

Évaluation de l'atteinte des objectifs de formation par les résidents en dernière année de médecine familiale

Robert Gagnon, Normand Dumoulin, Gilles Hudon, André Jacques, Valérie Lavoie, Pierre Leblanc, Sylvie Leboeuf, Micheline Luneau, Pierre Raïche, Marianne Xhignesse

Le Collège des médecins du Québec (CMQ) a pour mandat d'assurer la protection du public dans le secteur des soins médicaux. Dans la foulée de ce mandat, le Collège s'est donné pour mission de promouvoir une médecine de qualité afin de protéger le public et de contribuer à l'amélioration de la santé des Québécois.

Pour remplir sa mission, le Collège s'assure de la compétence des futurs médecins et de leur aptitude à exercer la médecine, fait la promotion du maintien de la compétence et évalue et contrôle l'exercice professionnel des médecins en pratique.

M. Robert Gagnon est associé de recherche au Collège des médecins du Québec et au Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS) de l'Université de Montréal. Au moment de rédiger cet article, M. Normand Dumoulin était directeur en éducation de la santé chez Merck Frosst Canada limitée. Le D^r Gilles Hudon est directeur de l'Office de développement professionnel, à la Fédération des médecins spécialistes du Québec. Le D^r André Jacques est directeur de la Direction de l'amélioration de l'exercice, au Collège des médecins du Québec. La D^{re} Valérie Lavoie est médecin de famille, à Montréal. Le D^r Pierre Leblanc est pneumologue à l'Hôpital Laval de Québec et vice-doyen aux Affaires cliniques de la Faculté de médecine de l'Université Laval. M^{me} Sylvie Leboeuf est conseillère à la Direction des études médicales du Collège des médecins du Québec. La D^{re} Micheline Luneau est médecin de famille dans la région de Saint-Hyacinthe. Le D^r Pierre Raïche est directeur de la Formation professionnelle, à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. La D^{re} Marianne Xhignesse est titulaire de la Chaire Lucie et André Chagnon, à la Faculté des sciences de la santé de l'Université Sherbrooke.

AU QUÉBEC, LE NOMBRE ANNUEL de finissants en médecine familiale se situe autour de 200, alors que celui des finissants dans les diverses spécialités est légèrement supérieur (autour de 250)¹. On sait peu de choses sur le degré d'atteinte des objectifs fixés par les différents programmes et sur les besoins de formation médicale continue des finissants dès la fin de leur formation. Ces derniers présentent une caractéristique très intéressante. En effet, comme ils sont à la fin de leur formation universitaire, ils sont probablement en mesure de juger de la qualité de la formation reçue et des besoins de formation qui n'ont pas été comblés adéquatement.

Une recherche dans MEDLINE n'a révélé aucune étude sur l'évaluation des besoins des finissants en médecine familiale ou en spécialité ni sur leur appréciation de l'atteinte des objectifs de formation. Toutefois, une évaluation des besoins de formation complémentaire des médecins spécialistes a été réalisée en 2000 par le D^r Jacques Provost de la Fédération des médecins spécialistes du Québec². Les résultats obtenus n'ont pas été publiés, mais ont néanmoins connu une certaine diffusion, notamment auprès de la Direction des études médicales du CMQ.

Au cours du printemps et de l'été 2005, le CMQ, en

Tableau 1**Devis du questionnaire sur les axes**

	Nombre de questions	Fiabilité
Axe 1		0,87
⊗ Le médecin de famille est un clinicien efficace.		
⊕ Soins aux enfants	4	
⊕ Soins aux adultes	5	
⊕ Soins aux personnes âgées	8	
⊕ Problématiques psychosociales	5	
⊕ Soins d'urgence	9	
⊕ Habiletés techniques et chirurgicales	3	
Axe 2		0,92
⊗ La relation médecin-patient est primordiale en médecine de famille.	8	
Axe 3		0,78
⊗ La médecine familiale est communautaire.	14	
Axe 4		0,65
⊗ Le médecin constitue une ressource pour une population de patients.	6	

collaboration avec les quatre facultés de médecine québécoises, les fédérations médicales et la société Merck Frosst Canada limitée, a fait une première évaluation des besoins de formation médicale continue (FMC) des résidents de deuxième année du programme de médecine familiale.

Le projet avait pour objectif de repérer les premiers besoins de formation médicale continue et d'élaborer des activités susceptibles de combler spécifiquement les lacunes des jeunes médecins.

