion, pour chaque stage, de discuter et d'échanger avec mes patrons et patronnes des objectifs pédagogiques à atteindre en lien avec le stage.

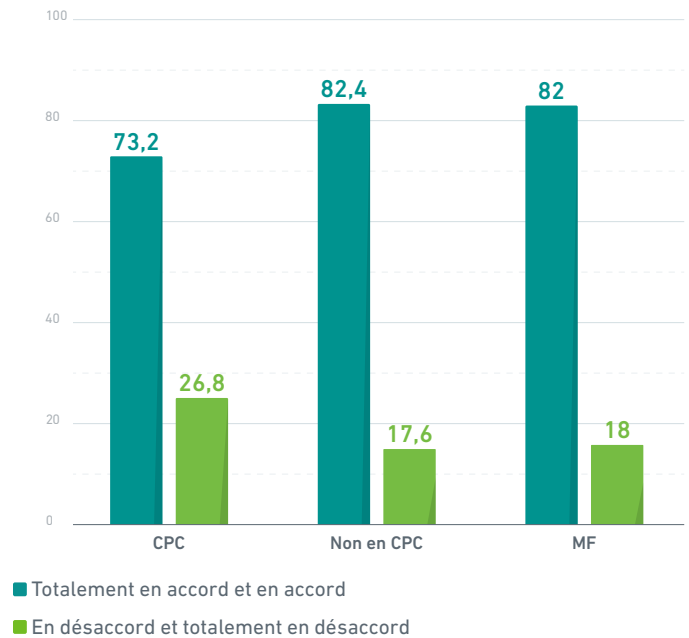


3.3 MOINS DE COACHING POUR LES MEMBRES EN CPC

Pour le coaching plus formellement, les médecins résident·e·s évalué·e·s en CPC sont nettement moins nombreux·ses que les autres à être d'accord ou entièrement d'accord pour dire qu'ils et elles ont l'impression que leurs principaux et principales médecins superviseur·e·s étaient là pour les guider ou leur donner du coaching et non pas pour les observer et les évaluer dans leur apprentissage. Le résultat ici entre le groupe de médecine familiale et le groupe des autres spécialités non en CPC est pratiquement identique.

SUPERVISION ET COACHING DES PATRONS ET PATRONNES

Depuis le début de l'année académique, j'ai généralement eu l'impression que mes principaux·ales patrons et patronnes étaient là pour me guider et me donner du coaching et non pas que pour m'observer et m'évaluer dans mon apprentissage.

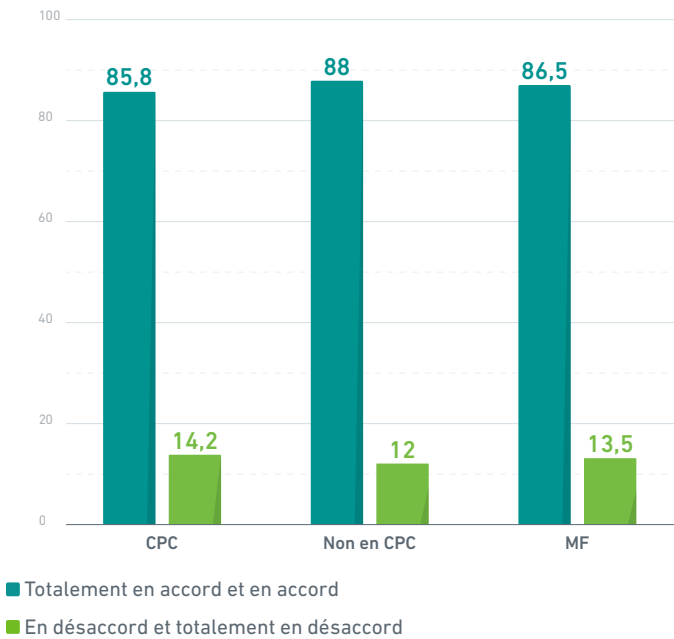


3.4 DES ÉVALUATIONS CONSTRUCTIVES SUR LE PLAN QUALITATIF POUR LES TROIS GROUPES

Nous ne constatons pas de variation significative entre les trois sous-groupes concernant la nature constructive des évaluations et leur contribution au développement vers l'autonomie professionnelle. On note que 85,8 % des médecins résident·e·s en CPC sont totalement en accord et en accord avec cette mention, par rapport à 88 % de ceux et celles qui ne sont pas en CPC et 86,5 % des médecins résident·e·s en médecine de famille.

