

PL 01

Perception des médecins québécois à l'égard du plan de développement professionnel continu du Collège des médecins du Québec

Roger Ladouceur, André Jacques, Johanne Thiffault

Collège des médecins du Québec, Canada

Contact : rladouceur@ssss.gouv.qc.ca

Contexte/problématique : En 2007, le Collège des médecins du Québec (CMQ) a résolu d'adopter le plan d'autogestion du développement professionnel continu (DPC) comme outil de maintien de la compétence professionnelle.

Objectifs/questions : Recueillir et explorer la perception des médecins québécois à l'égard du plan de DPC et du maintien des compétences professionnelles.

Méthode : Cette recherche qualitative a été menée à l'été 2010, par le biais d'entrevues individuelles semi-structurées, auprès d'un échantillon de vingt-sept médecins québécois. Un échantillon mixte, utilisant la technique « boule de neige » et faisant appel à des informateurs clés et à des cas dits « négatifs », a permis d'atteindre un bon niveau de diversification de l'échantillon et la saturation empirique des données.

Résultats : Vingt-sept médecins québécois aux profils sociodémographiques et professionnels différents ont été interviewés : médecins de tout âge, hommes et femmes, œuvrant dans un grand centre urbain, en périphérie ou en régions éloignées, pratiquant en solo ou en groupe, académiciens, cliniciens ou administrateurs, favorables ou non au plan de DPC.

Les médecins québécois attachent beaucoup d'importance au maintien des compétences professionnelles et y consacrent beaucoup de temps. En contrepartie, ils sont unanimement en défaveur de la recertification comme moyen d'assurer la compétence professionnelle. Quant aux plans de DPC, les opinions sont plus partagées. Même si la plupart sont en faveur, plusieurs expriment des réserves. Certains doutent que le plan de DPC témoigne vraiment de la compétence professionnelle du médecin. Plusieurs en ont contre la reconnaissance de programmes tantôt axés sur les crédits, tantôt n'y accordant pas d'importance. Certains remettent en question la validité d'un nombre minimal de crédits alors que d'autres questionnent l'approche réflexive. La lourdeur administrative du plan de DPC est souvent soulignée.

Discussion : Bien que les médecins interrogés soient généralement favorables au principe d'un plan d'autogestion de DPC, les commentaires et suggestions formulés par certains d'entre eux devraient inciter le Collège à apporter certaines améliorations à ce plan. Certains irritants tels que la nécessité de tenir

à jour un registre des activités de DPC et d'en rendre compte au Collège ont été soulevés. Par contre, la majorité des médecins interrogés considèrent que le plan de DPC d'un médecin témoigne des efforts qu'ils déploient pour rester à la fine pointe des progrès scientifiques et technologiques dans le domaine de la santé. Finalement, tous les médecins interrogés considèrent que le maintien de leur compétence professionnelle est une obligation morale et déontologique.

Clientèle cible : médecins, éducateurs, chercheurs

PL 02

L'utilisation d'un outil technologique pour soutenir le développement du raisonnement clinique chez des étudiants en sciences de la santé

Dominique Giroux, Karine Latulippe

Faculté de médecine, Université Laval, Canada

Contact : dominique.giroux@fmed.ulaval.ca

Contexte : Il est reconnu dans les écrits scientifiques que le raisonnement clinique est une compétence importante à acquérir chez les étudiants en sciences de la santé. Toutefois, son enseignement est complexe et c'est souvent lors des stages que les étudiants ont l'occasion d'intégrer cette compétence. Des auteurs soutiennent l'utilisation des technologies de l'information pour favoriser l'apprentissage de cette compétence chez les étudiants en sciences de la santé, car elles permettent de placer l'étudiant face à un plus grand nombre de situations cliniques simulées, mais réalistes.

Objectifs : Dans le cadre de l'implantation d'un nouveau continuum bac-maîtrise en ergothérapie, un outil pédagogique informatisé, nommé IDÉO, a été conçu pour soutenir l'apprentissage et l'évaluation du raisonnement clinique chez les étudiants.

Méthode : Cet outil permet aux étudiants de résoudre des cas cliniques authentiques de façon virtuelle. Pour bonifier son apport, IDÉO est utilisé conjointement avec différentes modalités pédagogiques (cours magistraux, laboratoires, travail en petits groupes). Par ailleurs, cet outil a été conçu afin que les étudiants puissent s'autoévaluer tout au long de leur progression. Ils peuvent alors porter un jugement critique sur leur raisonnement clinique. Enfin, puisqu'il s'agit d'un outil interactif, les enseignants ont accès aux réponses des étudiants, ce qui leur permet de cibler les difficultés de chacun et de leur donner de la rétroaction formative ou sommative, selon le cas. Lors de cette communication, cette application pédagogique sera présentée. Nous discuterons plus précisément de son utilité pédagogique et évaluative et les modalités d'utilisation seront aussi

abordées. Les avantages et limites de cette méthode pédagogique à la lumière des quatre années d'expérimentation seront aussi abordés.

Résultats : Depuis son implantation en 2009, cette méthode pédagogique est reconnue, tant par les enseignants que par les cliniciens et les étudiants comme un outil-clé pour permettre l'acquisition du raisonnement clinique par les étudiants. En effet, il a été possible d'observer, lors des évaluations sommatives, que les étudiants exposent leur raisonnement clinique de façon plus rigoureuse et pertinente que les années antérieures.

Références

Charlin B, Bordage G, van Der Vleuten C. L'évaluation du raisonnement clinique. *Pédagogie Médicale* 2003;4(1):42-52.
Medélez-Ortega E, Burgun A, Lessard Y, Le Beux P. Virtual Consultation : un environnement collaboratif pour la simulation des séances d'apprentissage du raisonnement clinique multimédia à distance. *Informatique et Santé* 2004;16:77-88.

Mots-clés : raisonnement clinique, enseignement, outil technologique

Clientèle cible : Professeurs et enseignants intéressés par l'enseignement du raisonnement clinique

PL 03

Dispositif de formation en vue du développement des compétences énoncées en philosophie du soin

Luc Canautte

Université de Mons & HERS, Belgique
Contact : luc_canautte@hotmail.com

Contexte : Nous présenterons quelques pistes de réflexion sur le développement des compétences liées à la philosophie des soins en corrélation avec l'analyse de récits de vie, grâce à des dispositifs de type énoncés.

Questions : À la lumière des changements paradigmatiques actuels en sciences de l'éducation et des difficultés éprouvées par les étudiants dans la maîtrise des compétences d'analyse réflexive, deux questions cruciales se posent :

- 1) Comment tenter de faire évoluer la didactique dans le domaine de la philosophie du soin dans une perspective où le contexte d'enseignement-apprentissage devient un facteur déterminant de réussite académique ?¹

¹ Une littérature importante (Schroeder 2007 ; Scott, Tolson, Huang et Lee 2007 ; Gauthier 2007 ; etc.) rend compte des fondements sur lesquels nous nous appuyons pour développer des stratégies orientées vers la contextualisation des contenus d'apprentissage.

- 2) Comment offrir aux étudiants un contexte d'apprentissage flexible ayant comme objectif de les préparer de la façon la plus adéquate possible à faire de ce type d'analyse philosophique un moyen donnant accès non seulement à l'acquisition et au partage d'une démarche réflexive, mais aussi à une identité professionnelle en construction ?

Méthode : Illustrant cela à partir des théories de Fabre et Lang (2001) et Altet (1996), il convient de mesurer ce que l'écriture et la lecture réflexives permettent au regard de la construction des savoirs relevant de la philosophie du soin et de la mise en œuvre de la dimension de transformateur cognitif de l'écriture (Bourgain 1990). Les travaux sur la métacognition (Noël 1991 ; Noël, Romainville et Wolfs 1995) et sur le processus d'écriture ont permis de définir plusieurs phases :

- Développer ses capacités de métacognition procédurale ;
- Prendre conscience des différentes phases du processus d'écriture et induire par là même une démarche philosophique du soin ;
- Comparer les différents processus d'appropriation et d'auctorialité.

Résultats et conclusion : Dans ce cadre particulier, nous exploitons une compétence dite énoncée, c'est-à-dire une compétence qui se développe à travers l'action vécue par l'individu (Masciotra, Roth et Morel 2008) et qui résulte d'un traitement compétent en situation, grâce à une « approche située » (APS).

Références

Worms F. Le moment du soin, Paris, Presses Universitaires de France, 2010, 250 p. (collection : Éthique et philosophie morale).
Masciotra D, Roth W-M, Morel D. Énaction, apprendre et enseigner en situation, Bruxelles, De Boeck, 2008, 155 p.

Mots-clés : compétences énoncées, métacognition, philosophie du soin

Clientèle cible : Les enseignants (formation initiale ou continue) en sciences de la santé, des soins en particuliers (médecine et paramédical)

PL 04

L'introduction de la santé environnementale dans la formation des professions de santé : conception d'un dispositif pédagogique à caractère pluridisciplinaire

Annie Santucci¹, Annette Huot², Fiona Hanley³

¹ Haute École Libre de Bruxelles-Ilya Prigogine, Belgique

² Cégep de Saint-Félicien, Québec, Canada

³ Collège Dawson, Québec, Canada

Contact : asantucc@ulb.ac.be

Contexte : Cette présentation relate une expérience originale lors d'un cours de méthodologie de la recherche dans la formation d'infirmières et de sages-femmes. Ce cours visant plus spécifiquement à développer un savoir-faire, une posture a servi de terreau au développement d'un dispositif rencontrant la plupart des tendances pédagogiques actuelles. Le projet implique des enseignants de Belgique et du Québec. L'auteur ambitionne d'élargir son projet au sein de son propre établissement en impliquant des enseignants des sciences biomédicales ainsi que des sciences humaines.

Objectifs : Conscientisation des professionnels de la santé à la problématique de l'environnement et découverte de sa complexité. Ce dispositif vise aussi à démontrer que les problématiques liées à l'environnement sont à la fois particulières selon le produit étudié, mais également universelles puisque les démarches pour les résoudre sont identiques quel que soit l'endroit du monde.

Méthodes : L'étude de l'impact de l'environnement sur la santé conduit les étudiants à une réflexion qui nécessite l'exploitation de nombreux cours. Il les oblige à une collaboration avec d'autres disciplines afin d'en percevoir les différentes facettes (pédagogie active, utilisation des TEC). Exemples : découvrir le lien entre l'emplacement de sites d'activités industrielles et certains cancers ou celui entre l'incidence des anomalies congénitales et l'habitat en zone rurale suite à l'utilisation abusive des pesticides.

Résultats : Cette présentation n'a pas la prétention d'être une recherche, mais incite réellement à une discussion vive sur base des comptes-rendus et réactions des différents acteurs concernés et des productions des étudiants dans le cadre de l'évaluation certificative du cours : développement des connaissances, changements de modes de pensée, désir de travailler en équipe pluridisciplinaire.

Conclusion : L'auteur principal souhaiterait le développement de l'expérience. Ce projet aurait la possibilité de se développer par les contacts établis récemment avec des partenaires dispersés en Europe (Suisse, Belgique, Portugal) et au Québec, mais serait particulièrement intéressant aussi par l'ajout d'une collaboration avec des enseignants appartenant au cursus médical. Ceci pourrait se concrétiser par la création d'un module multidisciplinaire et international utilisable dans diverses formations.

Références

Le Moigne JL, Morin E. L'intelligence de la complexité, Paris, L'Harmattan, 1999, 332 p.

Roegiers X. Quelles réformes pédagogiques pour l'enseignement supérieur ? Placer l'efficacité au service de l'humanisme, Bruxelles, De Boeck, 2012, 320 p.

Mots-clés : environnement et santé, pédagogie active, interdisciplinarité

Clientèle cible : Enseignants et étudiants du monde de la santé

PL 05

Impliquer les étudiants en médecine dans le développement d'un outil d'aide aux réfugiés nouvellement arrivés

Suzanne Gagnon^{1,2}, Mathilde Chamula³, Iskra Pirija³

¹ Département de médecine familiale et de médecine d'urgence, Université Laval, Québec Canada

² Clinique santé des immigrants-réfugiés, CLSC Sainte-Foy, Québec, Canada

³ Faculté de médecine, Université Laval

Contact : gagnonsuza@hotmail.com

Contexte/problématique : Très peu d'outils existent pour aider les patients qui sont des immigrants nouvellement arrivés et ne parlant pas la (les) langue(s) officielle(s) du pays d'accueil, ce qui est le cas des réfugiés.

Introduction : À titre de clinicienne travaillant à la clinique santé des immigrants-réfugiés de la ville de Québec (Canada), j'ai pu constater la grande difficulté à trouver des outils d'aide aux patients dans les premiers mois suivants leur arrivée.

Objectifs : Développer un outil pratique destiné aux réfugiés nouvellement arrivés que nous voyions en consultation à la clinique santé des immigrants-réfugiés. Cet outil devrait être utilisable par une grande partie de la population que nous recevons même les analphabètes. Conscientiser les étudiants en médecine aux difficultés rencontrées par les réfugiés dans les premiers mois après leur arrivée et les impacts sur les soins de santé.

Méthodes : Deux étudiantes ayant fait un stage à la clinique santé des réfugiés ont été impliquées, à tour de rôle, dans le développement de cet outil. Une enquête a été faite auprès de professionnels de la santé de la clinique et des professionnels de l'organisme communautaire partenaire dans ce programme afin de sélectionner un outil qui serait utile selon l'opinion de ces professionnels. L'outil fut développé puis testé sur certains réfugiés.

Résultats : Différents documents standardisés ont été élaborés pour aider les réfugiés dans leurs déplacements vers les établissements de santé de la région. Ces documents ont été testés auprès de réfugiés et l'opinion de professionnels de la clinique, de l'organisme communautaire ainsi que de chauffeurs d'autobus fut demandée. Le format et le contenu de ces documents furent modifiés suite à cela jusqu'à une forme finale.

Conclusion : Il est possible de développer des outils pour aider les réfugiés même analphabètes. Impliquer les étudiants prégradués dans ce genre de projet leur permet de les conscientiser aux difficultés rencontrées par les nouveaux arrivants ne parlant pas la langue et leur permet de se sentir utiles pour cette population.

Mots-clés : enseignement au prégradué, santé des minorités ethnoculturelles

Clientèle cible : professionnels de la santé, responsables de programmes universitaires

PL 06

Créer une zone commune temporaire pour favoriser le sentiment d'auto-efficacité en situation de stage

Eric Constantin

Faculté de médecine et des sciences de la santé,
Université de Sherbrooke, Québec, Canada
Contact : eric.constantin@usherbrooke.ca

Contexte : Le faible sentiment d'auto-efficacité du stagiaire et du superviseur représente le dénominateur commun de plusieurs situations problématiques qui surviennent lors des stages. Bref, à la fin d'un stage, il arrive que certains étudiants demeurent avec l'impression de n'avoir acquis ni assurance ni confiance à occuper la profession puis leurs superviseurs, quant à eux, remettent en doute leur capacité à l'enseigner.

Objectif/question : Comment prévenir la récurrence de ce genre de situation indésirable ?

Méthodes : Par l'analyse des informations obtenues lors d'entrevues réalisées auprès de stagiaires et superviseurs ayant vécu une situation de stage qualifiée de problématique ; par l'analyse des informations contenues dans plus de deux cents questionnaires qualitatifs évaluant l'expérience de stage des étudiants ; par l'intermédiaire de lectures traitant de psychologie de l'apprentissage, d'anthropologie et d'ergothérapie ; par une démarche réflexive, voici la réponse à laquelle je suis arrivée : ce genre de situation indésirable est probablement évitable par la création d'une zone commune temporaire. Par conséquent, cette présentation-ci vise surtout à montrer l'influence probable de la création d'une telle zone sur le sentiment d'auto-efficacité en situation réelle de stage.

Résultats : Des moyens tels que la reformulation des limites et des attentes du stage, le contrat d'apprentissage, la révision du formulaire d'évaluation en début de stage ainsi que la rétroaction structurée semblent représenter des outils andragogiques assurant la création et le maintien de la zone commune temporaire favorable au sentiment d'auto-efficacité.

Discussion/conclusion : Ainsi, ces quelques moyens paraissent donner suffisamment de forme et de sens au stage pour assurer le développement de l'auto-efficacité de toutes les personnes qui y sont impliquées. L'examen du lien susceptible d'exister entre la création d'une zone commune temporaire et le sentiment d'auto-efficacité se trouve certes à une étape embryonnaire. Il

mérite cependant qu'on s'y attarde compte tenu du rôle déterminant qu'il semble jouer à l'égard de la perception de l'expérience de stage.

Références

Luszczynska A, Durawa AB. Self-regulatory skills and behavior change, dans V.S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of Human Behavior*, 2^e édition, Oxford, UK, Elsevier, 2012;3:336–342.
Van Dinther M, Dochy F, Segers M. Factors affecting students' self-efficacy in higher education, *Educational Research Review*, 2011;6(2):95-108.

Mots-clés : auto-efficacité, formation clinique

Clientèle cible : éducateurs du domaine de la santé

PL 07

Une mini-école de médecine pancanadienne

Denis Chauret

Université d'Ottawa, Ontario, Canada
Contact : dchauret@uottawa.ca

Contexte : Plusieurs universités canadiennes offrent une mini-école de médecine, une activité grand public qui permet aux participants d'en apprendre davantage sur le corps humain ainsi que son dysfonctionnement. Des professeurs choisis pour leur dynamisme et leur facilité à vulgariser la matière sont choisis au sein de la Faculté de médecine. La mini-école de médecine de l'Université d'Ottawa est unique en son genre pour 2 raisons :

- Elle est offerte en français dans un milieu minoritaire ;
- Elle est diffusée en direct auprès d'une vingtaine de sites francophones établis dans plusieurs provinces ou territoires canadiens en plus du site grand public à l'Université d'Ottawa.

Questions : La mini-école est-elle en mesure de répondre aux besoins du grand public francophone en milieu minoritaire et quel impact cette dernière a eu sur nos participants ?

Méthodes : Nous avons révisé tous les formulaires d'évaluation de nos activités et procédé à un sondage auprès des participants des éditions antérieures.

Résultats : La très grande majorité des participants étaient absolument satisfaits de leur participation. Ils ont apprécié recevoir une formation dans leur langue maternelle. Beaucoup ont soumis des thèmes pour les prochaines éditions. Le sondage nous a permis de déterminer des impacts intéressants :

- 1) Pour les plus jeunes : un intérêt nouveau à considérer une carrière en médecine ;
- 2) Pour les plus âgés : un impact réel sur la prévention des problèmes de santé dans leur milieu et la reconnaissance rapide de situations urgentes.

Conclusion : Notre mini-école de médecine a un impact plus grand que le seul fait d'augmenter le niveau de connaissances des participants. Elle joue un rôle dans le sentiment d'appartenance des minorités francophones tout en étant un outil de recrutement pour la profession médicale. Elle a aussi eu une influence positive en médecine préventive et a même contribué à sauver des vies.

Référence

Shaikh FM, Babar M, Cross KS. Mini-Med School : promoting awareness of medicine as a career for suburban and rural high-school students, ANZ Journal of Surgery, 2012 [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23107576].

Mots-clés : mini-école de médecine, grand public, francophonie canadienne

Clientèle cible : professionnels de la santé et membres du grand public

PL 08

Du référentiel métier du médecin généraliste à un référentiel formation des internes de médecine générale

Pierre Mesthé, Marie Eve Rougé Bugat, Julie Subra, Bruno Chicoulaa, Anne Lise Yvernes, Jennifer Philipps, André Stillmunkes, Marc Vidal, Jean Christophe Poutrain, Brigitte Escourrou, Stéphane Oustric

Département universitaire de médecine générale (DUMG) de Toulouse, France
Contact : pierre.mesthe@dumg-toulouse.fr

Contexte : En France l'enseignement théorique du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale constitue un élément central de la formation des internes. L'année 2009 a vu la publication du Référentiel Métier et compétences du médecin généraliste (RMC) et la promulgation de la loi hôpitaux patients santé territoire dessinant un nouvel environnement professionnel. La filière universitaire de médecine générale (SP) s'est concrétisée avec la nomination d'enseignants titulaires.

Objectifs : Dans ce nouveau contexte professionnel et universitaire, notre DUMG a décidé d'actualiser et de moderniser cet enseignement et de mettre en place un déroulé pédagogique facilitant l'acquisition des compétences professionnelles.

Méthodes : La conception s'est faite lors d'un séminaire de travail regroupant toute l'équipe enseignante. L'alternance de séquences de remue-méninges et de séquences de synthèse a permis d'établir le cadre et les contenus des différents modules d'enseignement. Une progression des acquisitions au cours des

3 années du DES a été proposée. L'adossement de ces modules aux situations de soins du RMC a été décidé. Un nouveau déroulé pédagogique inspiré de l'apprentissage par résolution de problèmes (ARP) a été conçu.

Résultats : Les nouveaux modules d'enseignement sont issus des 16 situations de soins prototypiques du RMC. Chaque module traite donc d'une famille de situations cliniques spécifiques permettant aux IMG de développer des stratégies de prise en charge pertinentes, validées, conformes au référentiel de la discipline. Les situations cliniques soumises aux IMG utilisent des supports variés et originaux : situations écrites, vidéos, jeux de rôles, présence de patients experts. Les situations plutôt biomédicales sont abordées en première année de DES alors que les situations complexes sont traitées en troisième année. Les situations santé de la femme et santé de l'enfant s'inscrivent en deuxième année du DES. Le déroulé pédagogique issu de l'ARP permet une dynamique pédagogique interactive facilitant l'acquisition de compétences.

Discussion /conclusion : Ce dispositif centré sur les IMG doit permettre un processus de construction permanente. Ce nouvel enseignement théorique tourné vers l'acquisition des compétences de la discipline respecte les exigences réglementaires du DES. La mise en place d'une évaluation immédiate confirme l'intérêt porté à ce nouveau programme par les IMG. Cette réforme est porteuse de procédures de certification.

Référence

Référentiel métier et compétences des médecins généralistes, juin 2009 ; Collège national des généralistes enseignants, Ministère de la santé France.

Mots-clés : référentiel métier, médecine générale, formation des internes

Clientèle cible : enseignants de médecine générale

PL 09

Impact d'une formation supportée par une plate-forme informatique sur l'enseignement des bases fondamentales en anesthésie-réanimation

Antoine Marchalot, Vincent Compère, Emmanuel Besnier, Bertrand Dureuil, Joël Ladner, Benoît Veber

Département d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale, Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Rouen, France
Contact : antoine.marchalot@chu-rouen.fr

Contexte : L'apprentissage en ligne émerge depuis plusieurs années dans la pédagogie médicale grâce à l'essor d'Internet et de l'informatisation personnelle. Dans cette mouvance, il a

été créé une plate-forme informatique rattachée au site Internet de la Faculté de médecine de Rouen regroupant l'enseignement des bases fondamentales d'Anesthésie-Réanimation.

Objectif : L'objectif de ce travail a été d'évaluer si un enseignement mixte (plate-forme informatique et des cours présentiels) par rapport à un enseignement magistral permettait l'amélioration des résultats à l'examen de fin d'année concernant les bases fondamentales de la discipline.

Méthodes : Nous avons mené une étude multi-centrique (CHU d'Amiens, Caen et Rouen), non randomisée qui incluait les résidents d'Anesthésie-Réanimation de 1^{ère} année. Ce travail a reçu l'accord du comité d'éthique pour les recherches non-interventionnelles du CHU de Rouen. En 2011, deux groupes ont été constitués : un groupe qui recevait l'enseignement mixte (GEM) intégrant la plateforme pédagogique et des cours présentiels s'appuyant sur des cas cliniques interactifs et un groupe contrôle (GC) qui bénéficiait de l'enseignement magistral. Les objectifs pédagogiques étaient identiques dans les 2 groupes. Le paramètre principal était la note médiane des résidents à l'examen des 2 groupes en 2011. Les paramètres secondaires étaient la note médiane des résidents à l'examen en 2012 et le temps de travail autoévalué. Nous avons pris en compte le niveau académique des résidents évalué par leur rang au concours des spécialités médicales. Les résultats sont exprimés en médiane (1^{er}-3^e interquartile) et les variables quantitatives ont été comparées par un test de Mann et Withney.

Résultats : En 2011, la note médiane était significativement plus élevée ($p < 0,001$) dans le groupe GEM (217,5 ; 197-228) par rapport au GC (183 ; 156-198). En 2012, la différence entre le GEM (note médiane 245 ; 240-248) par rapport au GC (218 ; 205-232) restait significative ($p < 0,05$). En 2011, le temps de travail était multiplié par 4 ($p < 0,01$) dans le GEM (20h ; 13,75-30) par rapport au GC (5h ; 5-8,75). Les rangs académiques étaient comparables en 2011 entre le GEM (2465 ; 2204-2639) et le GC (2599 ; 2324-2844). Cependant en 2012, le GEM (2221 ; 1265-2734) avait des étudiants ayant un rang académique supérieur ($p < 0,05$) par rapport au GC (2837 ; 2546-3012).

Conclusion : Dans ce travail multicentrique contrôlé, l'enseignement mixte s'appuyant sur une plate-forme informatique a permis une amélioration des résultats à l'examen de fin d'année pour des résidents d'Anesthésie-Réanimation. Ce résultat pourrait être secondaire à une augmentation du temps de travail personnel.