Selon les responsables de l'étude, les futurs médecins sont en mesure d'anticiper, quelques mois avant la fin de leur programme de résidence, les difficultés qu'ils pourraient rencontrer dans leur pratique et, par extension, de repérer leurs premiers besoins de formation. Cette hypothèse de départ a permis de concevoir et de réaliser un projet de recherche visant à évaluer les lacunes perçues par les résidents finissants.

Méthodologie

Population

L'étude a été réalisée au cours du printemps 2005

auprès de tous les résidents admissibles aux examens du permis d'exercice québécois en médecine familiale ($n=184$).

Contenu du questionnaire

Une première version du questionnaire a été préparée à partir des documents suivants :

- ⊗ le *Curriculum postdoctoral de médecine familiale : une approche intégrée*, document adopté par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), mis à jour en avril 2003 et contenant les quatre principes de la médecine familiale³ ;
- ⊗ les critères d'agrément⁴, les objectifs et le contenu des programmes de résidence en médecine familiale adoptés par le CMQ ;
- ⊗ différents questionnaires de détermination des besoins de formation continue utilisés antérieurement par des organismes médicaux québécois⁵⁻⁷.

Le choix des sujets et des questions a été fait à la lumière de ces différents documents.

Le questionnaire a été revu et validé par les membres du comité scientifique du projet, un médecin de famille en pratique active et un résident finissant en médecine familiale. Les commentaires de chacun y ont été intégrés et la version finale a été révisée par les membres du comité.

Une première série de questions portaient sur les données sociodémographiques des répondants et sur les méthodes de formation continue que ces derniers entendent privilégier au cours des cinq prochaines années.

Une seconde série portait sur le niveau de maîtrise des quatre axes de compétences transversales décrites par le Collège des médecins de famille du Canada :

1. Le médecin de famille est un clinicien efficace ;
2. La relation médecin-patient est primordiale en médecine de famille ;
3. La médecine familiale est communautaire ;
4. Le médecin constitue une ressource pour une population de patients.

Les six domaines de l'axe 1 faisaient aussi l'objet de questions :

- ⊗ soins aux enfants ;
- ⊗ soins aux adultes ;
- ⊗ soins aux personnes âgées ;
- ⊗ problématiques psychosociales ;
- ⊗ soins d'urgence ;
- ⊗ habiletés techniques et chirurgicales.

Le *tableau I* présente le devis du questionnaire. Les répondants étaient appelés à indiquer leurs niveaux de maîtrise actuel et souhaité, sur une échelle de quatre points, d'un ensemble de 62 compétences et habiletés visées par le programme de formation.

Envoi des questionnaires

Les questionnaires, uniquement en langue française, ont été adressés à tous les résidents visés par l'étude au cours des mois de juin et juillet 2005. La date d'envoi avait été fixée en fonction des dates d'examen du Collège des médecins et de ceux du Collège des médecins de famille du Canada.

Le premier envoi du questionnaire, accompagné d'une lettre d'invitation à participer à l'étude, a été fait par courrier électronique. Ce dernier a été suivi, une dizaine de jours plus tard, d'un rappel sous la forme d'un envoi postal. Enfin, un deuxième rappel sous forme de courriel a été adressé aux résidents visés en juillet 2005.

La lettre d'invitation contenait des informations sur les grandes lignes du projet, les partenaires engagés dans sa réalisation, les buts et objectifs de l'étude, la population cible, les avantages et les inconvénients liés à l'étude pour eux-mêmes et pour l'ensemble des répondants, l'utilisation qui sera faite des réponses obtenues, la façon dont les données recueillies seront conservées, de même que le délai de conservation de ces données. La lettre informait également les résidents des méthodes mises en place pour assurer la confidentialité des données.