ÉVALUATIONS DES PATRONS ET PATRONNES

Les évaluations reçues de mes patrons et patronnes depuis le début de l'année académique étaient constructives et de nature à contribuer à mon développement vers une pratique autonome.

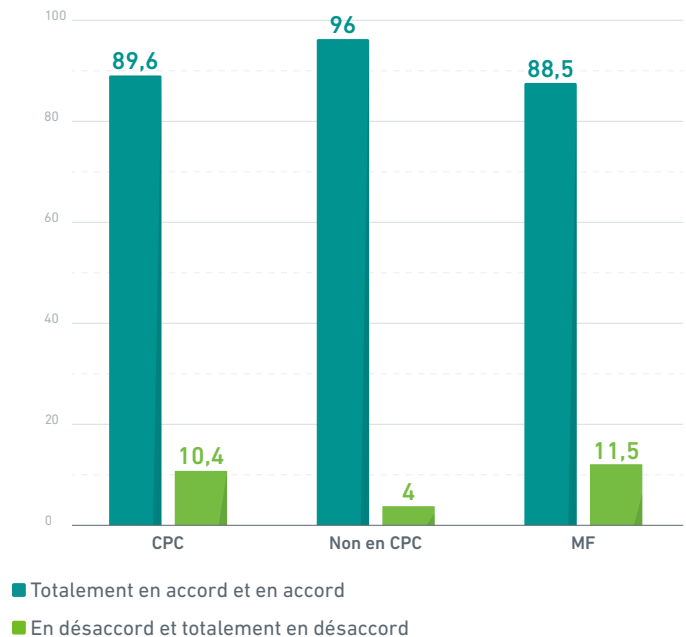


3.5 L'IMPORTANT LIEN DE CONFIANCE ENTRE LES APPRENANT·E·S ET LES MÉDECINS SUPERVISEUR·E·S EST-IL NÉGATIVEMENT AFFECTÉ PAR LES MÉTHODES BASÉES SUR LES COMPÉTENCES ?

Malgré les objectifs officiels des approches d'apprentissage basées sur les compétences de miser sur des relations de coaching, de façon surprenante, les médecins en CPC, mais également ceux et celles en médecine familiale (mais dans une moindre mesure), sont moins nombreux·ses (88,5 % et 89,6 %) que le groupe hors CPC (96 %) à avoir l'impression de développer une relation de confiance avec la plupart de leurs patrons et patronnes tout au long de leurs stages.

RELATION DE CONFIANCE

Depuis le début de l'année académique, j'ai eu généralement l'occasion de développer une relation de confiance.



3.6 DEVOIR COURIR APRÈS SES ÉVALUATIONS, UN PROBLÈME PLUS CRIANT POUR LES MEMBRES EN CPC

Une des grandes différences observées entre les médecins résident·e·s en CPC et les autres a trait à la course aux observations, à l'enseignement et aux évaluations. À cet égard, les médecins résident·e·s évalué·e·s en CPC étaient proportionnellement beaucoup plus nombreux·ses (55,3 % versus 32 % non-CPC et 18,6 % MF) à dire qu'ils et elles ont généralement dû courir après leurs médecins superviseur·e·s pour qu'ils et elles les observent, leur enseignent et/ou les évaluent. Sans surprise, cela concorde parfaitement avec les données constantes que nous avons recueillies dans nos sondages sur l'implantation de la CPC depuis 2018.

DISPONIBILITÉ DES PATRONS ET PATRONNES

J'ai généralement dû courir après mes patrons et patronnes pour qu'ils ou elles m'observent, m'enseignent et/ou m'évaluent.