Mots-clés : enseignement mixte, anesthésie-réanimation, plate-forme informatique

Clientèle cible : éducateurs en sciences de la santé

PL 10

Vidéolaryngoscope vs laryngoscope classique pour l'enseignement de l'intubation endotrachéale néonatale : un essai randomisé contrôlé sur mannequins

Michael-Andrew Assaad, Christian Lachance, Ahmed Moussa

CHU Sainte-Justine, Montréal, Québec, Canada
Contact : ahmed-moussa@hotmail.com

Contexte : Les pédiatres acquièrent la compétence d'intubation endotrachéale (IET) néonatale durant leur formation en résidence. Cette technique est difficile vu l'anatomie particulière de la voie aérienne du nouveau-né. L'utilisation du vidéolaryngoscope (VL) est maintenant bien incorporée dans les milieux adultes et pédiatriques. Le VL pourrait être un outil de choix pour l'enseignement de l'IET. Seules quelques études préliminaires ont été décrites à ce sujet.

Objectifs :

- 1) Dans la phase d'apprentissage, comparant le VL au laryngoscope classique (LC), l'issu primaire était d'évaluer le taux de succès de l'IET et les issus secondaires étaient la durée de l'intubation et le taux d'intubation œsophagienne ;
- 2) Dans la phase d'évaluation, l'objectif était d'évaluer si la compétence d'IET avec le VL était transférable au LC en comparant les mêmes issus.

Méthodes : Entre juin et octobre 2012, nous avons organisé un essai randomisé contrôlé au Centre de Simulation du CHU Sainte-Justine. Des étudiants de 3^e et 4^e année de Médecine de l'Université de Montréal ont été invités à participer. Les sujets ont été randomisés dans le groupe A, utilisant le VL pour la phase d'apprentissage et le LC pour la phase d'évaluation, et le groupe B, utilisant le LC pour les deux phases. Lors de chaque phase, chaque sujet a effectué 9 IET sur 3 différentes voies respiratoires néonatales simulées.

Résultats : 34 étudiants ont effectué 612 intubations. 28/34 (82 %) des étudiants étaient en 3^e année. Aucun d'eux n'avait effectué d'IET néonatal avant l'étude. À la phase d'Apprentissage, le taux de succès de l'IET du Groupe A est supérieur à celui du Groupe B (96,5 % vs. 84,6 % $p < 0,001$). La durée de l'intubation est plus longue pour le Groupe A que pour le Groupe B (27,6 sec vs. 15,6 sec $p < 0,001$). À la phase d'évaluation, les taux de succès d'IET des deux groupes sont similaires (A : 91,7 %, B : 96,3 %). Le taux de succès du groupe A n'a pas changé de manière significative lors de la phase 2 avec le LC (NS) alors que dans le groupe B le taux de succès a continué à s'améliorer ($p < 0,001$).

Conclusion : Les taux de succès d'IET et d'intubation œsophagienne sont améliorés en utilisant le VL par rapport au LC. De plus, bien que l'intubation prenne plus de temps avec le VL, cette différence est cliniquement non significative. Lorsque les étudiants ont maîtrisé la technique d'IET sur des mannequins avec le VL, celle-ci est facilement transférable au LC.

Mots-clés : intubation endotrachéale, vidéolaryngoscope

Clientèle cible : professionnels de la santé intéressés par l'enseignement de gestes techniques

PL 11

Est-ce que les mannequins devraient mourir lors des réanimations simulées ?

Ahmed Moussa¹, Marie-Hélène Lizotte¹, Véronique Latraverse¹, Christian Lachance¹, Keith J. Barrington¹, Dominique Walker², Annie Janvier¹

¹ CHU Sainte-Justine, Montréal, Canada,

² Douglas Mental Health University Institute, Montréal, Canada.

Contact : ahmed-moussa@hotmail.com

Contexte : La rationnelle éducative du décès d'un mannequin lors d'une réanimation simulée est débattue, malgré l'enjeu réel dans la pratique médicale.

Objectifs : Évaluer l'impact de la simulation, en particulier lors du décès du mannequin, sur la performance et le niveau de stress des résidents. Évaluer si les résidents respectent la recommandation du PRN (Programme de réanimation néonatale) d'interrompre la réanimation après 10 minutes d'asystolie chez le nouveau-né (NN).

Méthodes : Les résidents de pédiatrie et de néonatalogie ont été randomisés à 2 scénarios de simulation : 1.NN à terme demeurant sans pouls malgré les interventions médicales (SP) 2.NN à terme naissant sans pouls, mais répondant aux manœuvres de réanimation (RR). La performance a été évaluée à l'aide d'évaluations standardisées du PRN et révisée par 2 experts indépendants. Une mesure du cortisol salivaire a été effectuée à 3 reprises pour chaque participant : valeur de base (lors d'un cours), pré-simulation (T1) et post-simulation (T2) (après la 1^{ère} simulation). Un questionnaire a été rempli après les simulations.

Résultats : 42/47 participants ont consenti à l'étude dont 88 % étaient des femmes. Les niveaux de cortisol salivaire étaient significativement supérieurs en T2 par rapport à T1 ($p < 0,001$). Cette augmentation était indépendante du scénario ($p = 0,06$) et de la performance au 1^{er} ($p = 0,94$) ou 2^e ($p = 0,73$) scénario. Les scores de performance étaient similaires selon le scénario :

SP 81 % (65–98 %) et RR 81 % (66–95 %) ($p = 0,66$) ; selon quel scénario était effectué en 1^{er} et selon le niveau de formation du résident (junior vs. sénior). Au questionnaire postsimulation, l'appréciation du résident de sa performance corrèle avec sa performance réelle ($p = 0,003$). Il n'y a pas de corrélation entre la perception subjective du stress et l'augmentation du cortisol salivaire mesuré ($p = 0,09$) ou la performance ($p = 0,41$). Dans le scénario SP, 29/42 (69 %) des résidents ont cessé les manœuvres de réanimations (temps moyen de 14 minutes) alors que 13/42 (31 %) n'avaient toujours pas arrêté d'eux même la réanimation après 20 minutes d'observation. Les résidents juniors cessent les manœuvres moins fréquemment que les séniors ($p = 0,05$).

Conclusion : La simulation engendre de l'anxiété chez les résidents sans compromettre leur performance. Les résidents évaluent avec justesse leurs performances lors des simulations. Le décès d'un mannequin lors d'une simulation n'accroît pas l'anxiété vécu par les résidents et n'interfère pas avec leurs performances. 1/3 des résidents n'applique pas les recommandations du PRN sur la durée des manœuvres de réanimation chez un NN en asystolie.

Mots-clés : réanimation néonatale, simulation, décès

Clientèle cible : professionnels de la santé ayant un intérêt en simulation

PL 12

L'évaluation de la pratique des médecins de plus de 70 ans au Québec

Marc Billard

Comité d'inspection professionnelle, Collège des médecins du Québec, Canada

Contact : mbillard@cmq.org

Contexte : Au Québec, 19 400 médecins, spécialistes et médecins de famille, sont inscrits actifs au tableau de l'Ordre. De ce nombre, 1 211 médecins (6,2 %) ont plus de 70 ans. La littérature sur l'évaluation des pratiques montre une baisse significative de qualité de leur exercice après 70 ans. Nos résultats corroborent ces données. L'évaluation de tous ces médecins représente une tâche colossale. Nous devons trouver une méthode simple, rapide, acceptable par nos médecins et en évaluer la faisabilité et le résultat.

Méthodes : Nous avons donc développé un questionnaire et une grille d'analyse basés sur les facteurs de risque reconnus qui nous permettent d'établir un score (10 à 32) à partir duquel nous jugeons si une évaluation plus poussée est nécessaire. Les questionnaires sont aussi soumis à un médecin familier avec les

personnes âgées qui attribuent une cote subjective (A, B ou C). Le questionnaire permet aussi au médecin de réfléchir sur sa pratique et de voir si certaines activités devraient être réduites ou cessées en fonction de ses limites ou de ses intérêts.

Résultats : Nous avons analysé plus de 500 questionnaires à ce jour et fait quelques visites chez des médecins dont la pratique a été jugée plus à risque (score à 26 ou plus ou cote C). Nous présenterons le questionnaire et la grille d'analyse ainsi que l'analyse de nos résultats à ce jour. Nous comparerons le résultat des visites issues de ce programme au niveau de risque selon notre grille d'analyse ainsi qu'à nos résultats antérieurs. Selon les résultats préliminaires, seulement 10 % des médecins nécessitent une évaluation plus détaillée de leur pratique.

Mots-clés : évaluation, facteurs de risque, qualité de l'exercice

Clientèle cible : professionnels impliqués dans le maintien de la qualité de l'exercice, la formation continue, l'évaluation de la pratique des professionnels en exercice.

PL 13

Entente Québec–France : analyse des résultats et impacts sur les milieux de formation postdoctorale

Ernest Prigent, Anne-Marie MacLellan, Sylvio Leboeuf

Direction des études médicales, Collège des médecins du Québec, Canada

Contact : epregent@cmq.org

Contexte : L'arrangement de reconnaissance mutuelle (ARM) des qualifications professionnelles, entre le Québec et la France pour les médecins, est entré en vigueur en novembre 2009. Trois ans plus tard, il est important de faire un bilan de certains impacts de cette entente.

Objectifs : Les objectifs de cette étude sont de revoir l'état de la situation pour les médecins français qui désirent pratiquer au Québec, faire l'analyse du processus évaluatif du stage d'adaptation et les impacts sur la formation des résidents au sein des milieux agréés au Québec.

Méthodes : Les conditions de l'entente ont été revues. Les données, revues de façon rétrospective, incluant les résultats du stage d'adaptation à caractère évaluatif (stage d'évaluation), ont été analysées par spécialité de façon quantitative et qualitative. Les défis et enjeux liés à l'adaptation à la pratique au Québec ont aussi été relevés, ainsi que les impacts sur les milieux agréés de formation des résidents.

Résultats : Entre novembre 2009 et janvier 2013, 181 demandes écrites ont été reçues et traitées. Des 74 candidats avec dossier

conforme et qui ont complété le stage d'adaptation à caractère évaluatif de 3 mois, 64 permis restrictifs furent délivrés. Certains candidats sont actuellement en stage ou en attente de stage. Selon les champs de pratique, plusieurs personnes ont échoué le stage et l'analyse des stages permet d'identifier le profil des différences et des difficultés. Certains impacts directs et indirects sur la formation des résidents ont été notés.

Conclusion : La réussite d'un stage d'adaptation à caractère évaluatif est nécessaire avant la délivrance d'un permis. La formation, la pratique et l'organisation des soins au Québec diffèrent de ce qui prévaut en France. De plus, des impacts pédagogiques s'observent suite à cet accord économique.

Mots-clés : ARM, évaluation, profil des différences cliniques

Clientèle cible : cliniciens, milieux de formation, enseignants, études postdoctorales

PL 14

Professionalisme des résidents et moniteurs : traitement des plaintes par l'ordre professionnel

Anne-Marie MacLellan, Ernest Prigent, Sylvio Leboeuf

Direction des études médicales, Collège des médecins du Québec, Canada

Contact : amaclellan@cmq.org

Contexte/problématique : Les résidents et moniteurs (fellows) en formation dans une faculté de médecine du Québec doivent être titulaires d'un certificat d'immatriculation délivré par le Collège des médecins du Québec (CMQ), qui est l'ordre professionnel des médecins au Québec. Étant immatriculés, ils sont tenus de respecter les mêmes règles déontologiques que les médecins en exercice. Durant leur formation, les résidents et moniteurs reçoivent de la formation sur le professionnalisme. Cependant, il n'existe pas de mécanisme réglementaire spécifique pour le traitement d'un signalement concernant un résident ou un moniteur qui soit comparable à ceux existant pour les médecins en exercice (ex. enquête par le syndicat de l'ordre, plainte disciplinaire).

Objectifs/questions : Le premier objectif était de cerner l'étendue du problème, de répertorier les cas de manquement au professionnalisme par les immatriculés, les divers mécanismes administratifs et autres solutions employés pour traiter les plaintes relatives au professionnalisme. Le deuxième objectif était de pallier à l'absence d'encadrement réglementaire et préparer un règlement sur le contrôle des résidents.

Méthodes : Les données relatives aux 33 signalements pour manquement au professionnalisme traités entre 2006 et 2012 ont été analysées rétrospectivement de façon quantitative et qualitative. Pour le deuxième objectif, le processus actuel de traitement des signalements, incluant la communication avec les universités et les plaignants, a été revu.

Résultats : Les manquements au professionnalisme ont été regroupés sous 4 catégories : prescriptions et stupéfiants, utilisation des médias sociaux, relations avec les patients, et autres manquements. Les motifs et la provenance des signalements ont été revus dans chacune des catégories. L'analyse des solutions mises en place démontre des solutions variées allant du rejet du signalement à la révocation de l'immatriculation (donc du droit d'exercer des activités médicales), en passant par l'envoi de lettres d'avertissement ou de rappel des règles déontologiques applicables.

Un projet de règlement sur le contrôle des résidents et moniteurs a été élaboré et adopté par le Conseil d'administration du CMQ. Ce règlement entrera en vigueur après avoir été sanctionné par le gouvernement du Québec.

Discussion/conclusion : Cette étude démontre que des cas de manquement au professionnalisme continuent à exister malgré la formation faite sur le sujet. La mission du CMQ est d'offrir une médecine de qualité au service du public, même durant la formation de ses futurs membres. Le nouveau règlement sur le contrôle des résidents facilitera et formalisera l'intervention auprès des résidents et moniteurs présentant des problèmes de professionnalisme.

Mots-clés : professionnalisme, plaintes, résidents

Clientèle cible : vice-doyens, directeurs d'enseignement et de programme, résidents et moniteurs

PL 15

Réflexion sur un enseignement de Soins Palliatifs adapté aux contraintes d'un contexte universitaire : mise en place d'un dispositif pédagogique original combinant plusieurs outils dans le but de susciter la réflexivité

Didier Giet, Valérie Massart

Département de Médecine Générale, Université de Liège, Belgique

Contacts : d.giet@ulg.ac.be ou v.massart@chu.ulg.ac.be

Contexte/problématique : La médecine palliative et de fin de vie est une matière nécessitant naturellement l'acquisition de

connaissances. Mais il s'agit d'un domaine délicat, impliquant souvent chez les étudiants un profond questionnement éthique, une charge émotionnelle majeure voire une interférence potentielle d'un vécu personnel. Le cours a été dispensé durant dix ans selon un format traditionnel, en avant-dernière année de médecine. À la faveur d'une réorganisation des études médicales de base, cet enseignement a bénéficié d'une réflexion pédagogique.

Question : Comment concilier les objectifs spécifiques d'un enseignement de soins palliatifs et les contraintes pratiques du contexte universitaire ?

Méthodes : Un collège d'enseignants, composé de médecins hospitaliers et généralistes, a mené une réflexion initiale sur les objectifs pédagogiques à atteindre (l'idéal) : répondre aux besoins d'apprentissage des étudiants (théoriques, techniques, philosophiques, éthiques...) dans un contexte le plus proche des réalités professionnelles et qui favorise leur motivation ; accompagner personnellement l'enseigné dans sa réflexion et son apprentissage ; susciter une démarche réflexive ; développer le raisonnement éthique.

Ce collège d'enseignants a confronté les opportunités (cliniciens motivés par l'enseignement, soutien facultaire), les contraintes contextuelles (grand nombre d'étudiants, domaines abordés particuliers) ainsi que les méthodes pédagogiques permettant de répondre aux objectifs suscités.

Résultats : La réflexion a abouti à la construction d'un dispositif original combinant plusieurs outils pédagogiques (servant les objectifs) : une vignette clinique évolutive (la simulation d'une situation professionnelle donne du sens) ; un tutorat assuré par des cliniciens de terrain qui accompagnent les étudiants par petits groupes (le soutien personnalisé porte évidemment sur les connaissances, mais favorise aussi le processus réflexif) ; des cours pluridisciplinaires dispensés en grand groupe dont le contenu est modulé par les questions des étudiants recueillies après leur découverte de la vignette clinique (cette adaptation des cours aux besoins des apprenants vise à accroître la motivation à assister aux cours) ; un portfolio électronique (par le passage à l'écriture, le portfolio peut constituer un soutien à la réflexivité, à la prise de recul et la métacognition).

Les auteurs présenteront en détail la manière dont tous ces outils sont combinés l'un à l'autre au sein du dispositif pédagogique, qui trouve son application depuis deux ans et dont l'évaluation est en cours.

Référence

Giet D, Massart V, Deum M, Brichant J-F. Dispositif pédagogique en médecine palliative visant le développement de la réflexivité chez des étudiants. Utilisation d'un portfolio électronique. *Pédagogie Médicale* 2012;13(1):51-64.

Mots-clés : médecine palliative, portfolio, tutorat

Clientèle cible : étudiants prégradués (6^e année)

PL 16

Observer des pairs avant ou après la pratique de l'examen physique : influence sur l'apprentissage

Bernard Martineau, Christina St-Onge, Linda Bergeron, Sylvia Mamede, Henk Schmidt, Remy Rikers

Contact : bernard.martineau@usherbrooke.ca

Contexte/problématique : Les séances d'apprentissage en petits groupes permettent l'acquisition d'habiletés psychomotrices en combinant pratique et observation ; chaque étudiant pratique à tour de rôle pendant que les autres observent ce collègue qui pratique. Cependant, lors de ces séances d'apprentissage, les premiers étudiants à pratiquer peuvent être désavantagés, puisqu'ils n'ont pas la chance d'observer avant de pratiquer. Jusqu'à maintenant, les études qui ont porté sur l'impact de la combinaison pratique/observation dans l'apprentissage d'habiletés psychomotrices, ont investigué l'influence d'observer un pair avant ou pendant la pratique, sans toutefois s'intéresser à l'influence de l'observation d'autres pairs après avoir pratiqué.

Objectifs/questions : La présente étude avait pour objectif d'étudier l'impact du moment de l'observation d'un pair sur l'acquisition, par des étudiants en médecine, des habiletés psychomotrices nécessaires à conduire un examen neurolocomoteur (ENL) intégré pour lombalgie.

Méthodes : 130 étudiants de deuxième année en médecine ont participé à une activité d'apprentissage de l'ENL. Les étudiants pratiquaient en petits groupes de trois avec un patient formateur. Chaque étudiant pratiquait l'ENL à tour de rôle et pendant ce temps, les deux autres étudiants observaient. Cette manière de faire créait trois combinaisons observation/pratique différentes :

- 1) deux observations après la pratique (pour le premier étudiant qui pratique) ;
- 2) une observation avant et une observation après la pratique (pour le deuxième étudiant) ; et
- 3) deux observations avant la pratique (pour le troisième étudiant).

Après la séance de pratique, une phase d'évaluation suivait lors de laquelle chaque étudiant exécutait l'ENL, seul avec le patient formateur. Cette performance était enregistrée sur bande vidéo pour être analysée à l'aide d'une grille d'évaluation des habiletés psychomotrices préalablement validée dans des études précédentes.

Résultats : Une ANOVA à mesures répétées a été utilisée pour évaluer les différences de performance selon le moment où l'observation d'un pair était faite. Les résultats ne montrent aucune différence significative entre les trois groupes (moyennes : groupe 1 – 88,3 % ; groupe 2 – 88,3 % ; groupe 3 – 86,4 % ; $p < 0,05$).

Discussion/conclusion : L'acquisition des habiletés psychomotrices nécessaires pour faire un ENL ne semble pas être influencée par l'ordre de passage dans une session d'apprentissage combinant pratique et observation. Les résultats suggèrent que

les étudiants continuent à apprendre par l'observation, même après avoir pratiqué l'habileté à acquérir.

Référence

St-Onge C, Martineau B, Harvey A, Bergeron L, Mamede S, Rikers R. From See One Do One; to See a Good One do a Better One: Learning physical examination skills through peer observation. *Teaching and Learning in Medicine*, 2013 (sous presse).

Mots-clés : observation, habiletés psychomotrices, examen physique

Clientèle cible : médecins, apprenants, chercheurs

PL 17

Évaluation des effets d'une formation en ligne sur les pratiques de counseling en abandon du tabac des inhalothérapeutes

Annie Montreuil

Institut national de santé publique du Québec ;
Université du Québec à Montréal, Canada

Contact : annie.montreuil@inspq.qc.ca

Contexte/problématique : La formation continue en ligne est efficace pour améliorer les connaissances de l'apprenant, mais les effets sur l'adoption de meilleures pratiques cliniques sont plus rarement démontrés. Afin de répondre au besoin des inhalothérapeutes d'améliorer leurs pratiques de counseling en abandon du tabac (Tremblay *et al.* 2006), l'Ordre des inhalothérapeutes du Québec, en collaboration avec l'Institut national de santé publique, a développé la formation « Intervenir auprès de vos patients fumeurs : le rôle des inhalothérapeutes », offerte uniquement en ligne aux inhalothérapeutes ayant gradué. Cette formation a fait l'objet d'une évaluation en s'inspirant du modèle de Kirkpatrick à 4 niveaux (1996).

Objectifs : L'objectif de l'évaluation consistait à mesurer les effets de la formation sur les connaissances, le sentiment de compétence à intervenir et les pratiques de counseling des inhalothérapeutes.

Méthodes : Les participants ont été soumis à un test de connaissance sur le counseling en abandon du tabac avant la formation et immédiatement après. Leurs perceptions de compétence à intervenir auprès des patients fumeurs ainsi que leurs pratiques de counseling auprès de cette clientèle ont été évaluées avant la formation et trois mois après avoir complété la formation. Tous les inhalothérapeutes qui suivaient la formation étaient invités à participer à l'évaluation. Des 549 inhalothérapeutes qui ont complété la formation dix-huit mois après sa mise en ligne, 123 ont participé à toutes les étapes de l'évaluation.

Résultats : Après avoir suivi la formation, les inhalothérapeutes ont amélioré leurs connaissances du counseling en abandon du tabac ; ils ont obtenu en moyenne un score au test de 11,6 sur 13 après la formation comparé à 5,3 avant ($p < 0,05$). Trois mois après avoir suivi la formation, ils se sentaient plus compétents à intervenir (4,2 sur une échelle de 5 vs. 2,6 ; $p < 0,05$) et ils intervenaient,

en moyenne, auprès d'un patient sur dix de plus (5,0 patients sur 10 après la formation vs. 3,7 patients sur 10 avant ; $p < 0,05$).

Discussion/conclusion : Cette formation en ligne a permis d'améliorer les connaissances, le sentiment de compétence et les pratiques de counseling des inhalothérapeutes auprès de leurs patients fumeurs. Ces résultats démontrent que cette méthode contemporaine d'éducation médicale continue peut améliorer les pratiques cliniques.

Références

Tremblay M, Cournoyer D, O'Loughlin J. Le counseling en abandon du tabac : résultats d'une enquête menée auprès des inhalothérapeutes du Québec–2005, Montréal, Institut national de santé publique du Québec, 2006.

Kirkpatrick D. Great Ideas Revisited. Techniques for Evaluating Training Programs. Revisiting Kirkpatrick's Four-Level Model. Training and Development 1996;50(1):54-59.

Mots-clés : évaluation, formation continue, pratiques cliniques

Clientèle cible : responsables de la formation, responsables de l'évaluation

PL 18

Les Mini Entrevues Multiples pour la sélection de candidats en otorhinolaryngologie et chirurgie cervico-faciale

Maude Campagna-Vaillancourt¹, Lily HP Nguyen^{2,3}, John J. Manoukian², Saleem Razack^{3,4}

¹Département de médecine, Université McGill, Canada

²Département d'otorhinolaryngologie et chirurgie cervico-faciale, Université McGill

³Centre d'éducation médicale, Université McGill

⁴Département de pédiatrie, Université McGill

Contact : lily.hp.nguyen@gmail.com

Contexte : Les Mini Entrevues Multiples (MEM) sont souvent utilisées pour l'admission en médecine étant donné leur validité et leur supériorité aux entrevues traditionnelles^[1]. Par contre, il y a une pénurie de littérature relative à l'utilisation des MEM pour l'admission aux études médicales postdoctorales.

Objectifs : Le but de cette étude était de créer des MEM pour l'admission au programme d'otorhinolaryngologie et chirurgie cervico-faciale (ORL-CCF) de l'Université McGill et d'évaluer leur acceptabilité.

Méthodes : Les candidats canadiens gradués en médecine appliquant au programme d'ORL-CCF à McGill en 2011 et 2012 ont fait des MEM. Les MEM avaient sept stations, chacune évaluant des qualités particulières, incluant les habiletés techniques et deux scénarios de simulation avec des acteurs standardisés pour évaluer les habiletés non-cognitives. Après

avoir terminé les MEM, les candidats et évaluateurs les ont évalués en utilisant une échelle Likert de sept points.

Résultats : Les données ont été acquises pour 45 candidats et 19 évaluateurs. La majorité des candidats (>80 %) trouvait que les MEM les aidaient à présenter leurs forces et qu'il n'y avait pas de biais culturel, sexiste ou d'âge. Les évaluateurs (>85 %) trouvaient que les MEM évaluaient une gamme valide de compétences et qu'elles testaient plus d'aspects d'un candidat que les entrevues traditionnelles. Les candidats et évaluateurs (>70 %) trouvaient que les MEM étaient un processus équitable et ils préféraient les MEM versus les entrevues traditionnelles. L'utilisation des scénarios de simulation a permis au programme d'évaluer des aspects des candidats qui ne peuvent pas être évalués avec les entrevues traditionnelles tout en permettant un processus équitable et standardisé pour les candidats.

