



# L'approche par compétences lubie pédagogique ou réel progrès ?

*Suzanne Laurin, Marie-Claude Audétat  
et Gilbert Sanche*

**Au Québec, la dernière réforme de l'éducation au primaire et au secondaire n'a laissé personne indifférent. Les facultés de médecine ont entrepris, à leur tour, de réviser le cadre conceptuel de la formation médicale pour adopter l'approche par compétences.**

**D**E TOUT TEMPS, les facultés de médecine ont cherché à former des médecins compétents. Les études médicales se sont peu à peu transformées au fil des ans<sup>1</sup>. Ainsi, différents modèles pédagogiques se sont succédé, de la formation théorique en amphithéâtre à l'apprentissage par problèmes, du compagnonnage aux stages cliniques. Ce dernier exercice de transformation des programmes de médecine, amorcé dans plusieurs pays et dans diverses professions de la santé, a pour objectif de former des cliniciens accomplis non seulement savants, mais capables « de faire la bonne chose, au bon moment et de la bonne façon » dans un contexte professionnel complexe particulier<sup>2</sup>.

### **Les compétences**

En 1985, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) a proposé quatre principes pour définir la discipline de la médecine familiale et guider la formation des apprenants. En 2011, il a adopté les sept rôles CanMEDS élaborés par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada pour décrire les « habiletés essentielles et générales auxquelles les pro-

grammes d'éducation doivent préparer les résidents pour qu'ils obtiennent les meilleurs résultats possibles auprès des patients<sup>3</sup> ». Les CanMEDS-MF (*figure*)<sup>3</sup> déterminent maintenant le cadre de formation des médecins de famille, les objectifs d'apprentissage et les contextes d'évaluation.

Pour remplir adéquatement chacun de ses rôles, le médecin doit posséder des compétences qui peuvent se définir, selon Jacques Tardif, comme des « savoir-agir complexes<sup>4</sup> » qui intègrent le savoir (les connaissances), le savoir-faire (les habiletés techniques, de communication, etc.) et le savoir-être (les attitudes). Ces compétences se manifestent en contexte clinique et sont au cœur de l'exercice professionnel.

Par exemple, pour assurer adéquatement le suivi d'un patient diabétique et soutenir l'adoption de meilleures habitudes de vie, le médecin de famille doit pouvoir assumer tant un rôle d'expert médical que de communicateur et posséder des compétences qui lui permettront de recueillir les données, de s'intéresser aux perspectives et aux valeurs du patient, de moduler et d'appliquer les recommandations scientifiques reconnues dans cette situation, de maîtriser l'approche motivationnelle, etc.

### **Qu'est-ce que l'approche par compétences ?**

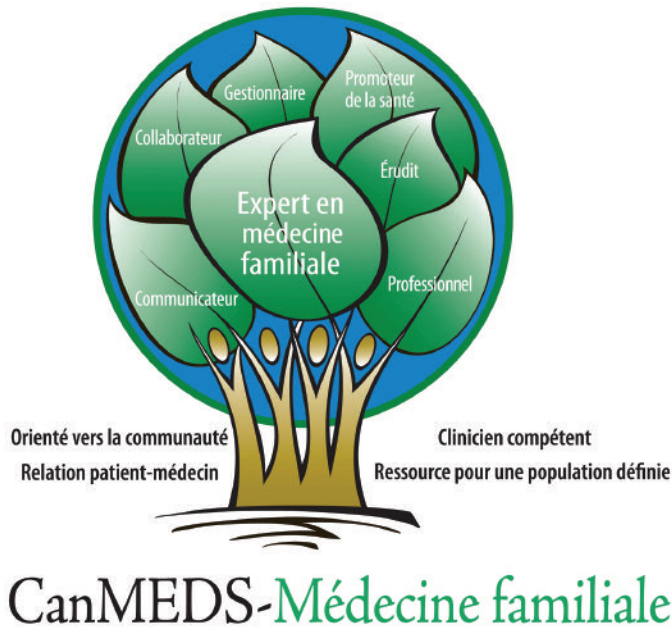
L'approche par compétences prend tout son sens dans le cadre de la formation professionnelle. Elle prévoit la définition du niveau de compétence visé à la fin du programme, la planification d'activités de