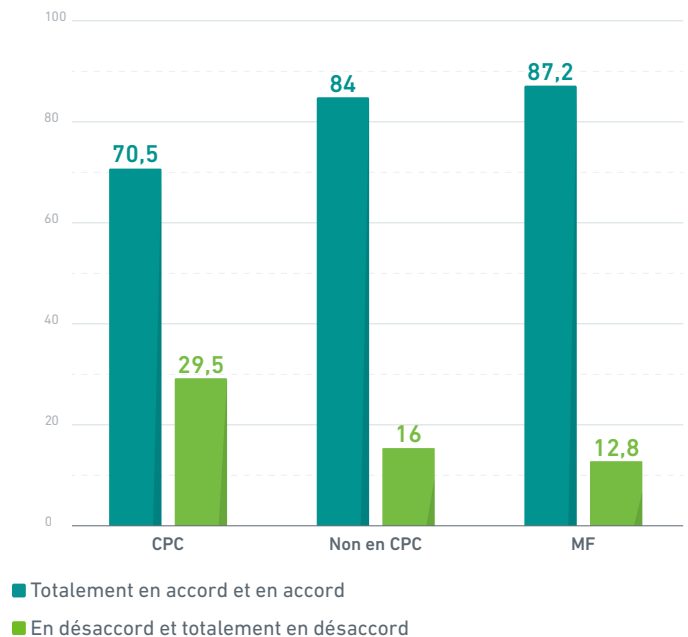


3.7 MOINS D'IMPLICATION DES MÉDECINS SUPERVISEUR·E·S CROISÉ·E·S AU QUOTIDIEN DANS L'ÉVALUATION DE LA PROGRESSION DES MEMBRES EN CPC

Les médecins résident·e·s évalué·e·s en CPC sont beaucoup moins nombreux·ses (70,4 %) que ceux et celles hors CPC (84 %) ou en médecine familiale (87,2 %) à être d'accord pour dire que les personnes qui décident de leur progression dans leur résidence sont leurs médecins superviseur·e·s qui les évaluent au jour le jour. La particularité de l'existence des comités de compétence en CPC explique probablement les résultats ici, mais cela soulève tout de même une possible déconnexion (et un effet sur le lien de confiance, comme vu précédemment) entre les médecins résident·e·s et les médecins superviseur·e·s se côtoyant au quotidien. Cela mériterait d'être analysé davantage.

PERSONNES DÉCIDANT DE LA PROGRESSION

Ultimement, les personnes qui décident de ma progression durant ma résidence sont les patrons et patronnes qui m'évaluent au jour le jour.



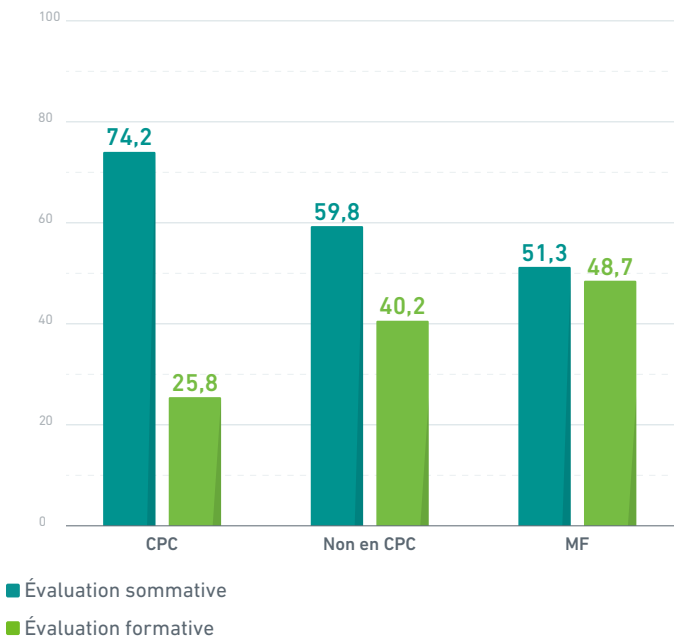
3.8 DES ÉVALUATIONS QUI NE SEMBLent SERVIR QU'À ÉVALUER PLUTÔT QU'À ENSEIGNER : PIRE POUR LES MEMBRES EN CPC