Discussion : Les MEM ont été bien acceptées par les candidats et évaluateurs pour la sélection de candidats dans un programme d'ORL-CCF. La majorité d'entre eux préféraient les MEM aux entrevues traditionnelles, démontrant que les MEM peuvent être adaptées pour les études postdoctorales en médecine avec des bons résultats.

Référence

[1] Eva KW, Rosenfeld J, Reiter HI, Norman GR. An admissions OSCE: the multiple mini-interview. Medical Education 2004;38(3):314-326.

Mots-clés : mini entrevues multiples, otorhinolaryngologie, scénario de simulation

Clientèle cible : membres de comités de sélection pour études postdoctorales en médecine

PL 19

Mobilisation et transfert sécuritaire du patient avec traumatisme cervical : l'utilisation de centrales inertielles comme outil pédagogique de rétroaction

Karina Lebel^{1,2}, Patrick Boissy^{1,2}, Stéphan Lavoie¹, Denis Bouchard³, Mélanie Marceau^{1,4}, Aurore Beaunier^{1,2}

¹Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Canada

²Institut interdisciplinaire d'innovation technologique, Université de Sherbrooke

³Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

⁴CHUS de Sherbrooke

Contact : patrick.boissy@usherbrooke.ca

Contexte : La mobilisation et le transfert sécuritaire d'un patient avec un traumatisme cervical potentiel sont des techniques essentielles à acquérir pour les infirmières désirant

travailler dans le domaine de soins critiques. L'efficacité de ces manœuvres est grandement influencée par l'entraînement et l'expérience du personnel. Malgré que ces techniques soient pratiquées par beaucoup d'intervenants, les outils pour évaluer de façon quantitative les aptitudes des intervenants à les faire sur le terrain sont inexistantes.

Objectifs/questions : Développer et appliquer dans le cadre d'une simulation clinique auprès d'étudiantes en sciences infirmières une approche de rétroaction dans la pratique supervisée de ces techniques en utilisant des mesures de cinématiques du mouvement de la tête et du tronc basées sur des centrales inertielles pour mesurer objectivement l'efficacité des techniques (Boissy 2011).

Méthode : Étape 1 : Analyses de faisabilité de l'utilisation d'un mannequin de simulation selon le scénario d'apprentissage visé. Développement d'un logiciel dédié d'acquisition et de rétroaction en différé du mouvement relatif de la tête à partir de centrales inertielles selon le contexte et les conditions d'enseignement des techniques. Tests de l'outil pédagogique visé pour le déploiement en conditions simulées avec équipe pédagogique afin de vérifier la validité apparente. Étape 2 : Déploiement et évaluation de l'outil pédagogique en conditions d'enseignement (groupe de 45 étudiantes, activité d'une journée lors du cours Soins infirmiers en traumatologie). Chaque équipe de 4 étudiantes sera exposée, en alternance, à 3 scénarios de mobilisation avec rétroaction du formateur (avec et sans l'approche proposée). Les données des mesures des centrales inertielles (mouvement de la tête par rapport au tronc) seront utilisées par le formateur pour donner une rétroaction après chaque scénario. L'impact et l'acceptabilité de l'approche proposée seront évalués par questionnaire (étudiantes) et entrevue (formateur).

Résultats : L'étape 1 est complétée et le déploiement dans l'activité pédagogique se fera le 19 février 2013. Les résultats seront disponibles pour la conférence.

Discussion : L'impact recherché sur l'apprentissage est de permettre aux étudiantes d'améliorer rapidement leurs techniques de mobilisation en équipe lors de différents scénarios en urgence à l'aide de mesures de résultats objectives. L'approche proposée est aussi transférable dans le cadre d'activités pédagogiques supervisées ou non auprès d'autres intervenants.

Référence

Boissy, P. et collab. Effectiveness of cervical spine stabilization techniques. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 2011.

Mots-clés : biomécanique clinique, techniques d'immobilisation

Clientèle cible : simulation, évaluation de compétences

PL 20

La collaboration interprofessionnelle entre médecins-internes et infirmiers(ères) dans des situations de Médecine Interne Générale : comportements contribuant à la qualité du travail d'équipe

Virginie Muller-Juge, Stéphane Cullati, Katherine Blondon, Patricia Hudelson, Fabienne Maître, Nu Vu, Georges Savoldelli, Mathieu Nendaz

Université et Hôpitaux Universitaires, Genève, Suisse
Contact : mathieu.nendaz@hcuge.ch

Mots-clés : interprofessionnalisme, médecine interne

Clientèle cible : éducateurs en sciences de la santé, médecins, infirmiers(ères)

Contexte : Un travail d'équipe efficient est associé à une meilleure prise en charge des patients. Cependant, la compréhension des interactions médico-infirmières en médecine interne est moins établie que dans des contextes de réanimation.

Objectif : Décrire les comportements des médecins-internes et infirmiers(ères) qui contribuent à la qualité du travail d'équipe.

Méthodes : Nous avons recruté 14 médecins-internes et 14 infirmiers(ères) volontaires d'un service de Médecine Interne Générale. Les paires médico-infirmières ont pris en charge un cas non-urgent et un cas plus urgent en simulation haute fidélité. Les participants ont ensuite participé à un « rappel stimulé » leur permettant de visionner la vidéo de la simulation et d'expliquer leurs actions et perceptions. Les simulations ont été transcrites, codées et analysées selon une méthode qualitative (*template analysis*). Lors de précédents entretiens semi-structurés, les participants ont évoqué des comportements souhaitables lors de leurs interactions médico-infirmières. Ces derniers ont servi de base pour créer notre « catalogue de codage », complétant des critères issus d'échelles publiées.

La qualité du travail d'équipe pendant les simulations a été évaluée selon l'efficacité de la prise en charge, la présence d'objectifs communs, et l'ambiance de l'interaction.

Résultats : À ce stade de la soumission, les données sont en cours d'analyse. Des résultats préliminaires indiquent que, plus que la performance individuelle, la capacité d'un membre de

la paire à compenser les faiblesses de l'autre (p. ex. manque d'expérience ou d'autonomie) était associée à un meilleur travail d'équipe. La prise de décisions individuelle sans dialogue, ni concertation était associée à une diminution de la qualité. Le type de cas clinique (urgent versus non urgent) semblait aussi influencer les comportements des participants.

Conclusion : Certains comportements, semblables à ceux observés dans des équipes de réanimation, semblent améliorer le travail d'équipe entre paires médico-infirmières et permettent de compenser les faiblesses individuelles d'un membre de l'équipe. Afin que les membres de l'équipe adoptent ces comportements, l'éducation interprofessionnelle devrait en tenir compte aux niveaux pré et postgradués.

Références

Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration : effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009 (en ligne).

Muller-Juge V, et collab. Interprofessional collaboration on an Internal Medicine ward : role perceptions and expectations among nurses and residents 2013, submitted.

PL 21

Le « choc des images » comme soutien à l'évaluation et à l'élaboration des programmes de formation en santé : intérêt d'un outil de cartographie curriculaire

Catherine Romanus¹, Marc Wattel², Patrick Parmentier¹, Karin van Loon³, Dominique Peeters³, Helyett Wardavoir¹, Geneviève Erkens⁴, Florence Parent^{4,5}

¹ Haute École Libre de Bruxelles Ilya Prigogine, Belgique

² AREA Santé ASBL, Belgique

³ Haute École Paul Henri Spaak, Belgique

⁴ Médecins Sans Frontières

⁵ École de santé publique, Université Libre de Bruxelles, Belgique

Contact : catherine.romanus@helb-prigogine.be

Contexte/problématique : Suite au décret datant du 9 mai 2008, les institutions d'enseignement supérieur en Communauté Française de Belgique sont invitées à adapter leurs formations aux standards internationaux. Ainsi, la compréhension progressive de l'intérêt de favoriser une logique par compétences en formation initiale en santé et dans le secteur de la santé en général se concrétise par la construction au sein des institutions de formations, de référentiels de compétences. Cependant, se limiter à la rédaction de tels référentiels serait se résoudre à n'avoir que la « carcasse » du changement. Envisager le lien entre ce référentiel de compétences et les logiques disciplinaires existantes ou qui prévalaient antérieurement reste dès lors un défi.

Objectifs : Présenter les résultats d'une démarche de recherche-action visant à développer un logiciel graphique d'aide à l'élaboration, l'évaluation et l'accompagnement des équipes enseignantes dans la mise en œuvre de curriculum par compétences inscrit dans une visée d'approche-programme participative.

Questions : La mise en œuvre d'une logique des compétences nécessite de développer de nouveaux outils d'évaluation et de programmation. La notion de compétence est particulièrement complexe, car elle véhicule une vision d'interdisciplinarité, un nouveau rapport aux savoirs (dans l'action), de même qu'une dimension combinatoire (hors et en contexte). Le développement d'outils informatiques de type base de données et logiciel graphique peut-il dès lors aider à structurer/liar les éléments d'un curriculum par compétences tout en favorisant une démarche de questionnement et de consensus entre acteurs concernés par le processus ?

Méthodes et résultats : La recherche-action a été développée dans le contexte spécifique de l'enseignement en kinésithérapie. L'outil construit dans une logique d'interactivité poussée devait répondre à plusieurs conditions propres à une approche par compétences intégrée, notamment à l'exigence de clarification globale des liens entre dispositifs curriculaires, savoirs et composantes du référentiel de compétences, favorables à une vision interdisciplinaire du programme.

Conclusion : Après un processus itératif de deux ans, certains résultats permettent de confirmer l'intérêt de développer ce type d'outils centrés sur une représentation figurative des différentes composantes d'un programme : la démarche réflexive suscitée par les feedbacks visuels et entendue dans une logique d'interactions permet de lever les limites de l'approche-cours et d'ancrer ainsi les acteurs concernés dans une démarche d'approche-programme.

Mots-clés : évaluation, pratique réflexive, cartographie curriculaire

PL 22

Comment appréhender le concept de réflexivité au sein de la formation initiale en kinésithérapie ?

Catherine Romanus

HELB Ilya Prigogine, Belgique

Contact : catherine.romanus@helb-prigogine.be

Contexte : Dans le cadre du décret datant du 9 mai 2008, les institutions d'enseignement supérieur en Communauté française de Belgique sont invitées à adapter leurs formations aux standards internationaux en référence au développement de « compétences pointues dans la durée, assurant les étudiants à en maintenir la pertinence, en autonomie ou dans le contexte de formation continuée tout au long de la vie ». Pour qu'un professionnel développe ses compétences et s'inscrive dans une démarche autonome et responsable, il ne peut le faire qu'en témoignant d'une forte capacité à réfléchir dans et sur son action.

Problématique : En tant que formateurs, il nous importe de développer chez les apprentis kinésithérapeutes une posture de praticien réflexif ou tout au moins d'en assurer les fondements. Nous nous demandons comment garantir et évaluer le développement d'une telle posture sachant que la réflexivité ne présente encore à l'heure actuelle aucun observable ou mesure directe permettant de l'évaluer et de pouvoir objectiver son impact sur la formation des apprenants.

Objectifs/questions : Notre étude porte sur l'identification de traces de réflexivité sur base d'un modèle théorique « synthèse de la notion » (Derobertmeasure & Dehon 2012), dans le cadre d'un dispositif innovant mis en œuvre et favorisant le développement de la réflexivité. Nous interrogeons la nature des processus réflexifs relevés dans les écrits des étudiants et en lien avec les stages de pratique professionnelle.

Méthodes : Nous avons mené une analyse de contenus de type thématique, à l'aide du logiciel Nvivo, portant sur les écrits réflexifs d'étudiants de 3^e Bachelor dans le cadre de leur premier stage. L'analyse porte sur la recherche d'indices textuels au sein de 32 fiches d'«analyse d'une situation interpellante vécue».

Résultats : La finalité de la réflexivité s'exprime surtout en termes d'apprentissage. Ainsi, la révélation de savoirs tacites, émergents de l'analyse réflexive d'une situation, apparaît sous plusieurs formes : de la simple recommandation à une théorisation élaborée. Il ressort que l'objet des théorisations élaborées est fréquemment en lien avec la « distance thérapeutique ».

Discussion/conclusion : Les finalités de la réflexivité se définissent en termes d'apprentissage et de régulation de pratiques.

Il semble que le dispositif mis en place favorise davantage la révélation de savoirs d'action. La question du « transfert » de ces savoirs en vue d'une régulation reste encore à investir.

Référence

Derobertmeasure A, Dehon A. Développement de la réflexivité et décodage de l'action : questions de méthode. *Phronesis* 2012;1(2):24-44.

Mots-clés : réflexivité, évaluation, savoirs

Clientèle cible : enseignants en formation initiale (médicale et paramédicale)

PL 23

Développement d'un instrument de mesure pour évaluer l'impact des activités de développement professionnel continu sur les comportements cliniques

Francine Borduas¹, France Légaré¹, Adriana Freitas¹, Renée Drolet¹, André Jacques², Francesca Luconi³, Gaston Godin¹

¹ Université Laval, Canada

² Collège des médecins du Québec, Canada

³ Université McGill, Canada

Contact : francineborduas@videotron.ca

Contexte/problématique : Lors d'un forum d'échanges, un groupe de décideurs en développement professionnel continu (DPC) et des chercheurs en transfert de connaissances ont identifié le besoin de disposer de méthodes d'évaluation efficaces pour évaluer l'impact des activités de DPC sur la pratique clinique.

Objectifs/questions : Présenter les résultats initiaux du développement d'un instrument de mesure fondé sur la théorie, fiable et valide, pour évaluer l'impact d'activités de DPC sur la pratique clinique.

Méthodes : Premièrement, nous avons identifié, par une approche systématique, les instruments de mesure existants pour évaluer les intentions et/ou les comportements chez les professionnels de la santé. Pour ce faire, nous avons utilisé la revue de Godin et collab. (2008). Par la suite, nous avons identifié les caractéristiques des outils retenus et de leurs items. Les items répertoriés ont été intégrés dans les 8 construits d'un modèle théorique fondé sur les théories sociocognitives. Les items les plus pertinents ont ensuite été sélectionnés selon un

processus interactif avec un comité d'experts multidisciplinaire. Les items retenus ont été soumis à une étude e-Delphi qui a permis de produire un instrument de mesure générique.

Résultats : Nous avons identifié 47 instruments de mesure éligibles qui comprenaient 1 218 items. Ces items ont été reclassés dans les 8 construits du modèle théorique. Suite au processus interactif avec le comité d'experts, 61 items ont été sélectionnés. L'étude e-Delphi a par la suite permis de créer un instrument générique de 40 items.

Discussion/conclusion : Notre inventaire a fourni la base pour le développement d'un nouvel instrument de mesure fondé sur la théorie, pour évaluer l'impact d'activités de DPC sur la pratique clinique. Cet outil pourra répondre aux besoins des organisateurs et décideurs en DPC de disposer de méthodes d'évaluation efficaces. Des validations sont nécessaires pour optimiser l'instrument de mesure pour mieux répondre aux besoins des utilisateurs.

Références

Légaré F, et collab. Developing a theory-based instrument to assess the impact of continuing professional development activities on clinical practice: a study protocol. *Implementation Science* 2011;6:17.

Godin G, et collab. Healthcare professionals' intentions and behaviours: a systematic review of studies based on social cognitive theories. *Implementation Science* 2008;3:36.

Mots-clés : évaluation, développement professionnel continu (DPC), théories sociocognitives

Clientèle cible : médecins, professionnels de la santé, éducateurs, chercheurs en santé et chercheurs en éducation

PL 24

Théorie, action et réflexion pour apprendre à gérer son environnement organisationnel

Audette Bédard, Marie-Eve Lamontagne

Université Laval, Canada

Contact : audette.bedard@rea.ulaval.ca

Contexte : Les modifications importantes dans les contextes d'exercice ont entraîné des changements dans la pratique des ergothérapeutes (von Zweck 2004), qui sont dorénavant appelés à agir dans et sur leur environnement organisationnel afin d'offrir des services de qualité. Or, cette compétence s'acquiert difficilement par des méthodes pédagogiques traditionnelles.

Le programme d'ergothérapie de l'Université Laval désire placer les étudiants en situation d'apprentissage progressif tout au long de leur formation. Les enseignants ont créé une formule pédagogique permettant d'ancrer les apprentissages dans la réalité et d'intégrer progressivement théorie, action et réflexion. Le cours Environnement organisationnel est composé de six blocs d'activités s'intercalant avant, pendant et après les stages du baccalauréat. L'étudiant est amené à établir, de façon active et supportée, les liens fonctionnels nécessaires à la mise en œuvre des connaissances et des compétences proposées en classe avec l'enseignant et dans son milieu de stage avec son superviseur et ses collègues. Toutefois, aucune information n'était disponible quant à la perception des enseignants et des étudiants des forces et des points à améliorer de la nouvelle formule pédagogique ainsi que des contraintes et des opportunités présentes dans l'environnement.

Objectifs : Documenter les forces, points d'amélioration, facilitateurs et contraintes au cours Environnement organisationnel perçus par les enseignants et les étudiants de l'Université Laval.

Méthode : Consultation électronique effectuée auprès des étudiants et des enseignants du programme.

Résultats : L'enseignement de cette compétence dès la première session du baccalauréat et la diversité des méthodes pédagogiques mises en œuvre représentent les forces majeures de ce cours. Le principal point à améliorer concerne la continuité entre les blocs d'apprentissage, souvent espacés de plusieurs mois. Le manque de confiance des superviseurs de stage à discuter des éléments clinico-administratifs de leur environnement de travail représente une contrainte. Cependant, les opportunités présentes dans l'environnement, telles que la prise de conscience de la complexification des rôles professionnels, confirment la pertinence de soutenir les étudiants afin qu'ils puissent contribuer à l'amélioration de la qualité des services d'ergothérapie.

Conclusion : Même si cette formule présente certaines limites, le cours Environnement organisationnel comporte des forces qui permettent aux étudiants d'améliorer la connaissance et la maîtrise de l'environnement organisationnel. Il faut toutefois continuer d'en démontrer la pertinence auprès des apprenants et des superviseurs.

Référence

Von Zweck C. Understanding our context for occupational therapy practice: a key to strategies for future success. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 2004;71(3):133-137.

Mots-clés : éducation, environnement organisationnel

Clientèle cible : enseignants universitaires et cliniciens en sciences de la santé

PL 25

Quelle perception du concept de responsabilité sociale par différents acteurs des facultés de médecine ? Quelles implications ? Le projet de recherche-action francophone sur la RS des facultés de médecine

Joël Ladner¹, José Gomès², Paul Grand'Maison³, Ali Mitraoui⁴, André Jacques Neusy⁵, Tewfik Nawar³, Dominique Pestiaux⁶, Michel Roland⁷, Ourda Tabakov⁸, Benoit Tudrej², Charles Boelen⁹, Ahmed Maherzi¹⁰ pour le Groupe francophone de recherche-action sur la RS

¹ Université de Rouen, France

² Université de Poitiers, France

³ Université de Sherbrooke, Canada

⁴ Université de Sousse, Tunisie

⁵ THÉnet, Belgique

⁶ Université Catholique de Louvain, Belgique

⁷ Université Libre de Bruxelles, Belgique

⁸ Université de Paris 13-Bobigny, France

⁹ Consultant, France

¹⁰ Université de Tunis El Manar, Tunisie

Contact : joel.ladner@chu-rouen.fr

Contexte : Un projet de recherche-action, dont l'objectif est d'expérimenter et d'évaluer la mise en œuvre d'une démarche de responsabilité sociale (RS), puis de démontrer l'utilité comme une stratégie de choix pour améliorer l'impact sur la santé, a été lancé en 2012. La phase 1 du projet est d'étudier la perception des facultés de médecine, de ses membres et de ses partenaires.

Objectifs :

- Présenter les résultats de la perception de la RS des facultés de médecine par différents acteurs ;
- Proposer des actions pour améliorer l'appropriation de la démarche de RS.

Méthodes : La phase 1 a débuté en novembre 2012. Tous les acteurs et partenaires (équipe décanale, enseignants, étudiants, société civile, autorités de santé) des facultés participantes ont été invités à répondre à un questionnaire en ligne sur leur perception (échelle de Lickert) de la réalité de la mise en œuvre des axes de RS dans leur contexte. Le questionnaire anonyme comprend deux sections : une portant sur les 10 axes et les sous-axes du Consensus mondial sur la responsabilité sociale, l'autre sur les caractéristiques socioprofessionnelles des répondants.

Résultats : 28 facultés de médecine francophones réparties dans 14 pays se sont engagées dans le projet. La première phase s'achèvera en mars 2013. Les résultats seront présentés et discutés lors de la réunion du groupe des 28 facultés en avril 2013 à Tlemcen (Algérie). Les résultats seront utiles pour la préparation de la phase 2 : définition de normes et indicateurs, puis leur expérimentation dans le contexte facultaire. Les premières réunions de lancement dans les facultés ont montré l'appropriation effective des équipes décanales et des étudiants dans la concrétisation du projet.

Conclusion : Une meilleure connaissance de la RS par différents acteurs permettra de mieux définir une démarche qualité des facultés et d'améliorer leurs actions pour mieux répondre aux problèmes prioritaires de santé publique. Le projet francophone contribue à la dynamique des facultés dans les pays et les régions.

Mots-clés : responsabilité sociale

Public cible : intéressé par le concept de RS des institutions de formation en sciences de la santé

PL 26

Innovations pédagogiques et culture disciplinaire en enseignement supérieur

Anne Mai Walder, Marie Alderson

Sciences de l'éducation et Sciences infirmières,
Université de Montréal, Canada

Contact : anne.mai.walder@umontreal.ca

Contexte/problématique : Nous exposons quelques résultats, en lien avec les sciences de la santé, issus d'une recherche qualitative intitulée Innovations pédagogiques et culture disciplinaire en enseignement supérieur. Nous entendons par innovation pédagogique tout enseignement dispensé de manières différentes de la pratique traditionnelle, soit toute action nouvelle visant à l'amélioration de l'apprentissage.

L'institution universitaire vit une mutation de sa pratique enseignante qui peut accentuer la relation dichotomique entre recherche et enseignement. Ainsi, les universités centrées sur la recherche subissent un déséquilibre avec une prépondérance en faveur de la recherche. Conséquemment, une dévalorisation de l'enseignement persiste. À la recherche d'un concept de valorisation de l'enseignement, nous nous sommes subséquemment intéressés au « Scholarship of Teaching and Learning (SoTL) » (Boyer 1990), aux innovations pédagogiques (Hannan et Silver 2000) et à la culture disciplinaire (Kreber 2009).

Objectifs/questions : Notre objectif général de recherche trouve sa pertinence et son originalité dans sa dimension « culture disciplinaire ». À travers des questions spécifiques sur les innovations pédagogiques utilisées, leur intégration, les obstacles rencontrés et les raisons majeures qui amènent les

enseignants à innover, notre objectif permet de découvrir si les innovations pédagogiques sont particulières à une culture disciplinaire ou communes à toutes.

Méthodes : L'analyse des données, à l'aide de trente-deux entrevues individuelles et d'un entretien de groupe semi-structuré avec des professeurs lauréats du Prix d'excellence en enseignement des facultés de l'Université de Montréal, s'est opérée par théorisation ancrée que nous utilisons comme « processus » (Paillé 1994, p. 149) d'analyse.

Résultats : Sans prétendre qu'ils soient généralisables, nos résultats nous ont conduits à redéfinir le concept de l'innovation pédagogique, à en inventorier les types et à dresser un portrait actualisé de leurs innovateurs. Nous avons exploré les raisons qui amènent les professeurs à innover, décrit le processus de l'innovation pédagogique et expliqué les obstacles.

Discussion/conclusion : Corollairement, notre recherche précise les différences liées à la matière d'enseignement et au champ de recherche puis souligne le rapport de la discipline à l'innovation comme critère déterminant à son implication. Le SoTL au sein de l'université permet de rompre la solitude des professeurs par un soutien entre pairs et favorise la transférabilité des innovations pédagogiques entre les cultures disciplinaires. Nous présentons finalement une théorisation des différents éléments qui constituent le concept de l'innovation pédagogique.

Référence

Kreber C. *The University and its Disciplines, Teaching and Learning Within and Beyond Disciplinary Boundaries*, New York, Routledge, 2009.

Mots-clés : innovations pédagogiques, culture disciplinaire

Clientèle cible : toutes personnes susceptibles d'enseigner dans les disciplines des sciences de la santé

PL 27

Le raisonnement clinique des internes de médecine générale progresse-t-il au cours de leur formation au sein des facultés de Toulouse, France ?

Marie-Eve Rougé Bugat, Julie Subra, Bruno Chicoulaa, André Stillmunkes, Pierre Mesthé, Marc Vidal, Stéphane Oustric

Département universitaire de médecine générale (DUMG) de Toulouse, France
Contact : marieeve.rouge-bugat@dumg-toulouse.fr

Contexte : En France, dans les études médicales, aucune disposition spécifique n'est faite pour évaluer le raisonnement clinique (RC). La spécialité de la médecine générale se caractérise notamment par le raisonnement en contexte d'incertitude dans la

pratique. Le test de concordance de script (TCS) est un outil d'évaluation du raisonnement clinique dans ce contexte particulier.