---

*La D<sup>re</sup> Suzanne Laurin, médecin de famille, est professeure agrégée de clinique au Département de médecine familiale et de médecine d'urgence (DMFMU) de l'Université de Montréal. M<sup>me</sup> Marie-Claude Audétat, psychologue, est professeure adjointe de clinique et responsable du développement professoral au DMFMU. Le D<sup>r</sup> Gilbert Sanche, médecin de famille, est professeur agrégé de clinique au DMFMU.*

## Figure

### Représentation des sept rôles CanMEDS-MF



Adapté de la représentation des compétences CanMEDS pour les médecins, avec la permission du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Tous droits réservés © 2009.

Source : Tannenbaum D, Konkin J, Parsons E et coll. *Cursus Triple C axé sur le développement des compétences. Rapport du Groupe de travail sur la révision du cursus post-doctoral – Partie 1*. Mississauga : Collège des médecins de famille du Canada ; 2011. Site Internet : [www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/\\_PDFs/Triple\\_C\\_Competency\\_FR\\_w\\_cover\\_Sep29.pdf](http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/Triple_C_Competency_FR_w_cover_Sep29.pdf). Reproduction autorisée.

formation pour acquérir progressivement chacune des compétences, de la première année universitaire jusqu'à la fin de la résidence, et la mise en place de stratégies d'évaluation pour suivre la progression en contexte réel. Elle mise aussi sur le développement simultané des rôles d'expert médical, de professionnel, d'érudit, de communicateur, de gestionnaire, de promoteur de la santé et de collaborateur.

### **Les principes pédagogiques d'une résidence en médecine familiale selon l'approche par compétences**

À la différence de l'approche traditionnelle reposant sur une série de stages dont les objectifs ne tiennent compte ni des autres étapes du parcours d'apprentissage, ni du niveau atteint par les étudiants, l'approche

par compétences mise sur des principes d'intégration, de continuité, de réflexion et d'autonomie dans l'apprentissage.

### *Intégration*

L'apprentissage passe principalement par l'exécution de tâches professionnelles complexes et authentiques représentatives du contexte d'exercice de la médecine familiale. L'enseignement théorique se fonde sur des cas cliniques concrets, utilise une forme interactive et intègre différents rôles CanMEDS.

### *Continuité*

Le parcours d'apprentissage aide les résidents à assimiler progressivement les diverses connaissances et habiletés<sup>5</sup> et tient compte de leur degré d'acquisition. La complexité des situations d'apprentissage augmente au cours de la formation. Des moyens sont pris pour soutenir chacun des résidents. Le rythme d'acquisition des compétences varie d'un résident à l'autre et la formation prévoit des parcours individuels qui pourraient être de durée variable.

### *Réflexion et autonomie*

Le résident est responsable de construire ses compétences. Il doit faire une réflexion sur sa pratique et définir des objectifs d'apprentissage qui lui sont propres. Le clinicien enseignant agit comme guide et comme modèle. Il voit à ce que le résident reçoive les enseignements appropriés et qu'il soit exposé aux situations cliniques pertinentes. En outre, il l'accompagne dans sa réflexion pour s'assurer que l'apprentissage est adéquat.

### **L'approche par compétences et les connaissances**

L'approche par compétences ne néglige pas les connaissances médicales. Elle prévoit au contraire une plus grande maîtrise de ces connaissances en stimulant la capacité des résidents à les utiliser en contexte clinique. Elle vise aussi l'acquisition des connaissances

nécessaires à la décision et à l'action dans un cadre qui nécessite la mobilisation d'autres habiletés.

### **L'évaluation<sup>5</sup>**

L'évaluation est surtout à visée formative, afin d'aider le résident à se développer en le renseignant sur son évolution, et qualitative, par une rétroaction descriptive à propos de sa « performance » clinique plutôt que par un examen et l'attribution d'une note.