Quant aux résultats où les répondant-e-s devaient choisir entre deux énoncés représentant le plus leur expérience pédagogique – à savoir si leurs évaluations servent essentiellement à mesurer leurs apprentissages (évaluations sommatives) ou si elles servent à des fins d'apprentissage en soi (évaluations formatives) –, nous observons des différences statistiquement significatives où le sous-groupe en médecine familiale est le premier groupe à juger que leurs évaluations servent à des fins d'apprentissage en soi, suivi du sous-groupe hors CPC, mais avec une nette démarcation pour le sous-groupe en CPC au sein duquel seulement 25,8 % des médecins résident-e-s jugent que leurs évaluations servent à des fins d'apprentissage en soi « évaluation formative » (vs 48,7 % en MF et 40,2 % pour le groupe hors CPC).

Ces résultats sont possiblement en lien avec les résultats précédents observés (3.3) et ceux qui suivent (3.9) sur la relation de coaching. Là où les relations pédagogiques seraient moins basées sur le coaching, il ne serait pas surprenant d'y constater que les évaluations servent davantage à évaluer le niveau des apprenant-e-s plutôt que de représenter également des occasions de donner de la rétroaction et d'enseigner, donc d'en faire des occasions d'apprentissage.

ÉVALUATIONS

Les évaluations ont servi à mesurer vos apprentissages (évaluation sommative) ou pour des fins d'apprentissage (évaluation formative).

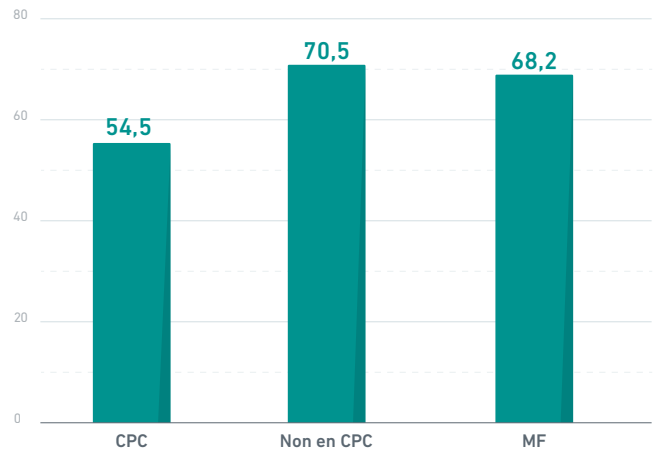


3.9 NETTEMENT MOINS DE COACHING EN CPC : COMPLÈTEMENT À L'ENCONTRE DES PROMESSES DU MODÈLE

Dans le même sens, lorsque nous reprenons les résultats par sous-groupes pour l'autre choix de deux énoncés représentant le plus leur expérience pédagogique – à savoir si leurs superviseur-e-s les ont seulement supervisé-e-s et évalué-e-s ou s'ils leur ont fait bénéficier de leur expertise par du coaching –, nous observons des différences statistiquement significatives où, cette fois, le sous-groupe hors CPC est le plus positif (70,5 % disent avoir expérimenté plutôt du coaching), suivi du sous-groupe en médecine familiale (68,2 %), avec une nette démarcation pour le sous-groupe en CPC au sein duquel seulement 54,5 % des médecins résident-e-s jugent que leurs médecins superviseur-e-s leur ont fait bénéficier de leur expertise par du coaching, alors que 45,5 % disent avoir seulement été supervisé-e-s et évalué-e-s, ce qui est à l'opposé de l'une des principales promesses de la CPC de miser sur le coaching.

COACHING ET ENCADREMENT

Depuis le début de l'année académique, les médecins superviseur-e-s m'ont fait bénéficier de leur expertise en me « coachant » et en m'encadrant dans l'acquisition de mes compétences.