Objectif : Cette étude doit permettre d'évaluer si le TCS peut être utilisé pour suivre l'évolution de l'acquisition du RC au cours de la formation spécifique (DES) des internes en médecine générale.

Méthode : Nous avons à notre disposition un TCS réparti en trois catégories : « diagnostic », « investigation » et « thérapeutique ». Nous suivons les résultats à ce TCS dans une cohorte d'internes au début (S0) et chaque semestre dans les trois ans du DES (S1, S2, S3, S4, S5). Les résultats des internes au TCS sont comparés à ceux d'un panel de 20 experts, enseignants du DES de médecine générale.

Résultats : 135 internes ont passé 135 items d'un TCS. La moyenne du panel d'experts est significativement plus élevée que la moyenne des internes dans tous les semestres. Les moyennes des internes progressent sur l'ensemble du DES (alpha de Cronbach >0,65). Nous avons pu identifier 7 internes en difficulté qui ne progressent pas dans certains domaines à la même vitesse que les autres internes.

Discussion : Cette étude confirme la progression du RC des internes de médecine générale au cours de leur DES. Le TCS semble être un bon outil pour le suivi et l'évaluation du développement du RC en troisième cycle des études médicales en médecine générale. Il permet de plus de repérer certains internes en difficulté, ce qui est une mission pédagogique importante de l'Université.

Conclusion : L'utilisation du TCS a contribué, sur une promotion d'internes, à évaluer les acquisitions des internes à raisonner. Il faudra réfléchir au sein de l'Université pour fournir un outil d'aide aux internes en difficulté.

Mots-clés : test de concordance de script, internes médecine générale, raisonnement clinique

Clientèle cible : formation initiale, enseignants en médecine générale

PL 28

L'intégration d'un contexte clinique à une auscultation cardio-pulmonaire simulée permet-elle de mieux évaluer la progression des aptitudes cliniques ?

Jean Paul Makhzoum, Diem Quyen Nguyen, Jean Victor Patenaude, Benoit Deligne

Université de Montréal, Canada
Contact : j.makhzoum@gmail.com

Contexte : La simulation est une méthode d'enseignement utilisée dans plusieurs programmes de médecine ; cependant, il existe peu d'études standardisées portant sur l'utilisation de la

simulation dans l'évaluation de la progression des apprentissages cliniques.

Objectifs : Comparer la progression des étudiants dans l'apprentissage de l'auscultation cardio-pulmonaire avec un test de type questions à choix multiples (QCM) composé de la reconnaissance de sons cardio-pulmonaires simulés isolés, ou de ces mêmes sons intégrés dans des vignettes cliniques.

Méthodes : Un examen QCM est composé en utilisant 20 sons d'auscultation du simulateur cardio-pulmonaire Harvey® et du ventriloque Lescat®. L'examen est divisé en deux parties : en première partie, 20 sons cardio-pulmonaires doivent être identifiés dans une liste de 14 auscultations cardiaques et 12 bruits pulmonaires ; en deuxième partie, ces mêmes 20 auscultations sont intégrées à des vignettes cliniques et les étudiants doivent choisir parmi 5 décisions cliniques pour chaque situation. Les scores totaux et individuels de chaque partie sont comparés pour chaque groupe d'étudiants faisant le même examen deux années consécutives.

Résultats : 1 063 étudiants ont participé au même examen en 2011 et en 2012. Le coefficient alpha Cronbach est de 0,68, 0,44, et 0,79 pour l'examen entier, la première partie et la deuxième partie respectivement. Les étudiants de la première année montrent une progression pour le score total, ainsi que pour le score de la première et deuxième partie de l'examen ($p < 0,001$). Les étudiants de deuxième et de troisième année montrent une légère progression pour le score total ($p < 0,05$). La progression dans la reconnaissance isolée des sons simulés n'est pas significative ; en revanche pour ces étudiants, une progression significative est observée quand les sons sont associés à un contexte clinique ($p < 0,001$).

Conclusion : Intégrer des sons simulés d'une auscultation cardio-pulmonaire à des vignettes cliniques semble permettre de mieux mettre en évidence la progression des étudiants dans leur capacité de poser un diagnostic clinique par rapport à l'identification simple des sons.

Références

McGaghie WC, Issenberg SB, Cohen ER, Barsuk JH, Wayne DB. Does simulation-based medical education with deliberate practice yield better results than traditional clinical education ? A meta-analytic comparative review of the evidence. *Academic Medicine* 2011;86(6):706-711.

Sibbald M, Panisko D, Cavalcanti RB. Role of clinical context in residents' physical examination diagnostic accuracy. *Medical Education* 2011;45(4):415-421.

PL 29

Les réanimations simulées sont-elles stressantes et représentent-elles la réalité ?

Ahmed Moussa¹, Marie-Hélène Lizotte¹, Véronique Latraverse¹, Christian Lachance¹, Keith J. Barrington¹, Dominique Walker², Annie Janvier¹

¹CHU Sainte-Justine, Montréal, Canada

²Douglas Mental Health University Institute, Montréal

Contact : ahmed-moussa@hotmail.com

Contexte : La formation en résidence inclut des simulations de réanimations néonatales (SRN). Peu est connu concernant l'anxiété générée par ces simulations.

Objectif : Évaluer le stress généré par les SRN.

Méthodes : Les résidents de pédiatrie ont fait 2 SRN. La performance a été évaluée à l'aide d'évaluations standardisées du Programme de réanimation néonatale (PRN) et révisée par 2 experts indépendants. Une mesure du cortisol salivaire a été effectuée à 3 reprises : valeur de base (lors d'un cours), pré-simulation (T1) et post-simulation (T2) – (après la 1^{ère} simulation). Un questionnaire a été rempli après les simulations.

Résultats : 53 résidents (87 %) ont répondu au questionnaire dont 60 % étaient juniors. Les résidents juniors avaient fait en moyenne 3 SRN durant leur résidence, tandis que les séniors 4 à 10. Les résidents juniors avaient eu une exposition plus récente à la néonatalogie. 80 % croient que les SRN reflètent la réalité : quand la réanimation est adéquate, le mannequin s'améliore. 50 % des résidents se disent confortables à diriger la réanimation. 46 % se disent plus anxieux lors de SRN que lors d'une vraie réanimation. 42 résidents ont fait les SRN. Les scores de performance démontrent une moyenne de 81 % pour la performance totale, 75 % pour la ventilation, 90 % pour le massage cardiaque, 87 % pour l'intubation, 76 % pour le cathéter ombilical et 87 % pour les techniques avancées. Alors que 57 % des résidents avaient un score <75 % pour la ventilation, pour le massage cardiaque et les techniques avancées, ce pourcentage était respectivement 5 et 14 %. Les scores étaient similaires chez les juniors et séniors. Le cortisol salivaire augmente significativement entre T0 et T1 (stress d'anticipation). T2 est significativement plus élevé que T1 et n'est pas associé avec le

score de performance. 52 % des résidents ont mentionné avoir vécu un stress plus grand ou égal à 7/10 durant les simulations.

Conclusion : Les SRN causent un stress qui n'est pas en lien avec la performance. Les résidents croient que les SRN reflètent la réalité alors que c'est faux. En clinique, les nouveau-nés ne s'améliorent pas toujours avec la réanimation. 5 % des naissances nécessitent une ventilation et 2 % un massage cardiaque. Malgré une performance satisfaisante, elle est meilleure pour les manœuvres avancées que celles de base. Les performances similaires chez les résidents juniors et séniors peuvent suggérer une association entre les compétences en réanimation et l'exposition clinique à la néonatalogie.

Mots-clés : réanimation néonatale, simulation, stress

Clientèle cible : professionnels de la santé intéressés en simulation

PL 30

La double notation permet-elle une meilleure sélection en fin de cursus des internes de médecine générale

Philippe Nguyen-Thanh, Yveline Sévrin, Emmanuel Lefebvre, Francis Roussel

Bureau pédagogique et département de médecine générale, Faculté de Médecine de Rouen, France
Contacts : philippe.nguyen-thanh@univ-rouen.fr

Contexte/problématique : À la fin des trois années d'internat de médecine générale, les étudiants sont reçus après avoir passé l'épreuve des TCS (test de concordance de script). La réussite à l'examen est obtenue avec une note supérieure à 2 dérivations standard à la moyenne.

Objectifs/questions : Une double notation permet-elle de mieux définir les étudiants qui ne devraient pas exercer la médecine générale.

Méthode : L'étude a porté sur les 9 dernières promotions d'étudiants en médecine générale à Rouen. La taille de la promotion dépendait, chaque année, du numérus clausus. L'examen comportait 90 situations cliniques. Pour chacune d'entre elles, 5 réponses sont possibles comme l'a défini Charlin et collab. Les étudiants effectuaient cet examen en même temps qu'un comité de médecins généralistes représentant le panel d'experts. L'examen a été corrigé de 2 manières : d'une part, le barème a été fait en fonction de la seule bonne réponse exprimée par les experts (barème positif) ; d'autre part, le barème prenait en compte la bonne et la plus mauvaise réponse données par les experts (barème négatif).

Résultats : La comparaison entre les deux modes de corrections montre que le coefficient de Cronbach a progressé de 20 %. Le barème négatif est plus discriminatif avec une déviation standard augmentée de 50 %. Cela permet de distinguer les plus mauvais étudiants. La distribution des notes reste asymétrique. Le graphe représentant la sécurité et l'exactitude permet de repérer les étudiants médiocres, ceux qui peuvent remettre en question la sécurité des patients.

Discussion : L'épreuve dans sa correction avec le barème négatif est bien acceptée par les étudiants qui en connaissent les règles. Les questions semblent de meilleure qualité avec un coefficient de Cronbach qui augmente. La faculté de Rouen a décidé de faire une double notation. La double notation permet d'évaluer l'exactitude des réponses (barème positif), mais aussi la mise en danger potentiel du patient (barème négatif). Les étudiants médiocres sont plus faciles à déterminer avec le barème négatif. La décision pour trancher le passage d'un étudiant est facilitée.

Référence

Charlin B, Gagnon R, Sibert L, van der Vleuten C. Le test de concordance de script, un instrument d'évaluation du raisonnement clinique. *Pédagogie Médicale* 2002;3(3):135-44.

Mots-clés : script concordance test, évaluation

Clientèle cible : enseignants évaluateurs d'étudiants en médecine

PL 31

Corrélation entre la liste de vérification et l'échelle d'évaluation globale lors des ECOS : résultats d'une étude pilote

Diem Quyen Nguyen, Benoit Deligne, Jean Victor Patenaude, Jean Pascal Costa

Université de Montréal, Québec, Canada

Contact : diem.quyen.nguyen@umontreal.ca

Contexte : Les examens cliniques objectifs et structurés (ECOS) sont devenus le standard pour évaluer les habiletés cliniques depuis la dernière décennie. Pour mesurer les performances, l'échelle d'évaluation globale a été démontrée comme étant supérieure à la liste de vérification pour discriminer les niveaux de compétence. Or, les listes de vérification restent populaires lorsque la formation des évaluateurs est impossible. La corrélation entre ces deux types d'échelles de mesure demeure inconnue dans ce contexte.

Objectifs : Déterminer la corrélation entre la liste de vérification et l'échelle d'évaluation globale dans les stations d'ECOS évaluant les habiletés d'entrevue et d'examen physique.

Méthodes : Trois stations d'ECOS pour les étudiants de première année en médecine ont été créées pour évaluer des habiletés cliniques concernant le système hématologique, locomoteur et neurologique. Chaque station est composée de deux sections : entrevue puis examen physique. Une liste de vérification spécifique et détaillée a été développée pour chaque section. De plus, une échelle d'évaluation globale a été ajoutée à la fin de chaque section et station. Le coefficient Pearson est utilisé pour mesurer la corrélation entre la somme des scores obtenus à chaque section avec l'échelle d'évaluation globale, ainsi que pour la totalité de chaque station. Les évaluateurs n'ont pas reçu de formation préalable.

Résultats : 285 étudiants ont participé à l'examen en 2012. Une corrélation significative a été observée entre les scores de la liste de vérification et de l'échelle d'évaluation globale dans les deux sections et demeure stable pour les trois stations, variant de 0,41 à 0,69. Par contre, la corrélation entre le score total et celui obtenu avec l'échelle d'évaluation globale est moins stable, variant de 0,23 à 0,58. La corrélation des performances entre les sections d'entrevue et d'examen physique est faible (allant de 0,22 à 0,26).

Conclusion : Il semble avoir une corrélation modérée et stable entre les performances obtenues par une liste de vérification et celles par l'échelle d'évaluation globale utilisée pour mesurer les habiletés cliniques lors des ECOS. L'utilisation combinée des deux types d'échelles de mesure pourrait être considérée lorsque la formation des cliniciens s'avère difficile.

Référence

Pell G, Fuller R, Homer M, Roberts T. How to measure the quality of the OSCE: A review of metrics – AMEE guide no. 49. *Medical Teacher* 2010;32:802–811.

Mots-clés : échelle d'évaluation globale, liste de vérification, ECOS

Clientèle cible : tous ceux qui sont intéressés au développement des ECOS

PL 32

Développement du raisonnement clinique : deux étapes déterminées suivant une recherche doctorale

Annick Bourget^{1,2}, Jacques Tardif¹, Martine Chamberland²

¹Faculté d'éducation, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

²Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

Contact : Annick.Bourget@USherbrooke.ca

Problématique : Bien que le développement du raisonnement clinique soit central pendant la formation médicale, il demeure méconnu. Jusqu'ici, les études ont porté sur les caractéristiques du raisonnement clinique de l'expert. Considéré comme étant multidimensionnel et se développant sur une longue période, peu d'études ont exploré le développement du raisonnement clinique selon cette double perspective.

Objectif : Le but de la présentation est de rapporter la principale conclusion d'une recherche doctorale (Bourget 2013) visant à explorer le développement du raisonnement clinique d'étudiants en formation médicale selon une perspective multidimensionnelle et longitudinale.

Méthodes : Il s'agit d'une étude de cas multiples au cours de laquelle fut exploré le développement de cinq dimensions du raisonnement clinique : « Représentation », « Processus », « Métacognition », « Connaissances » et « Structures ». Entre la formation préclinique et la formation clinique (12 mois), quatre étudiants furent rencontrés individuellement à quatre moments. Pour chaque moment, l'étudiant réalisait : 1. une entrevue médicale avec un patient standardisé filmée en perspective subjective située ; 2. un entretien d'explicitation à partir de la vidéo ; 3. une carte cognitive ; et 4. une entrevue semi-dirigée pour expliquer sa carte cognitive. Des analyses de contenu intracas puis intercas furent réalisées suivant les étapes de condensation des données, de présentation des résultats et d'élaboration des conclusions.

Résultats : Entre la fin de la formation préclinique et le début de la formation clinique, deux étapes de développement furent dégagées. Il s'agit de : 1. l'intégration de la démarche de la collecte d'informations ainsi que 2. du passage d'une démarche de raisonnement axée sur la compréhension à une démarche de raisonnement axée sur la catégorisation.

Discussion : Les étapes de développement repérées sont liées, entre autres, au contexte de la formation médicale des étudiants ayant participé à l'étude. Néanmoins, il s'agit bien de deux étapes de développement du raisonnement clinique, car ce sont des transformations cognitives définitives au-delà desquelles l'étudiant ne raisonne plus de la même façon.

Référence

Bourget A. De la formation pré-clinique à la formation clinique : explicitation du développement du raisonnement clinique chez des étudiants en médecine, thèse de doctorat, Université de Sherbrooke (Québec, Canada), soumis au jury.

Mots-clés : formation préclinique, formation clinique, méthode qualitative

Clientèle cible : enseignant, clinicien, chercheur

PL 33

Intégration de patients formateurs dans des cours interfacultaires de formation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient et ses proches

Marie-Claude Vanier¹, Audrey-Maude Mercier^{2a}, Vincent Dumez^{2a}, Éric Drouin², Paule Lebel^{2,2b}, Fanny Guérin³, André Néron^{2a}

Université de Montréal, Québec, Canada :

¹ Faculté de pharmacie

² Faculté de médecine : a-Bureau facultaire de l'expertise patient partenaire (BFEP) ; b-Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé

³ Faculté des arts et sciences : département de psychologie

Contact : marie-claude.vanier@umontreal.ca

Contexte : L'approche de soins centrés sur le patient est largement diffusée dans les milieux cliniques et académiques. Le BFEP de l'Université de Montréal propose plutôt une approche de partenariat de soins où le patient devient un membre à part entière de son équipe clinique, oriente le cœur des préoccupations autour de son projet de vie et prend part aux décisions cliniques qui le concernent. Ses savoirs expérientiels sont reconnus et ses compétences de soins développées par l'équipe. Des patients soigneusement sélectionnés et formés, pairés avec des éducateurs cliniciens, peuvent aider les étudiants à mieux comprendre ce nouveau concept.

Objectif : Évaluer l'appréciation par les étudiants de la contribution de patients formateurs dans deux ateliers de formation à la collaboration.

Méthodes : Chaque atelier de 3 heures, précédé d'activités préparatoires, regroupait des étudiants de 10 professions différentes et était coanimé par un clinicien et un patient. L'atelier CSS1900 impliquait des groupes de 50 étudiants de première année et visait la découverte du concept de partenariat de soins. Les étudiants échangeaient sur le concept de partenariat de soins à travers leur propre expérience, un vidéo-témoignage de patient et l'histoire personnelle du patient formateur. L'atelier CSS3900 impliquait des groupes de 11 étudiants de troisième année dans une simulation de réunion interprofessionnelle. Les patients formateurs étaient recrutés et formés par le BFEP. Leur rôle consistait à partager leur savoir expérientiel et donner de la rétroaction aux étudiants. Les étudiants ont complété un questionnaire d'appréciation incluant des questions avec échelle de Likert à 5 points et des questions ouvertes.

Résultats : CSS1900 : le questionnaire en ligne a été complété par 786 étudiants (63 %). CSS3900 : le questionnaire

papier a été complété par 405 étudiants (90 %). Les étudiants étaient favorables à la participation de patients formateurs et majoritairement en accord ou totalement en accord avec les affirmations que la contribution du patient formateur était : 1. pertinente (CSS1900 = 88,2 %) (CSS3900 = 84,7 %) ; 2. rendait le concept de partenariat de soins plus concret (CSS1900 = 87,8 %) (CSS3900 = 82,7 %) ; 3. enrichissait les discussions (CSS1900 = 87,7 %) (CSS3900 = 91,4 %).

Conclusion : La participation de patients formateurs comme coenseignant est pertinente, faisable et résulte en une meilleure compréhension du concept de partenariat de soins par les étudiants.

Mots-clés : patient formateur, partenariat de soins, collaboration interprofessionnelle

Clientèle cible : enseignants des sciences de la santé

PL 34

La communauté d'apprentissage des formateurs de la Direction de la santé publique : quelles retombées sur leur pratique ?

Claire Bélanger¹, Nicole Beaudet²

¹ Services de soutien à l'enseignement, Université de Montréal, Québec, Canada

² Direction de santé publique de Montréal ; Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal

Contact : claire.belanger@umontreal.ca

Contexte : En 2010, la Direction de la santé publique (DSP) a mis en place un projet pilote de communauté d'apprentissage pour des professionnels qui étaient responsables de formation dans leur milieu. Pour ces professionnels, l'enseignement n'est pas leur premier métier. Un sondage mené auprès d'eux avait révélé leur besoin d'améliorer leurs compétences dans le domaine. Ils avaient déjà suivi des ateliers pédagogiques de courte durée, jugés insuffisants à soutenir un véritable changement dans leur pratique. Une nouvelle approche à leur développement pédagogique s'imposait.

Une communauté d'apprentissage est un groupe de personnes impliquées dans la formation qui s'engagent volontairement et activement dans un processus de développement professionnel d'une durée habituelle d'un an (Cox 2004). Dans un contexte où des adultes veulent progresser en enseignement, le recours à une communauté devient un choix judicieux, car elle repose sur des principes reconnus en andragogie et, plus particulièrement, en apprentissage en milieu de travail (Griep 2011).

Question : Quelles ont été les retombées de cette communauté d'apprentissage sur les formateurs et leur pratique ?

Méthodes : L'analyse des transcriptions des rencontres mensuelles de la communauté d'apprentissage, des notes d'observation et des réponses aux questionnaires administrés à deux reprises pendant l'année a permis de dégager les apprentissages jugés significatifs.

Résultats : La communauté d'apprentissage a amené les membres à une compréhension partagée de leur rôle de formateurs et des difficultés inhérentes à ce rôle, à repenser leur pratique de formateur, à changer leurs attentes au regard des apprenants et à utiliser de nouvelles méthodes d'enseignement.

L'analyse a aussi permis de dégager les conditions qui favorisent l'apprentissage dans le contexte d'une telle communauté et d'identifier les barrières qui demandent à être surmontées pour sa mise en place efficace en milieu professionnel.

Conclusion : Les résultats sont encourageants et démontrent que cette approche au développement professionnel est efficace pour soutenir un changement de pratique et qu'elle pourrait être reproduite au sein de la DSP et d'autres milieux professionnels.

Références

Cox M. Introduction to Faculty Learning Communities. *New Directions for Teaching and Learning* 2004;97:5- 23.
Griep E. *6 Proven Principles of Workplace Learning*, 2011 [en ligne]
<http://www.trainingmag.com/article/6-proven-principles-workplace-learning>.

Mots-clés : communauté d'apprentissage, développement professionnel, pratique réflexive

Clientèle cible : les personnes intéressées par le développement professionnel en milieu de travail ou par le développement pédagogique en milieu universitaire

PL 35

L'évaluation formative d'activités interprofessionnelles en stage clinique (AIS) : constats d'un projet pilote

Louise St-Denis^{1,3}, Isabelle Brault^{2,3}, Paule Lebel^{1,3},
Pierre-Yves Therriault^{1,3}

Université de Montréal, Canada :

¹ Faculté de Médecine

² Faculté des sciences infirmières

³ Comité Interfacultaire Opérationnel

Contact : louise.st-denis@umontreal.ca

Contexte : Les AIS fournissent « dans l'action » aux apprenants des programmes d'enseignement (sciences de la santé et sciences psychosociales) des occasions essentielles pour développer les diverses manifestations de la compétence de collaboration. Cependant, l'atteinte d'un niveau de compétence attendu est difficile à déterminer à partir des observations faites par un superviseur qui doit voir principalement au développement de l'ensemble des compétences d'un profil lié à une profession. Un projet pilote d'implantation des AIS dans quatre contextes cliniques différents a permis d'élaborer un modèle de supervision et des outils permettant de mieux considérer les diverses manifestations de la compétence de collaboration.

Objectif : Présenter les résultats en termes d'évaluation de la compétence de collaboration d'un projet pilote d'implantation d'AIS dans des milieux cliniques d'une région métropolitaine au Québec.

Méthode : Les AIS ont été implantées dans des équipes en milieu hospitalier ($n = 2$), de réadaptation ($n = 1$) et ambulatoires ($n = 1$) au cours de la première moitié de 2012. L'évaluation du projet s'est faite lors de groupes de discussion formés sur une base volontaire à partir des 69 participants. La discussion a porté notamment sur leur perception quant aux activités et leur rôle respectif.

Résultats : Le développement d'une formation et d'un modèle d'implantation des AIS a permis de préciser les rôles des acteurs. Le développement d'un outil d'évaluation spécifique permettant de cerner les manifestations de la compétence de collaboration a favorisé l'utilisation d'un vocabulaire et d'indicateurs uniformes. Deux niveaux de rétroaction sur la compétence ont pu être déterminés : le premier, qualifié d'horizontal, par lequel le coordinateur s'attarde spécifiquement aux manifestations de la collaboration de l'équipe évoluant en collaboration avec un patient partenaire et le second, vertical, porté par le superviseur du stage sur les manifestations globales de la compétence en lien avec les autres compétences du profil professionnel du stagiaire.

Conclusion : Malgré certaines difficultés liées à l'implantation du projet et l'utilisation des outils par les acteurs, les résultats appuient fermement la pertinence des rôles en fonction des niveaux de rétroaction attendus. De même, les résultats soutiennent l'idée de poursuivre les échanges professionnels entre les stagiaires de professions distinctes en milieu universitaire et clinique.

Référence

Meffe F, et collab. An interprofessional education pilot program in maternity care : findings from an exploratory case study of undergraduate students. *Journal of Interprofessional Care* 2012;26(3):183-188.

Mots-clés : évaluation, stage, pratique collaborative

Clientèle cible : personnel académique, superviseur de stage, coordonnateur clinique et gestionnaire de l'enseignement

PL 36

La formation postgraduée en soins de santé ambulatoires : évaluation d'une clinique de continuité du résident de pédiatrie

Clara Low-Décarie, Ana Carceller, Phuong Nguyen, Bich Hong Nguyen, Gilles Chabot, Olivier Jamouille

CHU Sainte-Justine, Université de Montréal, Québec, Canada

Contact : clara.low-decarie@umontreal.ca

Contexte : Dans les dernières années, la formation en soins de première ligne et celle axée autour de la continuité des soins sont devenues partie intégrante des objectifs de résidence. Les cliniques de continuité tentent d'adresser ces nouveaux défis de l'éducation médicale. La Clinique de continuité du résident de pédiatrie (CCRP) du CHU Sainte-Justine (CHUSJ), bien que pionnière au Canada, n'a jamais été formellement évaluée.