Analyse des données

L'analyse des données visait à dresser un portrait de l'atteinte des objectifs fixés par le programme de médecine familiale et des besoins de formation continue des médecins amorçant leur vie professionnelle. Les qualités psychométriques de l'instrument ont été

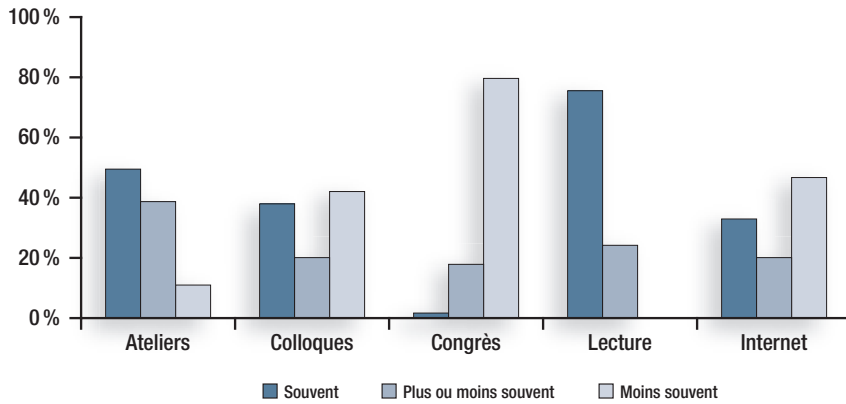
Tableau II

Caractéristiques des répondants

	<i>n</i>	%
Hommes	14	30,4 %
Femmes	32	69,6 %
Université où étudient les répondants		
⊗ Montréal	11	23,9 %
⊗ Sherbrooke	15	32,6 %
⊗ Laval	15	32,6 %
⊗ McGill	4	8,7 %
⊗ Autre	1	2,2 %
Formation universitaire antérieure		
⊗ Aucune	18	39,1 %
⊗ Étude de premier cycle	12	26,1 %
⊗ Baccalauréat	6	13,0 %
⊗ Maîtrise	4	8,7 %
⊗ Doctorat	6	13,0 %
Milieu de pratique anticipé		
⊗ Milieu urbain	13	28,3 %
⊗ Banlieue	13	28,3 %
⊗ Milieu rural	20	43,4 %
Type de pratique anticipé		
⊗ Seul	9	19,6 %
⊗ Avec quelques médecins de famille	28	60,8 %
⊗ Dans un GMF	9	19,6 %

examinées à l'aide d'analyses descriptives simples (examen des moyennes et des écarts types) et d'indice de fiabilité des échelles (coefficient alpha de Cronbach et corrélations). Les réponses sont présentées sous forme d'indices statistiques simples (pourcentage de réponse, moyennes et écarts types) et de différences entre les niveaux maîtrisés et souhaités selon les déclarations des répondants. Les moyennes élevées correspondent à un niveau de maîtrise élevé. Afin de faire ressortir les points pour lesquels les résidents se sentent moins bien préparés, nous avons relevé les aspects où plus de la moitié des répondants déclarent un niveau de maîtrise de « 1 » ou de « 2 » sur l'échelle proposée (1 à 5).

Les intervalles de confiance ($P = 95\%$) pour les moyennes et les proportions ont été calculés en tenant compte d'une population de 184 résidents.

Figure 1**Moyens de formation médicale continue anticipés****Résultats****Le taux de réponse**

Un total de 46 résidents a répondu au questionnaire, ce qui constitue un taux de réponse de 25 % sur l'ensemble de tous les résidents inscrits ($n = 184$). Si on utilise comme dénominateur le nombre de résidents ayant obtenu un permis d'exercice ($n = 120$), le taux de réponse est de 38,3 %.

des résidents qui donneraient constamment la même évaluation à tous les points.

Le profil sociodémographique

Le *tableau II* présente un portrait des caractéristiques des répondants. L'échantillon est composé de près de 70 % de femmes, les répondants sont principalement des résidents de l'Université de Montréal (24 %), de l'Université de Sherbrooke (33 %) et de

Questionnaire

Le questionnaire présente d'excellentes qualités psychométriques. Selon l'axe mesuré, la consistance interne (degré de corrélation entre les réponses) varie de 0,65 à 0,92 dans l'évaluation de l'état actuel de maîtrise et de 0,86 à 0,96 pour l'état souhaité. L'analyse des réponses montre que la variabilité des réponses d'un répondant à l'autre est aussi grande que celle des réponses de chaque répondant. Cette dernière constatation laisse croire qu'il n'y a pas de biais systématique de réponse, comme

Évaluation des niveaux actuel et souhaité de maîtrise des quatre axes de compétence du CMFC