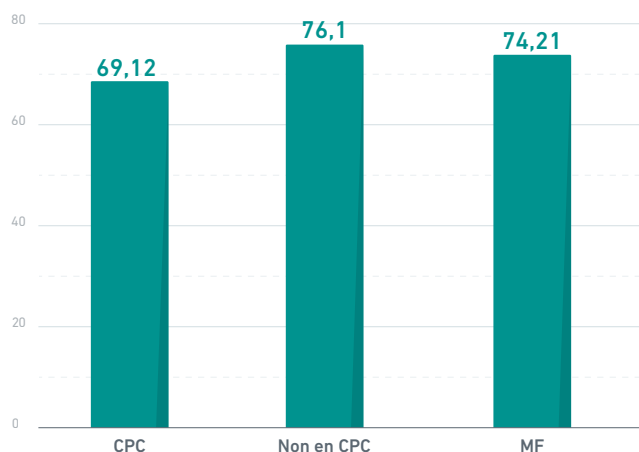
Nous nous interrogeons grandement sur ce qui pourrait expliquer ces derniers résultats, d'autant plus que ceux-ci semblent opposés aux « promesses » du modèle de la CPC, tel que conçu par le CRMCC. Est-ce que l'approche pédagogique qu'est la CPC n'aurait pas pour effet de laisser en plan, voire de dévaloriser le travail d'enseignement, en misant trop sur une approche de « checklists » de tâches cliniques à effectuer et à maîtriser (les fameuses APC), le tout au détriment d'un véritable apprentissage basé sur le coaching ? Cela pourrait malheureusement correspondre à de nombreux constats que la FMRQ a déjà faits dans ses analyses antérieures sur l'implantation de la CPC.

3.10 DES RELATIONS PÉDAGOGIQUES MOINS SATISFAISANTES POUR LES MEMBRES EN CPC

À la lumière des résultats précédents, c'est donc sans surprise que l'on constate que lorsque nous avons demandé aux médecins résident·e·s d'évaluer sur 100 la qualité et l'utilité de leurs évaluations d'une part et leur satisfaction générale concernant leurs interactions pédagogiques d'autre part, le sous-groupe en CPC ait des résultats moins positifs. Sur la qualité et l'utilité des évaluations, les médecins résident·e·s en CPC ont accordé une note de 71,30 sur 100, par rapport à 76,61 et 76,48 pour les sous-groupes non en CPC et en MF respectivement. Le niveau de satisfaction générale concernant les interactions pédagogiques se situe à 76,10 sur 100 pour le sous-groupe hors CPC et à 74,21 en médecine de famille, alors que le sous-groupe en CPC donne un résultat moins positif (69,12).

NIVEAU DE SATISFACTION GÉNÉRALE

Dans l'ensemble, sur une échelle de 0 à 100, 100 étant le score le plus élevé, quel est votre niveau de satisfaction générale concernant vos interactions pédagogiques avec vos patrons et patronnes depuis le début de la présente année ?



4

CONSTATS GÉNÉRAUX

Les interactions pédagogiques sont généralement bonnes, sauf en CPC

En général, les interactions pédagogiques entre les médecins superviseur·e·s et les médecins résident·e·s se portent assez bien selon les données du sondage, mais dans une moindre proportion pour ceux et celles qui ne sont pas en CPC. Par ailleurs, l'introduction graduelle de la CPC depuis 2017 semble non seulement ne pas avoir été bénéfique sur le plan des relations pédagogiques, en augmentant les observations, les rétroactions, les évaluations et le coaching, comme le promettaient les promoteurs de la CPC, mais au contraire, la méthode controversée semble avoir eu des effets négatifs sur la relation pédagogique entre le ou la médecin résident·e et les médecins superviseur·e·s.

Les problèmes de la méthode « CPC » semblent intrinsèques à son design au-delà de possibles enjeux avec les méthodes pédagogiques basées sur les compétences

Le fait de miser sur une approche par compétences ne semble pas, en soi, être un frein à de bonnes relations pédagogiques entre les médecins résident·e·s et les médecins superviseur·e·s, puisque la médecine familiale a déjà épousé une telle approche et les résultats de nos membres de ce sous-groupe sont nettement plus positifs que pour ceux et celles qui sont en CPC.

Si plus de travaux restent à faire pour bien comprendre les effets de l'approche par compétences sur l'apprentissage de la pratique de la médecine par les nouveaux médecins, nos résultats tendent à démontrer que le modèle proposé par le Collège royal comporte probablement en lui-même des failles qui le mènent au contraire de ses objectifs.