Objectifs : Cette étude doit permettre d'évaluer la perception parentale des soins primaires reçus à la CCRP ainsi que d'évaluer la satisfaction des résidents face à leur expérience à la clinique, notamment en ce qui a trait à l'enseignement.

Méthodologie : Deux enquêtes transversales ont été menées au CHUSJ pendant l'année académique 2012-2013. Une version modifiée d'un questionnaire précédemment approuvé (P3C) a été utilisée pour évaluer la perception parentale. La satisfaction des résidents a été recensée avec un questionnaire en ligne inspiré de questionnaires utilisés dans des études antérieures.

Résultats : Nous avons obtenu 93 questionnaires de la part des parents de la CCRP. La grande majorité des parents questionnés (85 %) étaient satisfaits/très satisfaits dans presque tous les aspects des soins primaires reçus.

80 % des résidents éligibles à participer ($n = 27$) ont répondu au questionnaire. Chacun avait un après-midi mensuel à la CCRP, pendant lequel il voyait en moyenne 3 à 4 patients, ce que la plupart des résidents (81 %) jugeait un nombre adéquat. L'enseignement reçu lors de l'activité était inconstant selon 70 % des résidents ; 50 % d'entre eux n'avaient jamais été formellement évalués et 80 % n'avaient jamais bénéficié d'une observation directe. La satisfaction globale des résidents était mitigée, mais 89 % des résidents trouvaient l'expérience importante/très importante pour leur carrière future.

Discussion : Les parents d'enfants suivis dans cette CCRP étaient satisfaits des soins reçus. Les résidents de ce programme valorisaient leur expérience à la clinique de continuité, mais pouvaient identifier certaines faiblesses.

Cette étude souligne donc la crédibilité d'une prise en charge médicale par un résident supervisé. Elle réitère aussi l'importance de ce modèle d'apprentissage et permet d'envisager plusieurs pistes d'amélioration pour l'enseignement et la formation en soins de première ligne de ce programme.

Références

Krugman SD, et collab. Measuring primary care of children in pediatric resident continuity practices: a Continuity Research Network study. *Pediatrics* 2007;120:2.

Serwint JR. Multisite survey of pediatric residents' continuity experiences: their perceptions of the clinical and educational opportunities. *Pediatrics* 2001;107:5.

Mots-clés : clinique de continuité du résident, formation soins ambulatoires

Clientèle cible : formation postgraduée, enseignants-cliniciens et résidents

PL 37

Pertinence d'une activité de construction de cartes conceptuelles dans l'apprentissage du raisonnement clinique

Anne Demeester^{1,2}, Chantal Eymard¹, Claire Marchand³, Dominique Vanpee²

¹ EA ADEF – Aix Marseille Université, France

² IRSS – Université Catholique de Louvain, Bruxelles, Belgique

³ Laboratoire de Pédagogie des sciences de la santé – Université Paris 13, France

Contact : anne.demeester@univ-amu.fr

Contexte : Le raisonnement clinique (RC) est une compétence transversale indispensable à l'exercice médical, mais l'enseigner ou l'acquérir pose néanmoins problème aux formateurs et aux apprenants. Des difficultés de raisonnement identifiées par plusieurs auteurs se retrouvent également dans la filière maïeutique (Demeester et collab. 2013). Une étude bibliographique (Demeester et collab. 2010) a montré le potentiel d'utilisation de cartes conceptuelles (CC) dans l'apprentissage du RC, notamment pour développer la capacité à mettre en liens les données cliniques avec les connaissances de l'étudiant.

Objectif : Apprécier la pertinence d'une activité de construction de CC dans l'apprentissage du RC.

Méthode : L'étude expérimentale et prospective s'est déroulée dans trois écoles de maïeutique françaises auprès d'étudiants de début de second cycle ($n = 97$) préalablement formés aux CC. Ces étudiants ont été invités à résoudre 16 cas cliniques (4 cas par séance) relevant de la pratique courante des sages-femmes françaises, en construisant individuellement des cartes conceptuelles. À l'issue de chaque séance, les participants ont renseigné un questionnaire sur leur perception du cas, sa résolution, et la réalisation de la CC. Les données recueillies (caractéristiques individuelles, cartes réalisées, perception des étudiants) permettront d'apprécier les bénéfices et limites de l'activité proposée.

Premiers résultats : À ce stade (étape 4 sur 5), plus de 1000 CC ont été rendues, impliquant 92 % des étudiants. Les CC aident 55 % des participants à résoudre les cas cliniques, bien que 58 % d'entre eux se déclarent peu ou pas à l'aise avec les CC. Il existerait un lien (à confirmer) entre la perception du cas clinique par l'étudiant (facile/difficile) et la réalisation de la CC (facile/difficile).

Conclusion provisoire : Les commentaires libres confirment que les CC ne conviennent pas à l'ensemble des étudiants. L'analyse statistique sera complétée d'ici le forum, associée à l'analyse des CC et à l'étude ciblée des données individuelles concernant les étudiants particulièrement à l'aise ($n \sim 3$) ou totalement réfractaires ($n \sim 10$). Ceci pour proposer aux enseignants cliniciens des recommandations sur l'utilisation des CC dans l'apprentissage du RC.

Références

Demeester A, Vanpee D, Marchand C, Eymard C. Formation au raisonnement clinique : perspectives d'utilisation des cartes conceptuelles. *Pédagogie Médicale* 2010;11(2) :81-95.

Demeester A, Eymard C, Vanpee D. Apprentissage du raisonnement clinique : difficultés en formation initiale sage-femme. Étude exploratoire. *La Revue française de Pédagogie* 2013 (à paraître).

Mots-clés : Raisonnement clinique, résolution de problème clinique, apprentissage cognitif, maïeutique, sage-femme, cartes conceptuelles

PL 38

Évaluation des stages par les étudiants : expérience de la faculté de médecine de Tunis

Kalthoum Kallel, Dalila Gargouri, Chokri Hamouda, Sami Souissi, Karima Khiari, Saloua Ladeb, Sonia Trabelsi, Abderrazak Bouzouita, Iheb Labbène, Saoussen Hantous-Zannad, Rym Goucha-Louzir, Mohamed Jouini, Ahmed Maherzi

Faculté de Médecine de Tunis (FMT), Université de Tunis El Manar, Tunisie

Contact : doyen.fmt@gmail.com

Contexte/problématique : Une première évaluation des stages hospitaliers par les étudiants du premier et second cycle de la FMT en 2005-2006 (analyse de 6 600 fiches) a permis une analyse très critique de l'encadrement des étudiants « au lit du malade » (étudiant souvent inactif non intégré à l'équipe soignante, stages peu valorisés, pas d'évaluation en fin de stage). Un projet de réforme des stages hospitaliers, dont l'objectif est de valoriser les stages d'externat en mettant en place le statut d'encadreur référent et une note de stage basée sur les examens cliniques objectifs structurés (ECOS), a été lancé depuis 2008. Une nouvelle évaluation

des terrains de stages par les étudiants, basée sur les nouvelles mesures mises en place a été initiée en 2011-2012.

Objectifs/questions :

- 1) Présenter les résultats de l'évaluation des stages d'externat par les étudiants de la FMT ;
- 2) Proposer des recommandations adaptées à notre potentiel humain et structurel pour améliorer la formation de nos étudiants.

Méthodes : Les questionnaires ont été distribués aux étudiants le jour des examens d'ECOS. Chaque étudiant a reçu deux questionnaires ; l'un pour l'évaluation du stage et l'autre pour l'évaluation de l'ECOS. Les réponses aux questionnaires ont été saisies sur Excel et des moyennes ont été calculées, comprises entre -2 et +2, estimées à des évaluations bonnes à très bonnes quand elles sont supérieures ou égales à 0 et moins bonnes quand elles sont inférieures à 0.

Résultats : 3509 questionnaires ont été distribués et 165 terrains de stage d'externat ont été évalués. Le taux de participation moyen des étudiants a été de 65 % ; l'évaluation a été jugée au moins bonne dans 79 % des cas pour les stages et 100 % des cas pour les ECOS avec une critique sur l'aspect parfois jugé théorique de certaines stations. Les résultats ont été communiqués à la direction des stages et aux chefs de services hospitaliers en vue d'entreprendre les mesures correctives adaptées.

Conclusion : L'évaluation des stages d'externat par les étudiants, un des critères majeurs retenus pour améliorer la formation de nos étudiants, est devenue une démarche pérenne au département d'évaluation de la FMT.

Mots-clés : évaluation, stages, étudiants

Clientèle cible : enseignants, étudiants

PL 39

Évaluation en ligne des stages hospitaliers à la Faculté de médecine de Rouen. Résultats de 590 questionnaires, et implications pour la qualité des stages

Joël Ladner, Olivier Mouterde, Brigitte Laethem, Jean-François Gehanno, Christophe Girault, Yannick Lelong, Francis Roussel, Benoît Veber

Faculté de Médecine de Rouen, France

Contact : Olivier.Mouterde@chu-rouen.fr

Contexte/problématique : L'augmentation du numerus clausus provoque un afflux d'étudiants et le recrutement de nouveaux terrains de stage. L'évaluation régulière des stages est un outil pour suivre la qualité de la formation et intervenir en cas de problème.

Objectifs/questions : Évaluer les stages hospitaliers pour permettre d'en améliorer la qualité.

Méthodes : Depuis 2008, un questionnaire en ligne est progressivement mis en place. La gestion du site et l'analyse des données sont réalisées par l'Observatoire de la Vie Étudiante de l'Université. Le questionnaire est complété en ligne par les étudiants de DCEM 2 à 4 (4^e à 6^e année). Il recueille des informations sur les activités, les enseignements, les activités de garde et la satisfaction globale. Le temps de réponse est de 8 minutes pour 40 questions. Des commentaires sont possibles. Un avantage est offert aux étudiants répondant à l'enquête, pour améliorer l'exhaustivité. Les résultats sont communiqués aux responsables de stage et à l'équipe pédagogique.

Résultats : Ils portent sur 2 périodes de stage avec 590 réponses : 301 pour la 1^{re} période, 289 pour la 2^e, soit une exhaustivité de 50 % pour les DCEM 2, 41 % pour les DCEM 3 et 9 % pour les DCEM 4. Dans 82 % des cas, les étudiants tenaient les dossiers médicaux ; 58 % d'entre eux ont assisté aux consultations avec un rôle actif dans 40 % des cas. La moyenne de lits par étudiants était de 6,77 %. Des enseignements étaient donnés par des seniors sous forme de mini-cours et ARC. L'activité de garde est utile à la formation pour 77 % des étudiants. Enfin, 9 % des étudiants ne recommanderaient pas leur stage à un ami, avec une concentration de ces réponses dans certains services. Une précédente évaluation faisait état de 19 %. Des commentaires libres ont été recueillis permettant de pointer des stages de qualité et quelques dysfonctionnements.

Discussion et conclusion : L'outil d'évaluation est opérationnel. Les étudiants sont satisfaits. L'exhaustivité de l'enquête a été grandement accrue pour les 4^e et 5^e années en prévoyant un avantage pour les étudiants participants. Des interventions de l'équipe décanale et des responsables de stages ont été déclenchées par ces résultats afin d'améliorer la qualité. Le nombre d'étudiants mécontents d'un stage est ainsi passé de 19 à 9 % depuis le début de ces évaluations. Cet outil, finalisé, permet de suivre l'évolution de la qualité des stages hospitaliers.

Mots-clés : évaluation, stages, hôpital

Clientèle cible : équipes du décanat chargées des stages hospitaliers

PL 40

Appropriation et implantation de l'entretien motivationnel auprès de cliniciens en soins de première ligne grâce au groupe de codéveloppement professionnel

Sophie Langlois, Lyne Lalonde, Johanne Goudreau

Facultés des sciences infirmières et de pharmacie, Université de Montréal ; Équipe de recherche en soins de première ligne de Laval, Canada

Contact : sophie.langlois.1@umontreal.ca

Contexte/problématique : L'entretien motivationnel (EM) constitue une pratique exemplaire pour promouvoir l'adoption de comportements de santé. Toutefois, l'absence de cadre pédagogique pour soutenir l'appropriation et l'implantation de l'EM au sein des pratiques professionnelles ainsi que la méconnaissance des processus sous-jacents à ces apprentissages persistent encore aujourd'hui.

Une des solutions proposées pour contribuer à l'avancement des connaissances sur le sujet est le Groupe de codéveloppement professionnel (GCDP) tel que décrit par Payette et Champagne (1997). Cette démarche de consultation structurée mise sur la dynamique en petit groupe et permet l'analyse en profondeur des expériences professionnelles de ses participants. Le GCDP s'avère efficace pour développer des apprentissages significatifs et durables dans une atmosphère de collégialité et d'humilité pour optimiser la qualité des soins ainsi que les pratiques collaboratives.

Objectifs/questions : Ce projet de recherche vise à mieux comprendre les processus d'appropriation de l'EM au sein de quatre GCDP formés de cliniciens en soins de première ligne. De plus, ce dernier permettra d'explorer les retombées de l'implantation de l'EM au sein des pratiques cliniques en soins de première ligne suite à la tenue de GCDP.

Méthode : Une recherche-action participative (RAP) inspirée des écrits de Kemmis et McTaggart (2005) permettra l'atteinte de ces objectifs. L'enregistrement des rencontres en GCDP ainsi que les journaux réflexifs complétés par les membres des GCDP permettront de collecter les données ciblées par le premier objectif de l'étude. Quant au deuxième objectif, les données qui permettront d'explorer les retombées généralement perçues par les cliniciens seront collectées à la toute fin des rencontres en GCDP lors de quatre entrevues en groupe de discussion focalisée. Ensuite, des entrevues individuelles semi-structurées seront menées auprès des cinq infirmières qui auront participé à l'un des GCDP et auprès de dix clients multimorbides suivis par ces infirmières.

Discussion/conclusion : n/a (projet de recherche en cours)

Références

Kemmis S, McTaggart R. Participatory action research : Communicative action and the public sphere dans *Handbook of Qualitative Research* (3^e édition), Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 2005, p. 559–603.

Payette A, Champagne C. Le groupe de codéveloppement professionnel, Montréal, Canada, Presses de l'Université du Québec à Montréal, 1997.

Mots-clés : groupe de codéveloppement professionnel, recherche-action participative, formation continue interprofessionnelle

Clientèle cible : Cliniciens, chercheurs et formateurs qui désirent découvrir la recherche-action participative (RAP) et le groupe de codéveloppement professionnel (GCDP), utilisé comme méthode de collecte de données et cadre pédagogique en formation continue interprofessionnelle.

PL 41

Explorer l'autorégulation de l'apprenant lors de la production de cartes conceptuelles en contexte d'apprentissage par problèmes : résultats d'une étude descriptive

Annie Carrier¹, Chantal Morin¹

¹ École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Canada
Contact : Annie.Carrier@USherbrooke.ca

Contexte/problématique : La production de cartes conceptuelles en contexte d'apprentissage par problèmes (APP) facilite l'organisation des connaissances et l'apprentissage en profondeur. La qualité de l'apprentissage est aussi favorisée par l'autorégulation qui permet notamment à l'apprenant d'identifier les difficultés éprouvées et d'envisager des stratégies alternatives. Or, les étudiants soulèvent une difficulté à s'autoréguler lors de la production de cartes conceptuelles (Bentley et collab. 2011). Connaître davantage le contenu de leur autorégulation lors de cette tâche pourrait mener à mieux la soutenir et à optimiser l'apprentissage.

Objectifs/questions : Explorer l'autorégulation de l'étudiant lors de la production de cartes conceptuelles en contexte d'APP et, plus spécifiquement, les difficultés éprouvées et les stratégies alternatives envisagées.

Méthodes : Une étude qualitative descriptive a été réalisée auprès d'un échantillon de convenance parmi 99 étudiants de première année en physiothérapie et en ergothérapie. Lors de la réalisation d'une carte conceptuelle portant sur un problème d'APP, les participants complétaient un outil de réflexion basé sur la technique du point épineux (Louis 1999). L'outil, pré-testé auprès de huit étudiants comprenait deux questions : 1) Qu'avez-vous trouvé le plus difficile pour réaliser votre carte conceptuelle ? 2) Comment comptez-vous remédier à cette difficulté dans la réalisation de votre prochaine carte ? Les réponses écrites ont été analysées par les auteures à l'aide de l'analyse thématique de Buetow (2010).

Résultats : Les réponses des 98 participants ont permis d'identifier trois types de difficultés : les difficultés liées 1) au traitement du contenu ; 2) au graphisme et 3) aux limites intrinsèques de l'étudiant. Pour leur part, les stratégies alternatives portent sur : la modification des séquences de réalisation de la carte conceptuelle ; l'expérimentation de façons de faire différentes, tant aux plans cognitif que graphique ; et une meilleure connaissance des attentes du tuteur.

Discussion/conclusion : L'utilisation d'un outil de réflexion soutient l'exploration des difficultés vécues et des stratégies alternatives envisagées par l'apprenant. Un tel outil pourrait

être utile aux pédagogues désirant mieux connaître l'autorégulation de leurs étudiants.

Références

Bentley FJB, Kennedy S, Semsar K. How not to lose your students with concept maps, *Journal of College Science Teaching* 2011;41(1):61-68.

Buetow S. Thematic analysis and its reconceptualization as «saliency analysis», *Journal of Health Services Research & Policy* 2010;15(2):123-125.

Louis R. L'évaluation des apprentissages en classe : Théorie et pratique. Laval, Les éditions Études Vivantes, 1999.

Mots-clés : apprentissage par problèmes, autorégulation, carte conceptuelle

Clientèle cible : enseignants, formateurs

PL 42

Module de formation courte pour l'enseignement des aspects médico-légaux de la médecine d'urgence : description, évaluation

Carole Amsallem¹, Christine Ammirati¹, Cécile Manaouil²

¹ SAMU 80 / CESU – CHU Amiens, France

² Santé des populations CHU Amiens

Contact : amsallem.carole@chu-amiens.fr

Contexte/problématique : Les aspects médico-légaux font partie intégrante de la vie professionnelle des équipes soignantes en médecine d'urgence, mais leur enseignement paraît souvent rébarbatif. Élaboration d'un module original de formation : dans le cadre de l'enseignement de la spécialité de médecine d'urgence pour tous les étudiants de la région Nord Ouest de la France, nous avons initié une formation minimale de 7 heures (deux modules de 3 h 30) prenant en compte les motifs de recours les plus fréquents, les textes réglementaires et l'analyse des besoins exprimés par les professionnels suite à une enquête régionale. Les enseignants en binôme, (médecin légiste et médecin urgentiste ayant la double compétence), animent ces modules en utilisant des techniques de pédagogie active : résolution de cas cliniques avec iconographies, rédaction de certificats à partir de dossiers médicaux avec confrontation de résultats. Les réflexions sont individuelles ou en groupes. Nous avons souhaité procéder à une évaluation des connaissances et du ressenti des participants.

Méthodes : La méthode a reposé sur un autoquestionnaire avec un test sous forme de quizz, avant et après l'enseignement, de questions à choix multiples (QCM). Le ressenti a été évalué par une échelle de Likert de 1 à 5. Plusieurs critères ont été retenus : durée, contenu, méthodes utilisées et environnement.

Résultats : 69 questionnaires avant et 72 après ont été renseignés par les étudiants. Les résultats aux tests cognitifs montrent une progression pour l'ensemble des thèmes traités significativement pour le tiers des items ($p < 0,05$). Des méconnaissances persistent plus particulièrement sur les rédactions de certificats vis-à-vis des ayants droits, des familles et des assureurs. On constate que les connaissances sur les responsabilités juridiques médicales progressent, mais nécessitent un réajustement. Concernant le ressenti, la moyenne des notes varie de 4,2 à 5. La moyenne la plus faible (4,2) concerne la durée de la formation jugée trop courte. Les techniques utilisées étant cotées unanimement à 5 avec des commentaires appuyés sur l'intérêt de telles pratiques pour l'enseignement de sujets ardues.

Discussion/conclusion : En conclusion, suite à cette évaluation, le module d'apprentissage consacré aux aspects médico-légaux en médecine d'urgence fait dorénavant partie de l'enseignement obligatoire des futurs spécialistes en médecine d'urgence. Depuis, nous avons développé cette formation sur deux jours à tous les professionnels (médecins et infirmiers) en médecine d'urgence en exercice.

Mots-clés : urgence, médico-légal, apprentissage

Clientèle cible : spécialistes en médecine d'urgence

PL 43

Qu'est-ce que les infirmières et les gestionnaires font pour développer les compétences de soins en milieu de travail ?

Johanne Goudreau, Caroline Larue, Sylvie Dubois

Université de Montréal, Québec, Canada

Contact : caroline.larue@umontreal.ca

Contexte/problématique : À la fin de la formation initiale des infirmières, le niveau de compétences atteint permet l'exercice sécuritaire des soins infirmiers dans des situations de soins courantes. D'ailleurs, l'étude de Fero *et al.* (2008) auprès des infirmières nouvellement diplômées (IND) ($n = 2144$) révèle que 75 % des IND répondent aux attentes d'évaluation à détecter des changements dans la condition de santé des patients. Toutefois, d'autres études montrent qu'en raison d'un manque de confiance, de leur difficulté à mobiliser leurs ressources, d'appliquer des concepts de soins infirmiers acquis en milieu scolaire, de déficits dans les compétences de gestion et d'organisation, les IND peinent à s'adapter à leur milieu clinique et à exercer de façon autonome en début de carrière. Selon Schoessler & Wlado (2006), la période d'adaptation s'étend de 10 à 18 mois avant que l'infirmière puisse mobiliser complètement les compétences développées en milieu scolaire et entreprendre plus activement son développement. La formation continue des infirmières nouvellement diplômées

(IND) dépend de plusieurs facteurs reliés aux caractéristiques des compétences à développer, de la population cible et du contexte organisationnel. Peu d'études décrivent à la fois comment les infirmières développent leurs compétences et comment les établissements favorisent ce développement.

Objectifs/questions : Les objectifs de cette présentation sont de (1) décrire les comportements que les IND utilisent pour développer leurs compétences de raisonnement et de leadership ; et (2) documenter les éléments organisationnels qui facilitent ce développement.

Méthodes : Des entrevues individuelles ont été effectuées auprès d'infirmières ($n = 34$) à l'aide d'une grille d'entrevue semi-structurée et deux entrevues de groupes ont été réalisées auprès d'infirmières ($n = 7$) et de gestionnaires ($n = 19$) dans deux hôpitaux universitaires de l'Est du Canada.

Résultats : Les résultats montrent que les infirmières se développent essentiellement en réfléchissant sur leur pratique professionnelle dans leur milieu de travail. Or, l'absence de temps de réflexion dans l'espace de travail est un obstacle considérable alors que le leadership des gestionnaires est un atout important. Ces résultats feront l'objet d'une discussion et les suites envisagées par l'équipe de recherche seront présentées.

Références

Fero JM, Witsberger CW, Wesmiller SG, *et al.* Critical thinking ability of new graduate and experienced nurses. *Journal of Advanced Nursing* 2008;65(1):139-148.

Schoessler M, Waldo M. The first 18 months in practice: a developmental transition model for the newly graduated nurse. *Journal for Nurses in Staff Development* 2006;22(2):47-52.

Mots-clés : raisonnement clinique, stratégie d'apprentissages, formation continue

Clientèle cible : professionnel de la santé et gestionnaire

PL 44

Évaluation des forces utiles à l'intubation oro-trachéale sur mannequin de simulation par des experts en vue d'améliorer l'apprentissage des novices

Justine Garcia¹, Kevin Lachapelle², Natalia Nuño¹

¹ Laboratoire de recherche en imagerie et orthopédie, École de Technologie Supérieure (LIO-ÉTS), Montréal, Canada

² Centre de simulation médicale Arnold et Blema Steinberg (Université de McGill)

Contact : kevin.lachapelle@mcgill.ca

Contexte/problématique : Des mannequins de simulation servent à l'apprentissage de techniques médicales, telles que l'intubation oro-trachéale, avant de pratiquer sur de véritables

patients humains. Pour mieux comprendre cette technique, donnée par des experts sur mannequin, une analyse des forces durant la manœuvre de la traction de la mâchoire a été réalisée.

Objectifs/questions : Connaître ces forces permettrait de trouver un moyen de mieux évaluer les apprentis. Il s'agit donc, de trouver une solution pour recueillir les données nécessaires, en faisant en sorte que les candidats ne changent pas leur technique habituelle durant l'analyse.

Méthodes : Pour ce faire, des films capteurs de pressions (films Prescale LLLW, 0,2–0,6 MPa, Fujifilm, Madison, É-U.), changeant de couleur en fonction de la contrainte exercée, ont été découpés et maintenus sur une lame de laryngoscope. Les forces ont ensuite été obtenues par l'intermédiaire du logiciel FPD fourni par Fujifilm (Fujifilm, Madison, É-U.). Vingt-et-une personnes expertes (anesthésistes, inhalothérapeutes ayant plusieurs années d'expérience) se sont portées volontaires pour intuber un mannequin Laerdal® Airway Management Trainer et cinq d'entre eux ont intubé à deux reprises. Deux films ont été écartés, soit un total de vingt-six films a été analysé.

Résultats : Les résultats de l'analyse ont permis de distinguer trois types de surfaces de contact, notamment une aire uniforme claire (Groupe 1), une aire uniforme foncée (Groupe 2) et un ensemble de deux aires (Groupe 3). La moyenne des forces de l'ensemble du groupe d'experts est de 94 ± 65 N, celle du Groupe 1 : 33 ± 20 N ; du Groupe 2 : 163 ± 30 N ; et enfin du Groupe 3 : 87 ± 24 N.