	Moyenne (écart type)	Intervalle de confiance
Axe 1 – Le médecin de famille est un clinicien efficace.		
⊕ Niveau actuel	2,89 (0,26)	2,82 – 2,96
⊕ Niveau souhaité	3,59 (0,28)	3,52 – 3,66
Axe 2 – La relation médecin-patient est primordiale en médecine de famille.		
⊕ Niveau actuel	3,48 (0,46)	3,36 – 3,60
⊕ Niveau souhaité	3,63 (0,44)	3,53 – 3,75
Axe 3 – La médecine familiale est communautaire.		
⊕ Niveau actuel	2,94 (0,33)	2,86 – 3,02
⊕ Niveau souhaité	3,42 (0,41)	3,32 – 3,52
Axe 4 – Le médecin constitue une ressource pour une population de patients.		
⊕ Niveau actuel	2,97 (0,43)	2,86 – 3,08
⊕ Niveau souhaité	3,60 (0,40)	3,50 – 3,70

CMFC : Collège des médecins de famille du Canada

l'Université Laval (33 %). Plus de 60 % des répondants ont déjà entamé ou terminé des études dans un autre programme universitaire. Le milieu de pratique rural est anticipé chez une proportion importante des répondants (43 %). Le type de pratique visé est essentiellement celui d'une pratique de groupe (61 %).

Les moyens de formation anticipés

La figure 1 présente les réponses quant à l'importance des moyens de formation médicale continue anticipés sur une échelle allant de « plus souvent » à « moins souvent ». La lecture est le moyen privilégié choisi par 76 % des répondants, alors que les colloques (38 %) et Internet (37 %) sont nettement moins prisés.

Les quatre axes de compétence du Collège des médecins de famille du Canada

Le tableau III montre que le niveau moyen de maîtrise avoisine actuellement la valeur 3 (sur une échelle de 1 à 5) pour les axes 1, 3 et 4, alors que pour l'axe 2, le niveau actuel de maîtrise déclaré par les résidents est plus élevé (3,5). En moyenne, les écarts entre les niveaux actuel et désiré sont de 0,50 à 0,60, sauf pour l'axe 2 où le niveau de maîtrise étant déjà élevé, l'écart n'est que de 0,15. La figure 2 illustre l'écart entre les deux niveaux de maîtrise pour les quatre axes.

Dans les sous-domaines de l'axe 1 (tableau IV), on observe en général un niveau de maîtrise moyen de 3, avec un écart moyen avec le niveau souhaité d'environ 0,70. Les besoins semblent être plus grands dans plusieurs sous-domaines de l'axe 1. On note, tout particulièrement, un niveau actuel plus faible dans le cas

Figure 2

Écart entre les niveaux de maîtrise actuel et souhaité pour les quatre axes principaux du programme