L'évaluation est un processus dynamique, continu et adapté au niveau de formation du résident. Elle vise à évaluer :

- l'exécution d'activités professionnelles complexes qui sollicitent plus d'une compétence (ex. : réanimation d'un patient à l'urgence, évaluation d'un patient ayant des troubles cognitifs, etc.) ;
- la qualité des stratégies utilisées par le résident lors d'activités cliniques (ex. : techniques de communication efficaces, raisonnement clinique rigoureux, etc.) ;
- la capacité de réflexion du résident sur sa pratique et son apprentissage.

Ce cadre d'évaluation oblige les enseignants à observer les résidents lorsqu'ils exécutent des activités professionnelles. Il est mis en œuvre au cours de la formation et non seulement à la fin d'un stage. Il tient compte du niveau de compétence attendu de chaque étudiant et permet aussi la promotion en certifiant que ce niveau est atteint.

### **Les enjeux**

Les facultés de médecine et les programmes de résidence ont à relever de nombreux défis en ce qui a trait à la transformation de leur dispositif de formation.

#### *Définir les niveaux de compétence*

Les programmes universitaires doivent guider les résidents et les enseignants en définissant les compétences à acquérir et le niveau de maîtrise attendu à toutes les étapes, du début à la fin de la formation.

#### *Ne pas se centrer exclusivement sur l'expertise*

La tentation est forte de faire de l'expertise la cible quasi exclusive de l'apprentissage. L'approche par com-

pétences a le grand mérite d'encourager tant les résidents que les enseignants à accorder une même importance au développement et à l'évaluation des six autres rôles CanMEDS-MF.

#### *Ajuster la complexité des cas cliniques au niveau de l'étudiant*

La compétence se construit progressivement par la supervision, la réflexion et l'exposition à des situations dont la complexité augmente petit à petit. Cependant, dans la réalité clinique, la complexité des problèmes des patients est aléatoire, ce qui amène certains étudiants à devoir faire face à des situations pour lesquelles ils ne sont pas tout à fait prêts. Les enseignants doivent donc demeurer vigilants et adapter leurs rôles clinique et pédagogique de manière à soutenir les étudiants qui vivent des situations trop difficiles pour leur niveau de compétence.

#### *Assurer le suivi des parcours individuels*

Les étudiants n'apprennent pas tous au même rythme et l'approche par compétences prévoit une adaptation du parcours selon le niveau de compétence atteint. Cependant, le nombre de résidents en médecine familiale croît chaque année et leur suivi pédagogique nécessite une gestion complexe afin que les activités cliniques et pédagogiques soient ajustées à leurs besoins.

#### *Moduler la durée de la résidence*

Dans l'approche par compétences, la formation se termine quand le résident a atteint le niveau de maîtrise attendu. Selon ce principe, la certification pourrait être accordée après une formation d'une durée inférieure ou supérieure aux deux années prévues. Actuellement, seule une prolongation est possible. L'application complète de cette approche permettrait d'accorder la certification après une formation d'une durée inférieure à deux ans. Les universités, le Collège des médecins et le CMFC auront donc à réfléchir à la possibilité d'une « certification précoce ». Cette question n'est toutefois pas à l'ordre du jour pour le moment.

#### *Soutenir le développement d'une culture réflexive*

L'apprentissage par compétences fait une large place à la réflexion sur l'apprentissage et sur la pratique. Les

résidents n'ont traditionnellement pas été formés au moyen de programmes qui valorisaient l'apprentissage réflexif. Ils ont plutôt été habitués à un cadre bien spécifique et à des objectifs précis et définis à l'avance pour tous. La transition vers une culture qui valorise la réflexion comme outil d'apprentissage, de perfectionnement et d'évaluation demeure un enjeu d'importance.

### *Développer la formation professorale*

Les cliniciens enseignants en médecine familiale ne maîtrisent pas tous les fondements et les applications d'une approche par compétences. Puisque l'évaluation des compétences tient compte d'attentes en fonction de niveaux, des formations seront nécessaires pour clarifier ces attentes et diffuser les trajectoires de compétences élaborées par les départements de médecine familiale des universités.