La nécessité de revoir les fondements de la CPC

Depuis l'introduction de cette révolution pédagogique qu'a été l'implantation graduelle de la méthode «CPC» dans les programmes de résidence partout au Canada depuis 2017, aucune organisation préoccupée par la pédagogie médicale au Canada n'a mis en place un système de suivi rigoureux des effets de ce changement majeur. Le CRMCC n'a lui-même pas fait ce qui aurait pourtant été la base d'une démarche sérieuse et rigoureuse, en se contentant simplement de faire de très courts sondages annuels auprès d'un nombre non statistiquement significatif de médecins superviseur·e·s initié·e·s à la méthode dans ce qui a été à juste titre appelé par le CRMCC lui-même, le «Pulse check», soit des sondages éclairs desquels des constats biaisés ont même parfois été tirés, afin de ne pas reconnaître des problèmes qui ont pourtant rapidement été constatés dans les milieux dès les premières années d'implantation de la CPC.

Le CRMCC s'est comporté dans ce dossier comme si les promoteurs du modèle étaient tout à fait conscients des problèmes rencontrés mais qu'ils étaient davantage préoccupés, pour ne pas dire obsédés, par le fait de rendre l'implantation de son modèle irréversible, en accélérant la cadence de son implantation et en plaidant constamment que les problèmes constatés n'étaient que des effets liés à une normale période de changements. Mais encore plus triste est le fait qu'aucune autre organisation indépendante du CRMCC, dont les facultés de médecine elles-mêmes pourtant regroupées sur une base canadienne au sein de l'AFMC, n'ont pris la peine d'assurer un suivi de l'implantation d'une réforme pédagogique majeure. La haute direction de l'AFMC a même refusé à plus d'une reprise la proposition formelle de la FMRQ de mettre en place une consultation, indépendante du CRMCC et des médecins superviseur·e·s canadien·e·s en lien avec la CPC. Et pire encore, ni la Fédération des ordres de médecins du Canada (FOMC), ni le Collège des médecins du Québec, pourtant des organisations légalement chargées d'assurer la qualité des actes médicaux, ne se sont préoccupé·e·s ni de questionner le modèle de la CPC avant son implantation, ni d'exiger des suivis rigoureux de ses effets sur la qualité de la formation médicale pendant l'implantation.

Il aura fallu attendre qu'une première cohorte de médecins résident·e·s cobayes complète leurs cinq années de résidence sous la méthode CPC – malgré plusieurs [rapports de la FMRQ](#) qui sonnaient l'alarme et, surtout, qu'un [rapport dévastateur de chercheurs indépendants](#) soit publié et que le journal [Le Devoir en rapporte ses principales conclusions](#) à l'automne 2022 –, pour qu'enfin nos facultés au Québec et le Collège des médecins du Québec semblent s'intéresser plus sérieusement à la question et fassent pression pour que le CRMCC en vienne, pour la première fois en décembre 2022, à se dire prêt à revoir son modèle pédagogique.

Au moment d'écrire ces lignes, la FMRQ attendait de constater si le CRMCC avait une véritable intention de revoir la CPC en prenant acte des problèmes intrinsèques du modèle et de ses effets négatifs sur la formation médicale.

Si la FMRQ est fière d'avoir défendu les intérêts de ses membres dans cet important dossier en revendiquant leur droit à une formation médicale de qualité, il demeure complètement inconcevable que cela ait été nécessaire. Mais cela demeure par ailleurs riche en enseignement en matière de bonne gouvernance, une gouvernance qui connaît malheureusement beaucoup de ratés au sein du monde de l'éducation médicale, où il y a clairement trop d'organisations qui interviennent, parmi lesquelles s'impliquent souvent les mêmes médecins passant d'une organisation à l'autre, et où les organisations les plus incontournables que sont les facultés de médecine elles-mêmes sont de plus en plus marginalisées.

Il faut avoir le courage de questionner et la pire chose à faire serait de continuer d'appliquer un remède non seulement inefficace, mais potentiellement nocif, au nom d'intérêts politiques.