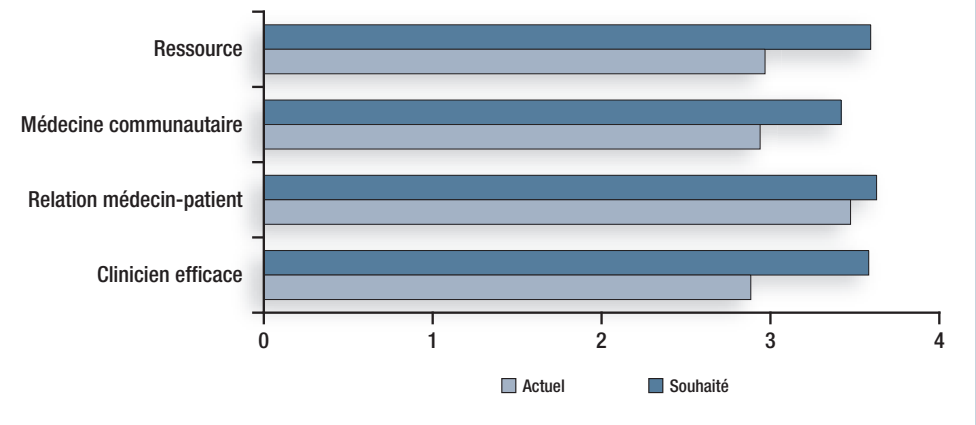


Tableau IV

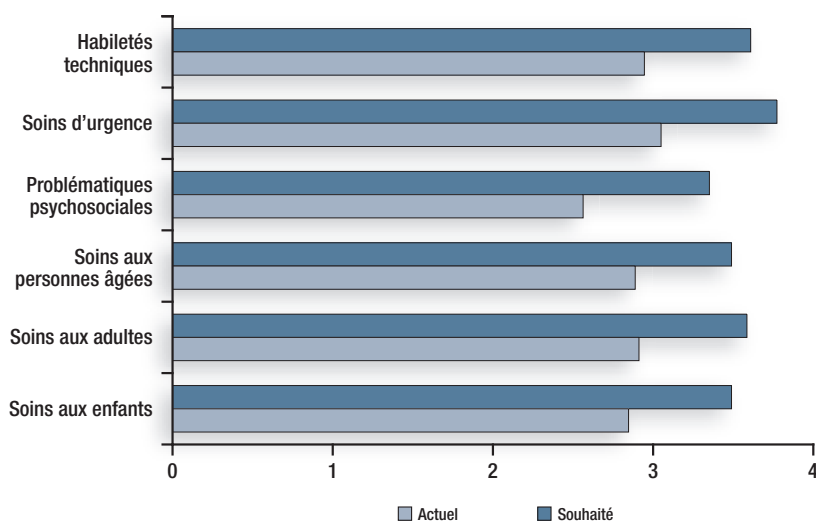
Évaluation des niveaux actuel et souhaité de maîtrise des domaines de l'axe 1, le médecin de famille est un clinicien efficace

	Moyenne (écart type)	Intervalle de confiance
Soins aux enfants		
⊗ Actuel	2,86 (0,31)	2,78 – 2,94
⊗ Souhaité	3,50 (0,38)	3,40 – 3,60
Soins aux adultes		
⊗ Actuel	2,92 (0,33)	2,84 – 3,00
⊗ Souhaité	3,60 (0,33)	3,52 – 3,68
Soins aux personnes âgées		
⊗ Actuel	2,90 (0,38)	2,80 – 3,00
⊗ Souhaité	3,50 (0,42)	3,39 – 3,60
Problématiques psychosociales		
⊗ Actuel	2,57 (0,50)	2,44 – 2,70
⊗ Souhaité	3,36 (0,52)	3,23 – 3,49
Soins d'urgence		
⊗ Actuel	3,06 (0,35)	2,97 – 3,15
⊗ Souhaité	3,78 (0,32)	3,70 – 3,86
Habilités techniques		
⊗ Actuel	2,95 (0,49)	2,83 – 3,07
⊗ Souhaité	3,63 (0,46)	3,51 – 3,75

de problématiques psychosociales (2,57) et un écart de 0,80 avec le niveau de maîtrise souhaité (3,36). Ces

Figure 3

Écart entre les niveaux de maîtrise actuel et souhaité pour les six domaines de l'axe 1



écarts sont illustrés à la *figure 3*.

Les habiletés et les compétences pour lesquelles les résidents jugent leur niveau de maîtrise insuffisant (scores 1 et 2) sont présentées au *tableau V* et sont peu nombreuses. À l'axe 1, les soins aux nouveau-nés (54,3 %) et la santé des travailleurs (65,2 %) sont des domaines où les répondants se sentent mal préparés.

jugée insuffisante par 48 % des répondants et de deux aspects de l'axe 3, où les répondants se considèrent mal préparés : le repérage des besoins en milieu rural (46 %) et celui des besoins en régions éloignées (49 %).

Discussion

Les résultats présentés ici montrent qu'il est possible

Habilités et compétences pour lesquelles le niveau de maîtrise actuel de plus de la moitié des répondants est faible

Axe	Aspect	Niveau 1 + 2	Intervalle de confiance
Axe 1	Soins aux enfants	54,3 %	41,8 % – 66,8 %
Axe 1	Soins aux adultes	65,2 %	53,2 % – 77,2 %
Axe 1	Problématiques psychosociales	58,7 % 65,2 % 54,4 %	46,3 % – 71,1 % 53,2 % – 77,2 % 41,9 % – 66,9 %
Axe 3	Rôle du médecin au sein des comités hospitaliers	67,4 %	55,6 % – 79,2 %
Axe 4	Aspects logistiques de la pratique	58,7 %	46,3 % – 71,1 %

de mettre sur pied un instrument valide et fiable de l'appréciation de l'atteinte des objectifs de formation en médecine familiale par un groupe de résidents en fin de formation.

De tous les moyens de formation continue anticipés par les résidents, la lecture est l'instrument privilégié par la majorité. Les ateliers et colloques sont considérés comme des deuxièmes choix par environ 40 % des répondants. Malgré les données récentes sur l'intérêt pour Internet par les médecins et l'utilisation grandissante qu'ils en font, les résultats présentés ici ne montrent pas une « percée » importante sur le plan de la formation continue⁸⁻¹¹.