### *Ne pas « réinventer la roue »*

La mise en œuvre d'un nouveau cadre pédagogique doit se faire en respectant les cliniciens enseignants déjà très investis dans la formation des résidents et en préservant les activités d'apprentissage existantes, reconnues et appréciées des résidents et des enseignants. Les ressources matérielles et professorales sont limitées. La mise en place de l'approche par compétences doit donc se faire progressivement, en tenant compte de la réalité et des possibilités des milieux cliniques.

### *Évaluer et adapter la méthode*

Toute réforme a ses écueils et les départements de médecine familiale devront faire un bilan de leur expérience pour adapter le modèle en corrigeant ses failles ou ses excès. Un suivi rigoureux de l'approche par compétences et des effets sur la formation des médecins de famille est nécessaire.

Parce qu'elle tient compte de la complexité de la pratique et qu'elle vise à développer l'ensemble des compétences requises en faisant une place à la réflexion, l'approche par compétences est un cadre conceptuel pédagogique particulièrement bien adapté au contexte de la formation médicale. Sa mise en œuvre progressive dans les facultés et les milieux de

stages cliniques contribuera sans aucun doute à former des médecins accomplis et compétents, aptes à répondre aux défis et aux enjeux relatifs aux soins des patients dans notre société de plus en plus exigeante envers ses professionnels. 

---

## **Bibliographie**

1. Nguyen DQ, Blais JG. Approche par objectifs ou approche par compétences ? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique. *Pédagogie Médicale* 2007 ; 8 (4) : 232-51.
2. Saucier D, Schipper S, Oandasan I et coll. *Les concepts et définitions clés de l'éducation axée sur le développement des compétences* [Présentation PowerPoint]. Mississauga : Collège des médecins de famille du Canada ; 2011. Site Internet : [www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource\\_Items/Triple\\_C/2%20Key%20Concepts%20and%20Definitions%20of%20Competency-based%20Education.pdf](http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Triple_C/2%20Key%20Concepts%20and%20Definitions%20of%20Competency-based%20Education.pdf) (Date de consultation : le 22 décembre 2012).
3. Tannenbaum D, Konkin J, Parsons E et coll. *Cursus Triple C axé sur le développement des compétences. Rapport du groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral – Partie 1*. Mississauga : Collège des médecins de famille du Canada ; 2011. Site Internet : [www.cfpc.ca/uploaded\\_files/Education/\\_PDFs/Triple\\_C\\_Competency\\_FR\\_w\\_cover\\_Sep29.pdf](http://www.cfpc.ca/uploaded_files/Education/_PDFs/Triple_C_Competency_FR_w_cover_Sep29.pdf) (Date de consultation : le 23 novembre 2012).
4. Tardif J. *L'évaluation des compétences : Documenter le parcours de développement*. Montréal : Chenelière Éducation ; 2006 : p. 21-3.
5. Saucier D, Shaw E, Kerr J et coll. Un cursus axé sur le développement des compétences pour la médecine de famille. *Can Fam Physician* 2012 ; 58 (6) : e359-e361.
6. Cook M, Irby D, Sullivan W et coll. American Medical Education 100 Years after the Flexner Report. *N Engl J Med* 2006 ; 355 (13) : 1339-44.
7. L'Association des facultés de médecine du Canada. *L'avenir de l'éducation médicale au Canada. Volet sur l'éducation médicale postdoctorale. Rapport à l'intention du public*. Ottawa : L'Association ; 2012. 54 p.
8. Leung WC. Competency-based medical training: review. *BMJ* 2002 ; 325 (7366) : 693-6.
9. Fernandez N, Dory V, Ste-Marie LG et coll. Varying conceptions of competence: an analysis of how health sciences educators define competence. *Med Educ* 2012 ; 46 : 357-65.
10. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Cadre CanMEDS 2005*. Ottawa : Le Collège ; 2005. Site Internet : [www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/canmeds/framework/the\\_7\\_canmeds\\_roles\\_f.pdf](http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/canmeds/framework/the_7_canmeds_roles_f.pdf) (Date de consultation : le 23 novembre 2012).