Faute de moyens financiers et de ressources humaines le plus souvent, nos facultés se retrouvent de plus en plus fréquemment à la merci des volontés d'organisations pancanadiennes (CRMCC, CMFC et CMC) qui n'ont aucune légitimité démocratique, ni reddition de compte à faire auprès des décideurs publics en santé ou à la population. Mais, ces organisations se sont habilement positionnées avec le temps, grâce à des relations de sous-traitance convenues avec les ordres de médecins, dont le CMQ, qui leur a volontiers délégué des pouvoirs au Québec depuis la fin des années 1990, dont celui d'administrer de très lucratifs examens de certification dont la réussite est un préalable à l'obtention d'un permis de pratique.

Mais les dirigeant·e·s de la FMRQ croient que, comme médecins et comme scientifiques, il faut avoir le courage de questionner et que la pire chose à faire serait de continuer d'appliquer un remède non seulement inefficace, mais potentiellement nocif, au nom d'intérêts politiques, afin de sauver la réputation d'une organisation à la base de la création de ce remède ou parce que l'implantation du remède a nécessité tellement d'énergie que l'idée de possiblement devoir faire marche arrière devient irrecevable.

La bonne nouvelle, c'est qu'il n'est aucunement nécessaire de revenir en arrière. Il y a des éléments de la CPC – dont la systématisation des compétences à acquérir dans des listes détaillées – qui sont des avancées intéressantes et certainement de nature à améliorer la qualité de la formation médicale. Le problème est plutôt la méthode que l'on met de l'avant pour assurer l'acquisition de ces compétences. C'est à notre avis là que les limites de la CPC sont rapidement rencontrées. Quel type de relations pédagogiques souhaite-t-on dans nos milieux ?

Veut-on des relations déshumanisées et désincarnées où les apprenant-e-s ont la responsabilité d'orienter eux- et elles-mêmes leur propre formation, en fonction de listes de compétences à réaliser ? Doit-on espérer que les cas réels auxquels leur pratique les confronte pourront s'inscrire dans les cases des formulaires à faire remplir par des médecins superviseur-e-s qui n'auraient ainsi plus à enseigner au sens propre, se contentant de remplir des fiches d'APC ensuite envoyées dans un portfolio électronique qui permettra à d'autres médecins membres des comités de compétence de décider de la progression d'apprenant-e-s avec lesquels ils n'auront possiblement jamais été en contact ? Ou veut-on plutôt du véritable coaching, organisé autour d'une relation apprenant-e-s - superviseur-e-s qui travaillent en commun à donner quotidiennement des soins à la population et des médecins superviseur-e-s qui prennent le temps, à intervalles réguliers, de faire un bilan et de donner de la rétroaction aux médecins résident-e-s à propos des connaissances et des compétences qui ont été mises en cause dans le cadre de la prestation de soins aux patient-e-s ? Dans ce dernier cas, c'est déjà ce qui se faisait avant l'implantation de la CPC et ce qui se fait toujours d'ailleurs.

Dans le modèle pédagogique dit « traditionnel », on rend compte de la progression pédagogique de chaque apprenant-e par des évaluations de fin de stage découpé selon une période de temps de 28 jours, à partir des observations faites par les médecins superviseur-e-s ayant côtoyé l'apprenant-e, le tout selon une grille de critères objectifs convenus qui composent ladite évaluation, tout en pouvant l'accompagner de remarques qualitatives. Cette méthode toujours en place dans nos milieux a l'avantage d'assurer un suivi régulier et de tenir compte de la réalité concrète des interactions de l'apprenant-e dans le cadre de sa pratique en résidence. Est-ce que ces évaluations gagnent à être complétées par des « déclarations » plus formelles de compétences acquises, comme le propose la CPC ? Assurément, mais à condition que cela ne fasse pas en sorte de doubler la charge administrative des apprenant-e-s et des médecins superviseur-e-s, comme c'est malheureusement trop souvent le cas avec la CPC.

Mais s'il y a un choix à faire, les évaluations formatives basées sur le temps doivent prédominer, parce qu'elles sont vraisemblablement plus à même de rendre compte de la complexité de la formation médicale, qui est beaucoup plus que des listes de compétences à compléter. Fort heureusement, les deux éléments peuvent cohabiter. Il faut par contre d'emblée reconnaître le potentiel de complémentarité.