Discussion/conclusion : Les différences constatées, notamment aux aires de contacts et aux valeurs de chacun des sous-groupes, peuvent provenir de la divergence des techniques employées par chacun des candidats.

Références

Carassiti M, Zanzonico R, Cecchini S, Silvestri S, Cataldo R et Agrò FE. Force and pressure distribution using Macintosh and GlideScope laryngoscopes in normal and difficult airways: a manikin study. *British Journal of Anaesthesia* 2012;108(1):146-151.

Cecchini S, Silvestri S, Carassiti M, Agrò FE. Static forces variation and pressure distribution in laryngoscopy performed by straight and curved blades. In 2009 31st Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society, EMBC 2009, p. 865-868.

Mots-clés : simulation, intubation, forces

Clientèle cible : Anesthésistes, inhalothérapeutes, personnel de centre de simulation médicale

PL 45

Utilisation pédagogique des données sur l'expérience clinique des résidents en médecine : bilan après une année d'utilisation

Pierre Frémont, Claudia Turgeon, Abdelhamid Elkadhi

Faculté de médecine, Université Laval, Québec, Canada
Contact : pierre.fremont@crchul.ulaval.ca

Contexte/problématique : Une évaluation des besoins réalisée en 2009 a révélé que les programmes de résidence de l'Université Laval souhaitaient documenter l'exposition clinique individuelle des résidents.

Objectifs/question : Un outil de documentation de l'expérience clinique (logbook) paramétrable selon les besoins de chaque discipline permettra-t-il un meilleur encadrement pédagogique des résidents ?

Méthodes : En 2010-2011, CliniFolio-R, un logbook accessible via le Web, a été élaboré et fut implanté initialement par cinq programmes en juillet 2011. Après une année d'utilisation, une analyse des données produites par le logbook a été faite pour ces cinq premiers programmes. Cette analyse a été présentée aux responsables des cinq programmes initiaux pour fins de discussions quant à l'utilisation pédagogique du logbook avec les résidents ainsi que de l'utilisation des données au sein du programme.

Résultats : En date de janvier 2012, CliniFolio-R a été mis en œuvre par 12 programmes de résidence (107 utilisateurs), alors que deux autres programmes en sont à planifier son implantation. Aucun problème technologique important n'a eu lieu. Après une année de mise en œuvre, l'analyse des saisies effectuées par les résidents des cinq premiers programmes ayant utilisé cet outil a révélé une utilisation soutenue par les résidents ($n = 10851$ saisies par 46 résidents). Les entrevues avec les répondants de ces cinq programmes indiquent que quatre programmes ont surveillé l'activité du logbook, mais un seul a utilisé les données dans le cadre du mentorat. Après avoir examiné les données et rapports avec chaque programme, tous ont exprimé leur intention d'utiliser à l'avenir les rapports de saisies en relation avec le mentorat.

Discussion/conclusion : Bien qu'il y ait eu un faible usage pédagogique des données saisies dans le logbook au cours de la première année d'implantation, force est de constater que les réunions de suivi avec les programmes ont eu un impact réel sur leur

intention d'utiliser les rapports de saisies des résidents en relation avec le mentorat au cours de la prochaine année. En accord avec la littérature à ce sujet^[1], cette étude illustre bien l'importance d'un soutien continu auprès des programmes à la suite de l'implantation d'outils de portfolio comme le logbook CliniFolio-R.

Référence

[1] Donato AA, George DL. A blueprint for implementation of a structured portfolio in an internal medicine residency. *Academic Medicine* 2012;87(2):185-191.

Mots-clés : Logbook résidence médecine

Clientèle cible : responsables des programmes de résidence

PL 46

Adopter un patient chronique : un parcours expérimental dans la formation du médecin à la découverte de la chronicité et de la continuité des soins

Maria Stella Padula¹, Lorenza Garrino², Mimmo Andreoli¹, Tiziano Cadioli¹, Paolo Malavasi¹, Chiari Corrado¹, Rossi Lanfranco¹

¹ Université de Modène Reggio Emilia, Italie

² Université de Turin, Italie

Contact : padula.maria.stella@simg.it

Contexte/problématique : Les soins aux patients avec maladies chroniques, âgés, souffrant de pathologies multiples, n'étant pas autosuffisants et vivant souvent avec un conjoint aussi âgé, demandent une formation spécifique du médecin, centrée sur l'attention portée à la personne, plutôt qu'à la maladie. L'université de Modène et Reggio Emilia (Italie) a mis en place en 2011-2012, un projet éducatif dans le cours de Médecine Générale et Soins Primaires pour les étudiants de médecine en troisième année.

Objectifs/questions : Développer les compétences de gestion des aspects cliniques, relationnels et sociaux dans le traitement des maladies chroniques, avec une attention particulière aux aspects familiaux et psychologiques du patient et de sa famille.

Méthodes : Chaque groupe d'étudiants s'occupe, pour trois ans, d'un malade chronique et de sa famille, avec l'aide d'un médecin tuteur, tout en effectuant un suivi des soins coordonnant l'action de l'hôpital et des institutions locales. Les étudiants ont suivi un cours introductif à la clinique ambulatoire du tuteur, c'est-à-dire le médecin responsable du patient et de sa famille. Afin de faciliter l'observation, la collecte des données et des visites, on a demandé la narration et on a préparé des fiches, des listes de vérification et des tables pour présenter les données recueillies et décrire l'expérience avec le tuteur.

Résultats : Sept étudiants ont été impliqués dans le projet. À la fin de la première année, ils ont présenté les détails relatifs aux visites médicales à la clinique ambulatoire, chez les patients et à l'hôpital. L'aspect le plus intéressant et significatif est que les étudiants ne se sont pas concentrés seulement sur le patient, mais aussi sur les parents responsables des patients. Les résultats ont permis d'expliquer ces expériences et celles des patients et des familles, les données concernant l'évolution de la maladie, la négociation des tests diagnostiques, des traitements thérapeutiques et les stratégies apprises.

Discussion/conclusions : L'expérience de formation des étudiants est originale et innovatrice, car elle est l'une des solutions possibles pour faire face aux changements dans la formation du médecin relative à la gestion des malades chroniques et de la continuité des soins.

Étudiants impliqués : Pelles GF, Strippoli P, Feltri L, Turbati E, Guaitoli G, Dallai C, Mussati G

Référence

Padula MS. Di casa in casa – In viaggio con il medico per apprendere e curare. Modena : Athena 2011.

Mots-clés : médecine générale, étudiants, chronicité

Clientèle cible : éducateurs, formateurs de formateurs en sciences de la santé

PL 47

Vers un partenariat de soins et de services : accompagner les patients, leurs proches et les intervenants à travers une démarche d'amélioration continue

Paule Lebel^{1,4}, Vincent Dumez², Andrée Boucher¹, François Chiocchio³, Hélène Essiembre¹, André Néron², Christian Voirol^{1,4}, Luce Gosselin¹, Audrey-Maude Mercier², Jean-François Bouchard¹, Florian Bersier¹

Université de Montréal (UdeM), Québec, Canada :

¹ Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé, Faculté de médecine

² Bureau facultaire de l'expertise patient partenaire, Faculté de médecine

³ Département de psychologie, Faculté des arts et des sciences

⁴ Département de médecine familiale et de médecine d'urgence, Faculté de médecine

Contact : paule.lebel@umontreal.ca

Contexte/problématique : La pratique collaborative permet plusieurs impacts positifs : l'accessibilité et la sécurité des services, la santé et la satisfaction des patients et des proches, la

satisfaction et la rétention du personnel. Le Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS) et le Bureau facultaire de l'expertise patient partenaire (BFEPP) de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, grâce à des subventions de Santé Canada et du ministère de la Santé et des Services sociaux au Programme Partenaires de soins (PPS), unissent leurs actions (2011-2014) pour consolider la pratique collaborative dans les établissements du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'UdeM et intégrer les patients et les proches comme partenaires de soins au sein des équipes cliniques.

Objectifs/questions : Le développement des compétences liées à la pratique collaborative et au partenariat de soins chez les intervenants, patients et proches, gestionnaires, étudiants et résidents du réseau sociosanitaire.

Méthodes : Avec le soutien du PPS, une démarche d'amélioration continue (DAC) du partenariat de soins et de services est implantée dans les équipes cliniques participantes. Ce processus formatif aide les équipes à constituer un comité d'amélioration continue impliquant gestionnaires, intervenants cliniques et patients/proches. Ce comité voit à structurer la réflexion sur les transformations à apporter à la pratique collaborative de l'équipe, grâce à des outils diagnostiques et à des activités de transformation adaptées. Les milieux contribuent localement à la démarche en nommant des leaders collaboration en établissement (LCE) accompagnés par le PPS et réseautés par une communauté de pratique.

Résultats : Plus de 30 équipes d'une quinzaine d'établissements et 35 LCE sont en processus d'implantation de la DAC. Un devis d'évaluation d'implantation est mis en place.

Discussion/conclusion : L'implantation de comités d'amélioration continue et de LCE dans les établissements de santé apparaît prometteuse pour la réussite et la pérennité de la transformation du partenariat de soins, compte tenu du fort taux de roulement au sein des équipes cliniques et de l'hétérogénéité de fonctionnement observée.

Mots-clés : pratique collaborative, partenariat de soins, qualité des soins

Clientèle cible : intervenants de la santé et des services sociaux, patients et proches des établissements de santé

PL 48

Étudiants en médecine en difficulté : quels outils pour les dépister ? Quel devenir ? Quelles actions possibles pour une prise en charge ?

Joël Ladner, Jean-François Gehanno, Christophe Girault, Agnès Liard, Olivier Mouterde, Francis Roussel, Michèle Guigot, Benoît Veber

Faculté de Médecine, Rouen, France

Contact : joel.ladner@chu-rouen.fr

Contexte/problématique : Quelques études récentes suggèrent que la prévalence d'étudiants en médecine en difficulté est en augmentation, en partie associée à une fréquence accrue d'étudiants qui présentent des problèmes de santé mentale (stress, troubles anxieux, dépression, idées suicidaires, épuisement professionnel). Une meilleure connaissance des modalités de repérage et de l'impact de ces événements sur le cursus des études permettrait d'intervenir précocement dans le cursus.

Objectifs/questions : Identifier des facteurs prédictifs de difficultés dans leur cursus, évaluer le devenir des étudiants après la survenue des difficultés.

Méthodes : Une étude cas-témoins a été conduite en 2012. Les cas étaient les étudiants ayant eu un événement majeur : la non-validation d'un stage hospitalier (SH) en 4^e et 5^e année ; les témoins, les étudiants ayant validé tout leur SH. Pour chaque étudiant, les notes obtenues aux examens de la 2^e à la 6^e année et les notes de SH ont été recueillies. Les notes et appréciations qualitatives obtenues lors des examens oraux de communication (entretiens, 3 examinateurs, expression libre sur un sujet tiré au sort) en 2^e et 3^e année ont été analysées.

Résultats : Au total, 26 cas et 78 témoins ont été inclus. En 2^e et 3^e année (avant la non-validation d'un SH), les notes aux examens étaient significativement plus basses chez les cas (-53 points sur 800, $p = 0,001$). Les notes aux examens de communication étaient plus basses chez les cas (1,03/20, $p = 0,02$), liées au défaut de prise en compte de l'autre et la pauvreté du langage. L'analyse qualitative a décelé plus fréquemment des cas

au comportement «angoissé», «peu enthousiaste», «nerveux», «colère-hostilité». Après l'évènement, la poursuite des études était plus difficile chez les cas : les notes aux stages étaient significativement plus faibles ($-10,8/80$, $p = 0,002$) ainsi que les notes aux examens ($-21,8$ points/250, $p = 0,01$).

Discussion/conclusion : La non-validation d'un SH semble être un critère pertinent pour repérer les étudiants en difficulté. Des notes aux examens plus faibles et une évaluation qualitative en entretien semblent prédire cette difficulté. La poursuite du cursus paraît plus difficile après la survenue de l'évènement majeur choisi. Dans un contexte d'effectifs de promotion croissante, d'une culture médicale fermée aux émotions, d'une pression liée aux examens plus fréquents et de la préparation du concours d'accès au 3^e cycle, de nouvelles approches adaptées de repérage, de prise en charge des étudiants en difficulté et de formation des étudiants sur leur propre santé s'avèrent nécessaires.

Mots-clés : étudiants en difficulté

Clientèle cible : équipe décanale, enseignants, étudiants

PL 49

Niveaux de compétence communicationnelle en médecine générale au cours de la formation initiale

Laurence Compagnon¹, Samuel Chartier¹, Julien Le Breton¹, Philippe Bail², Jean François Huez³, Claude Attali¹

¹ Faculté de médecine de Paris Est Créteil, France

² Faculté de médecine de Brest, France

³ Faculté de médecine d'Angers, France

Contact : laurence.compagnon@yahoo.fr

Contexte/problématique : La responsabilité des facultés de certifier la compétence des médecins répond à une exigence sociétale. En France, le « Référentiel métier et compétences » définit les tâches du Médecin Généraliste (MG). Il ne renseigne pas sur le niveau de compétence que doit atteindre le jeune MG pour pouvoir exercer. Il existe un consensus international pour considérer la compétence communicationnelle du médecin comme indispensable.

Objectifs/questions : Déterminer les niveaux de compétences de l'interne aux moments clés de sa formation et notamment le niveau nécessaire en fin de cursus pour exercer avec l'efficacité requise pour lui-même et ses patients, en particulier la compétence « Relation, communication, approche centrée patient ».

Méthodes : Notre travail participe au travail national Français sur les niveaux de compétences du MG, qui a défini 3 niveaux de

compétences : novice, intermédiaire et compétent. Concernant la compétence « Relation, communication, approche centrée patient », des focus groupes de généralistes enseignants experts de cette compétence ont eu pour objectif d'en décrire les 3 niveaux. Un travail de validation a été réalisé en groupe national pour obtenir un consensus sur cette description. Parallèlement, des focus groupes d'internes ont été organisés.

Résultats : Nous avons défini 3 niveaux génériques dans la discipline : novice, intermédiaire, compétent. Nous avons précisé comment évoluait chaque compétence en fonction des 3 premiers niveaux au cours du cursus de 3^e cycle de médecine générale. L'analyse des verbatim des enseignants experts a défini des hypothèses concernant la progression de la compétence communication. Le travail de consensus a permis de décrire à chaque niveau les attributs des internes

Discussion/conclusion : Les niveaux de compétence ainsi décrits et particulièrement ceux de la compétence « communication » permettront de mettre en place des outils d'évaluation authentique centrés sur les compétences requise pour exercer la médecine générale.

Références

Scallon G. L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétence, Saint-Laurent (Québec), Éditions du Renouveau Pédagogique inc, 2004.

Tardif J. L'évaluation des compétences, Montréal, Les Éditions de la Chenelière inc, 2006.

Mots-clés : compétence, formation médicale, niveaux

Clientèle cible : généralistes

PL 50

Description du niveau novice pour la compétence « Relation, Communication, Approche centrée patient » à partir du discours des internes de médecine générale

Laurence Compagnon¹, Samuel Chartier¹, Julien Le Breton¹, Philippe Bail², Jean François Huez³, Claude Attali¹

¹ Faculté de médecine de Paris Est Créteil, France

² Faculté de médecine de Brest, France

³ Faculté de médecine d'Angers, France

Contact : laurence.compagnon@yahoo.fr

Contexte/problématique : Le modèle de l'apprentissage par compétence nécessite l'utilisation d'outils d'évaluation qui renseignent valablement sur le niveau atteint ou en cours

d'acquisition parmi les 3 niveaux décrits en France au plan national, (novice, intermédiaire et compétent) durant le diplôme d'étude spécialisée (DES) de médecine générale (MG).

Objectifs/questions : L'objectif principal est double : déterminer les attributs d'un interne de niveau « novice » pour la compétence : « relation, communication, approche centrée sur le patient » et les comparer avec les hypothèses du groupe national d'experts ayant travaillé sur les niveaux de compétence en MG. L'objectif secondaire est de repérer des moments déterminants de développement de ce niveau.

Méthodes : Trois *focus groups* ont été réalisés auprès d'internes débutant leur DES de médecine générale. Ils ont été retranscrits puis ont fait l'objet d'une analyse thématique avec triangulation des données, tout d'abord sans grille de lecture prédéterminée, puis avec la grille de lecture créée à partir des conclusions du groupe national d'experts.

Résultats : La communication du novice se limite aux explications et la recherche du consentement n'est pas systématique. Il identifie des situations difficiles du point de vue communicationnel pour lesquelles il élabore quelques stratégies afin de pallier ses difficultés, sans avoir le recul pour les résoudre. Le niveau concernant le non-verbal est hétérogène, probablement en rapport avec différents niveaux d'introspection. Le novice est apparu plus avancé que prévu dans la maîtrise de certaines composantes notamment pour la communication envers les intervenants et l'entourage du patient, alors que certaines connaissances théoriques attendues ne sont pas intégrées.

Discussion/conclusion : Cette étude originale a permis de valider les hypothèses du groupe national d'experts et d'ébaucher une description des attributs du niveau novice pour cette compétence. Ce travail sera complété par une étude sur les traces écrites d'apprentissage sur le même sujet. Ses implications sont importantes pour adapter la formation en deuxième et troisième cycles.

Références

Scallon G. L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétence, Saint-Laurent (Québec), Éditions du Renouveau Pédagogique inc, 2004.

Tardif J. L'évaluation des compétences, Montréal, Les Éditions de la Chenelière inc, 2006.

Mots-clés : compétence, communication, novice

Clientèle cible : généralistes

PL 51

La compétence culturelle des professionnels de la santé : une nouvelle définition

Amélie Blanchet Garneau, Jacinthe Pepin

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Québec, Canada

Contact : amelie.blanchet.garneau@umontreal.ca

Contexte/problématique : La mondialisation amène une prise de conscience de la santé comme un droit humain de base et un bien commun qui doit être promu et protégé par la communauté. Dans ce contexte, les barrières géographiques et politiques se font de plus en plus diffuses et donnent lieu à un mélange des cultures tant au niveau local qu'international. Ce pluralisme culturel observé dans la population se transpose dans les milieux de soins, amenant ainsi son lot d'enjeux et de défis pour les professionnels de la santé. Le développement de la compétence culturelle est considéré par de nombreux auteurs comme étant l'une des solutions favorisant la qualité et l'équité dans les soins. Cette communication vise à présenter les résultats et conclusions d'une recension critique des écrits portant sur la définition et l'application du concept de compétence culturelle chez les professionnels de la santé. La recension a été effectuée à partir des bases de données CINAHL, ERIC, PsycINFO, EMBASE, Medline et Sociological Abstracts. L'analyse des écrits retenus fait ressortir que les conceptions dichotomiques de la culture dans le domaine de la santé amènent un manque de consensus sur la définition et l'application de la compétence culturelle tant dans la pratique que la formation des professionnels de la santé (Gregory et al. 2010). De plus, on remarque une concurrence de deux concepts, surtout en formation infirmière, qui sont la sécurité culturelle et la compétence culturelle (Williamson & Harrison 2010). Ces résultats nous amènent à proposer une nouvelle définition du concept de compétence culturelle selon une perspective constructiviste. La pertinence de cette nouvelle définition sera discutée en lien avec son application et son intégration dans la formation initiale et continue en approche par compétence des professionnels de la santé.

Références

Gregory D, Harrowing J, Lee B, Doolittle L, O'Sullivan PS. Pedagogy as influencing nursing students' essentialized understanding of culture », *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 2010;7, article 30.

Williamson M, Harrison L. Providing culturally appropriate care : a literature review, *International Journal of Nursing Studies* 2010;47(6):761-769.

Mots-clés : compétence culturelle, formation, constructivisme

Clientèle cible : professeurs, enseignants et formateurs en sciences de la santé

PL 52

Examens assistés par ordinateur (EAO) : osez le virage technologique

Gilles Leclerc, Luc Bernier, Marie-Claude Marin, André Martel, France Pérusse

SESAME, Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Québec, Canada

Contact : gilles.leclerc@umontreal.ca

Mots-clés : évaluation, technologie

Clientèle cible : enseignants, administrateurs

Contexte/problématique : L'utilisation des technologies pour l'évaluation des apprentissages en sein des programmes par compétence soulève débats et inquiétudes quant à la pertinence des contextes d'utilisation, à la facilité d'implantation, à la sécurité et la fiabilité des approches ainsi qu'à la valeur pédagogique ajoutée. La présentation propose un regard sur deux années d'intégration des EAO au sein du doctorat professionnel de premier cycle en pharmacie (PharmD).

Objectifs/questions : Identifier les avantages et les limites pédagogiques et logistiques à l'usage de la technologie pour l'administration d'examen dans le cadre de programmes professionnels. Décrire les conditions d'implantation et les procédures de soutien optimales nécessaires à l'atténuation des résistances au déploiement des EAO.

Méthodes : L'expérimentation, l'observation, les récits d'évènements, l'accompagnement personnalisé, les sondages, les rencontres formelles et informelles, les forums de discussion, la collaboration entre pairs et les discussions en groupe ont permis de recueillir les données et témoignages afin de dessiner un portrait réaliste des avantages, limites et conditions optimales pour une intégration des EAO.

Résultats : En plus de provoquer une révision et une transformation des procédures de préparation, d'administration et de correction des examens, l'intégration des EAO a forcé une remise en question importante des rôles et responsabilités de plusieurs intervenants ainsi que des outils, documentation et usages de l'évaluation au sein du PharmD. Les questions de validité et fidélité des approches et types d'items d'évaluation préconisés en contexte professionnel ont été abordées et ont mené à une transformation progressive des façons de faire.

Discussion/conclusion : Une prise de conscience sérieuse du rôle pédagogique important de l'évaluation émane de l'intégration des EAO. Elle a mené, entre autres, à la création du SESAME (service de soutien à la méthodologie en évaluation) pour soutenir le développement professionnel des enseignants.

Références

Hochlehnert A., et collab. Does Medical Students' Preference of Test Format (Computer-based vs. Paper-based) have an Influence on Performance ? *BMC Medical Education* 2011;11:89 [http://www.biomedcentral.com/1472-6920/11/89].
Scheuermann F, Björnsson J. The Transition to Computer-Based Assessment. European Commission Joint Research Centre Institute for the protection and Security of the Citizen, European Community, 2009 [http://www.eurosfair.pr.fr/7pc/doc/1245162727_computer_based_assessment_transition.pdf]

PL 53

Les activités professionnelles pouvant être confiées avec confiance : pierre angulaire de la formation en collaboration des résidents en santé communautaire

Claire Bélanger¹, Suzanne De Blois², Stéphane Perron², Nicole Beaudet², Faisca Richer³

¹ Services de soutien à l'enseignement, Université de Montréal, Québec, Canada

² Direction de santé publique de Montréal ; Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal

³ Institut national de santé publique ; Département d'épidémiologie et de biostatistiques de l'Université McGill

Contact : claire.belanger@umontreal.ca

Contexte : Le médecin qui se spécialise en santé publique et en médecine préventive sera appelé à travailler efficacement au sein d'équipes et de réseaux dans le but d'atteindre des résultats de santé optimaux (CIHC, 2010) et, plus généralement, de mieux accomplir l'ensemble de ses autres activités professionnelles. La collaboration interprofessionnelle et avec de nombreux partenaires est centrale dans son champ d'activités.

Objectifs/question : L'objectif de notre présentation est de montrer de quelle façon le groupe de travail sur la collaboration, sous-comité du comité du programme de résidence en santé communautaire, a pris appui sur ce cadre pour élaborer des dispositifs de formation appropriés à son contexte et permettant aux résidents d'atteindre les visées privilégiées à l'égard de la compétence à collaborer.

Qu'implique développer sa compétence à collaborer pour un résident en santé publique ?

Discussion : La compétence est toujours une compétence à agir, une compétence pour quelque chose (Legendre 2008). On est compétent pour une activité professionnelle ou un ensemble d'activités. Le cadre théorique des Activités Professionnelles pouvant être Confiées avec Confiance (les «Entrusted Professional Activities» dans la littérature anglo-saxonne), développé en pédagogie médicale (ten Cate, 2005), peut devenir un outil pertinent en contexte de stage pour penser l'accompagnement des résidents dans le développement de leur compétence à collaborer et l'évaluation de cette dernière à travers les activités professionnelles auxquelles il sera confronté.

Ce cadre établit quatre niveaux d'appropriation des activités professionnelles. Pour une action de collaboration donnée, il s'agit de voir avec le résident s'il :

- 1) Dispose de ressources (connaissances, habiletés, attitudes...) qu'il pourrait mobiliser et réinvestir dans l'action ;
- 2) Pourrait réaliser l'activité avec une supervision, serrée ou modérée ;
- 3) Pourrait la faire de manière autonome ;
- 4) Pourrait superviser d'autres résidents dans sa réalisation.

Références

Canadian Interprofessional Health Collaborative. A National Interprofessional Competency Framework 2010 [http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf]

Legendre M-F. La notion de compétence au cœur des réformes curriculaires : effet de mode ou moteur de changements en profondeur ? (Chap. 1), dans *Compétences et contenu : Les curriculums en question*, Belgique, De Boeck, 2008, p. 27-50.

Ten Cate O. Entrustability of professional activities and competency-based training », *Medical Education* 2005;39:1176-1177.