Les niveaux de maîtrise actuelle sont similaires pour trois des quatre axes et les écarts avec le niveau souhaité sont assez similaires. Seul l'axe 2, où le niveau actuel de maîtrise déclaré est assez élevé, ne révèle pas un écart notable avec le niveau souhaité. Les résultats donnent à penser que les résidents ont l'impression de maîtriser les objectifs de formation qui entourent la relation médecin-patient.

En ce qui concerne les sous-domaines du grand axe « Le médecin de famille est un clinicien efficace », on remarque une assez grande similarité dans les niveaux actuel et souhaité ainsi que dans les écarts. Les répondants semblent toutefois moins bien maîtriser le domaine psychosocial. L'analyse plus fine montre que les résidents ressentent un besoin de formation dans : 1) les composantes de la médecine behaviorale ; 2) la psychothérapie de courte durée ; et 3) le counselling familial.

L'étude permet de découvrir des domaines pour lesquels le niveau de maîtrise actuel est perçu comme étant particulièrement faible. Il s'agit essentiellement de cinq aspects de l'axe 1 (encadré).

Par ailleurs, les objectifs d'apprentissage quant au rôle du médecin au sein des comités hospitaliers et des aspects logistiques de la pratique sont aussi perçus comme n'étant pas tout à fait satisfaits.

Encadré

Faible niveau actuel de la maîtrise

Perception des résidents en médecine familiale quant à une faible maîtrise

Axe 1

- ⊗ Soins aux nouveau-nés
- ⊗ Santé des travailleurs
- ⊗ Composantes de la médecine behaviorale
- ⊗ Psychothérapie de courte durée
- ⊗ Counselling familial

les objectifs du programme de formation en médecine familiale. Les résultats de la présente étude, même limités en raison du nombre réduit de répondants, peuvent permettre de cerner les domaines et les thèmes plus spécifiques pour lesquels les finissants ont des besoins de formation à combler.

Les auteurs estiment que l'étude pourrait également alimenter la réflexion des facultés de médecine québécoises et du Collège des médecins du Québec quant aux objectifs et au contenu des programmes de résidence en médecine familiale et en médecine spécialisée. ☞

Date de réception : 29 novembre 2006

Date d'acceptation : 5 décembre 2006

Bibliographie

1. Collège des médecins du Québec. *Statistiques d'inscription au tableau des membres de permis 2000-2005*. Le Collège. 2006.
2. Provost J. *La formation complémentaire des médecins spécialistes du Québec*. La Fédération des médecins spécialistes du Québec : Montréal ; 2000.
3. Le Collège des médecins de famille du Canada. *Les quatre principes de la médecine familiale*. Le Collège : Mississauga ; 2002.
4. Le Collège des médecins du Québec. *Critères généraux d'agrément des programmes et des milieux de formation médicale post-doctorale*. Direction des études médicales : Montréal ; 1997.
5. Association des médecins psychiatres du Québec. *Questionnaire des besoins de formation médicale continue*. Montréal ; 1999.
6. Labelle M, Croteau F. La grande analyse 2004 – Quels sont vos besoins de formation médicale continue ? *MedActuel FMC* 2004. Université de Montréal ; 1-4.
7. Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, Université de Montréal, Merck Frosst. *Questionnaire d'identification des besoins*. Montréal ; 1995.
8. Peterson MW, Galvin JR, Dayton C et coll. Realizing the promise: delivering pulmonary continuing medical education over the Internet 1999. *Chest* ; 115 (5) : 1429-36.
9. Wutoh R, Boren SA, Balas EA. eLearning: a review of Internet-based continuing medical education. *J Contin Educ Health Prof* 2004 ; 24 (1) : 20-30.
10. Bennett NL, Casebeer LL, Kristofco RE et coll. Physicians' Internet information-seeking behaviours 2004 ; *J Contin Educ Health Prof* ; 24 (1) : 31-8.
11. Evolution of Internet use for health purposes – Feb/Mar 2001. Site Internet : www.hon.ch/Survey/FebMar2001/survey.html (Date de consultation : 16 mai 2006).

LES FINISSANTS EN MÉDECINE FAMILIALE se sentent généralement bien formés dans les domaines visés par