La CPC a d'emblée été présentée par ses promoteurs comme une rupture avec toute une rhétorique d'opposition minimisant le modèle en place comme n'étant que du « time-based education », une chose présentée comme dépassée, alors que la réalité des ratés de la CPC a eu pour effet de faire ressortir encore plus clairement la pertinence de l'enseignement basé sur des rapports humains de coaching.

Une fois cette chose établie, ce sont les outils d'évaluation qui doivent être adaptés pour y incorporer des éléments de suivi et d'atteinte (ou non) des compétences jugées essentielles à acquérir. Pourquoi, plutôt que de devoir remplir des formulaires pour chaque APC, les milieux ne pourraient-ils pas faire l'exercice, dans le cadre des évaluations de chaque stage, de consigner toutes les APC acquises (ou non), ce qui permettrait aux comités de compétence de suivre la progression des apprenant-e-s avec encore plus d'informations et une vue à la fois plus macroscopique et plus rigoureuse, tout en assurant l'acquisition de compétences plus pointues.

Il est temps de se baser sur des données probantes...

Le 13 septembre 2022, de nouvelles données sur les fondements scientifiques de la CPC publiées par quatre chercheurs indépendants, C Boyer et al., aux Éditions de l'Apprentissage, abondent dans le même sens que les résultats de nos recherches. Cette **Analyse critique d'un changement de paradigme pédagogique dans le cadre de la résidence en médecine au Québec**, conclut que la CPC n'est « pas appuyée sur les données probantes de la recherche scientifique, ni en pédagogie générale, ni en pédagogie médicale ».

Par ailleurs, la FMRQ publiera sous peu l'analyse des entrevues individuelles que nous avons réalisées en 2022 avec les finissant·e·s en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale (ORL-CCF) et en anesthésiologie de la cohorte 2017-2018, ainsi que des sondages réalisés avec des médecins résident·e·s à mi-parcours.

Après plus de six années d'évaluation du déploiement de la Compétence par conception dans nos milieux de formation postdoctorale et après avoir pris acte de ses répercussions parfois désastreuses dans certains milieux, il nous semble aujourd'hui essentiel de nous tourner vers des mesures d'amélioration d'une situation qui affecte maintenant près de la totalité de nos médecins résident·e·s.

Gardons le meilleur de l'approche dite « traditionnelle » et les véritables améliorations que comporte la CPC, oublions la promesse initiale de modeler une formation médicale sur la base de l'acquisition des compétences seulement et maintenons le cadre temporel qui offre une certaine latitude pour chacun à l'intérieur d'un espace-temps jugé nécessaire par des experts depuis plusieurs années.

Si tous les acteurs du réseau, que ce soient les facultés de médecine, les collèges et les autres instances représentant la relève médicale, veulent jouer pleinement leur rôle en pédagogie médicale au niveau postdoctoral sur le plan de l'enseignement et de l'évaluation, nous devons cesser d'espérer voir des résultats positifs ressortir par magie au fil du temps tout en continuant à subir les conséquences de la CPC. Il faut plutôt poser des questions claires et trouver collectivement des solutions aux problèmes concrets que vivent tant les médecins résident·e·s que les médecins superviseur·e·s. Nous devons arrêter de dépendre des approches dictées de haut par les collèges canadiens et reprendre le contrôle de la formation médicale dans les milieux.

Comme médecins et scientifiques, nous sommes d'avis qu'il faut avoir le courage de questionner toute approche pédagogique. La pire chose à faire serait de continuer d'appliquer un remède non seulement inefficace, mais potentiellement nocif, parce qu'il est prescrit par un collègue accréditeur respecté, qui a continué de le prescrire malgré plusieurs études défavorables et non contredites.

Nous devons reprendre le contrôle de la formation médicale au Québec.

Au moment d'écrire ces lignes, les partenaires débutaient (enfin) un exercice de réévaluation de la méthode pédagogique qu'est la CPC. L'avenir nous dira si les cris d'alarme des médecins résident·e·s, qui se font entendre depuis 2018, pourront se traduire en améliorations concrètes de leur résidence, ce qui devrait être l'unique objectif de toute réforme pédagogique de la formation postdoctorale en médecine.