Mots-clés : collaboration, compétence, résidence

PL 54

Les futurs médecins urgentistes connaissent-ils les compétences des personnels avec lesquels ils prendront en charge une situation d'urgence ? Intérêt d'une évaluation initiale pour les scénarios de simulation

Christine Ammirati¹, Catherine Quemener², Carole Amsallem², Béatrice Jamault³

Centre de pédagogie active – simulation en Santé (CPA-SimUsanté©), Amiens, France :

¹ CHU-Faculté de médecine Amiens

² Centre d'enseignement des soins d'urgence, CHU

³ Institut de formation en électroradiologie

Contact : christine.ammirati@chu-amiens.fr

Contexte/problématique : L'optimisation de la prise en charge d'un patient en situation d'urgence nécessite un travail d'équipe collaboratif. Cette collaboration implique que chaque acteur connaisse les compétences de l'autre pour qu'une réelle synergie s'instaure. Face à l'arrêt cardiaque, il est ainsi recommandé que l'équipe d'intervention soit constituée préalablement. Cependant cette situation idéale n'est pas systématique et des acteurs en santé auront parfois à faire face ensemble à une situation aigue sans connaissance réciproque.

Objectifs/questions : La formation permet-elle au médecin urgentiste d'appréhender les compétences institutionnelles de ses collaborateurs occasionnels ? Notre hypothèse est que les

savoirs dans ce domaine sont partiels et qu'il convient d'intégrer plusieurs catégories socioprofessionnelles dans des scénarios d'apprentissage.

Méthode : Un questionnaire portant sur 20 actes d'urgence et 4 vignettes cliniques a été distribué dans le même temps aux étudiants de première et deuxième année de spécialité. Les étudiants devaient corréliser les actes à 7 métiers en santé en fonction des compétences supposées. Les cas cliniques impliquaient une décision de répartitions de tâches en fonction des personnels présents.

Résultats : 44 questionnaires en première année et 47 en seconde année ont été renseignés (97 étudiants présents). Le nombre de réponses justes, toutes catégories socioprofessionnelles confondues a significativement augmenté ($p = 0,0001$). Cependant cette amélioration ne concerne pas toutes les professions. Malgré deux ans d'apprentissage de la spécialité d'urgence en milieu hospitalier au cours desquels le jeune médecin a déjà pris des responsabilités, il persiste une méconnaissance significative relative aux compétences de certains métiers (manipulateurs en radiologie, ambulanciers, aide-soignant, kinésithérapeute). L'élaboration de scénarios de simulation avec la participation de plusieurs catégories socioprofessionnelles dès la formation initiale devrait améliorer la connaissance des compétences de l'autre et faciliter le travail collaboratif. C'est l'un des objectifs du Centre de pédagogie active –simulation en santé d'Amiens (CPA-SimUsanté©), espace pédagogique interprofessionnel de la formation initiale à la formation continue au CHU et Université d'Amiens. D'autres travaux devront étayer cette première approche.

Mots-clés : urgence, interprofessionnel, simulation

Clientèle cible : urgentistes, personnels soignants

PL 55

L'utilisation d'un modèle cognitif de l'apprentissage de la compétence « leadership clinique infirmier » dans un programme de formation en sciences infirmières

Jacinthe Pepin, Johanne Goudreau et collaborateurs

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Québec, Canada

Contact : Jacinthe.Pepin@umontreal.ca

Résumé : À l'instar du *National Research Council* (2001), Tardif (2006) soutient que les modèles cognitifs de l'apprentissage (MCA) d'une compétence trouvent leur utilité principale en ce qui a « trait à la structuration curriculaire, aux choix des situations d'apprentissage et aux choix des modalités d'évaluation » (p. 88). À ce jour, peu de MCA ont été élaborés à partir de données de recherche et l'examen des retombées de ces MCA sur les

programmes de formation est encore peu diffusé. Or, un MCA du leadership clinique infirmier a été élaboré à partir d'entrevues semi-structurées auprès de 53 étudiantes infirmières et infirmières (Pepin *et al.* 2011). Ce MCA a servi d'outil pour les travaux d'un groupe de professeurs qui ont révisé les situations d'apprentissage et les modalités d'évaluation de la compétence du leadership clinique dans le programme de baccalauréat en sciences infirmières de l'Université de Montréal. Le but de la présentation est de rendre compte de l'utilisation du MCA du leadership clinique infirmier dans le programme de baccalauréat en sciences infirmières. La démarche du groupe de professeurs ainsi que l'apport spécifique du MCA aux changements apportés tant aux situations d'apprentissage qu'aux modalités d'évaluation seront présentés. La discussion portera sur la réciprocité des travaux de développement de MCA et d'implantation des MCA dans les curriculums et sur les retombées possibles dans d'autres contextes.

Références

- Pepin J, Dubois S, Girard F, Tardif J, Ha L. A Cognitive Learning Model of Clinical Nursing Leadership. *Nurse Education Today* 2011;31(3):268-273.
- Goudreau J, Pepin J, Dubois S, Boyer L, Larue C, Legault A. A Second Generation of the Competency-Based Approach to Nursing Education. *International Journal of Nursing Education Scholarship* 2009;6(1),art. 15.

Mots-clés : modèle cognitif de l'apprentissage, leadership clinique, curriculum

Clientèle cible : toute personne intéressée à l'utilité d'un modèle cognitif de l'apprentissage

PL 56

La formation des concepts scientifiques lors de l'APP en médecine sous l'angle socioconstructiviste de Vygotski

Marie-Pierrette Ntyonga-Pono

Université de Montréal, Canada
Courriel : prnnyongapono@yahoo.fr/

Contexte/problématique : L'APP, approche novatrice centrée sur l'étudiant et basée sur les problèmes biomédicaux, a débuté à la fin des années 1960 à la Faculté de médecine de l'Université MacMaster en Ontario (Canada). Les concepteurs de l'APP l'ont défini comme l'apprentissage qui résulte du processus de travail en vue de la compréhension ou la résolution d'un problème. Le problème est rencontré en premier (Barrows et Tamblyn 1980). À partir des années 1980, la méthode a connu un succès croissant (Gwee 2008), mais l'APP est aussi une approche controversée (Newman 2003). Par ailleurs, différents travaux ont montré une moins bonne réussite aux tests évaluant l'acquisition des connaissances scientifiques de base chez les étudiants formés par l'APP, on peut se demander pourquoi ? Ce fut notre

problème spécifique de recherche qui visait à retracer, décrire et analyser la dynamique pédagogique de l'APP lors des deux premières années de la formation médicale pour comprendre son rôle dans le processus d'apprentissage des concepts scientifiques de base. Nous avons choisi un cadre théorique inhabituel, le socioconstructivisme de Vygotski pour qui l'apprentissage des concepts est un processus de construction de sens qui résulte de la confrontation avec un problème. Vygotski (1934-1997) distingue deux types de concepts : les concepts spontanés ou quotidiens formés au contact des problèmes concrets et les concepts scientifiques appris dans le cadre scolaire. Ces deux types de concepts s'influencent réciproquement. À la phase initiale de l'APP, les étudiants construisent des concepts naïfs qu'on peut comparer aux concepts quotidiens selon Vygotski. Lors de leur travail individuel, ces concepts spontanés naïfs vont être confrontés aux concepts scientifiques dont les attributs sont définis dans les ouvrages et articles scientifiques. Leur transformation se poursuivra lors des discussions de la phase retour.

Méthode : Nous avons réalisé une étude de cas multiples, les cas étant deux groupes d'étudiants en médecine de l'Université de Montréal avec leur tuteur, suivis pendant une session complète. Les données ont été recueillies par différents moyens et l'analyse a porté sur les changements des représentations conceptuelles entre les deux phases.

Résultats : À la phase aller, les représentations conceptuelles étaient le plus souvent partielles, erronées. Lors de leur travail personnel les approches étaient variables. Après leurs recherches, les étudiants avaient trois types de représentations conceptuelles : correctes, incomplètes et erronées.

Discussion/conclusion : La qualité des interactions et le rôle du tuteur sont déterminants à la phase retour pour arriver à construire correctement ces concepts scientifiques dont l'appropriation varie selon les étudiants. La construction des concepts scientifiques reste un défi nécessitant l'engagement des étudiants et des habiletés et connaissances du tuteur.

PL 57

Les défis de l'évaluation de la collaboration en contexte de pédagogie par projet

Line Saintonge¹, Sylvie Houde²

Faculté de médecine et des sciences de la santé,
Université de Sherbrooke, Québec, Canada :

¹ École des sciences infirmières

² Centre de pédagogies des sciences de la santé

Contact : sylvie.houde@usherbrooke.ca

Contexte/problématique : Plusieurs approches pédagogiques ont été développées afin d'intégrer une composante de collaboration dans les activités d'apprentissage. Toutefois, on note

un décalage lorsqu'il s'agit du développement de l'évaluation de cette composante en raison des défis importants qu'elle présente. Comme la collaboration s'exprime dans l'interaction, il est difficile d'en faire une évaluation sur le plan individuel et d'identifier des indicateurs objectifs pour l'évaluer. Dans le cadre d'un projet pilote en sciences infirmières, une activité pédagogique de 3 crédits a été modifiée pour adopter les principes et la structure de la pédagogie par projet et mettre en place un environnement d'apprentissage propice au développement de la collaboration. Un dispositif de suivi et d'évaluation a été développé pour favoriser la réflexion et évaluer la qualité des actions de collaboration des étudiants.

Objectifs : Présenter le dispositif de suivi et d'évaluation de la collaboration mis en place ; mettre en évidence ses apports sur le plan de l'apprentissage des étudiants et les défis que présente l'évaluation de la collaboration.

Méthodes : L'activité pédagogique s'est déroulée à l'automne 2012. Cent-trois étudiants et six formateurs y étaient impliqués. Elle consistait à élaborer et réaliser une activité d'enseignement à la communauté, en équipe de quatre étudiants. L'évaluation de la collaboration prenait en considération le partage des tâches, la contribution au travail d'équipe et l'interdépendance entre les membres de l'équipe. Elle a été effectuée à l'aide d'autoévaluations, d'évaluations par les pairs, de rencontres de réflexion d'équipe supervisées par un formateur et d'évaluation des travaux des étudiants. Les commentaires issus de ces évaluations et de l'évaluation de l'activité par les étudiants et les formateurs mettent en évidence des thèmes récurrents en lien avec les apprentissages des étudiants et l'efficacité du dispositif d'évaluation.

Résultats : Le dispositif d'évaluation s'est avéré efficace pour stimuler les étudiants à développer des stratégies de collaboration et de gestion de conflits, à coconstruire leurs connaissances et s'appropriier les contenus d'enseignement. Des limites ont été mises en évidence dans la gestion de l'évaluation, surtout lorsqu'il s'agit d'évaluer des équipes dysfonctionnelles. Des ajustements devront être effectués.

Discussion/conclusion : Le développement de comportements de collaboration est facilité par l'application d'un dispositif de suivi et d'évaluation explicite de cette compétence. Il importe de concevoir les outils utilisés avec soin afin de prévoir différents cas de figures et assurer une évaluation équilibrée.

Mots-clés : évaluation, collaboration, pédagogie par projet

Clientèle cible : enseignants en sciences de la santé

PL 58

L'évaluation d'un programme : un processus à multiples potentiels

Richard Boulé, Diane Clavet, Sylvie Houde, Isabelle Moreau

Centre de pédagogie des sciences de la santé, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Canada

Contact : isabelle.moreau2@usherbrooke.ca

Contexte/problématique : L'évaluation continue peut être ardue à planifier, à mettre en œuvre et à gérer. Il est difficile de concevoir des outils qui permettent de valider les contenus pédagogiques et les choix didactiques. Il arrive aussi que les étudiants répondent aux outils d'évaluation de manière peu constructive. Lors de la création d'un programme de formation créditée, le Centre de pédagogie des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke a mis en place un dispositif d'évaluation continue intégré aux activités du programme afin de contrer ces limitations.

Objectifs/questions : Présenter un dispositif innovateur d'évaluation continue permettant de maximiser le processus d'évaluation (coûts-bénéfices) ; présenter les retombées de ce type d'évaluation pour les étudiants, les formateurs et le programme.

Méthodes : Le processus d'évaluation a été conçu de manière à servir d'outil d'évaluation, d'objet de formation et de support à la réflexion. Un soin particulier a été porté au choix des instruments, à la planification de la séquence d'évaluation et à l'utilisation efficace des données afin de constituer un modèle pour les étudiants. Il intègre diverses méthodes évaluatives participatives : questions ouvertes, questionnaires à échelles, carrousel, discussions de fin de rencontre, etc. Les données recueillies mettent en évidence : 1) les apprentissages réalisés par les étudiants ; 2) la progression de leur sentiment de compétence ; 3) les améliorations à apporter à la formation. Le dispositif a été mis en œuvre auprès de deux cohortes d'étudiants et en est à sa troisième itération.

Résultats : D'une part, le dispositif d'évaluation a informé les formateurs sur la qualité de leur enseignement et des apprentissages effectués. Il a aussi permis une réflexion sur l'amélioration des stratégies d'enseignement et d'évaluation. D'autre part, il a permis aux étudiants de participer activement à l'amélioration du programme. Les ajustements apportés par les formateurs ont démontré la considération portée au point de vue des étudiants,

renforçant ainsi leur engagement dans le processus d'évaluation. Sur le plan des apprentissages, la variété d'outils utilisés leur a permis de réfléchir sur la construction de leurs connaissances.

Discussion/conclusion : Concevoir l'évaluation comme outil d'amélioration continue, objet de formation et support à la réflexion, favorise sa mise en œuvre et multiplie ses apports possibles. Utiliser l'évaluation de programme à d'autres fins que celles généralement prévues provoque un engagement fort chez les étudiants et un réinvestissement rapide dans la formation par les formateurs.

Mots-clés : innovation pédagogique, évaluation continue, apprentissage

Clientèle cible : professeurs responsables d'un programme ou d'une activité de formation ; personne intéressée par l'évaluation d'une activité éducative

Mots-clés : innovation pédagogique, évaluation continue, apprentissage

Clientèle cible : professeurs responsables d'un programme ou d'une activité de formation ; personne intéressée par l'évaluation d'une activité éducative

PL 59

Simulation d'examen clinique objectif structuré préparée et gérée par les étudiants (ECOS Formatif)

Hélène Moffet, Isabelle Savard, Jean-François Roux, Jean-Sébastien Renaud

Faculté de médecine, Université Laval, Québec, Canada
Contact : isabelle.savard@fmed.ulaval.ca

Contexte/problématique : L'examen clinique objectif structuré (ECOS) est une des deux épreuves intégratrices qui permet la sanction des études au programme de physiothérapie. Il permet d'évaluer les compétences des étudiants. Il génère toutefois un stress considérable. Un cours de un crédit, dont la seule épreuve sommative est l'ECOS, a été créé pour accompagner les étudiants dans leur préparation. Ce cours s'étale sur un an et demi et offre différentes activités formatives (et facultatives), dont une simulation d'ECOS entièrement préparée par les étudiants. En plus de vivre les épreuves de leurs pairs en tant que candidats, ils y jouent les rôles d'observateurs-évaluateurs, de patients simulés ou d'intervenants.

Objectifs/questions : L'élaboration d'un ECOS à visée formative par les étudiants permet de viser deux objectifs : 1) permettre aux étudiants d'améliorer leurs compétences, et 2) diminuer leur stress face à l'ECOS terminal (sommatif).

Méthodes : Nous avons recueilli les impressions et constats des étudiants ayant participé à l'ECOS formatif à l'aide d'entrevues

semi-structurées. Tous les étudiants ont répondu à un questionnaire électronique suite à l'ECOS terminal, soit huit mois après la tenue de l'ECOS formatif. Nous vérifions si les étudiants qui ont fait l'ECOS formatif étaient effectivement plus confiants que ceux qui ont choisi de ne pas le faire. Nous analysons les résultats obtenus à l'ECOS terminal pour vérifier si les étudiants qui ont participé à l'ECOS formatif ont obtenu de meilleurs résultats.

Résultats : Les résultats, quantitatifs et qualitatifs, nous permettent de conclure que cette stratégie pédagogique pour la préparation à l'ECOS terminal répond aux objectifs visés.

Discussion/conclusion : Cet exercice permet d'atteindre les objectifs fixés, mais aussi de faire prendre conscience aux étudiants qu'ils maîtrisent déjà des compétences essentielles à la profession de physiothérapeute. De cette façon, en plus de rendre les étudiants plus confortables avec ce type d'évaluation, l'ECOS formatif permet d'accroître leur confiance en eux-mêmes, élément essentiel à la réussite de l'ECOS terminal.

Mots-clés : simulation ECOS, évaluation formative, apprentissage par les pairs

Clientèle cible : enseignants, superviseurs, résidents, étudiants, conseillers pédagogiques impliqués dans la préparation et l'évaluation d'ECOS.

PL 60

Adapter la formation médicale au changement des clientèles : 20 ans d'évolution du dossier prospectif gériatrique en communauté

Guy Lacombe, Pierre Michel Roy, Tamas Fulop

Faculté de médecine et sciences de la santé (FMSS),
Université de Sherbrooke, Canada
Contact : guy.lacombe@usherbrooke.ca

Contexte/problématique : Depuis 1987, les étudiants de la FMSS font l'acquisition de compétence en gériatrie dès la première année de médecine. Le modèle d'épisode de soins aigus entretient une perception négative des aînés. Il apparaissait nécessaire de 1) créer un contexte d'apprentissage non confrontant ; 2) favoriser l'acquisition de compétences réelles valorisant l'intervention auprès des aînés ; 3) permettre une réflexion personnelle sur le vieillissement ; et 4) la confronter à celles d'autres étudiants et médecins d'expérience. Chaque étudiant évalue à 4 reprises en 2 ans un aîné de sa communauté. Il complète à chaque visite le « Dossier prospectif », y colligeant l'histoire médicale et pharmaceutique, l'examen cognitif et fonctionnel et son interprétation de la situation biopsychosociale. En troisième année, 8 étudiants partagent leurs travaux avec un médecin.

Objectifs/questions : Dans le contexte québécois où le vieillissement change rapidement, nous évaluons si les modifications successives du dossier prospectif ont permis de maintenir l'atteinte des objectifs. L'évaluation porte sur 3 périodes d'évolution du dossier prospectif gériatrique : la période d'implantation initiale (1988), le virage médical (1999), puis le virage cognitif (2009).

Méthodes : Nous comparons les données dénominalisées colligées dans les dossiers prospectifs de 1990, 2004 et 2012, soit 2 ans après les adaptations du programme.

Résultats : Les étudiants choisissent en majorité leurs grands-parents à domicile, âge moyen 76 ans. Nous constatons des cohortes où les aînés portent autant ou plus de pathologies, mais subissent beaucoup moins de décès ou de grande morbidité. La consommation de médicaments est comparable, mais la perte d'autonomie moyenne diminue. L'ajout de questions spécifiques à un domaine gériatrique par visite force la réflexion et approfondie le caractère expérientiel. Avec le *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) et le « timed-up and go », ils discutent du maintien des capacités plutôt que de la démence et l'immobilisation. Spontanément plus du tiers accompagne leur aîné dans des services à la communauté et 65 % les aident dans la compréhension de leur situation.

Discussion/conclusion : L'étude de la production des étudiants a entraîné des changements majeurs de l'outil en démontrant un vieillissement plus réussi qu'en 1990 et la nécessité d'adapter l'évaluation médicale et l'apprentissage aux nouvelles réalités cliniques.

Références

Lacombe G. A Prospective Clinical Experience in Community Before Clerkship. *Journal of American Geriatric Society* 1992;40:10.

Lacombe G, Desmarchais J. L'apprentissage des habiletés cliniques », (chap. 4), dans *Apprendre à devenir médecin*, Sherbrooke, Presses de l'Université de Sherbrooke, 1996, p. 119-150.

Mots-clés : formation expérientielle, prospectif, personnes âgées

Clientèle cible : étudiants en médecine, préclinique

PL 61

Formation à l'évaluation des fonctions cognitives pour les étudiants de médecine : l'utilisation du *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA)

Guy Lacombe, Pierre Michel Roy, Tamas Fulop

Faculté de médecine et sciences de la santé (FMSS),
Université de Sherbrooke, Canada

Contact : guy.lacombe@usherbrooke.ca

Contexte/problématique : Depuis 1988 les étudiants de la FMSS pratiquent l'évaluation des fonctions cognitives dès la première année prédoctorale. Ils produisent pour leur « dossier prospectif » l'évaluation des AVD-AVQ (SMAF) et des fonctions cognitives (3MS et 2MS). Après un cours et 2 séances d'APP sur le delirium et la démence, les étudiants pratiquent, par jeux de rôle, l'évaluation avec le Folstein. En 2004, les personnes âgées évaluées avaient, à âge correspondant, des niveaux de scolarité et de performances cognitives supérieurs à la cohorte de 1990 (Lacombe et Fulop 2006). Un petit pourcentage des étudiants commentait alors le problème de démence, diminuant la puissance expérientielle du « dossier prospectif ».

Objectifs/questions : En 2009, nous avons introduit l'utilisation du MoCA pour évaluer des atteintes plus diverses et fines des fonctions cognitives. Ces adaptations ont-elles porté fruit ?

Méthodes : Nous comparons les données dénominalisées colligées dans tous les dossiers prospectifs remis en 2006 et 2012 ainsi que l'évaluation de programme pour décrire les conséquences de l'introduction du MoCA.

Résultats : Il a fallu développer et valider des jeux de rôles représentant 4 profils cognitifs caractéristiques pour mettre en évidence différentes manifestations cliniques que les étudiants pourraient observer. La formation des enseignants a nécessité une standardisation pour la compréhension des rôles, l'interprétation et l'administration du Folstein et MoCA suite à l'observation de pointage variant de 1 à 3 sur 5 pour la même situation pour un item donné. Par groupe de trois, les étudiants sont à 4 reprises et à tour de rôle évaluateur, patient-simulé et observateur. Cela permet une covalidation de l'administration, de l'interprétation et du pointage.

L'évaluation auprès des moniteurs montre un enrichissement des contenus cognitifs discutés qui touchent différentes atteintes cognitives minimales ou liées au vieillissement. Les interprétations portées au « dossier prospectif » montre qu'avec le MoCA les étudiants identifient 5 fois plus de personnes âgées dont les résultats nécessitent une discussion sur les performances cognitives que ne l'aurait permis l'usage du seul Folstein.

Discussion/conclusion : L'introduction du MoCA a enrichi l'expérience d'apprentissage liée au « dossier prospectif ». Les discussions se portent plus vers les déficits cognitifs minimales ou liés au vieillissement qui préoccupent de plus en plus la clientèle la plus en croissance : les baby-boomers.

Référence

Lacombe G, Fulop T. Conséquences du vieillissement de la population sur l'outil d'apprentissage expérientiel appelé dossier prospectif gériatrique à la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, affiche présenté au Congrès international francophone de gériatrie et gérontologie, Québec, 2006.

Mots-clés : formation expérientielle, évaluation cognitive, personnes âgées, MoCA

Clientèle cible : étudiants en médecine, préclinique

PL 62

Initiation à la psychiatrie pour des étudiants de médecine en Haïti : une première expérience prometteuse

Jean-Francois Corbin, Laurent Coulloudon, Schriebert Douyon

Département de psychiatrie, Université de Sherbrooke
Contact : schriebert.staco.douyon@usherbrooke.ca

Contexte/problématique : Dans le cadre d'une entente interuniversitaire, l'Université de Sherbrooke (UdeS) et l'Université de Quisqueya (UniQ) collaborent ensemble dans des domaines d'intérêts communs tant au niveau de l'enseignement, des échanges étudiants et de la recherche. La pénurie de professionnels qualifiés en santé mentale, aggravée dans le contexte du séisme qui a touché Haïti en janvier 2010, a incité l'UniQ à faire appel à l'UdeS afin d'offrir une formation en psychiatrie à ses étudiants en médecine.

Objectifs/questions : Les objectifs de cette formation étaient de permettre aux étudiants en médecine de l'UniQ de diagnostiquer les troubles psychiatriques majeurs, d'initier un traitement et de les sensibiliser à l'impact des facteurs psychosociaux et culturels dans la prise en charge des troubles psychiatriques en Haïti.

Méthodes : Pour ce faire, une formation de deux semaines a été donnée en janvier 2012 à Port-au-Prince à 40 étudiants de la Faculté de médecine de l'UniQ. Cette formation, qui incluait un volet théorique et un volet clinique, a été assurée par deux résidents de 3^e année en psychiatrie qui suivaient le microprogramme de 2^e cycle en pédagogie des sciences de la santé de l'UdeS. Ce dernier est complémentaire à la formation postdoctorale et a pour objectifs la planification et la réalisation des activités d'apprentissage ainsi que l'évaluation adaptée. La formation a été supervisée par le chercheur principal. Les principales méthodes d'enseignement utilisées étaient l'apprentissage par problèmes (tutorat) et l'exposé magistral. L'apprentissage des étudiants a été évalué par un examen à choix multiples. L'activité pédagogique a également été évaluée par les participants ainsi que la responsable de la Faculté de médecine de l'UniQ, docteur Geneviève Poitevien, à l'aide d'un questionnaire.

Résultats :

Le taux de réussite de l'examen a été d'environ 50 %, avec une note de passage à 50 %. Le taux de satisfaction globale des étudiants était au-dessus de 95 %.

Discussion/conclusion : Malgré un taux de réussite moyen, les étudiants ont été très satisfaits de leur formation. Ils ont particulièrement apprécié le volet clinique, car il s'agissait pour eux d'un premier contact avec des patients psychiatriques. Cette formation répond clairement à des besoins démontrés (0,28 psychiatre par 100 000 habitants et 300 000 morts postséisme en 2010) et normatifs (enseignement de la psychiatrie comme faisant partie intégrante du cursus des étudiants en médecine).

En effet, aucun cours de psychiatrie n'était disponible dans le cursus préétabli.

Référence

Rapport d'évaluation du système de Santé mentale en Haïti à l'aide de l'instrument d'évaluation conçu par l'Organisation Mondiale de la Santé mentale - Pour les systèmes de Santé Mentale (IESM-OMS), 2011.

Mots-clés : enseignement, psychiatrie, Haïti

Clientèle cible : Étudiants en médecine de l'Université Quisqueya (UniQ)

PL 63

Utilisation des exemples résolus (*worked-examples*) dans un environnement numérique d'apprentissage pour développer le raisonnement clinique d'intervention

Joseph-Omer Dyer^{1,2}, Anne Hudon¹, Katherine Montpetit-Tourangeau¹

¹ École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal, Canada

² Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS), Université de Montréal

Contact : joseph.omer.dyer@umontreal.ca

Contexte/problématique : Les exemples résolus (ER) (ou *worked-examples*) sont des outils d'apprentissage par lesquels l'apprenant étudie une démarche modèle de résolution d'un problème (Atkinson et collab. 2000). Ils ont été utilisés pour faciliter le développement du raisonnement clinique (RC) diagnostique dans les professions de la santé (Boekhout et collab. 2010). Les exemples à compléter (EC) sont des exemples résolus auxquels une partie de la solution doit être complétée par l'étudiant. L'étude des paires d'ER et d'EC s'avère efficace auprès des apprenants novices. Aucune étude n'a encore vérifié s'il existe un lien entre la qualité des réponses données par les étudiants, la charge cognitive lors de la résolution des EC et la performance aux tests de RC.

Objectifs/questions : Vérifier si l'étude des paires d'ER-EC améliore la performance des étudiants à un test de RC. Vérifier si la qualité des réponses des étudiants et l'effort mental déployé lors de la complétion des EC sont corrélés à la performance des étudiants à un test de RC.

Méthodes : 33 étudiants de 2^e année de physiothérapie à l'Université de Montréal ont participé à cette étude. Ils ont étudié, dans l'environnement numérique d'apprentissage de l'université (StudiUM), trois paires d'ER-EC de résolution de cas en physiothérapie. Tous les exemples présentés constituaient la synthèse

d'entrevues où des cliniciens experts ont explicité leur raisonnement pour résoudre des cas de physiothérapie. Le RC d'intervention a été mesuré avant (test pré-) et après (test post-) l'activité pédagogique. Les tests comportaient des questions à choix multiple et à développement pour un maximum possible de 24 points.

Résultats : La performance au test de RC post-intervention ($18,8 \pm 4,2$) est supérieure (test T pairé ; $p < 0,001$) à celle pré-intervention ($14,9 \pm 3,5$). La performance au test post-intervention n'est pas corrélée avec la qualité des réponses aux problèmes à compléter. L'effort mental lors de la résolution des problèmes est corrélé (Spearman Rho = $0,36$; $p < 0,05$) avec la performance aux items de résolution de problème (transfert proche) du test post-intervention.

Discussion/conclusion : L'étude de paires ER-EC faciliterait le développement du RC d'intervention des étudiants en physiothérapie. L'amélioration du RC serait en lien avec la diminution de la charge cognitive lors de la complétion des problèmes.

Références

Atkinson RK, Derry SJ, et collab. Review of Educational Research 2000;70(2):181-214.

Boekhout P, van Gog T, et collab. British Journal of Educational Psychology 2010;80(4):557-566.

Mots-clés : *worked-example, completion example, environnement numérique*

PL 64

Une pédagogie responsable contextualisée

Magalie Romain Martin¹, Geneviève Poitevien¹, Guetchina Germain¹, Lucie Brazeau Lamontagne², Paul Grandmaison²

¹ Faculté des Sciences de la Santé, Université Quisqueya (UniQ), Port-au-Prince, Haïti

² Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Canada

Contact : magalieromainmartin@gmail.com

Contexte/problématique : En Haïti, depuis de nombreuses années, le rattachement des étudiants à nos communautés privées de soins organisés s'impose comme une priorité. Le tremblement de terre de janvier 2010 a porté les communautés souffrantes dans nos murs et nos aires de stationnement. La nécessité devenait criante dès lors de conduire, d'apprendre à nos étudiants d'aller vers ces communautés, de comprendre leurs besoins et d'y répondre. Sarasin se souvient et demande de l'aide à la Faculté des Sciences de la Santé de l'UniQ, implantée dans son aire géographique.

Objectifs/questions : Répondre aux appels en soins de nos communautés, la responsabilité sociale de notre faculté.

Former à la réalité du service social en milieu rural et suburbain. S'intéresser aux cibles communautaires pour améliorer les indicateurs sanitaires en Haïti. Créer un engagement professionnel plus fort pour améliorer la rétention des médecins en Haïti. Aider le Ministère de la Santé à prendre en charge ces communautés.

Méthodes : Notre action est basée sur le respect et l'action concertée avec la communauté ; l'apprentissage contextualisé des étudiants avant le service social national, dans une vision globale de la santé et en transdisciplinarité. Intervention envisagée et préparée lors d'une demande en provenance d'un groupe communautaire. Aucune décision n'est prise avant la rencontre dans la communauté. Étape de restitution et d'analyse des besoins avec la présence du leader communautaire. Contact entre le leader communautaire et le professeur pendant la phase de diagnostic communautaire. Présentation aux instances académiques et décision prise pour accompagner la communauté. Organisation académique et administrative pour ne pas céder au ponctuel. Recherche de partenaires pour aider à couvrir les besoins. Retour et organisation dans et avec la communauté.

Résultats : Pédagogie par projet ; responsabilisation sociale de la faculté ; intérêts et transformations professionnalisant des prégradués ; pertinence et pérennisation des actions communautaires ; prise en charge transdisciplinaire des besoins.

Discussion/conclusion : Les avantages : soins aux communautés sous desservies plus efficaces du fait de la participation communautaire ; pédagogie en contexte orientée vers les besoins réels, la professionnalisation, une pédagogie par projet qu'ils n'oublieront jamais et qu'ils pourront reproduire ultérieurement et perfectionner. Action de responsabilité sociale pour la faculté.

Mots-clés : pédagogie par projet, formation prégraduée en santé communautaire, responsabilisation précoce en santé communautaire

Clientèle cible : étudiants en faculté des sciences de la santé, médecins en service social, formation continue, professeurs en sciences de la santé, décideurs académiques

PL 65

Évaluation de l'impact du parcours du soignant lors d'une formation à la prise en charge d'un arrêt cardiaque en milieu hospitalier

Christine Ammirati¹, Carole Amsallem¹, Maxime Gignon², Jean Michel Mercieca¹

¹ SAMU 80 / CESU - CHU Amiens, France

² Santé des populations - CHU Amiens

Contact : christine.ammirati@chu-amiens.fr

Contexte/problématique : Dans le cadre de la formation à l'urgence vitale au Centre hospitalier universitaire d'Amiens, nous avons souhaité évaluer l'impact du parcours professionnel du soignant sur les gains de performances à l'issue d'une formation intercatégorielle de 4 heures pour 903 soignants en un an.

Méthodes : 17 sages-femmes, 516 infirmiers (IDE) et 370 aides-soignants (AS) ont été formés. Le questionnaire comportait 11 points relatifs au parcours du soignant, à l'autoévaluation dans la maîtrise de la prise en charge de l'arrêt cardiaque (AC) et au savoir théorique sur ce thème. Un score composite sur 20 points a permis d'exploiter les performances cognitives.

Résultats : L'ancienneté moyenne est de 12,6 ans, on retrouve une corrélation statistiquement significative entre l'ancienneté et une perte de performances. Le score initial des personnels ayant bénéficié d'une formation continue dans ce domaine est significativement supérieur à celui réalisé par ce qui n'en n'ont pas bénéficié ($p = 0,03$). On note une corrélation significative entre le score initial et le niveau d'autoévaluation. Les performances des personnels ayant déjà vécu un AC sont meilleures lors du test initial. Lorsque l'on compare les performances du groupe AS et du groupe IDE, on note une différence significative au score initial ($p < 10^{-3}$) et au score final ($p < 10^{-3}$). Cependant, le groupe des AS a une progression plus importante par rapport au groupe IDE (comparaison du gain entre initial et final : gain AS moy. = 7,14+/-4,16 vs. gain IDE moy.=4,3+/-3,5).

Conclusion : Cette étude montre la diminution objective des performances théoriques avec le temps et l'impact des formations continues sur le savoir. Elle plaide également pour les formations interdisciplinaires avec des gains de performances importants pour les aides-soignants. Enfin, le soignant a une autoévaluation de ses compétences en lien avec son savoir théorique objectif. Une évaluation à un an sur la vie professionnelle est en cours de réalisation.

Mots-clés : urgence, performance, interdisciplinarité

Clientèle cible : personnels soignants

PL 66

Les 10 articles clés en développement professionnel continu (DPC) au cours des 4 dernières années

François Goulet, Roger Ladouceur

Direction de l'amélioration de l'exercice, Collège des médecins du Québec, Canada

Contact : fgoulet@cmq.org

Objectifs : Présenter et analyser de façon critique, dans le monde de la formation continue des professionnels de la santé, les 10 articles ayant eu le plus d'impact publiés dans des revues indexées au cours des 4 dernières années.

Contexte : De nouveaux articles sont publiés mensuellement dans le monde de la pédagogie médicale et plus spécifiquement du DPC. Certains articles présentent une analyse des besoins, d'autres des nouvelles technologies en DPC, certains évaluent l'impact d'une activité de DPC sur les connaissances, les compétences et les performances des participants ; certains présentent des modalités spécifiques d'activités de DPC et finalement d'autres présentent des méta-analyses. Quels sont les articles qui ont eu le plus d'impact dans le mode du DPC auprès des professionnels de la santé ?

Méthode : Présentation des 10 articles ; analyse critique des 10 articles ; discussion et échanges.

Mots clés : DPC, publication, recherche

Clientèle cible : éducateurs en DPC

PL 67

L'entrevue orale structurée (EOS) : un outil fiable et validé pour évaluer la compétence du radiologiste

François Goulet, Marguerite Dupré, Johanne Thiffault, Louise Samson, Jean-François Desjardins, Yves Drouin, Guy Mérette, Sylvie Groleau et Danielle Gilbert

Direction de l'amélioration de l'exercice, Collège des médecins du Québec (CMQ), Canada

Contact : fgoulet@cmq.org

Objectifs : Présenter les principes, les modalités et les données psychométriques de l'EOS dans son utilisation, présenter également les données démographiques des candidats, leurs résultats à l'EOS ainsi que les décisions émises par le CMQ à la suite de leur évaluation.

Contexte : Le Collège des médecins du Québec a la responsabilité d'évaluer la compétence des médecins en exercice. La Direction de l'amélioration de l'exercice a adopté un processus d'évaluation en utilisant un outil d'évaluation des radiologistes en exercice nommé l'entrevue orale structurée. L'EOS consiste en une évaluation faite par deux collègues à partir de vignettes cliniques et des images radiologiques réalistes et représentatives de la pratique courante. Toutes les vignettes ont été développées et validées par des radiologistes selon une approche par éléments clés. L'EOS présente des images de films simples, de tomodensitométries, d'examen barytés et de résonances magnétiques.

Méthode : L'EOS est constituée de 4 parties :

- 1) Dix images où seul un diagnostic est demandé (Quicky) ;
- 2) Dix images où une interprétation détaillée et un rapport radiologique doit être dicté ;

- 3) Dix images où des éléments positifs et négatifs pertinents ainsi qu'un diagnostic différentiel sont demandés ;
 4) Évaluation de l'échographie.

Résultats : De 2002 à 2011, 40 radiologistes en exercice se sont présentés à l'EOS. Leur performance a été jugée adéquate pour 14 d'entre eux ; 11 ont reçu des recommandations de DPC pour améliorer leur exercice. Un stage à temps partiel a été imposé à 6 d'entre eux ; un stage à temps complet avec limitation de l'exercice a été imposé à 8 radiologistes et une EOS de contrôle a été demandée à un radiologiste.

Conclusion : L'EOS est un outil d'évaluation valide, fiable et réaliste pour évaluer la compétence des radiologistes en exercice et pour élaborer un programme de remédiation en lien avec les besoins éducatifs.

Mots-clés : évaluation de la compétence, radiologiste en exercice, entrevue orale structurée

Clientèle cible : tous les médecins

PL 68

Atelier de planification de la retraite pour les médecins

François Goulet, Marc Billard, Roger Ladouceur

Direction de l'amélioration de l'exercice, Collège des médecins du Québec, Canada

Contact : fgoulet@cmq.org

Objectifs :

- Présenter les données quantitatives quant au nombre d'ateliers et de participants ;
- Présenter les données qualitatives de certains verbatim des participants témoignant des éléments de réflexion quant à la prise de décision de sa retraite ;
- Discuter de l'impact de cet atelier.

Contexte : En 2009, l'âge moyen de la prise de retraite au tableau du Collège des médecins du Québec était de 68 ans pour les médecins de famille et de 72 ans pour les médecins spécialistes. Nous avons plus de 120 médecins âgés de plus de 80 ans qui exercent. L'âge moyen de la retraite au sein de la population québécoise est de 61 ans. Outre les aspects financiers, quels sont les éléments de réflexion pour le médecin dans sa décision de poursuivre sa pratique ou de prendre sa retraite ?

Méthode : Atelier interactif de 90 minutes offert gratuitement à des groupes de médecins

Résultats : Depuis 2009, plusieurs ateliers sur les aspects psychosociaux à la retraite ont été présentés à des groupes de 15 à 50 participants (total à préciser). Les éléments de réflexion des médecins quant à la prise de décision sont :

- Perte de gratification de leur clientèle ;
- Insécurité financière ;

- Estime de soi ;
- Peur de l'ennui ;
- Adaptation à l'autre conjoint ;
- Peur de perdre leurs contacts dans le système de santé.

Conclusion : L'atelier connaît un vif succès. Des témoignages de médecins ont confirmé son utilité.

Référence

Goulet F, Ladouceur R. Le médecin et la retraite, *Le Médecin du Québec* 2011;46(5):83-89.

Mots-clés : développement professionnel continu (DPC), planifier sa retraite, médecins

Clientèle cible : tous les médecins

PL 69

Le virage patient-partenaire vu par des patients : représentations, appréhensions, résistances, intérêts

Philippe Karazivan, Marie-Pascale Pomey, Nicolas Fernandez, Djahanchah Ghadiri

Université de Montréal et HEC Montréal, Québec, Canada

Contact : philippe.karazivan@umontreal.ca

Contexte/problématique : La Faculté de médecine de l'Université de Montréal et tous les hôpitaux affiliés au réseau intégré de santé de l'Université de Montréal participent actuellement au développement d'une nouvelle approche de la relation soignant-patient basée sur le concept de patient partenaire. La reconnaissance du statut de soignant chez chaque patient – et donc le développement de sa compétence de soins – est au cœur de ce virage important.

Objectifs/questions : Sonder les représentations des patients au regard de leur rôle possible au sein des équipes de soins et des compétences qu'ils jugeraient nécessaires de développer pour mieux s'intégrer dans les équipes de soins et prendre des décisions libres et éclairées. Nous explorerons explicitement les résistances ou préoccupations que les patients pourront avoir à l'égard de la perspective du patient-partenaire, mais aussi les possibilités nouvelles qu'ils y associent.

Méthodes : Approche inductive et exploratoire, méthode de théorisation ancrée. Entrevues individuelles de 2 heures réalisées en 2013 avec 20 patients atteints depuis plus de 5 ans d'une des 7 maladies chroniques suivantes : hémophilie, insuffisance rénale, VIH, diabète, asthme, santé mentale, toxicomanie. Nous leur avons explicitement demandé s'ils veulent d'un partenariat de soins, s'ils jugent que c'est à leur avantage, s'ils se sentent outillés pour devenir membres de l'équipe de soins et s'ils y voient des inconvénients. Toutes les entrevues ont été enregistrées, retranscrites et analysées à l'aide du logiciel N'Vivo.

Résultats : Pour les patients interviewés, le partenariat permet de reconnaître une expérience et une expertise qu'ils ont acquises au cours des années de vie avec la maladie. Ils désirent tous avoir une plus grande place dans leur processus de soins. Certaines craintes ont été manifestées, principalement en ce qui a trait à la confiance qu'ils ont en leur compétence de soignants. Ils veulent être accompagnés dans le développement de leur compétence de soins.

Discussion/conclusion : Le partenariat est un virage important et prometteur. Toutefois le rôle du patient dans un tel partenariat ne peut être défini unilatéralement par les professionnels de la santé. Cette étude permet de comprendre que bien qu'ils soient favorables à ce concept, les patients interrogés souhaitent que nos universités et nos établissements de santé deviennent des milieux de formation non seulement pour les futurs professionnels de la santé, mais aussi pour les patients.

Référence

Karazivan P, et collab. Le patient partenaire de soins : un atout pour le médecin. Bulletin des Médecins francophones du Canada, 2011.

Mots clés : patient-partenaire, compétence

Clientèle cible : enseignants, cliniciens, chercheurs

PL 70

L'utilisation de l'entrevue orale structurée (EOS) pour évaluer la pratique de l'anesthésiologiste

Marguerite Dupré, François Goulet, Johanne Thiffault

Direction de l'amélioration de l'exercice, Collège des médecins du Québec, Canada

Contact : mdupre@cmq.org

Contexte et objectifs : Le Collège des médecins du Québec (CMQ) est l'ordre professionnel qui doit assurer la protection du public. À cette fin, il se doit de contrôler l'exercice de la profession de ses membres. En 2006, à la suite d'une investigation, le coroner recommandait que le CMQ évalue la capacité des anesthésiologistes à prendre en charge les urgences qui peuvent survenir dans leur exercice.

Méthode : Compte tenu que les urgences sont peu fréquentes et imprévisibles, l'observation directe n'est pas un moyen adéquat d'évaluer cet aspect de la pratique. Le CMQ a donc décidé de recourir à l'EOS. Celle-ci est constituée de vignettes cliniques pour lesquelles les éléments clés sont prédéterminés. Le CMQ utilise l'EOS pour l'évaluation en médecine familiale depuis 1992 et, au cours des années, cet outil a été adapté pour d'autres

spécialités (anatomo-pathologie, dermatologie, psychiatrie, radiologie). Pour l'EOS en anesthésiologie, le groupe d'experts a recours au simulateur haute fidélité qui permet de recréer des situations d'urgence pour les anesthésiologistes en évaluation.

Résultats : Les résultats d'un test pilote ainsi que ceux de 8 candidats évalués en 2011-2012 seront présentés et commentés. Les analyses préliminaires indiquent que l'EOS en anesthésiologie est un outil valide et fiable bien que coûteux, pour évaluer la performance des anesthésiologistes et la prise en charge des incidents critiques. L'évaluation dans un environnement de simulation permet aussi d'apprécier les compétences techniques et les habiletés de communication.

Conclusion : L'EOS en anesthésiologie est un outil prometteur pour évaluer la performance clinique des anesthésiologistes et pour élaborer une prescription pédagogique adaptée aux besoins éducatifs. Cependant, les aspects financiers ne sont pas négligeables.

Mots-clés : évaluation de la compétence, simulation, EOS

Clientèle cible : tous les médecins et les évaluateurs de compétence

PL 71

Analyse de l'activité d'un formateur lors d'un débriefing d'une simulation. Utilisation de la méthode du cours d'action

Catherine Archieri, Morgan Jaffrelot

Centre de Simulation en Santé, Université de Brest, France

Contact : morgan.jaffrelot@univ-brest.fr

Contexte : La simulation est décrite comme étant une méthode d'enseignement pouvant favoriser la pratique réflexive (Schön) au sein d'un cadre d'apprentissage expérientiel (Kolb). La plupart des auteurs s'accordent à considérer le rôle du formateur comme essentiel lors du débriefing (drebrefage) qui succède à la mise en situation de jeu par simulation. Dans une perspective socioconstructiviste de l'enseignement et de l'apprentissage, le formateur anime le groupe d'apprenants pour faire émerger les savoirs. Le modèle d'analyse centré sur le cours de l'action rend compte des conditions d'une connaissance scientifique de la complexité dynamique vivante, sociale et culturelle des situations de travail. À l'heure actuelle, les différentes composantes de l'activité « réelle » des formateurs en débriefing ne sont pas décrites.

Objectifs : La visée de cette recherche est d'identifier les éléments constitutifs de l'activité du formateur lors du débriefing, en donnant le primat à l'analyse de son point de vue sur son activité. L'enjeu est de prendre en compte les conditions d'intégration de cette connaissance dans la conception des situations de formation de formateurs.

Méthodes : Le travail a été réalisé auprès de huit formateurs (pratiquant la simulation depuis deux ans) à l'occasion de réunions d'analyse de pratique. Leur origine professionnelle est diverse (soins infirmiers, médecins). Les débriefings analysés concernaient des scénarios d'urgence, niveaux postgradués. Nous avons utilisé un modèle adapté de l'analyse de l'activité décrite par Theureau pour analyser les vidéos de débriefing. Les différentes catégories de l'activité du formateur ont été représentées sous forme de carte conceptuelle.

Résultats : Plusieurs éléments clés (dénommés « organisateurs ») ont été identifiés : constructions de savoirs, utilisation d'artefacts, communication non-verbale, statut des participants, animation du groupe, chronologie générale de la formation, aménagement de l'espace, confort professionnel.

Discussion/conclusion : L'analyse de l'activité réelle permet d'identifier les éléments caractéristiques, utiles pour l'élaboration d'un curriculum de formation des formateurs qui recourent à la simulation. Ce cadre de lecture pourrait supporter de futures recherches qualitatives qui viseraient à préciser les spécificités de l'enseignement par simulation.

Références

Raemer D, Anderson M, Cheng A, Fanning R, Nadkarni V, Savoldelli G. Research regarding debriefing as part of the learning process, *Simulation in healthcare* 2011;6:S52–57.
Theureau J. Cours d'action : méthode élémentaire, Toulouse, Octarès Éditions, 2004.

Mots-clés : débriefing, simulation, analyse de l'activité

Public cible : formateurs qui recourent à la simulation

PL 72

Le professionnalisme en médecine : une évaluation des fausses allégations de publication chez les candidats du CaRMS aux programmes de résidence en ORL

Lara Sater¹, Sarah Coupland², Xun Zhang³, Lily HP Nguyen^{4,5}.

¹ Université McGill, Montréal, Québec, Canada

² Université de New York, États-Unis

³ Centre universitaire de santé McGill, Montréal, Québec, Canada

⁴ Département d'ORL de l'Université McGill

⁵ Centre d'éducation médicale de l'Université McGill

Contact : lily.hp.nguyen@gmail.com

Contexte : Les exemples de déclarations erronées concernant les curriculums vitae (CV) sont nombreux dans la littérature. Malheureusement, les médecins diplômés ne semblent pas à l'abri d'un tel délit, puisque de fausses allégations de publication sont décrites chez les candidats des divers programmes de résidence aux États-Unis.

Objectifs : Évaluer la prévalence des déclarations de publications erronées chez les candidats du Service Canadien de Jumelage des Résidents (CaRMS) aux programmes de résidence en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale (ORL). Décrire les caractéristiques de leurs auteurs.

Méthodes : Une revue des formulaires de candidature du CaRMS de 2006 à 2008 fut entamée. Seule la section des CV portant sur les publications fut examinée. Les articles déclarés comme étant « publiés », « acceptés pour publication », ou « sous presse » furent révisés. La vérification des références de publication se fit en utilisant plusieurs bases de données et journaux électroniques. Les fausses allégations de publication furent définies comme telles :

- 1) La paternité faussement revendiquée d'un article existant ;
- 2) La prétention à la paternité d'un article non-existant ; ou
- 3) Le mauvais ordre de citation des auteurs.

Des statistiques descriptives ainsi que des analyses multivariées portant sur l'âge, le genre, la faculté de médecine affiliée, le niveau d'éducation ainsi que le nombre de publications par candidat furent effectuées.

Résultats : 182 CV furent étudiés. 427 publications furent citées par 124 candidats (68,1 %). Sur les 385 citations vérifiables, 47 (12,2 %) furent faussement mentionnées par 29 candidats (23,4 %). Les candidats ayant fréquentés une faculté de médecine canadienne ont présenté un plus grand nombre de citations frauduleuses ($p = 0,049$). Cependant, il n'y a eu aucune corrélation entre le taux de fausses publications et l'âge, le genre, le niveau d'éducation, ou le nombre de citations par candidat ($p > 0,1$).

Conclusion : Les allégations erronées de publication sont présentes chez les candidats du CaRMS aux programmes de résidence en ORL. Des directives doivent être élaborées afin d'en réduire l'incidence.

Mots-clés : publication, résidence, professionnalisme

Clientèle cible : étudiants en médecine, résidents, directeurs de programme